

Satakunnan hyvinvointialueen selvitys

1. Taustatiedot

Tero Mäkiranta

tero.makiranta@sata.fi

OSA I: Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja talouden tila

Tässä osiossa pyydetään arviointia ja tietoja hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta koskevista teemoista. Kysymykset on laadittu STM:n vuotuisen selvitykseen koottujen STM:n ehdotusten pohjalta.

Toiminnan ja talouden kestävä uudistaminen

2. Arvioi, onko hyvinvointialueellanne sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja/tai lakisääteisesti järjestämisvastuuseen kuuluvia tehtäviä, jotka ovat vaarantuneet tai vaarantumassa?

Ennaltaehkäisevien palveluiden osalta määrärahojen leikkaukset tuovat riskin, että nämä palvelut heikkenevät/ loppuvat. Jos näin käy, korjaavien palveluiden tarve on kasvava.

3. Arvioi, miten systemaattisesti ja hyötyperusteisesti hyvinvointialueellanne johdetaan tekoälyn käyttöönottoa.

- Erinomaisesti
- Hyvin
- Tyydyttävästi
- Ei lainkaan

4. Mitkä tekijät ehkäisevät tai estävät tekoälyn hyödyntämistä hyvinvointialueellanne?

Rahoituksen puute ja käyttötalouden vähäisyys. Koska tekoälyn käyttöönotto ei suoraan vähennä työvoiman tarvetta, eli henkilöstön määrää, tulee tekoälystä ICT: lle helposti lisäkustannus. Odotukset tekoälyn käytöstä koskevat henkilöiden työkuorman pientymistä varsinkin alueilla, joissa ei selviä työkuormasta tai tehtävien määrästä odotetussa ajassa, ts. tekoäly vähentää olemassa olevan henkilöstön työkuormaa, ei

niinkään vähennä henkilöstötarvetta. Tekoälypolitiikka on laadittu ja se ohjaa käyttämään Sata-alueen hyväksytyjä ja käyttöönotettuja tekoälysovelluksia.

Palvelujen saatavuus, hoidon jatkuvuus ja palveluketjut

5. Kuinka monella prosentilla hyvinvointialueenne väestöstä on hoidon jatkuvuusmalli käytössään?

Noin 10-20 % perustason terveydenhuollon potilaista hyötyy arvioidusti hoidon jatkuvuudesta. Näiden potilaiden osalta pystymme sen turvaamaan.

Kaikissa Satakunnan kahdeksassa sote-keskuksessa on otettu käyttöön hoitotiimit, joissa väestö on jaettu omille tiimeilleen. Etenkin monisairaille ja paljon palveluita käyttäville nimetään vastuuhoitaja/ omahoitaja ja/ tai omalääkäri. Tällä odotetaan myös hoidon jatkuvuuden parantuvan väestössä. Sote-keskuksiin on integroitu monialaisesti sosiaalityö sekä mielenterveys- ja päihdetyö.

Perusterveydenhuoltoon on perustettu sydänhoitajaverkosto, jolle erityis- ja sairaalapalveluista lähtee viesti/ sisäinen lähete uusista sydäntapahtumaan sairastuneista tai muuten sekundääripreventiosta hyötyvistä potilaista. Tämä parantaa myös hoidon jatkuvuutta.

6. Kuinka monta ammatinharjoittajaomalääkäriä työskentelee hyvinvointialueenne perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa?

Ei vielä yhtään. Hyvinvointialue on hakenut STM:n hoidon jatkuvuus- hankkeen lisärahoitusta ja sen osana ammatinharjoittamismallin pilotointia.

7. Miten hyvinvointialueenne on yhteensovittanut lääkinnällisen kuntoutuksen osaksi potilaan hoitokokonaisuutta?

Tällä hetkellä lääkinnällinen kuntoutus on ollut hajautettuna jokaiselle sote-toimialueelle toiminnallisesti ja organisatorisesti. Tarkoitus on ensi vuoden alusta alkaen keskittää ko. palvelun ammattilaiset yhden hallinnon alle. Toiminnallisesti työntekijät kuitenkin allokoituvat edelleen sote-toimialueille kuten nytkin, palvelutarvetta vastaavasti. Tämän kehittämistyön tavoitteena on selkeyttää asiakkaan ja potilaan palveluketjuja, kokonaisjohtamista sekä resurssitehokkuutta. Tavoitteena on varmistaa se, että kuntoutus suunnitellaan osana asiakkaan palveluketjua ja hoidon kokonaisuutta. Samalla parannetaan hoidon jatkuvuutta ja vaikuttavuutta.

Perhekeskuspalvelut on hoidettu kokonaisuutena lasten kuntoutuksen osalta, kuten uusi kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma linjaa, ja sen osalta toiminta jatkuu näin myös uudelleenorganisoinnin jälkeen.

8. Millaisilla toimenpiteillä hyvinvointialueellanne on pyritty tai pyritään vähentämään ikääntyneiden epätarkoituksenmukaisia, vältettävissä olevia päivystyskäyntejä?

Hyvinvointialueella on luotu muun muassa erilaisia lääkäreiden konsultaatiokäytänteitä sekä lääkärien että hoitajien käyttöön hoidon sujuvoittamiseksi, palveluketjujen parantamiseksi ja päivystyskäyntien vähentämiseksi. Lisäksi on panostettu ennaltaehkäiseviin palveluihin, lisätty kotiin annettavaa palvelua ja pyritty sujuvoittamaan hoitoketjun toimintaa. Olemme myös lisänneet geriatripalveluja ja kehittäneet liikkuvia palveluja. Perusterveydenhuollon ja ikäihmisten palveluiden ylläkäarit kokoontuvat säännöllisesti, jotta jatkuva kokonaisuuden kehittäminen mahdollistuu.

