

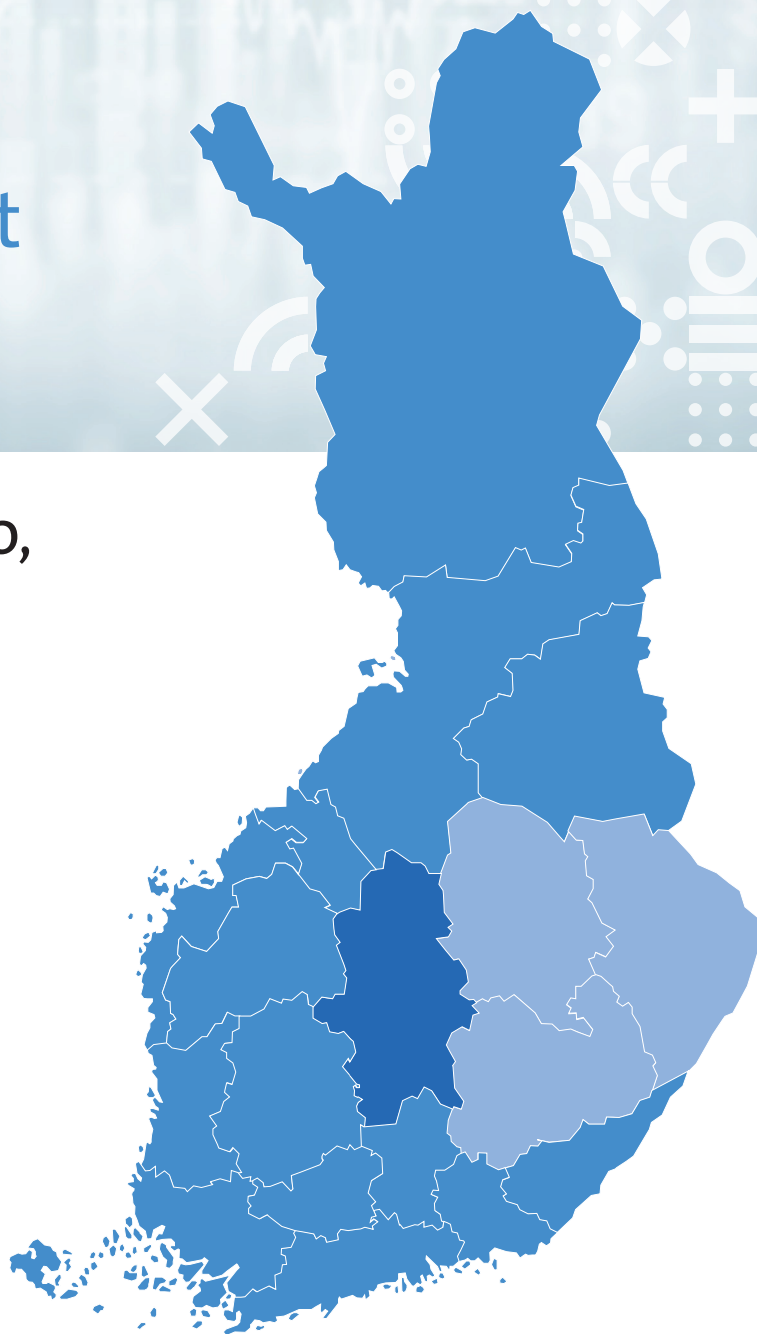
# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

## Sosiaali- ja terveyspalvelut Keski-Suomi

### Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



## Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

### ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältölaeista johdetut kokonaisuudet.

### ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissä kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

### HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

*Pekka Rissanen*  
Arviointijohtaja

*Pekka Jousilahti*  
Tutkimusprofessori

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Sisällys

Toimeksianto ja toteutus .....	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset .....	4
Sosiaali- ja terveystalvelujen kustannukset .....	9
<b>Tehtäväkokonaisuuksien arviot</b>	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen .....	11
Ennaltaehkäisevät talvet .....	12
Perusterveydenhuolto .....	13
Mielenterveys- ja päihdetalvet .....	14
Erikoissairaanhoido .....	16
Lasten, nuorten ja perheiden talvet .....	17
Työkäisten sosiaalitalvet .....	19
Vammaistalvet .....	20
Ikäihmistalvet.....	21
<b>Ulottuvuuskohtaiset arviot</b>	
Saatavuus .....	23
Laatu ja vaikuttavuus .....	24
Asiakaslähtöisyys .....	25
Yhdenvertaisuus .....	26
<b>Lähteet .....</b>	<b>27</b>

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

### **Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet**

*Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)  
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)  
 Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)  
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)  
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)*

### **Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet**

*Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;  
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;  
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;  
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;  
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;  
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;  
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.*

## Keskeiset havainnot

*Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.*

*Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.*

Keski-Suomen väestö on keskittynyt Jyväskylän seudulle. Maakunnan väestönkehitys on ollut lievästi kasvava. Luonnollinen väestönkasvu oli positiivista vuoteen 2014 asti, mutta sen jälkeen kuolleiden määrä on ollut syntyneiden määrää suurempi. Viime vuosien väestön lisäys selittyy kokonaisuudessaan maahanmuutolla. Kuntien koko, väestörakenne ja väestömäärän kehitys vaihtelevat huomattavasti maakunnan kuntien välillä. Vuonna 2016 väestö lisääntyi vain Jyväskylässä ja neljässä lähikunnassa. Taloudellinen huoltosuhde on koko maan tasoa korkeampi, ja kuntien väliset erot ovat huomattavat. Keski-Suomen väestön vuoden 2016 ikävakioimaton sairastavuusindeksi oli 107,7 eli hieman koko maan keskiarvoa korkeampi. Terveydessä ja hyvinvoinnissa on huomattavia eroja maakunnan eri alueiden välillä.

Perusterveydenhuollon palvelut ja niihin kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen palvelut tuotetaan Keski-Suomessa seitsemässä organisaatiossa usealla toisistaan poikkeavalla organisaatiomallilla. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri tuottaa maakunnan erikoissairaanhoidon palvelut lukuun ottamatta Jämsää ja Kuhmoista, jotka kuuluvat Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Maakunnan terveyspalveluissa on käytössä kolme eri potilastietojärjestelmää. Keski-Suomessa toteutet-

tiin vuosina 201–2016 valtion Kaste-rahoituksella KSSote2020-hanke, jossa luotiin valmiuksia maakunnallisen sote-mallin käyttöönotolle. Jyväskylän kaupunki osallistuu valinnanvapausmallin kokeiluun STM:n rahoituksella. Sote-valmistelun poliittisesta ohjauksesta vastaavat maakuntavaltuusto ja -hallitus. Valmistelua johtaa maakuntavaltuuston nimeämä johtoryhmä, ja operatiivisesta valmistelusta ja tukitoimista huolehtii projektitoimisto.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta Keski-Suomi menestyy valtakunnallisessa vertailussa hyvin vammaispalveluissa, ympärivuorokautisessa kotihoidossa ja lastensuojelun tarpeen arvioinnissa. Huomiota vaativia alueita ovat yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmien puute, sosiaalipalvelujen saatavuus ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy. Erikoissairaanhoidon hoitajaksoista huomattava osa alkoi päivystysaikana ja ensiavun kautta, mikä voi heijastaa maakunnan muun terveydenhoidon puutteita tai pitkiä odotusaikoja. Hoitotakuu toteutui Keski-Suomessa koko maan maakunnista kolmanneksi huonoiten. Tarkasteluun valituissa erikoissairaanhoidon laatumääreissä maakunnan tulokset olivat kuitenkin maan parhaimmista. Maakunnan ja kuntien yhteistyössä ja toimintojen rajapinnalla on tarpeen vahvistaa ehkäisevän päihdetyön ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatiota sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palveluja.

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot vuonna 2016 olivat 3 087 euroa asukasta kohden. Tämä oli prosentin enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Palvelutarve on kuitenkin keskimääräistä suurempi, minkä takia sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot olivat 4 prosenttia ja terveydenhuollon menot 3 prosenttia alhaisemmat koko maan tasoon verrattuna.

Keski-Suomen maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus (sisältää pelastustoimen) lisääntyy siirtymäkauden jälkeen 5,5 prosenttia. Lisäys on asukasta kohden 167 euroa ja yhteensä 46,7 miljoonaa euroa. Lisäys on asukasta kohden yksi maan korkeimpia ja parantaa palvelujen järjestämisen taloudellisia resursseja merkittävästi. Myös väestöpohja on vakaa. Maakunnan sote-palvelujen järjestämisen haasteena on tällä hetkellä vielä hajanaisen rakenteen kokoaminen yhteen organisaatioon. Lisäksi maakunnan alueiden väliset erot väestörakenteessa ja -kehityksessä, taloudessa, terveydessä ja hyvinvoinnissa ovat suuret.

## Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

### Maakunnan alue ja väestö

Keski-Suomen maakunta koostuu 23 kunnasta, jotka muodostavat kuusi seutukuntaa. Maakunnan väestömäärä oli vuoden 2016 lopussa 276 196 asukasta. Väestö on keskittynyt kasvukeskuksiin, ja kuntien koko vaihtelee paljon. Noin puolet väestöstä asuu Jyväskylän kaupungissa ja kaksi kolmannesta Jyväskylän seutukunnan alueella. Maakunnan muista kunnista Jämsässä, Äänekoskella ja Laukaassa on noin 20 000 asukasta ja Keuruulla, Muuramessa ja Saarijärvellä noin 10 000 asukasta. Kuudessa kunnassa asukasluvu on alle 2 000 henkeä, ja vuonna 2016 näistä pienimmän, Luhangan, asukasluvu oli 756 henkeä.

### Alueellinen vauraus

Bruttokansantuote asukasta kohden oli vuonna 2015 Keski-Suomen maakunnassa 31 663 euroa, mikä on alle koko maan keskiarvon (38 248 euroa / asukas), mutta samaa tasoa ympäröivien maakuntien kanssa. Taloudellinen huoltosuhde oli vuonna 2016 Keski-Suomen maakunnassa 161, mikä on selvästi korkeampi kuin koko maan huoltosuhde (143). Maakunnan kuntien huoltosuhde vaihtelee huomattavasti (131–241). Huoltosuhde on paras Jyväskylässä ja sen lähikunnissa. Yhdessätoista kunnassa huoltosuhde on yli 200.

