

# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

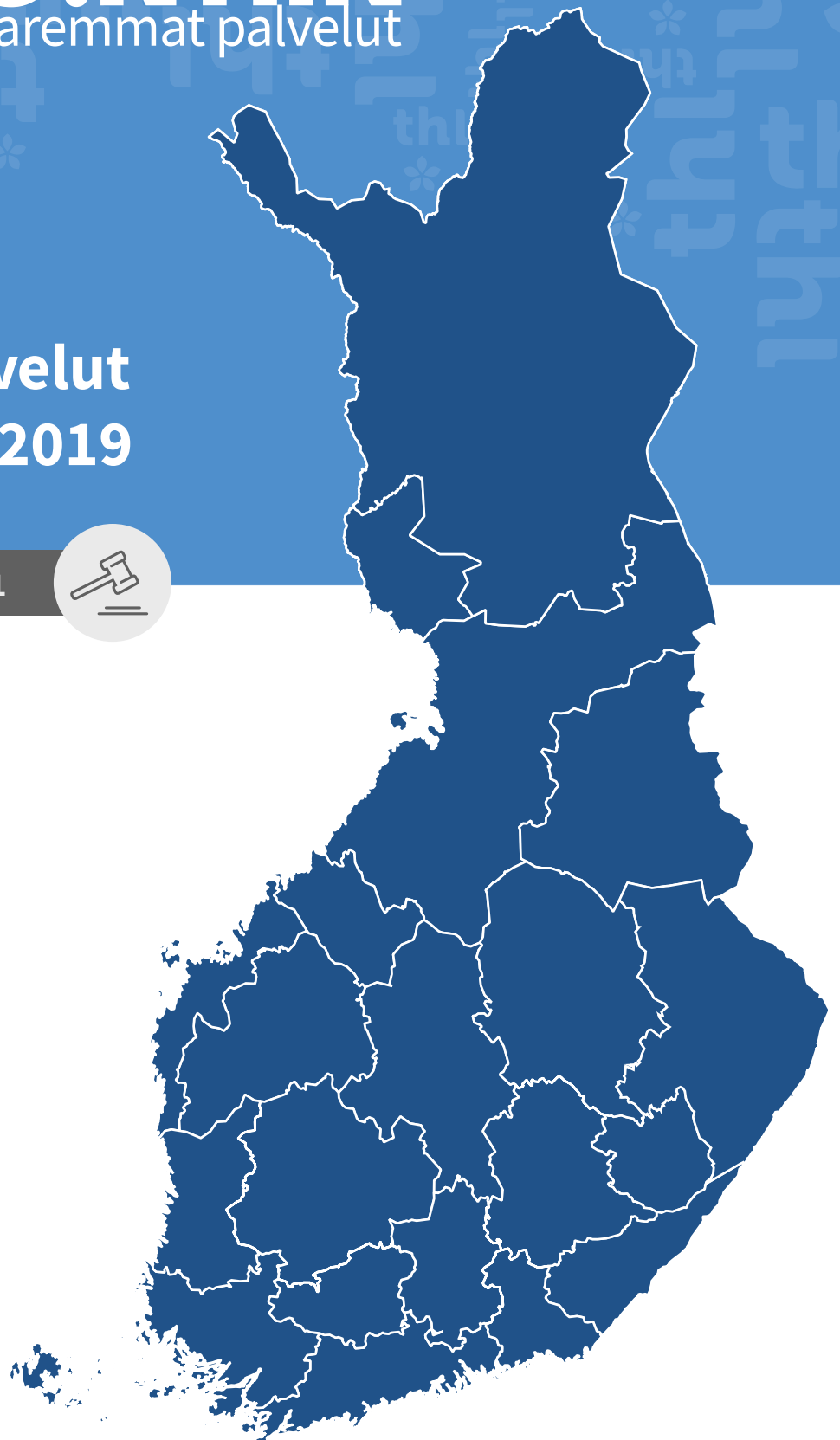
## Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2019

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 1/2021







### Asiantuntija-arvio

Tiina Hetemaa  
Ritva Kannisto  
Nina Knape  
Hannele Ridanpää  
Eija Rintala  
Pekka Rissanen  
Tuuli Suomela  
Taru Syrjänen



# Sisällys

Johdanto	3
Asiantuntija-arvio	4
 Väestö ja toimintaympäristö	7
 Sosiaali- ja terveystalvvelujen rahoitus ja kustannukset	11
 Perustason mielenterveystalvvelujen saatavuus ja laatu	14
 Ikääntyneiden talvvelujen ja terveystalvvelujen integraatio	18
Menetelmät ja laatuseloste	22
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	24

## Tekijät

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja, professori **Pekka Rissanen** ja arviointityötä on koordinoanut tiimipäällikkö, dosentti **Nina Knape**.

Arvioinnin ovat laatineet arviointipäälliköt **Tiina Hetemaa**, **Ritva Kannisto**, **Nina Knape**, **Hannele Ridanpää**, **Eija Rintala** ja **Taru Syrjänen**. Lisäksi arvioinnin laatimisen tukena ovat olleet viestintäpäällikkö **Jari Kirsilä**, suunnittelija **Päivi Kiuru** ja asiantuntija **Tuuli Suomela**.



Päätösten tueksi 1/2021

ISBN: 978-952-343-630-5 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-630-5>

# Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on arvioinut vuosina 2017–2020 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen nykytilaa alueittain ja kansallisesti sosiaali- ja terveysministeriön (STM) toimeksiannosta. Eduskunnalle 8.12.2020 annetussa hallituksen esityksessä (HE 241/2020 vp) tulevien hyvinvointialueiden sote-palvelujen järjestämisen arviointitehtävä on säädetty THL:n lakisäätteiseksi tehtäväksi.

Arvioinnissa tarkasteltavat palvelut koskevat kansallisesti merkittäviä ja ajankohtaisia teemoja. Mielenterveyden häiriöt ovat nousseet kansanterveydelliseksi haasteeksi ja ikääntyneiden hoivakriisi on tuonut esille sekä yksityisen että julkisen sektorin toimijoiden ongelmat ikääntyneiden palveluissa.

Tämän arvioinnin tarkoituksena on syventää ymmärrystä perustason mielenterveyspalvelujen saatavuuden ja laadun tilasta sekä ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen onnistumisesta osana kansallista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Tässä seuranta-arvioinnissa kuvataan maassamme tehtyjä tai suunniteltuja muutoksia ja kehittämistoimia perustason mielenterveyspalvelujen saatavuuden ja laadun vahvistamiseksi. Lisäksi tarkastelun kohteena ovat ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen yhteensovittamista koskevat toimet.

Kansallinen tilannekuva on muodostettu maan eri alueiden tilannekuvat yhdistämällä. Lisäksi tarkastelussa on hyödynnetty vuosien 2019–2020 aikana tehtyjä selvityksiä ja tutkimuksia.

Käynnissä olevan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman ja sitä tukevan rakenneuudistusohjelman hankkeissa kehitetään sekä perustason sosiaalipalveluja että terveyspalveluja. Ohjelmissa tähdätään sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen uudistamiseen ja asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien kehittämiseen. Nämä kehittämishankkeet tasaavat edelleen alueellisia eroja ja vievät alueita kohti yhtenäisempiä toimintamalleja.

Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja laatua sekä ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen yhteensovittamista tarkasteleva kansallinen arviointi on suunnattu tukemaan kansallisia ja alueellisia päättäjiä, viranhaltijoita ja asiantuntijoita.

Helsingissä 9.3.2021

**Pekka Rissanen**  
Tietoylijohtaja

**Nina Knape**  
Tiimipäällikkö

# Asiantuntija-arvio

## Väestö ikääntyy ja keskittyy yhä enemmän kasvukeskuksiin

Suomen väestö ikääntyy nopeasti. Ennusteen mukaan vuonna 2030 joka seitsemäs suomalainen on täyttänyt 75 vuotta. Samaan aikaan väestö vähenee lähes koko maassa, ja Suomeen kehittyy yhä useampia ikääntyneiden asuttamia alueita, joissa palvelutarpeiden kasvun ohella verotulojen kehitys on heikkoa. Väestön kasvu on suurinta Uudellamaalla, jossa vieraskielisen väestön määrä kasvaa myös tulevana vuosina.

Mielenterveyden sairaudet ovat nousseet yleisimmäksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syyksi, ja myös mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden työkäisten osuus on kasvanut koko maassa. Ikääntyneiden määrän kasvu lisää tulevana vuosina entisestään sairastavuuteen liittyvää palvelujen tarvetta ja painetta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvulle. Vuonna 2019 sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset kasvoivat edellisiä vuosia voimakkaammin. Erityisesti erikoissairaanhoidon kustannukset nousivat edeltäviä vuosia nopeammin.

## Kuntien taloudellinen tilanne heikkeni ennätyksellisen vaikeaksi vuonna 2019

Koko maassa kuntatalouden heikkeneminen on viime vuosina kiihdyttänyt kuntien ja kuntayhtymien tarvetta sopeuttaa taloutta. Vuonna 2019 kuntien taloudellinen tilanne oli ennätyksellisen heikko, mikä vaikeutti kuntien kykyä rahoittaa sosiaali- ja terveystoimintaa. Vain joka viidennen kunnan talous oli tasapainossa; kaksi vuotta aikaisemmin talous oli tasapainossa yli 80 prosentissa Suomen kunnista. Erityisen vaikeassa tilanteessa ovat pienimmät kunnat.

Myös sairaanhoitopiirien talous on heikentynyt nopeasti. Vuonna 2019 tilikauden tulos oli negatiivinen 15 sairaanhoitopiirissä. Kaksi vuotta aikaisemmin tulos oli negatiivinen vain kolmessa sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoitopiirien taloutta ovat rasittaneet myös pitkään kiivaana jatkunut sairaalarakentaminen ja korjausvelka. Myös sote-uudistuksen edellyttämiä tiedolla johtamisen, integraation ja asiakkaiden osallisuuden mahdollistavia tietojärjestelmähankkeita on käynnissä eri puolilla maata. Suurin käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmähanke Apotti on laajentunut viime vuosina vaihteittain Helsingin ja Uudenmaan alueella.

## Yhtenäisiä toimintamalleja ja prosesseja on kehitetty aktiivisesti

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen järjestäjien määrä on viime vuosina vähentynyt ja vapaaehtoisuuteen pohjautuvien integroituneiden sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien määrä on kasvanut. Hallinnollisesti integroituneilla alueilla palvelujen yhteensovittaminen näkyy muita alueita vahvemmin tavoitteellisina pyrkimyksinä yhtenäistää toimintamalleja ja edistää perus- ja erityistason yhteistyön sujuvuutta. Esimerkiksi ikääntyneiden palveluissa kotona ja asumispalveluissa annettava palliatiivinen hoito ja saattohoito toteutuvat väestön näkökulmasta yhdenvertaisemmin, kun palvelut järjestää alueella yksi toimija samoin periaattein ja toimintamallein. Näyttää myös sille, että maakunnallisten kuntayhtymien alueilla kotisairaalaverkosto on maantieteellisesti kattavampi ja erityistason konsultaatiotuki perustasolle on sujuvampaa. Maassa on kuitenkin myös usean järjestäjän alueita, joissa hoidon porrastus, palveluketjut ja konsultaatiokäytännöt ovat toimivia ja ammattilaisten yhteiset koulutukset vahvistavat palvelujen yhteensovittamista ja asiakaslähtöisyyttä. Yhdenvertaisten palvelujen varmistamiseksi näillä alueilla on enemmän tarvetta yhteiskehittämiselle.

Integroituneilla alueilla yhteinen tietopohja sujuvoittaa toimintaa, ja se mahdollistaa myös paremman tietojohdantamisen. Alueilla, joissa palvelujen järjestäminen on hajautuneempaa, on myös tietojärjestelmien kokonaisuus hajanaisempi. Tietojohdantamista hankaloittavat näillä alueilla vajavainen kuva alueellisesta palvelukokonaisuudesta sekä yhteisten seurantamittareiden puuttuminen.