Tulevaisuudessa on tärkeää lisätä koulutuksen avulla kotihoidon henkilöstön osaamista siitä, miten tunnistaa varhaisia varomerkkejä ikääntyneen voimien heikkenemisestä, jotta asioihin voidaan puuttua ajoissa. Etäseurantaa ja erilaisten digitaalisten tukipalvelujen hyödyntämistä tulee myös voida lisätä.

Eryteisesti monisairaille ja paljon palveluita käyttäville on sote-keskusten hoitotiimeistä nimetty vastuuhoitaja ja/tai omalääkäri. Tämä paitsi edistää hoidon jatkuvuutta ja sujuvuutta, myös ennaltaehkäisee epätarkoituksenmukaisia päivystyskäyntejä. Paljon palveluja käyttävät ja monisairaajat ikäihmiset on helpompi tunnistaa ja rakentaa tarpeen mukaisia hoito- ja palvelukokonaisuuksia. Hoitotiimeihin on myös integroitu ikääntyvien palveluiden palveluohjaus.

9. Millä tavoin hyvinvointialueellanne varmistetaan häiriötilanteiden kannalta välttämätön oma tuotanto niissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, jotka ovat valtaosin ostopalveluita?

Häiriötilanteiden varalle on laadittu jatkuvuudenhallinnan suunnitelmat ja ne pidetään ajantasaisina. Suunnitelmissa ensimerkiksi yksiköiden paikkaluvun kasvattaminen on yksi tapa varautua, lisäksi joissain palveluissa varaudutaan siirtämään kumppaneiden tuottamaan palvelua omaksi toiminnaksi.

Palvelutuotannossa ja hankinnoissa arvioidaan riittävän oman tuotannon tuottaminen sekä turvaaminen. Esimerkiksi omaa päihde- ja mielenterveyspalveluiden ympärivuorokautista asumista on lisätty, koska on tunnistettu ostopalvelujen suuri osuus palvelutuotannosta. Lisäksi lapsiperheiden palveluissa ja lastensuojelun

laitostoiminnassa on sekä lisätty omaa toimintaa, että laajennettu palvelumuotoja. Varautumisen ja valmiuden suunnittelussa on myös suunniteltu välttämättömän ja ensisijaisen sekä toissijaisen, mahdollisen alas ajettavan, palvelun suhdetta häiriötilanteissa, huomioiden myös ostopalvelut.

10. Onko hyvinvointialueenne vammaispalvelujen ja perusopetuksen ja ammatillisen koulutuksen järjestäjien välisessä yhteistyössä ilmennyt haasteita? Jos on, minkälaisia ja miten niitä on pyritty ratkaisemaan?

Valtakunnalliset ohjeet ovat epäselviä lasten aamu- ja iltapäivätoiminnan osalta. Satakunnan hyvinvointialue on pyrkinyt ratkaisemaan asiaa yhteistyöneuvotteluilla kuntien kanssa ja erillisillä sopimuksilla.

Epäselvää on myös vammaisten ammatillisen koulutuksen ohjeistus siitä, millaisiin ja missä laajuudessa hyvinvointialue on velvoitettu tuottamaan henkilökohtaista apua ammatillisiin koulutuksiin. Mikäli esimerkiksi vammaisen pääsee erityisoppilaitokseen satojen kilometrien päähän, mikä on hyvinvointialueen velvoite järjestää esimerkiksi 24/7 henkilökohtaista apua, ja mitkä ovat erityisoppilaitoksen järjestämis-/rahoitusvastuulla. Valtakunnalliset linjaukset tai ohjeistukset puuttuvat.

11. Millä keinoilla hyvinvointialueellanne seurataan perusterveydenhuollon digitaalisen asioinnin vaikuttavuutta?

Hyvinvointialueella on määritetty digitaalisten palveluiden mittaristo, jota alamme nyt käyttöönottamaan laaditun priorisoinnin mukaisesti. Seuraamme erityisesti eteenpäin ohjauksen prosenttia chatissä (tällä hetkellä se on noin 31 %, kerralla kuntoon 69 %). Digitaalisen asioinnin seuranta toteutetaan laajasti. Sata-sovellus on otettu käyttöön 1.12.2024. Käyttäjämäärät kasvavat koko ajan. Tällä hetkellä palvelulla on noin 70 000 käyttäjää. Digitaalista asiointia seurataan muun muassa käyttäjämäärissä, palveluajoissa, sairausryhmissä ja eri ikäryhmissä. Erityisesti ollaan kiinnostuneita siitä, saiko potilas asiansa kerralla kuntoon.

Perusterveydenhuollon vaikuttavuutta arvioidaan myös seuraavilla mittareilla: esh-lähetteen määrät, COCI-indeksi- hoidon jatkuvuus, uudelleen lääkärin vastaanotolle palanneet 1 vko:n, 1 kk:n ja 3 kk:n aikana sekä kiirevastaanotolle 48 tunnin aikana ohjautuneet (seuranta kuukausittain).