Vuonna 2016 työllisyysaste oli Keski-Suomessa 64,8 prosenttia, mikä on noin neljä prosenttiyksikköä koko maan tasoa alhaisempi. Työttömyysaste oli samana vuonna 17,2 prosenttia. Vuonna 2015 maakunnassa oli 102 959 työpaikkaa, joista 33 prosenttia oli julkisella ja 67 prosenttia yksityisellä sektorilla. Julkisen sektorin osuus työllistäjänä on Keski-Suomessa hieman koko maata suurempi. Tätä selittää mm. maakunnan vahva koulutussektori. Työpaikoista 18 prosenttia oli terveys- ja sosiaalipalveluissa, 14 prosenttia teollisuudessa, 10 prosenttia kaupan alalla ja 9 prosenttia koulutuksen alalla. Teollisuuden työpaikat vähenivät vuosina 2007–2015 lähes kolmanneksella, mutta koulutuksen alalla työntekijämäärä kasvoi noin viisi prosenttia.

### Väestönkehitys

Väestön ikärakenne noudattelee Keski-Suomen maakunnassa koko maan rakennetta: alle 15-vuotiaita on 16 prosenttia, työikäisiä (15–64 vuotta) 63 prosenttia ja 65 vuotta täyttäneitä 21 prosenttia. Sen sijaan kuntien välillä erot ikärakenteessa ovat merkittäviä. Lasten osuus vaihtelee 9 prosentista 26 prosenttiin ja 65 vuotta täyttäneiden osuus 16 prosentista 42 prosenttiin. Kuntien välisten ikärakenne-erojen odotetaan tulevaisuudessa edelleen kasvavan. Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 osassa Keski-Suomen kuntia yli 65-vuotiaita on saman verran tai enemmän kuin työikäisiä.

Keski-Suomen maakunnan väkiluku on 2000-luvulla kasvanut keskimäärin 0,2 prosenttia vuodessa. Luonnollinen väestönkasvu oli positiivista vuoteen 2014 asti, mutta sen jälkeen kuolleiden määrä on ollut syntyneiden määrää suurempi. Viime vuosien väestön lisäys selittyy kokonaisuudessaan nettomaahanmuutolla. Väestönkasvu on keskusseutuvetoista. Vuonna 2016 väestö kasvoi vain Jyväskylässä ja neljässä lähikunnassa.

Väestön koulutus rakenne on Keski-Suomessa samanlainen kuin koko maassa. Väestön koulutustaso vaihtelee merkittävästi maakunnan eri alueiden välillä. Tähän vaikuttavat alueen väestön ikärakenne, työpaikkarakente ja oppilaitosten sijainti. Vailla perusasteen jälkeistä tutkintoa olevien osuus vaihtelee seutukunnittain 23:n ja 40 prosentin välillä ja korkeakoulututkinnon suorittaneiden osuus 9 ja 24 prosentin välillä. Naiset ovat Keski-Suomessa keskimäärin miehiä korkeammin koulutettuja.

### Väestön terveys ja hyvinvointi

Valtaosa Keski-Suomen asukkaista voi hyvin. Terveystilassa ja hyvinvoinnissa on kuitenkin suuria eroja maakunnan eri alueiden välillä. THL:n sairastavuusindeksi kuvaa suomalaisten kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon (koko maan indeksi 100). Ajanjaksolla 2013–2015 Manner-Suomen maakuntien ikävakiomaton keskiarvo oli 76,7–137,4. Keski-Suomen väestön ikävakiomaton indeksi oli 107,7 eli hieman koko maan keskiarvoa korkeampi. Sairastavuusindeksi oli selvästi matalampi kuin maakunnan itäisissä naapurimaakunnissa mutta korkeampi kuin Pirkanmaalla. Sairastavuusindeksi oli vuosina 2000–2008 Keski-Suomessa koko maan keskiarvon tasolla. Sen jälkeen se nousi koko maan keskiarvoa korkeammaksi ja sitten kääntyi jälleen laskuun. Vuoden 2012 jälkeen se alkoi lähestyä koko maan keskiarvoa.



Maakunnan sisäiset erot sairastavuusindeksissä ovat suuret. Vuosina 2013–2015 sairastavuus oli vähäisintä Jyväskylän ympäristössä ja suurinta maakunnan pohjoisilla alueilla. Indeksiksi oli matalin Muuramessa (74,2) ja korkein Kivijärvellä (169,7). Jyväskylässä indeksi oli 96,8.

Työikäisistä 57 prosenttia kokee elämänlaatusa hyväksi ja nuorista yli 75 prosenttia. Yksinäiseksi itsensä tuntee noin 10 prosenttia asukkaista. Koulutuksen ulkopuolelle jääneitä on 17–24-vuotiaiden ryhmässä 6,2 prosenttia, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin (8,3 %). Vaikeasti työllistyviä (rakennetyöttömyys) on 8,2 prosenttia 15–64-vuotiaista, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (6,2 %). Asunnottomia yksinäisiä on Keski-Suomessa 0,6 / 1 000 asukasta, mikä on puolet koko maan keskiarvosta (1,2 / 1 000). Ahtaasti asuvien lapsiasuntokuntien osuus (kaikista asuntokunnista) on Keski-Suomessa 30,4 prosenttia, mikä on sama tasoa kuin maassa keskimäärin (29,8 %). Maakunnan pienituloisuusaste on 15,6 prosenttia, mikä on maan keskiarvoa korkeampi ja heijastaa alueen väestön elinkeinorakennetta ja tulonmuodostusta.

Toimeentulotukea sai vuonna 2016 Keski-Suomen väestöstä 7,5 prosenttia, mikä on samaa tasoa koko maan toimeentulotukea saaneiden osuuden kanssa (7,2 %). Toimeentulotuen saajia oli maakunnassa yhteensä 13 515.

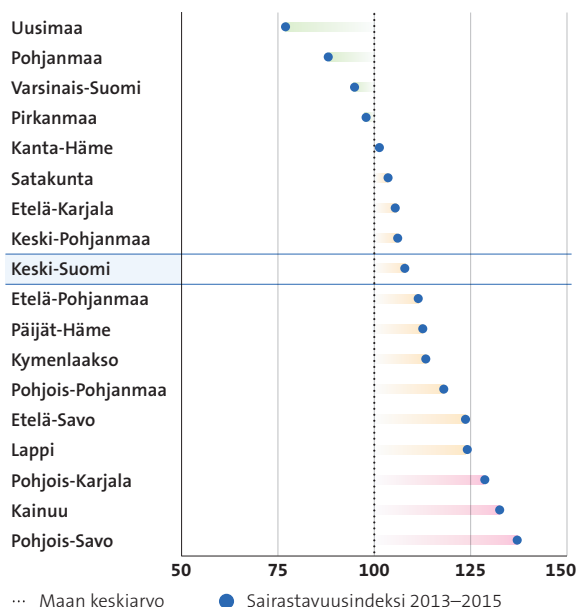
## Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

### Maakunnan organisoituminen

Keski-Suomen maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen perustuu maakuntavaltuuston vahvistamaan maakuntastrategiaan, siihen sisältyviin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiaan ja -lupaukseen sekä taloudellisiin resursseihin, jotka valtio osoittaa maakunnalle vuosittain palvelujen järjestämiseen. Kansalaisille järjestettävät palvelut määritellään yksityiskohtaisemmin palvelustrategiaan ja talousarvioon sisällytettävissä palvelukuvauksissa. Palvelukuvauksissa kuvataan järjestettävän palvelun (1) sisältö, (2) laatu, (3) saatavuus ja saavutettavuus, (4) yhdyspinta- ja integraatiovaatimukset, (5) palveluiden myöntämiskriteerit, (6) kriteerit täyttävien määrä, (7) palvelutarpeen arviointi ja arvioinnin tekijätaho, (8) palvelun myöntäminen ja päättäjätaho, (9) asiakasmaksut, (10) kustannukset maakunnalle, (11) julkisen vallan käyttö ja (12) tuotantotapa.

Kuvio 1

### THL:n sairastavuusindeksi, ikävakiomaton (2013–2015).



SOTE-valmistelun poliittisesta ohjauksesta vastaavat maakuntavaltuusto ja maakuntahallitus. Valmistelua johtaa maakuntavaltuuston nimeämä johtoryhmä, ja operatiivisesta valmistelusta ja tukitehtävistä huolehtii projektitoimisto. Valmisteluorganisaatioon kuuluvat lisäksi yhteistoimintaelin, viestintäryhmä, yhteistyö- ja asiantuntijaryhmät, kuntajohtajien kokous ja muut foorumit (järjestöareena, tulevaisuusryhmä, valmiustoimikunta jne.). Valmisteluvaiheen työt on jaettu kuuteen pääalueeseen: (1) konserni, (2) järjestäjän tehtävät, (3) palvelutuotanto, (4) tukipalvelut, (5) tietohallinto ja ICT-järjestelmät sekä (6) muutosjohtaminen ja valmennus.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistehtävien valmisteluvastuut on jaettu 12 alaryhmään: (1) lasten, nuorten ja perheiden palvelut, (2) aikuisten sosiaalipalvelut, (3) työterveyshuollon palvelut, (4) hoito- ja hoivapalvelut, (5) suun terveydenhuollon palvelut, (6) erikoissairaanhoidon palvelut, (7) mielenterveys- ja päihdepalvelut, (8) vammaisten palvelut, (9) lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut, (10) SOTE-keskuspalvelut (vastaanotto), (11) päivystyspalvelut ja (12) ensihoidon palvelut.

