



Hyvinvointialueneuvottelun taustamuistio

Keski-Suomen hyvinvointialueen neuvottelu toteutetaan skype-kokouksena keskiviikkona 11.11 klo 13-16 Osallistujiksi ovat toistaiseksi ilmoittautuneet Keski-Suomen, STM:n, VM:n, SM:n ja THL:n edustajat. Taustamuistion tarkoitus on auttaa neuvottelujen osallistujia valmistautumaan yhteiseen strategisen tason keskusteluun. Muistio pyrkii luomaan osallistujille yhteisen kuvan hyvinvointialueen nykytilasta ja keskeisistä haasteista, jotta neuvotteluissa voidaan keskittyä etukäteen tunnistettujen haasteiden ratkaisemisevaihtoehtoihin. Taustamuistion rakenne vastaa neuvottelujen rakennetta:

1. Tilannekuvan yhteenveto
2. Alueen nykytila
3. Alueen keskeiset palveluhaasteet
4. Alueen valtionavustushankkeet

Neuvottelun on tarkoitus mallintaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lakiehdotuksen 24 §:n mukaisia sosiaali- ja terveysministeriön neuvotteluja hyvinvointialueen kanssa (alla lainsäädännön arviointineuvostolle 14.10.2020 toimitettu versio) sekä pelastustoimen järjestämistä koskevan lakiehdotuksen 10 §:n mukaisia sisäministeriön neuvotteluja hyvinvointialueen kanssa.

24 § Sosiaali- ja terveysministeriön neuvottelut hyvinvointialueen kanssa

Sosiaali- ja terveysministeriö neuvottelee erikseen kunkin hyvinvointialueen kanssa vuosittain hyvinvointialueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamisesta. Valtiovarainministeriö osallistuu neuvotteluihin. Neuvottelujen tarkoituksena on yhteisen tilannekuvan tarkastelu hyvinvointialueen järjestämistehtävän strategisen tason ohjaus erityisesti 22 §:ssä tarkoitetut sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet huomioiden sekä ministeriöiden ja hyvinvointialueen välisen yhteistyön edistäminen.

Neuvotteluissa seurataan ja arvioidaan hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteutumista. Niissä käsitellään hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tavoitteita sekä niitä tukevia toimenpiteitä. Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö voivat tarvittaessa antaa hyvinvointialueelle järjestämisestä koskevia toimenpidesuosituksia.

Neuvotteluissa käsitellään seuraavia asiakokonaisuuksia:

- 1) palvelujen ja muiden toimenpiteiden tarpeen ja määrän arviointi ja ennakointi;
- 2) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisuus, tarpeenmukaisuus ja riittävyys;
- 3) väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä sitä ja muiden tehtävien hoitamista koskeva yhteistyö kuntien ja muiden toimijoiden kanssa;
- 4) sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus sekä hyvinvointialueen kustannusten kehitys ja rahoituksen riittävyys;
- 5) järjestämisvastuun toteuttamisen edellyttämä riittävä henkilöstö, osaaminen, toimintakyky, valmius ja oma palvelutuotanto;
- 6) sosiaali- ja terveydenhuollon investoinnit ja hyvinvointialueen alustava esitys hyvinvointialueesta annetun lain 16 §:ssä tarkoitetuksi investointisuunnitelmaksi;
- 7) sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinta;
- 8) hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen toimeenpano sekä työnjako ja yhteistyö muiden hyvinvointialueiden kanssa;
- 9) hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon omavalvonta; ja
- 10) tarpeen mukaan muut kuin 1–9 kohdassa tarkoitetut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvät asiat.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteutumisen seurannassa ja arvioinnissa kiinnitetään erityisesti huomiota hyvinvointialueen strategisten tavoitteiden toteutumiseen ja edellisissä neuvotteluissa käsiteltyihin asioihin. Tässä hyödynnetään 29 §:n 2 momentissa tarkoitettua hyvinvointialueen vuosittaista selvitystä sekä 30 §:ssä tarkoitettua hyvinvointialuekohtaista Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arviota.



Sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa asiakirjan käydyistä neuvotteluista. Asiakirjassa todetaan neuvotteluissa käsitellyt asiat, mihin neuvotteluissa on päädytty sekä ministeriöiden mahdollisesti antamat toimenpidesuositukset. Asiakirja julkaistaan julkisessa tietoverkossa.

Mitä edellä tässä pykälässä hyvinvointialueesta säädetään, sovelletaan myös HUS-yhtymään siltä osin kuin se järjestää terveydenhuoltoa. HUS-yhtymän neuvotteluihin osallistuvat myös Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki.

Taustamuistion pelastustoimen tilannekuva perustuu sisäministeriön pelastusosaston asiantuntija-arvioon, pelastustoimen resurssi- ja onnettomuustilastojärjestelmään Prontoon sekä pelastuslaitosten tilastointiin (ensihoido). Taustamuistion sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuva perustuu ensisijaisesti THL:n asiantuntija-arvioon, joka perustuu vuoden 2019 tietoihin. Taustamuistion kustannustiedot perustuvat THL:n asiantuntija-arvion 8.10.2020 versioon. Arvio on laadittu yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa. Lisäksi STM:n ohjausosasto on käynyt neuvotteluihin valmistelevan keskustelun hyvinvointialueen kanssa. Koronaan liittyvät lauseet perustuvat Valtioneuvoston julkaisuun koronakriisin vaikutuksia koskien¹. Vuoden 2020 taustamuistio perustuu aiempaa suppeampaan tietopohjaan, koska THL siirtyy vuonna 2020 malliin, jossa joka toinen vuosi seurataan laajan arvioinnin sijaan etukäteen sovittuja painopisteitä sekä KUVA-mittareiden joukosta valittuja, suoritumiskykyyn liittyviä seurantaindikaattoreita. Muistio huomioi myös edellisen vuoden asiantuntija-arvion, joka perustuu vuoden 2018 tietoihin.

1 Tilannekuvan yhteenveto: Keski-Suomi

Järjestäjien suuren määrän vuoksi alueen palvelujärjestelmä on edelleen hajanainen. Väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve on uusimpien laskelmien mukaan alueella keskitasoista (4 % suurempi kuin maassa keskimäärin). Sairastavuus on maan keskiarvoa suurempi. Sairaanhoidopiirissä on vahva hoitoketjutyön osaaminen, ja hoitoketjukuvaus on pyritty yhdenmukaistamaan alueen palveluja. Mielenterveyspalveluissa painopistettä on siirretty erityistasolta perustasolle. Perustason vahvistaminen on meneillään, ja on syytä seurata, parantaako se perustason palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Terveyspalvelujen saatavuus ikääntyneiden palveluihin vaihtelee alueen sisällä. Kuntien heikko taloudellinen tilanne haastaa sote-palvelujen rahoitusmahdollisuuksia. Alueen kunnissa on paljon pienituloisia. Erikoissairaanhoidon asukasluokun suhteutetut kustannukset olivat pienimmät koko maan sairaanhoidopiireistä. Keski-Suomen keskussairaala on väestöpohjaltaan suurin maan keskussairaaloista ja merkittävä toimija mm. terveydenhuollon ammattilaisten kouluttajana. 16–24-vuotiaiden osuus väestöstä on maan suurimpia, mikä vähentää erikoissairaanhoidon tarvetta. Kuntien välillä ikärakenne kuitenkin vaihtelee huomattavasti.

