

# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

## Sosiaali- ja terveyspalvelut Etelä-Karjala

### 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 taluspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksesta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisen 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 sisältöalueista 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

*Jukka Kärkkäinen*  
Ylilääkäri

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Sisälly

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 talvelut .....	12
Perusterveydenhuolto .....	13
Mielenterveys- ja päihdetalvelut.....	14
Erikoissairaanhoido .....	16
Lasten, nuorten ja perheiden talvelut.....	17
Työikäisten sosiaalitalvelut.....	19
Vammaistalvelut .....	20
Ikäihmisten talvelut .....	21
<b>Ulottuvuuskohtaiset arviot</b>	
Saatavuus.....	23
Laatu ja vaikuttavuus.....	24
Asiakaslähtöisyys .....	25
Yhdenvertaisuus.....	26
<b>Kansalliset lähteet .....</b>	<b>27</b>
<b>Alueelliset 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; Kipeläinen, 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

*Tehdyssä arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa-antavina. Simulaatioharjoituksessa toteutettu arviointi on kohdistunut maakunnan alueella järjestettyihin ja tuotettuihin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kuntien tavat järjestää ja tuottaa palveluita eroavat kuitenkin toisistaan. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta kun järjestämistä vastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.*

*Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja kerätty tieto on peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyestä kestosta johtuen 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 lähtökohtaisesti kokemaan samalta vuodelta. Eroavista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.*

Maakunnan väestönkehitys on ollut viimeiset 20 vuotta vähenevä ja jatkuu samanlaisena hidastuen kuitenkin tulevina vuosina. Väestö ikääntyy, työikäisten määrä ja työvoiman osuus pienenee ja huoltosuhde heikkenee huomattavasti. Väestö keskittyy erityisesti Lappeenrannan seutukuntaan, johon myös maahanmuutto painottuu. Maahanmuuttajista venäläisten osuus on noin puolet. Maakunnan koulutustaso on maan matalimpia. Toimeentulotuen saajia oli muuta maata vähemmän.

Maakunnan sosiaali- ja terveystoiminnan nettomenot asukasta kohden ylittivät jonkin verran maan keskitason. Tarvekioidut menot alittivat hieman maan keskitason. VM:n laskelmien mukaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen taso nousee sote-uudistuksen siirtymäajan jälkeen jossain määrin.

Maakunnan väestön terveys on maakuntien vertailussa keskimääräistä parempi. Ikävakiomaton sairastavuusindeksi oli maakunnista seitsemänneksi alhaisin. Sepelvaltimosairastavuus on kuitenkin korkea.

Maakunnan julkishallinnon yhteistyötä on kehitetty monin eri tavoin. Sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason palvelut yhdistettiin yhteen kuntayhtymään, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveys-

piiriin Eksoteen vuonna 2010. Näin edistettiin myös aikaisempaa parempaa sote-integraatiota. Samalla tukipalveluja keskitettiin yhtiöittämällä tekniset ja hallinnolliset tukipalvelut yhteen organisaatioon. Lisäksi ICT-järjestelmiä on kehitetty monipuolisesti.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset asukasta kohden olivat jonkin verran maan keskiarvoa korkeammat. Avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä oli enemmän kuin maassa keskimäärin, erityisesti muita kuin lääkärikäyntejä, kun taas lääkärikäyntejä oli vähemmän. Työttömien terveystarkastuksia oli tehty parhaiten koko maassa. Hoitotakuu toteutui melko hyvin.

Erikoissairaanhoidon toiminnot oli keskitetty Lappeenrantaan Etelä-Karjalan keskussairaalaan. Somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset olivat maan keskitasoa ja sairaansijat alle maan keskitason. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarve ja tarvekioidut kustannukset olivat maan keskiarvoa korkeammat. Hoitotakuu toteutuu keskimäärin hyvin, poikkeuksena kaihileikkauksiin jonot olivat pitkiä. Sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus oli maan korkein.

Maakunnan mielenterveyspalvelujärjestelmä oli avohoitopainotteinen. Asukasta kohden laskettu avohoitokäyntien määrä oli suurempi sekä psykiatrian sairaansijojen ja hoitopäivien, pitkien laitoshoidojen ja ympärivuorokautisten asumisyksikköpaikkojen määrät olivat pienempiä muuhun maahan verrattuna. Kelan korvaamaa psykoterapiaa oli alueella saatu huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän.

Lasten ja perheiden palvelujen laatuun vaikuttavat valtakunnalliset suositukset oli huomioitu hyvin. Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa ja palvelujen asiakaslähtöisyydessä oli kehitettävää. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto oli toteutettu parhaiten koko maassa. Äitiys ja lastenneuvolapalvelujen toteutuminen oli maan keskitasoa. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut 95,5 prosenttia. Rokotussarja oli aloitettu 98,8 prosentille lapsista. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit oli kaikki toteutettu kolmen kuukauden sisällä kuten laki edellyttää.

Ikääntyneen väestön toimintakyky oli maan keskitasolla. Palvelurakenne painottui kotihoitoon. Maakunta oli purkanut pitkäaikaista laitoshoidoa ja kehittänyt kotihoitoa muuta maata nopeammin. Kotihoidossa oli myös paljon apua ja tukea tarvitsevia asiakkaita.

## Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

### Maakunnan alue ja väestö

Etelä-Karjalan maakuntaan kuuluu yhdeksän kuntaa, jotka muodostavat kaksi seutukuntaa: Lappeenrannan (Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Savitaipale ja Taipalsaari) ja Imatran (Imatra, Parikkala, Rautjärvi ja Ruokolahti) seutukunnat. Alueella on noin 131 000 asukasta, ja se kuuluu Uudenmaan yhteistyöalueeseen. Maakunnassa on pitkiä etäisyyksiä, vaikka pinta-alaltaan alue on maan pienimpiä, noin 5 300 neliökilometriä. Venäjän ja Euroopan unionin rajalla sijaitsevasta maakunnasta on yhtä pitkä matka Helsinkiin ja Pietariin. Rajanylityspaikkoja on viisi: Imatra, Nuijamaa ja Vainikkala (kansainvälisiä), Parikkala (tilapäinen, vain Suomen ja Venäjän kansalaisille) ja Lappeenrannan lentoasema. Vainikkala on Suomen ainoa henkilöliikenteen rautatienliityspaikka.

### Alueellinen vauraus

Maakunnan BKT-indeksi on 97/100 (vuonna 2015). Maakunnalla on vahvat perinteet teollisessa tuotannossa. Metsäteollisuudella ja Venäjän rajan läheisyydellä on merkittävä rooli elinkeinoelämässä. Kaakkois-Suomi on Euroopan suurin metsäteollisuuden keskittymä. Metsäteollisuuden uusiutuminen ja kilpailukykyyn säilyttäminen ovat maakunnan elinvoiman kehitykselle tärkeitä asioita. Maakunnassa sijaitsee merkittävä osa metsäyhtiöiden tutkimusresursseista. Yritystoiminta koostuu pääasiassa prosessiteollisuuden suuryrityksistä sekä mikro- ja pienyrityksistä. Alueen suurimpia työllistäjiä ovat teollisuuden yritykset, kuten UPM-Kymmene, Stora Enso ja Ovako, sekä sosiaali- ja terveysala.

Vuonna 2016 maakunnan työttömien määrä oli 15,6 prosenttia työvoimasta (koko maassa 12,6 %) ja työllisyysaste 64,6 prosenttia (68,7 %). Kesästä 2016 alkaen maakunnan työttömien määrä on alkanut vähentyä, mutta edelleen työttömyysaste ja rakenetyöttömyys ovat koko maata korkeampia ja työllisyysaste on maan keskiarvoa alhaisempi. Toisaalta työvoimapula-ammattien määrä on lisääntynyt. Lähi-tulevaisuudessa maakuntaan tarvitaan lisää erityisesti ICT- ja sote-alan osaajia.

Maakunnassa noin 8 500 henkilöä sai toimeentulotukea (vuonna 2016), mikä on 6,5 prosenttia asukkaista (koko maassa 7,2 prosenttia).

### Väestönkehitys

Maakunnan väestö vähenee ja ikääntyy. Syntyvyys on kuolleisuutta pienempi. Väkiluku on pienentynyt 20 vuodessa noin 8 000 hengellä. Työikäisten määrä ja työvoiman osuus ovat myös vähentyneet. Asutus, työpaikat ja palvelut keskittyvät Lappeenrannan ja Imatran kaupunkien ympärille. Väestön väheneminen kohdentuu erityisesti Imatran seutukuntaan, kun taas Lappeenrannan seutukunnalla väkiluku on alkanut kasvaa maahanmuuton ansiosta. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan väestön väheneminen jatkuu, mutta hidastuu tulevina vuosina. Samanaikaisesti huoltosuhde heikkenee huomattavasti. Vuonna 2030 alueen väestömäärä on ennusteen mukaan 128 000 ja huoltosuhde 79,2 (63,9, vuonna 2015).