12. Näettekö, että sosiaaliturvan etuusmuutokset ovat vaikuttaneet hyvinvointialueenne väestön hyvinvointiin ja terveyteen ja jos ovat, niin mihin väestöryhmiin, palveluihin tai palveluntarpeeseen?

Etuusmuutokset ja samanaikainen työttömyyden kasvu on näyttäytynyt kaikkien ikäryhmien taloudellisen tilanteen heikentymisenä ja turvallisuudentunteen horjumisena. Samaan aikaan on tapahtunut työllisyysalueuudistus, joka on osin tuottanut isoja muutoksia työttömien palveluihin. Palvelutarvetta on lisääntynyt mm. päihde- ja mielenterveyspalveluihin ja sosiaalityön/ sosiaaliohjauksen palveluihin, huomioiden talousasiat sen osana. Moni opiskelija on myös taloudellisessa ahdingossa sosiaaliturvamuutosten ja yleisen työllisyystilanteen takia. Etenkin asumistuen muutos on saattanut lisätä tarvetta hakea perustoimeentulotukea. Asiakasmaksujen korotus on voinut nostaa kynnystä hakea hoitoa.

Lastensuojelun ilmoitusmäärät ovat nousseet ja lapsiperheköyhyys on lisääntynyt. Lapsiperheiden osalta työllisyystilanne ja elinkustannusten nousu näkyy lapsiperheiden sosiaalipalveluiden tarpeen nousuna. Perheiden taloudellisen tilanteen heikentyminen näkyy myös lasten oireilussa esim. kouluterveyskyselyn tuloksissa. Lisäksi järjestöjen heikentynyt tilanne näkyy osittain palvelutarpeiden lisääntymisenä. Aikuisten päihde- ja mielenterveyspalveluiden tilanne näkyy lisääntyneiden lastensuojeluilmoitusten suurimpina syinä, eniten lastensuojeluilmoituksia tulee vanhemman päihteiden käyttö/ riippuvuus ja vanhemman terveydentila/ toimintakyky - syiden vuoksi.

13. Millaisia rakenteellisia ja johtamiseen liittyviä toimenpiteitä hyvinvointialueellanne on tehty yhdyspinnoilla (kuntien työllisyyspalvelut, Kela, järjestöt) tapahtuvan yhteistyön sujuvoittamiseksi?

Johtamisen tueksi hyvinvointialueella ja Satakunnan kahdella työllisyysalueella sekä Kelalla on johtoryhmät, jotka edistävät yhteistä elinvoiman, työllisyydenhoidon ja työkyvyn edistämisen tehtävää. Lisäksi hyvinvointialueella ja työllisyysalueilla on johtamisen sujuvoittamiseksi Laki työllistymistä edistävän monialaisen tuen mukainen TYM-sopimus.

Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa toimii säännöllisesti kokoontuva yhteinen johtoryhmä, jossa on mukana mm. kuntien, järjestöjen, seurakunnan edustajat. Perhekeskusverkostot (4kpl) kokoontuvat säännöllisesti ja toimivat lähellä asiakasta, jolloin lasten ja nuorten ilmiöihin ja alueellisiin tarpeisiin pystytään yhdessä pureutumaan joustavasti. Sivistysjohtajien ja hyvinvointialueen kesken valmistellaan erilaisia asioita, viimeisimpänä esim. Lasten ja nuorten hyte-suunnitelma. Opiskeluhuollon alueellinen työryhmä kokoaa toimijat yhteen ja sovittaa oppilaitosten ja hyvinvointialueen toimintaa.

Hyte-rakennetta on vahvistettu yhdyspinnoilla eri toimijoiden kanssa hyte-toimikunnan osalta sekä eri asiakasryhmien osalta yhdyspintaverkoston ja erillisverkostojen kautta.

14. Miten lasten ja nuorten ehkäisevän terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliin sijoittuvat hoitoa tarjoavat perusterveydenhuollon palvelut on järjestetty hyvinvointialueellanne?

Ehkäisevän terveydenhuollon palvelut järjestetään osana perhekeskuspalveluita pääosin neuvola- ja opiskeluhoollon palveluina. Matalan kynnyksen menetelminä neuvolatyössä ovat perhe- ja synnytysvalmennus, neuvokas perhe -toimintamalli, Luotsi -toiminta, ohjattu omahoito, lapset puheeksi -toimintamalli, kohtaamispaikkatoiminta, vauva- ja perhemyönteisyys ja ryhmäneuvolat. Erikoissairaanhoidosta perustasolle siirrettyinä tukena ovat toiminnassa unikoulu ja imetysneuvola. Vahvempaan tukeen neuvolassa on tarjolla myös hyte-valmennusta, nepsy-valmennusta, hoivaa ja leikki-interventio ja ihmeelliset vuodet - vanhemmuusryhmä. Lasten somaattista hoitoa kehitetään perhekeskuksissa, mikä ei lääkäritilanteen vuoksi ole tällä hetkellä vielä toiminnassa yhdenvertaisesti koko hyvinvointialueella. Opiskeluhoitoa tarjotaan sekä yksilöllisen opiskeluhoollon palveluin että yhteisöllisen opiskeluhoollon palveluin. Ennaltaehkäisevä opiskeluhoolto sisältää systeemisen työotteen, terapiat etulinjaan työskentelyn, moniammatillinen yhteistyön ja verkostotyön sekä konsultaation.