Valtionavustushankkeet ovat käynnistyneet ja niitä viedään suunnitelmien mukaisesti eteenpäin. Hankkeissa toteutettavien kehittämistoimien tavoitteita täsmennetty ja vastuuhenkilöitä nimetty. Osa rekrytoinneista on vielä kesken.

2 Alueen nykytila

Neuvotteluissa keskustellaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen nykytilasta strategisella tasolla. Lisäksi käydään läpi alueen kustannuksia, alueen mahdollisia huomioita koronapandemiaan liittyen sekä muutamaa muuta alueen nykytilaan vaikuttavaa, strategisen tason teemaa. Ohessa kooste THL:n asiantuntija-arvion sisällöstä sekä sisäministeriön laatima kooste pelastustoimen tilasta.

¹ Koronakriisin vaikutukset ja suunnitelma epidemian hallinnan hybridistrategiaksi. Exit- ja jälleenrakennustyöryhmän 1. vaiheen raportti. Valtioneuvoston julkaisuja 2020:12.



Pelastustoimen tilanne

Toimintaympäristö

Pelastustoimen toimintaympäristö voidaan jakaa luonteensa puolesta karkeasti kahteen osaan. Ensimmäisen osan muodostavat päivittäiset palvelutarpeet, pelastustoiminta, ensihoito ja turvallisuuspalvelut. Toisen osan muodostavat poikkeuksellisten onnettomuuksien, häiriötilanteiden ja poikkeusolojen aiheuttamat ennakkoimattomat palvelutarpeet. Pelastustoimen jatkuvalla valmiudella ja hyvällä suorituskyvyllä varmistetaan vaurautuminen vakaviin laaja-alaisiin häiriötilanteisiin ja myös väestönsuojelun järjestelyitä edellyttäviin uhkii kaikissa oloissa.

Pelastustoimen kannalta merkittävimmät tulevaisuuden muutosajurit voidaan jaotella PESTEL-kehiksen mukaisesti 15 ilmiöön. Poliittisista tekijöistä voidaan nähdä vaikuttavina 1) muuttuvat valtasuhteet ja epävakaa globaali turvallisuusympäristö, 2) demokratian murros ja 3) kansalliset uudistushankkeet. Ekonomisista tekijöistä 4) maailman talouden taantuma, 5) julkisen talouden heikkeneminen ja 6) yksilöiden taloudellisen eriarvoisuuden lisääntyminen tulevat osaltaan vaikuttamaan myös pelastustoimeen.

Sosiaalisista tekijöistä voidaan nähdä vaikuttavina 7) sosiaalisen ja yhteiskunnallisen eriarvoisuuden kasvu, 8) väestön monimuotoistuminen, 9) kaupungistuminen ja 10) työmarkkinoiden muutokset. Teknologisista tekijöistä pelastustoimeen on vaikutusta 11) teknologian nopealla kehityksellä ja 12) kriittisen infrastruktuurin toimintavarmuudella. Ekologisista tekijöistä 13) sään ääri-ilmiöiden vaikutus pelastustoimen palvelutarpeeseen. Laillisuuteen liittyvistä tekijöistä pelastustoimeen vaikuttavat sekä 14) kansainvälisen lainsäädäntöjärjestelmän (EU) että 15) kansallisen lainsäädännön muutokset.

Riskien ja uhkien monimuotoistuminen tulee lisäämään pelastustoimen tehtävämääriä ja muuttamaan tehtävien sisältöä seuraavan kymmenen vuoden aikana. Pelastustoimea uudistetaan toimintaympäristön muutoksiin vastaamiseksi, osana tätä hyvinvointialueiden perustaminen ja pelastustoimen järjestämisen lainsäädäntömuutokset. Myös pelastustoimen ja siviilivalmiuden kansallista suorituskykyä arvioidaan erillisessä vuoden 2021 loppuun ulottuvassa kehittämishankkeessa. Hankkeessa tarkastellaan pelastustoimen ja siviilivalmiuden nykyisten suorituskykyjen ja suorituskykyvaatimusten välisiä poikkeamia sekä selvitetään, miten pelastustoimen ja siviilivalmiuden palvelut ja suorituskyky nykytilanteessa vastaavat toimintaympäristöä, riskejä ja asiakastarpeita sekä luodaan menettely- ja toimintatapoja muutoksiin vastaamiseksi.

Pelastustoimen uudistuksen keskeisin tavoite on yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen varmistamiseen valtakunnallisesti sekä palvelutuotannon yhdenmukaistamiseen. Erityisenä haasteena ovat harvaan asuttujen alueiden ja voimakkaasti kasvavien keskuspaikkakuntien palveluiden ja toimivan paloasemaverkon turvaaminen. Valtakunnallista kattavuutta omaavan vahvan ja toimivan sopimuspalokuntajärjestelmän ylläpito ja resursointi on varmistettava. Onnettomuus- ja suuronnettomuusvalmiutta tehostetaan. Säästöjä pyritään saavuttamaan henkilöstön, kaluston ja asemaverkoston yhteiskäytön ansiosta.

Uudistuksessa varmistetaan pelastustoimen ja terveystoimen yhteistyö, jotta ihmisille voidaan tuottaa kustannustehokkaat ja laadukkaat ensihoitopalvelut. Tulevien hyvinvointialueiden pelastuslaitoksilla on jatkosakin oltava mahdollisuus tuottaa ensihoitopalveluja koko maassa, mikä on kiireellisen avunsaannin kannalta elintärkeää. Yhteistyöllä varmistetaan myös, että pelastustoimen ja ensihoidon tiivistä synergiaa ja moniammatillista osaamista voidaan maksimaalisesti hyödyntää ihmisten parhaaksi sekä päivittäisissä onnettomuustilanteissa että suuronnettomuuksissa ja poikkeusoloissa. Pelastuslaitosten tuottaman ensihoidon resurssit muodostavat erittäin merkittävän kansallisen toimintavalmiuden ja suorituskyvyn pelastuslaitosten henkilöstön, kaluston ja osaamisen suhteen.

Pelastustoimen uudistuksessa on painotettu pelastustoimen tietojärjestelmien yhtenäistämistä. Se mahdollistaa tiedolla johtamisen menetelmien käyttöönoton ja tiedon hyödyntämisen palvelujen suunnittelun perus-



teena. Pelastustoimen tutkimus- ja kehittämistoiminnan ja yhdenmukaisesti tuotetun tiedon hyödyntämispalveluiden kehittäminen on ensisijaisen tärkeää uudistuksen onnistumiseksi. Nämä ovat asioita, joita edistetään kansallisesti sisäministeriön ohjauksessa.