Maahanmuutto on jossain määrin parantanut väestönkehityksen tilannetta. Ulkomaan kansalaisten osuus on kasvanut tasaisesti vuodesta 2005 alkaen noin 5,9 prosenttiin väestöstä (koko maassa 6,6 prosenttia, vuonna 2016). Venäläisten osuus on suurin, noin puolet maakunnan kaikista ulkomaalaisista.

Maakunnan koulutustaso on maan matalimpia. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus on pienempi kuin koko maassa keskimäärin. Peruskoulun jälkeistä tutkintoa vaille olevien osuus on kasvanut, mutta jää alle maan keskiarvon (vuonna 2015 ilman tutkintoa 25–29-vuotiaista naisista oli 12,5 % ja miehistä 17 %, koko maassa 14 % ja 18,5 %).

### Väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan kehitys

Maakunnan väestö sairastaa keskimääräistä vähemmän muihin maakuntiin verrattuna. THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi (alueen väestön sairastavuus suhteessa koko maan tasoon) oli Manner-Suomen maakunnista seitsemänneksi alhaisin, 105,2. (Kuvio 1.)

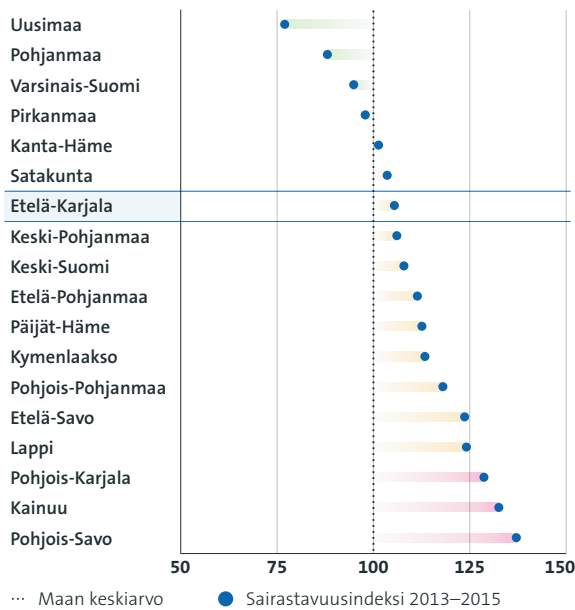
### Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

#### Maakunnan organisoituminen

Julkishallinnon rakenteita ja toimintatapoja on uudistettu ja kehitetty palvelujen turvaamiseksi tulevaisuudessa alueen vähenevälle ja ikääntyvälle väestölle. Sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason palvelut yhdistettiin yhteen kuntayhtymään, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalviin Eksoteen, vuonna 2010. Tämä edisti aikaisempaa parempaa sote-integraatiota. Samalla tukipalveluja keskitettiin yhtiöit-

Kuvio 1

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



tämällä tekniset ja hallinnolliset tukipalvelut yhteen organisaatioon.

Maakunta aloitti ensimmäisten joukossa maakuntauudistuksen suunnittelun helmikuussa 2016 yhteisellä tilaisuudella maakunnan toimijoiden kesken. Maakunta ilmoittautui halukkaaksi kokeilumaakunnaksi aloittamaan uudella hallintomallilla jo ennen kuin sote-maakuntalait tulevat voimaan. Työskentely syyskuudella 2016 päättyi väliraporttien valmistumiseen. Keväällä 2017 valmistuivat päivitettyt nykytilaraportit sekä arviot uudistuksen vaikutuksesta eri palvelualueille. Työhön osallistui yhteensä noin 300 henkilöä lähes 20 työryhmässä. Toukokuussa 2017 perustettiin valmistelutoimielin (VATE), joka jatkoi työskentelyä VATE-projektiryhmänä maakuntalainsäädännön voimaantulon lykkäännyttyä. (ks. <http://www.ekarjala.fi/maakuntauudistus/organisaatio/>).

Maakunnan tulevan konsernirakenteen luonnos valmistuu helmikuussa 2018. Maakunnassa on myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet kuntien ja muiden sidosryhmien kanssa.

Maakunnan julkisista sosiaali- ja terveystalvetuista huolehtii Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalvetuun kuntayhtymä Eksote, jonka kaikki toimipisteet ovat kaikkien eteläkarjalaisten käytössä riippumatta kotikunnasta. Palveluihin kuuluvat avoterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuolto,

kuntoutus, sairaalapalvelut, perhepalvelut, aikuisten sosiaalipalvelut, vammaispalvelut ja vanhustenpalvelut. Kustannuksia on kyetty merkittävästi leikkaamaan muun muassa purkamalla laitoshoidon ja vastaavasti kehittämällä kotiin vietäviä palveluja sekä kuntoutusta. Maakunnassa on käytössä on yksi yhteinen potilastietojärjestelmä ja sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmä sekä runsaasti sähköisiä palveluja. Myös liikkuvia palveluja on alueella kehitetty osaksi palveluverkkoa.

Eksotessa on käytössä palvelusetelit (osa sähköisinä) useilla toimialueilla kuten lapsiperheiden tilapäisessä kotipalvelussa, omaishoidon tuessa, henkilökohtaisessa avussa, tehostetussa kotiutuksessa, hammashoidossa, tuetussa asumisessa ja kuntouttavassa työtoiminnassa. Myös henkilökohtainen budjetti on vammaispalveluissa käytössä pienimuotoisesti.

Maakunnan sote-palvelujen uudistamistyötä tehdään kaikissa viidessä hallituksen kärkihankkeessa, joissa Eksote ja myös LAPE- ja I&O-muutosagentit ovat mukana. Tavoitteena on parantaa iäkkäille, omais- ja perhehoitajille, lapsille ja perheille sekä osatyökykyisille tarkoitettuja palveluja, yhdistää palvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi, edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä vähentää eriarvoisuutta. Lisäksi Järjestö 2.0 -hankkeessa vahvistetaan järjestöjen asemaa ja osallisuutta maakunta- ja sote-uudistuksessa sekä luodaan maakunnallisesti kokonainen järjestökehite. Tavoitteena on rakentaa asiakaslähtöisiä palvelupolkuja Etelä-Karjalaan. Laajemmin Eksoten kehittämishankkeista ks. <http://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/Sivut/default.aspx>

Maakunnan innovaatio toiminnan ja osaamisen kehittämisen keskus on Skinnarilan kampus, jolla toimii korkeakoulujen (Lappeenrannan teknillinen yliopisto, LUT, ja Saimaan ammattikorkeakoulu Saimia) lisäksi useita pk-yrityksiä. Kampuksen yhteistyö elinkeinoelämän kanssa on tiivistä. LUT on Suomen johtava energiatekniikan kouluttaja- ja tutkijayhteisö. Vuonna 2018 toimintansa aloittanut LUT-konserni tiivistää entisestään tiedeyliopiston ja ammattikorkeakoulun yhteistyötä. LUT-konserniin kuuluvat Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Saimaan ammattikorkeakoulu ja Lahden ammattikorkeakoulu. Lisäksi yhteistyötä kehitetään ammattipiston, korkeakoulujen ja elinkeinoelämän kesken mm. yrittäjyyden edistämiseksi.

Innovaatioekosysteemin vahvuksina ovat maakunnan suhteellisen pienen koko ja tiiviit verkostot. Alueella on panostettu tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio- eli TKI-toimintaan nousujohteisesti. TKI-menot asukasta kohti jäävät valtakunnallisen keskiarvon alapuolelle, mutta alueella on ollut kuitenkin vuosina 2010–2016 vahvaa kasvua (+24,6 %) samaan

aikaan, kun valtakunnallinen trendi on ollut laskeva (-17 %). Elinkeinoelämän osuus alueen TKI-kokonaismenoista on niin ikään kasvanut (+15,1 %), kun valtakunnallinen trendi on ollut laskeva (-3,8 %).

Alueen innovaatiostrategian keskeinen tavoite on edistää kokeilukulttuuria. Käytännössä esimerkiksi kuntasektorin ja alueen oppilaitosten yhteistyö on systemaattista, toimiala- ja oppiainerajat ylittävää. Esimerkkinä Green Energy Showroom -verkosto toimii energia- ja ympäristöalan toimijoiden yhteisenä kehittämisalustana.

Myös yhteistyö sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavan Eksoten kanssa on edistänyt syksyllä 2017 alkunutta Sote-DI-tutkinnon koulutuksen käynnistämistä. Tutkinto on tarkoitettu tekniikan alan tutkinnon suorittaneille. Eksote on lisäksi mukana valtakunnallisessa Business Finland TestBed -valmistelussa.