## Henkilöstön saatavuuden ongelmat ovat laajentuneet useisiin ammattiryhmiin

Palvelujärjestelmän kasvavana haasteena on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden vaikeutuminen yhä useammassa ammattiryhmässä. Esimerkiksi ikääntyneiden palveluiden henkilöstörakenteen kehitys ei ole täysin seurannut palvelurakenteen muutosta. Lääketieteellinen ja sairaanhoidollinen asiantuntemus on riittämätöntä. Kotihoitoa ja kotiin vietäviä palveluja on vahvistettu kansallisten tavoitteiden mukaisesti, mutta samalla kotihoidossa olevat asiakkaat ovat entistä raskashoitaisempia, sillä palvelukriteerit ovat tiukentuneet monilla alueilla. Suhteessa asiakkaiden palvelutarpeisiin henkilöstön määrä ja osaaminen ovatkin monin paikoin riittämättömiä.

Mielenterveyden erityisasiantuntijoiden puute on niin ikään yleistä. Puutetta on erityisesti psykiatreista, psykologeista ja psykoterapeuteista. Tämä vaikeuttaa sekä eri ammattiryhmien välistä tarkoituksenmukaista työnjakoa että palvelujen kehittämistä.

## Perustason mielenterveyspalvelujen rakenne on pirstaleinen, mikä heikentää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua

Mielenterveyspalvelujen palveluvalikot ja toimintamallit, resursointi ja osaaminen vaihtelevat huomattavasti alueittain, erityisesti lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Palvelujen puutteet heikentävät monin paikoin myös hoidon oikea-aikaisuutta. Hoidon aloituksen pitkittyessä ongelmat usein vaikeutuvat. Saumattomien hoitoketjujen ja palvelukokonaisuuksien vahvistamiseen onkin kansallisesti tunnistettu tarve, jotta hoito ja palvelut etenisivät asiakkaan näkökulmasta ilman katkoksia ja organisaation näkökulmasta ilman eri ammattilaisten työn päällekkäisyyttä. Suuntaamalla voimavaroja ennaltaehkäiseviin ja matalan kynnyksen palveluihin, asiakaslähtöisyyteen ja selkeisiin palveluprosesseihin voidaan pienelläkin panostuksella saavuttaa vaikuttavuutta. Pidemmällä aikavälillä ne säästävät sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannuksia.

Palvelukokonaisuuksien toimivuutta haittaavia raja-aitoja on tunnistettavissa erityisesti alueilla, joilla palvelujen järjestäminen on hajautunut useille toimijoille. Palvelujen pirstaleisuus heikentää myös perus- ja erityistason hoitoketjujen toimivuutta ja jatkuvuutta. Erityistason tuki perustasolle vaihtelee alueittain, ja hoitoketjut on rakennettu usein erityistason näkökulmasta. Tämä ei aina vastaa perustason toimijoiden tarvetta eikä turvaa asiakkaiden hoidon oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta.

Mielenterveyspalvelujen vahvistamiselle on tulevana vuosina yhä suurempi tarve. Hallinnollisten ratkaisujen eroista huolimatta alueilla onkin yhtenäinen tavoite siirtää palvelujen painopistettä perustasolle, lisätä perus- ja erityistason yhteensovittamista, vahvistaa varhaista tukea ja lisätä näyttöön perustuvia interventioita. Mielenterveyspalvelujen kokonaisuuden toimivuuteen on haettu vahvistusta asiakas- ja palveluohjauksella, osaamista lisäämällä, erityistason palvelujen jalkautumisella perustasolle, monia eri palveluja tarvitsevien palvelukokonaisuuksien haltuunotolla, monialaisilla asiakassuunnitelmillä ja tiedolla johtamisella. Perhekeskumalleja on jo viety kaikilla alueilla eteenpäin, ja myös perheiden kohtaamispaikkoja ja varhaista tukea on lisätty.

Teknologian hyödyntäminen on yleistynyt mielenterveyspalveluissa. Uusilla digitaalisilla palveluilla ja niiden laajentuneella käytöllä on pystytty pienentämään maantieteellisistä etäisyyksistä ja ammattihenkilöstön saatavuudesta johtuvia palvelujen saatavuuden alueellisia eroja.

## **Yhdenvertainen saatavuus ei toteudu ikääntyneiden palveluissa, mutta kehityksen suunta on oikea**

Koteihin ja asumispalveluihin annettavia palveluja ei ole saatavilla yhdenvertaisesti. Eroja on sekä alueiden välillä että niiden sisällä, myös samassa kunnassa toimivien eri yksiköiden välillä. Yhdenvertainen palvelujen saatavuus on todennäköisintä hallinnollisesti integroituneilla alueilla. Vastaavanikäiseen väestöön suhteutetut ikääntyneiden palvelujen nettokäyttökustannukset kasvoivat maassa keskimäärin noin kaksi prosenttia vuodesta 2017 vuoteen 2019. Palvelujen kustannuskehitys erosi integroituneiden ja ei-integroituneiden alueiden välillä. Maakunnallisten järjestäjien alueilla nämä kustannukset pääosin pienentyivät, erityisesti ympärivuorokautisissa asumispalveluissa.

Ikääntyneiden laitosasumista ja kotihoitoa koskevia epäkohtailmoituksia ja yhteydenottoja tehtiin vuonna 2019 valvontaviranomaisille poikkeuksellisen paljon. Yksityisten palveluasumisyksiköiden toiminnan keskeytyspäätöksiä tehtiin useita. Valvonnassa havaitut puutteet liittyivät muun muassa lääkitysturvallisuuteen, terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen ja henkilöstön riittävyyteen suhteessa asiakkaiden palvelutarpeisiin. Nämä kuvastavat sekä terveydenhuollollisen osaamisen että ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen yhteensovittamisen riittämättömyyttä.

Asumispalveluyksiköiden monimuotoistuminen haastaa tuotannon valvontaa. Yksiselitteinen tulkinta hoitajamitoituksesta koskee vain tehostettua palveluasumista. Palvelujärjestelmän pirstaloituminen ja palveluja ohjaavan lainsäädännön puutteet ovatkin ilmeinen riski palvelujen yhdenvertaisuudelle, ja ne myös heikentävät palvelujen käyttäjän ja hänen läheistensä luottamusta palvelujärjestelmään.



# Väestö ja toimintaympäristö

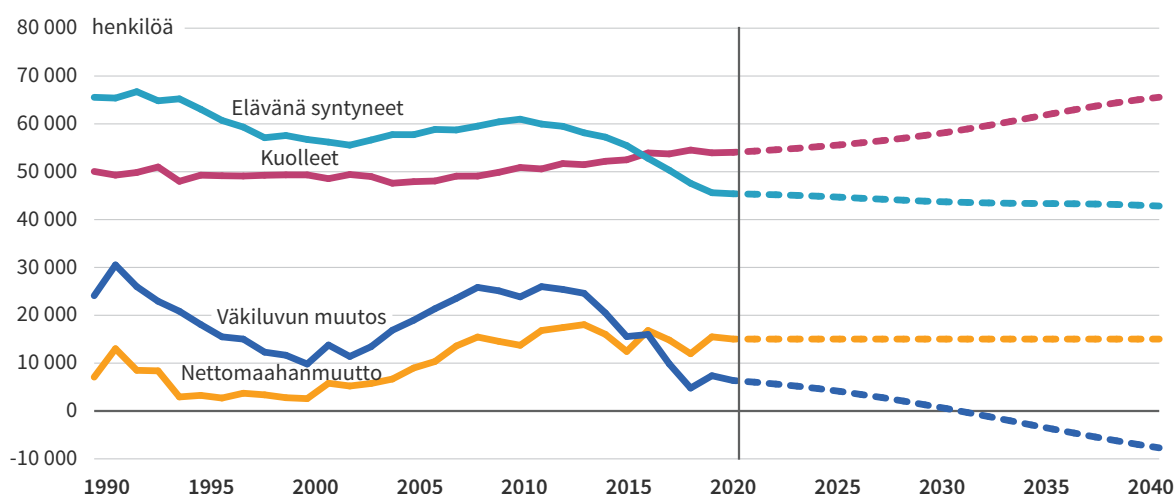
## Väestö

### Väestön kasvu painottuu suurimpiin kaupunkeihin

Vuonna 2019 Suomessa oli 5,5 miljoonaa asukasta ja väestö kasvoi 7 300 henkilöllä. Väestönkasvua koetteli historian alhaisin syntyvyys sekä kuolleisuuden lisääntyminen.<sup>1</sup> Väkiluku kasvoi Helsingin ja Uudenmaan, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla ja väheni 15 alueella. Helsingin ja Uudenmaan väkimäärä lisääntyi eniten vieraskielisen väestön määrän kasvun vuoksi.

Tilastokeskuksen ennusteen mukaan väkiluku kääntyy laskuun vuonna 2031 (kuvio 1). Ennusteen mukaan kuolleisuus ylittää syntyvyyden reilun kymmenen vuoden kuluttua kaikissa kunnissa.<sup>2</sup> Väestön ennustetaan kasvavan muuttoliikkeen vuoksi vuonna 2040 enää Uudenmaan maakunnan alueella. Lähivuosina myös muut isoimmat kaupunkiseudut kasvavat, mutta maltillisemmin. Väestö vähenee nopeimmin alueilla, joissa on paljon pieniä kuntia.<sup>3</sup>

Kuvio 1. Väkiluvun muutos 1990–2019 sekä ennuste 2020–2040.



▲ Kuviossa esitetään sekä toteuma- että ennustetiedot elävänä syntyneistä, kuolleista, nettomaahanmuutosta sekä väkiluvun muutoksista vuosina 1990–2040. Ennustettua kehitystä kuvataan katkoviivalla. Kuvio perustuu Tilastokeskuksen väestötilastoihin.

### Suomessa kuollaan muita EU-maita useammin ennaltaehkäistävissä oleviin sairauksiin

Suomalaisten terveys on parantunut. Sairastavuusindeksit laskivat kaikilla alueilla ja elinvuosia menetettiin ennenaikaisten kuolemien vuoksi yhä vähemmän. Väestö oli terveintä Helsingin ja Uudenmaan, Vaasan, Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla, eniten sairastettiin Pohjois-Savon, Länsi-Pohjan ja Kainuun alueilla. Ennenaikaisten kuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia oli eniten Etelä-Savon, Kainuun, Itä-Savon ja Lapin, vähiten puolestaan Vaasan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien alueilla.