Pelastustoimen ja väestönsuojelun järjestelmän on kyettävä toimimaan yhdenmukaisin perustein ja valtakunnallisesti johdettuna. Tällä hetkellä järjestelmää ei kyetä ohjaamaan ja tarvittavia varautumistoimenpiteitä toimeenpanemaan riittävän tehokkaasti lainsäädännöstä puuttuvien valtuuksien ja puutteellisten kansallisen tason resurssien vuoksi. Pelastustoimen ja siviilivalmiuden valtakunnallisen tason johtamiselle ja ohjaukselle on riittämättömät resurssit.

Alueellisen varautumisen koordinaation kehittämisessä merkittäväksi haasteeksi on osoittautunut tehtävien laajuuteen nähden heikot resurssit sekä keskushallinnossa että aluehallintovirastoissa. Pelastustoimen materiaalin varautuminen ja huoltovarmuus vaatii kehittämistoimia. Pelastustoimen varautumista ja väestönsuojelua koskevien säännösten ajantasaisuus ja toimivuus on tarkistettava.

Tunnusluvut

Pelastustoimen hälytystehtävissä tapahtui keskimäärin 23 vakavaa henkilövahinkoa 100 000 asukasta kohti vuonna 2019. Tulipaloista aiheutuvat omaisuusvahingot olivat keskimäärin 27 euroa asukasta kohti. Pelastustoimen pelastus- ja avunantotehtäviä, ensivaste- ja ensihoitotehtävät poislukien, oli keskimäärin 1551 sataa tuhatta asukasta kohti. Pelastuslaitosten nettokustannukset, poistot ja arvonalentumiset mukaan lukien, olivat keskimäärin 81 euroa asukasta kohti. Pelastuslaitosten bruttoinvestoinnit olivat keskimäärin 4,5 euroa asukasta kohti.

Pelastustoimen tehtäväkokonaisuudet

Pelastustoimen tehtävät voidaan jakaa pelastustoimintaan, turvallisuuspalveluihin, hallinto- ja tukipalveluihin sekä sopimuksen mukaiseen ensihoitoon. Pelastustoiminta työllisti em. tehtävistä eniten pelastuslaitosten vakinaista henkilöstöä, noin 3 800 henkilötyövuotta (59 %). Ensihoitopalveluilla on pelastuslaitoksilla merkittävä osuus, vuosittain noin 2 000 henkilötyövuotta (30 %) käytettiin tähän palvelutarpeeseen vastaamiseksi. Turvallisuuspalveluihin kohdentui noin 380 henkilötyövuotta (6 %) sekä hallinto- ja tukipalveluihin noin 580 henkilötyövuotta (9 %).

Vakinaista henkilöstöä pelastuslaitoksilla oli pelastustoiminnan tehtävissä noin 3 900, ensihoidossa noin 1 400, turvallisuuspalveluissa noin 350 sekä hallinto- ja tukipalveluissa noin 600 henkilöä. Näiden lisäksi pelastustoiminnan palveluihin osallistui sopimushenkilöstöä, noin 15 400 henkilöä.

Pelastustoimen suoritteet 2019:

- Pelastuslaitoksilla oli noin 108 000 hälytystä pelastus- ja avunantotehtäviin vuonna 2019. Eniten työllistivät ensihoidon ensivastetehtävät, joita oli 21 prosenttia tehtävistä. Hätäkeskukseen kytkettyjen paloilmoittimien tarkastus- ja varmistustehtäviä oli 16 prosenttia, liikenneonnettomuuksia 16 prosenttia, tulipaloja 12 prosenttia ja vahingontorjuntatehtäviä 7 prosenttia. Pelastuslaitosten hälytystehtävistä 71 prosenttia oli kiireellisiä tehtäviä.
- Pelastushenkilöstön vahvuus oli keskimäärin 6 henkilöä yhdellä hälytystehtävällä ja keskimääräinen ajomatka oli 15 kilometriä. Pelastustoimen alueen yksikkö osallistui noin 100 100 hälytystehtävään vuonna 2019. Sopimuspalokunnan yksikkö osallistui noin 25 700 hälytystehtävään. Tehdaspalokunnan yksikkö osallistui 2 400 hälytystehtävään.
- Pelastustoimen ensimmäisen yksikön toimintavalmiusaika kiireellisissä tehtävissä oli virka-aikaan keskimäärin 7:31 minuuttia, ilta-aikaan keskimäärin 7:49 minuuttia ja yöaikaan keskimäärin 8:27 minuuttia. Asiakkaan avunsaantiaika oli keskimäärin 15 minuuttia.



- Pelastustoimi järjesti vuonna 2019 noin 11 200 turvallisuusviestintätilaisuutta. Tilaisuuksiin osallistui noin 859 000 osallistujaa eli noin 16 prosenttia väestöstä. Turvallisuusviestintätilaisuuksissa päävastuu on usein pelastuslaitosten henkilöstöllä, 84 prosentissa tilaisuuksista. Sopimuspalokunnat ovat päävastuussa 11 prosentissa tilaisuuksista.
- Pelastuslaitokset tekivät vuonna 2019 noin 34 000 rakennusten palotarkastusta. Lisäksi pelastuslaitokset lähettivät noin 103 000 paloturvallisuuden itsearviointiasiakirjaa kotitalouksiin, joista 75% palautettiin pelastuslaitoksille vuosittain. Muuta asiakirjavalvontaa oli noin 19 000 kertaa vuonna 2019.
- Ensihoitopalveluiden tuottaminen on merkittävässä roolissa pelastuslaitosten tehtäväkentässä. Pelastuslaitokset hoitavat vuosittain noin 500 000 ensihoitotehtävää, joista 75% kiireellisiä tehtäviä. Pelastuslaitokset tuottavat ensihoitoon 1 700 000 valmiustuntia vuodessa.
- Ensihoitopalveluja tuottaa 17 pelastuslaitosta ja kaikki 22 pelastuslaitosta hoitavat ensivastetoimintaa. Vuoden jokaisena päivänä ajossa on 227 pelastuslaitosten ambulanssia.

Pelastustoimen synergia ensihoidolle on merkittävä sekä taloudellisesti että toiminnallisesti. Vuonna 2020 kaikkiaan 26 prosenttia pelastushenkilöstön palkkakuluista on kirjattu ensihoidon tehtäväalueelle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilanne

Järjestäminen

Keski-Suomessa perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaa seitsemän eri organisaatiota ja sosiaalipalveluista 13. Alueella on 31 terveysasemaa, joista neljä ulkoistettua. Keski-Suomen keskussairaala on laajan päivystyksen sairaala. Keski-Suomen maakunnassa sijaitseva Jämsän kaupunki kuuluu Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Se järjestää Jämsän ja Kuhmoisten kunnan sote-palvelut. Jämsän pääterveysasemalla on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys. Jyväskylän kaupungin kuuden terveysaseman alueen sekä Hankasalmen ja Uuraisten kuntien yhteensä noin 6 000 asukasta siirtyivät takaisin julkisesti tuotettavien terveyskeskuspalvelujen piiriin, kun STM:n rahoittama valinnanvapauskokeilu päättyi lokakuussa 2019. Hankasalmella on tämän jälkeen aloitettu avosairaanhoidon palvelusetelikokeilu, jossa valittavaan kokonaisuuteen kuuluvat lääkäri-, sairaanhoitaja-, laboratorio- ja röntgenpalvelut.