### Taloudelliset edellytykset

Etelä-Karjalassa sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 185 euroa asukasta kohti. Tämä oli 5 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,11), minkä vuoksi tarvakioidut menot olivat 5 prosenttia vähemmän kuin koko maassa keskimäärin. Samoin, kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvakioidut menot olivat 5 prosenttia vähemmän kuin koko maassa keskimäärin.<sup>1</sup>

Ennakkotietojen mukaan maakunnan nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen asukaskohtaiset nettomenot ovat siirtymäajan jälkeen (vuodesta 2024 alkaen) tulevaan valtionrahoitukseen verrattuna 17 euroa pienemmät. Muutos merkitsee maakunnalle noin 2,3 miljoonan euron lisärahoitusta.

Maakunnassa on meneillään Uusi sairaala -investointihanke ja tulevaa palveluverkkoa arvioidaan.

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

Tarvakioiduisten menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvakioiduisten menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvakioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvakioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvakioiduja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

## Palveluverkko

Maakunnan palveluverkkoa esitellään kuviossa 2. Maakunnan erikoissairaanhoidon sairaalatoiminta on keskitetty Etelä-Karjalan keskussairaalaan, joka saa laajan päivystyksen sairaalan statuksen päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistuksessa. Lisäksi Imatralla sijaitsee perusterveydenhuollon tasoinen Honkaharjun sairaala, jossa hoidetaan lyhytaikaista kuntoutusta vaativia potilaita, jotka eivät tarvitse erikoissairaanhoidoa, sekä saattohoitopotilaita.

Etelä-Karjalan terveyskeskukseen kuuluu kaksi toista hyvinvointiasemaa. Ulkoistettuja asemia ei ole. Terveyskeskuslääkäriarvot on 8,6 prosenttia. Sairaanhoidajan vastaanottoa ja laboratoriotilaisuuksia järjestetään liikkuvana palveluna (Mallu- ja Malla-autot) taajamien ulkopuolella sekä ensihoitajan hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa kahdessa erillisessä yhden hengen yksikössä.

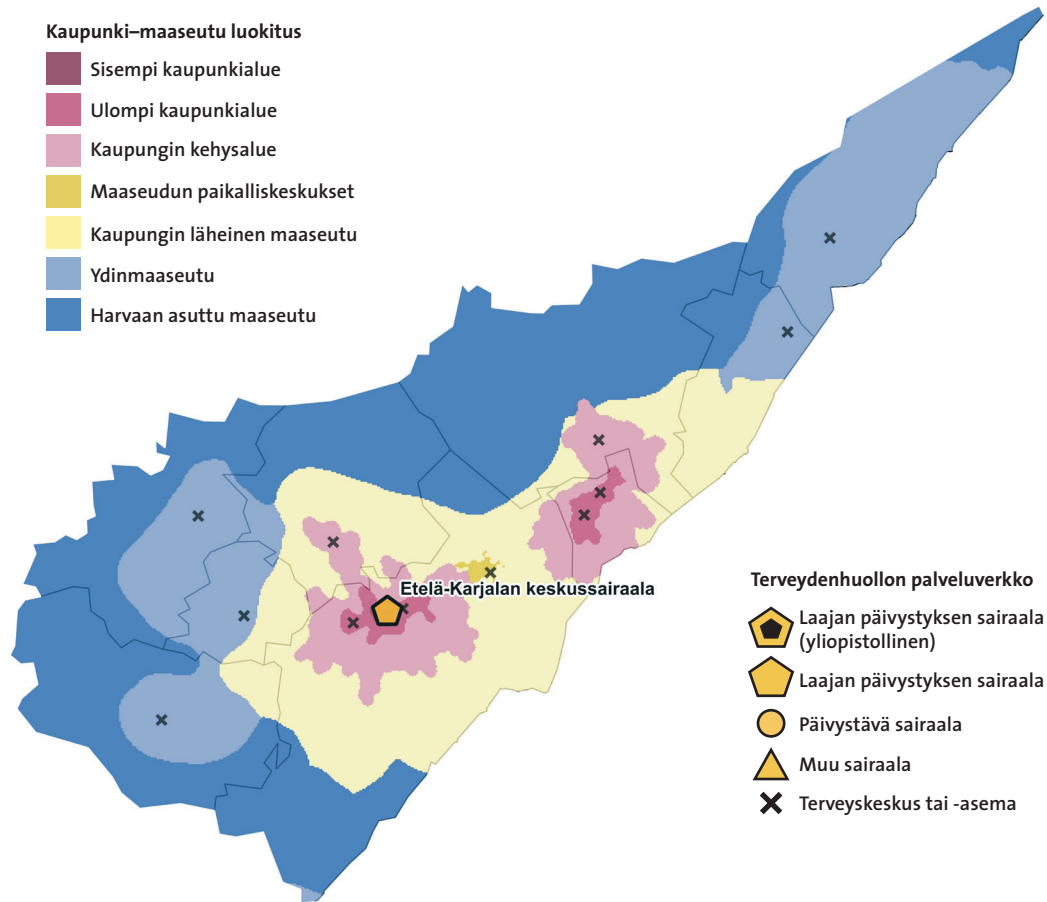
Matalan kynnyksen lasten ja nuorten talo (Lappeenrannassa ja Imatralla) integroi palvelut neuvoloista lastensuojeluun sekä lasten- ja nuortensykehoitoon. Päihde- ja mielenterveyspalvelut on integroitu joustavaksi kokonaisuudeksi. Kaikissa palveluissa panostetaan sähköisiin ja virtuaalisiin palveluihin. Mielenterveyspäivystys toimii ilman lähetettä 24/7.

Iäkkäiden ja vammaisten keskitetty asiakas- ja palveluohjaus sekä matalan kynnyksen palvelut toimivat IsoApu palvelukeskuksissa (Lappeenranta ja Imatra) sekä hyvinvointiasemien palveluohjaajien muodostamasta kokonaisuudesta. Palvelutarpeen arviointiin tullaan yhden oven kautta sekä kotoa että sairaalasta. Kotiin vietäville palveluille on koordinaatiokeskus päivystyksen yhteydessä ja alueella on liikkuva päivystysyksikkö. Keskeistä on kotihoidon, päivystyksen ja ensihoidon yhteistyö.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on määritelty yhteistyöstä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella, jossa Eksote, Carea, PHHYKY ja HUS ovat organisoineet useita eri työryhmiä toimintansa koordinoimiseen. Esimerkkinä ICT-yhteistyöstä Eksote ja HUS ovat toteuttaneet sähköisen lähete-palauteliikenteen, joka on käytössä myös Eksoten tiedonsiirrossa alueen yksityisten terveyspalvelun tuottajien kanssa. HUS ja Eksote ovat rakentaneet tiedonvaihdon tehostamiseksi integroidun Lync-viestintätärkkäisun pikaviestintään sekä kevyisiin videoneuvotteluihin ja -kokouksiin. Varsinaisen kliininen tieto välitetään kansallisen potilastiedon arkiston kautta. Eksoten leikkaus-, anestesia- ja välinehuollon sekä tehohoidon tietojärjestelmät ovat samanmerkkiset HUS:n kanssa. Tämä helpottaa mahdollisesti myöhemmin eteen tulevaa syvällisempää toiminnallista yhteistyötä.

## Kuvio 2

## Etelä-Karjalan maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu-luokitus (SYKE)



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

### Henkilöstöresurssit

Terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli maakunnassa vuonna 2014 noin 7 800 henkeä. Sote-uudistuksen yhteydessä kuntasektorilta maakuntiin siirtyvän sote-henkilöstön lukumääräksi on arvioitu noin 5 200 henkilöä. Tämä luku sisältää myös sijaisia.

Ammattibarometrin mukaan alueella on erityisesti pulaa yleislääkäreistä, ylilääkäreistä, erikoislääkäreistä, hammaslääkäreistä, kuulontutkijoista ja puheterapeuteista sekä jonkin verran pulaa röntgenhoitajista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista ja farmaseuteista.

### ICT-ratkaisut

Maakunnassa on kehitetty ja toteutettu useita sote-järjestelmää palvelevia ICT-ratkaisuja.

Eksoten ICT-, talous- ja henkilöstöhallinnon palveluja hoitaa kuntien ja kuntayhtymien yhteinen yhtiö Saita Oy, jonka palvelujen piiriin ovat myös kunnat liittyneet omien tarpeiden mukaisesti. Medi-IT Oy (2M-IT Oy) on merkittävä sote-tietojärjestelmäpalvelujen tuottaja.

Sote-tietojohdantamalli (TIJO-malli) perustuu tietovarastoon, jonne on tuotu tietoja potilas- ja asiakastietojärjestelmistä (TerveysEffica ja SosiaaliEffica), erillisjärjestelmistä ja talousjärjestelmästä sekä SBM-sovelluksista. TIJO-mallin päälle on toteutettu sote-tietopaketti. Integroitu tietojohdantamisen malli mahdollistaa kokonaisvaltaisen asiakkuuden hallinnan, palvelujen käytön seurannan ja ennustamisen niiden suoritteiden, laadun kuin talouden näkökulmasta. Henkilökohtaisen budjetin ja palvelusetelin hallinnassa on käytössä tietojärjestelmä (Effector), joka voidaan tarvittaessa laajentaa myös kansalaisen valinnan-



vapauden mukaisen valinnan sekä palvelutuottajien rekisteröitymisen tietöjärjestelmäksi.