Suunnitelma strategiatyön toteuttamisesta on hyväksytty maakuntahallituksessa lokakuussa 2017, ja strategiakellon mukaan maakuntavaltuusto hyväksyy maakuntastrategian keväällä 2019. Maakuntastrategian tavoitteena ovat hyvinvoivat asukkaat, asiakaslähtöiset palvelut, hyvä palveluasenne ja fiksusti

toteutettu muutosvaihe. Keski-Suomen maakunnan järjestämissuunnitelman ensimmäinen luonnos julkaistiin 15.1.2018. Suunnitelmaluonnos on tarkoitettu keskustelun pohjaksi yhteiseen ideointiin. Lopullisen suunnitelman hyväksyy tulevan maakunnan maakuntavaltuusto keväällä 2019.

Merkittävin maakunnan investointi on uuden sairaalan rakentaminen. Uusi sairaala Nova valmistuu Keski-Suomen keskussairaalan alueelle vuonna 2020. Sairaala on suunniteltu koko maakunnan väestöpohjalle (n. 270 000 asukasta). Sairaala tarjoaa laaja-alaisesti potilaiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluita. Sairaalakokonaisuus sisältää myös Jyväskylän kaupungin perusterveydenhuollon palveluita noin 50 000:lle Jyväskylän asukkaalle. Ratkaisulla tavoitellaan terveydenhuollon pitkälle vietyä integraatiota. Uuden sairaalan suunnittelussa ovat painottuneet vahva ja tiivis yhteistyö perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluiden kanssa, uudistetut asiakaslähtöiset hoidolliset prosessit, toimivat logistiset ratkaisut ja potilaslähtöiset ICT-ratkaisut. Tavoitteena on saada 10 prosentin vuosittaiset kustannussäästöt tehokkaammilla toimintatavoilla ja pienemmillä tiloilla. Rakentamisinvestoinnin kokonaisarvo on 411 miljoonaa euroa.

### Taloudelliset edellytykset

Vuonna 2017 Keski-Suomen maakunnassa sosiaali- ja terveystalvetusten kustannusten laskennallinen lähtötaso oli vuonna 2017 851,0 miljoonaa euroa (sisältää pelastustoimen). Rahoitus on siirtymäkauden jälkeen vuodesta 2022 alkaen (vuoden 2017 tasossa) 896,7 miljoonaa euroa. Maakunnan sosiaali- ja terveystalvetusten järjestämiseen käytettävissä oleva summa kasvaa jatkossa tulee kasvamaan noin 5,5 prosenttia, mitä voidaan pitää merkittävänä resurssilisäyksenä. Asukasta kohden lisäys tulee olemaan 167 euroa.

Vuonna 2016 Keski-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 087 euroa asukasta kohti. Tämä oli prosentin enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,05), minkä vuoksi tarvevakioidut menot olivat 4 prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioidut menot olivat 3 prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Tarvevakioiduista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei

## Palveluverkko

Keski-Suomen maakunnan perusterveydenhuollon talvet ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen talvet tuotetaan PARAS-lain mukaisesti seitsemässä organisaatiossa usealla toisistaan poikkeavalla organisaatiomallilla: (1) Wiitaunioni, yhteistoiminta-alue (Kinnula, Pihtipudas ja Viitasaari), sote-integraatio, (2) Perusturvaliikelaitos Saarikka (Saarijärvi, Karstula, Kyyjärvi, Kivijärvi ja Kannonkoski), sote-integraatio, (3) Äänekosken kaupunki, sote-integraatio, (4) JYTE-alue, perusterveydenhuollon isäntäkuntamalli (Jyväskylä, Hankasalmi ja Uurainen), sote-integraatio, (5) Muurame, kunnan liikelaitos (vuoden 2018 alusta, sitä ennen JYTE:ssä), (6) Keski-Suomen Seututerveyskeskus (Petäjavesi, Toivakka, Joutsa, Luhanka, Konnevesi, Laukaa, Multia ja Keuruu), sairaanhoitopiirin liikelaitos ja (7) Jämsän kaupunki, järjestäjä, talvetuottavat Jämsän Terveys Oy, Jokilaakson Terveys Oy ja muut talvetuottajat (Jämsä ja Kuhmoinen), sote-integraatio.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri tuottaa maakunnan erikoissairaanhoidon talvet (poikkeuksina ovat Jämsä ja Kuhmoinen, jotka kuuluvat Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, vaikkakin ne toimivat sosiaalihuollon yhteistyössä Keski-Suomen kanssa). Jokilaakson aluesairaala Jämsässä on kuntien ja Pihlajalinna Oy:n omistama osakeyhtiö. Keski-Suomen keskussairaala tulee olemaan yksi keskittämisesetuksen mukaisista laajan päivityksen sairaaloista. Tulevassa maakuntauudistuksessa Jämsän on suunniteltu pysyvän osana Keski-Suomen maakuntaa, mutta Kuhmoinen siirtyisi osaksi Pirkanmaan maakuntaa.

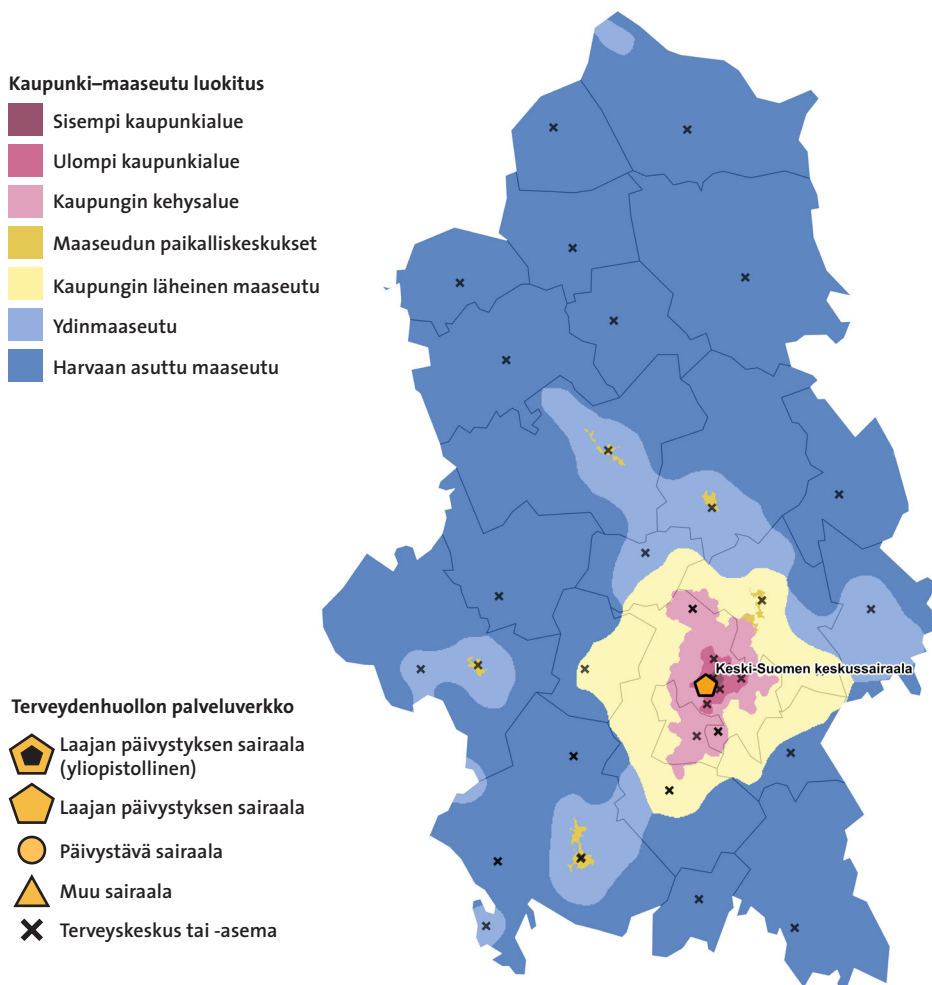
Keski-Suomessa toteutettiin vuosina 2014–2016 valtion Kaste-rahoituksella KSSote2020-hanke, jossa luotiin valmiuksia maakunnallisen sote-mallin ja uuden toimintakonseptin käyttöönnotolle. Hankkeen tulokset ovat olleet hyvä pohja maakunnallisen järjestämis- ja tuotantomallin kehittämiseksi. Toisena esimerkkinä voidaan mainita Keski-Suomen hyvinvoinnin osaamiskeskittymä (KeHo), jonka tavoitteena on tehdä Keski-Suomesta kansainvälisesti kilpailukykyinen hyvinvoinnin osaamis- ja yrityskeskittymä. Verkostossa on mukana yhteensä 18 organisaatiota ja lähes 80 asiantuntijaa.

Keski-Suomi osallistuu vuosina 2016–2018 kahden hallituksen kärkihankkeeseen: Lapset, nuoret

myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten talvetuiden tai työterveystalvetuiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten talvetuiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten talvetuiden tai työterveystalvetuiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioituja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

## Kuvio 2

## Keski-Suomen maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu -luokitus (SYKE).



ja perheet (LAPE) ja Kukoistava kotihoito (KuKo). Lisäksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin, Jyväskylän yliopiston ja IBM:n välisenä yhteistyönä on selvitetty keinoälyn mahdollisuuksia terveydenhuollossa ("Watson-hanke"). Maakunnassa on käynnissä myös hoitopolkujen optimointiin tähtääviä hankkeita sekä projekteja, joiden tavoitteena on laatu- ja vaikuttavuusmittareiden kehittäminen tukemaan tulevaa sote-mallia ja toiminnan seuranta. Nämä yksittäiset kehittämishankkeet liittyvät maakunnan tietojohdantamisen kokonaisuuteen.

Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt Jyväskylän kaupungille valtionavustusta valinnanvapauskokeilun laajennushankkeeseen 2,4 milj. euroa. Kyseessä on palvelusetelikokeilun alueellinen laajentamishanke, joka koskee 133 000:aa Jyväskylän kaupungin sekä Hankasalmen ja Uuraisten kunnan asukasta (noin puolet maakunnan väestöstä). Hankkeen tavoitteena on vahvistaa järjestäjän roolia ja oman tuotannon valmiuksia uudessa sote-toimintaympäristössä.

