

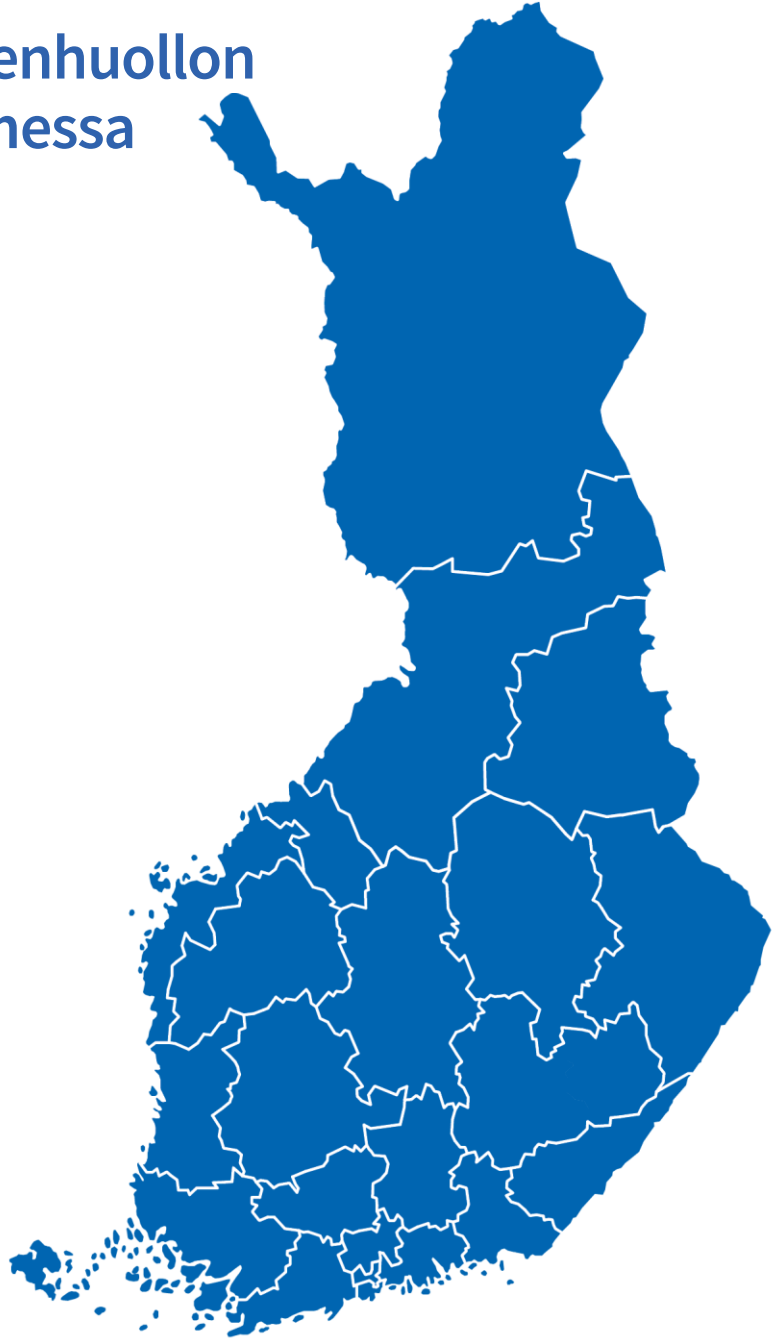
# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

## Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa

### Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, kevät 2023

Katja Croell  
Tiina Hetemaa  
Nina Knape  
Jaana Leipälä  
Tuulikki Louet-Lehtoniemi  
Jutta Nieminen  
Hannele Ridanpää  
Tuuli Suomela  
Vesa Syrjä  
Taru Syrjänen



PÄÄTÖSTEN TUEKSI 1/2023

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos | Helsinki 2023

ISBN 978-952-408-049-1 (verkko), ISSN 1799-3946 (verkko), <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-049-1>

# Sisällys

Sisällys	2
Lukijalle	3
Asiantuntija-arvion yhteenveto	4
Väestö ja palvelutarve	7
Hyvinvointialueiden hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen	9
Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys	13
Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet	15
Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	19
Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus	25
Menetelmät ja laatuseloste	30
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	32

# Lukijalle

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi 1.1.2023 kahdellekymmenelle yhdelle hyvinvointialueelle. Helsingin kaupunki vastaa kuntana sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä ja HUS-yhtymä erikoissairaanhoidon järjestämisestä Uudellamaalla.

THL:n lakisääteisenä tehtävänä on laatia vuosittain asiantuntija-arviot sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä hyvinvointialueittain, yhteistyöalueittain ja valtakunnallisesti. Tämä valtakunnallinen asiantuntija-arvio tarjoaa tuoreen tilannekuvan vuoden 2023 alussa aloittaneiden hyvinvointialueiden lähtötilanteesta. Asiantuntija-arviossa tarkastellaan väestön palvelutarvetta, hyvinvointialueiden hallinnollista ja toiminnallista rakentumista sekä ammattitaitoisen henkilöstön saatavuutta ja riittävyyttä. Arvioinnin kohteena ovat lisäksi palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet, yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kehitys ja rahoitus. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilaa arvioidaan soveltuvin osin suhteessa myös valtioneuvoston vuosille 2023–2026 vahvistamiin valtakunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon strategiaan tavoitteisiin.

THL:n tuottama valtakunnallinen arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen nykytilasta on muodostettu hyödyntämällä syksyn 2022 aikana laadittuja hyvinvointialuekohtaisia tilannekuvia sekä muita ajankohtaisia alueellisia ja valtakunnallisia selvityksiä ja tutkimuksia. Merkittävä osa käytävissä olleesta kansallisesta tietopohjasta kohdentuu kuntien järjestämisvastuulla oleviin palveluihin ja niiden kustannuksiin, joten valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tilannekuvan ajantasaisuutta on varmistettu hyödyntämällä myös hyvinvointialueiden valmisteluvaiheen dokumentteja ja selvityksiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtakunnallinen asiantuntija-arvio on suunnattu tukemaan kansallisia ja alueellisia päättäjiä, viranhaltijoita ja asiantuntijoita. THL:n tuottamat arviot sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä muodostavat perustan sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain laatimalle valtakunnalliselle selvitykselle. Ministeriön selvitys sisältää ehdotukset tarvittavista toimenpiteistä julkisen talouden suunnitelman, valtion talousarvion sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden laatimista sekä muuta valtakunnallista ohjausta varten. THL:n laatima asiantuntija-arvio tukee myös hyvinvointialueiden työn toimeenpanoa tarjoamalla tuoreita havaintoja keskeisistä palvelujen järjestämisestä koskevista näkökohdista valtakunnallisesti ja maan eri alueilla.

Helsingissä 21.3.2023

Nina Knape

Arviointijohtaja

# Asiantuntija-arvion yhteenveto

## Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa syvenevän henkilöstövajeen keskellä

Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa Covid-19-pandemian aikana syntyneen hoito- ja palveluvelan, syvenevän henkilöstöpulan ja ikääntyvän väestön kasvavan palvelutarpeen haastamina. Syntyvyys on ennätyskellisen pientä ja kuolleisuus vastaavasti ennätyskellisen suurta. Maan väkiluvun kasvu perustuu positiiviseen nettomaahanmuuttoon, ja alueiden väestökehitys jatkaa eriytymistään. Ikääntyneiden osuus on suurin alueilla, jotka väestöennusteen mukaan menettävät eniten väestöään. Alueellisten erojen lisäksi sosioekonomiset ja sukupuolten väliset erot esimerkiksi menetetyissä elinvuosissa ovat pysyneet suurina. Eniten menetettyjä elinvuosia on alempiin tuloryhmiin kuuluvilla miehillä.

## Hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen jatkuu hyvinvointialueilla

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä vastuun siirtyminen 1.1.2023 kunnilta hyvinvointialueille sujui pääosin suunnitellusti. Siirtymävaiheessa alueet keskittyivät välttämättömiin tehtäviin. Maakunnallisten järjestäjien alueilla hyödynnettiin aiemmin muodostuneita päätöksenteon ja johtamisen rakenteita. Osa hyvinvointialueista organisoi palvelutuotannon pienempiin, maantieteellisiin alueisiin. Poliittisen päätöksenteon rakenteeksi on valikoitunut yleisimmin lautakuntamalli. Osa alueista on tunnistanut tarpeen työstää hallintorakenteita edelleen. Yhteistyöalueiden sopimuksia valmistellaan; Pohjois-Suomen sopimus on jo hyväksytty.

## Valtakunnalliset tavoitteet kirittävät hyvinvointialueita yhteistyöhön asiakas- ja potilastietojärjestelmiä uudistettaessa

Siirtymävaiheessa hyvinvointialueet keskittyivät varmistamaan tietojärjestelmien toimivuutta. Alueilla, joilla järjestäjien yhteistyö on ollut vähäistä, on käytössä useita asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Niiden yhtenäistäminen on kuitenkin edennyt ja sähköisten palvelujen kehittäminen eri asiakasryhmille jatkunut. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien uudistamisessa hyvinvointialueiden on mahdollista saada synergiahyötyjä yhteistyöaluetasoisesta hankintayhteistyöstä valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti.

## Palveluverkon uudistamisella tuetaan yhdenvertaista palvelujen saavutettavuutta ja talouden hallintaa

Palveluvalikoimaa ja -kriteereitä sekä asiakasmaksuja on yhtenäistetty. Yhdenmukaistaminen on lähtenyt liikkeelle lakisääteisistä maksuista sekä palveluista, joiden asiakasmäärät ovat suuret. Palveluverkon nykytilaa on kartoitettu valtaosassa maata, mutta varsinainen uudistamistyö ajoittuu tuleville vuosille. Uudistamista ohjaavat hyvinvointialueiden strategiset tavoitteet ja talouden reunaehdot. Maakunnallisten järjestäjien alueilla palveluverkkoja ja -kanavia on kehitetty jo pidempään.

## Hoito- ja palveluvelka sekä henkilöstöpula haastavat palvelujen oikea-aikaista saatavuutta

Henkilöstöpula sekä koronavuosien aikana syntynyt hoito- ja palveluvelka ovat vaikeuttaneet monin paikoin sekä perus- että erityistason palvelujen oikea-aikaista saatavuutta. Ikääntyneiden pääsy kotihoitoon ja asumispalveluihin on vaikeutunut. Vaiheittain tiukentuvat henkilöstömitoitukset ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoivassa ovat johtaneet paikoin hoivapaikkojen vähentämiseen. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa hoitotakuu tiukkenee vaiheittain samalla kun terveystieteiden lääkäri- ja sairaanhoitajien määrät vähenevät. Ongelmat perustasolla ovat johtaneet monilla alueilla päivystysten kuormittumiseen. Erikoissairaanhoidossa odotusaika kiireettömään hoitoon on pidentynyt ja leikkaustoimintaa on jouduttu paikoin supistamaan. Lasten ja nuorten psykiatrista hoitoa yli kolme kuukautta odottaneiden määrä on viisinkertaistunut kahden viime vuoden aikana. Lasten ja nuorten hyvinvointi on heikentynyt, ja lastensuojeluilmoitusten määrä on kasvanut. Lastensuojelussa lakisääteinen asiakasmäärä on ylittynyt useilla alueilla. Sosiaalihuollon palveluissa lakisääteisissä määrärajoissa ei ole kaikilta osin pysytty.

## Kansallisilla kehittämishankkeilla vahvistetaan palvelujen saatavuutta ja integraatiota

Käynnissä olevissa kansallisissa kehittämishankkeissa on edistetty uusien digitaalisten palvelujen sekä monialaisten ja -ammattilisten toimintamallien käyttöönottoa. Hallituksen tavoitteiden mukaisesti Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman alueellisissa kehittämishankkeissa on vahvistettu perustason palveluja ja siirretty painopistettä ehkäisevään työhön. Matalan kynnyksen palvelujen kehittämiseksi on pyritty vastaamaan haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden tarpeisiin. Suomen kestävä kasvun ohjelman kehittämishankkeissa parannetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja kustannusvaikuttavuutta hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa purkamalla.

## Palvelujen yhteensovittamista tarpeen edelleen vahvistaa

Hyvinvointialueiden kyky varmistaa, että strategiset integraatiotavoitteet saavutetaan, vaihtelee suuresti. Perus- ja erityistason horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio toteutuvat vielä pistemäisesti ja hajanaisesti useimmilla alueilla. Terveystieteiden hoidon jatkuvuus on heikentynyt, mikä vaikeuttaa integroidun palvelun tarpeen tunnistamista ja toteutumista. Moniammatillisuus on kuitenkin kehittyneintä terveydenhuollossa, lasten, nuorten ja perheiden palveluissa sekä ikääntyneiden palveluissa. Perhekeskukset ovat lisääntyneet alueilla, mikä parantaa monialaisten palvelujen saatavuutta. Yhdyspinnoilla ovat lisääntyneet myös muiden ikäryhmien yhteen sovitettut palvelut.