Väestö

Alueella asuu 253 000 asukasta ja alueella on 21 kuntaa. 16–24-vuotiaiden osuus väestöstä on maan suurimpia ja 75 vuotta täyttäneiden osuus on sama kuin maassa keskimäärin, mutta kuntien väliset erot ovat suuret (Kivijärvi 19,3 % ja Muurame 6,8 %). Keski-Suomen alueella yli 75-vuotiaiden osuuden arvioidaan kasvavan noin 5 prosenttia seuraavan kymmenen vuoden aikana, ja väestöennusteen mukaan ikääntyneiden määrä on kaksinkertaistunut vuoteen 2030 mennessä. Syntyvyys on alueella lähellä maan keskiarvoa.

Palvelujen tarve

Keski-Suomen alueella väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve on keskitasoista. THL:n vuonna 2020 päivittämien laskelmien mukaan väestön ikä- ja sukupuolirakenteen, sosioekonomisen aseman ja sairastavuuden huomioiva palvelutarve oli alueella neljä prosenttia suurempi kuin maassa keskimäärin. Alueen sisällä palvelutarve oli suurimmillaan 50 prosenttia suurempi (Kivijärvi) kuin maassa keskimäärin. Sairastavuusindeksi on maan keskiarviota (100) suurempi (Keski-Suomessa 107,9).

Palvelujen saatavuus ja laatu

Vuoden 2019 tarkasteluun valittiin joukko ydinindikaattoreita (ks. julkaisun menetelmät ja laatuseloste, liite-
taulukko 2). Seuraavassa on tuotu esiin palvelujärjestelmän eri tehtäväkokonaisuuksiin liittyviä havaintoja.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (HYTE): Kuntien ja soten hyte-yhteistyö oli TEA-kyselyn tulosten mukaan suunnilleen maan keskiarvojen mukaista (sote-asiantuntijatuki kunnille, liikuntaneuvonnan palveluketju). Ennaltaehkäisevien ja varhaisen tuen palvelujen resurssit olivat nekin maan keskiarvojen mukaiset, osin paremmatkin. Huumeekokeilut olivat yläkouluun ja toisen asteen opiskelijoilla keskimääräistä harvinaisem-



pia. Peruskoululaisten fyysinen toimintakyky oli MOVE!-mittauksen perusteella vähän maan keskiarvoja parempaa. Aikuisväestön alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) oli maan keskiarvojen mukaisesti.

Työttömät: Kunnan osarahoittamaa työmarkkinatukea maksettiin 87 euroa asukasta kohden, mikä oli maan neljänneksi eniten. Sekä 18–24-vuotiaiden että 25–64-vuotiaiden joukossa toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden osuus oli maan suurimpien joukossa.

Lapset, nuoret ja perheet: Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaita oli vähän vähemmän kuin maassa keskimäärin. Uusia lastensuojelun avohuollon asiakkaita oli kaikissa lasten ja nuorten ikäryhmissä vähän maan keskiarvoja enemmän. Sosiaalihuoltolain mukaisen perhetyön piirissä olevien perheiden määrä lisääntyi jonkin verran, kuten lähes koko maassa. Odotusajat erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrialle (mediaani 16 vrk) ja nuorisopsykiatrialle (mediaani 12 vrk) olivat maan lyhimpien joukossa. Alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset vähenivät maan keskiarvon mukaiselle tasolle.

Mielenterveys: Mielenterveysperusteisesti työkyvyttömyyseläkettä saaneita oli sekä nuorten aikuisten (18–24 v.) että sitä vanhempien ikäryhmissä suunnilleen maan keskiarvon mukaisesti. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä oli enemmän kuin maassa keskimäärin, psykiatrian laitoshoidon hoitopäiviä sen sijaan vähemmän. Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleita oli vähän vähemmän kuin maassa keskimäärin ja vastaavasti päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla vähän keskimääräistä enemmän.

Ikääntyneet: 75 vuotta täyttäneistä kotona asui 91 prosenttia. Heistä 11 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon piirissä. Kotihoidon piirissä olevista 21 prosentille tehtiin kahdesta kolmeen käyntiä päivässä, ja kolme käyntiä tai enemmän tehtiin 18 prosentille, suunnilleen muuta maata vastaavasti. Omaishoidon tuella hoidettavia oli 4,9 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Osuus on tasaisesti kasvanut ja oli vuonna 2019 maan keskiarvon mukaista. Tehostetussa palveluasumisessa asui 8,3 prosenttia ikääntyneistä. Kotihoidon asiakkaista 39 prosentilla oli päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, mikä on vähän maan keskiarvoa enemmän. Perusterveydenhuollossa vuodeosastohoidon hoitopäiviä oli vähän enemmän kuin maassa keskimäärin, eikä määrä ollut viime vuosina enää vähentynyt. Aikuisten somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastopäivistä 28 prosenttia oli ikääntyneiden, 75 vuotta täyttäneiden käyttämiä hoitopäiviä, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Perusterveydenhuolto: Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaina oli ollut yli puolet asukkaista. Terveyskeskuksen avosairaanhoidon käyttö on Keski-Suomen alueella maan laajimpien joukossa. Maaliskuussa 2020 kiireettömissä tilanteissa 42 prosenttia odotti terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyä yli seitsemän päivää, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin, mutta yli kolme kuukautta joutui odottamaan 4,3 prosenttia. Sähköinen asiointi ei ollut lisääntynyt samaa tahtia kuin maassa keskimäärin.

Somaattinen erikoissairaanhoido: Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli sekä alle 18-vuotiailla että aikuisilla enemmän kuin maassa keskimäärin. Vuodeosastohoidon hoitajaksoja aikuisilla oli vähemmän kuin maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon odottavien odotusajan mediaani oli vuoden lopussa 41 päivää, melko lailla maan keskitasoa. Vuoden 2019 tiedot päivystyskäynneistä olivat Keski-Suomen osalta puutteellisia. Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnasta 87 prosentilla oli influenssarokotus, saman verran kuin maassa keskimäärin, mikä jättää toivomisen varaa.

Ensihoito: Vuonna 2019 ensihoidolla oli Keski-Suomen alueella 171 ensihoitotehtävää tuhatta asukasta kohden, mikä oli suunnilleen maan keskitasoa. Taajaman ulkopuolisella asutulla alueella potilaiden tavoittamisaikojen mediaani oli kiireellisissä tehtävissä 18 minuuttia, maan toiseksi pisin.