Suomalaisia kuoli hoidettavissa oleviin sairauksiin harvemmin kuin muissa EU-maissa keskimäärin. Vastaavasti kuolleisuus ennaltaehkäistäviin sairauksiin oli keskimääräistä yleisempää. Huonot elintavat olivat taustalla lähes 40 prosentissa kuolemista.<sup>4</sup>

### **Suomalaisten lasten ja nuorten terveyden uhkina mielenterveysoireilu sekä lisääntyvä ylipainoisuus ja lihavuus**

Suomessa oli vuoden 2019 lopussa noin miljoona alle 18-vuotiasta. Lapsiperheiden määrä on vähentynyt viime vuosien aikana. Eniten lapsia sekä korkein syntyvyys oli läntisessä Suomessa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Reilu kolmannes lapsista syntyi Helsingin ja Uudenmaan alueelle. Vähiten lapsia ja nuoria oli Itä- ja Etelä-Savossa. Noin joka kymmenes lapsi oli ulkomaalaistaustainen.<sup>5</sup>

Lasten ja nuorten väliset terveyserot kasvoivat. Terveyttä heikensivät ahdistuneisuus- ja masentuneisuusoireilu sekä lisääntynyt ylipainoisuus ja lihavuus.<sup>6</sup> Alle kouluikäisistä lapsista noin kymmenesosalla oli pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma.<sup>7</sup> Poikien elinajanodote kasvoi 2000-luvun alusta 5 vuodella ja tyttöjen 3,5 vuodella.<sup>8</sup> Suomalaisten elinajanodote ylitti EU:n keskiarvon. Elinajanodotetta on parantanut sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttaman kuolleisuuden väheneminen.<sup>4</sup>

### **Henkistä kuormittuneisuutta myös työikäisillä ja ikääntyneillä, muistisairaudet kuolemansyynä yleistyivät**

Väestöstä työikäisiä oli vuoden 2019 lopussa noin 3,3 miljoonaa ja väestöllinen huoltosuhde oli korkein sitten vuoden 1922.<sup>9</sup> Työikäisen väestön parantuneesta terveydentilasta huolimatta lähes kolmannes piti työkykyään heikentyneenä ja epäili, jaksako työskennellä eläkeikään asti. Suomalaiset jäivät työkyvyttömyyseläkkeelle yleisimmin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi. Sosioekonominen asema vaikuttaa terveyden kokemiseen ja toimintakykyyn.<sup>10</sup>

Vuonna 2019 noin 1,2 miljoonaa suomalaista oli täyttänyt 65 vuotta. Heistä puolet olivat vähintään 75-vuotiaita. Ikääntyneiden osuudet olivat suurimmat Itä- ja Etelä-Savossa, Kainuussa ja Kymenlaaksossa. 75 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan kymmenessä vuodessa lisääntyvän vajaalla 300 000 henkilöllä. Ikääntyneiden määrä kasvaa vuoteen 2030 mennessä voimakkaimmin Helsingin ja Uudenmaan alueella. Alueilla, joissa ikääntyneitä on jo paljon, määrä kasvaa maltillisemmin.<sup>11</sup>

Ikääntyneistä lähes puolet piti terveydentilaansa keskitasoisena tai huonona. Kokemus terveydentilasta ja elämänlaadusta heikkenivät ikääntymisen myötä, samoin pieneni elämänlaatuunsa tyytyväisten määrä. Lähes kymmenesosa oli henkisesti kuormittuneita, ja kokemukset muistin heikkenemisestä yleistyivät. Lähes puolella 65 vuotta täyttäneistä oli yksi pitkäaikaissairaus ja viidesosalla useampia. Muistisairauksiin liittyvät kuolemat yleistyivät.<sup>4</sup>

## **Toimintaympäristö**

Suomen julkinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä turvaa palvelut kaikille asukkaille.<sup>12</sup> Kunnat järjestävät palvelut pääosin verovaroin. Palvelujen käyttämisestä ja sairauden aiheuttamista ansionmenetyksistä asiakkaat saavat sairausvakuutukseen perustuvia korvauksia.<sup>13</sup> Julkisia palveluja täydentävät yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen palvelut, joita myös kunnat voivat tarvittaessa hankkia. Työnantajat ovat velvollisia järjestämään työntekijöilleen maksuttomat työterveyshuollon palvelut, jonka piiriin valtaosa työikäisistä kuuluu. Sekä julkista että yksityistä palveluntuotantoa valvovat Valvira ja aluehallintovirastot.








Palvelujärjestelmän uudistaminen on tullut ajankohtaiseksi muun muassa kasvaneiden kustannusten ja tuottavuusvaatimusten sekä yhdenmukaisessa saatavuudessa ja laadussa ilmenneiden ongelmien vuoksi. Myös asiakkaiden vaatimukset ovat kasvaneet. Lainsäädäntö on mahdollistanut useiden järjestäjätahojen syntymisen, mikä on johtanut palvelujen pirstaloitumiseen.

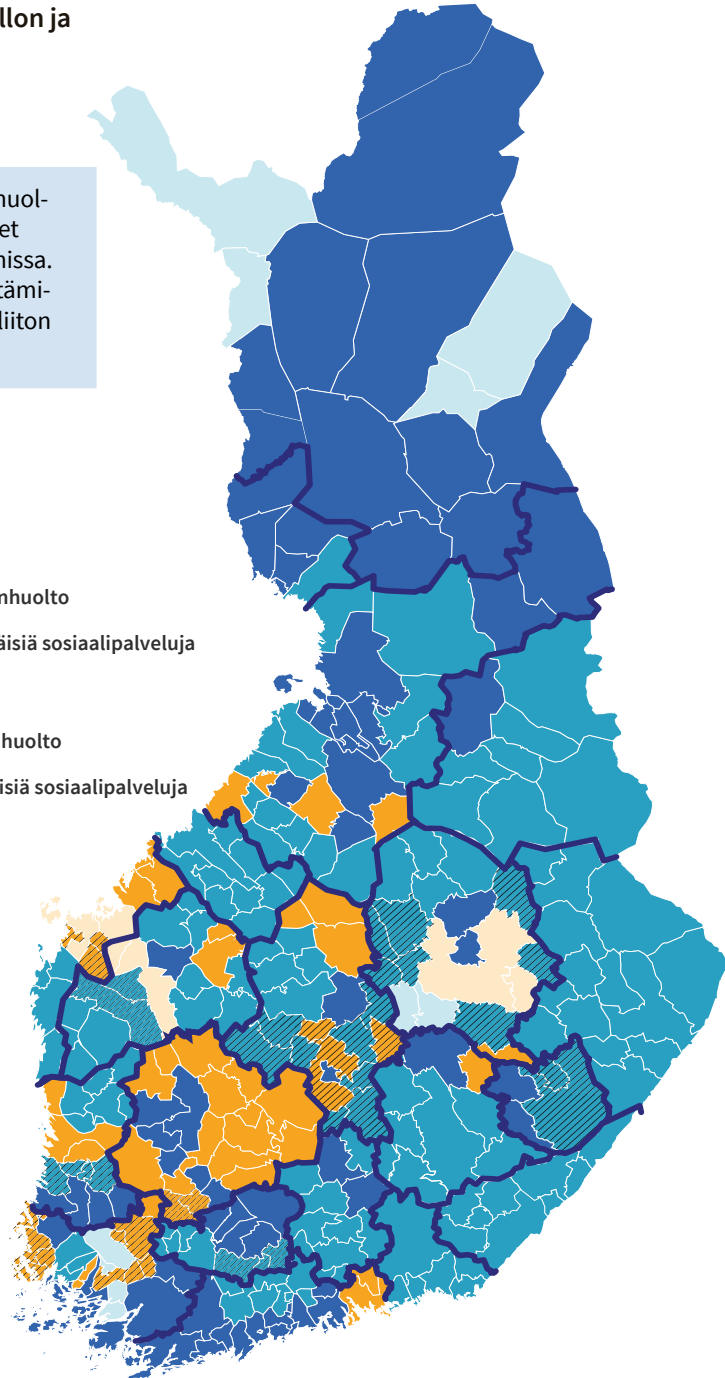




**Kuvio 2. Kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämismallit vuonna 2019.**

► Kuviossa esitetään perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen erilaiset järjestämismallit Manner-Suomen kunnissa. Kunnat on luokiteltu seitsemään järjestämisen luokkaan. Tiedot perustuvat Kuntaliiton aineistoihin ja luokitteluun.

-  kuntayhtymä, koko sosiaali- ja terveydenhuolto
-  kuntayhtymä, terveydenhuolto ja yksittäisiä sosiaalipalveluja
-  kuntayhtymä, vain terveydenhuolto
-  vastuukunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto
-  vastuukunta, terveydenhuolto ja yksittäisiä sosiaalipalveluja
-  vastuukunta, vain terveydenhuolto
-  kunta, koko sosiaali- ja terveydenhuolto



### Järjestämisen malleja oli edelleen runsaasti ja uusia kuntayhtymiä syntyi

Vuonna 2019 palvelujen järjestäminen oli edelleen hajanaista valtaosassa maata (kuvio 2). Manner-Suomen 295 kunnasta sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palvelut järjesti itse 74 kuntaa. Palvelunsa järjesti vastuukuntamallilla osittain tai kokonaan 61 kuntaa. Aiempaa useampi kunta (160) oli mukana kuntayhtymässä. Kuntayhtymien määrä kasvoi, ja muiden järjestämismallien määrä väheni.<sup>14</sup> Kuntayhtymistä valtaosa järjesti jäsenkuntiansa asukkaille sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palvelut. Lähes koko sairaanhoitopiirin kattavia kuntayhtymiä oli vajaa kymmenen.<sup>15</sup>

Vuoden 2019 aikana toimintansa aloitti Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Kymsote ja Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä (Keusote). Maakunnan laajuinen kuntayhtymävalmistelu käynnistyi Pohjanmaan alueella.



## Sote- ja maakuntauudistus edisti palvelujen kehittämistä maakunnissa

Vuonna 2015 käynnistynyt sote- ja maakuntauudistus edisti maakuntien palvelujen kehittämistä mittavilla kansallisilla resursseilla ja vahvalla ohjauksella. Uudistuksen tavoitteina olivat muun muassa hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, valinnanvapauden lisääminen, yhdenvertaisten palvelujen turvaaminen ja kustannusten hillintä. Tavoitteisiin pyrittiin muun muassa järjestämisen ja tuottamisen erottamisella ja monituottajamallilla. Sote- ja maakuntauudistuksen käynnistymisessä, valmistelussa ja tuotoksien hyödyntämisessä etulyöntiasemassa olivat integroituneet maakunnalliset kuntayhtymät. Uudistuksen valmistelu päättyi keväällä 2019 hallituksen eroamiseen.<sup>16</sup>

## Selvitykset Uudenmaan alueen sote-palvelujen järjestämisestä sekä kuntien sote-tuottajaroolista valmistuivat

Uudenmaan, pääkaupunkiseudun ja Helsingin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen erilliselvitys valmistui syksyllä 2019. Selvityksessä yhteisen jatkovalmistelun pohjaksi esitettiin mallia, jossa alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä vastaisivat neljä itsehallinnollista aluetta ja Helsingin kaupunki. Mallissa HUS:n toiminta järjestettäisiin yhteistoiminnassa alueen sote-järjestäjien kesken ja HUS:n asemasta ja vastuista säädettäisiin lailla.<sup>17</sup>

Kuntien roolia sote-palvelujen tuottajina selvitettiin. Uudistuksessa palvelujen järjestämisvastuu siirtyisi pois kunnilta. Kunnilla kuitenkin säilyisi mahdollisuus halutessaan tuottaa sote-palveluja yhtiöittämällä palvelutuotanto. Selvityksen mukaan kunnilla ei ollut vahvaa halua tuottaa sote-palveluja.<sup>18</sup>

## Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhdistävät tietojärjestelmähankkeet etenevät

Vuonna 2019 käynnissä oli kolme merkittävää tietojärjestelmähanketta. Hankkeilla haettiin ratkaisuja tiedolla johtamiseen, asiakkaiden osallisuuteen sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon integraatioon. Apotti-hanke ([apotti.fi](http://apotti.fi)) eteni Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ja alueen yhdeksässä kunnassa. Apotti otettiin käyttöön Peijaksen sairaalassa vuoden 2018 lopussa ja tämän jälkeen Vantaan sosiaali- ja terveystalouksissa. Viimeiset käyttöönotot HUS:ssa ja muissa kunnissa tapahtuvat vuoden 2021 aikana.

Aster – asiakas- ja potilastietojärjestelmä (APTJ) -hankkeessa ([asteraptj.fi](http://asteraptj.fi)) mukana olivat Keski-Suomen, Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan ja Vaasan sairaanhoitopiirit. Tietojärjestelmän käyttöönotto ajoittuu vuosille 2023–2025.

UNA:n Kaari-hankkeen ([unaoy.fi](http://unaoy.fi)) käyttöönottoalueeksi oletettiin koko muu Suomi. Vuonna 2019 hankkeessa valmisteltiin tietojärjestelmähankintaa. Käyttöönotot alkanevat vuonna 2022.