Lasten mielenterveys- ja päihdepalveluja on vahvistettu peruspalveluissa. Perhekeskusalueittain on muodostettu lasten mielenterveystiimit. Nuorilla on jo aiemmin ollut ko. palvelu. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyönä on aloitettu vuoden 2025 alusta alaikäisten päihdetiimi riippuvuustason ongelmiin. Konsultointia on lisätty psykiatrian ja perusterveydenhuollon palveluiden välille.

Lisäksi hyte-työtä toteutetaan eri ikäisille asiakkaille osana terveydenhuollon palvelukokonaisuuksia.

15. Onko hyvinvointialueellanne ilmennyt haasteita alle 23-vuotiaiden terapiatakuun toimeenpanossa? Miten haasteisiin on vastattu alueellanne?

Haasteina ovat resurssin ja rahoituksen riittävyys. Terapiatakuun toteuttamisen resurssi on toteutettu opiskeluhoollosta ja perustason palveluista, mikä on osaltaan vähentänyt matalan kynnyksen palveluita esim. oppilaitoksissa sekä saattanut osin tehdä palveluista säädellympää kevyen puuttumisen sijasta. Haasteita tietojärjestelmien osalta on myös, eli terapiatakuu-aikojen lakisääteistä toteutumista saadaan tarkasteltua vasta versiopäivityksen jälkeen 5/2026.

Asumispalvelut iäkkäille ja vammaisille henkilöille

16. Mitä ovat hyvinvointialueellanne tehtävät konkreettiset toimet (päätetty tai hyväksytyihin suunnitelmiin sisältyvät) kotona asumisen tukemiseksi ja välimuotoisten palvelujen edistämiseksi?

Ikääntyneet

- Kotihoidon myöntämisperusteita on päivitetty (1.4.2026 voimaan uudet). Tavoitteena nostaa tukipalvelut ensisijaisiksi ennen säännöllistä kotihoitoa sekä lisätä etähoidon osuutta osana tuotettavaa kotihoitoa.
- Kotihoidon asiakkaiden hoitoon ja palveluiden järjestämiseen osallistuu moniammatillinen ammattilaisten ryhmä, joka koostuu lähihoitajista, sairaanhoitajista, fysioterapeuteista, toimintaterapeuteista, sosiaaliohjaajista sekä lääkäreistä.
- Työntekijöitä on koulutettu (häätätilannevastaavat, saattohoito, kotikuntoutus, Koti-Arvi-agentit jne.).
- Hyvinvointiteknologiaa on hyödynnetty ja tullaan hyödyntämään jatkossa entistä enemmän.
- Omaishoidon asiakkaita tuetaan mm. kotiin vietävien hoitajien avulla sekä nyt vuoden 2026 alusta pilotoidaan ennakoivaa sairaanhoitajan tuen mallia, niille omaishoidettaville, joilla ei vielä ole säännöllistä kotihoitoa omaishoidon tuen rinnalla.
- Yhteisöllistä asumista on kilpailutettu vuonna 2025 ja ostopalvelun rinnalla myös palveluseleitä.
- Oma yhteisöllisen asumisen palvelutuotantoa on saatu vuonna 2025 lisättyä 10 paikkaa ja tavoitteena lisätä omaa tuotantoa tulevina vuosina lisää, jos sopivia kiinteistöjä löytyy.
- Oma yhteisöllisen asumisen palvelutuotantoa pyritään aktiivisesti kehittämään ja kehitystyötä tehdään myös yhdessä muiden hyvinvointialueiden kanssa.

Vammaispalvelut

- Vammaispalveluiden asumispalvelurakenteen keventäminen ja monimuotoistaminen
 - Joidenkin ympärivuorokautisten yksikköjen muuttaminen yhteisölliseksi asumiseksi,
 - joidenkin asumisyksikköjen lakkauttaminen; tällä hetkellä päätös kahdesta asumisyksiköstä (4/2026),
 - kaikkien asumisyksikköjen tarkastelu sekä toiminnan, talouden, että tilojen osalta,
 - asukkaiden yksilökohtainen palvelutarpeen arviointi,
 - käyttöasteen parantaminen asumisyksiköissä.
- Vammaispalveluiden asumisyksikköjen ammatti- ja tehtävarakenteen tarkastelu (lähihoitaja-sairaanhoitaja-hoiva-avustaja)

- Uuden vammaispalvelulain toimeenpano. Ensisijaisten palveluiden rakentaminen kotona asumisen tueksi es. kotihoidon palvelut, liikkuva tuki, kuntoutusprosessi ja asumiskuntoutus/asumisvalmennus vammaisten asumisessa
- Henkilökohtaisen avun tarkastelu. Meneillään on ollut kahden työntekijän projekti, jossa on arvioitu asiakkaiden henkilökohtaisen avun tarvetta ja palvelutuotantoa suhteessa palvelutarpeeseen. Tavoitteena on vammaisten kotona asumisen tukeminen.
- RAI –arviointi on otettu käyttöön vammaispalveluissa (vammaispalveluiden RAI). Tämä parantaa systemaattista ja yhdenvertaista toimintakyvyn arviointia suhteessa palvelutarpeeseen, mukaan lukien asumispalvelut ja kotona asumista tukevat palvelut.
- Hyvinvointialueella kokoontuu miepä, ikääntyneet, vammaispalvelut, työikäisten sosiaalihoito monialainen yhteistyöryhmä (ErytisSAS) selvittämään ja arvioimaan monialaisesti erityisen vaativien asumispalvelujen tarvetta ja toteutusta. Tavoitteena on sote-integraatio, palveluketjut ja hoidon/palvelujen kokonaisuuden hallinta.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

17. Miten yhdyspinnoilla tapahtuvan yhteistyön vaikuttavuutta seurataan hyvinvointialueellanne?

HYTE-kerroin työ on vastuutettu ja jalkautettu laajasti sote-ammattilaisten työhön. Indikaattoreita (tulos- ja prosessi-indikaattorit) seurataan tiiviisti ja ne ovat parantuneet. Lisäksi uuden strategiavalmistelun, hyte-suunnitelmatyön ja eri toimialueiden tavoiteseurantaa on tiivistetty ja nyt kokonaisuus tukee työskentelyä.