Palvelujen yhteensovittamista vaikeuttavat edelleen sektorimainen ajattelu, erilaiset organisaatiokulttuurit sekä professioiden väliset näkemyserot. Uudellamaalla integraatiota haastavat muuta maata suurempi järjestäjien määrä sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmät. Integraation mahdollistava organisaatiokulttuuri on valtakunnallisen tavoitteen saavuttamisen edellytys.

## Hyvinvointialueet aloittivat alijäämäisillä talousarvioilla ja sopeuttamissuunnitelmien työstämisellä

Kuntien järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten kasvua ovat hillinneet viime vuosina myönnettyt korona-avustukset. Ilman korona-avustuksia kustannukset olisivat kasvaneet reaalisesti 14 prosenttia vuosina 2017–2021.

Vuoden 2023 alussa aloittaneiden hyvinvointialueiden talousarviot on laadittu pääosin alijäämäisiksi. Hyvinvointialueet ovat varautuneet tulevien vuosien talousnäkyymiin käynnistämällä toiminnan ja talouden sopeuttamistoimia. Henkilöstön palkkojen harmonisointi on toteutettu osassa hyvinvointialueita, mutta erityisesti hajanaisen järjestämisvastuun pohjalta rakentuneilla hyvinvointialueilla työ on vasta käynnistymässä.

Hyvinvointialueet jatkavat sairaanhoitopiirien ja kuntien käynnistämiä investointeja, joten sairaalarakentaminen jatkuu kiivaana myös tulevina vuosina. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämiseen liittyvillä investoinneilla luodaan edellytyksiä asiakkaiden sujuvalle asioinnille sekä vaikuttavuusperustelle johtamiselle.

# Väestö ja palvelutarve

## Syntyvyys ennätysmatalaa – kuolleisuus ja nettomaahanmuutto ennätysuurta

Suomessa oli Tilastokeskuksen ennakkotietojen mukaan vuoden 2022 lopussa 5 565 519 asukasta.<sup>1</sup> Väkiluvun hienoinen kasvu jatkui. Syntyneiden määrä väheni selvästi edellisestä vuodesta ja jäi itsenäisyyden ajan pienimmäksi. Kuolleisuus taas kasvoi sotienjälkeisen ajan suurimmaksi. Kuolleisuus on ollut syntyvyyttä suurempaa vuodesta 2016, ja kuolleita oli lähes 18 000 enemmän kuin syntyneitä. Vain Helsingissä, Vantaan ja Keravan sekä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueilla syntyneitä oli kuolleita enemmän. Näiden alueiden asukasluvua kasvatti lisäksi nettomaahanmuutto, joka nousi koko maan tasolla ennätysuureksi. Väkiluku kasvoi nettomaahanmuuton ansiosta lisäksi Keski-Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla, Pohjanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Suomen väkiluvun kasvu perustuu pelkästään positiiviseen nettomaahanmuuttoon.<sup>2</sup> Vieraskielisen väestön määrä ja väestöosuus kasvavat suomen- ja ruotsinkielisen väestön vähetessä. Muun kuin suomen-, ruotsin- tai saamenkielisen väestön väestöosuus on suurin Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella ja Helsingissä.

Kuolleisuuden merkittävä nousu vuonna 2022 käänsi vastasyntyneiden elinajanodotteen laskuun. Edellisen kerran elinajanodote väheni pojilla yhtä paljon 60 vuotta sitten ja tytöillä 65 vuotta sitten. Myös useimmissa muissa EU-maissa elinajanodote on kääntynyt laskuun Covid-19-pandemian vuosina.<sup>3</sup>

## Väestökehitys eriyttää alueita yhä enemmän

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan koko maan väestö kasvaa hieman vuoteen 2030 asti, mutta kääntyy laskuun vuonna 2034. Väestö vähenee voimakkaasti erityisesti Etelä-Savon, Kymenlaakson ja Kainuun hyvinvointialueilla. Näiden alueiden väestö on jo nykytilanteessa maan iäkkäintä, ja yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa näillä alueilla edelleen vuoteen 2030 mennessä eniten koko maassa. Sitä vastoin nuoremman väestön alueilla, erityisesti Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingissä, ikääntyneen väestön osuus kasvaa keskimääräistä vähemmän, vaikka lukumääräinen kasvu on suurta.

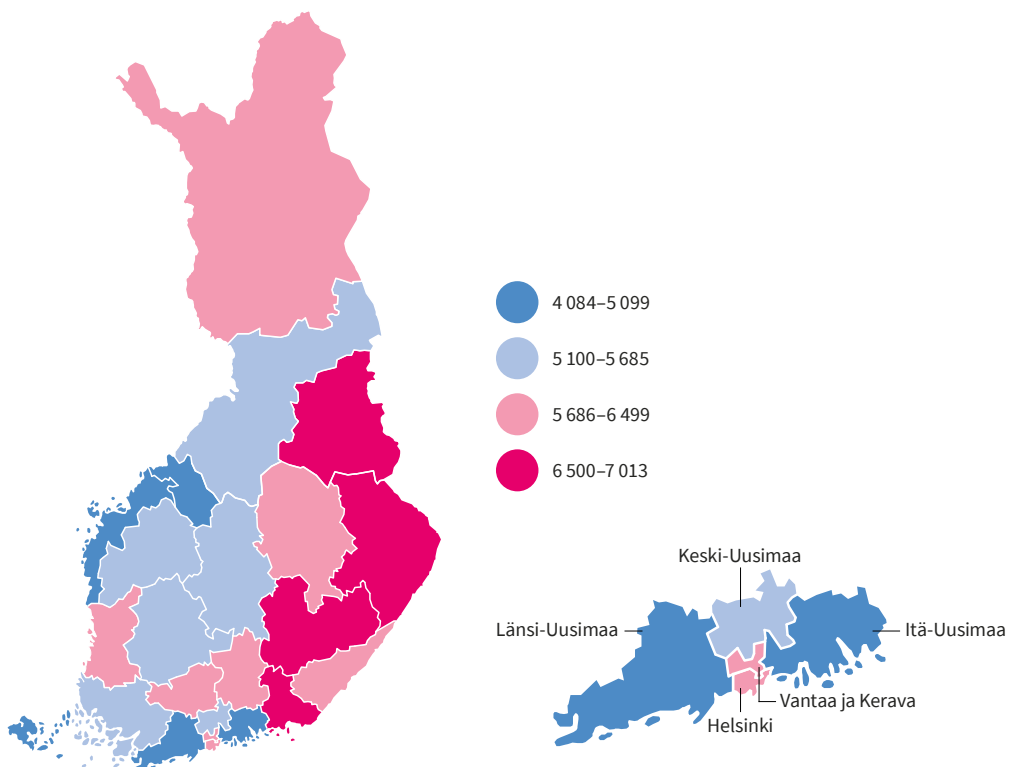
## Nuorten hyvinvointi heikentyi Covid-19-pandemian vuosina

Covid-19-pandemian aikana nuorten hyvinvointi on heikentynyt. Vuodesta 2019 vuoteen 2021 nuorten kokemus kohtalain tai vaikea ahdistuneisuus lisääntyi noin 50 prosenttia. Yläkoulun oppilaista ja lukio-laisista noin joka viides koki ahdistuneisuutta vuonna 2021. Tytöillä ahdistuneisuutta oli huomattavasti poikia useammin. Myös muissa EU-maissa nuorten mielenterveyden häiriöt lisääntyivät pandemian aikana.<sup>3</sup> Työttömyysaste nousi Covid-19-pandemian aikana selvästi vuonna 2020, mutta kääntyi laskuun vuonna 2021 ja jatkoi laskuaan vuonna 2022. Työttömien osuus työvoimasta painui pandemiaa edeltävälle tasolle. Toisaalta nuorisotyöttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys olivat vuoden 2022 lopussa edelleen korkeammalla tasolla kuin ennen pandemiaa.<sup>4</sup>

## Vältettävissä olevassa kuolleisuudessa suuria eroja alueiden ja sosioekonomisten ryhmien välillä

Väestön enneaikainen kuolleisuus on vuoteen 2021 ulottuvassa tarkastelussa vähentynyt koko 2000-luvun. Alueelliset erot ovat kuitenkin suuria. (Kuvio 1) Enneaikainen kuolleisuus on suurinta itäisen Suomen alueilla, joissa myös sairastavuus on suurinta. Toisaalta erityisesti Uudenmaan alueista Helsingissä sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella väestön muuta maata vähäisempi sairastavuus yhdistyy keskimääräistä suurempaan enneaikaiseen kuolleisuuteen. Tämä kertoo sekä hyvä- että huono-osaisuuden kasautumisesta erityisesti pääkaupunkiseudulla. Alue-erojen lisäksi sosioekonomiset ja sukupuolten väliset erot menetetyissä elinvuosissa ovat merkittäviä. Selvästi eniten menetettyjä elinvuosia on alempiin tuloryhmiin kuuluvilla miehillä.<sup>5</sup>

Kuvio 1. Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta



▲ Kartassa esitetään PYLL-indeksi hyvinvointialueittain. PYLL-indeksi ilmaisee ennen 80:aa ikävuotta tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000:ta asukasta kohti. Indeksissä näkyvät erityisesti sellaiset terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat, jotka lisäävät kuoleman riskiä nuoremmista ikäryhmissä. Mitä korkeampi alueen PYLL-indeksin lukema on, sitä enemmän ja sitä nuorempina ihmiset kuolevat. Indeksien laskennassa on käytetty vuosien 2019–2021 kuolemantapauksia.



# Hyvinvointialueiden hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

## Hyvinvointialueiden aikakauteen ponnistettiin hyvin erilaisista lähtökohdista

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi 1.1.2023 kunnilta kahdeksankymmenelle yhdelle hyvinvointialueelle.<sup>6</sup> Uudellamaalla järjestämisvastuu jakautui neljälle hyvinvointialueelle, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle.<sup>7</sup> Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi perustettiin HUS-yhtymä. HUS-järjestämissopimuksen, jossa sovitaan järjestämisen työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta, odotetaan valmistuvan kevään 2023 aikana. Valtakunnallisesti ainut järjestämisvastuun säilyttänyt kuntatoimija oli Helsingin kaupunki, joka järjestää ja tuottaa myös osan erikoissairaanhoidon palveluista.<sup>7</sup>

Sote-uudistuksen keskeisenä tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, yhteentoimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa.<sup>6</sup> Uudistuksen toimeenpano eteni pääosin suunnitellusti, mutta uudistuksen lähtökohdissa ja rakenteellisen muutoksen suuruudessa oli suurta alueellista vaihtelua. Maakunnalliset järjestäjät (8) edesauttoivat hyvinvointialueeksi siirtymistä. Järjestämisvastuun siirtymävalmistelut olivat mittavimmat alueilla, joilla järjestäminen oli aiemmin kuntaperusteista. Aikataulu- ja resurssitilanteen vuoksi hyvinvointialueet keskittyivät toimeenpanossa turvallisen siirtymän kannalta välttämättömiin tehtäviin, kuten työnantajavelvoitteiden täyttämiseen ja palvelutuotannon jatkuvuuteen.

## Hyvinvointialuestrategioiden työstöön osallistui laajasti eri tahoja

Hallintosäännöt ohjasivat organisaatorakenteiden ja johtamisjärjestelmien valmistelua. Hallintosääntöihin tehtiin päivityksiä vuoden mittaan. Osalla alueista rakenteita jatkotyöstetään vielä hyvinvointialueen aloitettua toimintansa.

Hyvinvointialuestrategiat hyväksyttiin lähes kaikilla alueilla. Niiden valmistelu pohjautui toimintaympäristöjen analyyseihin sekä eri sidosryhmien laajaan osallistamiseen. Suurimmalla osalla alueista palvelustrategia sisältyi hyvinvointialuestrategian kokonaisuuteen. Muilla alueilla eriytetysti laaditut palvelustrategiat ja strategioihin liittyvät mittarit valmistuvat vuoden 2023 aikana. Strategioiden toimeenpanoa tukevia ohjelmia valmisteltiin.

Hyvinvointialueiden muodostamien viiden yhteistyöalueen yhteistyösopimusten valmistelu on eri vaiheissa. Pisimmällä oli Pohjois-Suomen yhteistyöalue.