## Pätevän ammattihenkilöstön saatavuus yhä vaikeampaa kaikilla alueilla

Seuraavan kymmenen vuoden aikana kuntien sote-henkilöstöstä jää eläkkeelle suuri määrä työntekijöitä. Pahimmillaan määrät yltävät alueilla lähes 40 prosenttiin.<sup>19</sup>

Pätevän henkilöstön saatavuus oli ongelma yhä useammassa ammattiryhmässä. Ongelma kosketti kaikkia alueita ja palveluja. Asiakkaille henkilöstön vaje näkyi pidentyneinä odotusaikoina, palvelujen saatavuuden heikkenemisenä ja laatuongelmina. Erityisesti ennaltaehkäisevien ja matalan kynnyksen palvelujen saatavuus heikkeni.

Lääkärivaje heikensi toiminnallista integraatiota erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Henkilöstövaje heikensi myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välistä integraatiota. Tilannetta pahensivat muutamilla alueilla käynnistyneet yhteistoimintamenettelyt. Henkilöstön yhteiskäyttöä tehostettiin perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen välillä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Joillain alueilla henkilöstön heikkoa saatavuutta pyrittiin paikkaamaan palveluja ulkoistamalla.<sup>20</sup>



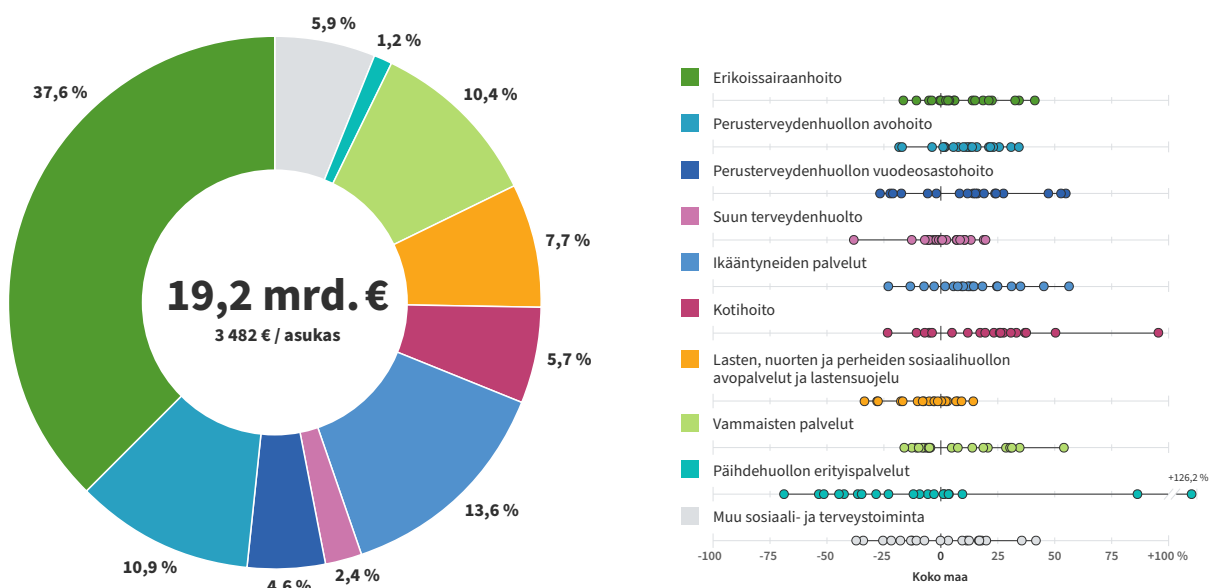
# Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus ja kustannukset

## Kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannukset kasvoivat vuonna 2019 lähes miljardin vuoden takaisesta

Vuonna 2019 kuntien järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveystalouden nettokäyttökustannukset olivat 19,2 miljardia euroa, keskimäärin 3 482 euroa asukasta kohti (kuvio 3). Sairaanhoidopiiriakohtaisessa vertailussa suurimmat sosiaali- ja terveystalouden nettokustannukset olivat Itä-Savossa, jossa ne olivat asukasta kohden 4 599 euroa.

Koko maan sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset kasvoivat vuonna 2019 edellisiä vuosia voimakkaammin, 5,1 prosenttia edellisvuodesta. Kasvusta reilu kolmannes kohdentui erikoissairaanhoidon. Sosiaali- ja terveystalouden osuus kuntien käyttötalouden nettokustannuksista on ollut usean vuoden ajan lähes 60 prosenttia.<sup>21</sup>

Kuvio 3. Koko maan sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakautuminen tehtävittäin ja alueiden ero maan keskiarvoon vuonna 2019.



▲ Vasemmalla kuviossa esitetään tehtäväkohtaiset prosentiosuudet vuoden 2019 sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista koko maassa. Oikealla esitetään sairaanhoidopiirien alueiden asukas-kohtaisten kustannusten prosentuaalinen ero maan keskiarvoon. Mitä kauempana janan keskikohdasta aluetta kuvaava pallo on, sitä pienemmät tai suuremmat alueen kustannukset ovat koko maan keskimääriin verrattuna.



## Sosiaali- ja terveystoimen kustannuksissa suuria alueellisia eroja

Ajanjaksolla 2015–2019 koko maan sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset kasvoivat asukasta kohti reaalisesti keskimäärin 4,3 prosenttia. Pienintä kasvu oli Etelä-Karjalassa, Helsingin ja Uudenmaan alueella sekä Pohjois-Karjalassa, jossa kustannukset kasvoivat alle kaksi prosenttia. Vuonna 2019 asukaskohtaiset kustannukset Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Karjalassa ylittivät vain hieman maan keskitason. Alueiden väestön suuri palvelutarve huomioon ottaen kustannukset olivat maan matalimpien joukossa. Pohjois-Karjalassa tarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat maan pienimmät.<sup>22</sup> Helsingin ja Uudenmaan alueella asukaskohtaiset sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat muuhun maahan verrattuna matalat, mutta myös palvelujen tarve oli muuta maata pienempää. Palvelujen tarve huomioon ottaen Helsingin ja Uudenmaan asukasmäärään suhteutetut kustannukset olivat vuonna 2019 selvästi maan keskitasoa suuremmat.

Sosiaali- ja terveystoimen kustannusten kasvu oli suurinta ajanjaksolla 2015–2019 Etelä-Savossa, Kainuussa sekä Länsi-Pohjassa, jossa kustannukset kasvoivat yli 10 prosenttia vuoteen 2015 verrattuna. Vuonna 2019 asukaskohtaiset kustannukset olivat Kainuussa maan korkeimpia, ja myös palvelujen tarve huomioon ottaen kustannukset olivat maan korkeimpien joukossa. Länsi-Pohjassa kustannukset olivat niin ikään palvelujen tarpeeseen suhteutettuna maan keskitasoa suuremmat. Sen sijaan Etelä-Savossa, jossa väestön palvelutarve on maan korkein, olivat kustannukset vuonna 2019 palvelutarve huomioon ottaen maan keskitasoa pienemmät.<sup>22</sup>

Sosiaali- ja terveystoimen kustannuskehityksessä ja kustannusten tasossa suhteessa palvelujen tarpeeseen onkin nähtävissä merkkejä myös kuntien kyvystä rahoittaa alueidensa asukkaiden palveluja. Esimerkiksi Päijät-Hämeessä asukaskohtaiset sosiaali- ja terveystoimen kustannukset ovat kasvaneet maltillisesti ja tarpeeseen suhteutettuna kustannukset ovat pysyneet usean vuoden ajan maan matalimpien joukossa. Kymenlaaksossa kustannusten kasvuvauhti taittui keskimääräistä hitaammaksi Kymsoten ensimmäisen toimintavuoden aikana vuonna 2019. Näillä alueilla kuntien taloudellinen tilanne on ollut pitkään vaikea. Sote-uudistuksen toistuva siirtyminen ja kuntien heikko taloudellinen tilanne ovat vauhdittaneet alueita etsimään uusia tapoja järjestää asukkaidensa sosiaali- ja terveystoimen palvelut. Kuntaliiton kartoituksen mukaan vuonna 2019 Manner-Suomen 295 kunnasta yhteensä 26 kuntaa oli ulkoistanut merkittävän osan palveluistaan yksityiselle tuottajalle.<sup>23</sup> Taloudellinen tilanne on pakottanut myös monia alueita keskittymään toiminnassaan pakollisten, lakisääteisten palvelujen järjestämiseen.

## Kuntatalouden tila heikkeni ennätysellisen huonoksi – vuonna 2020 koronatuet toivat tilapäistä helpotusta kuntien taloudelliseen tilanteeseen

Ikääntyneiden määrän ja väestöosuuden kasvu johtaa vuosi vuodelta suurempiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeisiin. Samaan aikaan kuntien talous on jatkanut heikkenemistään, mikä vaikeuttaa väestön kasvavien palvelutarpeiden mukaisten sosiaali- ja terveystoimen palvelujen rahoitusmahdollisuuksia.

Vuonna 2019 kuntien tilikauden tulokset heikentyivät toimintamenojen kasvaessa tuloja voimakkaammin. Kuntatalouden toimintakate heikkeni noin 1,3 miljardia euroa ja vuosikate noin 0,3 miljardia euroa. Tilikauden tulos oli alijäämäinen kaikkiaan 225 kunnassa. Suurista kaupungeista ainoastaan Helsinki teki selvästi ylijäämäisen tuloksen. Manner-Suomen kuntien vuosikatteesta Uudenmaan kuntien osuus oli lähes 60 prosenttia.<sup>24</sup>

Negatiivisen vuosikatteen kuntien määrä kasvoi edelleen voimakkaasti. Vuosikate oli negatiivinen 65 kunnassa vuonna 2019, vuotta aikaisemmin negatiivisen vuosikatteen kuntia oli 44. Negatiivisen vuosikatteen kunnista yli puolet oli alle 5 000 asukkaan kuntia. Vuosikate-poistot-mittarilla tarkasteltuna ainoastaan joka viidennen kunnan talous oli tasapainossa vuonna 2019; kaksi vuotta aikaisemmin tasapainossa oli ollut

\* Kustannukset on muunnettu vuoden 2019 tasoon Tilastokeskuksen julkisten menojen hintaindeksiä käyttäen.<sup>29</sup>



yli 80 prosenttia kunnista. Kuntatalouden lainakanta jatkoi kasvuaan 21,9 miljardiin euroon.<sup>24</sup> Kuntatalouden voimakkaan heikkenemisen vuoksi kunnissa tehtiin aktiivisesti erilaisia talouden sopeuttamistoimia. Kuntatyönantajien vuosittaisen selvityksen mukaan 45 prosenttia kunnista ja kuntayhtymistä oli laatinut useampivuotisen talouden tasapainottamisohjelman ja joka viides kunta ja kuntayhtymä oli käynyt yhteistoimintaneuvotteluja.<sup>25</sup> Lisäksi yli 50 kuntaa nosti veroprosenttiaan vuodelle 2020.

Kuntatyönantajien selvityksen mukaan vuonna 2020 yli puolet kunnista ja kuntayhtymistä ilmoitti käyneensä yhteistoimintaneuvotteluja. Valtion myöntämät mittavat, noin kolmen miljardin euron kertaluontoiset koronatuet ja verotulojen kasvu käänsivät kuntatalouden kehityksen suunnan kuitenkin ennakoitua myönteisemmäksi. Kuntien tilinpäätösarvioiden mukaan vain kahdella Manner-Suomen kunnalla oli negatiivinen vuosikate.<sup>26, 27</sup>

### **Sairaanhoitopiirien talous heikentynyt nopeasti – sairaalainvestoinnit nostaneet lainakantaa merkittävästi**

Sairaanhoitopiireissä talous on heikentynyt viime vuosina nopeasti. Vuonna 2019 tilikauden tulos oli negatiivinen 15 sairaanhoitopiirillä, ja niiden yhteenlaskettu tulos oli yli 70 miljoonaa euroa negatiivinen. Kaksi vuotta aikaisemmin tilikauden tulos oli negatiivinen kolmella sairaanhoitopiirillä. Sairaanhoitopiirien taloutta on rasittanut myös pitkään kiivaana jatkunut sairaalarakentaminen. Sairaanhoitopiirien nettoinvestoinnit kasvoivat vuonna 2019 noin 135 miljoonalla eurolla yhteensä yli 870 miljoonaan euroon. Samanaikaisesti sairaanhoitopiirien lainakanta kasvoi lähes 680 miljoonalla eurolla yhteensä yli 2,7 miljardiin euroon.<sup>24</sup> Vuoden 2020 aikana sairaanhoitopiirien taloudelliseen tilanteeseen heijastui koronan hoidon priorisointi samalla kun kiireetöntä hoitoa siirrettiin alueiden epidemiatilanteista riippuen.<sup>28</sup> Kiireettömän hoidon siirtäminen ja kysynnän pienentyminen heijastuivat moniin sairaanhoitopiireihin maksutulojen pienentymisenä.