Suun terveys: Suun terveydenhuollon käynnit painoutuivat terveyskeskukseen, ja Kelan korvaamia yksityisen hammashoidon hammaslääkäri- ja suuhygienistikäyntejä oli maan keskiarvoa vähemmän. Kiireettömissä tilanteissa lähes 60 prosenttia potilaista, enemmän kuin maassa keskimäärin, odotti terveyskeskuksen hammaslääkärille pääsyä yli kolme viikkoa. 12-vuotiaiden suun terveys vaikuttaa olleen hyvä, ja 8. ja 9. luokkien oppilaat olivat hampaidenharjausaktiivisuudessa maan kärkipäässä.

Terveydensuojelu: 65 vuotta täyttäneiden influenssarokotuskattavuus ja tyttöjen HPV-rokotuskattavuus olivat molemmat vähän maan keskiarvoa paremmat. Lasten yleiseen rokotusohjelmaan kuuluvien rokotusten kattavuus oli maan parasta ja noussut vielä edellisestä vuodesta. Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan influenssarokotuskattavuus oli maan keskitasoa (uusin tieto vuodelta 2018).

Vammaispalvelut: Vuonna 2019 vammaispalvelulain mukaisen henkilökohtaisen avun piirissä olevia oli maan keskiarvoa vähemmän, mutta määrä oli hieman kasvanut edeltävästä vuodesta. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajien määrä oli maan pienimpien joukossa.

Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio

Keski-Suomen alueella on käytössä useita eri asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Keski-Suomen uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän, Asterin, suunnittelu on käynnistynyt ja tavoitteena on ensimmäisten osien käyttöönotto vuonna 2023. Yhteistyötä tehdään Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan ja Vaasan sairaanhoitopiirien kanssa.

Digitalisaatioon liittyviä kehitysaskelia ovat olleet etäpalveluiden kehittäminen, jossa tuotannollista yhteistyötä on tehty Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ja Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kanssa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon etävastaanottopalveluissa. Mielenterveyspalveluissa on pilotoitu videovastaanottoa. Covid-19-pandemia on vauhdittanut etävastaanoton käyttöä psykiatriassa ja opiskeluterveydenhuollossa.

Perusterveydenhuollon sähköinen asiointi ei ollut lisääntynyt samaa tahtia kuin maassa keskimäärin. Erilaisia digitaalisia ratkaisuja etsitään kotihoidon asiakkaiden tueksi.

Kaikille alueille yhteiset tiedonhallinnan tavoitteet vuodelle 2021 ovat:

1. Alueellisen tietojohdamisen kokonaissuunnitelma on tehty.
2. Sähköisten palvelujen saatavuutta on edistetty osana alueellista valmistelua koko alueella.
3. Alueella on suunnitelma yhteisten toimintatapojen ja –prosessien tukemiseksi yhtenäisillä, lainmukaisilla tietojärjestelmillä.

Tavoitteiden tarkoituksena on harjoitella tulevaisuuden valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden huomioon ottamista alueellisessa tiedonhallinnan kehittämistyössä.

Kustannukset ja kustannusvaikuttavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvuennuste on maan keskiarvoa matalampi, 15 % vuoteen 2030 mennessä (koko maa 17 %). Tätä selittää alueen väestömäärän lievä väheneminen (-1 %) vuoteen 2030 mennessä. Ikääntyneiden palvelujen kustannusten kasvuennuste vuoteen 2030 mennessä on 48 %, (koko maa 50 %). Väestörakenteen muutoksen perusteella alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen reaalikasvuksi ennakoidaan vuosina 2017-2030 keskimäärin 1,1 prosenttia vuodessa (koko maassa 1,2 %).

Tulevien vuosien kustannuksia lisäävät osaltaan myös käynnissä olevat ja suunnitellut investoinnit rakennuksiin (mm. Sairaala Nova)



Alueen tarvevakioidut menot alittavat maan keskitason (0,95). Asukaskohtaiset kustannukset olivat vakioimattomina noin 4 prosenttia matalammat kuin maassa keskimäärin ja ne kasvoivat 2,8 prosenttia edellisvuodesta, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin (4,9 %). Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset kustannukset olivat pienimmät Muuramessa (2 497 euroa) ja suurimmat Kivijärvellä (5 169 euroa). Alueen sisällä palvelutarve oli suurimmillaan 50 prosenttia suurempi (Kivijärvi) kuin maassa keskimäärin. Asukkaiden palvelutarpeeseen suhteutetut menot olivat alueen pienimmät Keuruulla, 15 prosenttia keskimääräistä pienemmät.

Alueen kustannuksista suhteellisesti suurin osuus muodostui erikoissairaanhoidosta (33 %), jonka osuus kokonaiskustannuksista pysyi edellisvuoteen nähden ennallaan. Keski-Suomen alueen erikoissairaanhoidon asukaslukuun suhteutetut kustannukset olivat pienimmät koko maan sairaanhoitopiirialueista, ja ne kasvoivat edellisvuodesta 1,3 prosenttia, vähemmän kuin maassa keskimäärin. Suhteellisesti eniten kustannukset kasvoivat perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon, kotihoidon sekä lasten, nuorten ja perheiden palveluissa, joissa kasvu oli 8–11 prosentin luokkaa.

Koronapandemian vaikutukset alueiden nykytilaan

COVID-19-epidemia on vuoden 2020 aikana vaikuttanut monin eri tavoin alueiden toimintaan. Koronavirusepidemian ja siihen liittyvien rajoitustoimien taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset vaikutukset ovat mittavia ja monelta osin mahdollisesti pitkäkestoisia. Suuri osa COVID-19 tapauksista on todettu väkirikkaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, mutta tapauksia on ollut jokaisessa sairaanhoitopiirissä ja myös Ahvenanmaalla. Epidemia on vaikuttanut sosiaali- ja terveystoimen toteuttamiseen laajasti. Terveystoimissa henkilöstöä ja muita voimavaroja on siirretty epidemian hoitoon ja varautumiseen, jolloin hoitojonot ovat kasvaneet. Palvelu- ja hoitovelkaa on kertynyt useisiin eri palveluihin. Erilaiset vastaanottokäynnit ja kotiin annettavien palveluiden käynnit ovat vähentyneet selvästi. Vaikka etäpalvelujen käyntimäärät ovat kasvaneet, kasvu ei korvaa läheskään vastaanottokäyntien määrän vähentymistä. Palvelujen supistaminen ja liikkumisrajoitusten käyttöönotto on aiheuttanut ja tulee lisääntyvästi aiheuttamaan muun muassa iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn heikentymistä. Vakavimpia psykiatrisia sairauksia sairastavien henkilöiden arjen tuen ja sosiaalihuollon palvelujen heikentyminen voi myös lisätä hoitopalvelujen tarvetta.