## Päätöksenteon ja johtamisen rakenteita pystytettiin vaihtelevassa tahdissa ja erilaisin ratkaisuin

Organisoituminen ja päätöksenteko käynnistyivät hyvinvointialueilla eri tahtiin. Lisäksi alueet päätyivät erilaisiin organisaatoratkaisuihin. Maakunnallisten järjestäjien päätöksenteon ja johtamisen rakenteita hyödynnettiin vaihtelevasti. Osittain oli vielä havaittavissa kuntakohtaista ajattelua sekä ratkaisuja, jotka mukailivat aikaisempien järjestäjien rakenteita. Yleisesti oli kuitenkin nähtävissä pyrkimystä vahvistaa

palvelujen yhteensovittamista. Järjestämisenäkökulma ilmeni organisaattiorakenteissa vaihtelevasti. Poliittisen päätöksenteon rakenteeksi valikoitui yleisimmin lautakuntamalli. Toimielinrakenteissa olivat vahvasti esillä erilaiset osallistumis- ja vaikuttamiselimet, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja yhdyspintatyö sekä turvallisuus ja tulevaisuus. Osa alueista vahvisti päätöksenteon rakenteita asettamalla erilaisia jaostoja ja neuvottelukuntia. Hyvinvointialueiden yhteinen pelastustoimen rakenne on perustettu Vantaan ja Keravan sekä Keski-Uudenmaan kesken.

Henkilöstöorganisaatiot rakentuivat eri tahdissa, ja osalla hyvinvointialueista työ oli siirtymävaiheessa vielä kesken. Johtoryhmien työskentely käynnistyi eri intensiteetillä resurssien puitteissa. Palveluja tuotavien toimialojen määrä vaihteli kahdesta (Etelä-Karjala) kahdeksaan (Pohjanmaa). Useimmiten operatiivinen tuotanto oli jaoteltu elinkaari- ja palvelupohjaisesti. Yleisimmin omiksi kokonaisuuksiksi oli organisoitu perhe- ja sosiaalipalvelujen, ikääntyneiden palvelujen sekä terveys- tai sairaalapalvelujen toimialat.

Osalla hyvinvointialueista johtamisjärjestelmään sisältyi läpileikkaavia prosessi- ja integraatiojohtamisen vastuita. Nähtävissä oli myös palvelutuotannon organisointia pienempiin, maantieteellisiin alueisiin, muun muassa Etelä-Pohjanmaalla. Lääketieteen, hoitotieteen ja sosiaalityön professiojohtajia oli nimetty osalla alueista.

## Asiakasmaksujen ja palvelukriteerien yhtenäistäminen eteni alueilla

Palveluvalikoimien, palvelukriteerien sekä asiakasmaksujen yhdenmukaistaminen tukee valtioneuvoston vahvistamaa valtakunnallista tavoitetta sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta.<sup>8</sup> Palvelukriteerien laajempi yhtenäistäminen käynnistyi palveluista, joiden asiakasmäärät ovat suuret. Hyvinvointialueet olivat edistäneet yhdenvertaisuutta yhtenäistämällä palvelujen myöntämiskriteerejä sekä järjestämällä keskitetysti eräitä palveluja. Vaikka palvelukriteerejä ja palveluvalikoimaa oli pitkälle yhdenmukaistettu, ei esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan osalta ollut kaikkien asumispalvelujen myöntämisperusteita päätetty. Pisimmällä yhdenmukaistamisessa oltiin maakunnallisten järjestäjien pohjalta rakentuneilla alueilla, kuten esimerkiksi Pohjois-Karjalassa.

Hyvinvointialueet yhdenmukaistivat asiakasmaksuja. Asiakasmaksut peritään asiakasmaksuasetuksen mukaisten enimmäismäärien mukaan eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta. Helsingin kaupunki ei peri terveyskeskuksen vastaanottopalveluista lainkaan asiakasmaksuja, ja Satakunnan hyvinvointialueella kotihoidon arviointikäynti on maksuton. Yhdenmukaistaminen eteni erityisesti lakisääteisissä asiakasmaksuissa. Työ harkinnanvaraisten maksujen osalta oli osin vielä kesken.

## Liikkeelle lähdettiin olemassa olevilla palveluverkoilla

Palveluverkon kehittämisen tilannekuva vaihteli suuresti hyvinvointialueittain. Osassa alueita palveluverkkoa ja -kanavia oli kehitetty jo pitkään, jolloin siirtymävaiheen muutostarpeet olivat enää pienehköjä. Toisaalta oli alueita, joissa palveluverkon suunnittelu ei ollut vielä käynnistynyt. Turvallisen siirtymän varmistamiseksi valtaosa hyvinvointialueista aloitti toimintansa olemassa olleella palveluverkolla.

Palveluverkon nykytilaa kartoitettiin eri puolilla maata, ja kehittämistä koskevat linjaukset olivat suurelta osin ajoittumassa vuoteen 2023. Tarkastelu kytkeytyi tiiviisti hyvinvointialueiden strategioihin ja resursseihin. Nähtävissä oli myös kytkös palveluvalikoimaltaan eritasoisten sote-toimipisteiden suunnitteluun. Muutamalla alueella uudistamista raamitti vahvasti pyrkimys lähipalvelujen turvaamiseen.

## Asiakas- ja potilastietojärjestelmien kirjo kuvastaa järjestäjien aluetason yhteistyötä

Järjestämävastuun siirtymävaiheessa alueilla keskityttiin varmistamaan tietojärjestelmien toimivuutta ja kriittisten tietojen oikeellisuutta. Erilaisiin riskeihin, kuten rahaliikenne- ja palkanmaksuongelmiin, varauduttiin.

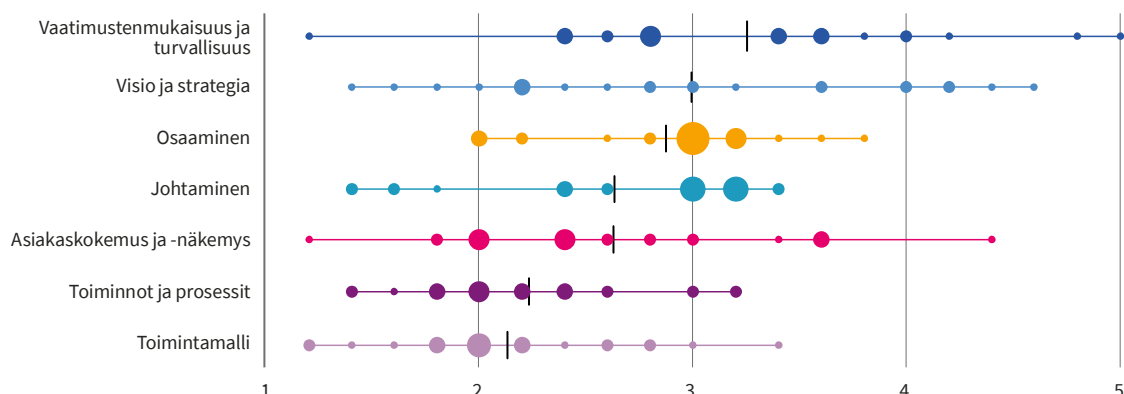
ICT-valmistelut etenivät pääsääntöisesti pidemmälle alueilla, jotka rakentuivat maakunnallisten järjestäjien pohjalta. Toimialasidonnaisten järjestelmien osalta eniten valmisteltavaa oli Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella ja ICT-infran osalta Pohjanmaalla sekä Keski-Pohjanmaalla.<sup>9</sup>

Tietojärjestelmiä yhtenäistettiin ja uusittiin, mutta hyvinvointialueiden tiedonhallintaympäristö koostui vielä pääosin kuntien tai kuntayhtymien tietojärjestelmistä. Eniten sähköisiä asiointisovelluksia oli Varsinais-Suomessa (405) ja vähiten Itä-Uudellamaalla (33).<sup>10</sup> Etäasiointia käsitellään kappaleessa "Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus". Alueilla, joilla järjestäjien yhteistyö on ollut vähäistä, oli vielä käytössä useita asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Sosiaalihuollon tietojärjestelmiä yhtenäistettiin muun muassa Etelä-Pohjanmaalla sekä Kanta-Hämeessä.

Hyvinvointialueiden digitaalisten sote-palvelujen kypsytydestä tuottaa digitaalisia palveluja on muodostettu tilannekuva. Pisimmälle hyvinvointialueet olivat kehittäneet digitaalisten palvelujen vaatimustenmukaisuutta ja turvallisuutta. Valtakunnallisesti eniten kehitettävää oli digitaalisten palvelujen tuottamisen toimintamalleissa sekä toiminnoissa ja prosesseissa. Digitaalisten palvelujen kypsyystasoa kuvaavissa osa-alueissa oli suurta alueellista vaihtelua.<sup>10</sup> (Kuvio 2)

ICT-investoinneissa tulevien vuosien merkittävimmät hankkeet liittyvät sähköisten asiointipalvelujen, tietojärjestelmien ja tietojohdamisen kehittämiseen. Valtakunnallisena pitkän aikavälin tavoitteena on, että merkittävät tietojärjestelmät toteutetaan yhteistyöalueiden tasolla.<sup>8</sup> ICT-investoinnit painottuivat hyvinvointialueiden investointisuunnitelmissa.

Kuvio 2. Hyvinvointialueiden oma arvio digitaalisten palvelujen kypsyystasosta syksyllä 2022



▲ Kuviossa esitetään 21 hyvinvointialueen ja Helsingin kaupungin oma arvio digitaalisten palvelujen kypsyystasosta osa-alueittain asteikolla 1–5. Pystypylväät kuvaavat maan keskiarvoa. Mitä pienempi arvo on, sitä enemmän osa-alueessa on kehitettävää. Pallot kuvaavat yksittäisiä hyvinvointialueita. Pallo on sitä suurempi, mitä useampi hyvinvointialue on saanut saman arvon. Pienin pallo vastaa yhtä hyvinvointialuetta ja suurin pallo seitsemää hyvinvointialuetta. Tiedot on saatu hyvinvointialueilta syys-lokakuussa 2022. Tiedot on haettu THL:n ylläpitämän Hyvinvointialueiden digitaaliset sosiaali- ja terveyspalvelut -raporttityökalun tulokset.

# Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

## Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa syvenevän henkilöstövajeen keskellä

Hyvinvointialueille siirtyi vuoden 2023 alusta lähes 200 000 työntekijää kunnista ja kuntayhtymistä. Samalla toteutui maan historian suurin liikkeenluovutus. Toimintansa aloittaneiden hyvinvointialueiden keskeinen tehtävä syksyllä 2022 oli varmistaa palvelujen ja henkilöstön turvallinen siirtyminen hyvinvointialueille. Henkilöstön siirtyminen hyvinvointialueiden työntekijöiksi sujui alueiden arvion mukaan alkuvaiheessa hyvin, eikä esimerkiksi palkanmaksuissa havaittu suuria ongelmia.<sup>11</sup>

Hyvinvointialueiden merkittävimpiä haasteita heti toiminnan alkuvaiheessa on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön heikko saatavuus. Saatavuusongelmat syvenivät edelleen vuoden 2022 aikana. Ammattibarometrin mukaan kaikilla alueilla on vajetta useimmista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä.<sup>12</sup> Erityisen hankala tilanne on psykiatrien ja psykologien saatavuudessa. Myös sosiaalityöntekijöiden saatavuustilanne on jatkunut vaikeana. Lähivuosina rekrytointihaasteita kasvattaa henkilöstön poistuma, sillä julkisella sektorilla työskentelevästä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä noin joka viides eli noin 44 000 henkilöä siirtyy vanhuuseläkkeelle vuoteen 2030 mennessä. Eläköityvien osuus sote-työvoimasta nousee joillakin alueilla noin kolmasosaan, kun mukaan lasketaan myös työkyvyttömyys- ja osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyvät. Suurista ammattiryhmistä erityisesti lähihoitajien eläköityminen on voimakasta.<sup>13</sup>

## Terveyskeskusten lääkärivaje syveni

Lääkäriliiton syksyllä 2022 tekemän selvityksen mukaan terveyskeskusten lääkärivaje oli hieman suurentunut edellisvuodesta. Noin kahdeksan prosenttia vakansseista oli täyttämättä. Alueiden väliset erot olivat suuria. Vaikein tilanne oli Pohjois-Karjalassa, jossa noin kolmasosa lääkärintehtävistä oli hoitamatta.<sup>14</sup> Lääkärivaje vaikeuttaa hyvinvointialueiden mahdollisuuksia noudattaa perusterveydenhuollon hoitokuuta, joka tiukkenee kahteen viikkoon syyskuussa 2023. Terveyskeskusten hammaslääkärivaje on Hammaslääkäriliiton selvityksen mukaan kasvanut selvästi. Lähes joka kymmenes hammaslääkärivirka oli täyttämättä vuonna 2022, ja vaje on nopeasti lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2020.<sup>15</sup>

## Kotihoidon henkilöstön riittävydessä yhä suurempia haasteita

Vanhuspalvelulain henkilöstömitoituksen asteittaisen nostamisen myötä ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan henkilöstön määrä on kasvanut. Syksyllä 2022 noin kolmasosa yksiköistä täytti joulukuussa 2023 voimaan tulevan henkilöstömitoituksen, joka on 0,7 työntekijää asiakasta kohden. Merkittävä osa ikääntyneiden palvelujen rekrytoinneista kohdentuikin ympärivuorokautiseen hoivaan. Sitä vastoin kotihoidon rekrytoinnit vähenivät ja kotihoidon asiakkaiden luokse tehdyt käynnit kääntyivät ennakkotietojen mukaan laskuun, mikä viittaa kotihoidon henkilöstövajeen kärjistymiseen.<sup>16</sup>

Ikääntyneiden palveluissa työskentelevän sote-henkilöstön määrä lisääntyi hoiva-avustajien ammattiryhmässä, mutta lähi- ja sairaanhoitajien määrä pysyi ennallaan. Vanhuspalvelulain muutosten lisäksi lastensuojelulain muutokset edellyttävät hyvinvointialueilta toimenpiteitä. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden asiakasmäärä rajataan korkeintaan 30 asiakkaaseen vuoden 2024 alusta, mikä lisää sosiaalityöntekijöiden rekryointihaasteita.