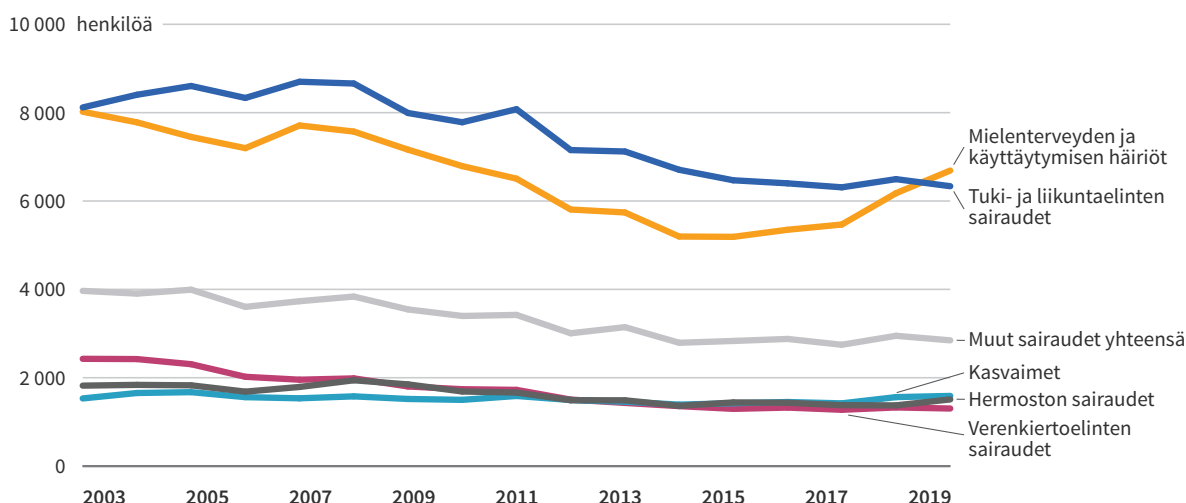


# Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu

## Väestön fyysinen terveys on parantunut – mielenterveyden häiriöt nousseet kansanterveydelliseksi haasteeksi

Vuonna 2019 mielenterveyden syyt olivat ensimmäisen kerran yleisin syy jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle (kuvio 4). Kansallisen mielenterveysstrategian tavoitteena on lisätä ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä ja mielenterveysosaamista ja parantaa työelämään kuntouttavia mielenterveyspalveluja. Mielenterveyspalvelujen saatavuus tulee saada muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tasolle. Perustasolla tulee olla valmiudet yleisimpien mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja vaikuttavaksi todettujen hoitomenetelmien käyttöön. Tarvitaan myös yhteistyörakenteita. Sote-keskusten palveluja täydentämään tarvitaan arjessa toimivia etsiviä ja matalan kynnyksen palveluja, joissa hyödynnetään vertaistukea ja järjestöjen tarjoamia toimintamuotoja.<sup>30,31</sup>

Kuvio 4. Työkyvyttömyyseläkkeelle vuosina 2003–2019 siirtyneet sairauspäryhmän mukaan.



▲ Kuviossa esitetään eri syiden vuoksi työeläkelakien mukaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä vuosina 2003–2019. Kuvio perustuu Eläketurvakeskuksen työeläketilastoihin.



## Mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu ulottuu mielenterveyttä edistävästä palveluista vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoitoon

Perustason mielenterveyspalveluihin sisältyvät mielenterveyttä edistävät palvelut, psykososiaalisen tuen palvelut ja kiireettömän hoidon kriteerien mukaisesti ensisijainen hoitovastuu, kun kyseessä ovat tavallimmat oireet ja häiriöt sekä vakaassa vaiheessa olevat vaikeat häiriöt.<sup>32</sup> Tässä arvioinnissa painotetaan lasten, nuorten ja perheiden perustason mielenterveyspalveluja, koska palvelut on järjestetty koko ikäryhmän kattavasti. Työikäisten perustason mielenterveyspalveluita on sekä perusterveydenhuollossa että työterveyshuollossa, jonka palveluvalikoima vaihtelee ja josta on saatavissa niukasti tietoa.

## Perustason mielenterveyspalvelujen järjestelmä on pirstaleinen – palvelut eivät ole yhdenvertaisesti väestön saatavilla

Perustason mielenterveyspalvelut on järjestetty maassa monin eri tavoin. Alueiden välinen ja sisäinen tarkastelu toi esille johtamisen, rakenteiden, palveluvalikkojen ja resursoinnin vaihtelut, mikä ei tue väestön palvelujen yhdenvertaista saatavuutta eikä laatua. Osassa maata rakenteita ja johtamista oli muutettu tai muutossuunnitelmia tehty.

Yhteistä kaikille alueille oli tavoite siirtää palvelujen painopistettä perustasolle, lisätä perus- ja erityistason yhteensovittamista, vahvistaa varhaista tukea ja lisätä näyttöön perustuvia interventioita. Perhekeskusten kehittämisellä oli jo edetty kohti tavoitteita. Työikäisten palveluja kehitettiin mm. työkykyhankkeissa.

## Perustason mielenterveyspalvelujen ja erikoissairaanhoidon psykiatrian yhteistyö näytti koordinoimattomalta eikä työnjako ollut selvä

Toimijoiden yhteisiä hoito- ja palveluketjuja ei ollut kaikkialla tai niiden juurrutustyö oli jäänyt kesken. Perustason pirstaleinen palvelurakenne ja vaihteleva resursointi vaikeuttivat hoitoketjun toimivuutta. Erityistason tuki perustasolle oli osin puutteellista, alueittain vaihtelevaa ja usein rakennettu erityistason näkökulmasta, mikä ei tukenut asiakkaiden tarpeita eikä hoidon oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta. Kokonaisuudesta vastaavaa selkeää tahoja ei aina ollut.

Joillain alueilla hoito- ja palveluketjutyöllä on perinteet ja perus- ja erityistason yhteistyö toimi hyvin. Tällaisilla alueilla konsultaatiomahdollisuudet toimivat, hoidon porrastusta noudatettiin ja toimijoiden yhteiset koulutukset vahvistivat toiminnallista integraatiota. Näin oli pystytty vahvistamaan peruspalveluja ja saatu resurssit tarkoituksenmukaisemmin käyttöön.

## Tiedolla johtamista haastoivat yhteisen tietopohjan puuttuminen ja moninaiset asiakastietojärjestelmät

Aluetasoisista kattavaa kokonaiskuvaa mielenterveyspalvelujen tilasta oli yhteisen tietopohjan puuttumisen vuoksi vaikea muodostaa. Hallinnollisesti integroituneilla järjestäjillä alueen yhteinen tietopohja helpotti tiedolla johtamista ja asiakas- ja potilastietojen yhteiskäyttö oli joustavaa, mikä tuki myös palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua.



## Teknologian käyttö lisääntyi potilastyössä ja ammattilaisten välisessä yhteistyössä

Asiakkailla suunnattuja sähköisiä asiointipalveluja oli otettu käyttöön ja suunniteltu järjestäjäkohtaisesti. Niistä esimerkkejä ovat sähköinen hoidontarpeen arviointi, nettiterapiat ja videovälitteiset vastaanotot. Covid-19-pandemia vauhditti erityisesti etäpalvelujen käyttöä. Ammattilaisten välisessä yhteistyössä hyödynnettiin sähköistä konsultaatiota ja verkostopalavereja etäyhteyksin. Digitaalisten välineiden hyödyntäminen toimintatapojen uudistamisessa ja yhtenäistämässä sisältyy usean alueen rakenneuudistushankkeeseen.

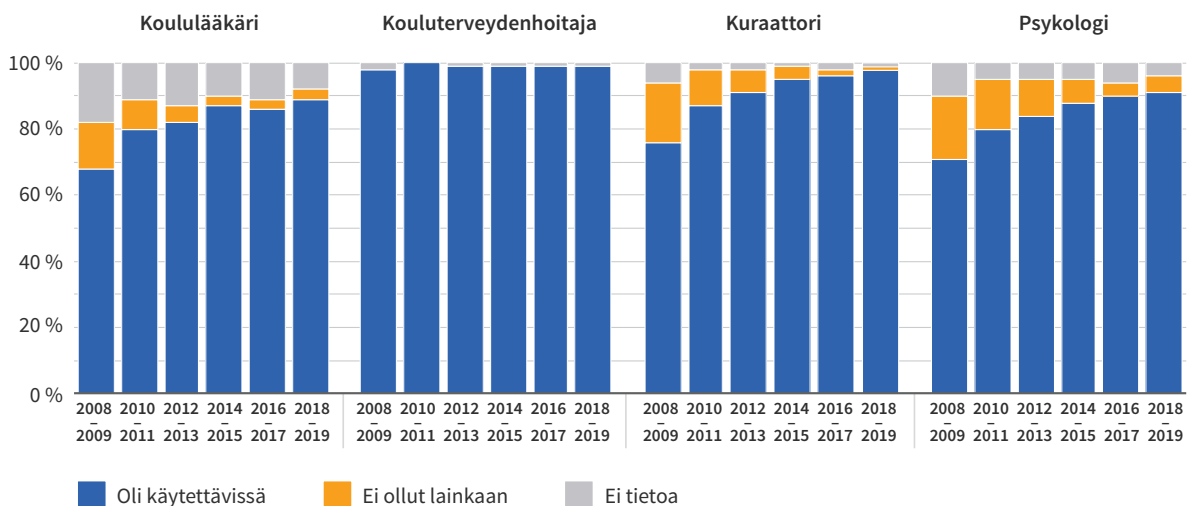
Etäpalvelut todettiin vaikeimmissa mielenterveysongelmissa kevään 2020 pandemian vaikutusten seurannassa riittämättömiksi, eikä palvelujen toteuttaminen digitaalisena sopinut kaikille väestöryhmille.<sup>33,34</sup>

## Varhaisen tuen palveluissa vahvistettavaa

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen perustan muodostavat kunnan peruspalvelut. Nuorille matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja oli useilla alueilla tarjolla erillisessä nuorille tarkoitetussa yksikössä. Opiskeluhoitopalvelut olivat käytettävissä yhä useammassa koulussa, mutta lukuvuonna 2018–2019 lääkäripalvelut puuttuivat edelleen kokonaan tai niiden järjestämisestä ei ollut tietoa 11 prosentissa, psykologipalvelut yhdeksässä prosentissa ja kuraattoripalvelut kahdeksassa prosentissa kouluista.<sup>35</sup> Kuraattori- ja psykologityön edellytyksissä ja työtavoissa oli lisäksi suuria alueellisia eroja, mikä heikensi palvelujen yhdenvertaisuutta.<sup>36,37</sup>

Aikuisten ja ikääntyneiden mielenterveyden häiriöihin matalan kynnyksen palvelua tarjosivat terveyskeskukset, joissa palvelujen saatavuus vaihteli. Työssäkäyville niitä on monesti tarjolla työterveyshuollosta, jossa palveluvalikoima on usein laajempi kuin terveyskeskuksissa.