Kansalaisten sähköisten asiointipalvelujen tuottamiseen käytetään [www.hyvis.fi](http://www.hyvis.fi) palvelualustaa ja sen päälle tuotettua portaalaa ja asiointipalveluita. Hyvis-yhteistyön pohjalta kehitettiin kansallisella rahoituksella Hyvis-alustasta riippumaton SADE Ajanvaraus ja Palveluhallinta (AVPH) -tietöjärjestelmäkokonaisuus, joka toimii prosessimoottorina erilaisten palvelutarpeiden ja palvelujen välisessä palveluohjauksessa.

Eksote on myös osallisena ODA-hankkeessa, jossa tuotetaan kansallisia sähköisiä palveluita sähköisen terveystarkastusten ja oirepohjaisten testien tekemiseen. ODAan tehty kliininen arviointi ohjataan SADE AVPH:lle, joka tuntee palvelutuotannon rakenteen ja osaa ohjata kansalaisen saamaan tarvitsemansa palvelun (lähtökohtaisesti sähköinen palvelu esim. ajanvarauksen tekeminen, esitietöjen syöttäminen, sähköinen viestintä).

## Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset

### Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyuden metodologian 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 volyyymi kehitty tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyuden arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisuihin on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoivajalojen 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 erikois-

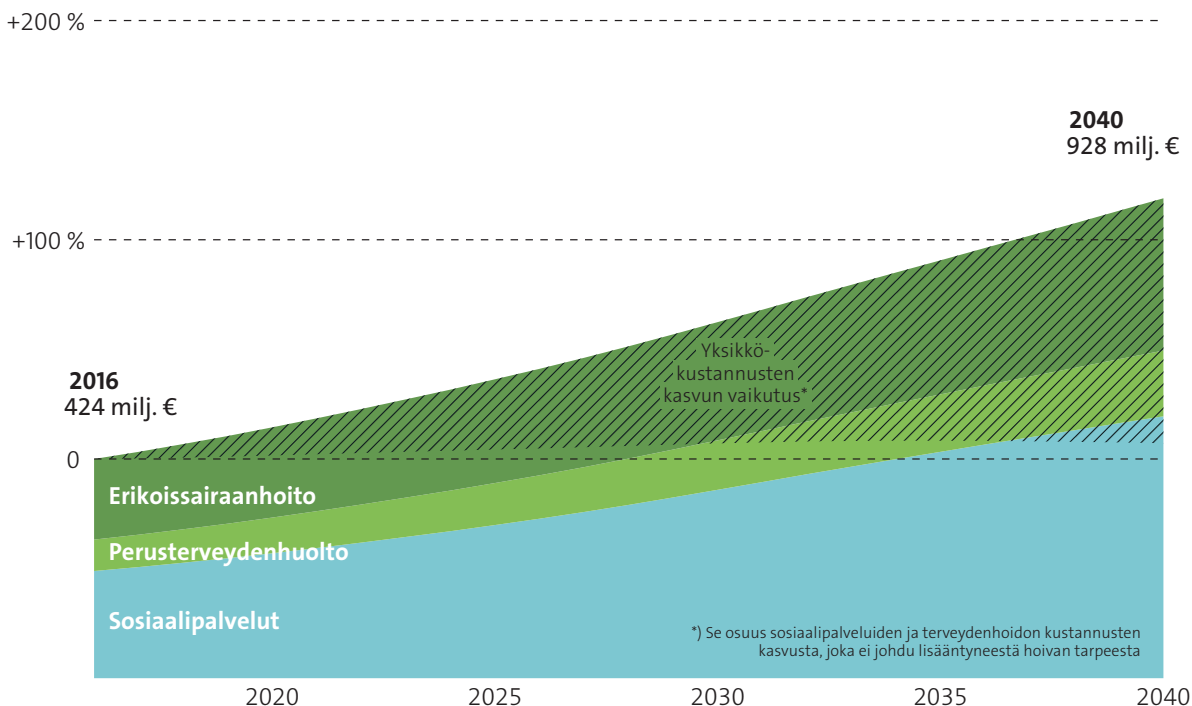
sairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoido (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset 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 Etelä-Karjalassa 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. Etelä-Karjalan hoivame-

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Etelä-Karjalan maakunnassa vuosina 2016–2040.



nojen kasvuksi ennakoitaan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 63 prosenttia ja vuoteen 2030 mennessä noin 119 prosenttia. Maakunnan väestö supistuu Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 2,5 prosentilla ja vuoteen 2040 mennessä 4,5 prosentilla. Koko maan kustannukset kasvavat puolestaan vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat ja väestö kasvaa 6,4 prosentilla. Myös vanhusväestön kasvu jää Etelä-Karjalassa koko maan keskiarvoa selvästi alemmaksi (vajaat 20 prosenttia vuoteen 2030 mennessä).

### 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.

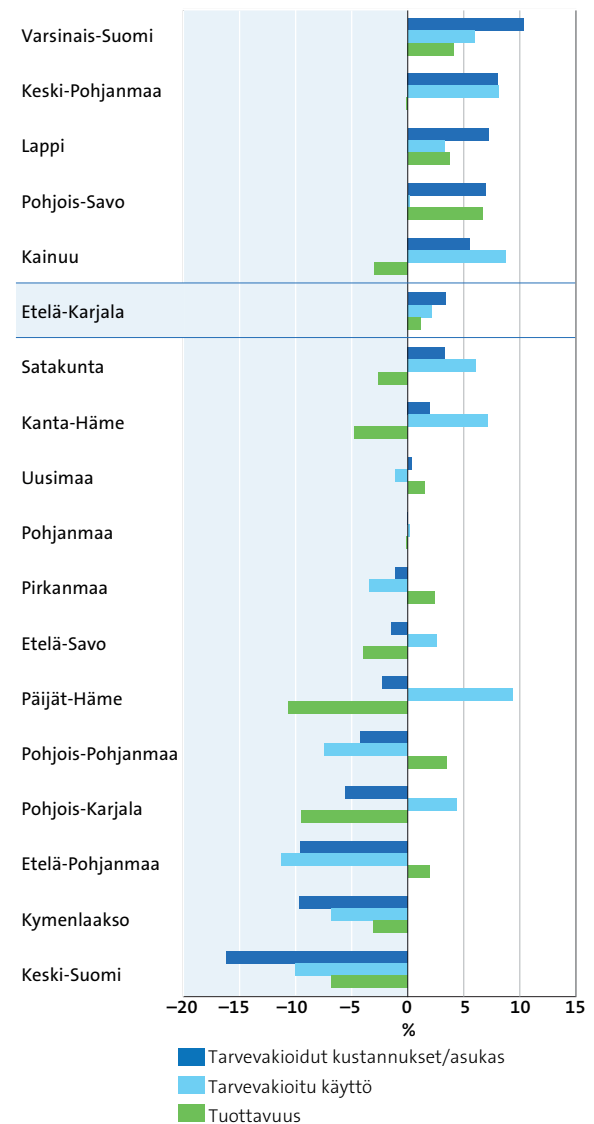
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän 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.

**Etelä-Karjalassa** somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli seitsemän prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat kolme prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli vastaavasti kaksi prosenttia enemmän 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 hyvin syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä ja HYTE-koordinaattori.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Etelä-Karjalan 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.

Kahdeksassa alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kahdeksassa kunnassa on joko oma (6) tai useamman kunnan yhteinen (2) hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle seitsemässä kunnassa. Kahdeksassa kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi kuusi alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 6 / 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 7 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 7,3 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asuntokannan

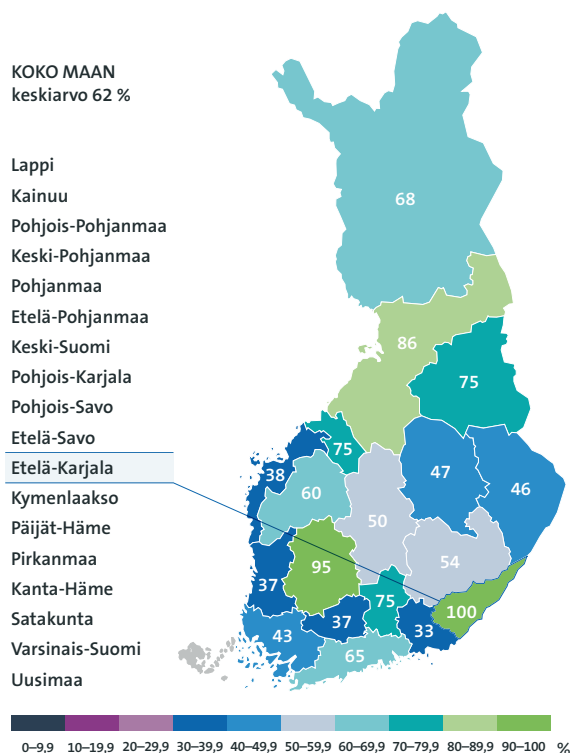
osuutta koko asuntokannasta. Maakunnassa osuus on 14 prosenttia asuntokannasta, mikä on hieman yli maakuntien keskiarvon (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 17 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 14 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 15 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 40 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunnan tilanne on Suomen neljänneksi paras (158 tapausta / 100 000 asukasta, koko maassa 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 hieman sitä parem-

pia. Ainoastaan niiden matalasti koulutettujen osuus, jotka eivät usko jaksavansa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka, on kuuden heikoimman maakunnan joukossa. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella varsin hyvällä pohjalla. 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.