## Ulkomaisen työvoiman rekrytointi laajenee

Yhtenä ratkaisukeinona heikkenevään sote-henkilöstön saatavuuteen on esitetty ulkomaisen työvoiman rekrytoinnin lisäämistä. Yleislääkärien, hammaslääkärien ja lähihoitajien ammattiryhmissä noin joka kymmenes työntekijä on ulkomaalaistaustainen. Toisaalta muista suurista ammattiryhmistä sairaanhoitajista vain noin kolme prosenttia ja sosiaalityöntekijöistä noin prosentti on ulkomaalaistaustaisia. Useilla alueilla on käynnistetty tai ollaan käynnistämässä ulkomaisen työvoiman rekryointihankkeita erityisesti ikääntyneiden palvelujen henkilöstövajeen helpottamiseksi. Rekrytoitavat sijoittuvat useimmiten lähihoitajan tai hoiva-avustajien tehtäviin. Työ- ja elinkeinoministeriön selvityksen mukaan ulkomailta tehtävä rekrytointi voi ratkaista saatavuusvajetta vain osin.<sup>17</sup> Kotimaisen rekrytoinnin edistämisessä oppilaitosyhteistyö on keskeistä.

## Henkilöstöhyvinvointi strategioiden kärjessä

Hyvinvointialueet ovat strategioissaan nostaneet henkilöstön pito- ja vetovoiman vahvistamisen yhdeksi strategiseksi kulmakiveksi. Alueet aikovat panostaa henkilöstön työhyvinvointiin ja osaamisen kehittämiseen sekä lisätä työn joustavuutta. Myös palkkausjärjestelmiä kehitetään palkitsevammiksi, ja palkkojen harmonisointi nostaa kunkin ammattiryhmän alimpia palkkoja.

# Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

## Järjestämislaki sekä valtakunnalliset tavoitteet edellyttävät integraatiota

Hyvinvointialueet vastaavat asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi. Niiden on myös tunnistettava yhteen sovitettuja palveluja tarvitsevat asiakasryhmät ja määriteltävä palveluketjut ja -kokonaisuudet. Palveluja on yhteensovittettava myös kuntien ja valtion sekä muiden toimijoiden kanssa.<sup>18</sup> Valtioneuvoston tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle varmistavat strategisen tason tukea integraation lisääntymiselle.<sup>19</sup>

## Rakenteet ja strategiset linjaukset mahdollistavat integraatiota

Hyvinvointialueiden rakenteellinen integraatio on toteutunut 1.1.2023 alkaen. Aluevaltuustot ja -hallitukset vastaavat järjestämislain mukaisesta palvelujen yhteensovittamisesta. Alueiden organisaatiot ovat muotoutuneet osin perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon professioiden mukaan, mutta osalla on myös yhteensovittamista edistäviä toimi- ja palvelualueita.

Integraatiovastuuta on määritelty myös alueiden hallintosäännöissä. Suurin osa on jakanut vastuuta aluehallituksen lisäksi muille toimielimille sekä esihenkilöille. Alueiden välillä on kuitenkin merkittäviä eroja siinä, kuinka usealle hallinnon tasolle vastuu on jakautunut. Hyvinvointialueista muutamalla on perustaneet integraatiosta vastaavan viran tai yksikön.

Pääsääntöisesti kaikki hyvinvointialuestrategiat sisältävät ajatuksen asiakkaan tarvelähtöisestä palvelujen yhteensovittamisesta; se voi olla strategiassa esimerkiksi tavoitteena tai menestystekijänä. Strategioissa korostuu selkeästi yhdessä tekemisen teema organisaation sisällä sekä yhdyspinnoilla. Muutama alue on asettanut myös monialaisen yhteistyön seurantaindikaattorit. Osa vuoden 2023 talous- ja toimintasuunnitelmista sisältää jo käytännön tason integroivia toimenpiteitä, jotka on suunnattu esimerkiksi paljon palveluja tarvitseville asiakkaille. Muutamilla alueilla on käynnistynyt esihenkilöiden ja henkilöstön valmennusohjelmia, joissa kehitetään yhteensovittavaa johtamista tai edistetään moniammatillista työn tekemisen toimintakulttuuria. Integraation toteutuminen vaatii vahvan johdon tuen lisäksi myös eri ammattiryhmien välistä vuorovaikutusta sekä saumatonta yhteistyötä.

## Integraation tavoitetasoa ei vielä saavutettu – pisimmällä ollaan terveydenhuollon palveluissa

Palvelujen integraation taso vaihteli hyvinvointialueilla vielä paljon. Maakunnallisten järjestäjien valmisteluvastuulla olleet hyvinvointialueet hyötyivät siitä, että integraatiota oli jo aiemmin kehitetty pitkäjänteisesti ja monet integraatiokäytänteet olivat ehtineet hioutua palvelujärjestelmässä. Muita hyvinvointialueita paremmasta lähtötilanteesta huolimatta myös näillä alueilla ilmeni kuitenkin vajeita integraatiossa, ja erityisesti peruspalvelujen ja erityispalvelujen välisiä hoitoketjuja on vielä kehitettävä. Muilla hyvinvointialueilla integraatiota edistettiin laatimalla yhdenmukaistavia suunnitelmia ja järjestämällä malleja pilotoivia hankkeita.

Kaikilla hyvinvointialueilla integraatio oli kehittyneintä terveydenhuollon palveluissa.<sup>20</sup> Integraatiota varmistivat usein järjestämissuunnitelmiin perustuvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset hoitoketjut. Hoitoketjujen määrä, laatu ja käyttö vaihtelivat vielä paljon, ja päivittäminen oli ajoittaista. Alueilla otettiin käyttöön erilaisia konsultaatiomalleja ja integraation toteuttamista tukevia sähköisiä järjestelmiä.

Tavoitteiden mukaisen palveluintegraation saavuttaminen kestää suurella osalla hyvinvointialueista vielä pitkään, ja se näkyy vaihteluna asiakkaiden yhdenvertaisuudessa ja palvelujen laadussa. Ratkaisevaa integraation varmistamisessa on hyvien käytänteiden juurruttaminen ja seuranta. Palveluintegraation vaikuttavuutta tulee arvioida ja myös päivittää vastaamaan tulevaa palvelutarvetta.

## Palveluissa monialaisuus lisääntyi – yhdyspintojen potentiaalia vielä hyödyntämättä

Hyvinvointialueilla ikääntyneiden sekä lasten, nuorten ja perheiden palveluiden integraatio oli jo osittain monialaista.<sup>20</sup> Ikääntyneiden palvelujen kehittämisen taustalla vaikutti I&O-kärkihanke, jossa aloitettu integraation kehittäminen jatkui alueilla. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen integroimista tuki LAPE-muutosohjelman siltaaminen osaksi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa. Alueilla perustettiin uusia perhekeskuksia, mikä lisäsi moniammatillisia ja -alaisia palveluja. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa kehitettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä vastaanotto- ja konsultaatiotoimintaa, asiakasohjausta ja yhteistyötä sosiaalihuollon palvelujen välillä. Yhteistyö myös työllisyshoidon ja sivistystoimen palvelujen kanssa lisääntyi.<sup>21</sup> Hanke vahvisti sosiaali- ja terveyskeskuksien toimintaa ja haastoi samalla muita tahoja kehittämään valmiuttaan palvelujen yhteensovittamiseen.

Syksyllä 2021 vain muutamalla hyvinvointialueella oli käytössä yhteinen toimintamalli, jolla arvioidaan työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeita, ja hieman useammalla alueella malli oli kehitteillä.<sup>21</sup> Kelan kanssa tehtävä yhteistyö vahvistui alueilla, ja lähtökohdat ympäristöterveydenhuollon kanssa tehtävälle yhteistyölle olivat hyvät.<sup>20,22</sup> Alueiden moniammatillisten ja monialaisten toimintamallien intensiivisestä kehittämisestä huolimatta niistä vielä suuri osa odotti valmistumista tai käyttöönottoa.<sup>20</sup>

Eri asiakassegmenttien yhdyspintojen rakentaminen jatkunee alueilla vielä pitkään. Palvelukokonaisuuksien tunnistamisessa sekä palveluketjujen rakentamisessa ja käyttöönotossa edetään alueilla eri tahtiin.



## Hoidon jatkuvuus heikentyi

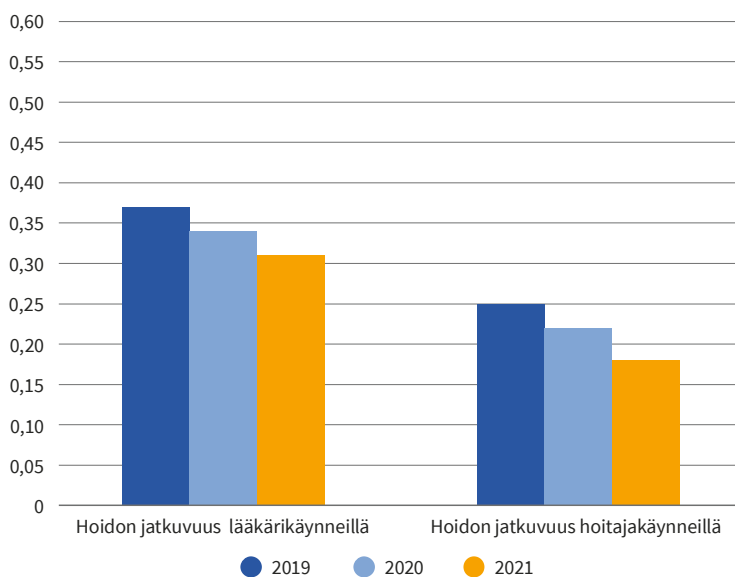
Asiakkaan hoidon jatkuvuus edistää perustason sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiota. Erityisesti paljon palveluja ja hoitoa tarvitsevat hyötyvät pitkäaikaisesta hoitosuhteesta, esimerkiksi omasta hoitaja-lääkäri-työparista tai moniammatillisesta tiimistä. Valtakunnallisesti perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus (Kuvio 3) on parin vuoden aikana selvästi heikentynyt, ja monisairas asiakas käy entistä useamman eri ammattilaisen luona.

Pitkäaikaissairaiden (astma, diabetes, keuhkohtaumatauti ja sydämen vajaatoiminta) avohoito on kehittynyt ja osastohoito vähentynyt viime vuosina. Hyvinvointialueiden välillä on ollut kuitenkin suuriakin eroja. Etelä-Karjalassa oli eniten osastojaksoja sydämen vajaatoiminnan vuoksi, lähes kaksinkertainen määrä verrattuna koko maahan. Astman avohoito onnistui parhaiten Päijät-Hämeen alueella.

Vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavat palasivat takaisin sairaalaan aiempaa harvemmin kotiutumisansa jälkeen. Edelleen on kuitenkin hyvinvointialueita, joilla tilanne on ollut päinvastainen. Kuukauden sisällä osastolle palanneiden potilaiden osuudet lisääntyivät etenkin Kainuussa ja Lapissa. Kehityssuunta kuvastaa, että näillä alueilla on tarpeen vahvistaa palvelujen integraatiota.