OSA II: Valtakunnalliset tavoitteet ja toimenpidesuosituksen seuranta

Tässä osiossa pyydetään arviota valtakunnallisten tavoitteiden toteutumisesta. Valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista seurataan hyvinvointialueille annettujen toimenpidesuosituksen kautta. Vastauksissa pyydetään kuvaamaan, mihin toimenpiteisiin hyvinvointialueenne on ryhtynyt, tai mitä toimenpiteitä on suunnitteilla sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön hyvinvointialuelain 13 a §:ssä tarkoitetuissa vuosittaisissa neuvotteluissa annettujen toimenpidesuosituksen toteuttamiseksi.

Väestön hyvinvointi, terveys ja turvallisuus

18. Alueen on määrätietoisesti jatkettava ennaltaehkäisevien- ja perustason palveluiden kehittämistä sekä yhdyspintatyötä väestön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn, palvelutarpeeseen vastaamiseksi sekä talouden tasapainottamiseksi.

Hyvinvointialue on hakenut koko hyvinvointialueen ajan erilaisia ratkaisuja sekä toteuttanut palveluiden kehittämistä perustason palveluiden vahvistamiseksi, mm.

- Sote-keskusten hoitotiimit/hoidon jatkuvuus luotu koko Satakuntaan.
- Sata-sovellus ja digitaalinen sotekeskus/monikanavainen palvelutuotanto otettu käyttöön ja käyttö laajenee koko ajan,
- asiakasohjauksen kehittämisprojekti/ohjautumisen sujuvoittaminen on käynnissä ja etenee,
- sote-keskusten puhelinpalvelu/takaisinsoitto laitettu kuntoon/pystytään hoitamaan,
- miepä liikkuvat tuen ja perustason palveluja on vahvistettu,
- etäkuntoutusta otettu käyttöön,
- liikkuvia palveluja on kehitetty laajasti perustason vahvistamiseksi (terveyspalveluauto, ikäkeskus-pysäkki auto, Hampuli ja salkkuvastaanotto suun terveydenhuoltoon, liikkuva labra-auto),
- terapianavigaattori on laajasti käytössä sujuvoittamassa hoitopääsyä,
- hyvinvointialueen yhteisen Diabeteskeskuksen perustaminen perustason johtamana/ hoidon kokonaisuutena alkamassa,
- lääkinnällisen kuntoutuksen keskittäminen meneillään,
- päihde- ja mielenterveystyö ja sosiaalityön palvelut on integroitu monialaisiin sote-keskuksiin,
- työttömien terveydenhuoltoa ja monialaista TYM-työtä on rakennettu yhdessä Kelan ja työvoimaviranomaisten kanssa,
- monialaiset työkyvyn tuen tiimit luotu osaksi sote-keskuksia ja koko hyvinvointialuetta,
- sote-keskusverkostoa on tiivistetty hoidon jatkuvuuden, laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden turvaamiseksi sekä resurssitehokkuuden parantamiseksi,
- 116117- palvelu on otettu omaksi toiminnaksi ja toteutetaan aikuisten perusterveydenhuollon ja erityis- ja sairaalapalveluiden yhteistyönä, tavoitteena hoitopääsyn sujuvoittaminen, sekä vaikuttavuuden ja resurssitehokkuuden parantaminen,
- liikkuvia palveluita on lisätty mm. terveyspalveluauto, ikääntyvien liikkuva ikäkeskus, Hampuli ja salkku -liikkuvat hammashoidon palvelut ja labra-auto.

Satakunnan yhteisellä asiakas- ja potilastietojärjestelmällä on myös pystytty vahvistamaan perustasoa, kun esimerkiksi etuuskäsittelyn työtä tai muuta

päätöksentekoa voidaan ohjata hva-tasoisesti. Palveluun pääsy paranee ja palvelutakuuajoissa pysytään paremmin.

Yhdenvertaiset palvelut

19. Hyvinvointialue tekee ja toimeenpanee konkreettisen suunnitelman kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää, että alueella vahvistetaan edelleen perustason ja erikoissairaanhoidon integraatiota lisääviä ratkaisuja. Samalla tulee jatkaa palvelurakenteen keventämistä ja vahvistaa myös ennaltaehkäiseviä palveluja.

Erikoissairaanhoidon hoitopääsyn saattaminen lain edellyttämälle tasolle on ollut pitkäjänteinen projekti, joka on aloitettu vuonna 2023 hyvinvointialueen toiminnan alkaessa ja tulokset ovat vähitellen konkretisoituneet siten, että hoitopääsy on toteutumassa lainmukaisesti huhtikuun 2026 loppuun mennessä.