## 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 riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattori-palvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamain tunnuslukuin 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 neuvola-palveluista, 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.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta selvästi muuta maata vähemmän. Vuonna 2017 oli tehty kolme kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa ei ollut kirjausten mukaan tehty ollenkaan työttömien terveystarkastuksia (koko maassa 1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa enemmän. Omaishoidossa olevista 45,7 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

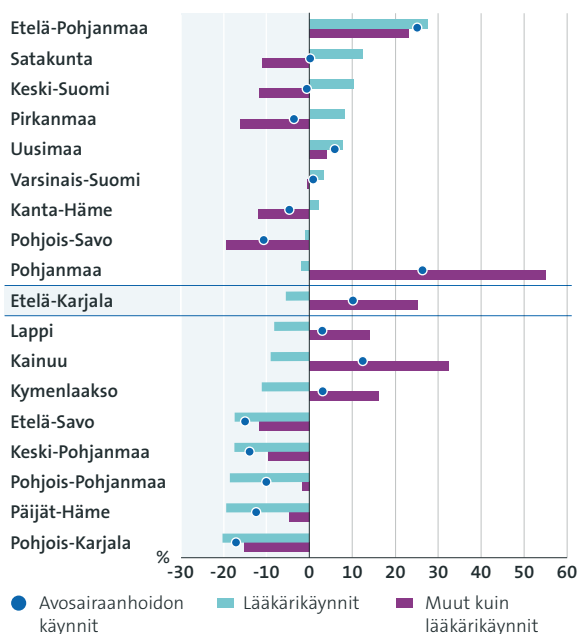
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 490 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallista työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 2,8 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, mikä vastaa maan keskimääräistä tilannetta (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 6,6 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (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 Etelä-Karjalan alueella 2,2 asukasta kohden, mikä on 10 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Muita kuin lääkärikäyntejä oli 26 prosenttia enemmän, mutta lääkärikäyntejä 5,9 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 48 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 3,2 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinnesta 26 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskuslääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %). Asiakkaista vain 19 prosenttia tunsi voineensa osallis-

tua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 37 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 73 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema; tämä on yksi suurimpia osuuksia koko maassa (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 31 prosenttia, mikä on lähes sama kuin maassa keskimäärin (29 %).

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli 4,6 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 0,4 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. Yksi prosentti 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. Etelä-Karjalan alueella osuus oli 17 prosenttia, mikä on parempi kuin maassa keskimäärin (23 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 49 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 372 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 10 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin: muita kuin lääkärikäyntejä oli 26 prosenttia enemmän, kun taas lääkärikäyntejä oli 5,9 prosenttia vähemmän. Hoitotakuu toteutui keskimääräistä huonommin. Potilaiden kokemus osallisuudesta omaan hoitoon oli maan huonoimpia. Yllättävää oli, että vain 37 prosenttia koki asioidensa hoituvan sujuvasti ja tiedon kulkevan ammattilaisten välillä, vaikka Etelä-Karjalan alueella on sosiaali- ja terveydenhuollolla ollut sama järjestäjä jo vuosia. 73 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema.

## 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.

Etelä-Karjalan alueella mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on muuta maata jonkin verran korkeampi. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 2 prosenttia väestöstä (koko maassa 1,8 %), ja mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25–64-vuotiaita on 4,2 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä on 25–64-vuotiaiden osalta maan keskiarvoa korkeampi mutta 18–24-vuotiaiden osalta alhaisempi. Psykkisesti kuormittuneiden osuus maakunnassa on myös maan keskiarvoa korkeampi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on muuta maata runsaampaa. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 613 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoiton avohoitokäyntejä on 44 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 473 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on maan pienin 18–24-vuotiaiden ja 25–64-vuotiaiden ikäryhmissä ja pienimpiä 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18 vuotta täyttäneitä on Etelä-Karjalassa 1 000 vastaavanikäistä kohden hieman vähemmän kuin

koko maassa keskimäärin. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitokausien aikana on myös maan keskiarvoa vähäisempää. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on maan keskiarvoa pienempi.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa maan keskiarvoa vähemmän ja ei-ympäri- vuorokautisissa palveluissa maan keskiarvoa enemmän.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saadaan huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 5,5 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 5,8 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Kokonaisuutena alueella mielenterveyspalvelut ovat vahvasti avohoito- ja peruspalvelupainotteiset. Laitoshoidon käyttö on maan alhaisimpia, ja myös pitkittyneiden sairaalahoidon osuus on pieni, vaikka maakunnassa on vakavia mielenterveyshäiriötä muuta maata enemmän. Pakon käyttö on keskimääräistä vähäisempää. Näiden indikaattorien valossa maakunnassa on onnistuttu avohoitopainotteisen mielenterveyspalvelujärjestelmän rakentamisessa. Psykoterapian saatavuutta tulisi kuitenkin parantaa.

Etelä-Karjalan alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoivia on 15,3 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä 33,7 prosenttia (AUDIT-C -mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 3,7 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 29,1 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan muuta maata enemmän avopalveluissa. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on lähes kaksi kertaa enemmän potilaita (12,3/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Myös päihdehuollon avohoidossa on enemmän asiakkaita (10,7/1 000 asukasta) koko maahan verrattuna (8,2). Erikoissairaanhoiton avohoidossa on päihdeiden vuoksi vähemmän potilaita (4,2/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Ympäri- vuorokautisina palveluina toteutetun sairaalahoidon, päihdehuollon laitoshoidon ja asumis- palveluiden osalta palvelujen käytössä on pieniä eroja verrattuna koko maan tasoon. Päihdeiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähemmän potilaita (2,2/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisu- hoidossa ja kuntoutuksessa on enemmän asiakkaita (3,1/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,4) ja päih-

dehuollon asumispalveluiden asiakasmäärä (1,2/1 000 asukasta) on koko maan tasolla (1,1).

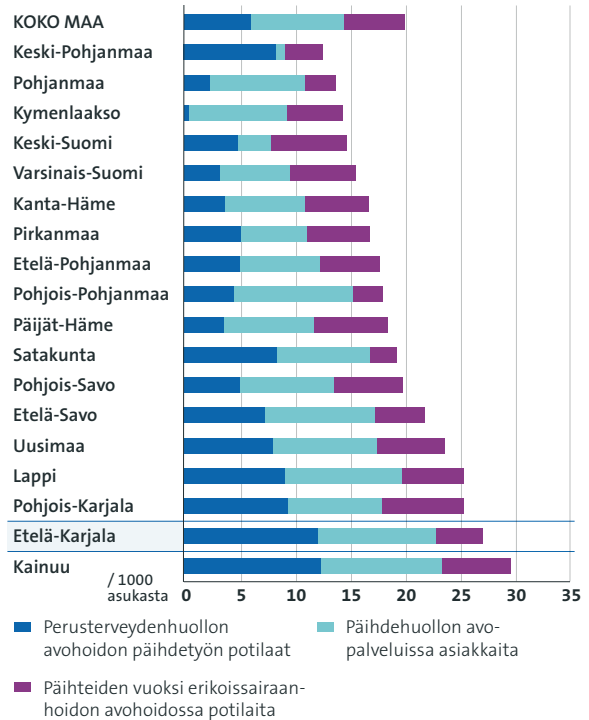
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) enemmän (3 673/100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty kaikkiin (100,0 %) alueen kuntiin (koko maassa 44,1 %). Etelä-Karjalan alueen yläkoulun luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa on vähemmän oppilaita (9,2 %) kuin koko maassa (10,2 %).

Alueen aikuisväestön päivittäinen tupakointi ja kannabiksen käyttö on hieman vähäisempää, alkoholin riskikäyttö maan keskitasoa, mutta huumeiden pistokäyttöön liittyvien hepatiitti C -tartuntojen määrä on yleisempää kuin maassa keskimäärin. Päihdeongelmiin liittyvien palvelujen kehittämisessä on kiinnitettävä huomiota erityisesti pistämällä huumeita käyttävien, nuorten sekä syrjäytymisriskissä olevien parempaan tavoittamiseen ja tarpeenmukaisen palveluiden järjestämiseen. Hyvän pohjan alueen ehkäisevälle päihdetyölle luo se, että alueen kaikissa kunnissa on nimetty ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin.