Integraation heikkoa tasoa kuvastavat myös kotihoidon asiakkaiden pitkittyneet hoitajaksot sairaalassa. Vakava henkilöstöpula ikäihmisten palveluissa on vaikeuttanut tilannetta vielä lisää. Koko maan tasolla tämä näkyi myös 75 vuotta täyttäneiden lisääntyneinä perusterveydenhuollon päivystyskäynteinä.

**Kuvio 3. Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa**



▲ Continuity of Care -indeksi (COCI) ilmaisee potilaan ja ammattihenkilön välisen hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen keskimääräistä jatkuvuutta monisairailta asiakkailla. Monisairaita katsotaan ne asiakkaat, joilla on rekisteritiedoissa vähintään kaksi eri sairausryhmään kuuluvaa pitkäaikaissairautta. Indeksillä kuvaa sitä, tapaako asiakas yleensä saman tai samat ammattihenkilöt vai onko vastaanottava henkilö useimmiten eri. Arvo 0 merkitsee, että asiakas on kaikilla käynneillä tavannut eri ammattihenkilön (ei jatkuvuutta), ja arvo 1 merkitsee, että ammattihenkilö on ollut kaikilla käynneillä sama (täydellinen hoitosuhteen jatkuvuus).

## HUS-yhtymä tukee integraation toteutumista

Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden perustamassa HUS-yhtymässä erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisen vastuista ja yhteistyöstä sovitaan järjestämissopimuksella. HUS-yhtymä vastaa myös yliopistosairaalan palveluista Etelä-Suomen yhteistyöalueella.

HUS-yhtymän organisaatio ja strategia tukevat integraatiota vahvasti. Yhtymähallitus vastaa palvelujen yhteensovittamisesta ja lähipalvelu- ja integraatiolautakunta palveluintegraation tavoitteista. HUS-yhtymällä on lukuisia yhdyspintoja, joiden toimintaa yhtymä varmistaa asiakkuudenhallintayksikön avulla.<sup>23</sup> Strategia painottaa palvelujen integroimista asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi.<sup>24</sup> HUS on rahoittanut jo vuosien ajan alueellisia integraatiohankkeita, mikä näkyy sähköisten palvelujen, mobiilipalvelujen ja hoitoketjujen lisääntymisenä alueella. Hoitoketjut vaihtelevat hyvinvointialueittain, mikä heikentää asiakkaiden yhdenvertaisuutta. Integraation toteutumista haastaa sekä Uudellamaalla että yhteistyöalueella järjestäjien suuri määrä sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmien hajanaisuus. Vahvojen alueellisten rakenteiden avulla HUS-yhtymä mahdollistaa palvelujen seurannan sekä palvelutarpeiden ennakkoinnin myös integraation kehittämistä varten.

# Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

## Kansallisissa hankkeissa on edistetty palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta

Hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää.<sup>25</sup> Hyvinvointialuestrategian osana olevassa palvelustrategiassa asetetaan tavoitteet saatavuudelle ja saavutettavuudelle.<sup>25</sup>

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman (2020–2023) alueellisilla kehittämishankkeilla on hallituksen tavoitteiden mukaisesti vahvistettu perustason palveluja ja siirretty painopistettä ehkäisevään työhön.<sup>26</sup> Suomen kestävä kasvun ohjelman yhtenä tavoitteena on purkaa Covid-19-pandemian aiheuttamaa hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa parantamalla palvelujen saatavuutta ja kustannusvaikutavuutta.<sup>27</sup> Ohjelmissa on edistetty uusien digitaalisten palvelujen sekä monialaisten ja -ammattillisten toimintamallien käyttöönottoa. Hoitoon pääsyä, erityisesti perusterveydenhuoltoon, on pyritty nopeuttamaan. Lisäksi matalan kynnyksen palveluilla on pyritty vastaamaan haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten tarpeisiin.

Hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa Covid-19-pandemian aiheuttama hoito- ja palveluvelka sekä henkilöstöpula heikensivät edelleen palvelujen saatavuutta. Hyvinvointialueet käynnistyivät pääosin entisillä toimitiloilla, joten paikkaan sidottujen palvelujen saavutettavuudessa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia. Matka-ajassa mitattuna paras palvelujen saavutettavuus oli väestöltään suurilla eteläisen Suomen hyvinvointialueilla.<sup>28</sup> Palvelujen ja niiden myöntämisperusteiden yhtenäistäminen sekä palvelujen keskittäminen lisäsivät asiakkaiden yhdenvertaisuutta.

Viime vuosina palvelujen saatavuutta on parannettu lisäämällä ostopalvelutyövoimaa ja palvelusetelien käyttöä kautta maan. Yksittäisiä palveluja, palvelukokonaisuuksia ja toimipisteitä on myös ulkoistettu. Lisäksi saatavuutta ja saavutettavuutta on parannettu lisäämällä liikkuvia ja sähköisiä palveluja. Henkilöstöasioita käsitellään kappaleessa "Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys".

## Ruotsinkieliset ja saamenkieliset palvelut on turvattu lailla

Ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien turvaamiseksi kaksikielisten hyvinvointialueiden on tehtävä sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteistyösopimus, jonka laatimista Varsinais-Suomen hyvinvointialue koordinoi. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue tukee ruotsinkielisten ja Lapin hyvinvointialue saamenkielisten sote-palvelujen kehittämistä koko maassa.<sup>25</sup>

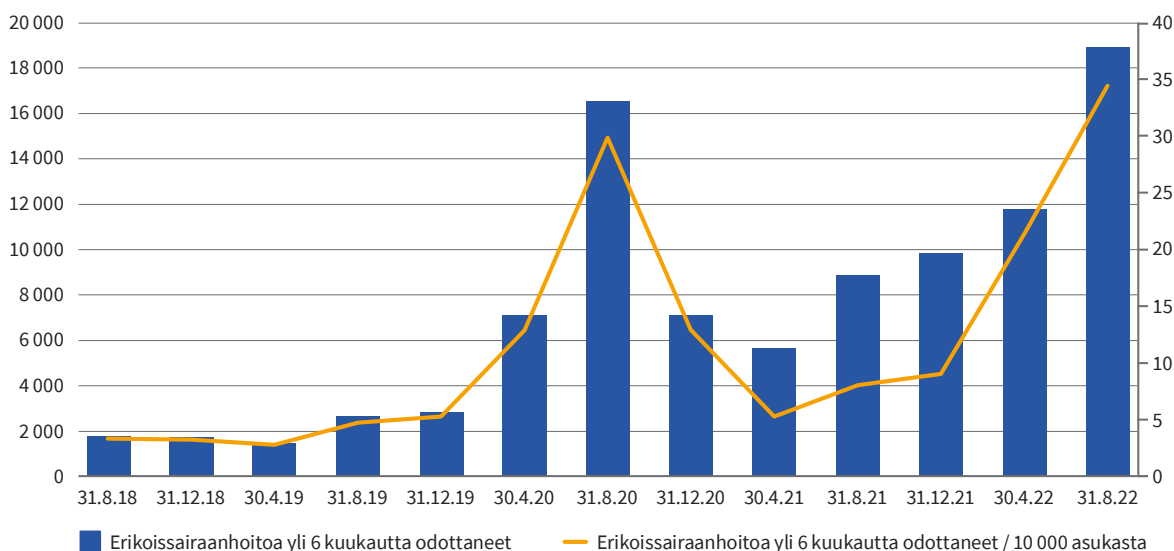
Saamen kieltä on oikeus käyttää saamelaisten kotiseutualueen kunnissa tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, Lapin hyvinvointialueella palveluissa, joita tuotetaan vain kotiseutualueen kuntien ulkopuolella sijaitsevilla toimintayksiköissä, sekä palveluissa, jotka hyvinvointialue on osoittanut kotiseutualueen kuntien asukkaiden käytettäväksi palvelujen saavutettavuuden perusteella.<sup>25</sup> Saamenkielisten ja saamen kulttuurin mukaisten palvelujen saatavuudessa oli edelleen puutteita.<sup>29</sup>

## Odotusaika erikoissairaanhoidon on pidentynyt

Elokuun 2022 lopussa yli 152 000 potilasta odotti pääsyä kiireettömään erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksiköihin tai sairaanhoitopiirien sairaaloihin.<sup>30</sup> Näistä jälkimmäiseen yli kuusi kuukautta odottaneita oli lähes 19 000, kun heitä vuotta aiemmin oli ollut yli puolet vähemmän (Kuvio 4). Eniten heitä oli kirurgialle (10 422), silmätaudeille (3 768) ja psykiatrialle (1 831). Suhteellisesti eniten yli puoli vuotta odottaneita oli Pohjois-Savon ja Pohjois-Karjalan ja vähiten Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä.<sup>30</sup>

Odotusajan mediaani (50 prosentin piste) suureni lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä vuodesta 2019 vuoteen 2020 ja edelleen vuoteen 2021. Kertyneen hoitovelan lisäksi tilannetta vaikeutti työmarkkinatilanne vuonna 2022, sillä työtaistelun pitkittyminen heikensi hoitohenkilökunnan saatavuutta. Se, että siirtyminen erikoissairaanhoidosta jatkohoitoa varten peruspalveluihin on hidastunut, on osin ruuhkauttanut päivystyksiä ja vuodeosastoja.

Kuvio 4. Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneet vuosina 2018–2022



▲ Kuviossa esitetään erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneiden lukumäärä ja määrä suhteutettuna 10 000 asukkaaseen 31.8.2018–31.8.2022. Tiedot perustuvat THL:n Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy -tietoihin. Luvut eivät sisällä perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksiköihin odottaneita.

## Alle puolet joutui odottamaan terveyskeskuslääkärin vastaanottoa yli viikon

Lokakuussa 2022 kiireettömistä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneistä 42 prosenttia toteutui yli viikon kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Osuus vaihteli paljon hyvinvointialueittain (27–68 %) (Kuvio 5).

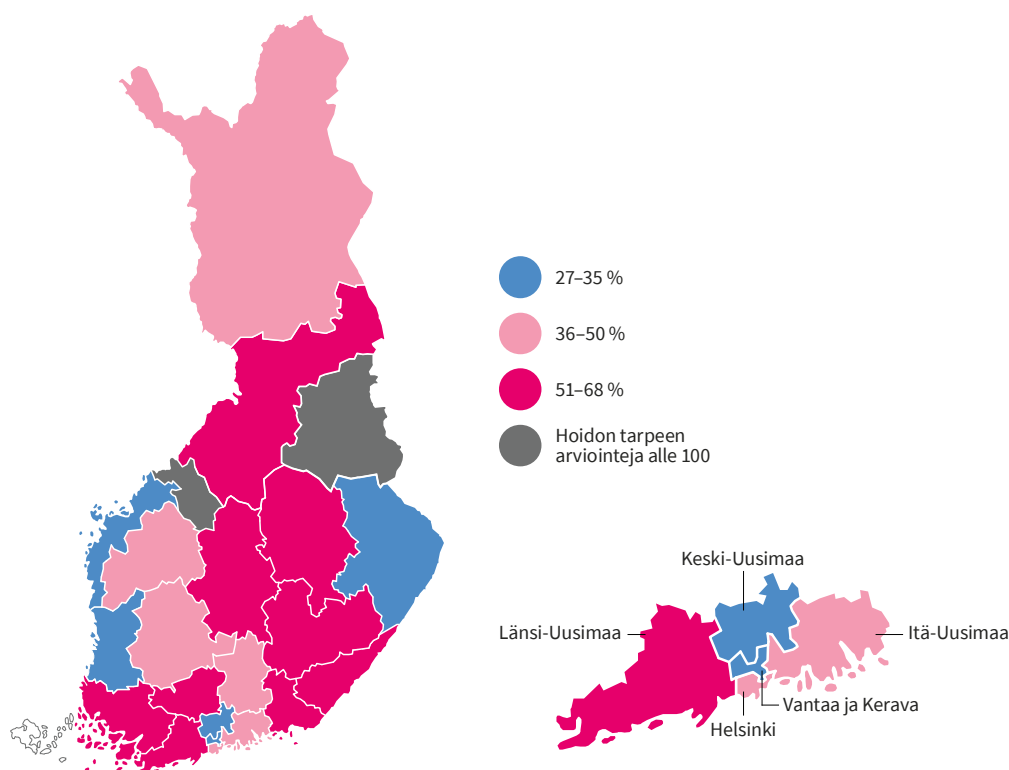
Kun myös etäasioinnit huomioidaan, niin käynneistä toteutui 44 prosenttia yli viikon kuluttua ja 33 prosenttia yli kahden viikon kuluttua. Sairaan- tai terveydenhoitajan vastaanotoista vain 10 prosenttia toteutui yli viikon kuluttua.<sup>31</sup> Lokakuussa 2022 hoitotakuaika (3 kk) ylittyi lääkärin vastaanotoissa harvoin