**Kuvio 5. Peruskoulussa käytettävissä olevat opiskeluhoitopalvelut vuosina 2008–2019, osuus kouluista.**



▲ Kuviossa esitetään osuus peruskouluista, joissa oppilailla on käytettävissään opiskeluhoitopalvelut. Tiedot kuvataan ammattiryhmittäin lukuvuosilta 2008–2019. Kuvio perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tietoihin.<sup>35</sup>





## Palvelujen oikea-aikaisuutta kehitetty monin tavoin

Palvelujen oikea-aikaisuutta oli parannettu kehittämällä ilman ajanvarausta toimivia palveluja, monipuolistamalla yhteydenottokanavia ja jalkauttamalla psykiatrisia sairaanhoitajia esimerkiksi kouluille. Nuorisopsykiatrian palveluja oli tuotu lähemmäs nuorten elinympäristöä. Palvelua vietiin myös kotiin. Joillain alueilla lastenpsykiatria ja sosiaalityö tekivät parityötä. Jossain oli lasten ja nuorten palveluja vahvistettu yhden yhteydenoton periaatteella. Pitkien etäisyyksien alueilla mielenterveyden lähipalvelut olivat osin laajoja ja hyvin resursoituja. Terveysasemien tiimeissä toimi psykiatrisia sairaanhoitajia, joille pääsi ilman ajanvarausta.

## Tarvitaan osaamisen lisäämistä ja näyttöön perustuvien menetelmien käytön laajentamista perustasolla

Palvelujen laatu liittyy paljolti henkilöstön osaamiseen. Useilla alueilla mielenterveysosaamista vahvistettiin kouluttamalla henkilöstöä näyttöön perustuviin ja vaikuttaviin hoitomenetelmiin. Etenkin lasten ja nuorten palveluissa näitä koulutuksia oli menossa.

Perustason osaamista vahvistettiin usealla alueella erityistason jalkautumisella perustasolle. Niissä organisaatioissa, joissa perus- ja erityistaso olivat saman johdon alla, erityistason tuki koettiin toimivaksi. Osaamista oli viety perustasolle esimerkiksi niin, että psykiatrian erikoislääkäreitä ja päihdelääketieteen erityispätevyyden omaavia lääkäreitä toimi hajautetusti perustasolla. Sairaanhoitopiirien ja yliopistojen yhteistyöllä oli pystytty parantamaan henkilöstön osaamista ja saatavuutta. Professorensopimuksen ansiosta yhdelle alueelle oli saatu psykiatrian erikoislääkärikoulutusta ja terapiakoulutusta.

Useilla alueilla toistui huoli ikääntyneiden palvelujen henkilöstön mielenterveysosaamisen ja psykogeriatrinen konsultaatioiden riittämättömyydestä.

## Pula osaajista vaikeuttaa tarkoituksenmukaista palvelujen järjestämistä

Mielenterveyspalvelujen kokonaisuuden ongelmana on jo pitkään ollut valtakunnallinen pula psykiatrian erikoislääkäreistä. Tämä koskee myös lasten- ja nuorisopsykiatreja. Psykiatriapula vaikeutti perus- ja erityistason välistä tarkoituksenmukaista työnjakoa ja palvelujen kehittämistä koko hoitoketjussa. Ostopalveluja käytettiin usein, mutta paikoitellen psykiatreja oli silti liian vähän.

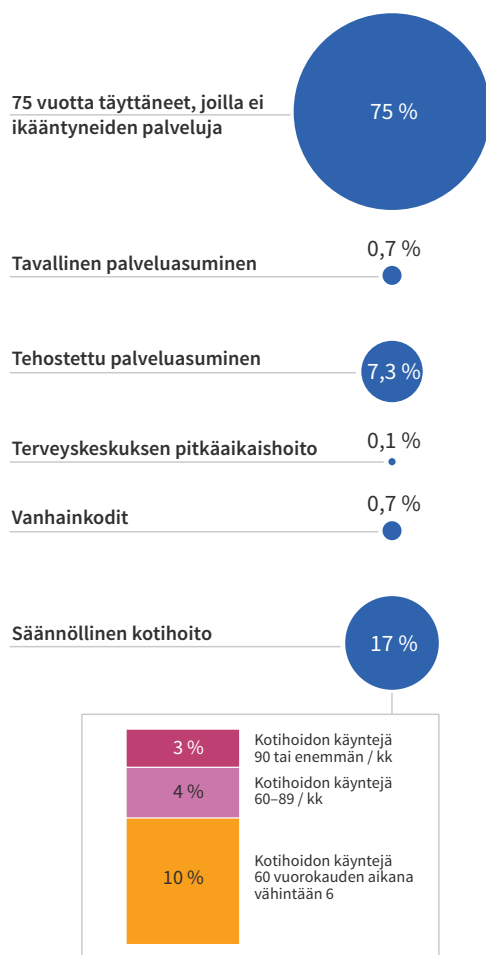
Psykologien rekrytointitilanne vaikutti alan koulutusta antavien yliopistojen lähialueilla muita alueita paremmalta. Psykoterapeuttien saatavuudessa oli monin paikoin haasteita. Terveyskeskuslääkäripula heikensi perustason hoidon oikea-aikaisuutta ja saatavuutta. Sairaanhoitajien saatavuus mielenterveyspalveluihin näytti muita ammattiryhmiä paremmalta.



# Ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatio

## Kotihoidon asiakkailta entistä suurempi palvelutarve

Ikääntyneiden palveluihin yhteensovitetut terveystalvelut tukevat kotona asumista ja myöhäistävät ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus hieman pienentyi, mutta käyntimäärät yksittäisten asiakkaiden luona lisääntyivät. Säännöllisen kotihoidon palveluja sai 75 vuotta täyttäneistä noin joka kuudes (17 %, sairaanhoitopiireittäin vaihteluväli 11–24 %) ja tehostetussa palveluasumisessa oli noin joka neljästoista (7,3 %, vaihteluväli 5,6–9,5 %) vuonna 2019. (Kuvio 6.) Vuosikymmenen jatkunut tehostetun palveluasumisen yleistyminen pysähtyi vuonna 2019. Iäkkäiden erilaiset yhteisöasumisen muodot ovat yleistymässä.



Kuvio 6. Ikääntyneiden palvelujen käyttö vuonna 2019, osuudet 75 vuotta täyttäneistä.

◀ Kuviossa esitetään, kuinka suuri osuus (%) koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä ei saanut ikääntyneiden säännöllisiä palveluja. Lisäksi esitetään säännöllisiä palveluja saavien osuudet palveluittain. Säännöllisessä kotihoitossa olleiden osuus on jaettu edelleen hoidon intensiteettiä kuvaaviin luokkiin. Tiedot perustuvat THL:n aineistoihin; kotihoidon palveluissa olleiden määrä on koko vuoden kertymä tieto, muut tiedot kuvaavat tilannetta 31.12.2019.

## Palveluja yhteensovitettiin järjestämismallista riippumatta

Kokonaan tai osittain alueellisesti integroitunut järjestämismalli mahdollistaa myös toiminnallisen integraation kaikilla organisaatiotasolla. Alueilla, joissa on useita järjestäjiä, paikallinen integraatio voi olla toimivaa ja erilaiset johtamisforumit voivat tukea toimintamallien yhtenäistämistä.

Perusterveydenhuollon vuodeosastopalvelujen, kuntoutuksen ja kotisairaalan yhteistyötä lisättiin. Henkilöstön yhteiskäyttöä rajoittaa tehostetun palveluasumisen mittava yksityinen tuotanto (52 % asukkaista).<sup>38</sup>



Kansallisena tavoitteena on edistää kustannusvaikuttavuutta tietoperusteisesti. Tietojohtamisessa osa alueista hyödynsi prosessianalyysijä ja ennustemalleja. RAI-järjestelmän\* yleistymisen edisti tiedolla johtamista.<sup>39</sup> Alueilla, joissa oli useita tietojärjestelmiä, tiedot olivat hajallaan ja kirjaamiskäytännöt vaihtelivat järjestäjäkohtaisesti.

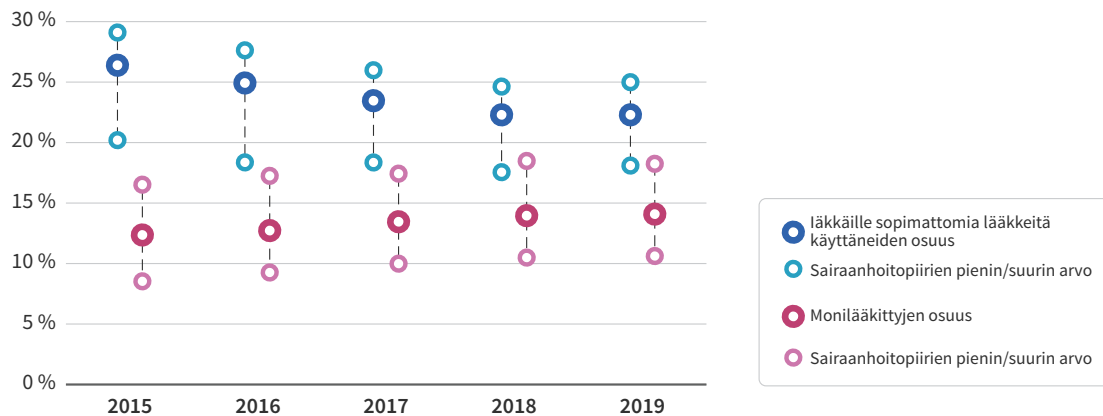
Vastaavanikäiseen väestöön suhteutetut nettokäyttökustannukset kasvoivat 2,1 prosenttia vuodesta 2017 vuoteen 2019, mutta vähenivät pääasiassa maakunnallisten järjestäjien alueilla, erityisesti ympärivuorokautisissa asumispalveluissa.

## Moniammatillinen yhteistyö vaihteli eri palvelumuodoissa

Asiakaslähtöisyys ja turvallisuus edellyttävät moniammatillista yhteistyötä.<sup>40</sup> Se toteutui alueilla vaihtelevasti; integroituneilla alueilla se oli keskeinen toimintatapa. Asiakas- ja palveluohjauksella oli tiivis yhteistyö terveyspalvelujen kanssa, mutta tuki vaihteli sekä alueiden välillä että niiden sisällä.

Kaikista 75 vuotta täyttäneistä reilu viidennes (22 %, vaihteluväli 18–25 %) käytti iäkkäille sopimattomia lääkkeitä\*\*. Osuus väheni (4,1 %-yksikköä) vuodesta 2015 vuoteen 2019, vaikka monilääkittyjen\*\*\* osuus hieman lisääntyi (1,8 %-yksikköä). (Kuvio 7.) Lääkehoidon kokonaisarvioinnin teki potilaan omalääkäri tai nimetty kotihoidon vastuulääkäri, tai se tehtiin yhteistyössä ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen kanssa. Myös farmaseutit ja proviisorit saattoivat osallistua arviointiin. Valvontaviranomainen havaitsi puutteita muun muassa henkilöstön lääkeluvissa ja -hoitosuunnitelmissa. Säännöllisessä kotihoidossa ravitsemuksen ja lääkehoidon systemaattisia kokonaisarviointeja ei tehty kattavasti.<sup>41</sup> Vuonna 2019 RAI-arvioituja oli 14 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, mutta alueittainen vaihtelu oli suuri (0,4–26 %). Ravitsemuksen arviointiin ja seurantaan sai tukea ravitsemusterapeuteilta ja lääkäreiltä.

**Kuvio 7. Monilääkittyjen ja iäkkäille sopimattomia lääkkeitä käyttäneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä vuosina 2015–2019.**



▲ Kuviossa esitetään sinisellä iäkkäille sopimattomia lääkkeitä käyttäneiden osuudet (%) koko maassa sekä alueiden välinen vaihtelu eri vuosina. Monilääkittyjen henkilöiden osuudet on vastaavasti kuvattu punaisella.