**Kuvio 7**

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



HARJOITUS



## Erikoissairaanhoido

Väestön palvelujen tarve on sairastavuus- ja kansantauti-indeksien valossa muutoin maakuntien keskitasoa, mutta sepelvaltimotautien kohdalla tarve on suuri (ikävakioimaton indeksi 142,1, koko maassa 100). Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalahoitoa tarvitaan kuitenkin keskimääräistä harvemmin (136 / 10 000 asukasta, koko maassa 152).

Etelä-Karjalan maakunnassa somaattisen erikoissairaanhoidon toiminnot on keskitetty Lappeenrantaan, Etelä-Karjalan keskussairaalaan. Imatran Honkaharjun sairaalassa on enää pieni määrä avovastaanottoja. Maakunnassa on useita innovatiivisia kotona pärjäämiseen liittyviä hoitomalleja kuten mobiilit palvelut. Akuuttisairaalan vuodeosaston palveluita käytetään kuitenkin saman verran kuin maassamme keskimäärin: hoidettujen potilaiden määrä sekä hoitopäivien ja -jaksojen määrä ja kestot ovat keskitasoa. Samoin avohoitokäyntien määrä on sama kuin maan keskiarvo eli 1,5 käyntiä asukasta kohden. Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi onkin 104,3.

Toimenpiteitä sisältävien hoitajaksojen määrä on maamme suurimpien joukossa (8,3 / 1 000 asukasta). Päivystysleikkausten osuus on maltillinen (20,6 %) ja päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä hyvää keskitasoa (42,2 %). Vuonna 2016 synnytyksiä oli 1 009, näistä sektioita oli 18,5 prosenttia. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia oli myös maan keskitason verran ja pallolaajennuksia enemmän kuin keskimäärin (3,34 / 1 000 asukasta, maan keskiarvo 2,8).

Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitajaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai sitä, että suunniteltua hoitoa on odotettava pitkään. Etelä-Karjalassa akuuttisairaalan päivystyskäyntien määrä on keskitasoa (154 / 1 000 asukasta) ja hoitoon hakeutuminen vastaa maan keskimääräisiä lähetekäytäntöjä. Erikoissairaanhoido odottavia on maakunnassa vähän, ja odotusaika on ollut keskimäärin 42 vuorokautta (koko maan vaihteluväli 31–63 vrk). Kaihileikkaukseen odotetaan kuitenkin suhteellisen pitkään eli keskimäärin 83 vuorokautta.

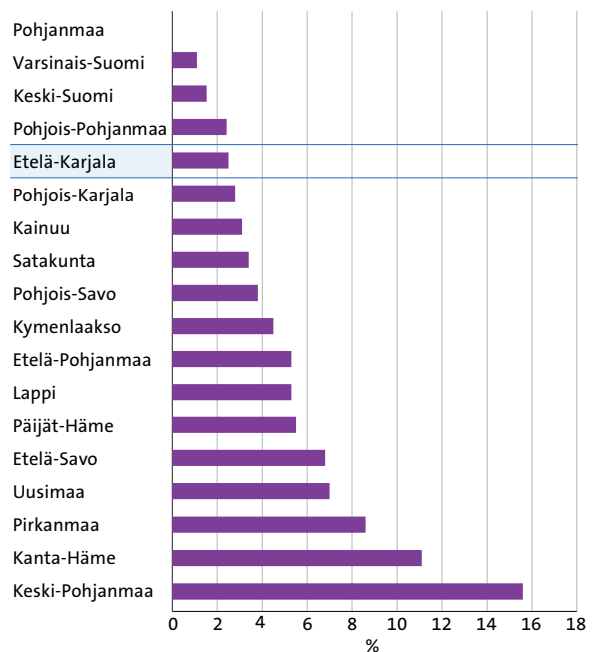
Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat maan keskitasoa, 1 178 euroa asukasta kohden, ja tämä näkyy myös vastaa-

vassa kustannusindeksissä, joka on 98,3. Toimintakuiluista henkilöstön osuus on 49,1 prosenttia ja ostopalvelujen 30,8 prosenttia. Kuluerät ovat maan keskitasoa (52,3 % ja 30,8 % vastaavasti). Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrässä Etelä-Karjala on alle Suomen keskitason (1,85 sairaansijaa / 1 000 asukasta, koko maassa vastaava lukema on 2,2). Henkilötyövuosien määrä on alle maan keskitason, 8,94 / 1 000 asukasta, samoin lääkäreiden henkilötyövuodet.

Tarkasteluun valituista laatumääreistä maakunta saa hyvät tulokset lonkkamurtuman leikkaushoitoon pääsyssä ja Staphylococcus aureukseen liittyvien bakteremioiden hoidossa: kaikista lonkkamurtumapotilaista 2,6 prosenttia joutui odottamaan lonkkaleikkausta yli kaksi päivää (koko maassa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %) ja stafylokokkibakteremioiden määrä on keskitasoa. Sydäninfarktipotilaiden kohdalla tilanne on synkempi – 30 päivän kuolleisuus on 10,8 prosenttia eli maan korkein, ja uudelleen sairaalaan joutuu kuukauden sisällä 15,7 prosenttia potilaista (koko maassa 13,3 %, vaihteluväli 9,1–20 %).

Kuvio 8

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



## Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

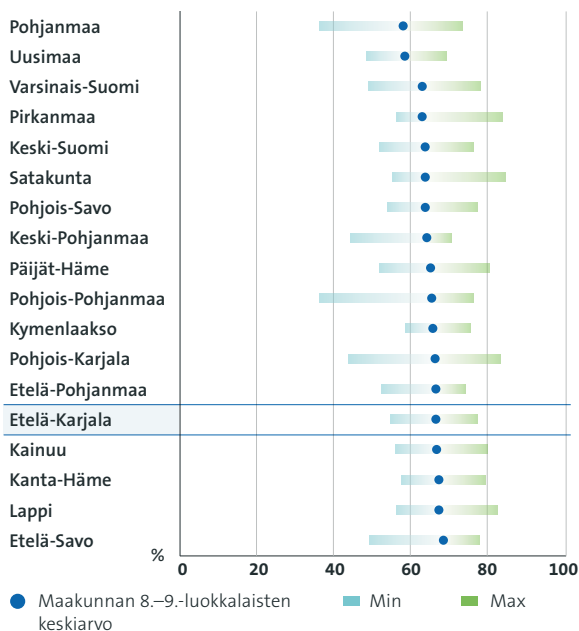
Valtakunnalliset suositukset, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, on huomioitu Etelä-Karjalassa hyvin. Toisaalta Etelä-Karjalan alueella laajojen terveystarkastusten kirjaaminen on erityisen heikkoa. Palveluiden asiakaslähtöisyydessä on vielä parannettavaa, vaikka Etelä-Karjalan tulokset vastaavatkin maan keskitasoa.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on toteutettu Etelä-Karjalassa parhaiten koko maassa. Äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden toteutuminen Etelä-Karjalassa vastaa maan keskitasoa. Etelä-Karjalassa lastensuojelu painottuu avohuoltoon ja kustannukset ovat koko maan keskitasoa matalammat.

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 Etelä-Karjalan kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja imeväisikäisille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Tietoa ei ollut saatavilla leikki-ikäisistä. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Mikäli laajojen terveystarkastusten toteutumista tarkastellaan potilastietomerkintöjen kautta 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisillä, Etelä-Karjalan tilanne on kuitenkin huonoin koko maassa (vain 14 % 4 kuukauden ikäisillä ja 12 % 4-vuotiailla). Tilanne voi osin selittyä alueella käytössä olevien asiakastietojärjestelmien ominaisuuksilla ja kirjaamisen puutteilla.

Lastenneuvolan asiakastytyväisyyskyselyn perusteella asiakkaat ovat tyytyväisiä neuvolapalveluihin Etelä-Karjalan alueella. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien ja lääkärin määrä vastaa hyvin henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastusta ei järjestetä ensisynnyttäjille Etelä-Karjalassa lainkaan, vaikka suun terveystarkastuksesta on säännös. Isyyden tunnustamisesta kohtalainen osuus on tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä oli perheitä jonkin verran vähemmän kuin koko maassa. Lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset olivat Etelä-Karjalassa aivan omassaan luokassaan – kolme kertaa suuremmat kuin koko maassa keskimäärin.

## Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Etelä-Karjalan maakunnassa kouluterveydenhuolto toteutuu laadukkaasti. Terveyskeskusten toimintasuunnitelmissa oli kaikille perusopetuksen oppilaille sovittu tehtäväksi lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Maakunnan kouluista 90 prosentissa tarkastukseen sisältyi myös opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa (maakuntien vaihteluväli 35–90 %). Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on kuitenkin vielä joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita. Ainoastaan 15 prosenttia 8.-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautuu toteutetuksi Avohilmo-rekisteriin.

Sekä 4. ja 5. luokan oppilaat että 8. ja 9. luokan oppilaat arvioivat viimeisimmän terveystarkastuksen toteutuneen laadukkaasti useammin kuin maassa keskimäärin (kuvio). Tätä mieltä oli 4.–5. luokan oppilaista 52 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 64 prosenttia (koko maa 60 %).

Etelä-Karjalan maakunnassa koululääkäreiden henkilöstömitoitus oli maan toiseksi paras. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 1,1-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden. Hyvä henkilöstöresurssi lie-nee osaltaan mahdollistanut toiminnan laadukkuuden sekä tukenut valtakunnan parhaan opettajayhteistyön syntymistä laajojen terveystarkastusten ympärille.

8. ja 9. luokan oppilaista 32 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on hivenen harvemmin kuin koko maassa keskimäärin (38 %). Ero voi kertoa siitä, etteivät nuorten tarpeet ja palvelun tarjonta jostakin syystä kohtaa, mutta myös siitä, että säännöllisesti toteutetut laadukkaat terveystarkastukset vähentävät tarpeenmukaisia käyntejä kouluterveydenhuollossa. Myös koulukuraattori- ja psykologipalvelujen tarjonta ja saavutettavuus vaikuttavat terveydenhoitajapalvelujen käyttöön.

Etelä-Karjalan maakunnassa terveyskeskuksen suunnitelmiin sisältyi opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana kaikille lukio- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille. Lakisääteisydestä huolimatta näin ei toimita kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %)

## Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 100 prosenttia oli Etelä-Karjalassa valmistunut kolmen kuukauden sisällä, kuten laki edellyttää. Arviointien toteutumisessa määräajassa maakunta oli parhaimmistoa. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksien määrä oli keskitasoa muihin maakuntiin verrattuna. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (23/100) oli muihin maakuntiin nähden pieni, vaikka laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli perheitä vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin. Kiireellisiä sijoituksia oli vähän. Huostassa olleiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli alle keskitason. Sekä lastensuojelun avohuollon palveluiden että laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset olivat matalammat kuin maakunnissa keskimäärin.

Sairaalahoiton hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Etelä-Karjalassa selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin. Yksikään asiakas ei odottanut Etelä-Karjalassa nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon pääsyä laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsi viikossa tai kahdessa. Synnytyssairaalan palveluihin oltiin Etelä-Karjalassa 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.

Etelä-Karjalan alueella rakennetyöttömyyden aste on 7,4 prosenttia, mikä on maakunnallisia alueita verrattaessa keskimääräistä (6,2 %) korkeampi. Lisäksi työttömien aktiivointiaste (30,8 %) on keskimääräistä (31,6 %) matalampi. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (15,1 %) on korkeampi kuin kansallinen keskiarvo (11,6 %). Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 12 prosentilla työttömäksi jääneistä; se vastaa kansallista keskitasoa (11,9 %). Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Etelä-Karjalan alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettäviä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 9 257 835 euroa, mikä oli 1852 euroa kutakin Etelä-Karjalan alueen 15–64-vuotiaasta pitkäaikaistyöttöä kohden (maan keskiarvo 1978 euroa).

Etelä-Karjalan alueella korkea rakennetyöttömyys ja matalahko aktiivointiaste asettavat haasteita palvelujärjestelmälle. Kuntouttavan työtoiminnan palveluja vaikuttaa olleen hyvin saatavilla. Osarahoitetun työmarkkinatuen määrä on kansallisesti vertaillen varsin kohtuullinen.

Asunnottomia on Etelä-Karjalan alueella 0,4 promillea väestöstä (koko maassa 1,2 promillea, mediaani 0,3 ‰). Toimeentulotukea myönnettiin vähemmän (100 euroa / asukas) kuin maassa keskimäärin (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 2 prosenttia eli hieman alle maan keskitason (2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 3,6 prosenttia, mikä vastaa täsmälleen maan keskiarvoa (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin vuonna 2016 keskimäärin 394 euroa tukea saanutta asukasta kohden ja ehkäisevää toimeentulotukea 624 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Etelä-Karjalassa maakunnallisista alueista kaikkein vähiten, ehkäisevää toimeentulotukea sen sijaan kolmanneksi eniten.

Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Etelä-Karjalan alueella kotitalouksien tukeminen täydentävän tuen avulla vaikuttaa vähäiseltä suhteessa pitkittyneiden toimeentulotukiasiakkuuksien määrään. On mahdollista, että taloudellista tukea on myönnetty asiakkaille ehkäisevänä tukena täydentävän tuen sijaan.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa 79,8 prosenttia vastaajista katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet sosiaalipalvelujen saavutettavuutta. Etelä-Karjalan alueella vastaava luku oli 83,3 prosenttia. Vaikka tulos on keskimääräistä parempi, useammalla kuin joka kuudennella vastanneista on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

### Rakennetyöttömyys ja työttömien aktiivointiaste Etelä-Karjalassa



## 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 vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 40 (39,83). Vastaavat luvut olivat Etelä-Karjalan maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 55 (55,1) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 38 (37,6). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia 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 Etelä-Karjalassa 380. Asia-

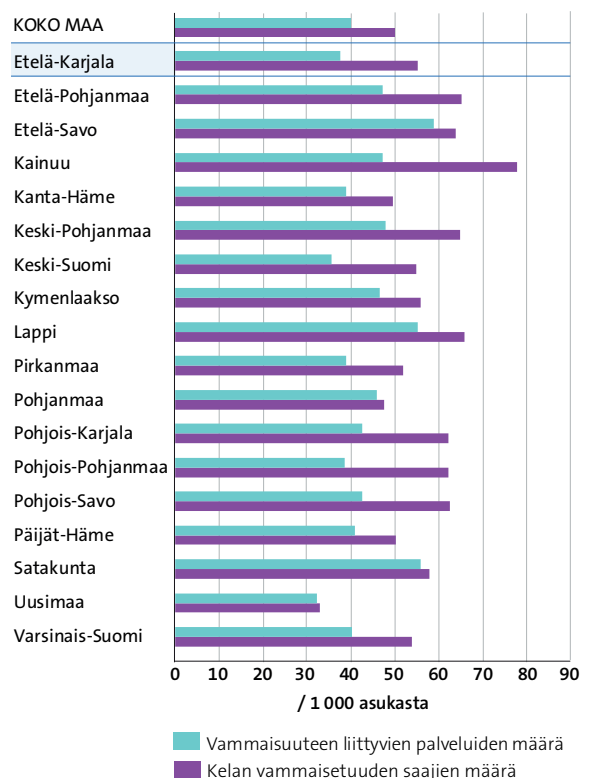
kasmäärä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökoh- taista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

*Liikkumisten palvelut* sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Etelä-Karjalassa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 1 767. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Etelä-Karjalassa sai 100 000 asukasta kohden 421 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Etelä-Karjalassa vastaava luku 107 euroa, kun suurin euromäärä oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannus- analyysia 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

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



## Ikkäihmisten palvelut

Ikkääntyneen väestön toimintakyky on Etelä-Karjalassa maan keskitasolla. 75 vuotta täyttäneistä 27 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Etelä-Karjalassa muuta maata parempi. Etelä-Karjalassa rokottamattomia on 42 prosenttia, koko maassa 53.

Ikkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Etelä-Karjalassa säännöllisen kotihoodon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 13 prosenttia ja miehistä 10 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitasoa. Asiakas saa Etelä-Karjalassa keskimäärin 15 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskiarvoa (13) enemmän. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoodon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoodoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoodon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Etelä-Karjalassa 42 prosenttia. Lähes kaikilla Etelä-Karjalan kotihoodon asiakkailla (95 %) on myös mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoodoa, kun koko maassa vastaava luku on keskimäärin 78 prosenttia. Etelä-Karjalassa palvelurakenne on siten kotihoodoa suosiva.

Muistisairaat ovat suurin ikkaiden palveluja käytävä asiakasryhmä. Kotihoodossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosi. Etelä-Karjalan säännöllisistä kotihoodon asiakkaista lähes neljänneksellä oli muistisairausdiagnoosi (koko maassa 20 %). Vaikuttaisi siltä, että Etelä-Karjalassa on panostettu muuta maata enemmän muistisairauksien tunnistamiseen kotihoodossa. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Etelä-Karjalassa kattavuus oli kuusi prosenttia, ja yli kolmannes omaishoidossa olevista sai kotihoodon tukipalveluja, mikä on maan keskiarvoa enemmän.