(0,6 %). Väestökyselyn mukaan vuonna 2020 joka viides koki saaneensa riittämättömästi lääkäripalveluja; tyytyväisimpiä oltiin Pohjois-Savossa, Etelä-Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla.<sup>32</sup>

Hammaslääkäripalveluja riittämättömästi koki saaneensa lähes joka neljäs, Kainuussa ja Helsingissä noin joka kolmas.<sup>32</sup> Lokakuussa 2022 kiireetön hammaslääkärin käynti toteutui 84 prosentissa kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Hoitotakuuaika (6 kk) ylittyi lokakuussa (4 %) useammalla kuin maaliskuussa (3 %).<sup>31</sup>

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa kehitettyjä hoitopäähäy parantavia toimintatapoja ei ollut vielä keväällä 2022 laajennettu kokonaisiin hyvinvointialueita koskeviksi, joten niiden vaikutus oli vielä pieni.<sup>33</sup>

**Kuvio 5. Avosairaanhoidon vastaanottokäyntien toteutumisen yli seitsemän päivän kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista lokakuussa 2022**

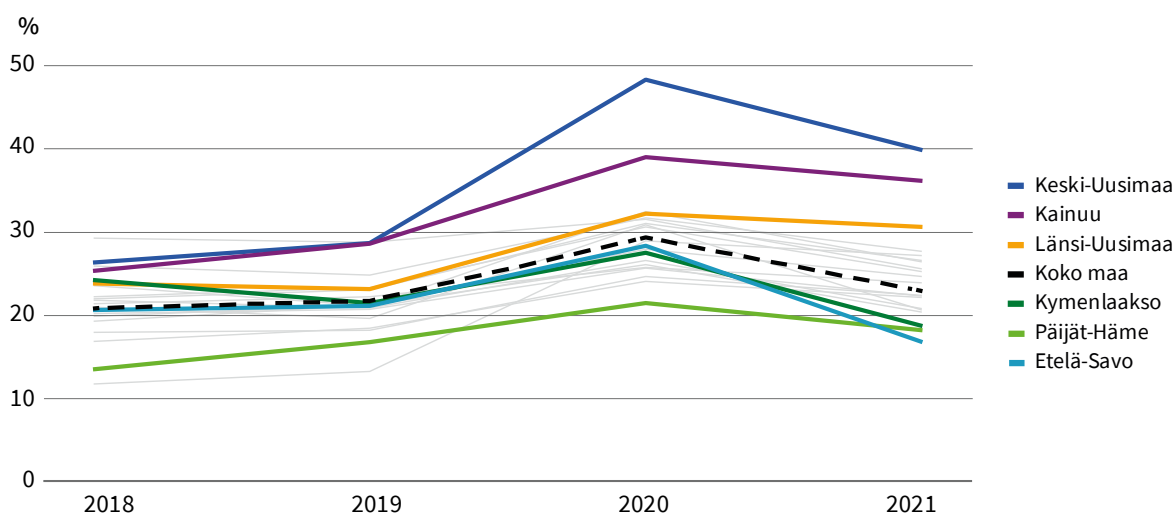


▲ Kartassa esitetään hyvinvointialueittain prosenttiosuudet perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärielle tehdyistä kiireettömistä käynneistä, jotka toteutuivat yli seitsemän päivän kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista lokakuussa 2022. Tietoja ei esitetä alueilta, joilla hoidon tarpeen arviointeja oli tehty alle sata. Tiedot perustuvat THL:n Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus -tietoihin (Avohilmo-tietoihin).

## Etäasioinnit ovat lisääntyneet viime vuosina – tavoitteeseen matkaa

Etäpalvelut ovat kehittyneet, laajentuneet ja yleistyneet merkittävästi, mutta palvelutarjonnassa on paljon vaihtelua hyvinvointialueittain.<sup>34, 31</sup> Sähköiseen asiointiin liittyy edelleen erilaisia esteitä ja käyttäjien huolia.<sup>34, 35</sup> Tavoite on, että vuonna 2025 kontakteista 35 prosenttia on etäasiointeja. Avohoidossa etäasioinnit lisääntyivät 8,4 miljoonasta 11,3 miljoonaan vuodesta 2018 vuoteen 2021, jolloin niiden osuus avohoidon käynneistä oli 23 prosenttia; alueellinen vaihtelu oli suuri (17–40 %). Etäasiointien osuus oli suurimmillaan vuonna 2020 (29 %), jolloin vastaanottotoimintoja oli supistettu Covid-19-pandemian vuoksi. (Kuvio 6)

**Kuvio 6. Etäasiointien osuus perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä hyvinvointialueittain ja koko maassa vuosina 2018–2021**



▲ Kuviossa on korostettu koko maan tieto sekä hyvinvointialueet, joilla osuudet olivat suurimmat tai pienimmät. Tiedot perustuvat THL:n Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus -tietoihin (Avohilmo-tietoihin).

Kuviossa ei ole Helsingin kaupungin eikä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen tietoja, sillä potilastietojärjestelmän vaihdoksen vuoksi Vantaan (v. 2019 alkaen), Helsingin ja Keravan (v. 2021 alkaen) tiedoissa on puutteita.

## Lastensuojeluilmoitukset yleistyneet ja henkilöstömitoitus tiukkenee

Lastensuojeluilmoitusten määrä kasvoi edelleen vuonna 2021, jolloin niitä tehtiin 8,6 prosentista alle 18-vuotiaita. Hyvinvointialueittain osuus vaihteli 6,2 prosentista 12,1 prosenttiin. Lähes kaikki (97 %) lastensuojelun palvelutarpeen arviot 1.10.2021–31.3.2022 aloitettiin määräajassa (7 arkipäivää), mutta pienempi osuus (92 %) valmistui määräajassa (3 kk). Molemmat määräajat ylittyivät useimmin Vantaan ja Keravan sekä Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueilla.

Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden puute koskee koko maata, mutta on osalla hyvinvointialueista erityisen vaikea, ja määräajoissa pysyminen on niissä heikentynyt. Lastensuojelulain mukaan lapsen asioista vastaavalla sosiaalityöntekijällä sai olla vastuullaan vuodesta 2022 alkaen enintään 35 lasta ja vuodesta 2024 alkaen 30.<sup>36</sup> Marraskuussa 2022 asiakasmäärä ylittyi noin puolella Pohjanmaan (54 %) ja Päijät-Hämeen (46 %) hyvinvointialueiden sosiaalityöntekijöistä.<sup>37</sup> Enimmäisasiakasmäärä ylittyi 15 hyvinvointialueella. Henkilöstöpulan takia joillakin alueilla on lastensuojelun sosiaalityötä ostettu yksityisiltä palveluntuottajilta.

## Huomattava osa asiakkaista piti saamiaan palveluja riittämättöminä

Koulukuraattorille ja kouluterveydenhoitajalle pääsyssä on ollut ongelmia. Vuonna 2021 joka kymmenes ei päässyt yrittämisestä huolimatta koulukuraattorin ja noin joka kahdeskymmenes kouluterveydenhoitajan vastaanotolle.<sup>38</sup> Tilanne vaihteli hyvinvointialueittain jonkin verran.

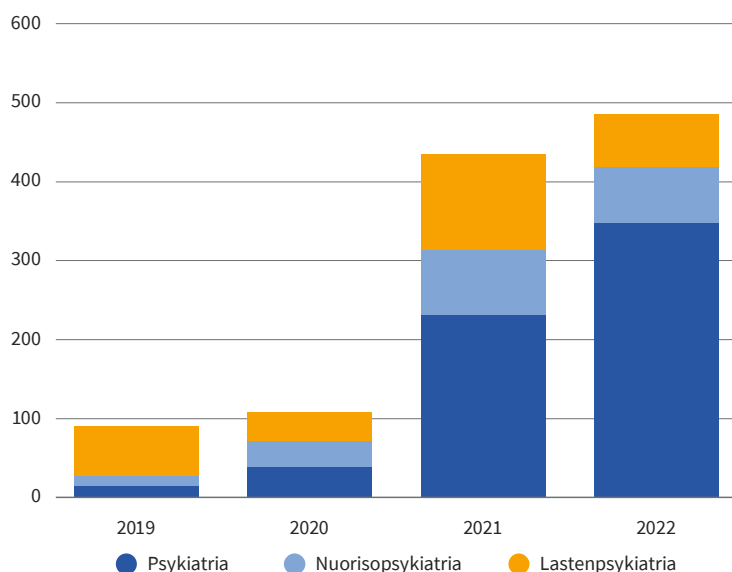
Vuoden 2020 väestökyselyn mukaan lapsiperhepalveluja tai vanhusten kotihoitopalveluja tarvinneista yli kolmasosa koki saaneensa niitä riittämättömästi ja sosiaalityön palveluja tai vammaispalveluja tarvinneista lähes puolet.<sup>32</sup> Kriittisin palaute palvelujen riittämättömyydestä tuli Helsingin, Keski-Suomen ja Kanta-Hämeen alueilta.

## Lasten ja nuorten psykiatrista hoitoa yli kolme kuukautta odottaneiden määrä viisinkertaistunut

Yli kolme kuukautta psykiatrian erikoisalojen hoitoon pääsyä odottaneiden alle 23-vuotiaiden määrä on viisinkertaistunut vuosiin 2019 ja 2020 verrattuna (Kuvio 7).

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat painottuneet erikoissairaanhoidon, vaikka asiakkaita on enemmän perusterveydenhuollossa, mikä kuvastaa nykyistä epätarkoituksenmukaista hoidon porrastusta. Vuonna 2020 potilaskäyntejä erikoissairaanhoidossa (käyntien mediaani 8) oli enemmän kuin perusterveydenhuollossa (käyntien mediaani 2). Palvelujen tarjonnassa ja käytössä on suuria alueellisia eroja esimerkiksi siinä, ohjataan 18–22-vuotiaat nuoriso- vai aikuispsykiatrilta.<sup>39</sup>

Kuvio 7. Yli kolme kuukautta psykiatrian erikoisalojen hoitoon pääsyä odottaneiden alle 23-vuotiaiden määrät vuosina 2019–2022



▲ Vuoden 2022 tiedot ovat marraskuun lopusta, muiden vuosien tiedot ovat joulukuun lopusta. Tiedot perustuvat THL:n Erikoissairaanhoidon hoitopääsy -tietoihin.

## Pääsy kotihoitoon ja asumispalveluihin on vaikeutunut

Ikääntyvän väestön kasvava palvelutarve, kertynyt palveluvelka ja henkilöstöpula ovat heikentäneet oikea-aikaisten ja tarpeen mukaisten palvelujen saatavuutta. Ympäri vuorokautisen hoivan paikkoja on jouduttu sulkemaan, ja pääsy kotihoitoon sekä asumispalveluihin on vaikeutunut.<sup>34</sup> Lakisääteinen määräaika ylittyi syyskuussa 2022 osalla ympärivuorokautiseen asumispalveluun odottaneista, ja lisäksi kotihoidon käyntejä oli ensimmäistä kertaa edellisvuotta vähemmän.<sup>40</sup>

Syyskuussa 2021 iäkkäät saivat ajan sosiaalityöntekijälle tai -ohjaajalle pääsääntöisesti alle seitsemässä arkipäivässä, viidellä hyvinvointialueella 9–14 arkipäivässä.<sup>33</sup> Asiakkaiden yhdenvertaisuutta edistää jatkossa RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotto kaikissa säännöllisissä iäkkäiden palveluissa.



# Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

## Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa suuria alueellisia eroja

Vuonna 2021 Manner-Suomen kuntien järjestämivastuulla olleen sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat 20,0 miljardia euroa\*, keskimäärin 3 620 euroa asukasta kohti (Kuvio 8). Asukaskohtaiset kustannukset vaihtelivat Länsi-Uudenmaan 2 970 eurosta Etelä-Savon 4 676 euroon. Kasvua edeltävästä vuodesta oli noin 500 miljoonaa euroa.\*\*

Nettokäyttökustannukset kasvoivat reaalisesti vuoden 2021 hintatason mukaan yhteensä 7,6 prosenttia vuosina 2017–2021. Viime vuosien aiempaa maltillisempaa kasvua selittävät muun muassa valtion myöntämät korona-avustukset. Ilman niitä nettokäyttökustannukset olisivat kasvaneet reaalisesti 14,4 prosenttia (Kuvio 9). Korona-avustusten vuoksi reaaliset nettokäyttökustannukset pienenivät erityisesti perusterveydenhuollon avohoidossa vuonna 2021 ja kasvoivat maltillisesti erikoissairaanhoidossa vuosina 2020–2021. Toiminnan supistukset vaikuttivat erityisesti suun terveydenhuollon toimintatuottoihin ja vammaispalvelujen toimintakuluihin vuonna 2020. Voimakkainta reaalisten nettokäyttökustannusten kasvu oli lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon avopalveluissa ja lastensuojelussa (24 %), mitä selittää kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleiden lasten määrän kasvu.