Hoitopolkuja tarkastelemalla, tehtäväsiirroilla lääkäreiltä hoitajille sekä onnistuneilla rekrytoinneilla on pystytty vastaamaan lisääntyneeseen kysyntään erityisesti sairausryhmissä, jotka lisääntyvät ikääntymisen myötä.

Satakunnan väestö ikääntyy, samalla lisääntyvät myös ikääntymiseen liittyvien sairauksien kuten kaihi ja nivelrikko, määrä, mikä on näkynyt edelleen lisääntyvänä lähetemääränä. Toimenpiteenä hyvinvointialueella on tehty kaikkien erikoisalojen osalta aiempaa tiiviimpää yhteistyötä perustason kanssa, mm. lähetekriteeristö on käyty läpi erikoisalakohtaisissa perusterveydenhuollon lääkäreille suunnatuissa koulutuksissa.

Konsultaatiomahdollisuuksia kehitetty ja perustason lääkäreiltä saadun palautteen mukaan käytäntö koetaan nyt toimivaksi. Myös ns. ketjulähettiloimintaa on kehitetty, eli perustason lääkäri tai hoitaja voi tulla perehtymään haluamaansa erikoissairaanhoidon yksikköön ja perehtyminen räätälöidään perehtyjän tarpeiden mukaisesti. Kokonaisuudessaan läheteiden määrä on vähentynyt lisääntyneen yhteistyön myötä.

Hoitoketjujen tarkastelua tehdään koko ajan, merkittävä on mm. sydänhoitajaverkoston luominen perusterveydenhuoltoon. Sisäisillä läheteillä saadaan erikoissairaanhoidon ohjautuneet sydäntapahtumapotilaat ohjautumaan sekundääriprevention piiriin.

Diabetesosaamiskeskus keskitetään perusterveydenhuoltoon siirtämällä erikoissairaanhoidon diabeteshoitajat perustasolle. Endokrinologian erikoislääkärit työskentelevät osan viikosta perustason diabeteskeskuksessa. Myös psykiatrian osalta

on yhteistyötä tiivistetty ja sairaanhoitajaresurssia siirretty perustasolle sekä lisätty erikoissairaanhoidon lääkäreiden konsultaatiota perustasolle.

20. Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.

Lasten psykososiaalisen tuen porrasteinen malli on kuvattu, ja siinä on eritelty hoitoon ohjaamista, eri toimijoiden tehtäviä ja roolia. Lasten päihdetyön toimintapolku on myös kuvattu, ja siinä on eritelty mm. puheeksiotto ja eri toimijoiden tehtäviä ja rooleja sekä toimintaohjeita, kuten esim. Nikotiinittomuuden tukemisen toimintaohjeen.

Lasten mielenterveys- ja päihdepalveluja on vahvistettu huomattavasti peruspalveluissa. Lapsille on muodostettu perhekeskusalueittain mt-tiimit. Nuorilla on jo aiemmin ollut ko. palvelu käytössä. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteistyönä on aloitettu vuoden 2025 alusta alaikäisten päihdetiimi riippuvuustason ongelmiin. Konsultointia on lisätty psykiatrian ja peruspalveluiden välillä, ja sen myötä on syntynyt konkreettinen ja toimiva malli.

Laadukas tieto

21. Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Hyvinvointialueen tietopohjaa on kehitetty mm. erilaisin tietohuollon toimenpitein ja kirjaamiseen liittyvin ohjeistuksin. Tietopohjan kehittämisessä huomioidaan mm. lakisääteiset sote-tietotoimitukset. Tiedontoimitusten toimitustavan kehittäminen tietoaltaalta on menossa. Hyvinvointialueella tulee olla näkyvyys siihen dataan, jota sote-tietotoimituksissa kulkee, samoin kuin mihin dataa käytetään. Ja tietotoimitusten data tulee saada takaisin kaksisuuntaisella toimitustavalla myös hyvinvointialueen käyttöön.

Jotta hyvinvointialueen tietopohja vastaa mahdollisimman hyvin kansallista tietopohjaa, tarvitaan kehittämistä varten hyvissä ajoin ennakkolisesti tarkat määräykset, mitä alueen tietopohjalta edellytetään kansallisesti. Jatkuva seuranta ja aktiivinen yhteistyö hyvinvointialueiden ja kansallisten toimijoiden kanssa edistää ja varmistaa näiden tietojen laatua ja oikeellisuutta. Kansallisen tietopohjan kehittäminen tulee olla läpinäkyvää ja ennakkollista sekä määräykset kaikille yhdenmukaisia, jotta hyvinvointialueet pystyvät ajoissa reagoimaan velvoitteisiin. Järjestelmätoimittajilta tulee valtakunnallisesti edellyttää velvoitteiden huomioiminen järjestelmien päivityksissä hyvissä ajoin.

Seuraavat kysymykset koskevat kaikkia hyvinvointialueita, Helsingin kaupunkia ja HUS-yhtymää.

Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

22. Mitkä ovat viisi tärkeintä asiakas-/potilasryhmää, joiden palvelupolkujen vaikuttavuutta tulisi seurata kansallisesti?