Koronaepidemiolla on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia talouteen. Myös epidemian hillitsemiseksi tehdyillä rajoitustoimilla on merkittäviä talousvaikutuksia. Bruttokansantuotteen arvioidaan supistuvan 4,5 prosenttia vuonna 2020. Viennin lisäksi supistuvat yksityinen kulutus sekä yksityiset investoinnit. Työllisyyden ennustetaan vähenevän vuonna 2020, ja työllisyysaste laskee 71 prosenttiin. Samalla työttömien määrä kasvaa selvästi ja työttömyysaste nousee 8 prosenttiin vuonna 2020. Talous alkaa toipua vuoden loppupuolelta alkaen, mutta toipuminen on hidasta taloudenpitäjien luottamuksen laskun sekä epävarmuuden kasvun seurauksena. BKT:n arvioidaan kasvavan 2,6 prosenttia vuonna 2021 ja 1,7 prosenttia vuonna 2022.

Koronakriisi ja talouden taantuma ovat koetelleet myös kuntataloutta, jonka tilanne oli vaikea jo valmiiksi. Vuoden 2020 kuntatalouden yhteenlaskettu tilikauden tulos ja rahoitusasema ovat kuitenkin muodostumassa selvästi aiemmin arvioitua vahvemmaksi. Vahvistumisen taustalla on merkittävimpana tekijänä v. 2020 neljännen lisätalousarvion kuntataloutta vahvistava tukipaketti peruspalvelujen järjestämisen turvaamiseksi ja kuntatalouden aktiviteetin ylläpitämiseksi, kuntien ja kuntayhtymien omat sopeuttamistoimenpiteet sekä hallituksen syksyn lisätalousarvioesityksiin lupaamat kuntatalouden tukitoimet. Vuodelle 2021 kuntatalouden lähtökohdat ovat haastavat. Vaikka tavoitteena on, että covid-19-epidemia ei aiheuta toista aaltoa siinä mielessä, että siihen liittyisi merkittäviä talouden toimintaa rajoittavia päätöksiä, koronan aiheuttamia talousvaikutuksia kana-voituu kuntatalouteen myös ensi vuonna. Hybridistrategian edellyttämä testaus vaikuttaa kuntien toimintamenoihin ja vaikka kuntatalouden menojen kasvun arvioidaan maltillistuvan hieman ensi vuonna, tilanteen tekee haastavaksi kuntatalouden tulojen hidas kasvu.

Pitkällä aikavälillä koronakriisin talousvaikutusten sijaan kuntatalouden suurin ongelma on tulo- ja menokehityksen rakenteellinen epäsuhta, joka johtuu muun muassa väestön ikääntymisen aiheuttamasta palvelutarpeen kasvusta ja sen aiheuttamasta kustannusten noususta sekä samanaikaisesta kuntien tulorakenteen heikkenemisestä muun muassa työikäisen väestön määrän vähenemisestä johtuen.



Muuta alueiden nykytilasta

Kaikkien alueiden tulevaisuuteen vaikuttavat myös seuraavat strategisen tason kysymykset. Näitä voidaan käsitellä soveltuvin osin, mikäli se on neuvottelujen aikataulun ja juoksutuksen puitteissa tarkoituksenmukaista:

- Miten pelastustoimen ja sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä on edistetty?
- Kuinka alue on siirtänyt painopistettä korjaavista palveluista kohti ennaltaehkäisevää hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämistä sekä suunnitellut yhdyspintoja kuntien ja järjestöjen kanssa?
- Miten alueella edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiota sekä integraatiota sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden palvelujen välillä (esimerkiksi yhteistyössä kuntien kanssa)?
- Miten hyvin alue on pystynyt kehittämään digipalvelujaan ja tietojohdamistaan kansallisten linjausten mukaisesti?

3 Alueen keskeiset palveluhaasteet

Neuvotteluissa keskitytään aiemmissa THL:n asiantuntija-arvioinneissa esiin nousseihin haasteisiin. Keski-Suomen alueella on aiemmin tunnistettu kaksi keskeistä haastetta:

- Psykiatrisen hoidon saatavuus
- Ikääntyneiden palvelut ja omaishoito

Kansallisesti tunnistetut haasteet ovat:

- Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu
- läkkäiden henkilöiden palvelujen ja terveystalvelujen integraatio

Kansallinen painopiste: Perustason mielenterveyspalvelujen saatavuus ja laatu

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa tehtiin iso organisaatiomuutos vuosien 2019–2020 aikana, kun noin 185 000 asukkaan aikuisten perustason päihde- ja mielenterveyspalvelut, jotka aiemmin olivat erikoissairaanhoidon vastuulla, siirrettiin perustason vastuulle. Palvelujen painopistettä on näin siirretty kansallisten linjausten mukaisesti erityistasolta perustasolle. Perustason vahvistaminen on meneillään, ja on syytä seurata, parantaako se perustason palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Vuoden 2019 mielenterveyskäyntien määrää kuvaavissa luvuissa on jo nähtävissä muutosta siten, että perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määrä on kääntynyt kasvuun ja vastaavasti erikoissairaanhoidon psykiatrian käyntien määrä laskuun. Kuitenkin vuonna 2019 kolme sadasta Keski-Suomessa asuvasta, 18–24-vuotiaasta nuoresta aikuisesta oli saanut mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa. Osuus oli maan suurimpia. Jotta tämä kehitys voidaan muuttaa, niin ennaltaehkäisyyn kuin mielenterveysyistä alentuneen toimintakyvyn korjaamiseen tulee löytää keinoja kaikenikäisille.

Alueellinen painopiste: Psykiatrisen hoidon saatavuus

Mielenterveyspalvelujen organisaation muutoksen yhteydessä on laadittu Nuoren ja aikuisen mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitoketju Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Asiantuntija-arvion mukaan hoitoketju on hyvin kuvattu ja selkeästi toteutettu. Alueen kanssa käydyissä keskusteluissa tuotiin esiin, että sekä perus- että erityistasolla on ollut pulaa henkilökunnasta. Hoitajaresursseja siirrettiin merkittävä määrä erityistasolta perustasolle mielenterveysosaamisen vahvistamiseksi perusterveydenhuollossa, mutta yhtään lääkäriresurssia ei siirretty. Perustason palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden lisäksi on syytä seurata, vaikuttaako muutos toisaalta erityistason psykiatrisen hoidon saatavuuteen ja palvelujen laatuun koko hoitoketjussa. Edellisessä arvioinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että skitsofreniapotilaiden hoidon uusiutuminen oli keskimääräistä yleisempää Keski-Suomessa ja että sairaalahoitopäivien määrä oli vähäinen. Näistä indikaattoreista ei ole tietopohjassa päivittyntä tietoa vuodelta 2019. Viime vuonna mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus oli maan korkeimpien joukossa sekä 18–24- että 25–64-vuotiailla ja myös kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden osuus oli maan korkeimpien joukossa. Sitä vastoin mielenterveyden ongelmien takia työkyvyttömyyseläkkeellä olevia ei ollut enempää kuin maassa keskimäärin. Tämä voinee viitata siihen, että osa



sairauspäivärahaa tarvinneista on kuntoutuspsykoterapian avulla toipunut ja on voitu välttää pysyvää työkyvyttömyyttä. Suuri osa opiskelijoista on Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön, YTHS, palvelujen piirissä, eivätkä heidän mielenterveyteen liittyvät käyntinsä näy julkisten palvelujen käyttöluvuissa.