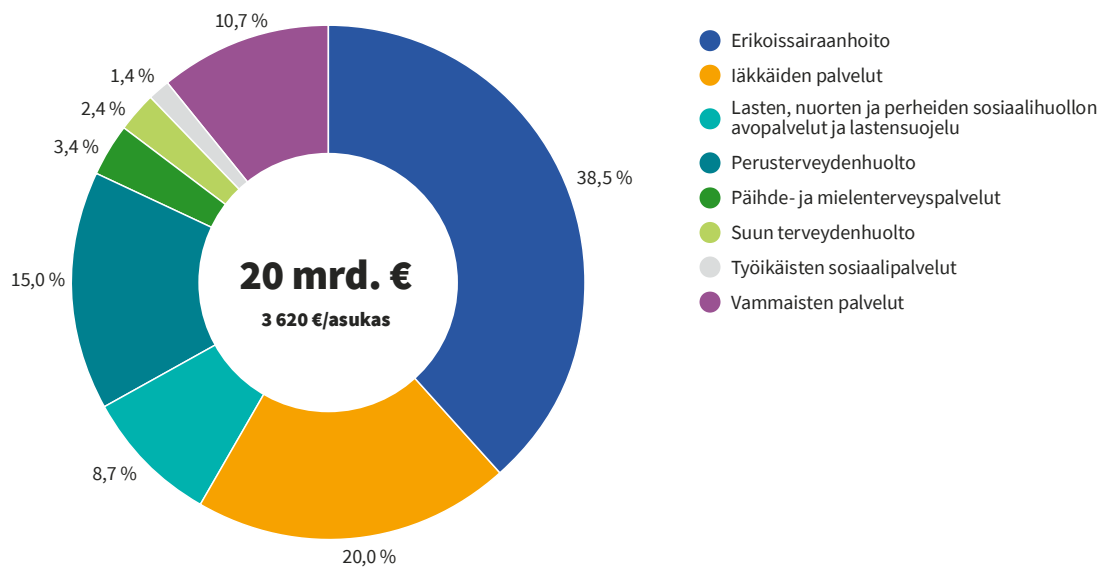
Asukaskohtaisten reaalisten nettokäyttökustannusten kasvu oli pienintä Länsi-Uudellamaalla (2,3 %) ja Varsinais-Suomessa (3 %) ja suurinta Etelä-Savossa (13,5 %).

---

\* Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset eivät sisällä Ahvenanmaan tietoja. Ympäristöterveydenhuoltoa ei huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksissa.

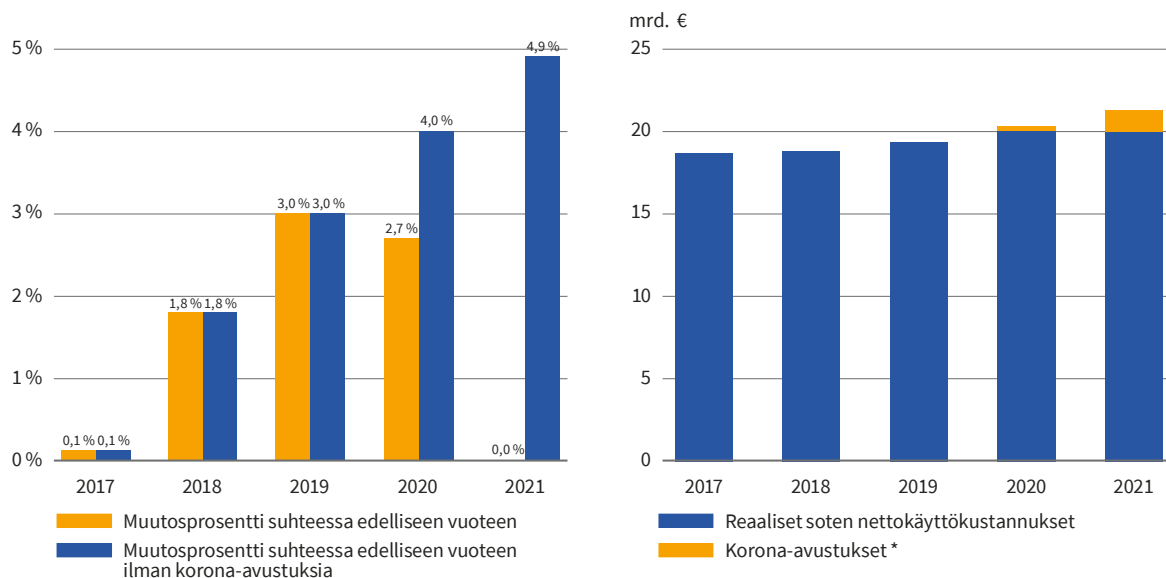
\*\* Kuntataloustilaston uudistuminen aiheutti muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluluokitukseseen. Vuosien 2017–2020 osalta sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksissa on huomioitu työllistymistä tukevat palvelut vähennettynä työmarkkinatuen kuntaosuudella.

Kuvio 8. Manner-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma palvelukokonaisuuksittain vuonna 2021



▲ Kuviossa esitetään tehtäväkohtaiset prosenttiosuudet vuoden 2021 sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista Manner-Suomessa. Tiedot perustuvat kuntien Valtiokonttorille raportoimaan tietoon.

Kuvio 9. Manner-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon reaaliset nettokäyttökustannukset ja muutosprosentit vuosina 2017–2021



▲ Kuviossa esitetään Manner-Suomen vuosien 2017–2021 sosiaali- ja terveydenhuollon reaaliset nettokäyttökustannukset ja niiden muutos edellisestä vuodesta prosentteina. Nettokäyttökustannukset perustuvat kuntien Valtiokonttorin tietopalveluun raportoimiin tietoihin.

\* Korona-avustukset sisältävät valtiovarainministeriön avustukset sairaanhoitopiireille vuosina 2020–2021, sosiaali- ja terveysministeriön avustukset sosiaali- ja terveydenhuollolle Covid-19-epidemiasta vuonna 2021 aiheutuneisiin kustannuksiin sekä rajojen terveysturvallisuuden myönnetty avustukset.

## Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvuennuste suurin Uudellamaalla

Väestön ikärakenteen muutoksiin pohjautuvien THL:n ennustelaskelmien mukaan koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten reaalikasvun ennakoidaan olevan vuoteen 2031 asti keskimäärin prosentin vuodessa. Suurinta sen ennustetaan olevan Helsingin kaupungissa ja Uudenmaan hyvinvointialueilla ja hitainta Kainuussa ja Etelä-Savossa, missä ikääntyneiden väestöosuudet ovat tällä hetkellä maan suurimpia.

## Kuntien taloutta tuettiin monin tavoin

Vuonna 2021 kuntatalous pysyi hyvänä edellisvuoden tapaan myönteisen verotulokehityksen sekä valtion koronatukien ansiosta. Valtaosalla kunnista vuosikate riitti kattamaan poistot, vain kahdeksalla kunnalla se oli negatiivinen. Kuntien verotuloja kasvatti osana koronatukea vuosille 2020 ja 2021 kohdennettu yhteisöveron jako-osuuden korotus kymmenellä prosenttiyksiköllä.

Kuntatalouden ennakkollisen tilinpäätösanalyysin mukaan kuntatalous pysyi niukasti tasapainossa vuonna 2022. Kuntien menot kasvoivat nopeasti, ja myönteiseen tulokseen vaikuttivat lähinnä poikkeukselliset kertaluontoiset erät, kuten sote-kiinteistöjen myynnistä saadut myyntivoitot.<sup>41</sup>

## Sairaanhoitopiirien lainakanta kasvoi

Sairaanhoitopiirien tulokset paranivat edellisvuodesta, ainoastaan Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Vaasan sairaanhoitopiirit tekivät alijäämäisen tuloksen vuonna 2021. Mittavien sairaalainvestointien takia sairaanhoitopiirien lainakanta kasvoi puolella miljardilla 3,9 miljardiin euroon edellisvuoden tapaan. Eniten lainakannat kasvoivat Helsingin ja Uudenmaan sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä.

Työvoiman heikko saatavuus sekä kevään työtaistelutoimet heijastuivat vuonna 2022 useiden sairaanhoitopiirien tuotantoon aiheuttaen ongelmia myös kuntalaskutukseen. Sairaanhoitopiirit ja muut sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymät siirtyivät hyvinvointialueille varoineen ja velkoineen vuoden 2023 alussa. Kuntayhtymien toiminnan päättyessä jäsenkuntien katettavaksi jäivät voimaanpanolain mukaan taseen kertyneet alijäämät useilla alueilla. Peruspääoman alentamisesta on päätetty Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä osana taseeseen kertyneen alijäämän kattamista.<sup>42</sup> Lapin hyvinvointialue on puolestaan tehnyt kunnallisvalituksen Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveystoimen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän yhtymävaltuuston päätöksestä kattaa alijäämä peruspääomaa alentamalla.<sup>43</sup>

## Investointisuunnitelmissa painotetaan sairaalainvestointeja ja asiakas- ja potilastietojärjestelmiä

Hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän omaan taseeseen toteutettavat investointihankkeet ovat yhteensä 3,7 miljardia euroa talousarviosuunnitelmakaudelle 2023–2025.<sup>44,45</sup> Alueiden investointisuunnitelmien mukaan investoinneista valtaosa (63 %) on rakennusinvestointeja, ja laite- ja kalustohankinnoistakin (21 %) merkittävä osa liittyy kiinteästi rakennusinvestointeihin. Hyvinvointialueet jatkavat jo suunniteltuja ja käynnissä olevia sairaalainvestointeja sekä peruspalvelujen uudisrakennus- ja peruskorjaushankkeita.

Investointisuunnitelmakauden 2023–2027 investoinneista ICT-hankkeiden osuus on noin 15 prosenttia. Ne koostuvat toimialasidonnaisista järjestelmistä (54 %), infra- ja infran järjestelmistä (17 %), toimialariippuvaisista järjestelmistä (12 %) sekä muista ICT-investoinneista (18 %). Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämiseen investoidaan erityisesti alueilla, joilla ei aiemmin toiminut maakunnallista järjestäjää. Investoinneissa korostuvat lisäksi sähköisen asioinnin palvelut ja etähoitojärjestelmät mutta myös tiedolla johtamisen järjestelmät sekä tietoaaltat.

Lisälainanottovaltuutta myönnettiin investointisuunnitelmien perusteella Pohjois-Savolle, Kanta-Hämeelle, Pohjois-Pohjanmaalle sekä HUS-yhtymälle, mikä nosti pitkäaikaisen lainan nostovaltuutta yhteensä noin 1,3 miljardia euroa. Kainuun hyvinvointialueella ei ole lainanottovaltuutta, joten investoinnit on toteutettava kassavaroin. Investointien myötä hyvinvointialueiden lainakannan odotetaan kasvavan 4,8 miljardiin euroon vuonna 2023.<sup>44</sup>

## Hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat tarkentuvat edelleen

Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu pääosin valtion yleiskatteelliseen rahoitukseen sekä osin asiakas- ja käyttömaksuihin. Lopullinen vuoden 2023 rahoitus tarkastetaan vuoden 2022 tilinpäätöstietojen perusteella. Eduskunta hyväksyi hallituksen esityksen (HE 328/2022), että valtio myöntäisi korvauksia kahdesta ympärivuorokautisesta yhteispäivystysyksiköstä aiheutuviin kustannuksiin Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueille.<sup>46</sup> Eduskunta hyväksyi myös hallituksen esityksen (HE 322/2022), jossa yleiskatteelliseen rahoitusmalliin lisätään uusi määrätymistekijä, yliopistosairaalalisä.<sup>47</sup>

Marraskuussa 2022 valtiovarainministeriön julkaisemien laskelmien mukaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimialan rahoitus vuodelle 2023 on yhteensä 22,5 miljardia euroa, josta sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen osuus on 22,0 miljardia euroa.<sup>48</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus määräytyy alueiden väestön arvioidun palvelutarpeen (80 %) sekä kieli- ja muiden olosuhdetekijöiden perusteella. Laskelmien mukaan laskennallinen rahoitus kasvaisi eniten Pohjois-Karjalan, Varsinais-Suomen ja Lapin alueilla ja vähenisi useilla Uudenmaan alueilla. Rahoituksen muutos porrastetaan vuosina 2023–2029 siirtymätasausmenettelyllä, joten alueilla on aikaa sopeutua muuttuvaan rahoitukseen.