1. Ikääntyneiden osalta monisairaant ja paljon palveluita käyttävät. Seurattava esim. vähentääkö geriatripalvelujen lisäys tai kotihoidon palvelulisäys (tukipalvelut) ikääntyneen päivystyskäyntejä.
2. Aikuisväestön etenkin paljon palveluita käyttävien ja monisairaiden hoidon jatkuvuus ja vaikuttavuus. Erytishuomio myös työttömät.
3. Hoitoon hakeutuneiden päihde- ja mielenterveyspalveluun ohjautuneiden hoitoonpääsy ja hoidon vaikuttavuus (etenkin perustaso).
4. Masennus ja ahdistuneisuus -diagnoosin saaneen lapsen hoitoonpääsy ja hoidon vaikuttavuus (etenkin perustaso).
5. Lastensuojelun vaikuttavuutta tulisi seurata erityisesti eri ikäisten asiakkaiden osalta. Sijaishuollon asiakkaiden muiden sote-palveluiden yhteiskäyttö (psykiatria ja päivystys). Lastensuojelun ja vammaispalvelun yhteisasiakkaat, erityisesti aikuisen tilanne.

23. Miten hyvinvointialueellanne tunnistetaan ja käyttöön otetaan vaikuttavia toimintamalleja?

Vaikuttavia toimintamalleja tunnistetaan ja otetaan käyttöön hyödyntämällä kansallisia ohjeita ja suosituksia (mm. THL ja STM), hanketyötä sekä aktiivista vertailua ja yhteistyötä kansallisissa ja alueellisissa verkostoissa. Menetelmiä benchmarkataan ja sovelletaan Satakunnan palvelurakenteeseen.

Vaikuttavuuden arviointia ja käyttöön ottoa tukee tiivis tutkimus- ja kehittämissyhteistyö. Sosiaalityön vaikuttavuusprofessori on vahvistanut erityisesti sosiaalityön menetelmien arviointiosaamista (esim. ohjelmateorian käyttö, henkilöstökoulutukset ja tutkimusfoorumit). Hoitotyössä vaikuttavia käytäntöjä tunnistetaan systemaattisen tiedonkeruun, tutkimustoiminnan sekä nimettyjen klinisten asiantuntijoiden koulutus- ja kehittämistyön avulla.

Vaikuttavuustietoa hyödynnetään ottamalla käyttöön vaikuttavia toimintamalleja ja luopumalla vähemmän vaikuttavista toiminnoista. Uusien menetelmien vaikutuksia

seurataan ja arvioidaan systemaattisesti vielä 6–12 kuukauden kuluttua käyttöönotosta.

24. Miten hyvinvointialueellanne tunnistetaan ja karsitaan vähähyötyisiä toimintamalleja?

Aikuisten palveluissa sote-keskuspalveluissa (sosiaali- ja terveyspalvelut) on lisätty tiedolla johtamista ja sen osana seurataan ja arvioidaan reaaliaikaisesti muun muassa suoritettietoa, asiakas/ potilasmääriä, erikoissairaanhoidon lähetteitä, diagnostiikkakuluja ja palvelujen myöntämistä. Tiedolla johtamisella on saatu resurssitehokkuutta parannettua ja resurssien allokointia on voitu suunnitella hyvinvointialuetasoisesti. Esimerkiksi palveluverkkoa on tämän takia pystytty tiivistämään.

Osa vähähyötyisistä toimista on lakisääteisiä, joten niitä ei ole voitu karsia, esim. osa lasten ja nuorten terveystarkastuksista eivät ole vaikuttavia ja kustannustehokkaita.

25. Mitkä ovat keskeiset esteet vaikuttavuusperustaisuuden edistämässä? Mitä toimia tulisi ensisijaisesti ohjata kansallisesti?

Vaikuttavuusperustaisuuden edistämisen keskeisiä esteitä ovat erityisesti sosiaalihuollon kapea ja osin heikkenevä tutkimus- ja tietopohja, hajanaiset tietojärjestelmät sekä puutteet systemaattisessa vaikuttavuustiedon keruussa ja hyödyntämisessä. Vaikuttavuudesta puhutaan usein käsitteellisesti, mutta käytännössä seuranta painottuu edelleen suoritteisiin ja tehokkuuteen.

Sosiaalihuollossa vaikuttavuustutkimusta on vielä vähän, mikä vaikeuttaa palvelujen määrittelyä, johtamista ja valtakunnallista priorisointia tutkitun vaikuttavuuden perusteella.

Merkittävä haaste liittyy menetelmien implementointiin. Vaikka interventio olisi tutkitusti vaikuttava, sen vaikuttavuus voi jäädä saavuttamatta, jos käyttöönotto arjen palvelujärjestelmässä epäonnistuu tai jää vajaaksi (vanhoista toimintatavoista ei luovuta, uudet tulevat lisäksi). Implementointiosaaminen, riittävät resurssit, muutosjohtaminen sekä kyky luopua vähemmän vaikuttavista käytännöistä ovat kriittisiä tekijöitä.

Kansallisesti keskeisiä kehittämistoimia ovat sosiaalihuollon vaikuttavuustutkimuksen ja rahoituksen vahvistaminen, tietopohjan ja mittareiden yhtenäistäminen sekä implementaatiotutkimuksen ja -osaamisen systemaattinen tukeminen. Tarvitaan selkeät kansalliset ohjeet vähimmäistiedosta, vaikuttavuusmittareista ja PROM-mittareiden käytöstä, sekä rahoitusta tietojärjestelmien ja tiedon laadun

parantamiseen. Lisäksi tulisi vahvistaa alueellisia ja YTA-tasoisia rakenteita (esim. osaamiskeskukset) ja tukea vaikuttavien menetelmien skaalaamista kehittämishankkeiden jälkeen, jotta näyttöön perustuvat toimintamallit juurtuvat pysyväksi osaksi palvelujärjestelmää.