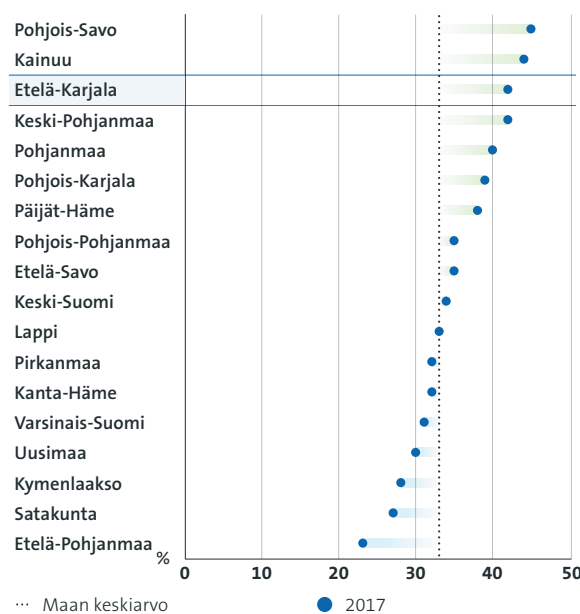
Koko maassa ikkaiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoodon palvelujen käytettävyyden ja menojen kasvua. Etelä-Karjalassa ikkaiden palvelujen menoista 41 prosenttia on käytetty kotihoodon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Kotihoodon kustannusrasite on Etelä-Karjalassa muuta maata hieman raskaampi, jota selittää intensiivisen kotihoodon suuri osuus. Kotihoodon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Etelä-Karjalassa 246 ja koko maassa 172 euroa.

Kotihoodon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Etelä-Karjalassa sairaanhoitajia (12 %) on hieman vähemmän kuin koko maassa (13 %), mutta sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on Etelä-Karjalassa muuta maata selvästi suurempi (53 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoodossa on Etelä-Karjalassa maan keskiarvoa parempi. Lähihoitajilla välitön työaika on maan keskitasoa (60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoodoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoodon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Etelä-Karjalassa 78 prosenttia kotihoodon toimeksiköistä tekee systemaattisesti asiakkaalleen kuntoutussuunnitelman. Se on maakunnista toiseksi eniten. Kotihoodon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on maan keskitasoa heikompaa. Asiakkaista 35 prosenttia saa palvelunsa toimeksiköistä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastajatahosta). Etelä-Karjalassa palautetta kerätään vain 25 prosentilta asiakkaista, kun koko maassa vastaava osuus on 76 prosenttia.

Kuvio 12

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



Etelä-Karjala on pystynyt purkamaan pitkäaikaista laitoshoittoa ja kehittämään palvelurakennetta kotihoitopainotteiseen suuntaan muuta maata nopeammin. Panostus kotona asumisen tukemiseen on selvästi maan keskiarvoa suurempi. Kotihoidon käyntejä, myös intensiivistä kotihoitoa, on maan keskiarvoon verrattuna enemmän tarjolla, ja lisäksi kotihoidon palveluja on mahdollisuus saada tarvittaessa ympäri vuorokauden. Kotihoidossa pystytään hoitamaan paljon apua ja tukea tarvitsevia asiakkaita, ja myös muistisairauksia diagnosoidaan kotihoidossa keskiarvoa enemmän. Omaishoidontuen kattavuus on valtakunnallisen suosituksen tasolla.

Etelä-Karjalassa kotihoidossa toimivia sairaanhoitajia on keskimääräistä vähemmän, mutta heidän tekemänsä välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on selvästi suurempi kuin muualla ja palvelurakenteen muutos kotihoitopainotteiseksi on ollut muuta maata nopeampaa. Etelä-Karjalan kotihoidon toimityksistä 78 prosenttia tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, mutta kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille.

## 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.

Erikoissairaanhoidosta on tarkasteltu lakisäätöisen 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 lakisäätöisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyjä 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.

**Etelä-Karjalan** alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsy on kohtuullisella tasolla: lähes puolet potilaista pääsee viikon sisällä lääkärin vastaanotolle. Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneita on vähän. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Sosiaalipalvelujen saavutettavuudessa on parantamisen varaa, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, sillä kaikki arviot tehdään kolmen kuukauden määräajassa.

Kuvio 13

### Palveluiden saatavuus Etelä-Karjalassa

	Perusterveydenhuollon hoitopääsy*	Kotihoidon ympärivuorokautinen saatavuus	Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen määräajassa	Sosiaalipalvelujen saavutettavuus**	Erikoissairaanhoidon hoitopääsy***
Etelä-Karjala	■	●	●	■	●
Etelä-Pohjanmaa	■	●	▼	●	■
Etelä-Savo	●	●	●	▼	●
Kainuu	■	●	▼	▼	●
Kanta-Häme	●	●	■	●	●
Keski-Pohjanmaa	●	■	●	■	■
Keski-Suomi	■	●	●	▼	▼
Kymenlaakso	●	●	●	■	▼
Lappi	▼	■	■	▼	●
Pirkanmaa	■	■	●	■	■
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	■
Pohjois-Karjala	▼	●	●	■	■
Pohjois-Pohjanmaa	■	●	▼	▼	■
Pohjois-Savo	▼	●	●	▼	■
Päijät-Häme	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	●	●	■	▼
Varsinais-Suomi	▼	■	■	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

\* 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 määrittämättömään ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon 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, hinkuuskältä, polioltalta ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmuniteetti 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.

**Etelä-Karjalassa** noin joka kuudennelle määrittämätöntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maan keskiarvoa pienempi, ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maakunnista toiseksi alin. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut 95,5 prosenttia. Rokotussarja oli aloitettu 98,8 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, alle neljäsosalle asiakkaista (23 %). Tämä oli maakuntien pienin luku. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyväisyys oli maan keskitasoa.

Kuvio 14

### Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Etelä-Karjalassa

	Rationaalinen lääkehoito ylähengitystieinfektiossa	Lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä	Pikkulasten viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä	Asiakaspalaute synnytys-sairaaloista ja neuvoloista
Etelä-Karjala	■	●	■	▼	■
Etelä-Pohjanmaa	●	■	▼	■	●
Etelä-Savo	▼	●	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	■	●
Kanta-Häme	■	▼	■	▼	■
Keski-Pohjanmaa	▼	▼	■	■	■
Keski-Suomi	▼	■	■	▼	■
Kymenlaakso	▼	●	■	■	▼
Lappi	■	▼	▼	▼	■
Pirkanmaa	■	■	▼	▼	▼
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Karjala	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Pohjanmaa	■	▼	■	▼	▼
Pohjois-Savo	▼	■	▼	■	●
Päijät-Häme	▼	●	▼	▼	▼
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	■	▼	▼	■
Varsinais-Suomi	▼	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

## 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.

**Etelä-Karjalassa** asukkaat arvioivat terveysaseman valitsemisen mahdollisuutensa yleisesti hyväksi, mutta saatavilla olevaa vertailutietoa hoitopaikoista pidettiin riittämättömänä. Terveyspalvelujen hoitoprosessien sujuvuudessa oli asukkaiden näkemysten mukaan ongelmia jopa useammin kuin koko maassa keskimäärin. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on huomioitu Etelä-Karjalassa koko Suomen keskitasoa paremmin. Lisäksi 75 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu yhdessä Etelä-Karjalan kunnassa.

Kuvio 15

### Palveluiden asiakslähtöisyys Etelä-Karjalassa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
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 arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten 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 syrjintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaus-

taisia ja eri kieliryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

**Etelä-Karjalan** kunnissa suunnitelmien laadinta yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kunnan toiminnassa on vasta aluillaan. Sen sijaan väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Etelä-Karjalassa keskitasoa suurempi. Vammaispalvelut riittämättömiksi kokoneiden osuus niitä tarvinneista oli maan keskitason tuntumassa. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa enemmän kuin maakunnissa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin pienet. Etenkin koulutusryhmien välillä oli pienet erot, kun taas ikäryhmien ja sukupuolten väliset erot olivat keskitasoa. Etelä-Karjalassa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisäävät suuri rakennetyöttömyys sekä muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien suuri osuus.

Kuvio 16

### Palveluiden yhdenvertaisuus Etelä-Karjalassa

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutusryhmien välillä terveyskeskuslääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
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. Helmikuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

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

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

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

Nybondas-Kangas, Henrika & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>

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 julkaisuja 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

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

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

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

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

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

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

- Väestö
- Kansantalous
- Terveys
- 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 terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

## Alueelliset lähteet

Etelä-Karjalan maakuntaliiton sivut <http://www.ekarjala.fi/maakuntauudistus/>

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin sivut <http://www.eksote.fi/Sivut/default.aspx>

Eksote - Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2016–18

Etelä-Karjala valmiina uudistuksen seuraavaan vaiheeseen 10.1.2018, Etelä-Karjalan liitto

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

ISBN:978-952-343-047-1 (verkkojulkaisu)  
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-047-1>

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