## Talousarviot vuodelle 2023 alijäämisiä

Hyvinvointialueiden talousarviot vuodelle 2023 on laadittu Pohjois-Savo lukuun ottamatta alijäämäisiksi. Alueiden yhteenlaskettu alijäämä on noin 860 miljoonaa euroa. Taloussuunnitelmien mukaan tasapaino kuitenkin saavutetaan pääosin vuosina 2024–2025.<sup>44</sup> Vuoden 2023 ensimmäisessä lisätalousarvioesityksessä hallitus on esittänyt alueiden rahoituksen vahvistamista yhteensä 500 miljoonalla eurolla. Rahoituksesta 150 miljoonaa euroa olisi ennakkomaksua vuonna 2024 maksettavasta rahoituksen korjauserästä<sup>49</sup>, joka kokonaisuudessaan kattanee merkittävän osan arvioidusta alijäämästä.

Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat ry on arvioinut palkkojen harmonisoinnin nostavan työvoimakustannuksia noin 6 prosenttia.<sup>50</sup> Maakunnallisesti aiemmin järjestäytyneillä alueilla, kuten Etelä-Karjalassa, palkkojen harmonisointi on jo toteutettu, mutta osalla se on vielä kesken. Vastaavasti palkkojen harmonisointi on vasta alkamassa alueilla, joissa palvelut on aiemmin järjestetty hajautuneesti, kuten Pirkanmaalla, Varsinais-Suomessa, Länsi-Uudellamaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla.

# Menetelmät ja laatuseloste

## Arvioinnin tietopohja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatima asiantuntija-arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan määrälliseen ja laadulliseen tietopohjaan. Arvioinnin määrällisen tietopohjan perustan muodostaa kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA). Asiantuntija-arvion pohjana olevaa tilannekuvaa on laajennettu hyödyntämällä myös muita indikaattoritietoja sekä alueellisia ja valtakunnallisia dokumenttiaineistoja. Arvioinnissa on hyödynnetty myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoja sekä muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä. Alueellisissa asiantuntija-arvioissa lisäksi tärkeänä tietolähteenä toimivat alueiden edustajien kanssa käydyt arviointikeskustelut.

Valtakunnallinen asiantuntija-arvio kokoaa yhteen koko maata koskevan tilannekuvan pääasiallisesti alueellisten asiantuntija-arvioiden havaintojen pohjalta. Asiantuntija-arviossa tarkastellaan lisäksi valtioneuvoston asettamien valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista. Valtakunnallisessa arviossa hyödynnettäviä indikaattorien aluetasojä ovat hyvinvointialueet ja koko maa. Koko maan indikaattoritiedot sisältävät vastaavat tiedot myös Ahvenanmaasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain mukaisesti alueellisessa arvioinnissa puolestaan arvioinnin kohteena ovat hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS. Koko maan indikaattoritietoja verrataan soveltuvin osin myös kansainvälisiin tietoihin.

## Tietopohjan avoimuus, saatavuus ja laatu

### KUVA-mittaristo tarkasteltavissa Sotekuva-verkkopalvelussa

KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostettu noin 500 indikaattorin kokonaisuus. Mittariston tarkoituksena on osaltaan varmistaa, että järjestämislain (612/2021) mukaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ohjauksessa, arvioinnissa ja seurannassa käytettävät tiedot ovat yhdenmukaisia, mikä on edellytys yhteisen tilannekuvan synnylle.

Arvioinnissa käytetyt KUVA-indikaattoritiedot ovat saatavissa avoimesti THL:n Sotekuva-verkkopalvelusta koko maan tasolla (sis. Ahvenanmaan), hyvinvointialueittain ja kunnittain. Mittariston lisäksi käytetyt muut indikaattoritiedot ovat saatavissa tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä (THL:n kaikki indikaattorit). Muut tilastotiedot on merkitty erillisin viittein.

Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportit ovat avoimesti saatavissa arvioinnin verkkosivuilta (vain suomeksi). Muusta tietopohjasta poiketen alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut eivät ole julkisia. Alueiden ja THL:n asiantuntijoiden kanssa käytävät keskustelut syventävät ja täydentävät hyvinvointialueiden tilannekuvan tulkintaa.

### Indikaattorituotannon tavoitteena laatu ja ajantasaisuus

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. Kaikki KUVA-indikaattorit eivät kuitenkaan päivitty vuosittain; useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista ja laatupuutoksista.

Arvioinnissa kiinnitetään erityistä huomiota käytettävien indikaattoritietojen laatuun. Laatu puutoksia seurataan indikaattorikohtaisilla lisätiedoilla. Indikaattoreita, joissa on merkittäviä laatu puutteita, ei ole käytetty arvioinnissa. Kuntataloustilaston raportoinnin uudistumisesta johtuvien vakavien laatu puutosten ja tietojen julkaisuaikataulun muutosten vuoksi vuoden 2021 nettokäyttökustannustiedot eivät valmistuneet ajoissa ennen syksyllä 2022 julkaistujen hyvinvointialuekohtaisten asiantuntija-arvioiden kirjoittamista. Tiedot sisältyvät kuitenkin valtakunnalliseen asiantuntija-arvioon.

## Käynnissä oleva kehittäminen

Vuosina 2021–2024 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin; samanaikaisesti myös mittariston tuotantoa, hallintaa sekä raportointia uudistetaan.

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

Indikaattoriarvot Sotekuvassa: [sotokuva.fi](https://sotokuva.fi)

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

# Lähteet ja arvioinnissa käytetty taustaineisto

## Väestö ja palvelutarve

1. Tilastokeskus (2023). Väestön ennakkotilasto 2022. Päivitetty 26.1. [Verkkolähde](#).
2. Tilastokeskus (2023). Syntyvyys laski ennätyksellisen alas – kokonaishedelmällisyysluku mittaushistorian matalin. Uutinen 26.1. [Verkkolähde](#).
3. OECD/European Union (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. [Verkkolähde](#).
4. Työ- ja elinkeinoministeriö (2022). Työllisyyskatsaus. Joulukuu 2022. [Verkkolähde](#).
5. Manderbacka K, Lindell E, Suomela T, Lumme S, Koskinen S, Martelin T & Parikka S (2021). Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet Suomessa 2017–2019. Tutkimuksesta tiiviisti 56/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#).

## Hyvinvointialueiden hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

6. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Verkkolähde](#). Luettu 27.1.2023.
7. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla 615/2021. [Verkkolähde](#). Luettu 27.1.2023.
8. Valtioneuvosto (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026. [Verkkolähde](#). Luettu 27.1.2023.
9. Valtioneuvosto (2023). Toimeenpanon tilannekuva. [Verkkolähde](#). Luettu 10.2.2023
10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023). Hyvinvointialueiden digitaaliset sosiaali- ja terveyspalvelut. [Verkkolähde](#). Luettu 31.1.2023.

## Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

11. Valtioneuvosto (2023). Toimeenpanon tilannekuva. 10.2.2023. [Verkkolähde](#).
12. TEM työnvälitystilastot (2022). Ammattibarometri: Työllistymisen näkymät eri ammateissa. Syyskuu 2022. [Verkkolähde](#).
13. Keva/Aula Research (2021). Kuntien työvoimaennuste 2030. Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. 16.2.2021. [Verkkolähde](#).
14. Lääkäriliitto (2023). Terveyskeskusten lääkäritilanne. 26.1.2023. [Verkkolähde](#).
15. Suomen hammaslääkäriliitto (2023). Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa. Työvoimaselvitys 2022. 27.1.2023. [Verkkolähde](#).



16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023). Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön määrä nousee, mutta kotihoidossa asiakaskäynnit ja rekrytoinnit kääntyneet laskuun. Tiedote. 2.2.2023. [Verkkolähde.](#)

17. Larja L & Peltonen J (2023). Työvoiman saatavuus, työvoimapula ja kohtaanto-ongelmat vuonna 2022. Työvoimatietokartat hankkeen loppuraportti. TEM-analyyseja 113/2023. Työ- ja elinkeinoministeriö. 16.1.2023. [Verkkolähde.](#)

## Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

18. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 4 §. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus [Verkkolähde.](#)

19. Sosiaali- ja terveysministeriö (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026. [Verkkolähde.](#)

20. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö -ohjelman arvioinnin väliraportti. 6/2022. [Verkkolähde.](#)

21. THL (2022). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. [Verkkolähde.](#)

22. Kuntaliitto (2022). Sote-tilannekuvakysely kuntien ja hyvinvointialueiden yhdyspinnoista. [Verkkolähde.](#)

23. HUS-yhtymäkokous 7.7.2022 § 2. Hallintosäännön hyväksyminen. [Verkkolähde.](#)

24. Luonnos HUS-yhtymän strategiaksi vuosille 2023–2027. [Verkkolähde.](#)

## Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

25. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Verkkolähde.](#)

26. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö 2020–2023. Ohjelma ja hankeopas. [Verkkolähde.](#)

27. Suomen kestävä kasvun ohjelma. Hankeopas STM:n toiseen valtiovastustushakuun vuosille 2023–2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2022:13. [Verkkolähde.](#)

28. STN IMPRO -tutkimusprojekti (2021). Puolet suomalaisista tavoittaa perusterveydenhuollon palvelut 20 minuutissa joukkoliikenteen avulla. [Verkkolähde.](#)

29. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Lapin hyvinvointialueella. Päätösten tueksi 19/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde.](#)

30. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.08.2022: Hoitovelka kiireettömään erikoissairaanhoidon kasvoi edelleen elokuussa. Tilastoraportti 37/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde.](#)

31. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2022. Terveystyökiireettömistä lääkärikäynneistä vajaa 60 prosenttia toteutui viikossa syksyllä 2022. Tilastoraportti 46/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde.](#)

32. Parikka S, Koskela T, Ikonen J, Kilpeläinen H, Hedman L, Koskinen S & Lounamaa A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. [Verkkolähde.](#)

33. Koivisto J, Muurinen H & Parviainen L (2022). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystyö -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Kevät 2022. Työpaperi 40/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde.](#)

34. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:18. [Verkkolähde.](#)
35. Kyytsönen M, Piirainen M, Latvanen M, Muuri A & Vehko T (2022). Sähköinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa – ketkä tarvitsevat opastusta ja keille palvelut eivät ole esteettömiä? Tutkimuksesta tiiviisti 5/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde.](#)
36. Lastensuojelulaki. [Verkkolähde.](#)
37. Lastensuojelun sosiaalityön henkilöstömitoitus marraskuussa 2022. Tilastoraportti 2/2023. [Verkkolähde.](#)
38. Kouluterveyskyselyn tulokset. [Verkkolähde.](#)
39. Forsell M (2022). Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020. Tilastoraportti 21/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde.](#)
40. THL:n kysely: ympärivuorokautista asumispalvelua voi joutua odottamaan lakisäateistä määräaikaa pidempään (2022). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde.](#)

## Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

41. Kuntaliitto. Tiedote 8.2.2023. [Verkkolähde.](#)
42. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallitus. Pöytäkirja 16/2022 § 257. 28.12.2022. [Verkkolähde.](#)
43. Lapin hyvinvointialueen aluehallitus 3. Pöytäkirja 7.2.2023 § 51. [Verkkolähde.](#)
44. Valtiokonttori (2023). Hyvinvointialueiden talousarvio- ja suunnitelma. [Tutkihallintoa.fi](#). 10.2.2023. [Verkkolähde.](#)
45. HUS-yhtymä. Yhtymähallitus 7/2022. Pöytäkirja 14.11.2022 § 42. [Verkkolähde.](#)
46. Eduskunta (2023). 28.2.2023. [Verkkolähde.](#)
47. Eduskunta (2023). 27.2.2023. [Verkkolähde.](#)
48. Valtiovarainministeriö (2022). 17.11.2022. [Verkkolähde.](#)
49. Valtiovarainministeriö (2023). Tiedote 2.2.2023. Hallitus antoi eduskunnalle lisätalousarviesityksen. [Verkkolähde.](#)
50. Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat ry (2022). Tiedote 3.2.2022. Hyvinvointialueiden palkkaharmonisoinnin kustannukset ovat vähintään 680 miljoonaa. [Verkkolähde.](#)