Kansallinen painopiste: läkkäiden henkilöiden palvelujen ja terveystalouden integraatio

Palvelujen integraatiota alueella vaikeuttaa taloudellisten haasteiden lisäksi suuri järjestäjien määrä. Joillain järjestämisalueilla asumispalveluyksiköihin ja kotihoitoon on lääkäripalvelua hyvin saatavilla, mutta alueellinen vaihtelu heikentää yhdenvertaista saatavuutta. Ikääntyneet käyttävät kokonaisuudessaan päivystyspalveluita keskimääräistä vähemmän. Näin on siitä huolimatta, että ikääntyneiden palvelujen työntekijöille ei ole omaa 24/7-lääkärikonsultaation mahdollisuutta. Päiväaikainen säännöllinen terveystalouden tuki ja systemaattinen hoitolinjausten pohdinta ja kirjaaminen kaikille asiakkaille voivat olla selittävinä tekijöinä. Ikääntyneiden sairaalahoidot painottuvat perusterveydenhuoltoon. Siten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako näyttää toimivan tässä hyvin. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on tehty paljon perusterveydenhuollon yksikön koordinoimaa hoitoketjutyötä erikoissairaanhoidon ja alueen perusterveydenhuollon yhteistyönä. Kotihoidon piirissä oli hieman enemmän päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja kuin maassa keskimäärin. Tähän voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa lisäämällä kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden sairaanhoidollista osaamista sekä laajentamalla terveystalouden 24/7-konsultaatiomahdollisuutta ja kotisairaaloimintaa. Palliatiivinen hoito vaatii kehittämistä ja laajentamista.

Alueellinen painopiste: Ikääntyneiden palvelut ja omaishoito

Ikääntyneitä koskevissa hoitoketjuissa on otettu huomioon myös kotihoito ja asumispalvelu. Omaishoidon tuen saannin kriteerit vaihtelevat kunnasta toiseen. I&O-kärkihankkeen kansallisten linjausten mukaisesti on tehty muun muassa suunnitelma yhdenmukaisista palvelujen ja tuen myöntämisperusteista kotihoitoon, ympärivuorokautiseen hoitoon ja omaishoidon tukeen. Asiantuntija-arvioijan mukaan yhteiset myöntämiskriteerit tulisi alueella ottaa käyttöön palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi. Vuonna 2019 Keski-Suomen alueen ikääntyneiden palvelujen kokonaiskustannukset pysyivät kutakuinkin ennallaan. Ikääntyneiden palvelujen sisällä kustannuksista pienenevät eniten laitoshoidon kustannukset (16,5 %), ja samaan aikaan ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen käyttökustannukset kasvoivat vain vähän (2,5 %). Kotihoidon kustannukset nousivat jonkin verran, mutta ne ovat edelleen 7,5 prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin 75 vuotta täyttäneen väestön määrään suhteutettuna. Asiantuntija-arvioijan mukaan on syytä tarkastella, korvaako omaishoito kotihoitoa vai onko kotihoito omaishoitoa tukevaa toimintaa.

4 Alueen valtionavustushankkeet

Neuvotteluissa on tarkoitus keskustella valtion rahoittamien hankkeiden mahdollisuuksista ratkaista osaa neuvotteluissa tunnistetuista haasteista sekä käydä läpi hankekokonaisuuksiin liittyvät, mahdollisesti huolta herättävät, strategisen tason huomiot.

Jyväskylän kaupungille on myönnetty yhteensä 9 024 000 euroa valtionavustusta sote-uudistuksen valmistelua tukeviin hankkeisiin. Valtionavustuspäätöksen mukainen neuvottelu, jossa sovittiin näihin hankkeisiin liittyvien toimijoiden yhteistyöstä, tehtävistä ja vastuista järjestettiin 19.8.2020. Hankkeilla on yhteinen ohjausryhmä, jossa on kattava edustus alueen järjestämisvastuullisista toimijoista sekä keskeisistä sidosryhmistä.

Lisäksi Keski-Suomen alueelle on myönnetty valtionavustusta asunnottomuutta vähentävien sote-palvelujen kehittämiseen ja työkyvyn tukemiseen.



Rakennemuutostuksen valmistelua tukeva hanke

Jyväskylän kaupungille on myönnetty 5 440 000 euroa rakennemuutostuksen valmistelua tukevaan hankkeeseen.

Tavoitteet

Monesta hyvästä yhdeksi parhaista –hankekokonaisuudessa keskitytään yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton valmisteluun sekä aika- ja paikkariippumattomien sähköisen asioinnin, omahoidon sekä etähoivan ja –hoidon ratkaisujen ja toimintamallien yhteiskehittämiseen ja käyttöönottoon. Hankkeessa myös vahvistetaan alueen nykyisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuullisten organisaatioiden keskinäistä yhteistyötä, määrittelemällä ja yhtenäistämällä niiden palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen sekä organisaatioiden johtamiseen ja kustannustenhallintaan liittyviä toimintamalleja ja –prosesseja.

Hankekokonaisuus muodostuu kolmesta osa-alueesta. Vapaaehtoisessa alueellisessa valmistelussa ja hankekoordinaatiossa (osa-alue 1) tavoitteena on vahvistaa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuullisten organisaatioiden keskinäistä yhteistyötä, parantaa organisaatorajat ylittävien palvelukokonaisuuksien sujuvuutta sekä vähentää palveluiden saatavuuteen ja asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä alueellisia eroja. Johtamisen ja ohjauksen kehittämisessä (osa-alue 2) tavoitteena on vahvistaa ja yhtenäistää nykyisten järjestämisvastuullisten organisaatioiden järjestämiskyvykkyyttä, johtamista sekä ohjauskyvykkyyttä ja lisäksi edistää ja tukea järjestämisvastuun siirron valmistelua hyvinvointialueelle. Toimintatapojen ja –prosessien uudistaminen ja yhtenäistämässä digitaalisten välineiden avulla (osa-alue 3) tavoitteena yhtenäistää ja kehittää nykyisten, itsenäisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuullisten organisaatioiden toimintatapoja ja -prosesseja niin, että alueen asukkaat saavat, järjestämisvastuun hajanaisuudesta huolimatta, jatkossa yhdenvertaisia, kokonaisvaltaisia ja organisaatorajat ylittäviä yhteen sovitettuja palveluja.

Osallistuminen muiden alueiden hankkeisiin

Keski-Suomen alue on osallistujana mukana kahdessa yhteistyötasoisessa tai muussa maakuntien yhteisissä kehittämishankkeissa (osa-alue 4): Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän hallinnoimassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessien- ja mallien määrittelyhanke asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton avulla –hankkeessa ja Pohjois-Savon liiton hallinnoimassa osaamis- ja tukikeskus (OT-keskus) konseptin määrittely ja pilotointi (LaNuPe) -hankkeessa.

Hankkeiden nykytila

Hankkeen ensimmäinen raportti hankesalkussa tiivistä hankkeen nykytilan seuraavasti: Kokonaisuudessaan hanke etenee suunnitelman mukaisesti. Alkuun on työstetty hankkeen projektisuunnitelmia ja pyritty hahmotamaan kokonaiskuvaa ja aloitettu, sekä toisaalta myös jatkettu yhteistyötä olemassa olevien verkostojen ja toimijoiden kanssa. Osana hankesuunnitelman projektointia on suunniteltu osatoteuttajittain hankesuunnitelman toteuttamiseen liittyviä roolituksia ja vastuita. Koronatilanne kuitenkin mahdollisesti aiheuttaa jonkinlaisia haasteita hankkeen etenemiselle. Myös työpanoksen irrottaminen kunnista on osoittautunut haasteelliseksi ja osa rekrytoinneista myös vielä kesken.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskushanke

Jyväskylän kaupungille on myönnetty 3 584 000 euroa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksen valmistelua tukevaan hankkeeseen.

Tavoitteet

Hankkeen tarkoituksena on kehittää laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus, josta ihminen saa palvelunsa sujuvasti ja avun yksilöllisiin tarpeisiinsa. Sosiaali- ja terveyskeskuksessa hyödynnetään uudenlaista työnjakoa, tarjotaan eri ammattilaisten ja erityistason konsultaatiota sekä hyödynnetään digitalisointia. Hankkeen nimi 'Monesta hyvästä yhdeksi parhaista' kuvastaa hankekokonaisuuden aikana toteutettavaa muutosta,



jossa hajanaista järjestämisvastuuta yhtenäistetään ja parastetaan vaikuttavimman lopputuloksen saavuttamiseksi. Uudessa tavassa toimia ja ajatella keskiuomalainen asukas on keskiössä, hyödynnetään omahoidon työkaluja, sähköisiä palveluja ja ammattilaisten vastaanottoja.

Kehittämistyötä tehdään palvelu- ja hoitoketjujen näkökulmasta laaja-alaisesti, yksittäisten järjestämisvastuussa olevien sote-toimijoiden vastuualueiden yli. Työn tavoitteena on eri järjestäjätahojen (perustason sosiaali- ja terveystalvet sekä erikoissairaanhoido) toiminnallinen yhteistyö asiakkaan eheän palvelukokonaisuuden takaamiseksi jo ennen hyvinvointialueiden aloitusta.

Hankkeen nykytila

Hanke on organisoitunut ja nimennyt vastuuhenkilöitä. Hankkeessa on osin päästy jo toiminnalliseen vaiheeseen. Hankkeen ensimmäinen raportti hankesalkussa tiivisti hankkeen osa-alueiden nykytilan seuraavasti:

Lasten ja perheiden palveluiden integroiminen osaksi sote-keskusta on käynnistynyt henkilöstö rekrytoinneilla ja työnkuvien tarkistamisella. Selkeytetty kehittämistavoitteita yhteistyössä sote-uudistuksen muiden osa-alueiden kanssa, esim. virtuaalinen sote-keskus ja lastensuojelun sosiaalityö. Aloitettu psykososiaalisen, IPC-menetelmän tuominen perustasolle käynnistämällä koulutettavien rekrytointi yhteistyössä KYS:n NMOK-tiimin kanssa.

Aloitettu diabeteksen hoidon palveluketjun yhtenäistämisen prosessin konseptointi, täsmennetty tavoitteita, toimenpiteitä ja aikataulua. Suunnittelu aloitettu yhteistyökumppaneiden kanssa elämän-tapaohjausprosessin yhtenäistämiseksi, sähköisen diabeteksen omahoidon seurannan pilotoinnista ja koulutusyhteistyötä.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palveluketjun tavoitteita, toimenpiteitä ja aikataulua täsmennetty. Perustason mielenterveys- ja päihdetyön esimiesten tapaamisten perusteella tehty kuvaus paikallisista hyvistä käytännöistä, kehittämistarpeista sekä hankeyhteistyön toiveista. Erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyötä aloitettu konsultaatiokäytännöistä. Sovittu työnjaosta Meijän mieli -hankkeen kanssa. Osallistuttu virtuaalisote-keskuksen suunnitteluun (ennaltaehkäisy, varhainen tuki). Aloitettu koulutusyhteistyön suunnittelu KSSHP:n koulutuspalveluiden kanssa.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Tavoitteita, toimenpiteitä ja syksyn aikatauluja täsmennetty. Suunniteltu Aster-yhteistyössä alueen palliativisen hoidon ja saattohoidon nykytilan kuvaamista ja tulevaisuuden tarpeiden. Tutustuttu Cernerin tulevan järjestelmän mahdollisuuksiin.

Vastaanottopalveluiden saatavuuden parantamiseksi on toteutettu Saatavuusindikaattori-taulukon läpikäynti hankkeessa, vastaanottopalveluiden kehittämisverkostossa ja suun terveydenhuollossa. Virtuaalisote-keskus -osa-alueen johtoryhmä perustettu ja sovittu sisällön kehittämisen vastuuhenkilöistä. Käynnistetty terveys- ja hoitosuunnitelmaprosessien kirkastaminen vastaanottotyössä vastaanottojen kehittäjäverkostossa. Toteutettu Suuntimakoulutukset Wiita-unionissa, Saarikassa, Jyväskylän ja esh:n mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Tulossa vastaanotto toimintojen kehittäjä-verkostopäivä yhdessä lape-työn, Kosken ja Jyväskylän sosiaaliohjauksen kanssa. Tehty sosiaaliohjauksen nykytilan kartoitus.

Kyseessä on laaja hankekokonaisuus, jonka koossapitäminen, henkilöstön sitouttaminen ja eri kokoisten kuntien saaminen yhteiseen kehittämistähtiin voi olla erittäin haastavaa.

Helsingissä 27.10.2020

Neuvotteleva virkamies
Asiantuntija
Neuvotteleva virkamies

Salme Kallinen, Asiakkaat ja palvelut –osasto, Sosiaali- ja terveysministeriö
Krista Björkroth, Ohjausosasto, Sosiaali- ja terveysministeriö
Tiina Snellman, Pelastusosasto, Sisäministeriö

LIITTEET

Pelastuslaitosten suoritelukuja 2019

THL:n asiantuntija-arvion luonnos (toimitetaan ennen neuvotteluja)



VALTIONEUVOSTO
STATSRÅDET