Nykyiseen KYS-erityisvastuualueeseen kuuluu viisi sairaanhoitopiiriä: Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Etelä-Savon, Itä-Savon ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirit. Alueen yhteenlaskettu väestömäärä on 815 093 asukasta. Tulevaan yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Etelä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon maakunnat. Yhteistoiminta-alueella on käynnistynyt lakiehdotuksen mukaisen yhteistyösopimuksen valmistelu. Tavoitteena on laatia suunnitelma toimenpiteistä, joilla sote-palvelujen yhdenvertainen saatavuus Itä- ja Keski-Suomen alueella varmistetaan. Yhteistyösopimuksen tulisi lisäksi kattaa työnjakoon liittyvät keskeiset investointisuunnitelmat (mukaan lukien ICT) sekä henkilöstön yhteiskäyttöön liittyvät toimet, logistiikka-asiat, yhteiset vaikuttavuusmittarit ja toiminnan ohjaukseen liittyvät järjestelmät sekä ensihoitokeskuksen toiminnan järjestäminen. Yhteistyösopimuksessa on tarkoitus sopia myös maakuntien yhteistyöstä ja työnjaosta koulutuksen, tutkimuksen ja kehittämistoiminnan toteuttamisessa.



Kartassa on kuvattu maakunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluverkko karkealla tasolla ilman psykiatrista sairaanhoitoa, sosiaalipalveluita ja yksityistä palveluntuotantoa. Kartassa on hyödynnetty Suomen ympäristökeskuksen ja Oulun yliopiston maantieteen laitoksen kehittämää kaupunki–maaseutu-luokitusta. Maakuntarajat on muodostettu hallituksen esityksen 15/2017 mukaisesti.

## Henkilöstöresurssit ja osaaminen

Keski-Suomen maakunnan alueella tehtiin vuonna 2016 julkisella sektorilla (kunnat, kuntayhtymät ja sairaanhoitopiiri) sosiaali- ja terveystalvet yhteensä 8 157 henkilötyövuotta, joista terveystalvet 4 362 henkilötyövuotta, vanhuspalveluissa 2 556 henkilötyövuotta ja sosiaalihuollon tehtävissä (vammaispalvelu mukaan lukien) 1 239 henkilötyövuotta. Vuoden 2014 tietojen mukaan julkisen sektorin osuus terveystalveten työvoimasta oli noin 75 prosenttia ja sosiaalipalvelujen työvoimasta noin 65 prosenttia.

Lääkäriliiton selvityksen mukaan lokakuussa 2017 Keski-Suomessa oli 178,5 terveystalvetkeskuslääkäritehtävää, 12,5 tehtävää (7 %) oli ulkoistettu tai järjestetty ostopalveluna ja 15 oli kokonaan täyttämättä (8,4 %). Loput tehtävistä olivat joko virkalääkärien (102,5) tai sijaisen (42) hoitamia tai ilman sijaista, jos sijaistartetta ei ollut katsottu aiheelliseksi (6,5).

Terveystalvetenhuollon tehtävissä rekrytointiongelmät koskevat erityisesti lääkäreitä, laitoshuoltajia, välinehuoltajia, suuhygienistejä ja puheterapeutteja. Myös vanhuspalveluihin on ollut vaikeuksia rekrytoida lääkäreitä, eivätkä myöskään kotipalvelun lähiohittajien tehtävät houkuttele. Päteviä sosiaalityöntekijöitä (sosiaalityöntekijä, johtava sosiaalityöntekijä) ja vammaispalveluiden sosiaaliohittajia on ollut vaikea

rekrytoida. Erityisen haasteellista on henkilökunnan rekrytointi maakunnan syrjäseuduille.

## ICT-ratkaisut

Nykyisistä järjestelmistä saadaan terveystalvetenhuollon tietoa kohtalaisen kattavasti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella on käytössä kolme terveystalvetenhuollon tietojärjestelmää: Effica (JYTE, Seututerveysheskus, Muurame, sairaanhoitopiiri), Mediatri (Äänekoski) ja Pegasos (Wiitaunioni ja Saarikka). Sairaanhoitopiirin tietovarasto kattaa erikoissairaanhoidon ja kahden suurimman perusterveydenhuollon toimijan suoritettiedot. Tietovarastossa on lisäksi osa sosiaalihuollon toimintoja. Edellä mainittujen kolmen potilastietojärjestelmän lisäksi maakunnassa on käytössä lukuisia muita sosiaali- ja terveystalvetenhuollon toimintoihin ja tukipalveluihin käytettäviä tietojärjestelmiä. Jämsän sosiaali- ja terveystalvetenhuollon on käytössä Effica-järjestelmä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on hankkimassa uutta kattavaa asiakas- ja potilastietojärjestelmää, joka tulee palvelemaan vuonna 2020 valmistuvaa Sairaala Novaa sekä tulevaa Keski-Suomen maakuntaa. Järjestelmän hankinnassa, suunnittelussa ja kehittämisessä huomioidaan koko maakunnan alueen julkisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen tarpeet. Uusi asiakas- ja potilastietojärjestelmä parantaa asiakkaille ja potilaille tarkoitettuja sähköisiä palveluja sekä vahvistaa omahoidon mahdollisuuksia.

Sairaanhoitopiiri on mukana ODA-projektissa, jossa kehitetään Omaolo-palvelua eli sähköisiä terveystalvet- ja hyvinvointipalveluja valtakunnalliseen käyttöön. Projekti on hallitusohjelmaa ja Sotetieto hyötykäyttöön -strategiaa toteuttava kärkihanke.

## Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset

### Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyysmetodologian arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisussa on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoiva-alojen ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia

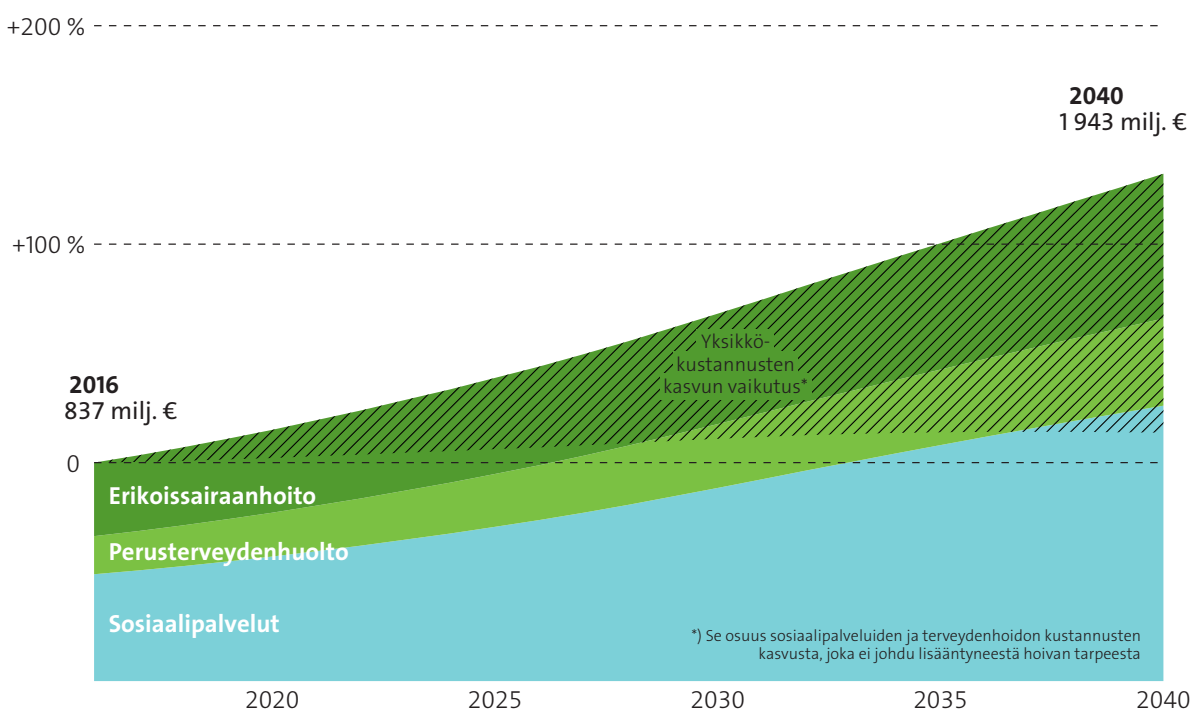
nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoito (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaistiset asumis- ja laitoshoitopalvelut, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Keski-Suomessa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko

#### Kuvio 3

#### Arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Keski-Suomen maakunnassa vuosina 2016–2040.



maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoitaan Keski-Suomessa kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 68 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 132 prosentilla. Keski-Suomen väestö säilyy lähes ennallaan 2020- ja 2030-luvuilla, mutta vanhusväestön osuus kasvaa selvästi 2020-luvulla, kun vanhusväestön määrä kasvaa noin 24 prosentilla. 2030-luvulla myös vanhusväestön kasvu tasaantuu. Niinpä Keski-Suomessa palvelujen kustannukset nousevat keskimääräistä vähemmän.

### Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitoepisodeilla<sup>1</sup>, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin<sup>2</sup>. Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella<sup>3</sup>, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

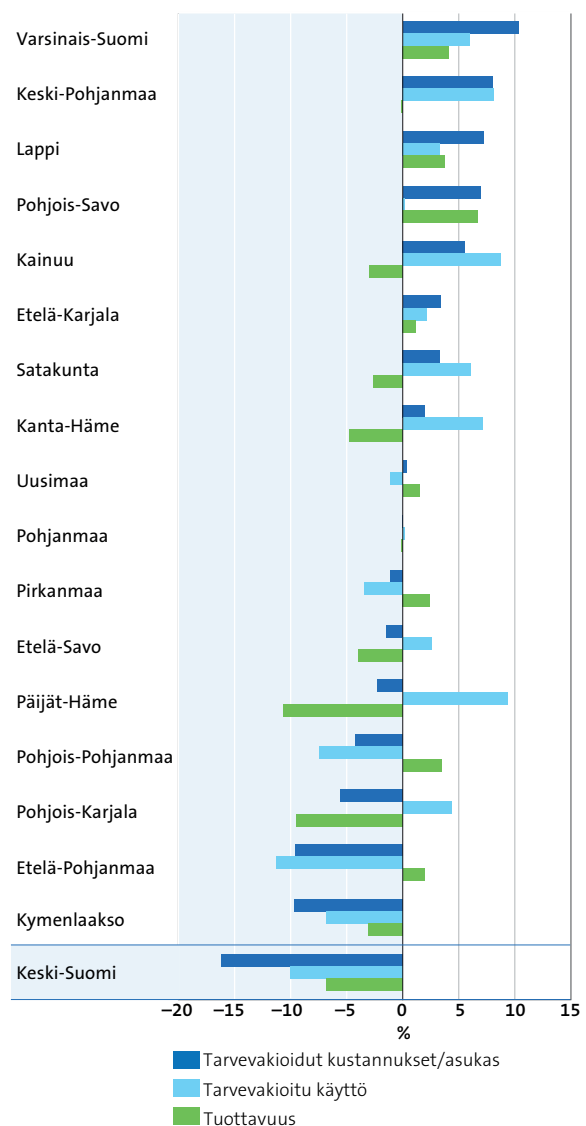
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä prosenttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa

vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Keski-Suomessa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli viisi prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat koko maan matalimmat, 16 prosenttia pienemmät kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli kymmenen prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa keskitasoisesti syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. HYTE-toiminnan suunnitellaan olevan osa maakunnan keskushallintoa. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun ei ole nimetty erillistä ryhmää eikä HYTE-koordinaattoria ole nimetty.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaa Keski-Suomen kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoitetaso määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Seitsemässätoista alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Alle puolessa kunnista (10) on joko oma (9) tai useamman kunnan yhteinen (1) hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle vain noin puolessa kunnista (12). Vain kahdessa kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi yksitoista alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 35 / 10 000 asiakasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on Suomen korkeinta,

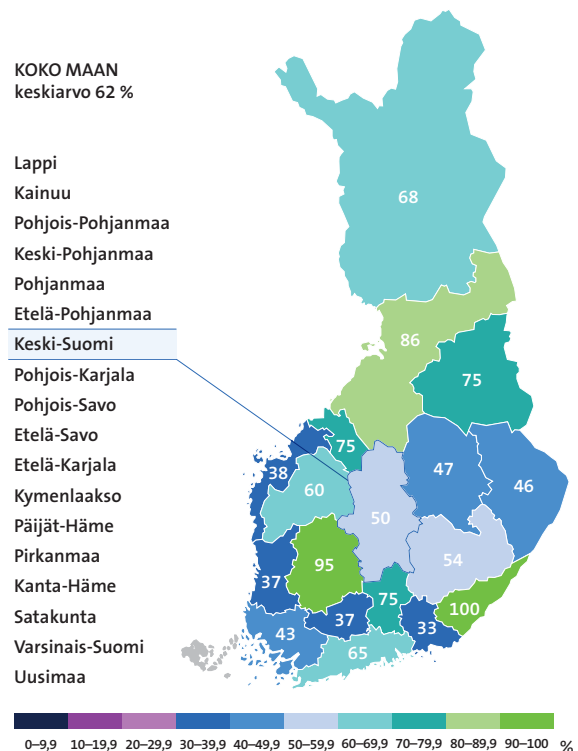
8,2 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Sen sijaan niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on maan toiseksi paras, 6,2 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoitukseenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asuntokannan osuutta koko asuntokannasta. Maakunnassa osuus on 15 prosenttia asuntokannasta, mikä on maakuntien keskiarvoa korkeampi (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on maan keskiarvoa korkeampi, 21,8 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 12,3 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 19,4 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 37,2 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunta on neljän kärkisijaa pitävän maakunnan joukossa (276 tapausta / 100 000 asukasta), mutta hyvin lähellä kansallista keskiarvoa (242 tapausta / 100 000 asukasta).

### Kuvio 5

#### HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat maan keskitasoa tai sitä heikompia. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella keskitasoa. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen, väestöryhmien eriarvoisuuden kaventamiseen ja vaikutusten ennakoarviointimenetelmien käyttöön-ottoon. HYTE-koordinaattorin tai yhdyshenkilön nimeäminen suurempaan osaan alueen kunnista voisi edistää HYTE-toimintaa.

## Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattorisurssien riittävyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuvin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla,

ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvolapalveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihdeiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta muuta maata selvästi enemmän. Vuonna 2017 on tehty 57 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 2,5 prosentille työttömistä, mikä on enemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi kuitenkin tehdä työttömille vielä huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa vähemmän. Omaishoidossa olevista 33,2 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 518 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallisesta työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

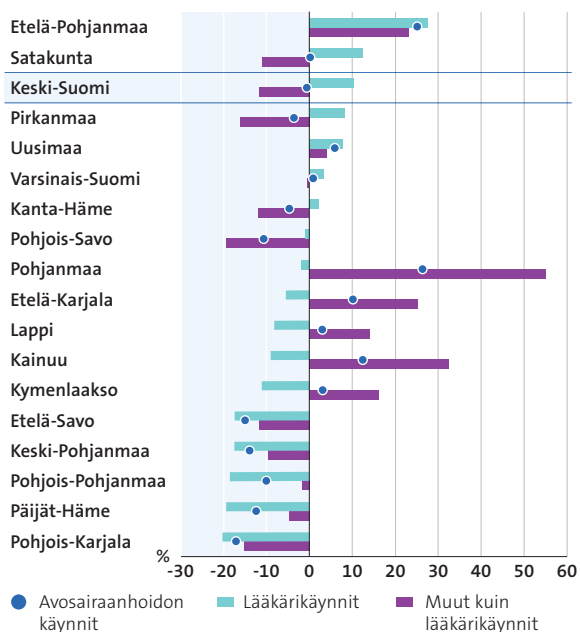
Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 3,2 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, mikä vastaa maan keskimääräistä tasoa (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 4 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Sekin vastaa maan keskimääräistä tasoa (4,8 tuntia / 100 oppilasta).



## Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

**Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit**



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Keski-Suomen alueella 2,1 asukasta kohden, mikä on prosentin vähemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 11 prosenttia enemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä ja muita kuin lääkärikäyntejä oli vastaavasti 12 prosenttia vähemmän. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 48 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 6 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinnesta 28 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskuslääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %).

Asiakkaista 30 prosenttia tunsivoineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 51 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 64 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 31 prosenttia, mikä on hieman keskimääräistä enemmän.

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli 2,7 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä vain 0,2 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Kolmen maakunnan alueella oli yhtä pieni arvo, maakuntien välillä vaihtelu oli 0,2 prosentista 56,8 prosenttiin, ja arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 1,15 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Keski-Suomen alueella osuus oli 21 prosenttia, mikä on parempi kuin maassa keskimäärin (23 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 118 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 431 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä saman verran kuin maassa keskimäärin; kuitenkin lääkärikäyntejä oli 11 prosenttia enemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 12 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin. Hoitotakuu toteutui kolmanneksi huonoiten maakunnista, vaikka kiireettömän vastaanottoajan varanneista 48 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä. Terveyskeskuslääkärin palveluja kokee saaneensa riittämättömästi yli neljännes. 64 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin.

## Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihdeiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihdeistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Keski-Suomen alueella vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavien osuus aikuisväestöstä on maan keskitasoa. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 1,8 prosenttia väestöstä, joka on sama kuin koko maan keskiarvo. Mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25–64-vuotiaita on Keski-Suomessa 3,9 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä on muuta maata jonkin verran korkeampi. Psykkisesti kuormittuneiden osuus maakunnassa on hieman maan keskiarvoa alhaisempi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on maan keskitasoa jonkin verran runsaampaa. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 594 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 454 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 113 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on maan keskiarvoa alhaisempi kaikissa ikäryhmissä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen osuus 18 vuotta täyttäneistä on maan alhaisimpia. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitajaksojen aikana on lähellä maan keskiarvoa. Yli 90

päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on myös maan keskiarvoa alhaisempi.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa lähellä maan keskiarvoa ja ei-ympäriavuorokautisissa palveluissa jonkin verran maan keskiarvoa enemmän asukkaita.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saadaan maan keskiarvoa enemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 10,7 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 11 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä oli selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Kokonaisuutena Keski-Suomessa mielenterveyspalvelut ovat avohoitopainotteiset. Laitoshoitopalvelujen käyttö on muuta maata alhaisempi, samoin tahdosta riippumattomassa hoidossa olleiden osuus. Asumispalvelut painottuvat ei-ympäriavuorokautisesti tuettuihin palveluihin. Psykoterapiapalvelujen saatavuus on hyvä. Mielenterveyspalvelujen kokonaisuus vaikuttaa hyvin toimivalta.

Keski-Suomen alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoivia on 15,8 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä 33,9 prosenttia (AUDIT-C-mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 3,4 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C-tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 15,8 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan avohoidossa muuta maata lukuun ottamatta erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on vähemmän potilaita (4,9/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2) ja päihdehuollon avohoidossa on huomattavasti vähemmän asiakkaita (3,0/1000 asukasta) kuin maassa keskimäärin (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihdeiden vuoksi enemmän potilaita (6,9/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Ympäriavuorokautiset palvelut painottuvat terveydenhuoltoon ja päihdehuollon asumispalveluihin. Päihdeiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on enemmän potilaita (3,4/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa on vähemmän asiakkaita (1,0/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,4). Päihdehuollon asumispalveluissa on huomattavasti enemmän asiakkaita (1,9/1000 asukasta) kuin maassa keskimäärin (1,1).

Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia

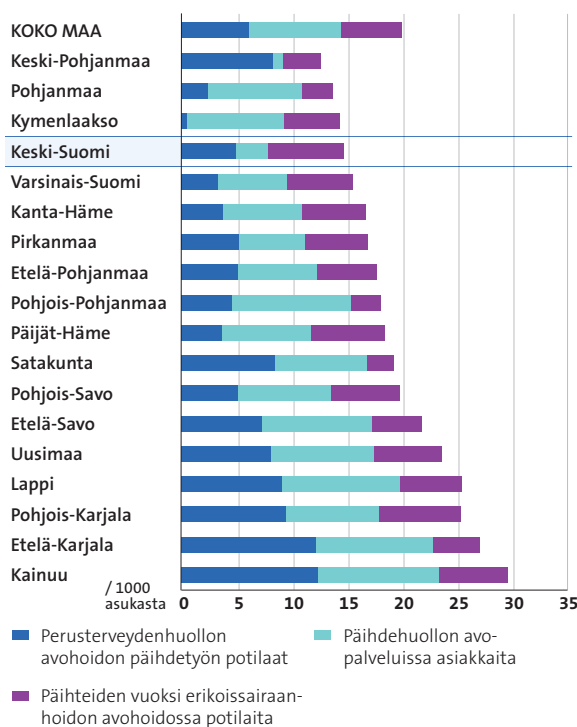
(PYLL) vähemmän (3 172/100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 30,4 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44,1 %). Keski-Suomen alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa on hieman vähemmän oppilaita (9,4 %) kuin koko maassa (10,2 %).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päivittäisen tupakointi ja alkoholin riskikäyttö on maan keskitasoa, mutta sekä kannabiksen käyttöä että huumeiden pistämiseen liittyviä hepatiitti C -tartuntoja on vähemmän kuin maassa keskimäärin. Päihdeongelmaisia hoidetaan avopalveluissa muuta maata vähemmän lukuun ottamatta erikoissairaanhoidoa. Ympäri vuorokautinen hoito painottuu terveydenhuollon palveluihin ja päihdehuollon asumispalveluihin. Alkoholi kuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä pienituloisimpien ryhmässä on hieman alhaisempi Keski-Suomessa kuin maassa keskimäärin. Ehkäisevän päihdetyön koordinoimista on tarpeen vahvistaa, koska vain noin kolmasosassa Keski-Suomen alueen kunnista on nimetty ehkäisevän päihdetyön toimielin.

Kuvio 7

**Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön**



## Erikoissairaanhoido

Väestön tarve palveluille on sairastavuus- ja kansantauti-indeksien valossa maakuntien keskitasoa. Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalahoitoa tarvitaan kuitenkin keskimääräistä useammin, mutta syöpään sairastutaan harvemmin kuin monissa maakunnissa.

Keski-Suomen maakunnassa somaattisen erikoissairaanhoidon toiminnot on keskitetty Jyväskylään, Keski-Suomen keskussairaalaan. Maakunnan erikoissairaanhoidon voidaan arvioida olevan yhden maamme tehokkaimmista. Sairaalassa on päivystyksessä käytössä ns. nopean vasteen konsepti, jossa pyritään mahdollisimman tehokkaaseen etulinjan hoitoon. Potilaita hoidetaan vuodeosastolla keskimääräistä vähemmällä hoitopäivillä ja -jaksoilla. Hoitojakson kesto on myös lyhyin eli 2,8 vrk (keskimäärin 3,3 vrk). Maltillinen osastohoidon ja kohtalainen avohoitokäyntien käyttö heijastuu myös somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksiin 93,2, joka on ainoastaan Uudenmaan käyttöindeksiä korkeampi. Toimenpiteellisten hoitojaksojen määrä on vertailussa alinta tertiiliä (72,3 / 1000 asukasta). Päivystysleikkauksen osuus on suuri (26,2 %), samoin päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus (51,3 %; koko maa 50,8 %, vaihteluväli 37,4–63,3 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 2513, näistä sektioita oli 15,8 % eli maan keskitasoa. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia ja pallolaajennuksia tehdään myös maan keskitason ver-

rän. Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitojaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Keski-Suomessa ensiavussa päivystyskäyntien määrä on alimmassa tertiilissä (122 / 1000 asukasta), mutta hoitojaksot alkavat noin puolessa tapauksista (49,5 %, ylin kolmannes maakunnista) suunnittelemattomina, joskin asianmukaisesti terveyskeskuksen lähettäminä (49,4 %, koko maa 37,5 %). Erikoissairaanhoidon odotusaika on keskimäärin 49 vuorokautta (vaihteluväli 31–63). Polven tai lonkan tekonivelleikkauksia odotetaan kuitenkin tavanomaista pitempään eli keskimäärin 86 vuorokautta (koko maa 63 vuorokautta, vaihteluväli 15–108). Kaihileikkauksen odotusaika on maan keskitasoa, eli 76 vuorokautta.

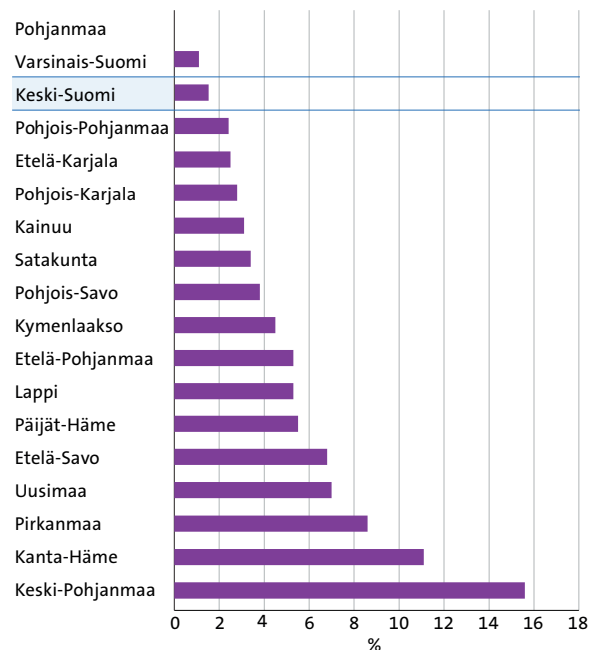
Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat 986 euroa asukasta kohden, eli maan toiseksi edullisimmat. Kustannus-

indeksi on maakunnista alin eli 89. Toimintakuluista henkilöstön osuus on 51,6 % ja ostopalvelujen 30,9 %. Kuluerat ovat maan keskitasoa (52,3 % ja 30,8 % vastaavasti). Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrässä Keski-Suomi on alle maan keskitason (1,75 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maassa vastaava lukema on 2,2). Henkilötyövuosien määrä on myös alle muun maan tason eli 10,75 / 1000 asukasta (koko maa 11,8), mutta lääkäreillä keskitasoa (1,34 lääkärihtv / 1000 asukasta).

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat maan parhaimmista: lonkkamurtuman vuoksi leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 1,6 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 8,3 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 12,1 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Infektioissa tilanne ei ole optimaalinen, sillä Staphylococcus aureukseen liittyvien bakteremioiden määrä / 1000 hoitopäivää on maan suurin (0,42). Tämän arvon kohdalla merkitystä rajoittaa vertailutiedon puutteellinen määrä.

Kuvio 8

### Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



## Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

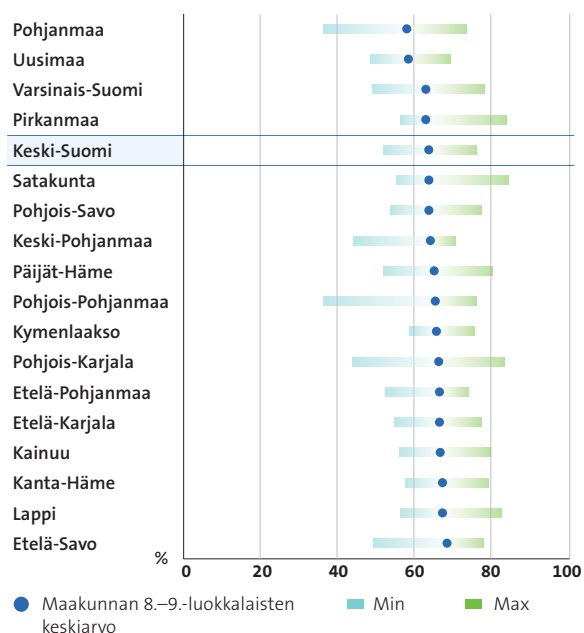
Keski-Suomessa lasten ja perheiden palvelut näyttävät arvioitujen indikaattorien valossa asiakaslähtöisiltä. Valtakunnallisten suositusten, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, toteuttamisessa on kuitenkin paljon kehitettävää. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Keski-Suomessa on runsaasti kehitettävää koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, sillä erityisesti lääkärintarkastukset lukiossa ja ammatillisessa oppilaitoksessa eivät toteudu. Äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden toteutuminen Keski-Suomessa vastaa maan keskitasoa. Keski-Suomessa lastensuojelu ja sen kustannukset painottuvat avohuoltoon.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

### Kuvio 9

#### Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



## Perhekeskuspalvelut

Kaikki Keski-Suomen kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville perheille ja perheille, joissa on imeväisikäinen lapsi, järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Yllättävästi lain mukaiset leikki-ikäisten kaksi laajaa terveystarkastusta järjestetään vain 85 prosentille kohderyhmän väestöä. Tämä johtuu siitä, että Saarikan Sote-kuntayhtymän alueella toteutetaan vain yksi laaja terveystarkastus 1–6 vuoden iässä. Potilasmerkintöjen mukaan laajat terveystarkastukset toteutuvat kuitenkin vain vajaalla kolmanneksella 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisistä. Erilaiset tulokset selittyvät potilastietojärjestelmien ominaisuuksilla ja kirjaamisen puutteilla.

Asiakastytyväisyyskyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulos vastaa koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastasi hyvin mutta lääkäreiden määrä vain kohtalaisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastus ensisynnyttäjille järjestetään kohtalaisesti Keski-Suomessa. Isyyden tunnustamisesta suurehko osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Perheiden määrä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä vastasi maan keskitasoa. Lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset olivat Keski-Suomessa maan matalimmat.

## Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Keski-Suomen maakunnassa kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto toteutuvat osin puutteellisesti, eikä säädösten mukaisia terveystarkastuksia ole viety kattavasti terveyskeskusten suunnitelmiin. Vain 71 prosenttia terveyskeskuksista oli sisällyttänyt toimintasuunnitelmaansa perusopetuksen oppilaiden lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi suunnitelmallisesti laajaan terveystarkastukseen 58 prosentissa maakunnan peruskouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokan oppilaat että 8. ja 9. luokan oppilaat arvioivat viimeisimmän terveystarkastuksen toteutuneen laadukkaasti hiukan useammin kuin maassa keskimäärin. Tätä mieltä oli 4.–5. luokan oppilaista 53 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 61 prosenttia (koko maa 60 %).



Vain 31 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuneiksi kansalliseen Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6–34 %). Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on siten Keski-Suomessakin joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita, vaikka se sijoittuu tuloksellaan maakuntien parhaimpaan neljännekseen.

Koululääkäreiden henkilöstömitoituksessa Keski-Suomi sijoittui maakuntien heikoimpaan kolmannekseen. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 2,0-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden. Puutteet henkilöstömitoituksessa vaikuttavat väistämättä koko toimintaan kuten terveystarkastusten pituuteen sekä niiden laatuun ja niistä saatavaan hyötyyn.

8. ja 9. luokan oppilaista 39 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on samaa luokkaa kuin koko maassa keskimäärin (38 %).

Lakisääteinen lääkärintarkastus lukiossa ja ammatillisessa oppilaitoksessa opiskeleville nuorille oli kirjattu terveystarkastusten suunnitelmiin puutteellisesti. 86 prosenttia maakunnan terveystarkastuksista on kirjannut suunnitelmiinsa tarkastavansa kaikki lukiolaiset ja 83 prosenttia ammattiin opiskelevat (maakuntien vaihteluväli lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %).

## Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 99 prosenttia oli Keski-Suomessa valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui lähes aina. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksien määrä oli korkea muihin maakuntiin verrattuna. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (26/100) oli pienempi kuin maakunnissa keskimäärin. On huomioitava, että laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli enemmän perheitä kuin maakunnissa keskimäärin. Kiireellisiä sijoituksia oli enemmän kuin maakunnissa keskimäärin. Huostassa olleiden määrässä maakunta sijoittui keskitasolle. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa korkeammat; perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin nähden keskitasoa, myötäillen asiakasmääriä.

Sairaalahoitoon hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Keski-Suomessa jonkun verran vähemmän kuin maassa keskimäärin. Yksikään asiakas ei odottanut Keski-Suomessa nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsi viikossa. Synnytyssairaalan palveluihin oltiin Keski-Suomessa melko tyytyväisiä.

## Työkäisten sosiaalipalvelut

Työkäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työkäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työkäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Keski-Suomen alueella rakennetyöttömyyden aste on 8,2 prosenttia. Luku on maan korkein ja selvästi maan keskimääräistä lukua (6,2 %) korkeampi. Myös työttömien aktiivointiaste (33,2 %) on keskimääräistä (31,6 %) korkeampi. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (12 %) oli hivenen korkeampi kuin kansallinen keskiarvo (11,6 %). Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 10,3 prosentilla työttömäksi jääneistä; luku on kansallista keskitasoa (11,9 %) matalampi. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Keski-Suomen alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 24 470 015 euroa, mikä on 2095 euroa kutakin Keski-Suomen alueen pitkäaikaisesti työttömänä kohden (maan keskiarvo 1978 euroa).

Rakennetyöttömyydestä aiheutuu haasteita Keski-Suomen alueelle, mikä jossain määrin näkyy myös osarahoitetun työmarkkinatuen määrässä. Työttömyyteen on pyritty vaikuttamaan aktivointitoimpiteillä ja kuntouttavalla työtoiminnalla, eikä työttömyysjaksojen pitkittyminen korostukaan kansallisessa vertailussa.

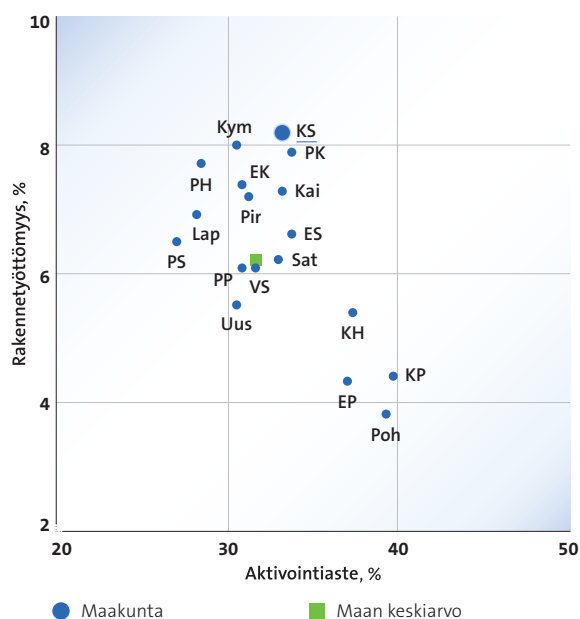
Asunnottomia on Keski-Suomen alueella 0,6 promillea väestöstä eli vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin mutta mediaania enemmän (keskiarvo 1,2 %, mediaani 0,3 %). Toimeentulotukea myönnettiin 119 euroa asukasta kohden, mikä on vähemmän kuin maakunnalliset alueet keskimäärin (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 2,5 prosenttia eli lähes vastaava osuus kuin maassa keskimäärin (2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 3,8 prosenttia, mikä myös on lähellä maan keskiarvoa (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Keski-Suomen alueella vuonna 2016 keskimäärin 481 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 610 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki).

Keski-Suomen alue sijoittuu näiden lukujen valossa kansallisessa vertailussa keskitasolle. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Korkeasta rakennetyöttömyydestä huolimatta täydentävää ja ehkäisevää toimeentulotukea myönnettiin hieman vähemmän kuin keskimäärin koko maassa.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Keski-Suomessa vastaava luku oli 80 prosenttia. Joka viidennellä vastanneista on siten ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

### Rakennetyöttömyys ja työttömien aktiivointiaste Keski-Suomessa



## Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisasetuuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Keski-Suomen maakunnassa seuraavat: vammaisasetuuksien piirissä oli 55 (54,7) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 36 (35,6). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisasetuuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisasetuuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisasetuuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaalihuoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

*Henkilökohtaisessa avussa* palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Keski-Suomessa 352. Asia-

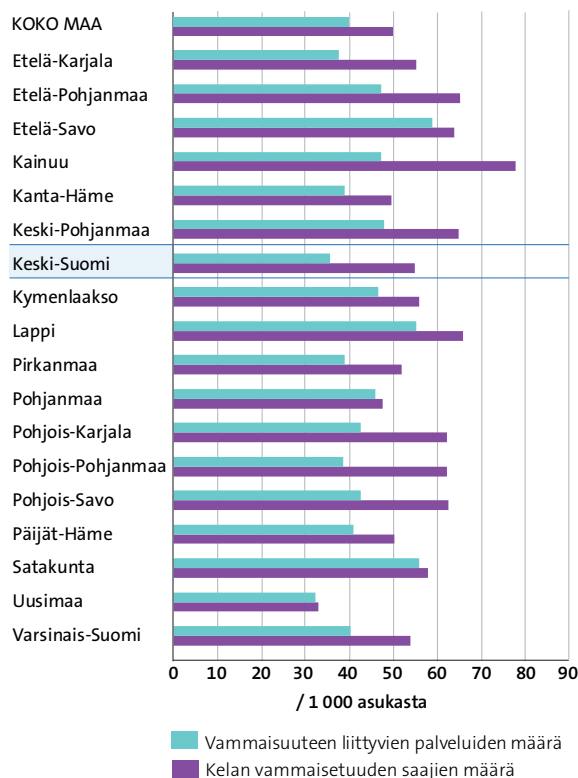
kasmäärä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohtaista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

*Liikkumisten palvelut* sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Keski-Suomessa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 1541. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Keski-Suomessa sai 100 000 asukasta kohden 112 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Keski-Suomessa vastaava luku 107 euroa, kun suurin euromäärä oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

### Vammaisasetuuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuden liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



## Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Keski-Suomessa maan keskitasoa. 75 vuotta täyttäneistä 24 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Keski-Suomessa maan keskitasoa. Keski-Suomessa rokottamattomia on 54 prosenttia, koko maassa 53.

Iäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Keski-Suomessa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 13 prosenttia ja miehistä 9 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitasoa. Asiakas saa Keski-Suomessa keskimäärin 12 kotikäyntiä viikossa, mikä on hieman maan keskiarvoa (13) vähemmän. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaita sai intensiivistä hoitoa, Keski-Suomessa 34. Keski-Suomen kotihoidon asiakkailla 84 prosentilla on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa on mahdollista keskimäärin vain 78 prosentilla asiakkaista.

Muistisairaat ovat suurin iäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Keski-Suomessa säännöllisistä kotihoidon asiakkaista 14 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi, (koko maassa 20 %). Vaikuttaisi siltä, että Keski-Suomessa on kehitettävää muuta maata enemmän muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Keski-Suomessa omaishoidon kattavuus oli maan keskitasoa, ja 22 prosenttia omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

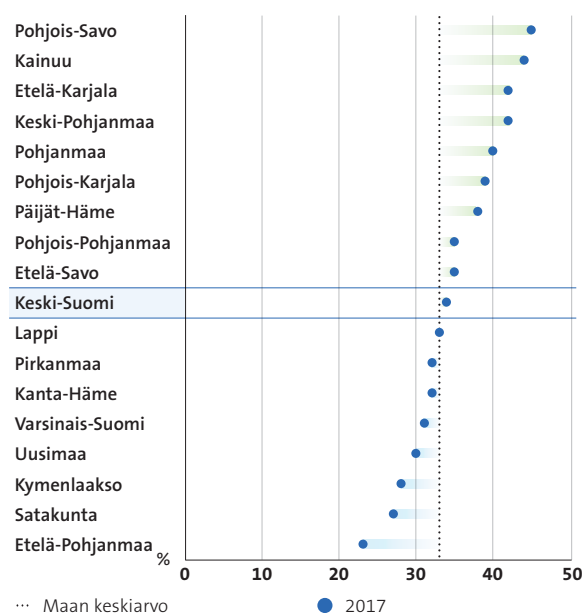
Koko maassa iäkkäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Keski-Suomessa iäkkäiden palvelujen menoista 30 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Kotihoidon kustannusrasite on Keski-Suomessa maan keskitasoa. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat 174 euroa.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Keski-Suomessa sairaanhoitajia (14 %) on maan keskiarvon verran, mutta sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on muuta maata suurempi (45 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Keski-Suomessa maan keskiarvoa parempi. Lähihoitajilla välitön työaika on maan keskitasoa (60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Keski-Suomessa vain 26 prosenttia kotihoidon toimintayksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Se on selvästi maan keskitason alapuolella (37 %). Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on Keski-Suomessa parempaa verrattuna koko maahan. Asiakkaita 59 prosenttia saa palvelunsa toimiyksiköstä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastajatahosta). Keski-Suomessa palautetta kerätään vain 51 prosentilta asiakkaista, kun koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12

### Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Palvelurakenteen muutos kotihoitopainotteiseksi on edennyt Keski-Suomessa maan keskitason vauhdissa. Kotihoidon käyntejä, myös intensiivistä kotihoitoa, on tarjolla maan keskitason verran. Sen sijaan kotihoidon asiakkailla on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa keskimääräistä enemmän. Kotihoidossa on myös enemmän sairaanhoitajia kuin keskimäärin koko maassa, mutta heidän tekemänsä välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on muuta maata suurempi. Voidaan todeta, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Keski-Suomessa maan keskiarvoa parempi. Omaishoidon kattavuus on valtakunnallisella tasolla, mutta omaishoidossa olevat saavat kotihoidon tukipalveluja vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Keski-Suomen kotihoidossa on kehitettävää muistisairauksien tunnistamisessa sekä asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämisessä. Keski-Suomessa diagnosoitetaan muistisairauksia huomattavasti vähemmän kuin koko maassa keskimäärin. Lisäksi vain 26 prosenttia kotihoidon toimiyksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille. Sen sijaan kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on parempaa kuin maassa keskimäärin.



## Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

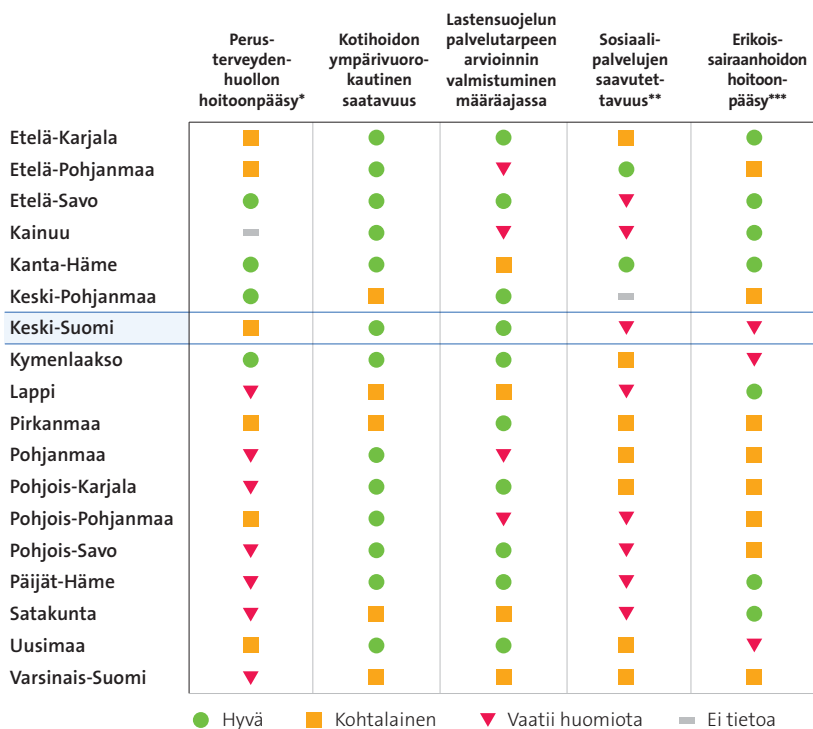
Erikoissairaanhoitosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitopääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Iäkkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

**Keski-Suomen** alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsy on kohtalaisella tasolla: 48 prosenttia potilaista pääsee viikon sisällä vastaanotolle. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on toiseksi eniten maakunnista – asiaan on syytä kiinnittää huomiota. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Sosiaalipalvelujen saavutettavuuteen on syytä kiinnittää huomiota, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, sillä lähes kaikki arvioinnit tehdään kolmen kuukauden määräajassa.

Kuvio 13

### Palveluiden saatavuus Keski-Suomessa



\* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

\*\* Väestökysely

\*\*\* Yli 6 kk odottaneet

## Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyväisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti epämääräiseen ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnan indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääketieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valtakunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitosrokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, poliolt ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmunitteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain

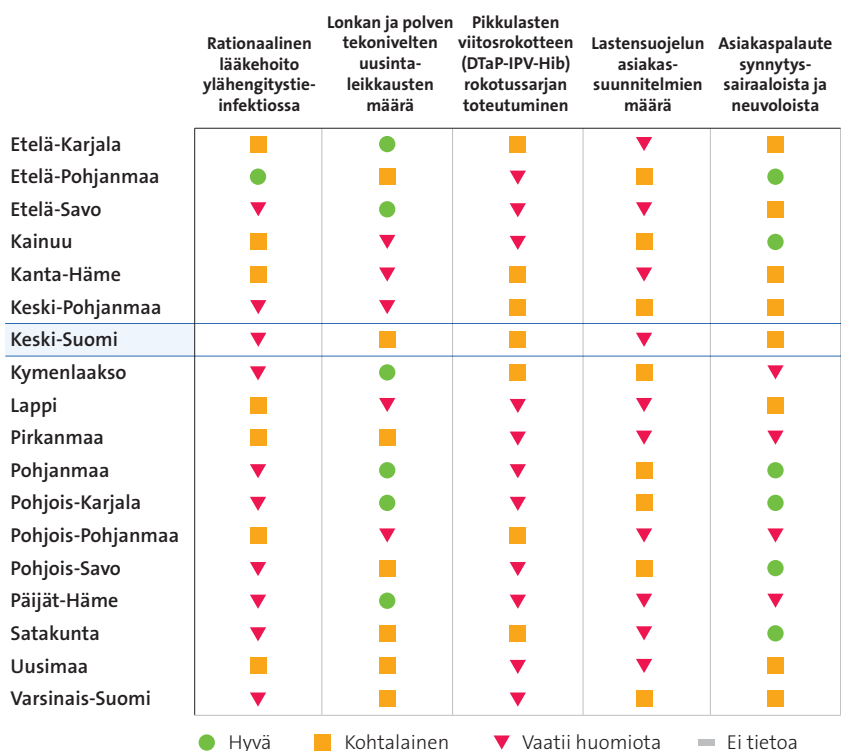
mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyväisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

**Keski-Suomen maakunnassa** joka viidennelle määrittämätöntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Tekonivelen uusintaleikkauksien määrät olivat jonkin verran maan keskiarvoa suuremmat. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut 94,4 prosenttia. Rokotussarja oli aloitettu erinomaisesti 99,2 prosentille lapsista, ja maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittämättömästi, vain noin neljäsosalle asiakkaista (26 %). Luku oli maakunnista toiseksi pienin. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyväisyys oli maan keskitasoa.

Kuvio 14

### Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Keski-Suomessa



## Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet,

resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari-tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

**Keski-Suomessa** asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä. Sen sijaan vertailutietoa oli saatavilla heikosti. Palveluprosessit etenivät Keski-Suomessa asuvien mielestä sujuvasti kohtalaisen usein, jopa jonkin verran useammin kuin koko maassa keskimäärin. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on huomioitu Keski-Suomessa koko Suomen keskitasoa paremmin. Lisäksi puolet (50 %) alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu kolmessa Keski-Suomen kunnassa.

Kuvio 15

### Palveluiden asiakslähtöisyys Keski-Suomessa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
<b>Keski-Suomi</b>	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota □ Ei tietoa

\* Väestökysely

## Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimena on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierröksellä on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammais- ja työttömien palveluiden saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammais- ja työttömien palveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveyserojen tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjäytetyiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieliryhmiä. Yhdenvertaisuuden

tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

**Keski-Suomen** kunnissa suunnitelmien laadinta yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kunnan toiminnassa on vasta aluillaan. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoitavien kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Keski-Suomessa keskitasoa. Alle 40 prosenttia vammais- ja työttömien palveluista tarvinneista koki palvelut riittämättömiksi. Alueen kunnissa työttömien terveyserojen tarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa keskimääräisesti muihin maakuntiin verrattuna (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin pienet. Etenkin koulutusryhmien välillä oli pienet erot, kun taas ikäryhmien ero oli suuri ja sukupuolten väliset erot keskitasoa. Keski-Suomessa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisää suuri rakennetyöttömyys. Toisaalta koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten osuus on pieni.

Kuvio 16

### Palveluiden yhdenvertaisuus Keski-Suomessa

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- ja työttömien palvelujen saanti*	Työttömien terveys- ja koulutus- ja koulutusryhmien välillä	Eröt sukupuolten, ikä- ja koulutusryhmien välillä terveyskeskuslääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
<b>Keski-Suomi</b>	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

\* Väestökysely

## Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. [www.ammattibarometri.fi](http://www.ammattibarometri.fi)

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloitten tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveystenkeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenvedo. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 24/2017.

TEM (Repo, Joonas): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysija 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveysten- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, [www.temtyollisyyskatsaus.fi](http://www.temtyollisyyskatsaus.fi)

THL: Terveysten- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveysten
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seurantaindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveystenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

## Alueelliset lähteet

Keski-Suomen järjestämissuunnitelma 15.1.2018.

Maakunnan toimittamat muut materiaalit

[www.ks2020.fi](http://www.ks2020.fi)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos  
PL 30 (Mannerheimintie 166)  
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-053-2 (verkkojulkaisu)  
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-053-2>

[www.thl.fi/julkaisut](http://www.thl.fi/julkaisut)