Hyvinvoiva ja riittävä henkilöstö

26. Minkälaisiin toimenpiteisiin hyvinvointialueellanne on ryhdytty henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi erityisesti kriittisten ja lakisääteisten palvelujen kohdalla?

Sote-keskuspalveluissa ja psykiatrialla on lääkärirekrytointia koordinoivat henkilöt (koulutusylilääkäri ja lääkärirekrytoija). Psykologien sitouttamiseen Sata-alueelle työuran alkuvaiheesta alkaen on panostettu avoimella harjoittelupaikkojen hakukäytännöllä. Sata-alue tarjoaa runsaasti myös oppisopimuspaikkoja lähihoitaja- ja laitoshuoltajaopiskelijoille. Vaikeasti rekrytoitavia erityisammattilaisia onkin saatu hyvällä harjoittelu- ja opiskelijayhteistyöllä, työyhteisöjen esihenkilötuella ja hyvällä johtamisella (mainetekijä) ja henkilöstöyhteistyöllä, esim. rekrytoinneissa rooli henkilöstöllä kertoa työstä yksiköissä.

Ikääntyneiden palveluissa on aloitettu keskitetty resurssikeskustoiminta, jolla pyritään turvaamaan hoitohenkilöstön riittävät resurssit. Sata-alue on ottanut käyttöön Sotender-keikkatyösovelluksen, jossa on yli 3000 rekisteröitynyttä käyttäjää. Sovelluksen avulla vahvistetaan sote-henkilöstön resursseja äkillisissä puutoksissa.

Sata-alue tuottaa runsaasti sisäistä koulutusta, jotta henkilöstön osaaminen vastaa organisaation tarpeita. Esimerkiksi Sata-alueen kesälääkäreille tarjotaan laadukasta koulutusta Satakunnan lääkäripäivän ja kesäkoulun muodossa.

Kesätyöntekijöiden palautteet ja kokemukset työskentelystä ovat hyviä. Kesätyöntekijöistä suuri osa on alan opiskelijoita, joiden hyvät kokemukset luovat positiivista työnantajakuva.

27. Miten hyvinvointialueenne on varmistanut sote-alan harjoittelupaikkojen riittävyyden?

Alueella tehdään tiivistä yhteistyötä alueen oppilaitosten kanssa. Hyvinvointialue on jo pitkään panostanut opiskelijaohjaajien koulutukseen, ja opiskelijoiden palautteet harjoitteluista ovat hyviä. Harjoittelujaksoja opintojen loppuvaiheessa tehdään jonkin verran palvelussuhteessa (palvelussuhteen opinnollistaminen).

Hyvinvointialueella jäi käyttämättä yli 300 sairaanhoitajan harjoittelujaksoa vuonna 2025. Harjoittelujen osalta opiskelupaikkakunnalla tai sen läheisyydessä sijaitsevat harjoittelupaikat kiinnostavat opiskelijoita erityisesti. Kauempana maakunnassa sijaitsevat harjoittelupaikat saattavat olla haastavia opiskelijoille. Kansainvälisen opiskelijoiden harjoittelupaikkoja on pystytty lisäämään.

Toimiva yhteistyö

28. Arvioi, mitkä ovat konkreettisen YTA-tasaisen yhteistyön esteet hyvinvointialueellanne.

Suoranaisia esteitä YTA-yhteistyölle ei ole. YTA-sopimusta on valmisteltu hyvässä yhteistyössä ja yhteistyö alueiden välillä on välitöntä ja toimivaa. Kuitenkaan kaikkia STM:n ohjeeseen 6/2025 kirjattuja asioita ei ole katsottu tarkoituksenmukaiseksi toteuttaa joko taloudellisesti tai toimivan palvelujen järjestämisen näkökulmasta (kustannusvaikuttavuusperuste). Osassa ohjeen asioita hyvinvointialueet ovat edenneet eri tahtisesti omilla ratkaisullaan, eikä juuri käyttöön otettuja (ja maksettuja) asioita ole tarkoituksenmukaista muuttaa vain yhteistyön vuoksi tai sopimusteknisestä näkökulmasta. Länsi-Suomen YTA tekee yhteistyötä asioissa, joissa tunnistetaan yhteistyöstä saavutettavan joko taloudellisia tai asiakashyötyjä huomioiden lakien ja asetusten velvoitteet.

OSA III: Investoinnit

Tässä osiossa pyydetään tietoja hyvinvointialueen investointisuunnitelmaan liittyen.

29. Mitä uusia tai poistuvia investointeja tai investointia vastaavia sopimuksia on odotettavissa joulukuussa 2026 toimitettavassa investointisuunnitelmassa 2028–2031, joista ei ole ollut kirjauksia aiemmin ministeriöihin toimitetuissa investointeja koskevissa materiaaleissa?

Uutena hankkeena omaan taseeseen toteutettavana investointina Satasairaalan K-rakennuksen peruskorjaus noin 60 000 000 €. Hanke on esitetty investointisuunnitelman tekstiosuudessa, mutta esitetään nyt uutena hankkeena, joka on pilkottu esisuunnittelu- ja varsinaiseen hankevaiheeseen.

OSA IV: Muut huomiot ja palaute selvityksestä

30. Muut huomiot ja palaute selvityksestä

-