\* Resident Assessment Instrument. RAI-järjestelmää käyttämällä asiakkaiden palvelutarpeet selvitetään yhdenmukaisesti ja monipuolisesti. RAI-järjestelmän tuottaman tiedon avulla palvelut pystytään suunnittelemaan yksilöllisesti ja kohdentamaan tarpeenmukaisesti niille, jotka niitä tarvitsevat.

\*\* lääkkäille sopimattomia (Lääke75+ -tietokannan D-luokan lääkkeet) sairausvakuutuksesta korvattavia lääkkeitä hankkineiden 75 vuotta täyttäneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä.

\*\*\* Monilääkitty on henkilö, jotka on hankkinut vähintään kymmenen sairausvakuutuksesta korvattavaa lääkevalmistetta neljän kuukauden aikana (elo-marraskuussa).



Väestön vanhetessa korostuu iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntouttaminen. Moniammatillisia tehostetun kotikuntoutuksen tiimejä ja kotiutustiimejä oli käytössä useilla alueilla. Toimintakykyä tukevien palvelujen lisäys ei vielä vuosina 2017–2019 vähentänyt yli 65-vuotiaiden kaatumiseen, putoamiseen tai lonkkamurtumiin liittyviä hoitajaksoja.

Alueilla vireillä olevat kehittämistoimet tukevat ammattilaisten välistä tiedonkulkua ja moniammatillista yhteistyötä. Käytössä oli prosesseja sujuvoittavia tietojärjestelmiä, jotka helpottivat esimerkiksi jatkohoitopaikan löytymistä. Lisäksi oli tiedonsiirtoa tukevia sähköisiä portaaleja ja tilannekeskuksia. Myös toimivat konsultaatiokäytännöt tukivat tiedonkulkua. Kehittämistoimista sekä alueellisista asiakas- ja potilastietojärjestelmistä huolimatta nykyinen lainsäädäntö asettaa reunaehjoja tietojen täysimittaiselle hyödyntämiselle. Myös ammattilaisille myönnettyt rajatut katseluoikeudet hankaloittivat tiedonkulkua. Nämä puutteet olivat myös valvontaviranomaisten tiedossa.

## Palvelujen porrastusta kehitettiin moninaisesti

Palvelujen tarpeenmukainen porrastus on osa onnistunutta palvelukokonaisuutta. Optimoinnilla vähennettiin muun muassa päivystyskäyntejä ja epätarkoituksenmukaisia osastohoitoja. Toimiva porrastus vähensi siirtoviivemaksuja\*\*\*\* ja mahdollisti terveyskeskusten osastopaikkojen vähentämisen ja osastoilla annettavan palvelun uudelleensuuntaamisen.

Palvelujen porrastusta sujuvoitettiin kehittämällä yhdyspintoihin toimintamalleja, määrittelemällä palvelu- ja hoitoketjuja sekä ottamalla käyttöön porrastusta tukevia toiminnanohjausjärjestelmiä. Kotiutusprosesseja tehostettiin vastuuhoidajilla ja moniammatillisilla tiimeillä. Erityisesti kehitettiin akuuttitilanteiden hoitoketjuja, mutta myös ennakoivilla palveluilla turvattiin palveluketjujen eheyttä. Perus- ja erityistason yhteiset vuodeosastot tiivistivät kotihoidon kanssa tehtävää yhteistyötä. Valvontaviranomaisten havainnot asiakkaiden elämän loppuvaiheen tarpeettomista siirroista kuvastavat puutteellista porrastusta.

Erikoissairaanhoidon näkökulmasta asiakasvirtojen sujuvuutta hankaloittivat perustason järjestäjäkohtaisesti vaihtelevat toimintamallit ja palveluvalikoimat. Myös eri toimijoiden välisen työnjaon selkeydessä oli puutteita, samoin kotiuttamisen koordinaatiossa. Järjestäjäkohtaisia palvelu- ja hoitoketjuja ei erityistasolla välttämättä tunnettu, ketjuja ei ollut maakunnallisesti määritelty tai ne eivät määrittelyistä huolimatta toteutuneet.

## Terveyspalvelujen saatavuus koteihin ja asumispalveluihin vaihteli merkittävästi sekä alueittain että alueiden sisällä

Päivystysluonteisia akuuttihoidon palveluja vahvistettiin Kansallisen ikäohjelman (vuoteen 2030) mukaisesti.<sup>42</sup> Suurimmalla osalla alueista liikkuvia ja päivystysluonteisia palveluja ei ollut saatavilla tai niiden maantieteellinen toiminta-alue oli rajattu. Kotihoidon 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista noin joka neljännellä (26 %, 17–32 %) oli päivystyksenä alkanut osastojakso vuonna 2019.

Lääketieteellisten ongelmien runsaus edellyttää riittäviä lääkäripalveluja iäkkäiden palveluihin. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista lähes kaksi kolmasosaa ja tehostetun palveluasumisen asukkaista hieman alle puolet kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla vuonna 2019. Tehostetun palveluasumisen asukkaista yli puolella oli käyntejä erikoissairaanhoidossa, ja joka viidennellä oli vähintään neljä käyntiä. Lisäksi neljänneksellä heistä oli hoitajaksoja erikoissairaanhoidossa.<sup>38</sup>

\*\*\*\* Siirtoviivemaksu on erikoissairaanhoidon korotettu päivätaksa, jonka sairaanhoitopiiri laskuttaa kunnalta, mikäli potilas joutuu odottamaan sairaalan osastolla jatkohoitopaikkaa perustasolta.  
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/siirtoviiveet-saatiin-hallintaan/>



Kotihoidon ja palveluasumisen henkilöstön mahdollisuuksia ympärivuorokautiseen lääkärikonsultaatioon laajennettiin monilla alueilla. Sitä antoivat virkalääkärit ja ostopalvelulääkärit, mutta valvonta havaitsi niissä viiveitä. Avun turvaaminen alueen yksityisiin asumisyksiköihin oli osin puutteellista. Osassa alueita ensihoito tai tilannekeskus tuki ikääntyneiden palvelujen henkilöstöä äkillisten palvelutarpeiden arvioinnissa. Valvontaviranomaisen mukaan henkilöstön määrä ja rakenne eivät vastanneet asiakkaiden palvelutarpeita kaikkina vuorokaudenaikoina. Vanhuspalveluihin liittyviä kanteluita oli poikkeuksellisen paljon vuonna 2019.

### **Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa vahvistettiin**

Väestön ikääntyminen lisää saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tarvetta. Kotisairaalla tai sen luonteisilla palveluilla oli merkittävä rooli kotona ja asumispalveluissa annettavassa hoidossa. Palvelujen saatavuuden vahvistamiseksi kehitettiin henkilöstön osaamista, laajennettiin kotisairaalan palveluverkkoa ja määriteltiin palveluketjuja. Reilulla kolmasosalla järjestäjistä ei kuitenkaan ollut kotisairaala.<sup>43</sup> Kansainvälisen vertailututkimuksen mukaan hoivakotien henkilöstöllä oli puutteita palliatiivisen hoidon osaamisessa, myös Suomessa.<sup>44</sup> Palvelujen laadun varmistamiseksi asumispalvelujen sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhteensovittamista tulisi lisätä.<sup>45</sup> Myös valvontaviranomaiset totesivat vastaavia puutteita.

Hoitoa tukivat myös erilliset palliatiivisen tai saattohoidon osastot, saattohoidon tukiyksiköt ja terveyskeskusten vuodeosastot. Kotihoidon asiakkailla tukiosastohoidon saatavuus oli parempi kuin tehostetun palveluasumisen asukkailla, mutta ympärivuorokautiset lääkärikonsultaatiomahdollisuudet olivat kotihoidossa heikommat.<sup>46</sup> Perustasoa tukevat palliatiiviseen hoitoon erikoistuneet tiimit olivat vielä harvinaisia. Palliatiivisten poliklinikoiden antama tuki kotihoidolle ja palveluasumiselle vaihteli merkittävästi alueittain.

# Menetelmät ja laatuseloste

## Arvioinnin tietopohja

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntija-arvio perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Vuoden 2019 alueellisissa arvioinneissa keskityttiin seuraamaan, mitä muutoksia ja kehittämistoimia alueilla on tehty vuoden 2018 palvelujen arvioinnin jälkeen palvelujen järjestämisessä ja niissä palvelukokonaisuuksissa, joissa alueilla on erityisiä muutostarpeita.

Seurannan keskeisenä tietolähteenä toimivat alueiden edustajien kanssa keväällä 2020 käydyt keskustelut kansallisista ja alueellisista seurantateemoista. Keskusteluissa esiin nousseita näkökohtia taustoitettiin käyttämällä dokumenttiaineistoa järjestäjätahojen hallinnosta, toimintatavoista, suunnitelmista ja päätöksistä sekä tarkasteltiin rajatulla määrällä indikaattoritietoja, jotka kuuluivat pääosin kansalliseen kustannusvaikuttavuusmittaristoon (KUVA). Arviointia syvennettiin lisäksi käyttämällä aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportteja sekä muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä.

Kansallinen sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntija-arvio kokoaa alueellisten asiantuntija-arvioiden havainnot koko maata koskevaksi tilannekuvaksi. Kansallista tilannekuvaa taustoitetaan käyttämällä koko maata koskevia tutkimuksia ja selvityksiä, ja tilannekuvaa verrataan kansainvälisiin tietoihin soveltuvien osien.

## Kansallinen KUVA-mittaristo ja Tietoikkuna

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo muodostaa arvioinnin määrällisen tietopohjan. KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostama noin 540 indikaattorin kokoelma.<sup>47</sup> Kokoelmasta tuotannossa on noin 450 indikaattoria. Noin 90 indikaattorin muodostaminen on kesken tai mahdollista vasta tiedonkeruun kehittymisen myötä. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa ministeriön asettama vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä (KUVA-ryhmä), joka koostuu ohjauksen, arvioinnin ja tilastoinnin asiantuntijoista sekä alueiden edustajista. Mittariston teknisestä tuottamisesta vastaa THL.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. KUVA-mittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Arviointi kohdistuu kuitenkin vuoteen 2019, joten tavoitteena on käyttää mahdollisimman paljon vuoden 2019 tietoa.

Mittariston kaikki indikaattoriarvot esitetään tätä varten kehitetyssä käyttöliittymässä, Tietoikkunassa.<sup>48</sup> Tietoikkuna poimii tilastopalvelu- ja indikaattoripankki Sotkanetistä KUVA-mittaristoon kuuluvat indikaattorit sairaanhoitopiirialueittain ja kunnittain.

Yhdenmukaisen tarkastelun vuoksi arvioinnissa käytettävien indikaattorien ja Tietoikkunan päivittyminen keskeytetään alueellisen arvioinnin laatimis- ja ohjausneuvotteluajankohdaksi. Alueiden arvioinnissa hyödynnetään niitä tietoja, jotka olivat käytettävissä mainittuna päivämääränä. Arvioinnin tietopohjan ja Tietoikkunan jäädytys puretaan, kun sosiaali- ja terveysministeriön ja alueiden välinen neuvottelukierros on saatu päätökseen. Vuoden 2019 arvioinnissa tietopohja jäädytettiin 7.9. ja vapautettiin 11.12.2020. Kansallisessa asiantuntija-arviossa olemme käyttäneet vapauttamisen jälkeen päivittyneitä tietoja.

## Tietopohjan avoimuus ja saatavuus

Arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Niihin indikaattoritietoihin, jotka eivät perustu KUVA-mittaristoon, on viitattu tekstissä erikseen.

Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Valvontahavainto-raportit ovat julkisesti saatavilla palvelujärjestelmän arvioinnista vastaavalta yksiköltä verkkosivun ohjeen mukaan. Muusta tietopohjasta poiketen alueiden kanssa käydyt keskustelut ja niiden aineistot eivät ole julkisia. Kansallisen asiantuntija-arvion laatimisessa erillisiä keskusteluja ei enää käydä, vaan esitetyt havainnot ovat luettavissa alueellisista asiantuntija-arvioista. Nämä ovat saatavilla kootusti THL:n verkkosivuilla osoitteessa [thl.fi/arviointi](https://thl.fi/arviointi).

## Tietojen laatu ja käynnissä oleva kehittämistyö

Vuoden 2019 indikaattoritiedoissa havaittiin useita laatu puutoksia, jotka rajoittivat määrällisen tiedon hyödyntämismahdollisuuksia. Kyselytutkimuksissa vastausten kattavuudessa on aluekohtaisia rajoitteita. Sosiaalipalvelujen toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka täsmällisiä tietoja sinne on toimitettu, sekä kuntien vastausaktiivisuus; suurten kuntien toimintatietojen jättäminen ilmoittamatta vaikuttaa mittarien väestösuhteutettuihin lukuihin ja vääristää alueiden välistä vertailua. Hoitoilmoitusjärjestelmän kolmen rekisterin (sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli Avohilmo) tietojen laatu ja kattavuus vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin ja alueittain.

Laatupuutokset johtuvat sekä tietojen toimittamiseen että vastaanottoon liittyvistä vaikeuksista. Laadukas tieto on sote-toimijoiden yhteinen tavoite. Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan voimakkaasti lähivuosina sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä ohjelmassa **Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena** (Toivo-ohjelma). Osana ohjelmaa myös Tietoikkunaa uudistetaan ja KUVA-mittarien tietosisältöjen ja laadun raportointia kehitetään.

Lisätietoa arvioinnista ja tietopohjasta: [thl.fi/arviointi](https://thl.fi/arviointi)

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

Indikaattoriarvot Tietoikkunassa: [thl.fi/tietoikkuna](https://thl.fi/tietoikkuna)

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet: [sotkanet.fi](https://sotkanet.fi)

# Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän asiantuntija-arviot 2019 yliopistosairaalaapiireittäin  
[www.thl.fi/arviointi](http://www.thl.fi/arviointi)

Arvioinnissa käytetyn indikaattoritiedon käyttöliittymä Tietoikkuna  
[www.thl.fi/tietoikkuna](http://www.thl.fi/tietoikkuna)

## Väestö ja toimintaympäristö

- 1 Tilastokeskus (2019 a). Syntyvyyden aleneminen hidastui vuonna 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 28.12.2020]
- 2 Tilastokeskus (2019 b). Syntyvyyden lasku heijastuu alueiden tulevaan väestökehitykseen. [Verkkolähde](#) [luettu 30.12.2020]
- 3 Kuntaliitto (2019a). Väestöennuste 2019–2040: Väestökato on voimakkainta pienissä kunnissa. [Verkkolähde](#) [luettu 28.12.2020]
- 4 OECD (2019). Maan terveystalveluprofiili 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 4.1.2020]
- 5 Tilastokeskus (2020a). Miltä lasten Suomi näyttää tilastoissa? Lasten määrä ja osuus väestössä historiallisen pieni. [Verkkolähde](#) [luettu 28.12.2020]
- 6 THL (2019a). Tilastoraportti 31/2020. Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus 2019. Joka neljäs poika ja lähes joka viides tyttö oli ylipainoinen tai lihava. [Verkkolähde](#)
- 7 THL (2018). Lasten terveystalvelu, hyvinvointi ja talvelut (LTH) 2018, 4-vuotiaat lapset. [Verkkolähde](#) [luettu 29.12.2020]
- 8 Tilastokeskus (2020b). Elinajanodote, taulukko. [Verkkolähde](#) [luettu 29.12.2020]
- 9 Tilastokeskus (2020c). Väestöllinen huoltosuhde korkein vuoden 1922 jälkeen. [Verkkolähde](#) [luettu 5.1.2021]
- 10 THL (2019b). Hyvinvointi- ja terveystalvelut. Koettu terveystalvelu. [Verkkolähde](#) [luettu 20.1.2021]
- 11 THL (2020a). Sosiaali- ja terveystalvelut HYKS-erityisvastuualueella 2019. Päätösten tueksi 9/2020. [Verkkolähde](#)
- 12 Suomen perustuslaki 11.6.1999/731 (PeLa 731/1999 § 19). [Verkkolähde](#)
- 13 Sairausvakuutuslaki (21.12.2004/1224). [Verkkolähde](#)
- 14 Parhiala K. (2019). Avainlukuja perusterveystalvelun järjestämisestä Suomessa 2013–2019. Tutkimuksesta tiiviisti 34/2019. Terveystalvelun ja hyvinvoinnin talvelu. [Verkkolähde](#)
- 15 Kuntaliitto (2019b). Sosiaali- ja terveystalvelun järjestäminen 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 18.1.2021]
- 16 VM (2019). Maakunta- ja sote-uudistuksen loppuraportti. Kokemuksia valmistelutyöstä, oppeja sekä johtopäätöksiä. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2019:40. [Verkkolähde](#)
- 17 STM (2019). Uusimaa-PKS-Helsinki sote-erillisselvitelyksen loppuraportti. Uusimaa-PKS-Helsinki sote-erillisselvitelyksen ohjausryhmä 2019. Raportteja ja muistioita 2019:71. [Verkkolähde](#)
- 18 STM (2020). Selvitelyraportti kuntien sote-tuottajaroalista. Raportteja ja muistioita 2020: 4. [Verkkolähde](#)
- 19 Sohlman P. Kunta-alan ja valtion eläköitymisennuste 2020–2039. Julkisen alan työeläkeosaaja. [Verkkolähde](#)
- 20 THL (2020b). Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat talvelut. Päätösten tueksi 5–9/2020. [Verkkolähde](#)



## Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus ja kustannukset

- 21 Tilastokeskus (2020). Kuntatalous 2019. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2021]
- 22 Kuntaliitto (2020a). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset euroa/asukas. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2021]
- 23 Kuntaliitto (2020b). Sosiaali- ja terveydenhuollon ns. kokonaisulkoistukset. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2021]
- 24 Valtiovarainministeriö (2020). Manner-Suomen kuntakonsernien, kuntien ja kuntayhtymien ennakkolliset tilinpäätökset vuonna 2019. [Verkkolähde](#)
- 25 Kuntatyönantajat (2021). Kuntasektorin henkilöstömenojen sopeutustoimet 2019. KT:n ajankohtaistiedustelu. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2021]
- 26 Kuntaliitto (2021). Koronatuotot toivat kuntatalouteen hetkellisen helpotuksen ja puskurin tulevaan. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2021]
- 27 Tilastokeskus (2021). Kuntatalous neljännesvuosittain. 4. vuosineljännes 2020. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2021]
- 28 THL (2020a). Sosiaali- ja terveystalouden HYKS-erityisvastuualueella 2019. Päätösten tueksi 9/2020. [Verkkolähde](#)
- 29 Julkisten menojen hintaindeksi (2021). Tilastokeskus. [Verkkolähde](#) [luettu 13.2.2021]

## Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu

- 30 Vormo H., Rotko T., Larivaara M., Kosloff A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:6. [Verkkolähde](#)
- 31 Wahlbeck K., Hietala O., Kuosmanen L., McDaid D., Mikkonen J., Parkkonen J., Reini K., Salovuori S., Tourunen J. (2018). Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. [Verkkolähde](#)
- 32 Sosiaali- ja terveysministeriö (2019). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2019:2. [Verkkolähde](#)
- 33 Kestilä L., Härmä V., Rissanen P. (toim.) (2020). Covid-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 14/2020. [Verkkolähde](#)
- 34 Koponen E., Liukko E., Muurinen H. (2020). Koronasta aiheutuva palveluvaje työikäisten sosiaalipalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 29/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)
- 35 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2020). Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen peruskouluissa. TEA 2019. Koulupäivään liikuntaa lisäävät toimenpiteet ovat yleistyneet. Tilastoraportti 15/2020. [Verkkolähde](#)
- 36 Hietanen-Peltola M., Vaara S., Laitinen K. (2019 a). ”Meillä ei toistaiseksi ole järjestetty tätä lain vaatimalla tavalla” – Opiskeluhuollon seurannan tuloksia kuraattorityöstä toisen asteen oppilaitoksissa. Tutkimuksesta tiiviisti 55/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)
- 37 Hietanen-Peltola M., Vaara S., Laitinen K. (2019 b). ”Yksi psykologi ei voi tehdä kolmen psykologin työtä” – Opiskeluhuollon seurannan tuloksia psykologityöstä toisen asteen oppilaitoksissa. Tutkimuksesta tiiviisti 54/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

## Ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatio

- 38 Mielikäinen L., Kuronen R. (2020). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut: Kehitysvammaisten pitkäaikainen laitoshoido vähenee – lyhytaikaiset hoitokaksot kestävät tyypillisesti alle 7 päivää. Tutkimuksesta tiiviisti 45/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)
- 39 RAI-järjestelmä. [Verkkolähde](#)
- 40 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. [Verkkolähde](#)
- 41 Vanhuspalvelujen tila (2018). Ikääntyneiden sote-palvelujen arviointi. [Verkkolähde](#) [luettu 15.1.2021]
- 42 Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena ikävyvykäs Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. [Verkkolähde](#)
- 43 Forsius P., Hammar T., Alastalo H. (2020). Laadukas elämän loppuvaiheen hoito iäkkäiden palveluissa edellyttää kotisairaalan vahvistamista. Tutkimuksesta tiiviisti 36/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)
- 44 Smets T., Pivodic L., Piers R., Roeline H., Pasma W., Engels Y., Szczerbińska K., Kylänen M., Gambassi G., Payne S., Deliens L., Van den Block, L. (2018). The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. Palliative Medicine, Vol. 32(9), 1487–1497. [Verkkolähde](#)
- 45 Pivodic L., Smets T., Van den Noortgate N., Onwuteaka-Philipsen B. D., Engels Y., Szczerbińska K., Finne-Soveri H., Froggatt K., Gambassi G., Deliens L., Van den Block L. (2018) Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries: An epidemiological study. Palliative Medicine, Vol. 32(10), 1584–1595. [Verkkolähde](#)
- 46 Vanhuspalvelujen tila (2020). Kuntakysely. Palliativinen hoito ja saattohoito. [Verkkolähde](#) [luettu 15.1.2021]

## Menetelmät ja laatuseloste

- 47 Hämäläinen P., Kovasin M., Rääkkönen O. (2019). Ehdotukset sote-ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:33. [Verkkolähde](#)
- 48 Parhiala K., Suomela T., Pekurinen V., Peränen N., Mäkinen S. & Ketola E. (2020). Tiedon käyttö palvelujärjestelmän arvioinnissa: THL:n arviointitoiminto ja Tietoikkuna. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, työpäpöri 25/2020. [Verkkolähde](#)



## Sosiaali- ja terveystalvet Suomessa 2019

### Asiantuntija-arvio

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos arvioi sote-palvelujen järjestämistä maan eri alueilla ja tuottaa havainnoistaan aluekohtaiset asiantuntija-arviot sekä kansallisen arvon.

Tässä vuotta 2019 koskevassa kansallisessa seuranta-arvioinnissa on keskitytty syventämään koko maan tilannekuvaa perustason mielenterveyspalvelujen saatavuudessa ja laadussa sekä kuvaamaan tehtyjä tai suunniteltuja muutoksia ja kehittämistoimia palvelujen vahvistamiseksi. Toiseksi teemaksi tilannekuvassa on nostettu ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen yhteensovittamisen onnistuminen osana kansallista sosiaali- ja terveystalvoitajärjestelmää ja sitä tukevat toimet. Kansallinen tilannekuva on muodostettu maan eri alueiden tilannekuvat yhdistämällä ja hyödyntämällä vuosien 2019–2020 aikana tehtyjä selvityksiä ja tutkimuksia.



Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos