

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Helsingin kaupungissa

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 7/2022



Ordnande av social- och hälsovården i Helsingfors stad

Alueellinen
asiantuntija-arvio,
syksy 2022



Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut arviointijohtaja, dosentti **Nina Knape**.

Asiantuntija-arvioita ovat laatineet seuraavat arviointipäälliköt:

Katja Croell – Pohjanmaan hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Tiina Hetemaa – Helsingin kaupunki, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Jaana Leipälä – Etelä-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue

Tuulikki Louet-Lehtoniemi – Kainuun hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

Hannele Ridanpää – Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue

Taru Syrjänen – Etelä-Karjalan hyvinvointialue, HUS-yhtymä, Kymenlaakson hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue

Arviointityötä on koordinoanut kehittämisspäälikkö **Vesa Syrjä**. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus -osion vastuuhenkilönä on toiminut erityisasiantuntija **Jutta Nieminen**. Arvioinnin viestinnästä on vastannut viestintäpäällikkö **Jari Kirsilä**, julkaisemisesta suunnittelija **Päivi Kiuru** ja tietopohjasta asiantuntija **Tuuli Suomela**.



Päätösten tueksi 7/2022

ISBN: 978-952-343-925-2 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-925-2>

Sisällys

Lukijalle	4
Asiantuntija-arvio	5
Väestö ja palvelutarve	9
Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen	12
Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys	16
Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet	18
Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	23
Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus	29
Menetelmät ja laatuseloste	35
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	37

Innehåll

Till läsaren	40
Expertutvärdering	41
Befolkning och servicebehov	45
Välfärdsområdets administrativa och funktionella uppbyggnad	48
Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet	52
Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder	54
Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet	59
Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering	65
Metoder och kvalitetsbeskrivning	71
Källor och bakgrundsmaterial som används i utvärderingen	73

Lukijalle

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on 1.7.2021 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) mukaisesti laatia vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva asiantuntija-arvio valtakunnallisesti, yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Asiantuntija-arvioilla on merkittävä asema sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, sisäministeriön ja hyvinvointialueiden vuosittaisissa neuvotteluissa, joissa tarkastellaan kunkin alueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamista.

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyy vuoden 2023 alusta kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle. Lisäksi Helsingin kaupungilla säilyy sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu ja HUS-yhtymällä on erikseen säädetty järjestämisvastuu erikoissairaanhoidon liittyvistä tehtävistä omalla alueellaan. THL:n kesän ja syksyn 2022 aikana laatimissa arvioissa tarkastellaan uusien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtötilannetta.

THL:n laatimat arviot perustuvat sekä määrälliseen että laadulliseen aineistoon. Arvioinnissa on hyödynnetty aluekohtaisia indikaattoritietoja, joista merkittävä osa pohjautuu kansalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristoon (KUVA). Mittariston tarjoamat indikaattoritiedot sekä niiden alueellinen ja valtakunnallinen kehitys on raportoitu THL:n vuoden 2022 alkupuolella julkistamassa [Sotekuva.fi](https://www.sotekuv.fi)-verkkopalvelussa. Asiantuntija-arvion KUVA-mittaristoon perustuva tietopohja on ajankohdan 17.6.2022 mukainen.

Arviointien keskeisenä tietopohjana ovat toimineet lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavainnot. Ajantasaisen tilannekuvan muodostamisessa on hyödynnetty alueiden hallinnollisia dokumentteja sekä kansallisten viranomaisten tuoreimpia laskelmia ja selvityksiä. Hyvinvointialueiden tilannekuvan tulkintaa on syvennetty ja täydennetty keskusteluissa, joita on käyty hyvinvointialueiden valmistelusta vastaavien toimielinten edustajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista järjestämisvastuussa olleiden kuntayhtymien ja kuntien edustajien kanssa.

Kiitämme lämpimästi Helsingin kaupungin yhteyshenkilöitä ja asiantuntijoita erinomaisesta yhteistyöstä ja panostuksesta arviointiimme työntäyteisessä hyvinvointialueiden toimeenpanovaiheessa. Kiitos myös sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikön, Valviran, aluehallintoviranomaisten ja THL:n asiantuntijoille arvokkaasta tuesta.

Helsingissä 31.1.2023

Nina Knape
Arviointijohtaja

Tiina Hetemaa
Arviointipäällikkö

Asiantuntija-arvio

Väestö on suuri ja monimuotoinen

Helsingissä asuu noin 660 000 asukasta, alue on kaksikielinen, ja ulkomaalaistaustaisia on paljon. Sairastavuus kuuluu alueen nuorta ikärakennetta heijastaen maan pienimpiin. Iäkkäiden osuus on pieni, mutta heidän lukumääränsä kasvaa. Yhden vanhemman perheitä on maan eniten, ja moni lapsiperhe sai pitkäaikaisesti toimeentulotukea. Työttömyys on korostunut, erityisesti pitkäaikaistyöttömyys. Palvelutarpeita lisäävät voimakkaan väestönkasvun ja väestön ikääntymisen lisäksi kasvavat lasten ja nuorten mielen hyvinvoinnin haasteet ja asukkaiden hyvinvointierot. Lisäksi asunnottomien ja pitkäaikaistyöttömien muuhun maahan verrattuna suuri määrä lisäävät palvelutarvetta.

Kaupunkistrategia ja palvelustrategia ohjaavat palvelujen järjestämistä ja tuottamista

Helsingin kaupungilla säilyy ainoana kuntana sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu. Kaupunginvaltuusto käyttää jatkossakin kuntalaissa tarkoitettua ylintä toimivaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävissä. Organisatorisesti muutos on pieni, sillä kaupungin hallituksen alaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan liitetään pelastustoimi kaupunkiympäristön toimialalta. Luottamuselimiksi tulevat sosiaali-, terveys- ja pelastuslautakunta ja sen pelastusjaosto sekä yksilöasioiden jaosto. Kansalliskielilautakunnalla on myös koko kaupunkia koskevia kaksikielisyyden edistämiseen liittyviä tehtäviä.

Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan toimialajohtajan lähimmät alaiset ovat hallintojohtaja, pelastuskommentaja ja kolme palvelukokonaisuuksien johtajaa, jotka johtavat perhe- ja sosiaalipalveluja, terveys- ja päihdepalveluja sekä sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluja.

Pääsääntöisesti sosiaali- ja terveystoimiala säilyy uudistuksessa ennallaan, ja palvelut järjestetään jatkossakin omana tuotantona, ostopalveluina ja palveluseleillä. Vuonna 2021 monituottajuus laajeni määräaikaisena kokeiluna, jossa yksityiset yritykset tuottavat kahden terveysaseman palvelut. Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi Helsinki kuuluu HUS-yhtymään, jonne keskitetään edelleen erityispalveluja, mutta Helsinki järjestää ja tuottaa osan erikoissairaanhoidon palveluistaan myös itse. HUS-järjestämissopimuksesta päätetään alkuvuonna 2023. Pelastustoimi tuottaa helsinkiläisille ensihoidon palvelut, mutta niiden järjestämisvastuu on HUS-yhtymällä.

Hyvinvointialuestrategian korvaa Helsingissä kaupunkistrategia (2021–2025), jossa toimialan tavoitteiden keskiössä ovat palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, henkilöstön riittävyys sekä integroidut ja saumattomat asiakkaiden palvelukokonaisuudet ja palveluketjut. Palvelustrategiassa on lisäksi nostettu esiin johtaminen, ohjaus, järjestämistavat, kustannusvaikuttavuus sekä laatu. Strategisia tavoitteita edistävät konkreettiset toimenpiteet kuvataan vuosittaisissa toimintasuunnitelmissa.

Toimialan kriittinen haaste on ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus, riittävyys ja pysyvyys

Helsingin kaupungin henkilöstön työnantaja ei muutu vuodenvaihteessa 2022–2023. Uudelle toimialalle tulee sosiaali- ja terveystoimesta noin 14 650 ja pelastuslaitokselta noin 760 työntekijää. Henkilöstöstä noin 14 prosenttia on muunkielisiä. Henkilöstön saatavuudessa on ollut haasteita, ja pulaa on erityisesti lääkäreistä, hammaslääkäreistä, lähi- ja sairaanhoitajista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista ja puheterapeuteista. Kouluterveydenhuollossa henkilökunnan riittävyys on ollut ongelma usean vuoden ajan.

Covid-19-pandemiaan liittyvät tehtävät kuormittivat huomattavasti henkilöstöä. Palvelujen turvaamiseksi henkilöstöpulasta kärsiviin yksikköihin siirtyi toimialan sisältä 750 ja muilta toimialoilta 300 työntekijää, myös vuokratyövoimaa lisättiin. Hoito- ja palveluvelka lisäävät palvelujen ja henkilöstön tarvetta vielä pitkään. Lisäksi henkilöstömitoitusten ja hoitotakuun tiukennukset aiheuttavat lisähaasteen, samalla kun palvelutarve kasvaa etenkin lastensuojelun vaativassa hoidossa ja ikääntyneiden palveluissa.

Kaupunkistrategian mukaisesti henkilöstön työhyvinvointia ja viihtyvyyttä sekä kaupungin veto- ja pitovoimaa työnantajana pyritään lisäämään. Nykytilan kuvaus laadittiin henkilöstön saatavuuden, veto- ja pitovoiman sekä henkilöstökokemuksen näkökulmasta. Lisäksi pidettiin henkilöstön saatavuuteen liittyviä työpajoja, kehitettiin rekrytointiprosessia ja rekrytointin tueksi otettiin kehittämiskonsultti. Palkkakehityssuunnitelmalla pyritään sitouttamaan lääkäreitä ja hoitajia. Lisäksi aloitettiin maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajien ja lähihoitajien työvoimapoliittisia oppisopimuskoulutuksia. Vuonna 2022 esiintyneet ongelmat palkanmaksussa ovat heikentäneet kaupungin työntantajakuvaa ja vaikeuttaneet henkilöstötilannetta.

Kaupunkistrategian 2021–2025 tavoitteena on integroidut ja saumattomat asiakkaiden palvelukokonaisuudet ja palveluketjut

Helsingin sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö on laajaa, se ulottuu kansainvälisistä toimijoista kansallisiin, maakunnallisiin ja kunnallisiin toimijoihin sekä paikallisiin järjestöihin. Kehittämistä palvelujen yhteensovittamiseksi ja palvelupolkujen sujuvoittamiseksi tehtiin sosiaali- ja terveystoimen sisällä, mutta myös eri toimialojen ja useiden eri toimijoiden kanssa. Palvelujen integraatiota kuvaavista alueen indikaattoriarvoista suurin osa on maan keskitasoa tai sitä parempia, mutta sosiaalipalveluja käyttäneistä maan pienin osuus piti palveluja sujuvina.

Toiminnallista integraatiota on kehitetty jo vuosia sosiaali- ja terveystoimen toimintamalleissa, esimerkiksi yhdenmukaiset asiakkuussegmentit ja ydinprosessit on luotu ja otettu käyttöön. Toimintamallien palvelujen yhteensovittamista on kehitetty viime vuodet myös kansallisten hankkeiden tuella. Asiakassegmentointia tukevaa digitaalista työvälinettä Suuntimaa on pilotoitu ja kehitetty toimintamallien rajat ylittävän yhteistyön edistämiseksi vuonna 2022. Kansallisten hankkeiden välillä on yhteistyötä muun muassa ohjausryhmätyöskentelyssä.

Helsingin kaupungilla on myös omia erikoissairaanhoidon palveluja. Tulevina vuosina keskeisessä roolissa ovatkin perustason palvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ja ohjauksen vahvistaminen sekä palvelujen yhteensovittaminen.

Rakenneuudistushankkeessa vahvistettiin koko Uudenmaan yhteistyötä muun muassa erikoissairaanhoidon toiminnan ja talouden strategisessa ohjauksessa, digitaalisissa palveluissa ja HYTE-kokonaisuudessa. Yhteistyötä on myös erityispalvelujen kehittämisessä ja keskittämisessä. Uudenmaan viiden alueen sote-johtajilla on säännöllisesti yhteistyökokouksia sekä keskenään että yhdessä HUSin kanssa. Alueella on hyväksytty yhteistyösopimus, jonka päämääränä on edistää hyvinvointialueiden sekä Helsingin kaupungin välistä strategisen tason vuoropuhelua ja operatiivisen tason yhteistyötä. Yhteistyöalueen toimintaa ei ole vielä aloitettu. Hyvinvointialueet ja HUS ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita asukkaiden palveluketjujen rakentamisessa sekä hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämässä.

Helsingissä on toimiva HYTE:n johtamis- ja koordinaattorirakenne, jolla pystytään jatkamaan sote-uudistuksen jälkeenkkin. Pääkaupunkiseudulla tehtiin muun muassa yhteistyötä Pakka-toimintamallissa eli paikallisten alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyssä.

Palvelujen kehittämistä läpileikkaa yhdenvertaisuuden vahvistaminen

Vuonna 2021 Helsingin toimintamalleja – perhekeskusta, terveys- ja hyvinvointikeskusta sekä senioripalveluita – vakiinnutettiin, ja samalla pyrittiin parantamaan palvelujen saatavuutta. Hoito- ja palveluvelkaa pystyttiin purkamaan jonkin verran käyttämällä palveluseteljä, laajentamalla aukioloaikoja ja lisäämällä resursseja; esimerkiksi suun terveydenhoidossa hoitojonoa purettiin lisä- ja ylitöillä sekä ostopalveluilla. Myös sähköisiä etäpalveluja lisättiin eli etähoitoa, neuvontaa, etäkuntoutusta ja videovastaanottoja. Lisäksi terveysasemilla toimivan chatbotin sisältöjä laajennettiin suun terveyteen ja psykiatriaan. Lapsiperheiden palvelujen ja lastensuojelun tilannearviointiosaamista vahvistettiin ja digitaalista tilannearviotyökalua kehitettiin. Lisäksi liikkuvan hoitajan (Liihon) toiminta käynnistyi ympärivuorokautisen hoivan ja kotihoidon asiakkaille.

Toimintamalleja on kehitetty kokonaisvaltaisesti hyviä käytäntöjä hyödyntäen yli palvelujen siilorajojen, mikä on yhdenmukaistanut palveluja. Yhdenvertaisuutta lisäsi myös palvelukriteerien yhtenäistäminen, jota edistivät esimerkiksi kotihoidon myöntämisen perusteiden selkiyttäminen ja ikääntyneiden palveluse-teli- ja ostopalveluasiakkaiden asiakas- ja palveluprosessin ohjauksen keskittäminen.

Asiakkaan palvelun sujuvoittamiseksi pilotoitiin mallia, jossa vältettiin turhia vastaanottoja ja käytettiin monialaista konsultointia. Tuki- ja liikuntaelinoireiset sekä mielenterveys- ja päihdeasioissa asioivat ohjattiin suoraan sille ammattilaiselle, joka pystyi parhaiten vastaamaan asiakkaan palvelutarpeeseen. Toimintamalli päätettiin ottaa pysyväksi tavaksi toimia. Strateginen tavoite on myös lisätä hoidon jatkuvuutta ja hoitosuhteiden pysyvyyttä paljon palveluja tarvitsevilla.

Tyytymättömyys useiden sote-palvelujen riittävyteen oli suurempaa helsinkiläisillä kuin maassa keskimäärin vuosien 2020–2021 kyselyissä. Esimerkiksi kolmannes palveluja tarvinneista helsinkiläisistä koki saaneensa riittämättömästi hammaslääkäripalveluja. Toisaalta keväällä 2022 kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärin fyysiselle vastaanotolle viikossa päässeiden osuus oli hyvinvointialueiden suurimpia.

Saavutettavuutta parantaa myös terveystieteiden maksuttomuus ja palveluista tiedottaminen useilla kielillä. Kaupunkistrategian mukaan palveluverkkoa kehitettäessä huomioidaan helsinkiläisten ja kaupungin alueiden erilaiset lähtökohdat ja tarpeet sekä varmistetaan palvelujen saaminen riittävän lähellä.

Merkittävin investointi on Laakson yhteissairaala yhdessä HUSin kanssa

Helsingin kaupungin tulos oli ylijäämäinen valtion tukitoimien ja kunnallisverotulojen myönteisen kehityksen ansiosta vuonna 2021. Uusi sosiaali-, terveys- ja pelastustoimiala aloittaa Helsingissä 1.1.2023. Samalla sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen budjetit eriytetään kaupungin talousarviosta.

HUS-yhtymän menot rahoitetaan Helsingin osalta Helsingin saamasta valtion (hyvinvointialueiden) rahoituksesta. HUS-yhtymän raami vuodelle 2023 on 771 miljoonaa euroa, mikä on 5,3 prosenttia enemmän kuin HUSille varattu määräraha vuoden 2022 Helsingin talousarviossa. HUSin tilikauden 2022 alijäämäennuste oli 136 miljoonaa euroa tammi-heinäkuun talouskatsauksen mukaan.

Laakson yhteissairaala on psykiatrinen ja somaattinen sairaala, joka rakennetaan Helsinkiin Laakson sairaala-alueelle Helsingin kaupungin ja HUSin yhteishankkeena. Sen rakentamiskustannusten arvonlisäveroton enimmäishinta on 838 miljoonaa euroa marraskuun 2019 kustannustasossa. Kiinteistöosakeyhtiö Laakson yhteissairaala -niminen yhtiö perustettiin yhtäläisin osuuksin HUSin ja Helsingin kaupungin kanssa. HUS-yhtymän lainanottovaltuus vuodelle 2023 on noin 1,3 miljardia euroa, lisälainanottovaltuuden anomisen jälkeen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen käytössä olevat ja kaupungin omistamat toimitilat pysyvät kaupungin omistuksessa. Toimitilat vuokrataan käyttöön sisäisesti. Kaupunki rahoittaa sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen käyttöön rakennettavan kiinteän omaisuuden. Vuonna 2021 Helsingin kaupungille myönnettiin poikkeusluvut Laakson yhteissairaalan (838 milj. euroa) ja Keskustan terveysaseman (75 milj. euroa) investointeihin.

Vuonna 2020 sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettomenot olivat yhdeksän prosenttia keskimääräistä pienemmät. Alueen palvelutarve oli kymmenen prosenttia pienempi ja palvelutarpeeseen suhteutetut sote-menot prosentin suuremmat kuin maassa keskimäärin.

Valtiovarainministeriön syyskuun 2022 rahoituslaskelmien mukaan Helsingin kokonaisrahoitus, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen, on 2 592 miljoonaa euroa. Alueen väestön arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarve vuodelle 2023 on alle maan keskitason, mikä näkyy myös alueen rahoituksessa. Valtion rahoitus säilyy ensi vaiheessa entisellä tasolla, koska siirtymätasaus, 232 miljoonaa euroa, tasaa siirtyvien kustannusten ja laskennallisen rahoituksen eroa. Rahoituksen tulevan kiristymisen vuoksi kustannustehokkaiden palvelujen järjestäminen on entistä tärkeämpää.

Väestö ja palvelutarve

Suomen väestöstä 12 prosenttia asuu Helsingissä, ja vuoden 2021 lopussa asukkaita oli 658 457 (taulukko 1). Väestötiheys on maan suurin. Ennusteiden mukaan väestönmuutokset ovat maan suurimpia. Alueen väestömäärä kasvaa suhteellisesti maan suurimpien joukossa – vuodesta 2021 vuoteen 2030 mennessä 6,8 prosenttia ja vuoteen 2040 ulottuvassa ennusteessa 11 prosenttia.

Alueen väestö on muuhun maahan verrattuna nuorta. Alle 18-vuotiaiden osuus väestöstä on pienempi kuin maassa keskimäärin, mutta yli 75-vuotiaiden väestöosuus on maan pienimpien joukossa. Ikääntyneiden osuus kasvaa vuoteen 2030 mennessä, mutta olisi ennusteen mukaan edelleenkin maan pienimpiä. Alueen väestöstä ruotsinkielisen väestön osuus on maan keskitasoa ja ulkomaalaistaustaisen väestön osuus on maan toiseksi suurin.

Työttömien osuus työikäisestä väestöstä on alueella keskimääräistä suurempi. Pitkäaikaistyöttömyys on maan toiseksi suurinta ja rakennetyöttömyyskin maan keskitasoa yleisempää, molemmat ovat yleistyneet selvästi Covid-19-pandemiaa edeltävään aikaan verrattuna sekä koko maassa että Helsingissä. Nuoriso-työttömyys on kuitenkin vähäisempää kuin maassa keskimäärin.

Pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvia alueen väestössä on keskimääräistä vähemmän, mutta asuntokuntien väliset tuloerot ovat alueella maan suurimmat. Alueen lapsiperheistä yhden vanhemman perheitä on maan eniten. Alueen lapsiperheistä maan toiseksi suurin osuus sai toimeentulotukea pitkäaikaisesti.

THL:n ikävakiomattoman sairastavuusindeksin (2017–2019) mukaan sairastavuus on Helsingissä maan pienintä (kuvio 1). Työkyvyttömyyseläkettä sai alueen työikäisistä maan pienin osuus. Menetettyjä elinvuosia oli maan keskitasoa vastaavasti (PYLL-indeksi).

Alueen oman arvion mukaan palvelutarvetta lisäävät kasvavat lasten ja nuorten mielen hyvinvoinnin haasteet ja asukkaiden hyvinvointierot. Lisäksi asunnottomien ja pitkäaikaistyöttömien muuhun maahan verrattuna suuri määrä lisäävät palvelutarvetta. Myös yhä monimuotoisempi väestö ja kielellinen kirjo tulee ottaa huomioon palvelutarjonnassa.

Taulukko 1. Perustietoja alueen väestöstä

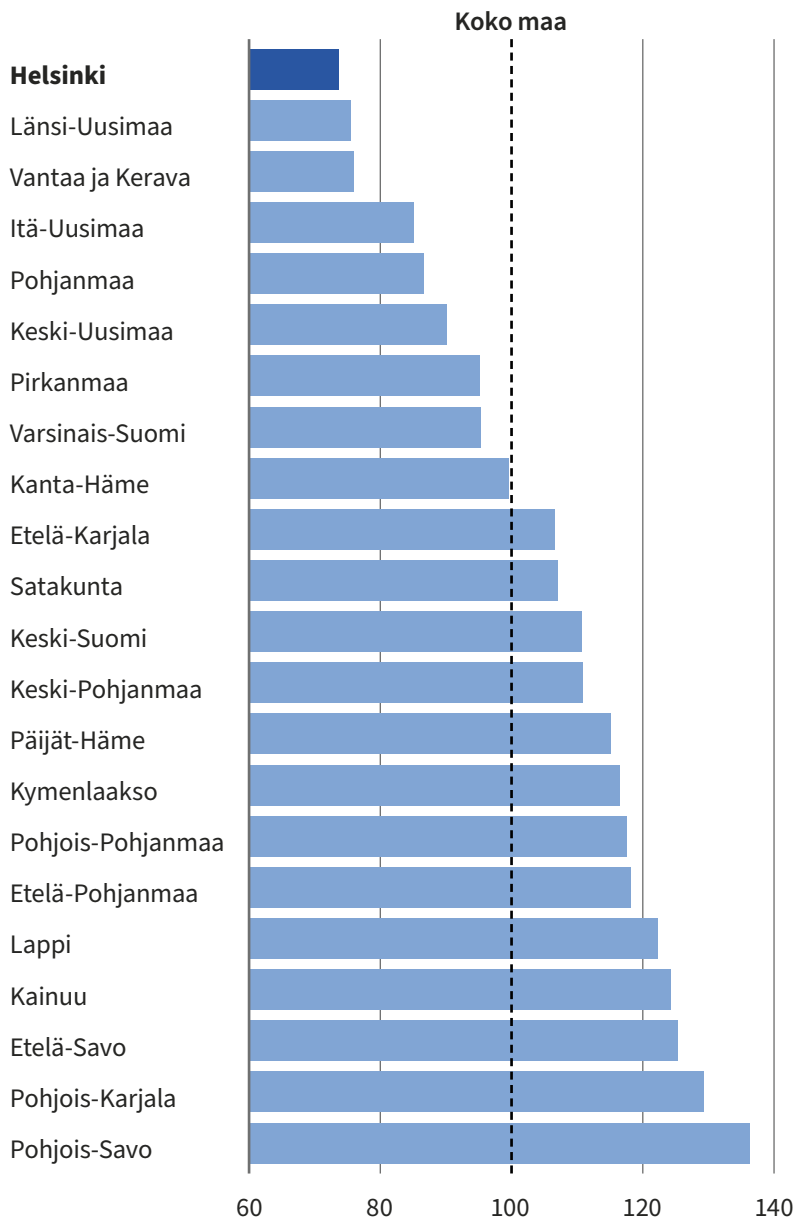
	Helsinki	Itä-Uusimaa	Keski-Uusimaa	Länsi-Uusimaa	Vantaa ja Kerava	Etelä-Karjala	Kymenlaakso	Päijät-Häme	Koko maa (vaihteluväli)
Väestörakenne									
Väestö 31.12.	658 457	99 073	201 854	478 919	276 438	126 107	161 391	205 124	5 548 241 (67 915–658 457)
Väestöennuste 2030	703 540	101 592	210 932	511 700	309 052	119 591	148 033	199 927	5 598 821 (65 348–703 540)
Väestöennuste 2040	730 098	104 072	219 729	535 363	330 131	113 074	136 233	193 194	5 588 011 (60 312–730 098)
Syntyvyys (yleinen hedelmällisyysluku) *	39,2	39,9	39,5	41,9	44,2	34,7	35,0	38,9	40,9 (34,5–51,7)
0–17-vuotiaat, % väestöstä	16,9	20,0	21,4	21,4	20,2	15,8	15,9	17,3	18,7 (15,1–22,5)
75 vuotta täyttäneet, % väestöstä	8,1	10,1	8,3	8,1	7,1	13,2	13,4	12,5	10,4 (7,1–14,8)
Väestöennuste 2030, 75 vuotta täyttäneet, % väestöstä	10,0	14,1	12,3	11,0	9,2	17,9	18,9	17,7	14,1 (9,2–21,3)
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.	5,6	28,2	1,1	12,0	2,2	0,2	0,8	0,4	5,2 (0,1–50,6)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	176,2	66,8	64,5	151,4	221,2	69,7	65,2	60,0	84,6 (26,9–221,2)
Väestön sosioekonominen asema									
Työttömät, % työvoimasta	13,1	11,0	9,7	10,3	13,7	11,9	12,6	14,3	11,4 (6,7–14,3)
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	5,6	4,8	3,8	4,2	4,7	3,1	4,3	6,1	4,1 (1,7–6,1)
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista	6,3	5,3	4,4	4,8	6,1	5,6	6,4	7,2	5,3 (3,1–7,2)
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	12,5	14,6	13,3	11,8	16,0	15,1	17,2	19,1	14,0 (7,3–19,2)
Gini-kerroin, käytävissä olevat tulot *	33,9	26,4	25,1	31,4	24,9	25,1	24,3	25,4	27,7 (23,7–33,9)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä *	28,0	21,8	21,8	22,0	27,0	24,8	26,5	26,3	23,3 (15,8–28,0)
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä *	5,0	2,1	2,1	3,2	5,4	2,5	2,7	3,7	3,0 (1,2–5,4)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste *	11,5	8,9	7,7	8,9	9,4	15,4	14,1	13,6	12,5 (7,7–17,8)
Väestön sairastavuus									
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioiden **	73,9	85,0	90,3	75,8	76,0	106,5	116,5	115,0	100,0 (73,9–136,1)
Menetetty elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta	5 756	4 945	5 311	5 004	5 858	6 206	7 013	6 284	5 685 (4 657–7 013)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16–64-vuotiaista	3,5	4,5	4,5	3,6	3,6	6,3	7,5	6,3	5,5 (3,5–8,7)

* 2020

**2017–2019

▲ Taulukossa esitetään väestörakennetta, väestön sosioekonomista asemaa ja väestön sairastavuutta kuvaavia indikaattoritietoja Etelä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungissa ja koko maassa. Indikaattoriarvot on saatu THL:n Sotokuva-palvelusta (sotokuva.fi), ja ne kuvaavat vuoden 2021 tilannetta. Poikkeukset on merkitty erikseen. Väestöennusteet on saatu THL:n Sotkanet-palvelusta (sotkanet.fi), ja Tilastokeskus on laskenut ne vuonna 2021.

Kuvio 1. THL:n ikävakioiden sairastavuusindeksi



◀ Kuviossa esitetään THL:n ikävakioiden sairastavuusindeksi hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa ajanjaksolla 2017–2019. Sairastavuusindeksi kuvaa väestön sairastavuutta suhteessa koko maahan, jonka vertailuluku on 100. Mitä pienempi alueen luku on, sitä terveempää väestö on.

Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen perustuu muun muassa lakiin hyvinvointialueesta.¹ Lisäksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla määrää joistain asioista muista hyvinvointialueista poiketen.² Helsingin kaupungilla säilyy ainoana kuntana sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä. Hyvinvointialueiden aluevaltuustojen lakisääteisistä tehtävistä osa koskee myös Helsingin kaupunginvaltuustoa, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiasta ja pelastustoimen palvelutasosta päättäminen. Kaupunginvaltuusto käyttää jatkossakin kuntalaisia tarkoitettua ylintä toimivaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävissä.² Kaupunginvaltuusto hyväksyi 1.1.2023 voimaan tulevan Helsingin kaupungin hallintosäännön, joka sisältää määräykset kaupungin hallinnon ja toiminnan järjestämisestä, päätöksenteko- ja hallintomenettelyistä, kaupunginvaltuuston toimintaan liittyvistä asioista sekä kielellisten oikeuksien toteuttamisesta.^{3,4}

Kaupunki on kaksikielinen, ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain mukaan kaksikielisten hyvinvointialueiden, koskee myös Helsinkiä, on tehtävä yhteistyösopimus ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien toteutumisen turvaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Varsinais-Suomen hyvinvointialue vastaa kyseisen yhteistyösopimuksen laatimisen koordinoimisesta.⁵

Uudellamaalla rakenne erilainen kuin muilla hyvinvointialueilla

Helsingissä organisatorinen muutos on pienempi kuin suuressa osaa muuta maata, jossa hyvinvointialueet keräävät samaan organisaatioon kaikki palvelut peruspalveluista erikoissairaanhoidon. Helsingissä vuoden 2023 alussa sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan liitetään pelastustoimi kaupunkiympäristön toimialalta. Toisaalta rakenne on monimutkaisempi erikoissairaanhoidon osalta muihin hyvinvointialueisiin verrattuna, sillä Helsinki kuuluu HUS-yhtymään erikoissairaanhoidon järjestämiseksi, mutta järjestää ja tuottaa osan erikoissairaanhoidon palveluistaan myös itse. Nykyisen 24 kunnan muodostaman Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tilalle perustettiin Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden välisellä perussopimuksella uusi hyvinvointiyhtymä, HUS-yhtymä.^{6,7} HUS-järjestämismuutoksessa Helsingin kaupunki, Uudenmaan hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä sopivat keskinäisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi sikäli kun niistä ei ole laissa erikseen säädetty.² Sopimuksesta päätetään alkuvuodesta 2023.

Helsinki järjestää ja tuottaa palveluja

Pääsääntöisesti sosiaali- ja terveystoimiala säilyy uudistuksessa ennallaan, ja palvelut järjestetään jatkossakin omana tuotantona, ostopalveluina ja palveluseteleillä. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon lisäksi Helsingin kaupunki jatkaa kehitysvammapalvelujen järjestäjänä ja tuottajana, kuitenkin niin, että HUS-yhtymä järjestää Helsingin kaupungille ja Uudenmaan hyvinvointialueille yhteisesti järjestettävät kehitysvammaisten terveydenhoidon vaativimmat palvelut. Pelastustoimi tuottaa helsinkiläisille myös ensihoidon palveluja, mutta niiden järjestämistä on HUS-yhtymällä.

Kasvatuksen ja koulutuksen toimiala huolehtii jatkossakin oppilashuollon psykologien ja kuraattorien palvelujen sekä vammaisten lasten aamu-, iltapäivä- ja loma-ajan toiminnan palvelujen tuottamisesta, mutta järjestämistä on sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialalla.⁸

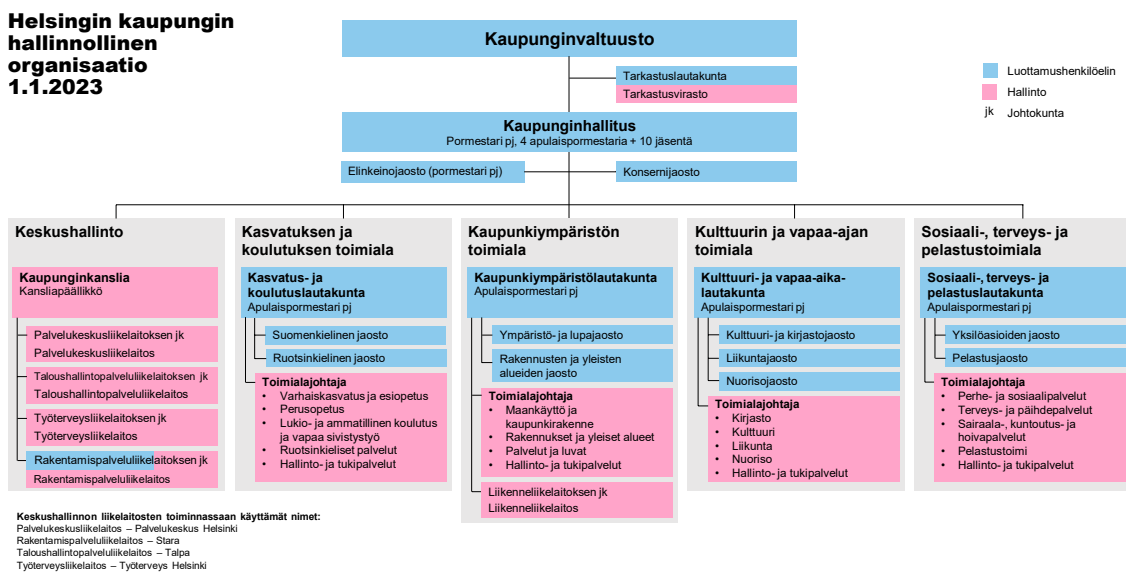
Toimielin- ja henkilöstöorganisaatio

Toimialalle tulevat luottamuselimiksi sosiaali-, terveys- ja pelastuslautakunta ja sen pelastusjaosto sekä yksilöasioiden jaosto (kuvio 2). Lisäksi on kansalliskielilautakunta, jolle hallintosäännössä on määrätty myös koko kaupunkia koskevia kaksikielisyyden edistämiseen liittyviä tehtäviä. Uudistuksen merkittävyyden vuoksi minkään aiemmista toimielimistä ei voitu katsoa jatkavan suoraan, vaan valtuusto valitsee jäsenet ja varajäsenet näihin uusiin toimielimiin.⁹ Kaupungin vaikuttamistoimielimet ovat nuorisoneuvosto, vanhusneuvosto ja vammaisneuvosto sekä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuustoimikunta.

Kaksikielisellä hyvinvointialueella tulee olla kansalliskielilautakunta, jonka jäseniksi valitaan hyvinvointialueen kielivähemmistöön kuuluvia henkilöitä. Kansalliskielilautakunnan puheenjohtajalla on läsnäolo- ja puheoikeus kaupunginhallituksessa siltä osin kuin hallituksessa käsitellään sosiaali- ja terveydenhuoltoa tai pelastustoimea koskevia asioita.¹ Pelastusjaosto, pelastuskomentaja sekä tämän määräämät muut viranhaltijat ovat Helsingin pelastustoimen alueen pelastusviranomaisia.³

Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan toimintaa ja hallintoa johtaa sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan toimialajohtaja. Hänen lähimmät alaisensa ovat kolme palvelukokonaisuuksien johtajaa, pelastuskomentaja ja hallintojohtaja.³ Toimialalla on hallinto- ja tukipalvelujen lisäksi neljä palvelukokonaisuutta: perhe- ja sosiaalipalvelut, terveys- ja päihdepalvelut, sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut sekä pelastustoimi (kuvio 2).

Kuvio 2. Helsingin kaupungin hallinnollinen organisaatio



▲ Kuviossa esitetään Helsingin hallinnollinen organisaatio. 1.1.2023 alkaen. Kuvio saatu Helsingin kaupungilta.

Palvelustrategia tukee kaupunkistrategian toteutumista

Hyvinvointialuetta johdetaan hyvinvointialuestrategian mukaisesti, ja sen pohjalta alue toteuttaa myös palveluverkkosuunnitelmaa.¹ Hyvinvointialuestrategian korvaa Helsingissä kaupunkistrategia (2021–2025).^{10,11} Valmistelun lähtökohdana Helsingin kaupunkistrategiassa oli kaupungin toimintaympäristön nykytila ja ennakoidut muutokset, joiden pohjalta asetettiin tavoitteita eri asiakasryhmien palveluille. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä edellyttää palvelustrategian laatimista myös Helsingissä.⁵ Palvelustrategia ohjaa koko toimialan taloutta ja toimintaa, ja siinä asetetaan yhteisiä tavoitteita palvelujen järjestämiselle.¹² Palvelustrategia tukee kaupunkistrategian toteutumista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri asiakasryhmien palveluille asetettujen tavoitteiden saavuttamista.

Palvelustrategiaa valmisteltiin laajassa yhteistyössä

Palvelustrategiaa on valmistelu vuodesta 2020 lähtien, ja sen ohjausryhmänä on toiminut sosiaali- ja terveystoimialan ylin johto. Valmisteluprosessia ja luonnosta on käsitelty toimialan johtajien ja koordinaatioyöryhmän säännöllisissä tapaamisissa. Asiantuntijoiden yhteistyötapaamisissa ja työpajoissa on konkritisoitu tulevaisuuden palvelujen järjestämisen kehittämistarpeita ja kirkastettu tavoitteita. Kesällä 2022 toteutettiin asukas- ja henkilöstökyselyt. Vammais-, vanhus- ja nuorisoneuvoston jäsenet ovat voineet kommentoida luonnosta, ja sitä on esitelty henkilöstöjärjestöjen järjestöneuvottelukunnassa ja henkilöstötoimikunnassa. Pelastuslaitoksen asiantuntijat ja johto ovat osallistuneet valmisteluun loppuvuodesta 2021 alkaen. Sosiaali- ja terveyslautakunnalle sekä pelastuslautakunnalle järjestettiin yhteinen iltakoulu palvelustrategian temaattisista kokonaisuuksista ja kaupunginvaltuutetuille palvelustrategiaseminaari. Järjestöyhteistyön valmistelun verkkokyselyn vastauksia on myös hyödynnetty palvelustrategiatyössä. Valmistelun aikana kuultiin järjestöjen sote-muutostuen asiantuntijoita. Palvelustrategian valmistelua, rakennetta ja sisältöteemoja on esitelty sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistusjaostossa sekä sosiaali- ja terveyslautakunnassa.¹²

Kaupunkistrategiassa huomioitu alueen erityispiirteet

Kaupunkistrategian tavoitteina ovat muun muassa perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon sujuva hoitoon pääsy, sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen henkilöstön riittävyys, integroidut ja saumattomat asiakkaiden palvelukokonaisuudet ja palveluketjut, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä jalkautuvat ja kotiin vietävät palvelut. Samoin tavoitteita ovat esimerkiksi palvelujen eri-ikäisten käyttäjien huomioiminen, ikääntyvän väestön tarpeista huolehtiminen monipuolisesti, matalan kynnyksen ja varhaisen vaiheen lapsiperheiden palvelujen sekä päihde- ja mielenterveyspalvelujen lisääminen, asunnottomuuden poistaminen sekä digitaalisten sosiaali- ja terveystoimen palvelujen laajentaminen. Tavoitteena on myös syrjäytymistä ja eriarvoisuutta vähentävien palvelujen ja toimintamallien kehittäminen yhdessä kaupungin muiden toimijoiden kanssa. Kaupunkistrategiassa todetaan myös, että keskeinen osa turvallista ja toimivaa kaupunkia on vahva pelastustoimi. Pelastustoimen ja ensihoidon synergia on tärkeää suuren kaupungin turvallisuuden edistämässä.^{10,11}

Visio: Luomme helsinkiläisille hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta yhteistyöllä ja vahvalla osaamisella

Palvelustrategiaan on vision ja järjestäjän lupauksen pohjalta valittu neljä temaattista kokonaisuutta ja näille edelleen valittu painopisteet vuosille 2023–2025. Johtaminen ja henkilöstö -teeman painopisteet ovat järjestämisen johtaminen ja henkilöstön saatavuus, pysyvyys ja osaaminen. Ohjaus, palvelujen yhteensovittaminen ja palveluketjut -teeman painopisteet ovat yhteistyö erikoissairaanhoidon järjestämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen välinen yhteistyö ja integraatio. Palvelujen järjestämistavat ja kustannusvaikuttavuus -teeman painopisteet ovat palvelurakenne, tuotantotavat ja kustannusvaikuttavuus. Palvelujen laatu ja saatavuus -teemassa painopisteet ovat tuottajien ohjaus ja valvonta, palvelutarve ja asiakaskokemus sekä saatavuus ja saavutettavuus.¹²

Alueen oman arvion mukaan strategian tavoitteiden ja keinojen avulla kyetään tulevaisuudessa seuraamaan aiempaa paremmin palvelujen laatua, vertailemaan kustannuksia ja ennakoimaan muutoksia. Strategisia tavoitteita edistävät konkreettiset toimenpiteet kuvataan vuosittaisissa toimintasuunnitelmissa.

Sitovilla toiminnan tavoitteilla tavoitellaan terveyden ja hyvinvoinnin sekä turvallisuuden paranemista

Vuoden 2023 talousarviossa on seitsemän sitovaa toiminnan tavoitetta:⁸ 1) Edistämme helsinkiläisten hyvinvointia ja terveyttä ja ehkäisemme syrjäytymistä. 2) Kiireellinen ensihoito toteutuu tilaajan vaatimusten mukaisesti. 3) Liikkumissopimus on käytössä kaikissa sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluissa. 4) Iäkkäiden ympärivuorokautisessa laitoshoidossa olevien määrä vähenee. 5) Asiakkaiden aktiivista Maisan käyttöä tuetaan tehostamalla asiakkaiden Maisa-viesteihin vastaamista. 6) Pelastustoiminnan toimintavalmius on riittävä ja tarkoituksenmukainen. 7) Onnettomuuksia ehkäistään lisäämällä kaupunkilaisten ja Helsingissä toimivien tahojen kykyä estää onnettomuuksia ja rajoittaa niiden vaikutuksia.

Palvelujen ja palveluverkon kehittämistarpeita peilattu asukkaiden muuttuviin palvelutarpeisiin

Palvelut ja palveluverkko pysyvät pääsääntöisesti ennallaan, sillä uudistuksen jälkeenkin kaupunki järjestää palvelut ja tuottaa osan itse. Palveluseteleitä hyödynnettiin osana palvelutuotantoa, ja uusia palvelusetelimahdollisuuksia kartoitettiin. Vuonna 2021 monituottajuus laajeni määräaikaisena kokeiluna, jossa yksityiset yritykset tuottavat kahden terveysaseman palvelut.^{13,14}

Päätyneessä rakenneuudistushankkeessa kuvattiin Helsingin sosiaali- ja terveystoimen palvelut, myös liikkuvat ja kotiin vietävät palvelut, sekä palvelujen toimipisteiden sijainnit. Erillinen raportti tehtiin digitaalisesta palveluverkosta. Palvelutarpeiden kehittyminen suurpiireittäin kuvattiin, ja lisäksi tilannekatsauksien tuottamiseen kehitettiin dynaaminen työkalu, joka sisältää ehdotuksen palvelujen sijoittumisesta Helsingissä. Myös toimitilojen kunto ja remontointitarpeet selvitettiin.¹⁵ Kaupunkistrategian mukaan palveluverkkoa kehitettäessä huomioidaan helsinkiläisten ja kaupungin alueiden erilaiset lähtökohdat ja tarpeet sekä varmistetaan palvelujen saaminen riittävän lähellä.^{10,11}

Palvelut ovat lähtökohtaisesti yhden järjestäjän alueella yhdenmukaiset, mutta niiden yhtenäistämistä on edistetty Helsingissä muun muassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa. Terveys- ja hyvinvointikeskuksen, perhekeskuksen ja senioripalvelujen toimintamalleja on kehitetty kokonaisvaltaisesti hyviä käytäntöjä hyödyntäen yli palvelujen siilorajojen.¹⁶

Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

Helsinki on yksi maan suurimmista sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen työnantajista

Helsingin kaupungin henkilöstön työnantaja ei muutu vuodenvaihteessa 2022–2023, mutta noin 14 650 henkilöä siirtyy sosiaali- ja terveystoimesta ja noin 760 pelastuslaitokselta uudelle sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialalle.¹⁷ Vuonna 2021 sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöstä oli 84 prosenttia äidinkieleltään suomenkielisiä, 2,4 prosenttia ruotsinkielisiä ja 14 prosenttia muun kielisiä.^{17,18}

Covid-19-pandemian pitkittyminen vaikutti koko kaupungin henkilöstöön. Koko vuoden 2021 ajan tarvittiin runsaasti henkilöstöä turvaamaan Covid-19-pandemiaan liittyvät tehtävät, kuten neuvonta, tartunnan jäljitys, koronaterveysasemat ja sairaanhoito, rokotukset ja rajojen terveysturvallisuustoimet. Vuokratyövoimaa käytettiin aiempaa enemmän, ja sosiaali- ja terveystoimen henkilöstömäärä pysyi edellisvuoden tasolla.^{18,19} Covid-19-pandemian vuoksi supistetuista tai suljetuista toiminnoista siirtyi kriittisesti ylläpidettäviin tai henkilöstöpulasta kärsiviin yksikköihin toimialan sisältä 750 ja muilta toimialoilta 300 ihmistä.²⁰

Edelleen Covid-19-pandemiasta johtuva hoito- ja palveluvelka lisää palvelujen ja henkilöstön tarvetta. Alueen oman arvion mukaan tilanne vaikuttaa vielä pitkään henkilöstön sijoittumiseen ja rekrytointiin ja muiden palvelujen saatavuuteen. Lisäksi lainsäädännölliset muutokset muun muassa henkilöstömitoituksissa ja hoitotakuussa aiheuttavat henkilöstön osalta huomattavia paineita. Samalla palvelutarve kasvaa etenkin lastensuojelun vaativassa hoidossa ja ikääntyneiden palveluissa. Henkilöstön saatavuus, riittävyys ja pysyvyys ovat tulevana vuosina toimialan kriittisiä haasteita.²¹

Henkilöstön saatavuus vaikeutunut useissa ammattiryhmissä

Lääkäriliitto selvitti terveyskeskusten lääkäritilannetta syksyllä 2021. Lääkärintehtävistä oli HUSin alueella kokonaan hoitamatta reilut kymmenen prosenttia. Vaje suureni hieman edellisvuoteen verrattuna ja oli suurempi kuin koko maassa, jossa yli seitsemän prosenttia lääkärintehtävistä oli hoitamatta.²²

Sosiaali- ja terveystoimen keskeinen ongelma on henkilökuntavaje. Toimialan työvoimavaje marraskuussa 2020 vaihteli palvelukokonaisuuksittain. Suurin vaje lääkäreistä oli perhe- ja sosiaalipalveluissa (60 %), toiseksi suurin sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluissa (28 %) ja pienin terveys- ja päihdepalveluissa (16 %). Hammaslääkäreistä puuttui 11 prosenttia, hoitoalan ammattilaisista 6–13 prosenttia ja sosiaalityöntekijöistä 6–11 prosenttia.²⁰ Tilannetta on pahentanut Covid-19-pandemia, joka on vaatinut henkilöstöltä suurta venymistä ja tehnyt työstä raskaampaa.¹⁹ Vuoden 2021 lopussa vaje oli 150 henkilöä suurempi kuin vuoden alussa. Vakinaisen henkilöstön lähtövaihtuvuus kasvoi, ja hakijamäärät vähenivät merkittävästi.^{19,20} Sairauspoissaolot vähentyivät edellisvuodesta, ja sairauspoissaoloprosentti oli 4,7 ilman työtapaturmia vuonna 2021. Eläkkeelle jäi hieman useampi kuin edellisvuonna.²⁰

Ammattibarometri kertoo työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksen keskeisten ammattien kehitysnäkymistä lähitulevaisuudessa. Pääkaupunkiseudulla oli syksyllä 2022 paljon pulaa yleislääkäreistä, yli- ja erikoislääkäreistä, hammaslääkäreistä, kuulontutkijoista ja puheterapeuteista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista, sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista sekä lähihoitajista. Hieman vähemmän pulaa oli ylihoitajista ja osastonhoitajista, psykologeista, suuhygienisteistä ja sosiaalialan ohjaajista ja neuvoijista. Vain muutamien ammattiryhmien, kuten fysioterapeuttien, farmaseuttien ja sairaankuljetuksen ensihoitajien, kysyntä ja tarjonta olivat ammattibarometrin mukaan tasapainossa.²³

Valvontaviranomaisen mukaan terveydenhuollon henkilöstön saatavuudessa oli haasteita. Helsingin kaupungin kouluterveydenhuollossa on usean vuoden ajan ollut puutteita henkilökunnan, erityisesti kouluterveydenhoitajien ja koululääkäreiden, riittävydessä. Lisäksi koko Etelä-Suomen alueella (ei erikseen tietoa Helsingin osalta) yhteensä 90 toimintayksikössä ei täyttynyt vanhuspalvelulain mukainen vähimmäishenkilöstömitoitus.²⁴

Vuonna 2022 esiintyneet ongelmat palkanmaksussa ovat heikentäneet kaupungin työntekijäkuva ja vaikeuttaneet henkilöstötilannetta.²¹

Useita suunnitelmia ja toimenpiteitä henkilöstön saatavuuden ja riittävyyden parantamiseksi

Vuonna 2021 jatkui hanke lääkäreiden saatavuuden ja pysyvyyden edistämiseksi sekä lääkäreiden rekrytoinnin tehostamiseksi.²⁰ Palkkakehityssuunnitelmassa huomioitiin sairaalan erikoistuvia lääkäreitä: korotetut tehtäväkohtaiset palkat astuivat voimaan toukokuun alussa. Kertaluonteinen palkitseminen kohdistettiin terveysasemilla, neuvoloissa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskenteleville lääkäreille. Tavoitteena oli sitouttaa lääkäreitä Helsingin kaupunkiin jatkuvasti haastavassa rekrytointitilanteessa.¹⁸

Palkkakehityssuunnitelmalla huomioitiin erityisesti hoitohenkilöstöä, jonka saatavuutta Covid-19-pandemia vaikeutti entisestään.¹⁸ Hoitohenkilöstön saatavuutta edistettiin myös kehittämällä maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajien polkuja suomalaisen työelämään sekä käynnistämällä uusia lähihoitajien työvoimapolitiittisia oppisopimuskoulutuksia. Lisäksi kaupunki osallistui palkkatukipilottiin, jonka tavoitteena oli ohjata esihenkilöiden suosittamat palkkatukityöntekijät joko hoiva-avustajan tai lähihoitajan oppisopimuskoulutukseen.²⁰ Ruotsinkielisen henkilöstön saatavuutta edistettiin panostamalla sosiaaliseen mediaan, digitaaliseen markkinointiin sekä rekrytointikampanjoihin.²⁰

Rakenneuudistushankkeessa tehtiin kokonais selvitys sosiaali- ja terveystoimen henkilöstötarpeista ja saatavuudesta vuosille 2021–2025. Lisäksi tehtiin toimintamalli vuokratyön käytön periaatteista ja ulkoisten palveluntuottajien ohjauksesta.²⁵ Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa toimialan henkilöstön saatavuuden, veto- ja pitovoiman ja henkilöstökokemuksen näkökulmasta laadittiin nykytilan kuvaus, pidettiin henkilöstön saatavuuteen liittyviä työpajoja, kehitettiin rekrytointiprosessia ja kehittämiskonsultti otettiin rekrytoinnin tueksi. Suun terveydenhuollossa vietiin läpi Osaava hammashoitaja -hanke, jossa saatiin valmiiksi muun muassa osaamisen kehittämisen suunnitelma ja parannettiin uralla kehittymisen mallia.²⁶

Henkilöstö kaupungin strategiassa

Kaupunkistrategiassa hyvä johtaminen on valittu yhdeksi strategiseksi painopisteeksi. Tavoitteena on parantaa henkilöstön työhyvinvointia ja viihtyvyyttä sekä lisätä kaupungin veto- ja pitovoimaa työnantajana.^{27,28} Palvelustrategiassa todetaan, että henkilöstön riittävyyden turvaaminen on viime kädessä tulevan strategiakauden tärkein yhteinen onnistumisen edellytys sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että pelastustoimen palveluissa. Edelleen todetaan, että oman henkilöstön lisäksi riittävä ja ammattitaitoinen palvelujen tuottajaverkosto on tärkeässä roolissa.²⁹ Helsingissä henkilöstön asema ei muutu uudistuksessa merkittävästi, sillä työnantaja pysyy samana.

Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

Lainsäädäntö ja kansalliset tavoitteet

Hyvinvointialueella on vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi.^{30,31} Hyvinvointialueilta edellytetään, että ne muun muassa tunnistavat yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevat asiakasryhmät, määrittelevät palveluketjut ja palvelukokonaisuudet, yhteensovittavat palveluja hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa ja huolehtivat asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Lisäksi hyvinvointialueen on sovitettava palvelujaan yhteen kunnallisten ja valtion palvelujen kanssa ja edistettävä palvelujen yhteensovittamista muiden toimijoiden tarjoamien palvelujen kanssa.^{30,31}

Uudenmaan tasoinen vuoropuhelu oli tiivistä ja alueellista yhteistyötä vahvistavaa

Helsingissä sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollinen integraatio toteutui vuonna 2013, ja nyt mukaan liittyy pelastustoimi. Toiminnallista integraatiota on kehitetty jo vuosia sosiaali- ja terveystoimen toimintamalleissa, esimerkiksi yhdenmukaiset asiakkuussegmentit ja ydinprosessit on luotu ja otettu käyttöön. Toimintamallien palvelujen yhteensovittamista on kehitetty viime vuodet myös kansallisten hankkeiden tuella.^{32,33} Viimeisimpänä on kyse ollut paljolti olemassa olevien käytäntöjen ja toimintamallien juurruttamisesta ja levittämisestä.³³

Yhteistyötä on tehty myös eri hankkeiden kesken. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmalla on yhdyspintaa Työkykyisempi Stadi -työkykyohjelman, Työllisyyden kuntakokeilun sekä Asunnottomuutta vähentävien sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämishankkeeseen. Eri valtionavustushankkeiden välillä oli verkostomaista yhteistyötä muun muassa ohjausryhmätyöskentelyssä.³²

Covid-19-pandemian aikana yhteistoiminta lisääntyi, sillä Uudenmaan alueellinen koronakoordinaatioryhmä, pääkaupunkiseudun koronakoordinaatioryhmä sekä pääkaupunkiseudun ulkopuolisten HUS-alueen kuntien tilannekuva-ryhmä kokoontuivat säännöllisesti vuoden 2021 aikana.³⁴ Muutenkin Uudenmaan tasoinen vuoropuhelu oli tiivistä ja alueellista yhteistyötä vahvistavaa.³²

Uudenmaan viiden alueen sote-johtajilla on säännöllisesti yhteistyökokouksia sekä keskenään että yhdessä HUSin kanssa. Alueella on hyväksytty yhteistyösopimus, jonka päämääränä on edistää hyvinvointialueiden sekä Helsingin kaupungin välistä strategisen tason vuoropuhelua ja operatiivisen tason yhteistyötä. Tavoitteena on kehittää Helsingin ja Uudenmaan neljän hyvinvointialueen yhteistä edunvalvontaa sekä Uudenmaan alueen yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä pelastuspalveluissa. Sopimuksella ei siirretä päätösvaltaa yhteisille toimielimille, ja sopimus on voimassa toukokuun 2025 loppuun.³⁵

HUS-järjestämissopimuksessa sovitaan keskinäisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi sikäli kun niistä ei ole laissa erikseen säädetty.³⁶ Helsingin kaupunki vastaa HUS-järjestämissopimuksen valmistelun koordinoinnista, ja päätöksentekoon päästään alkuvuodesta 2023. Yhteistyöalueen toimintaa ei ole vielä aloitettu.

Uudellamaalla vuonna 2021 päättyneessä rakenneuudistushankkeessa tehty yhteistyö liittyi muun muassa erikoissairaanhoidon toiminnan ja talouden strategiseen ohjaukseen, digitaalisiin palveluihin ja HYTE-kokonaisuuteen.³⁷ Erikoissairaanhoidon ohjaus -loppuraportti sisältää koonnin näkemyksistä, jotka koskevat ohjausmallia ja siihen liittyviä ydinprosesseja, työkaluja ja toimenpiteitä. Digitaalisten palvelujen yhteentoimivuuden edellytyksiä ja vaatimuksia tunnistettiin Uusimaa-tasoisesti. HYTE-kokonaisuuden osalta työskentelyssä pyrittiin löytämään Uudenmaan yhteistyön ja raportoinnin malleja.³⁷ Tuotoksina olivat muun muassa Uudenmaan HYTE-selvitys ja -seminaari.³²

Valvontaviranomainenkin totesi, että Helsingissä on luotu nykyisen valtuustokauden aikana toimiva HYTE:n johtamis- ja koordinaatorakenne, jolla pystytään jatkamaan sote-uudistuksen jälkeenkin. Helsingissä toimii kunnan HYTE-koordinaattorin sekä toimialojen HYTE-yhdyshenkilöiden verkosto sekä niin sanottu kaupunkiyhteinen HYTE-ohjausryhmä. Kaupunginhallitus on ehkäisevän päihdetyön tehtävistä vastaava toimielin, ja tehtävistä huolehtii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjausryhmä.³⁴

Integraatiota heijastavien indikaattorien tarkastelu

Taulukossa 2 esitetyistä palvelujen integraatiota kuvaavista indikaattoriarvoista suurin osa on maan keskitasoa tai sitä parempia Helsingissä. THL:n FinSote-kyselyn mukaan helsinkiläisistä terveyspalveluja käyttäneistä reilut puolet oli pitänyt palvelua sujuvana, mikä oli samaa tasoa kuin koko maassa. Vastaavasti helsinkiläisistä sosiaalipalveluja käyttäneistä maan pienin osuus (43 %) vastasi palvelujen olevan sujuvia, koko maassa näin vastasi reilut puolet. Pääsääntöisesti peruspalveluissa hoidettavien sairauksien (astma, diabetes, keuhkohtauma ja sydämen vajaatoiminta) suhteen tilanne vaikuttaa hyvältä, sillä näissä oli sairaalahoitajaksoja vähemmän kuin maassa keskimäärin, mikä voi viitata vertikaalisen integraation toimimiseen perus- ja erikoissairaanhoidon välillä ja avopalvelujen parempaan kykyyn vastata palvelutarpeisiin. Vuodeosastohoidon uusiutuminen skitsofreniapotilaalla oli maan vähäisintä, mutta kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi uusiutuminen oli yhtä yleistä kuin maassa keskimäärin. Samoin kotihoidon asiakkaan palaaminen kotihoitoon akuuttisairaanhoidon jälkeen oli yhtä yleistä kuin maassa keskimäärin. Sen sijaan kotihoidon yli 75-vuotiailla oli keskimääräistä enemmän päivystyksenä alkaneita sairaalahoitajaksoja. Perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä asukasmäärään suhteutettuna oli maan kolmanneksi vähiten.

Taulukko 2. Indikaattoritietoja palvelujen integraatiosta

Indikaattori	Helsinki	Itä-Uusimaa	Keski-Uusimaa	Länsi-Uusimaa	Vantaa ja Kerava	Etelä-Karjala	Kymenlaakso	Päijät-Häme	Koko maa (vaihteluväli)
15 v täyttäneiden hoitojaksot vuodeosastolla astman vuoksi / 100 000 asukasta	17,7	25,2	18,6	17,3	20,6	22,0	15,1	13,2	25,1 (13,2–80,6)
15 v täyttäneiden hoitojaksot vuodeosastolla diabeteksen vuoksi / 100 000 asukasta	58,6	62,1	52,2	57,1	56,3	142,2	46,0	93,1	98,2 (46,0–159,9)
15 v täyttäneiden hoitojaksot vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi / 100 000 asukasta	75,9	102,8	68,5	73,1	44,8	120,8	82,4	85,3	87,0 (44,8–166,5)
15 v täyttäneiden hoitojaksot vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi / 100 000 asukasta	194,5	198,3	168,5	193,9	144,5	448,1	259,9	239,8	244,0 (144,5–448,1)
Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista	22,6	21,3	8,4	16,2	15,2	28,7	14,9	22,6	22,5 (8,4–28,7)
Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista, vakioitu	15,0	17,3	23,2	29,3	18,7	18,6	25,3	31,8	26,4 (15,0–37,9)
Koki palvelun sujuvaksi, % sosiaalipalveluita käyttäneistä *	43,4	48,2	45,6	56,1	43,6	52,3	53,6	53,0	51,6 (43,4–59,0)
Koki palvelun sujuvaksi, % terveyspalveluita käyttäneistä *	53,4	54,0	56,0	53,8	53,0	51,3	55,0	54,1	54,3 (49,5–60,8)
Kotihoidon asiakkaan tilanne 2 kk akuuttisairaanhoidon joutumisen jälkeen (takaisin kotihoidossa), % *	66,6	65,1	66,7	62,9	37,7	67,6	62,6	59,4	67,3 (37,7–77,8)
Kotihoidon 75 v täyttäneet asiakkaat, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavanikäisistä kotihoidon asiakkaista *	26,2	25,1	14,7	19,4	10,8	32,6	22,7	26,9	23,6 (10,8–32,6)
Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) / 1 000 asukasta	158,9	374,6	360,1	388,6	170,1	726,6	849,3	148,9	448,9 (130,5–1082,4)
Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä	0,4	0,2	0,6	0,3	0,5	1,3	0,2	0,3	0,6 (0,2–1,3)
Organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi kokeneet lääkärit, % vastanneista **									12,2

* 2020

** Potilastietojärjestelmät lääkärien työvälinaana -kyselytutkimus (THL) ajalta 2010–2021, tieto päivitetty 11.2.2022. Kohdejoukkona työikäiset, Suomessa asuvat ja potilastyötä tekevät lääkärit Lääkäriliiton rekisteristä. Käytettävissä vain koko maan tieto.

▲ Taulukossa esitetään palvelujen integraatiota kuvaavia indikaattoriarvoja Etelä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungissa ja koko maassa. Indikaattoriarvot on saatu THL:n Sotokuva-palvelusta (sotokuva.fi). Luvut kuvaavat vuoden 2021 tilannetta. Poikkeukset on merkitty erikseen.

Tavoitteena sekä lisätä sisäistä integraatiota että kehittää palvelupolkuja yli organisaatorajojen

Helsingin sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö on laajaa; se ulottuu kansainvälisistä toimijoista kansallisiin, maakunnallisiin ja kunnallisiin toimijoihin sekä paikallisiin järjestöihin. Kehittämistä palvelujen yhteensovittamiseksi ja palvelupolkujen sujuvoittamiseksi tehtiin sosiaali- ja terveystoimen sisällä, mutta myös eri toimialojen ja useiden eri toimijoiden kanssa.

Toimialalla käytetään asiakassegmentointia, ja sitä tukevaan digitaaliseen työvälineeseen Suuntimaan liittyvä yhteistyö aloitettiin Digi-Finlandin kanssa. Suuntimaa on pilotoitu ja kehitetty toimintamallien rajat ylittävän yhteistyön edistämiseksi vuonna 2022.³³ Asiakassegmentoinnissa pyritään tunnistamaan muun muassa paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat. Valvontaviranomaisen mukaan koko Etelä-Suomen alueella (ei tietoa Helsingistä erikseen) näiden asiakkaiden palvelujen koordinoinnissa oli haasteita, mikä näkyi sosiaalihuollon palvelujen saatavuudessa. Toisinaan selkeä koordinaattori tai vastuutaho näytti puuttuvan.³⁴

Helsingissä jatkettiin opioidikorvaushoidossa olevien ja psykoosisairaiden paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden palvelujen kehittämistä. Pääkaupunkiseudulla tehtiin yhteistyötä Pakka-toimintamallissa eli paikallisten alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyssä.³²

Asunnottomuuden vähentämiseen pyrittiin yhdessä kaupunkiympäristön toimialan, kaupunginkanslian ja muiden toimijoiden kanssa. Esimerkiksi talous- ja velkaneuvontaa annettiin osana asumisneuvontaa ja uusia asiakkaita tavoitettiin yhteistyössä Ulosottolaitoksen Ennakoiva talousneuvonta -hankkeen kanssa.³²

Yhteistyötä Helsingin Työllisyyspalvelujen ja Kelan kanssa syvennettiin. Terveys- ja hyvinvointikeskuksissa kehitettiin työkyvyn tuen monialaisia palveluja ja mallinnettiin työkykykoordinaattorin tehtäviä.³²

Horisontaalista integraatiota vahvistettiin, esimerkiksi lapsiperheiden kotipalvelussa edistettiin keskitettyä asiakasohjausta sekä yhteistyötä muun muassa lastensuojelun, maahanmuuttoyksikön ja vammaistyön kanssa.³² Lisäksi monialaisen yhteistyön kehittäminen ja tiivistäminen iltapäiväkerhojen, oppilashuollon ja sosiaalihuollon välillä aloitettiin. Esimerkki laajasta yhteistyöstä on lähisuhdeväkivalta lapsiperheessä -palveluketjun kehittäminen. Sitä tehtiin yhteistyössä Barnahus-hankkeen, HUS oikeuspsykologian yksikön, Helsingin poliisin, syyttäjän ja Helsingin lastensuojelun kesken, ja siinä toteutettiin LASTA-arviointilomakkeen ja Monialainen LASTA-palaveri -toimintamallin kokeilu.³³

Kehitysvammaisten terveyspalvelujen uudistaminen eteni Uudenmaan yhteisessä kehittämishankkeessa, samoin neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelupolun kehittäminen.³²

Ikääntyneiden palvelujen, aikuissosiaalityön ja vammaisten sosiaalityön välisestä yhteistyöstä laadittiin ohje ammattilaisten työn tueksi.³² Helsinki on mukana pääkaupunkiseudun ikäihmisten palvelujen kehittämisverkostossa (GeroMetro), ja Pätijä-hankkeessa tehtiin yhteistyötä HUSin kanssa.³⁸ Osana Savuton Helsinki -verkoston toimintaa pilotoitiin savuttomuuden edistämistä kotiin vietävissä palveluissa.³²

Yhteistyössä toteutettuja liikkumista edistäviä hankkeita oli useita, muun muassa koulujen personal trainer -toiminta, Move!-järjestelmän kehittäminen, LiiKu-tuki-toimintamalli, liikkumisen puhekeskiön mini-interventiomalli ja Liikkumissopimus.³²

Helsinki on WHO:n Healthy Cities -verkostossa mielenterveysteemassa ja tekee yhteistyötä Hyvä kierre -verkoston kanssa. Mielen hyvinvoinnin edistämiseksi vahvistettiin monitoimijaista yhteistyötä.³² Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluketjuja kehitettiin yhdessä kasvatuksen ja koulutuksen toimialan, nuorisopalvelujen ja erikoissairaanhoidon kanssa. Lisäksi ammatillaisia osallistui HUSin koulutuksiin muun muassa Terapiat etulinjaan -hankkeessa.^{32,33}

Helsingissä vahvistettiin yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa myös diabeetikoiden hoidossa. Kalasataman ja Vuosaaren terveys- ja hyvinvointikeskuksissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon tuottavat palvelun yhteisissä tiloissa yhteisille potilaille.³³ Päivystyksellisten tilanteiden hoitoketjuja kehitettiin monialaisessa yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja ensihoidon kanssa.³²

Helsingin kaupungilla on myös omia erikoissairaanhoidon palveluja. Perustason palvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ja ohjauksen vahvistaminen sekä palvelujen yhteensovittaminen ovatkin keskeisessä roolissa tulevana vuosina. Hyvinvointialueet ja HUS ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita asukkaiden palveluketjujen rakentamisessa sekä hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi.³⁹ Kaupunkistrategian 2021–2025 tavoitteenakin ovat integroidut ja saumattomat asiakkaiden palvelukokonaisuudet ja palveluketjut.⁴⁰

Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Kansalliset tavoitteet ja lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen päämääriä ovat väestön tarpeisiin perustuvat, saatavuudeltaan ja saavutettavuudeltaan yhdenvertaiset sekä lähellä asiakasta tuotettavat palvelut. Palvelustrategia ohjaa koko toimialan taloutta ja toimintaa, ja siinä asetetaan yhteisiä tavoitteita palvelujen järjestämiselle ja otetaan huomioon palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.⁴¹

Helsingin kaupunkistrategian 2021–2025 tavoitteena on muun muassa perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon sujuva hoitoon pääsy.⁴² Myös palvelustrategiassa painopisteinä ovat palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, mikä tukee kaupunkistrategian toteutumista.⁴³

Helsingin Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeen tavoitteena on, että asiakas saa tarvitsemansa perustason sosiaali- ja terveyspalvelut sujuvasti ja oikea-aikaisesti ja että toiminnassa huomioidaan palvelujen jatkuvuus ja kohdentaminen asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin. Lisäksi tavoitteena on, että asiakas voi hyödyntää palveluvalikoimassa sujuvasti ja aiempaa enemmän digitaalisia palveluja. Terveyspalveluissa valmistaudutaan seitsemän päivän hoitotakuuseen.⁴⁴

Covid-19-pandemiaan liittyvät tehtävät priorisoitiin

Covid-19-pandemian vuoksi terveysasemien ja suun terveydenhuollon kiireetöntä hoitoa jouduttiin ajoitain supistamaan ja henkilöstöresursseja siirrettiin koronan testaukseen, jäljitykseen ja rokottamiseen. Pitkittänyt Covid-19-pandemia lisäsi erityisesti lasten ja nuorten masentuneisuutta, yksinäisyyttä ja mielenterveysoireita sekä iäkkäiden toimintakyvyn heikkenemistä ja syrjäytymistä.⁴⁵ Valvontaviranomaisen havainto oli, että Covid-19-pandemia aiheutti kunnille haasteita lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamisessa vuonna 2021. Koko Etelä-Suomessa havaittiin palvelujen saatavuudessa haasteita, jotka johtuivat palvelujen ruuhkautumisesta ja henkilöstön siirtämisestä koronapandemian hoitoon liittyviin tehtäviin.⁴⁶ Helsingissä suun terveydenhuollon puhelinpalvelussa oli puutteita muun muassa ajanvarauksessa. Lisäksi kouluterveydenhoitajia ja koululääkäreitä on ollut riittämättömästi usean vuoden ajan, ja tilanne paheni Covid-19-pandemian aikana. Oppilaat eivät saaneet lakisääteisiä palveluja, kuten terveystarkastuksia, säädösten ja ohjeiden mukaisesti. Valvontaviranomaiset ohjeistivat vuonna 2022 kuntia järjestämään lakisääteiset terveystarkastukset heti, kun pandemiatilanne sallii.⁴⁶

Sosiaali- ja terveyspalvelutarpeen kasvuun vastaaminen

Vuonna 2021 Helsingin toimintamalleja – perhekeskusta, terveys- ja hyvinvointikeskusta sekä senioripalveluita – vakiinnutettiin ja samalla pyrittiin parantamaan palvelujen saatavuutta ja asiakaskokemusta. Hoito- ja palveluvelkaa pystyttiin jonkin verran purkamaan vuoden 2021 aikana. Neuvoloihin palkattiin määräaikaisia terveydenhoitajia tekemään lakisääteisiä neuvolatarkastuksia. Suun terveydenhoidossa hoitojonoa purettiin lisä- ja ylitöillä sekä ostopalveluilla. Lokakuusta 2021 alkaen terveyspalveluja on lisätty ja kiireetömän hoidon saatavuutta on parannettu; Kannelmäen ja Ruoholahden alueella aloitettiin määräaikainen kokeilu, jossa yksityiset yritykset tuottavat terveysasemien palvelut. Myllypuron terveys- ja hyvinvointikeskuksen aukioloa laajennettiin vuonna 2021. Palveluseteliä on voitu käyttää tilapäisissä ruuhkatilanteissa tai silloin, kun terveysasemilla on lääkärivajaus. Vuonna 2021 palvelusetelikäyntejä oli yli 18 000. Haagaan avattiin uusi matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelupiste Mieppi yli 13-vuotiaita nuoria ja aikuisia palvelemaan vuonna 2021, ja Kamppiin avattiin syksyllä 2022 uusi perhekeskus.^{45,47}

Liikkuvia ja etäpalveluja lisättiin

Strategian mukaisesti sähköisiä etäpalveluja eli etähoitoa, neuvontaa, etäkuntoutusta ja videovastaanottoja lisättiin. Terveysasemilla toimivan chatbotin sisältöjä laajennettiin suun terveyteen ja psykiatriaan. Myös iäkkäille asiakkaille tarjottavaa digitukea lisättiin.⁴⁷ Asiakas- ja potilastietojärjestelmä Apotin käyttöönotto kaikissa palveluissa mahdollisti myös Maisa-asiakasportaalin käyttöönoton sekä etävastaanottoon että sähköisen yhteydenoton kahdensuuntaiseen viestintään. Helsingiläisiä käyttäjiä oli joulukuussa 2021 jo yli 300 000. Kansallista Omaolo-palvelua hyödynnettiin muun muassa Covid-19-pandemian hoidossa.⁴⁵

Liikkuvan hoitajan (Liihon) toiminta käynnistyi ympärivuorokautisen hoivan ja kotihoidon asiakkaille. Liikkuvan hoitajan tehtäviin kuuluvat päivystystilanteiden arviointi ja hoitaminen asiakkaan kotona viikonloppuisin.⁴⁵

Tietojen saavutettavuutta ruotsin- ja vieraskielisille parannettiin

Helsinki on monikielinen kaupunki. Terveysasemilla toimivan chatbotin kielivalikoimaan lisättiinkin suomen ohkeen ruotsi ja englanti.⁴⁷ Koronasta viestittiin myös ruotsin ja englannin kielellä sekä venäjäksi, virokiksi, arabiaksi ja somaliksi.⁴⁵ Helsingin terveystietopalveluista saa tietoa myös infonland.fi-sivustolta, jossa on tietoja yli kymmenellä kielellä muun muassa terveystietopalveluista.⁴⁸

Kaupunkistrategian 2021–2025 yhtenä tavoitteena on kehittää ruotsinkielisiä palveluja, tavoitteena laadukkaat ja saumattomat palvelut myös ruotsiksi.⁴³ Strategiakaudella pyritään pitämään edelleen terveyskeskuskäynnit maksuttomina, mikä parantaa myös saavutettavuutta.⁴³ Vuonna 2023 ei oteta käyttöön terveyskeskusmaksuja.⁴⁹

Useat pääsevät viikossa hoitoon – harvalla hoitotakuu ylittyy

Maaliskuussa 2022 Helsingissä oli 0,4 prosenttia hoitotakuun (3 kk) ylittäviä odotusaikoja eli jonotusta hoidon tarpeen arvioinnista perusterveydenhuollon lääkärin kiireettömälle käynnille. Samana ajankohdana kuitenkin vain 38 prosentissa odotusaika ylitti seitsemän päivää, mikä oli lähellä maan keskiarvoa. Lokakuussa 2021 hammaslääkärin vastaanotolle yli kolme viikkoa joutui odottamaan suurempi osuus kuin maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneiden osuus väestöstä oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä maan toiseksi suurin vuoden 2021 lopussa.

Keväällä 2022 kiireettömän asian vuoksi alueen perusterveydenhuollon lääkärivastaanottoa odottaneista 60 prosenttia pääsi fyysiselle ja 41 prosenttia etävastaanotolle seitsemän vuorokauden kuluessa yhteydenotosta. Fyysiselle vastaanotolle viikossa päässeiden osuus oli hyvinvointialuevertailun suurimpien joukossa, vastaavaa ei voi sanoa etävastaanotoista (taulukko 3).

Taulukko 3. Odotusaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle (% kaikista kiireettömistä käynneistä)

	0-7 vuorokautta		8-14 vuorokautta		15-30 vuorokautta	
	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit	Fyysiset asioinnit	Etäasioinnit
Kaikki palveluntuottajat	44	55	9	12	16	13
Helsinki	60	41	5	20	16	21
Itä-Uusimaa ^{1,2}	4-41	21-81	2-26	11-19	4-36	6-29
Keski-Uusimaa	60	78	12	7	11	5
Länsi-Uusimaa ¹	17-76	30-89	5-25	5-21	8-43	2-25
Vantaa ja Kerava ¹	43-71	62-73	4-12	11-15	10-24	10-15
Etelä-Karjala	26	28	19	11	23	13
Kymenlaakso	40	37	10	18	18	23
Päijät-Häme ²	22	16	6	7	11	7
Pohjois-Savo	38	59	16	20	27	18
Keski-Suomi ³	34	44	11	19	27	22
Etelä-Savo	42	31	9	14	15	13
Pohjois-Karjala	58	94	16	4	14	1
Pirkanmaa ³	43	57	9	14	21	19
Kanta-Häme	35	38	12	15	14	14
Etelä-Pohjanmaa	53	45	7	10	9	6
Varsinais-Suomi	42	57	10	13	18	18
Satakunta	57	57	11	15	13	12
Pohjanmaa ⁴	51	51	12	8	21	7
Pohjois-Pohjanmaa ⁵	36	43	8	11	15	12
Keski-Pohjanmaa ⁴	49	61	19	14	15	6
Kainuu	75	69	9	5	5	4
Lappi ⁵	43	61	12	9	17	7

¹ Tiedot kunnittain, taulukossa ilmoitettu suurin ja pienin arvo

² Myrskylän ja Pukkilan kuntien tiedot sisältyvät Päijät-Hämeen lukuihin

³ Kuhmoisten kunnan tiedot sisältyvät Keski-Suomen lukuihin

⁴ Kruunupyyn kunnan tiedot sisältyvät Keski-Pohjanmaan lukuihin

⁵ Simon kunnan tiedot sisältyvät Pohjois-Pohjanmaan lukuihin

▲ Taulukossa esitetään odotusajat perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle prosenttiosuutena kaikista kiireettömistä käynneistä tammi-toukokuussa 2022. Odotusaika lasketaan varhaisimmasta kontaktista toteutuneeseen käyntiin. Fyysiset asioinnit ja etäasioinnit on jaoteltu erikseen. Tiedot esitetään hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja kaikkien palveluntuottajien tasolla. Tiedot perustuvat THL:n Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus -tietoihin (Avohilmo).

Palveluja tarvinneilla tyytymättömyyttä palvelujen riittävyteen

Vuoden 2020 väestökyselyssä maan suurin osuus, kolmannes palveluja tarvinneista helsinkiläisistä, koki saaneensa riittämättömästi hammaslääkäripalveluja, lisäksi keskimääräistä useampi koki näin sekä hoitaja- että lääkäripalvelujen suhteen (taulukko 4).

Hyvinvointialueen yläkoululaisista maan kolmanneksi suurin osuus ilmoitti, ettei päässyt koulukuraattorille eikä kouluterveydenhoitajalle yrittämisestä huolimatta. Lukiolaisista maan suurin osuus ilmoitti samaa kouluterveydenhoitajalle pääsystä, mutta ammatillisissa oppilaitoksissa osuus oli sama kuin maassa keskimääräin. Maan suurin osuus, yli puolet palveluja tarvinneista, koki saaneensa vanhusten kotihoitopalveluja riittämättömästi. Myös vammais-, lapsiperhe- ja sosiaalipalveluissakin tyytymättömyys palvelun määrään oli keskimääräisestä yleisempää (taulukko 4). Tyytymättömyys kysytyjen palvelujen riittävyteen oli suurempaa kuin maassa keskimäärin kaikissa palveluissa lukuun ottamatta yhtä, jossa se oli maan keskiarvon suuruinen.

Taulukko 4: Palveluja riittämättömästi saaneiden osuus palveluja tarvinneista

	Ei ole päässyt yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana (%-osuus oppilaista tai opiskelijoista)				Vastaanottopalveluja riittämättömästi saaneiden osuus (%) palveluja tarvinneista			Palveluja riittämättömästi saaneiden osuus (%) palveluja tarvinneista			
	Koulu-kuraattorille	Kouluterveydenhoitajalle			Hoitaja-palvelut	Lääkäri-palvelut	Hammas-lääkäri-palvelut	Vanhusten kotihoito-palvelut	Vammais-palvelut	Lapsi-perhe-palvelut	Sosiaali-työn palvelut
		Yläkoulu 8. ja 9. lk	Yläkoulu 8. ja 9. lk	Ammatillinen oppilaitos 1. ja 2. vuosi							
Koko maa	10	5	5	4	14	20	24	37	48	35	47
Helsinki	13	7	5	7	17	24	33	52	63	38	60
Itä-Uusimaa	10	6	10	6	14	20	27	38	51	24	45
Keski-Uusimaa	10	7	6	3	14	20	24	42	64	26	47
Länsi-Uusimaa	11	7	5	6	16	19	28	44	40	40	39
Vantaa ja Kerava	13	8	4	4	20	25	24	51	44	33	45
Etelä-Karjala	8	4	3	2	13	21	25	35	48	35	56
Kymenlaakso	5	4	4	0	13	19	23	34	55	20	38
Päijät-Häme	11	6	5	4	16	23	22	42	32	21	45
Pohjois-Savo	10	6	3	3	10	14	19	38	52	27	47
Keski-Suomi	14	5	6	5	11	17	23	32	66	44	48
Etelä-Savo	7	4	3	2	10	18	19	30	36	32	42
Pohjois-Karjala	9	6	6	6	16	23	24	32	43	22	35
Pirkanmaa	9	6	5	5	14	19	24	35	38	49	54
Kanta-Häme	10	5	4	3	11	17	19	40	50	43	47
Etelä-Pohjanmaa	7	4	6	3	9	14	14	24	33	29	36
Varsinais-Suomi	9	5	4	5	11	19	20	36	47	29	63
Satakunta	7	5	3	2	14	21	24	23	44	37	44
Pohjanmaa	9	5	3	7	13	22	23	28	61	33	45
Pohjois-Pohjanmaa	9	5	8	4	13	19	22	39	42	33	32
Keski-Pohjanmaa	7	4	4	3	11	15	22	26	42	25	36
Kainuu	10	5	4	2	14	23	32	40	48	28	53
Lappi	10	4	4	5	12	19	19	43	40	20	42

Yli maan keskiarvon

Maan suurin osuus

▲ Taulukossa esitetään palvelujen saannin riittämättömäksi kokeneiden osuus palveluja tarvinneista hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungissa ja koko maassa. Tiedot perustuvat THL:n Kouluterveyskyselyyn vuodelta 2021 ja kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten tutkimuskyselyyn vuodelta 2020.

Lukuisia kehittämistoimia saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantamiseksi

Toimialan palvelujen kehittämisessä yhteinen päämäärä on asukkaiden ja asiakkaiden yhdenvertaisuuden vahvistaminen.⁴⁵ Yhdenvertaista palvelujen saatavuutta edistävät muun muassa yhteiset arviointikriteerit palvelujen saamiseksi.

Kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi perustuu vanhuspalveluissa asiakkaan arjen ja toimintakyvyn kuvaukseen, RAI-arviointiin sekä moniammatillisen tiimin, asiakkaan ja hänen läheistensä kokonaisnäkemykseen tilanteesta. Helsingin 75 vuotta täyttäneistä useampi (23 %) kuin maassa keskimäärin (17 %) oli RAI-arvioitu vuonna 2021. Palvelukriteerien yhtenäistämistä edesauttoi ikääntyneiden palveluseteli- ja ostopalveluasiakkaiden asiakas- ja palveluprosessin ohjauksen keskittäminen ja kotihoidon myöntämisen perusteiden selkiyttäminen. Lisäksi valmisteltiin kotihoidon tukipalvelujen myöntämisen perusteita.⁴⁵

Lapsiperheiden palvelujen ja lastensuojelun tilannearviointiosaamista vahvistettiin ja digitaalista tilannearviotyökalua kehitettiin, mikä edistää yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa.⁴⁵ Aikuissosiaalityössä kuvattiin paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiakkaaksitulo, minkä tavoitteena oli yhdenmukaistaa ja tehostaa asiakkaiden pääsyä palveluun.⁴⁵ Strateginen tavoite on lisätä hoidon jatkuvuutta ja hoitosuhteen pysyvyyttä paljon palveluja tarvitsevilla.⁴³

Suun terveydenhuollossa saatavuuden parantamista tavoitellaan Kerralla kuntoon -mallilla. Farmasistit terveysasemilla -hankkeessa pyritään ammattiryhmien työnjakoa kehittämällä hoidon saatavuuden parantamiseen ja asiakkaiden optimaaliseen lääkehoidon toteutumiseen. Tavoitteena on moniammatillisen tiimityön edelleen kehittäminen terveysasemilla ja ammattilaisten resurssien optimaalinen hyödyntäminen sen kautta, että toimenkuvat vastaavat täsmällisemmin koulutusta.⁴⁴ Saatavuuden parantamista on tavoiteltu myös kouluttamalla terveysasemien hoitajia rajattuun lääkkeenmääräämiseen.⁴⁴

Kalasadaman terveys- ja hyvinvointikeskuksessa tehtiin pilotti, jonka tavoitteena oli asiakkaan palvelun sujuvoittaminen, turhien vastaanottojen välttäminen ja monialaisen konsultoinnin toteutuminen aiempaa paremmin. Pilotissa tuki- ja liikuntaelinoireiset sekä mielenterveys- ja päihdeasioissa asioivat asiakkaat ohjattiin suoraan sille ammattilaiselle, joka pystyi parhaiten ratkaisemaan heidän palvelutarvettaan. Käytössä olevat resurssit organisoitiin uudella tavalla: fysioterapeutin ja mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajan työpohjia muokattiin siten, että heidän oli mahdollista aiempaa helpommin antaa konsultaatiotukea ja tavata asiakas joko toisen ammattilaisen vastaanotolla tai omana vastaanottokäyntinä. Asiakkailta ja ammattilaisilta saadun palautteen perusteella toimintamalli päätettiin ottaa pysyväksi tavaksi toimia.⁴⁴

Koronapandemiasta palautumista tukevat samat toimenpiteet, jotka edistävät palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta muutenkin.⁴⁵ Myös ennaltaehkäiseviin, oikea-aikaisiin ja matalan kynnyksen palveluihin panostetaan ja toiminnassa hyödynnetään monituottajamallia ja moniammatillisuutta.⁴³

Helsingin Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeen tavoitteena on edelleen parantaa terveys- ja hyvinvointikeskusmallin toteutumista ja sen osatavoitteena kiireettömän hoidon saatavuutta.⁴⁴ Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan keskeisiä painopisteitä vuonna 2023 ovat sekä palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen että palvelujen vahvistaminen digitalisaation avulla.⁴⁵

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

Helsingin kaupungin tulos oli 357 miljoonaa euroa ylijäämäinen vuonna 2021. Tulorahoituksen riittävyttä kuvaava asukaskohtainen vuosikate oli positiivinen, 1 150 euroa asukasta kohti. Vuosikate riitti kattamaan poistot ja arvonalentumiset.

Hyvään tuloskehitykseen vaikuttivat merkittävästi valtion tukitoimet sekä kunnallisverotulojen hyvä kehitys.⁵⁰ Vuosina 2020–2021 valtio tuki kuntasektoria koronaviruspandemiasta aiheutuvien ylimääräisten kustannusten ja tulonmenetysten vuoksi yhteensä yli 5 miljardilla eurolla. Kunnille ja kuntayhtymille on aiheutunut ylimääräisiä kustannuksia koronapotilaiden hoidon lisäksi mm. testauksesta, rokotuksesta sekä suojarusteista. Vastaavasti epidemia on kasvattanut hoito- ja palveluvelkaa kiireettömän hoidon resursien ja toiminnan karsimisen vuoksi.

Vuonna 2020 valtio kohdisti koronatuettujen kuntien peruspalvelujen valtionosuuksiin ja korotti kuntien osuutta yhteisöverosta 10 prosentilla. Lisäksi valtionavustuksia myönnettiin sairaanhoitopiireille, joista osa kohdisti avustuksia myös kuntien maksuosuuksiin. Vuonna 2021 valtio tuki kuntia peruspalvelujen valtionosuiden kautta edellisvuotta vähemmän ja jatkoi yhteisöveron määräaikaista 10 prosentin korotusta. Vastaavasti sairaanhoitopiirien tukemista jatkettiin edelleen myöntämällä avustusta Covid-19-kustannuksiin sekä alijäämän kattamiseen. Valtion koronatuken painopiste siirtyi kuntien osalta valtionavustuksiin, minkä lisäksi korvauksia maksettiin myös rajojen terveysturvallisuudesta aiheutuvista kustannuksista.

Valtion moninaiset tukitoimet Covid-19-pandemian vuoksi

Vuonna 2021 Helsingille myönnetyt korotukset peruspalvelujen valtionosuuteen ja yhteisövero-osuuden korottamiseen olivat yhteensä 149 miljoonaa euroa (284 miljoonaa euroa vuonna 2020). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille myönnetyt avustukset olivat vuonna 2021 noin 75,6 miljoonaa euroa (89,1 miljoonaa euroa vuonna 2020), josta peruspääoman suhteessa laskettu Helsingin osuus olisi 27,4 miljoonaa euroa. Koronan vuoksi Helsingille myönnettiin avustuksia yhteensä 158 miljoonaa euroa.^{51,52} Rajojen terveysturvallisuuteen Helsingin kaupungille myönnettiin korvauksia ensimmäisessä haussa yhteensä noin 3,6 miljoonaa euroa.⁵³

Valtion tukitoimien painopisteen siirtyminen valtionosuuksista avustuksiin vaikuttaa osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksiin ja siten myös palvelukokonaisuuksissa tapahtuneisiin kustannustason muutoksiin.

Kuntataloustilaston raportointi uudistui vuoden 2021 alussa. Uudistus laajensi kuntien ja kuntayhtymien raportointivelvoitteita tarkentaen sosiaali- ja terveydenhuollon taloustietojen raportointia 17 tehtäväluokasta yli 60 palveluluokkaan. Palveluluokkakohtaisen raportoinnin aikataulua jouduttiin siirtämään kuntien raportoimissa tiedoissa havaittujen vakavien laatu- ja palveluonnetusten vuoksi, eivätkä nettokäyttökustannukset ole käytettävissä arvioinnin pohjana.

Uusi sosiaali-, terveys- ja pelastustoimiala aloittaa Helsingissä 1.1.2023. Samalla sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen budjetit eriytetään kaupungin talousarviosta. Kaupunginvaltuusto päättää vuosittain talousarvion käsittelyn yhteydessä talousarvion sitovuustason sekä määrärahoille että toiminnallisille tavoitteille ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen eriyttämisvelvoitteet.

Sairaanhoitopiirin tulos vahvistui edellisvuodesta

Vuonna 2021 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulos vahvistui edellisvuodesta. Toimintakate oli 135 miljoonaa euroa, ja se kasvoi 8,3 prosenttia edellisvuodesta. Vuosikate kasvoi 11 prosenttia edellisvuodesta ja oli 125 miljoonaa euroa. Vuosikate riitti kattamaan poistot ja arvonalentumiset.⁵⁴ Lopullisessa kuntalaskutuksessa sairaanhoitopiiri palautti jäsenkunnille 57,4 miljoonan euron ylijäämän, josta Helsingin osuus oli noin 21 miljoonaa euroa.⁵⁰ Sairaanhoitopiiri saavutti lopulta 15 miljoonan euron ylijäämän vuonna 2021.⁵⁴

Vuoden 2022 alussa sairaanhoitopiirillä ei ollut katettavaa alijäämää.⁵⁴ HUSin tammi-heinäkuun 2022 talouskatsauksen mukaan vuoden 2022 tilikauden alijäämäennuste on 136 miljoonaa euroa.⁵⁵ Valmistellun säästöohjelman vaikutukset sisältyvät ennusteeseen.

HUS-yhtymän menot rahoitetaan Helsingin osalta Helsingin saamasta valtion (hyvinvointialueiden) rahoituksesta. HUS-yhtymän raami vuodelle 2023 on 771 miljoonaa euroa, mikä on 5,3 prosenttia enemmän kuin HUSille varattu määräraha vuoden 2022 Helsingin talousarviossa.⁵⁶

Kärkullan kuntayhtymällä on taseessa kattamatonta alijäämää 1,3 miljoonaa euroa, joka katetaan vuoden 2022 loppuun mennessä laskuttamalla alijäämä 33 omistajakunnalta, joihin Helsinkiin kuuluu.⁵⁷

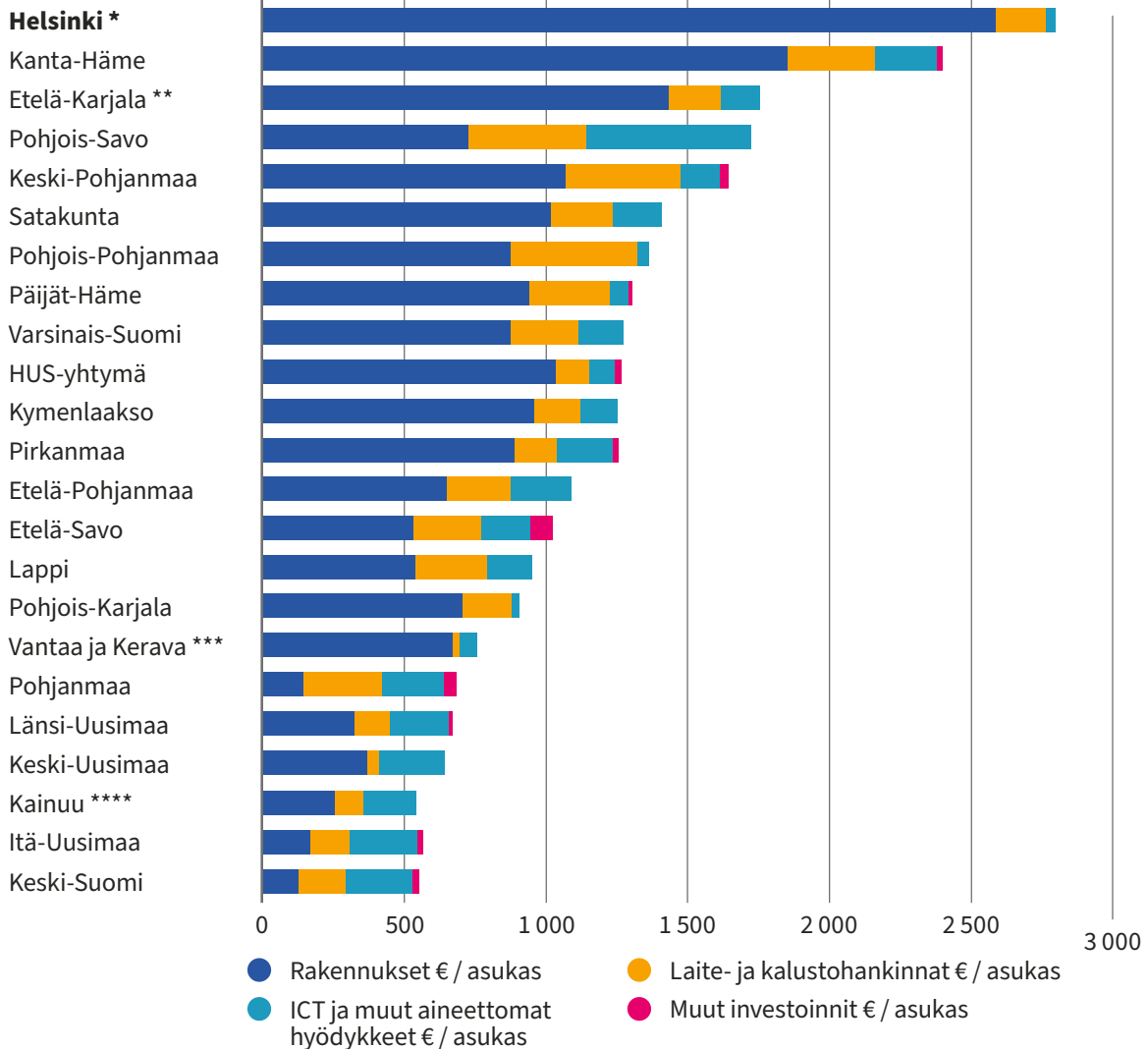
Hankkeiden siirtäminen vähensi sairaanhoitopiirin investointimenoja

HUSin investointimenot vuonna 2021 olivat 250 miljoonaa euroa. Rakentamisen investoinnit olivat 184 miljoonaa euroa, ja laitehankinta- ja muut käyttöomaisuusinvestoinnit olivat yhteensä 65,9 miljoonaa euroa. Investointimenot jäivät 41 miljoonaa euroa investointeihin varattua määrärahaa (291 miljoonaa euroa) pienemmiksi hankkeiden siirtymisen ja vuosijaksotuksen muuttumisen vuoksi. Vuonna 2021 suunnittelu- tai toteutusvaiheessa oli yhdeksän valtuuston hankekohtaisesti hyväksymää suurta rakennusinvestointia. Jo meneillään olevien Siltasairaalan, Tammissairaalan, Laakson yhteissairaalan ja Jorvin sairaalan lisärakentamisen lisäksi muun muassa Peijaksen sairaalan yhteyteen suunnitellaan laajaa uudisrakentamista.⁵⁴

Laakson yhteissairaala on psykiatrinen ja somaattinen sairaala, joka rakennetaan Helsinkiin Laakson sairaala-alueelle Helsingin kaupungin ja HUSin yhteishankkeena. Sen rakentamiskustannusten arvonlisäveroton enimmäishinta on 838 miljoonaa euroa marraskuun 2019 kustannustasossa. HUSin hallitus päätti 15.2.2021 perustaa Kiinteistöosakeyhtiö Laakson yhteissairaala -nimisen yhtiön ja hyväksyi yhtiön perustamissopimuksen, yhtiöjärjestyksen ja osakassopimuksen. Yhtiö perustettiin yhtäläisin osuuksin Helsingin kaupungin kanssa.⁵⁴

Vuonna 2021 Helsingin kaupungille myönnettiin poikkeusluvut Laakson yhteissairaalan (838 milj. euroa) ja Keskustan terveysaseman (75 milj. euroa) investointeihin ja HUSille Lohjan sairaalan leikkausosaston (5,2 milj. euroa), Naistenklinikan A-osan (31,5 milj. euroa) ja Meilahden putkipostijärjestelmän (6,3 milj. euroa) peruskorjauksiin.

Kuvio 3. Investointisuunnitelma 2023–2027, pysyvät vastaavat ja investointeja vastaavat sopimukset (euroa asukasta kohti)



▲ Kuviossa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen investointisuunnitelmien kokonaisuus vuosille 2023–2027 (euroa asukasta kohti); investointimenoihin sisältyvät pysyvät vastaavat sekä investointeja vastaavat sopimukset. Investointisuunnitelman vuosi 2023 on sitova, vuodet 2024–2026 ovat viitteellisiä. Vuoden 2027 luku sisältää investoinnit, joihin on sitouduttu vuoden 2023 aikana ja jotka jatkuvat suunnitelmakauden yli. HUS-yhtymä esitetään erillisenä organisaationa, eivätkä sen luvut sisälly Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin lukuihin. Hyvinvointialueesta annetun lain mukaiset investointisuunnitelmat laadittiin nyt ensimmäisen kerran, minkä vuoksi ohjeistusta on voitu tulkita eri tavoin. Erityisesti hajanaisen järjestämisvastuun alueilla investointisuunnitelmat saattavat olla puutteellisia, sillä tietoja on koottu useilta järjestämisvastuullisilta organisaatioilta.

* Alustava tieto: Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025, ehdotus 7.11.2022, liite 3. Kaupunginvaltuusto 16.11.2022, esityslista. Laakson sairaalan investoinnista huomioitu Helsingin osuus.

** Alustava tieto: Etelä-Karjalan hyvinvointialue, aluehallitus 15.9.2022

*** Alustava tieto: Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, aluevaltuusto 22.11.2022, esityslista

**** Alustava tieto: Kainuun hyvinvointialue, aluehallitus 12.9.2022

Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan investointisuunnitelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen käytössä olevat ja kaupungin omistamat toimitilat pysyvät kaupungin omistuksessa. Nykyiset ja tulevat toimitilat vuokrataan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen käyttöön sisäisesti. Kaupunki rahoittaa sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen käyttöön rakennettavan kiinteän omaisuuden. Hankkeiden vuokravaikutus esitetään sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan investointisuunnitelmassa, ja niihin varataan määrärahat käyttötalousosassa.⁵⁶

Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan vuosien 2023–2027 investointisuunnitelman sisältämät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen osasuunnitelmat ovat yhteensä 1,8 miljardia euroa, joka sisältää omaan taseeseen hankittavat investoinnit (122 miljoonaa euroa) sekä investointeja vastaavat sopimukset (1,7 miljardia euroa). Rakennusinvestoinnit toteutetaan pääosin kaupungin osittain tai kokonaan omistamien yhtiöiden kautta. Investointeja vastaavat sopimukset sisältävät ne hankkeet, joihin tulevilla suunnitelmakaudella sitoudutaan niiden päättymiseen asti.⁵⁶

Helsingin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen investointisuunnitelman asukaskohtaiset kustannukset on esitetty kuviossa 3. Rakennusten investointimenot ovat yhteensä 28,5 miljoonaa euroa vuodelle 2023, 168 miljoonaa euroa suunnitelmakaudelle 2023–2026 ja 1,5 miljardia euroa vuodelle 2027 (Laakson sairaalainvestoinnin kustannusarviosta on vähennetty HUSin osuus, 50 %).

Laite- ja kalustohankintojen investoinneilla, 9,6 miljoonaa euroa vuodelle 2023 (108 miljoonaa euroa suunnitelmakaudelle 2023–2027), uudistetaan merkittävästi pelastustoimen kalustoa, muun muassa öljyntorjuntakalustoa ja paloautoja.

ICT-investointien osuus vuodelle 2023 on 4,5 miljoonaa euroa ja koko suunnitelmakaudelle 23,5 miljoonaa euroa. ICT-investoinneissa tulevien vuosien merkittävimmät hankkeet liittyvät asiakkaiden ja ammattilaisten digitaalisten palvelujen, asiakas- ja potilastietojärjestelmien ja tietojohdamisen kehittämiseen.

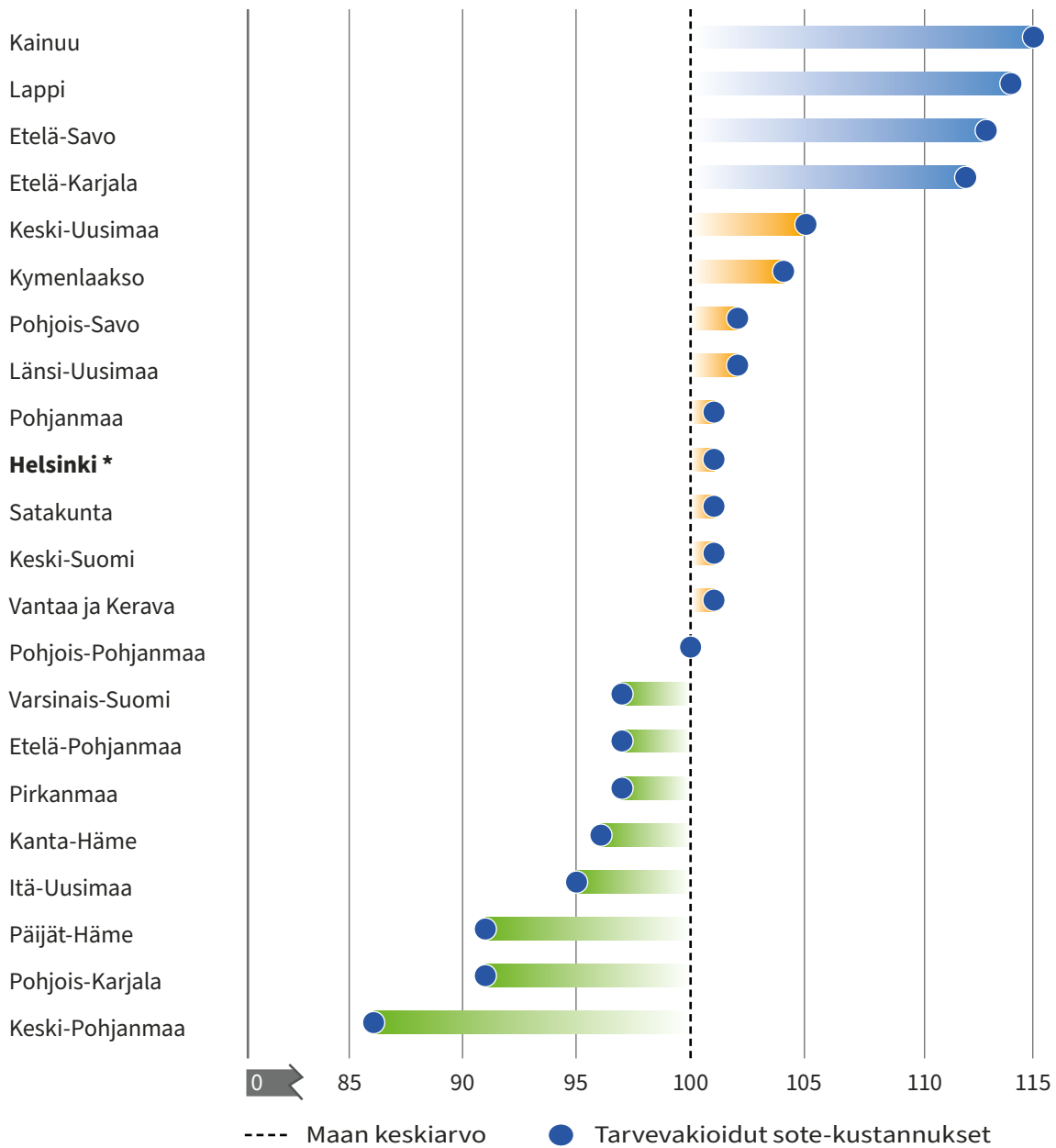
Helsingin kaupungin lainanotto-oikeutta ei rajoiteta – HUS-yhtymä on anonut lisälainanottovaltuutta

Poiketen muista hyvinvointialueista Helsingin kaupungilla on lainanotto-oikeus, jota ei voida rajoittaa, koska rajoituksella olisi merkittävä kunnallista itsehallintoa kaventava vaikutus. HUS-yhtymän lainanottovaltuus on määritelty niin, että Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin laskennallisen vuosikatteen määrästä on erotettu HUS-yhtymälle 37 prosenttia, joka vastaa erikoissairaanhoidon osuutta kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen nettokustannuksista vuonna 2020. HUS-yhtymä anoi lisälainanottovaltuutta, ja HUS-yhtymän lainanottovaltuus vuodelle 2023 on noin 1,3 miljardia euroa.⁵⁸

Palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat lähellä keskimääräistä

THL:n vuonna 2022 julkaisemat tarvevakioidut menot vuodelle 2020 on laskettu päivitetyn tarvevakioinnin mukaisesti. Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt tarvekertoimet eroavat hyvinvointialueiden rahoituksen perusteena olevien tarvekertoimien laskennasta, sillä edeltävissä tarkastellaan tarvetekijöiden ja palvelukäytön suhdetta samana vuonna ja jälkimmäisissä tarvetekijöiden ja tulevan palvelukäytön suhdetta.⁵⁹ Vuonna 2020 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 497 euroa asukasta kohti koko maassa. Helsingin sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 181 euroa asukasta kohti eli yhdeksän prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kymmenen prosenttia pienempi kuin maassa keskimäärin ja vastaavasti palvelutarpeeseen suhteutetut sote-menot prosentin suuremmat kuin maassa keskimäärin (kuvio 4).⁶⁰

Kuvio 4. Tarvekioidut menot 2020, indeksi (Koko maa=100)



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain tarvekioitujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (100). Mitä kauempana kustannuksia kuvaava palkkiviiva on keskiarvosta, sitä pienemmät tai suuremmat ovat alueen tarvekioidut kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilaston vuoden 2020 tietoihin ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamiin kesällä 2022 julkaistuihin vuoden 2020 päivitettyihin tarvekertoimiin.

* Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi

Hyvinvointialueelle siirtyvät kustannukset laskennallisia kustannuksia suuremmat

Valtiovarainministeriö on julkaissut syyskuussa 2022 hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat, jotka perustuvat vuoden 2021 alustaviin tilinpäätöstietoihin sekä vuoden 2022 talousarviotietoihin. Vuoden 2022 tilinpäätöstietojen perusteella tarkistetaan vielä lopullinen vuoden 2023 rahoitus, jonka perusteella hyvinvointialueiden rahoitukseen tehdään kertaluonteinen korjaus alkuvuonna 2024. Laskelmassa on huomioitu siirtyvien kustannusten lisäksi hyvinvointialueiden uudet tehtävät, hyvinvointialueindeksi ja palvelutarve. Yliopistosairaalisia huomioidaan vasta vuoden 2024 rahoituksessa. Helsingin kaupungin vuoden 2023 kokonaisrahoitus, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen, on 2 592 miljoonaa euroa eli 3 937 euroa asukasta kohti. Alueen laskennallinen rahoitus on 2 360 miljoonaa euroa ja siirtymätasauksen osuus 232 miljoonaa euroa. Siirtyvät kustannukset ovat siis laskennallisia kustannuksia suuremmat. Helsingin asukaskohtainen rahoituksen kasvu on 200 euroa vuoden 2022 rahoituksen tasoon verrattuna.⁶¹

Valtion rahoituksen mittakaava säilyy ensi vaiheessa nykyisellä tasolla, koska siirtymätasaus tasaa siirtyvien kustannusten ja laskennallisen rahoituksen eroa. Kaupungin oman arvion mukaan Helsingillä on entistä suurempi vastuu vaikuttavien ja kustannustehokkaiden palvelujen järjestämisessä tiukentuneen sääntelyn ja rahoituksen tulevan kiristymisen vuoksi.⁵⁶

Menetelmät ja laatuseloste

Arvioinnin tietopohja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatima asiantuntija-arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Arvioinnin määrällisen tietopohjan perustan muodostaa kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA). Asiantuntija-arvion pohjana olevaa tilannekuvaa on laajennettu hyödyntämällä myös muita indikaattoritietoja sekä dokumenttiaineistoja hyvinvointialueiden, kuntayhtymien ja kuntien hallinnosta, toimintatavoista, suunnitelmista ja päätöksistä. Arvioinnissa on hyödynnetty lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoja sekä muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä. Hyvinvointialueiden tilannekuvan tulkintaa on syvennetty ja täydennetty keskusteluissa, joita on käyty hyvinvointialueiden valmistelusta vastaavien toimielinten edustajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista järjestämisvastuussa vuonna 2021 ja 2022 olleiden kuntayhtymien ja kuntien edustajien kanssa.

Kansallinen KUVA-mittaristo ja Sotokuva-verkkopalvelu

KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostettu noin 500 indikaattorin kokonaisuus. Mittaristoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen seurannassa, arvioinnissa ja ohjauksessa. KUVA-mittariston tarkoituksena on varmistaa STM:n ohjauksessa ja THL:n asiantuntija-arvioinnissa käytettävien tietojen yhdenmukaisuus, mikä on edellytys yhteisen tilannekuvan synnylle. KUVA-mittariston indikaattorit on ryhmitelty tehtäväkokonaisuuksiin ja ulottuvuuksiin; se tarjoaa tietoa muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä palvelutarpeesta, mutta myös palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa STM, mittariston teknisestä tuottamisesta puolestaan THL.

Sotokuva (entinen Tietoikkuna) on THL:n kehittämä ja ylläpitämä verkkopalvelu, jossa esitetään KUVA-mittaristoon sisältyvät indikaattorit hyvinvointialueittain. Verkkopalvelu poimii mittaristoon kuuluvat indikaattorit THL:n tilastopalvelu- ja indikaattoripankki Sotkanetistä. Sotokuva on suunnattu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän seuranta-, ohjaus- ja arviointityöhön osallistuville asiantuntijoille ja hyvinvointialueiden edustajille, mutta se on avoimesti käytettävissä kaikille KUVA-mittaristosta kiinnostuneille käyttäjille. Verkkopalvelussa KUVA-mittaristosta on käytettävissä kaksi eri tietopohjaa, päivittyvä ja kiinnitetty. Ne vastaavat kahteen eri käyttötarpeeseen. Päivittyvässä tietopohjassa indikaattorit päivittyvät vapaasti vuoden mittaan ja mittariston indikaattoreista näkyvät aina tuoreimmat saatavilla olevat luvut. Kiinnitettyssä tietopohjassa mittariston indikaattorien päivittyminen on keskeytetty Sotekuvassa niin, että se kuvaa THL:n asiantuntija-arvion laatimisen aloitusajankohdan tilannetta: indikaattoreista esitetään vuoden ajan ne luvut, jotka olivat käytettävissä tietopohjan kiinnittämisen hetkellä. Palvelu on saatavilla kolmella kielellä: suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi.

Tietopohjan avoimuus, saatavuus ja laatu

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Käytetyt indikaattoritiedot ovat puolestaan saatavissa THL:n Sotekuva-verkkopalvelusta (KUVA-mittaristo) ja 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. Muusta tietopohjasta poiketen alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut eivät ole julkisia. Yhteiset keskustelut tarjoavat arviointiin syventäviä näkökulmia kunkin alueen erityispiirteistä ja keskeisistä palvelujen järjestämiseen liittyvistä haasteista ja ratkaisuisista. Alueiden edustajilla on myös mahdollisuus kommentoida valmistuvia arviointitekstejä.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. KUVA-mittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Kesäkuussa 2022, kun tietopohja kiinnitettiin, noin 70 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2021 tai 2022. Ajantasaisuutta seurattessa tulee huomioida, etteivät kaikki KUVA-indikaattorit päivitty vuosittain; useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista.

Vuoden 2022 arvioinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota käytettävien indikaattoritietojen laatuun ja laatu- puutoksia kuvaavien indikaattorikohtaisten lisätietojen saatavuuteen. Indikaattoreita, joissa on merkittäviä laatu- puutteita, ei ole käytetty alueen arvioinnissa. Kuntataloustilaston raportoinnin uudistumisesta johtuvien vakavien laatu- puutosten ja tietojen julkaisuaikataulun muutosten vuoksi nettokäyttökustannustietoja ei ole hyödynnetty vuoden 2022 asiantuntija- arvioinnissa. Puutteet ovat rajoittaneet hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden yhteistarkastelua.

Käynnissä oleva kehittämistyö

Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan käynnissä olevassa Toivo-ohjelmassa (Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena). Ohjelman Virta-hankkeessa kehitetään hyvinvointialueiden tiedolla johtamista sekä määritellään alueellisen tilannekuvan yhdistävä ja kansallisesti vertailukelpoinen vähimmäistietosisältö. Valtava-hankkeessa kehitetään kansallisten viranomaisten tietotuotantoa. Vuosina 2021–2024 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään Valtava-hankkeessa vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Samalla KUVA-mittariston ja vähimmäistietosisällön tietoja yhteensovitetaan soveltuvin osin.

Lisätietoa arvioinnista ja tietopohjasta: thl.fi/arviointi

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

Indikaattoriarvot Sotekuvassa: sotekuva.fi

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet: sotkanet.fi

Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

1. Laki hyvinvointialueesta (611/2021). [Verkkolähde](#).
2. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla (615/2021). [Verkkolähde](#).
3. Helsingin kaupungin hallintosääntö 1.1.2023. [Verkkolähde](#).
4. Helsingin kaupunginvaltuusto 5/2022 § 62. Hallintosäännön muuttaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rakenteellinen uudistaminen. 16.3.2022. [Verkkolähde](#).
5. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). [Verkkolähde](#).
6. Helsingin kaupunginvaltuusto 8/2022 § 99. HUS-yhtymän perussopimuksen hyväksyminen. 27.4.2022. [Verkkolähde](#).
7. HUS-yhtymän perussopimus. [Verkkolähde](#).
8. Helsingin kaupunginvaltuusto 23.11.2022. Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025 – Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025 (s. 329, 336). [Verkkolähde](#).
9. Helsingin kaupunginhallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistusjaosto 11/2022 § 39. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistukseen liittyvien toimielinvalintojen tilannekatsaus. 3.10.2022. [Verkkolähde](#).
10. Helsingin kaupunkistrategia 2021–2025. [Verkkolähde](#).
11. Kasvun paikka. Helsingin kaupunkistrategia 2021–2025. [Verkkolähde](#).
12. Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan palvelustrategia 2023–2025. Kaupunginhallituksen käsittelyyn 31.10. [Verkkolähde](#).
13. Helsingin kaupungin vuosikertomus 2021. [Verkkolähde](#).
14. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala. Toimintakertomus 2021. [Verkkolähde](#).
15. Rakenneuudistushankkeen loppuraportti. Yhteenveto hankkeen kulusta, osa-alueiden tuotoksista sekä jatkokehittämisaihoista. 2022. [Verkkolähde](#).
16. Helsingin Tulevaisuuden sote-keskus, oma-arvioinnin raportointi. Helsinki 29.9.2022. [Verkkolähde](#).

Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

17. Helsingin kaupungin tilinpäätös 2021. Kaupunginhallitus 21.3.2022. [Verkkolähde](#).
18. Helsingin kaupungin henkilöstöraportti 2021. [Verkkolähde](#).
19. Helsingin kaupungin vuosikertomus 2021. [Verkkolähde](#).
20. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala. Toimintakertomus 2021. [Verkkolähde](#).
21. Helsingin kaupunginvaltuusto 23.11.2022. Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025 – Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025. [Verkkolähde](#).
22. Lääkäriliitto (2022). Terveyskeskusten lääkäritilanne 2021. [Verkkolähde](#).

23. Pääkaupunkiseutu – ammattibarometri II/2022. [Verkkolähde](#).
24. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Helsingin hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta 2021. [Verkkolähde](#).
25. Rakenneuudistushankkeen loppuraportti. Yhteenveto hankkeen kulusta, osa-alueiden tuotoksista sekä jatkokehittämisaioista. 2022. [Verkkolähde](#).
26. Helsingin Tulevaisuuden sote-keskus, oma-arvioinnin raportointi. Helsinki 29.9.2022. [Verkkolähde](#).
27. Helsingin kaupunkistrategia 2021–2025. [Verkkolähde](#).
28. Kasvun paikka. Helsingin kaupunkistrategia 2021–2025. [Verkkolähde](#).
29. Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan palvelustrategia 2023–2025. Kaupunginhallituksen käsittelyyn 31.10. [Verkkolähde](#).

Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

30. Laki hyvinvointialueesta 611/2021. [Verkkolähde](#).
31. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Verkkolähde](#).
32. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala. Toimintakertomus 2021. [Verkkolähde](#).
33. Helsingin Tulevaisuuden sote-keskus. Oma-arvioinnin raportointi. Helsinki 29.9.2022. [Verkkolähde](#).
34. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Helsingin hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta 2021. [Verkkolähde](#).
35. Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden yhteistyösopimus. [Verkkolähde](#).
36. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla (615/2021). [Verkkolähde](#).
37. Rakenneuudistushankkeen loppuraportti. Yhteenveto hankkeen kulusta, osa-alueiden tuotoksista sekä jatkokehittämisaioista. 2022. [Verkkolähde](#).
38. HUS. Tarkastuslautakunnan arviointikertomus 2021. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valtuus-
tolle. [Verkkolähde](#).
39. Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan palvelustrategia 2023–2025. Kaupunginhallituksen käsittelyyn 31.10. [Verkkolähde](#).
40. Kasvun paikka. Helsingin kaupunkistrategia 2021–2025. [Verkkolähde](#).

Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

41. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 § 4. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. [Verkkolähde](#).
42. Kasvun paikka. Helsingin kaupunkistrategia 2021–2025. [Verkkolähde](#).
43. Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan palvelustrategia 2023–2025. Kaupunginhallituksen käsittelyyn 31.10. [Verkkolähde](#).
44. Helsingin Tulevaisuuden sote-keskus. Oma-arvioinnin raportointi. Helsinki 29.9.2022. [Verkkolähde](#).
45. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala. Toimintakertomus 2021. [Verkkolähde](#).
46. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Helsingin hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta 2021. [Verkkolähde](#).

47. Helsingin kaupungin vuosikertomus 2021. [Verkkolähde](#).
48. [Infofinland.fi](#). [Verkkolähde](#).
49. Helsingin kaupunginvaltuusto 23.22.2022. Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025 – Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025. [Verkkolähde](#).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

50. Helsingin kaupungin tilinpäätös 2021. Kaupunginhallitus 21.3.2022. [Verkkolähde](#).
51. Sosiaali- ja terveysministeriö. Koronavirusepidemian kustannusten korvaukset. [Verkkolähde](#).
52. Valtiovarainministeriö. Kunnille maksetut koronatuot. [Verkkolähde](#).
53. Valtionavustuspäätökset eräiden covid-19 tilanteesta aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta kunnille on tehty. [Verkkolähde](#).
54. HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus 2021. Valtuusto 16.6.2022. [Verkkolähde](#).
55. HUS Hallitus 19.9.2022 § 137. HUSin toiminta ja talous 1–7/2022 (HUS/979/2022). [Verkkolähde](#).
56. Helsingin kaupunginvaltuusto 23.22.2022. Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025 – Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025. [Verkkolähde](#).
57. Kärkullan kuntayhtymän valtuuston pöytäkirja 14.6.2022 § 17. Vuoden 2021 tilinpäätös ja toimintakertomus. [Verkkolähde](#).
58. Valtioneuvosto. Valtioneuvosto päätti HUS-yhtymän lainanottovaltuuden muuttamisesta. [Verkkolähde](#).
59. THL. Sote-palvelujen rahoituksen ja tarvetekijöiden tutkimus. [Verkkolähde](#).
60. THL. Tarvekaioidut menot.
61. Sote-uudistus. Kuntien ja hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat. [Verkkolähde](#).

Till läsaren

Enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) som trädde i kraft den 1 juli 2021 har THL i uppgift att årligen utarbeta en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena och i välfärdsområdena. Expertutvärderingen har en betydande ställning i de årliga förhandlingar som social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, inrikesministeriet och välfärdsområdena håller, där man granskar hur de social- och hälsovårdsuppgifter som hör till regionernas organiseringsansvar har genomförts.

Ansvar för att ordna social- och hälsovården och räddningsväsendet övergår i början av 2023 från kommunerna och samkommunerna till 21 välfärdsområden. Helsingfors stad behåller ansvaret för social- och hälsovården samt räddningsväsendet, och HUS-sammanslutningen har ett separat föreskrivet ansvar för att ordna specialiserad sjukvård på sitt eget område. I de utvärderingar som THL gjort under sommaren och hösten 2022 granskas utgångsläget för ordnandet av social- och hälsovård i de nya välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen.

THL:s bedömningar grundar sig på både kvantitativt och kvalitativt material. I bedömningen har man utnyttjat områdesspecifika indikatoruppgifter, av vilka en betydande del grundar sig på de nationella indikatorerna för kostnadseffektivitet inom social- och hälsovården (KUVA). Indikatoruppgifterna som indikatorerna erbjuder och deras regionala och riksomfattande utveckling har rapporterats i THL:s webbtjänst [Sotekuva.fi](https://sotekuva.fi) som publicerades i början av 2022. Informationsunderlaget som baserar sig på KUVA-indikatorerna i expertutvärderingen är från tidpunkten 17 juni 2022.

Dessutom har Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira och regionförvaltningsverkens tillsynsobservationer fungerat som ett centralt informationsunderlag för utvärderingarna. För att skapa en aktuell lägesbild har man utnyttjat regionernas administrativa dokument samt de senaste kalkylerna och utredningarna från de nationella myndigheterna. Tolkningen av välfärdsområdenas lägesbild har fördjupats och kompletterats i diskussioner med representanter för de organ som ansvarar för beredningen av välfärdsområdena samt med representanter för de samkommuner och kommuner som var ansvariga för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna.

Vi vill rikta ett varmt tack till kontaktpersonerna och experterna i Helsingfors stad för det utmärkta samarbetet och insatsen i vår utvärdering i det arbetsamma skedet av verkställandet av välfärdsområdena. Tack också till social- och hälsovårdsministeriets styrenhet, Valvira, regionförvaltningsmyndigheterna och THL:s experter för värdefullt stöd.

Helsingfors 31.1.2023

Nina Knappe
Utvärderingsdirektör

Tiina Hetemaa
Utvärderingschef

Expertutvärdering

Befolkningen är stor och heterogen

Helsingfors har cirka 660 000 invånare, området är tvåspråkigt och många har utländsk bakgrund. Sjukfrekvensen hör till de lägsta i landet och återspeglar områdets åldersstruktur. Andelen äldre personer är liten, men de ökar i antal. Antalet familjer med en förälder är det högsta i landet och många barnfamiljer får utkomststöd under lång tid. Arbetslösheten har ökat, i synnerhet långtidsarbetslösheten. Servicebehovet ökar förutom på grund av den kraftiga befolkningstillväxten och den åldrande befolkningen även av utmaningar i barns och ungas psykiska välbefinnande och skillnader i invånarnas välbefinnande. Dessutom får det stora antalet bostadslösa och långtidsarbetslösa i jämförelse med övriga landet servicebehovet att öka.

Stadsstrategin och servicestrategin styr ordnandet och produktionen av tjänster

Helsingfors stad är den enda kommunen som behåller ansvaret för att ordna social- och hälsovård samt räddningsväsendet. Stadsfullmäktige utövar även i fortsättningen den högsta behörighet inom social- och hälsovården samt räddningsväsendets uppgifter som avses i kommunallagen. Organisatoriskt är förändringen liten, eftersom räddningsväsendet inom stadsmiljösektorn ansluts till social- och hälsovårdssektorn som lyder under stadsstyrelsen. Förtroendeorgan blir social-, hälso- och räddningsnämnden och dess räddningssektion samt en sektion för individuella ärenden. Nationalspråksnämnden har också uppgifter i anslutning till främjandet av tvåspråkigheten i hela staden.

Närmaste underordnade till sektorchefen för social-, hälso- och räddningssektorn är förvaltningsdirektören, räddningskommendören och de tre direktörerna för servicehelheter som leder familje- och socialtjänster, hälso- och missbrukartjänster samt sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster.

Social- och hälsovårdssektorn förblir mestadels oförändrad genom reformen, och tjänsterna ordnas även i fortsättningen som egen produktion, som köptjänster och med servicesedlar. År 2021 utvidgades mångproducentmodellen som ett tidsbegränsat försök där privata företag producerar tjänster vid två hälsostationer. För att ordna specialsjukvård hör Helsingfors till HUS-sammanslutningen, dit man fortfarande koncentrerar specialtjänster, men Helsingfors ordnar och producerar även en del av sina tjänster inom den specialiserade sjukvården själv. Beslut om organiseringsavtalet för HUS fattas i början av 2023. Räddningsväsendet producerar prehospitala akutsjukvårdstjänster för helsingforsborna, men HUS-sammanslutningen ansvarar för att ordna tjänsterna.

Välfärdsområdesstrategin ersätts i Helsingfors av stadsstrategin (2021–2025), där målen för sektorn fokuserar på tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet, tillräcklig personal samt integrerade och smidiga servicehelheter och servicekedjor för kunderna. I servicestrategin har man dessutom lyft fram ledning, styrning, sätt att ordna tjänster, kostnadseffektivitet och kvalitet. De konkreta åtgärder som främjar de strategiska målen beskrivs i de årliga verksamhetsplanerna.

Sektorns kritiska utmaning är tillgången till yrkeskunnig personal, dess tillräcklighet och varaktighet

Helsingfors stads personal får inte en ny arbetsgivare vid årsskiftet 2022–2023. Social- och hälsovårdsväsendet kommer att ha cirka 14 650 anställda och räddningsverket cirka 760 anställda. Cirka 14 procent av personalen har ett annat språk än finska eller svenska som modersmål. Det har förekommit utmaningar med tillgången på personal och det råder i synnerhet brist på läkare, tandläkare, närvårdare och sjukskötare, specialsakkunniga inom socialt arbete och talterapeuter. Inom skolhälsovården har personalens tillräcklighet varit ett problem under flera år.

Covid-19-pandemin och tillhörande uppgifter belastade personalen avsevärt. För att trygga servicen flyttades 750 anställda inom sektorn till enheter som lider av personalbrist och 300 anställda från andra sektorer, även mängden hyrd arbetskraft utökades. På grund av vård- och serviceskulden kommer det att finnas ett större behov av tjänster och personal under lång tid framöver. Dessutom medför de skärpta personaldimensioneringarna och vårdgarantin en extra utmaning, samtidigt som servicebehovet ökar särskilt inom barnskyddets krävande vård och tjänster för äldre.

I enlighet med stadsstrategin strävar man efter att öka arbetshälsan och trivseln bland personalen och göra staden mer attraktiv som arbetsgivare och förbättra dess förmåga att behålla personal. Beskrivningen av nuläget utarbetades med tanke på tillgången på personal, dragnings- och kvarhållningskraften samt personalens upplevelser. Dessutom ordnades workshoppar om tillgången på personal, en rekryteringsprocess utvecklades och en utvecklingskonsult anställdes som stöd för rekryteringen. Man strävar efter att engagera läkare och skötare med hjälp av en löneutvecklingsplan. Dessutom inleddes arbetskraftspolitiska läroavtalsutbildningar för sjukskötare och närvårdare med invandrarbakgrund. De problem med löneutbetalningen som förekom 2022 har försämrat bilden av staden som arbetsgivare och försvårat personalsituationen.

Målet för stadsstrategin 2021–2025 är integrerade och smidiga servicehelheter och servicekedjor för kunderna

Social- och hälsovårdsväsendet i Helsingfors har ett omfattande samarbete som sträcker sig från internationella aktörer till nationella, regionala och kommunala aktörer samt lokala organisationer. Utveckling för att samordna tjänsterna och göra servicevägarna smidigare genomfördes inom social- och hälsovårdsväsendet, men också tillsammans med olika sektorer och flera olika aktörer. Största delen av områdets indikatorvärden som beskriver integrationen av tjänster motsvarar medelnivån för landet eller är bättre än den, men bland dem som använt socialservice ansåg den minsta andelen i landet att tjänsterna var smidiga.

Den funktionella integrationen har redan i flera år utvecklats i social- och hälsovårdens verksamhetsmodeller, till exempel har enhetliga kundsegment och kärnprocesser skapats och tagits i bruk. Samordningen av verksamhetsmodellernas tjänster har under de senaste åren utvecklats även med stöd av nationella projekt. Det digitala verktyget Suuntimaa som stöder kundsegmentering har pilottestats och utvecklats 2022 för att främja gränsöverskridande samarbete mellan verksamhetsmodeller. De nationella projekten samarbetar bland annat i styrgruppsarbetet.

Helsingfors stad har också egna tjänster inom den specialiserade sjukvården. Under de kommande åren är det viktigt att stärka samarbetet och styrningen mellan tjänsterna på basnivå och inom den specialiserade sjukvården samt att samordna tjänsterna.

I strukturreformprojektet stärktes samarbetet inom hela Nyland bland annat i fråga om strategisk styrning av den specialiserade sjukvårdens verksamhet och ekonomi, digitala tjänster och HYTE-helheten. Samarbetet omfattar också utveckling och centralisering av specialtjänster. Social- och hälsovårdsdirektörerna i de fem områdena i Nyland har regelbundet samarbetsmöten både sinsemellan och tillsammans med HUS. Området har godkänt ett samarbetsavtal vars mål är att främja dialogen på strategisk nivå och samarbetet på operativ nivå mellan välfärdsområdena och Helsingfors stad. Samarbetsområdets verksamhet har ännu inte inletts. Välfärdsområdena och HUS är viktiga samarbetspartner när det gäller att bygga upp invånarnas servicekedjor samt främja välfärd, hälsa och säkerhet.

I Helsingfors finns en fungerande lednings- och koordineringsstruktur för HYTE, som man kan fortsätta med även efter social- och hälsovårdsreformen. I huvudstadsregionen samarbetade man bland annat inom Pakka-verksamhetsmodellen, som är lokalt förebyggande av alkohol-, tobaks- och spelrelaterade skador.

Utvecklingen av tjänsterna genomsyras av stärkande av jämlikheten

År 2021 etablerades Helsingfors verksamhetsmodeller – familjecenter, centraler för välfärd och hälsa samt seniortjänster – och samtidigt strävade man efter att förbättra tillgången till tjänster. Vård- och serviceskulden kunde avvecklas i viss mån genom att använda servicesedlar, utvidga öppettiderna och utöka resurserna; till exempel inom munhälsovården avklarades vårdkön genom tilläggs- och övertidsarbete samt köpta tjänster. Man utökade också de elektroniska distanstjänsterna, det vill säga distansvård, rådgivning, distansrehabilitering och videomottagningar. Dessutom utvidgades innehållet i chattboten på hälsostationerna till mun- och tandhälsovården och psykiatrin. Kompetensen inom lägesbedömning av tjänster för barnfamiljer och inom barnskyddet stärktes och det digitala verktyget för lägesbedömning utvecklades. Dessutom inleddes verksamhet med en mobil vårdare (Liiho, liikkuva hoitaja) för kunder inom heldygnsomsorg och hemvård.

Verksamhetsmodellerna har utvecklats på ett övergripande sätt genom att utnyttja god praxis över tjänsternas silogränser, vilket har förenhetligat tjänsterna. Jämlikheten förbättrades också av att servicekriterierna förenhetligades. Detta främjades till exempel av att grunderna för beviljande av hemvård förtydligades och styrningen av kund- och serviceprocessen för kunder med servicesedel och köpta tjänster för äldre centraliserades.

För att göra servicen smidigare pilottestades en modell där man försökte undvika onödiga besök på mottagning och använde sektorsövergripande konsultation. Personer med symtom i stöd- och rörelseorganen samt personer med mentalvårds- och missbruksärenden hänvisades direkt till den yrkesutbildade person som bäst kunde svara på deras servicebehov. Man beslöt att införa verksamhetsmodellen permanent. Ett strategiskt mål är också att öka vårdens kontinuitet och vårdförhållandenas varaktighet för dem som behöver många tjänster.

Missnöjet med tillräckligheten hos flera social- och hälsovårdstjänster var större bland helsingforsborna än i landet i genomsnitt i enkäterna 2020–2021. Till exempel upplevde en tredjedel av helsingforsborna att de fått otillräckliga tandläkartjänster. Å andra sidan var andelen som våren 2022 på grund av ett icke-brådskan- de ärende fick ett fysiskt besök hos en läkare inom primärvården inom en vecka bland de största i välfärdsområdena.

Tillgängligheten förbättras också av avgiftsfria besök på hälsovårdscentraler och information om tjänsterna på flera språk. Enligt stadsstrategin ska man vid utvecklingen av servicenätet beakta de olika utgångspunkterna och behoven som finns bland helsingforsbor och i olika områden i staden samt säkerställa att tjänsterna finns tillräckligt nära.

Största investeringen är Dals samsjukhus som genomförs med HUS

Helsingfors stads resultat uppvisade ett överskott tack vare den positiva utvecklingen av statens stödåtgärder och kommunens skatteintäkter 2021. Det nya social-, hälso- och räddningssektorn inleder sin verksamhet i Helsingfors den 1 januari 2023. Samtidigt separeras social-, hälso- och räddningsväsendets budgetar från stadens budget.

HUS-sammanslutningens utgifter finansieras för Helsingfors del av den statliga finansiering (för välfärdsområdena) som Helsingfors får. HUS-sammanslutningens ram för 2023 är 771 miljoner euro, vilket är 5,3 procent mer än anslaget som reserverats för HUS i Helsingfors budget 2022. Underskottsprognosen för HUS för räkenskapsperioden 2022 var 136 miljoner euro enligt ekonomiöversikten för januari–juli.

Dals samsjukhus är ett psykiatriskt och somatiskt sjukhus som byggs i Helsingfors på Dals sjukhusområde. Det är ett gemensamt projekt för Helsingfors stad och HUS. Det mervärdesskattefria maximipriset för byggkostnaderna är 838 miljoner euro enligt kostnadsnivån i november 2019. Fastighetsaktiebolaget Dals samsjukhus grundades till lika delar av HUS och Helsingfors stad. HUS-sammanslutningens fullmakt att uppta lån för 2023 är cirka 1,3 miljarder euro, efter att man ansökt om en tilläggsfullmakt.

Lokaler som används av social- och hälsovården samt räddningsväsendet och som ägs av staden förblir i stadens ägo. Lokalerna hyrs ut internt. Staden finansierar fast egendom som byggs för social-, hälso- och räddningsväsendet. År 2021 beviljades Helsingfors stad dispens för investeringar i Dals samsjukhus (838 miljoner euro) och Centrums hälsostation (75 miljoner euro).

År 2020 var nettoutgifterna per invånare inom social- och hälsovården nio procent lägre än landets medelvärde. Områdets servicebehov var tio procent mindre och social- och hälsovårdsutgifterna i förhållande till servicebehovet en procent större än i landet i genomsnitt.

Enligt finansministeriets finansieringskalkyler för september 2022 uppgår Helsingfors totala finansiering, omfattande social- och hälsovården samt räddningsväsendet, till 2 592 miljoner euro. Befolkningens uppskattade behov av social- och hälsovårdstjänster för 2023 ligger klart under landets medelnivå, vilket också syns i områdets finansiering. Statens finansiering förblir i det första skedet på samma nivå som tidigare eftersom övergångsutjämnningen, 232 miljoner euro, jämnar ut skillnaden mellan de kostnader som överförs och den kalkylmässiga finansieringen. På grund av den kommande åtstramningen av finansieringen blir det allt viktigare att ordna kostnadseffektiva tjänster.

Befolkning och servicebehov

12 procent av Finlands befolkning bor i Helsingfors, och i slutet av 2021 hade staden 658 457 invånare (tabell 1). Befolkningstätheten är störst i landet. Enligt prognoserna hör befolkningsförändringarna till de största i landet. Befolkningsökningen i området är proportionellt sett bland de största i landet – från 2021 till 2030 ökar den med 6,8 procent och enligt prognosen fram till 2040 med 11 procent.

Befolkningen i området är ung jämfört med resten av landet. Andelen personer under 18 år är mindre än i landet i genomsnitt, men andelen personer över 75 år är bland de minsta i landet. Andelen äldre ökar fram till 2030, men kommer enligt prognosen fortfarande vara bland de minsta i landet. Den svenskspråkiga befolkningens andel av befolkningen i området ligger på landets medelnivå och andelen invånare med utländsk bakgrund är den näst största i landet.

Andelen arbetslösa av befolkningen i arbetsför ålder är större än genomsnittet i området. Långtidsarbetslösheten är den näst största i landet och även den strukturella arbetslösheten är vanligare än i landet i genomsnitt, båda har blivit klart vanligare jämfört med tiden före covid-19-pandemin både i hela landet och i Helsingfors. Ungdomsarbetslösheten är dock lägre än i landet i genomsnitt.

Andelen personer som hör till hushåll med låga inkomster är färre än i landet i genomsnitt, men inkomtskillnaderna mellan hushållen är bland de största i landet. Antalet barnfamiljer med en förälder är det högsta i landet. Andelen barnfamiljer som fick utkomststöd under en lång tid var näst störst i landet.

Enligt THL:s icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindex (2017–2019) är sjukfrekvensen i Helsingfors lägst i landet (figur 1). Andelen personer i arbetsför ålder som fick invalidpension var den minsta i landet. Antalet förlorade levnadsår motsvarade landets medelnivå (PYLL-index).

Enligt områdets egen bedömning ökar servicebehovet på grund av de växande utmaningarna för barns och ungas psykiska hälsa och skillnaderna i invånarnas välbefinnande. Dessutom får det stora antalet bostadslösa och långtidsarbetslösa i jämförelse med övriga landet servicebehovet att öka. Den allt mer heterogena befolkningen och det språkliga spektret ska också beaktas i serviceutbudet.

Tabell 1. Grundläggande information om områdets befolkning

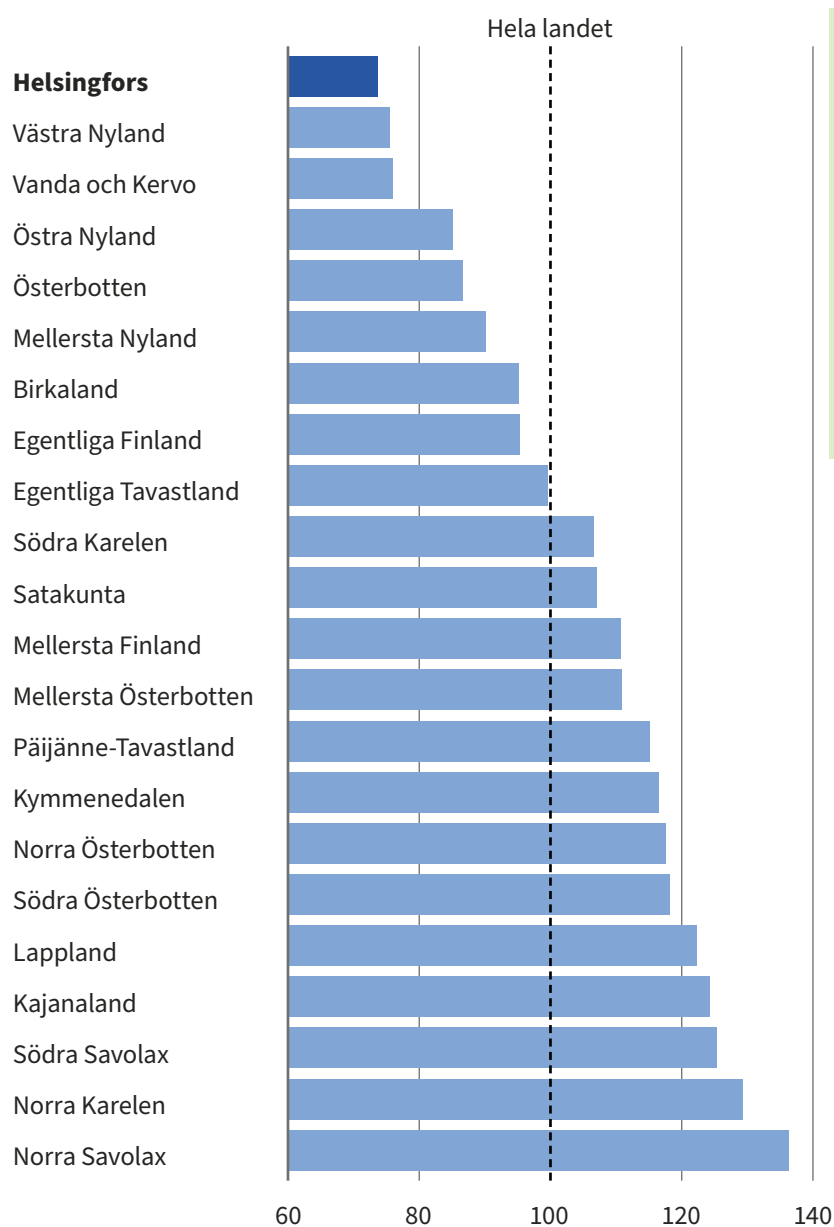
	Helsingfors	Östra Nyland	Mellersta Nyland	Västra Nyland	Vanda och Kervo	Södra Karelen	Kymmene-dalen	Päijänne-Tavastland	Hela landet	(variationsintervall)
Befolkningsstruktur										
Befolkning 31.12	658 457	99 073	201 854	478 919	276 438	126 107	161 391	205 124	5 548 241	(67 915–658 457)
Befolkningsprognos 2030	703 540	101 592	210 932	511 700	309 052	119 591	148 033	199 927	5 598 821	(65 348–703 540)
Befolkningsprognos 2040	730 098	104 072	219 729	535 363	330 131	113 074	136 233	193 194	5 588 011	(60 312–730 098)
Födelsetal (allmänt fruktsamhetstal) *	39,2	39,9	39,5	41,9	44,2	34,7	35,0	38,9	40,9	(34,5–51,7)
0–17-åringar, % av befolkningen	16,9	20,0	21,4	21,4	20,2	15,8	15,9	17,3	18,7	(15,1–22,5)
Personer som fyllt 75 år, % av befolkningen	8,1	10,1	8,3	8,1	7,1	13,2	13,4	12,5	10,4	(7,1–14,8)
Befolkningsprognos 2030, Personer som fyllt 75 år, % av befolkningen	10,0	14,1	12,3	11,0	9,2	17,9	18,9	17,7	14,1	(9,2–21,3)
Svenskspråkig befolkning, % av befolkningen 31.12	5,6	28,2	1,1	12,0	2,2	0,2	0,8	0,4	5,2	(0,1–50,6)
Personer med utländsk bakgrund/1 000 invånare	176,2	66,8	64,5	151,4	221,2	69,7	65,2	60,0	84,6	(26,9–221,2)
Befolkningens socioekonomiska ställning										
Arbetslösa, % av arbetskraften	13,1	11,0	9,7	10,3	13,7	11,9	12,6	14,3	11,4	(6,7–14,3)
Långtidsarbetslösa, % av arbetskraften	5,6	4,8	3,8	4,2	4,7	3,1	4,3	6,1	4,1	(1,7–6,1)
Svårssysselsatta (strukturell arbetslöshet), % av 15–64-åringarna	6,3	5,3	4,4	4,8	6,1	5,6	6,4	7,2	5,3	(3,1–7,2)
Arbetslösa ungdomar, % av arbetskraften i åldern 18–24 år	12,5	14,6	13,3	11,8	16,0	15,1	17,2	19,1	14,0	(7,3–19,2)
Gini-koefficient, disponibel inkomst *	33,9	26,4	25,1	31,4	24,9	25,1	24,3	25,4	27,7	(23,7–33,9)
Familjer med bara en förälder, % av barnfamiljerna *	28,0	21,8	21,8	22,0	27,0	24,8	26,5	26,3	23,3	(15,8–28,0)
Barnfamiljer som fått utkomststöd under en längre tid, % av barnfamiljerna *	5,0	2,1	2,1	3,2	5,4	2,5	2,7	3,7	3,0	(1,2–5,4)
Kommunens allmänna låginkomstkvot *	11,5	8,9	7,7	8,9	9,4	15,4	14,1	13,6	12,5	(7,7–17,8)
Befolkningens sjuklighet										
THL:s sjuklighetsindex, icke-åldersstandardiserat **	73,9	85,0	90,3	75,8	76,0	106,5	116,5	115,0	100,0	(73,9–136,1)
Förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 0–80 år / 100 000 invånare	5 756	4 945	5 311	5 004	5 858	6 206	7 013	6 284	5 685	(4 657–7013)
Personer som får sjuk- eller invalidpension, % av 16–64-åringarna	3,5	4,5	4,5	3,6	3,6	6,3	7,5	6,3	5,5	(3,5–8,7)

* 2020

**2017–2019

▲ I tabellen presenteras indikatoruppgifter som beskriver befolkningsstrukturen, befolkningens socioekonomiska ställning och befolkningens sjukfrekvens i välfärdsområdena i Södra Finlands samarbetsområde, Helsingfors stad och hela landet. Indikatorvärdena har hämtats i THL:s tjänst Sotekuva (sotekuva.fi) och de beskriver situationen 2021. Avvikelser har angetts separat. Befolkningsprognoserna har hämtats i THL:s tjänst Sotkanet (sotkanet.fi) och de har beräknats av Statistikcentralen 2021.

Figur 1. THL:s icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindex



◀ I figuren presenteras THL:s icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindex i välfärdsområdena och i Helsingfors stad under perioden 2017–2019. Sjuklighetsindex beskriver befolkningens sjuklighet i proportion till hela landet, vars jämförelsetal är 100. Ju lägre områdets index är, desto friskare är befolkningen.

Välfrädsområdes administrativa och funktionella uppbyggnad

Den administrativa och funktionella uppbyggnaden av välfrädsområdet grundar sig bland annat på lagen om välfrädsområden.¹ I lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland finns dessutom bestämmelser om vissa saker som avviker från de andra välfrädsområdena.² Helsingfors stad är den enda kommunen som behåller ansvaret för att ordna social- och hälsovård och räddningsväsendet. En del av de lagstadgade uppgifter välfrädsområdenas välfrädsområdesfullmäktige har gäller också Helsingfors stadsfullmäktige, till exempel beslut om servicestrategin för social- och hälsovården och räddningsväsendets servicenivå. Stadsfullmäktige utövar även i fortsättningen den högsta behörighet inom social- och hälsovården samt räddningsväsendets uppgifter som avses i kommunallagen.² Stadsfullmäktige godkände Helsingfors stads förvaltningsstadga som träder i kraft den 1 januari 2023 och som innehåller bestämmelser om hur stadens förvaltning och verksamhet ska ordnas, om besluts- och förvaltningsförfarandet, om ärenden i anslutning till stadsfullmäktiges verksamhet samt om tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.^{3,4}

Staden är tvåspråkig, och enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård ska tvåspråkiga välfrädsområden, även Helsingfors, ingå ett samarbetsavtal för att trygga tillgodoseendet av de svenskspråkigas språkliga rättigheter inom social- och hälsovården. Egentliga Finlands välfrädsområde ansvarar för att koordinera utarbetandet av samarbetsavtalet i fråga.⁵

Annan struktur i Nyland än i andra välfrädsområden

I Helsingfors är den organisatoriska förändringen mindre än i en stor del av det övriga landet, där välfrädsområdena samlar alla tjänster från basservicen till den specialiserade sjukvården i samma organisation. I början av 2023 ansluts räddningsväsendet inom stadsmiljösektorn till social- och hälsovårdssektorn i Helsingfors. Å andra sidan är strukturen mer komplicerad för den specialiserade sjukvården jämfört med andra välfrädsområden, eftersom Helsingfors hör till HUS-sammanslutningen för ordnande av specialiserad sjukvård, men även ordnar och producerar en del av sina tjänster inom den specialiserade sjukvården själv. I stället för den nuvarande samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, som består av 24 kommuner, grundades genom ett grundavtal mellan Helsingfors stad och Nylands välfrädsområden en ny välfrädsområdeskommun, HUS-sammanslutningen.^{6,7} I organiseringsavtalet för HUS avtalade Helsingfors stad, Nylands välfrädsområden och HUS-sammanslutningen om den inbördes fördelningen av arbetet, samarbetet och samordningen av verksamheten för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster, om det inte föreskrivs särskilt om dem i lagen.² Beslut om avtalet fattas i början av 2023.

Helsingfors ordnar och producerar tjänster

Social- och hälsovårdssektorn förblir mestadels oförändrad genom reformen, och tjänsterna ordnas även i fortsättningen som egen produktion, som köptjänster och med servicesedlar. Förutom till exempel den specialiserade sjukvården fortsätter Helsingfors stad som anordnare och producent av tjänster för personer med intellektuell funktionsnedsättning, dock så att HUS-sammanslutningen ordnar de mest krävande tjänsterna inom hälsovården för denna grupp som ordnas gemensamt för Helsingfors stad och Nylands välfrädsområden. Räddningsväsendet producerar också prehospitala akutsjukvårdstjänster för helsingforsborna, men HUS-sammanslutningen ansvarar för att ordna tjänsterna.

Fostrans- och utbildningssektorn sörjer även i fortsättningen för tjänster som tillhandahålls av elevvårdens psykologer och kuratorer samt morgon-, eftermiddags- och semesterverksamhet för barn med funktionsnedsättning, men ansvaret för att ordna tjänsterna ligger hos social-, hälso- och räddningssektorn.⁸

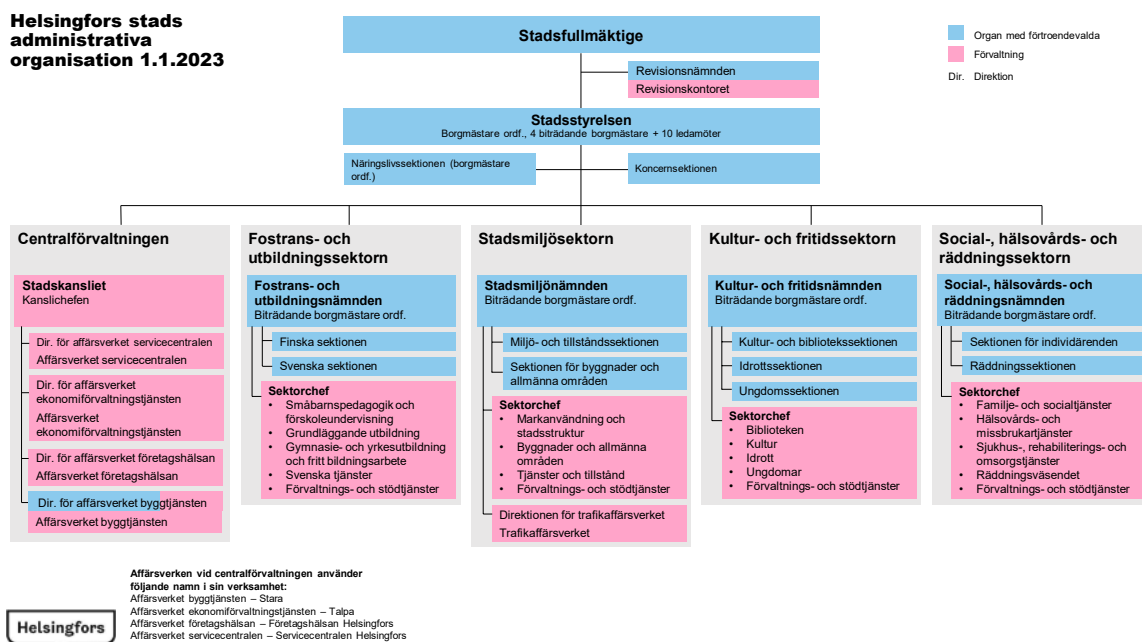
Organisation av organ och personal

Förtroendeorgan för sektorn blir social-, hälso- och räddningsnämnden och dess räddningssektion samt en sektion för individuella ärenden (figur 2). Dessutom finns det en nationalspråksnämnd som i förvaltningsstadgan också har ålagts uppgifter i anslutning till främjandet av tvåspråkigheten som gäller hela staden. På grund av reformens betydelse kunde inget av de tidigare organen fortsätta direkt, utan fullmäktige väljer medlemmar och suppleanter till dessa nya organ.⁹ Stadens påverkansorgan är ungdomsrådet, äldrerådet och rådet för personer med funktionsnedsättning samt jämställdhets- och likabehandlingskommittén.

I ett tvåspråkigt välfärdsområde ska det finnas en nationalspråksnämnd, vars medlemmar väljs bland personer som tillhör välfärdsområdets språkliga minoritet. Nationalspråksnämndens ordförande har närvaro- och yttranderätt i stadsstyrelsen till den del styrelsen behandlar ärenden som gäller social- och hälsovården eller räddningsväsendet.¹ Räddningssektionen, räddningskommendören och andra tjänsteinnehavare som förordnats av denna är räddningsmyndigheter inom Helsingfors räddningsväsende.³

Verksamheten och förvaltningen inom social-, hälso- och räddningssektorn leds av sektorchefen för social-, hälso- och räddningssektorn. Sektorchefens närmaste underordnade är de tre avdelningsdirektörerna för servicehelheter, räddningskommendören och förvaltningsdirektören.³ Det finns fyra servicehelheter inom sektorn utöver förvaltnings- och stödtjänster: Familje- och socialtjänster, hälso- och missbrukartjänster, sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster samt räddningsväsendet (figur 2).

Figur 2. Helsingfors stads administrativa organisation



▲ I figuren presenteras Helsingfors administrativa organisation. Fr.o.m. 1 januari 2023. Figur hämtad från Helsingfors stad.

Servicestrategin stöder genomförandet av stadsstrategin

Välfrädsområdet leds i enlighet med välfrädsområdesstrategin, och utifrån den genomför området även planen för servicenätet.¹ I Helsingfors ersätts välfrädsområdesstrategin av stadsstrategin (2021–2025).^{10,11} Utgångspunkten för beredningen i Helsingfors stadsstrategi var nuläget i stadens verksamhetsmiljö och de förutsedda förändringarna, utifrån vilka man ställde upp mål för servicen för olika kundgrupper. Lagen om ordnande av social- och hälsovård förutsätter att en servicestrategi utarbetas även i Helsingfors.⁵ Servicestrategin styr hela sektorns ekonomi och verksamhet och ställer upp gemensamma mål för ordnandet av servicen.¹² Servicestrategin stöder förverkligandet av stadsstrategin och uppnåendet av de mål som ställts upp för social- och hälsovårdens olika kundgrupper.

Servicestrategin bereddes i ett omfattande samarbete

Servicestrategin har beretts sedan 2020, och den högsta ledningen inom social- och hälsovårdssektorn har fungerat som styrgrupp för den. Beredningsprocessen och utkastet har behandlats vid regelbundna möten mellan avdelningsdirektörerna och koordineringsarbetsgruppen. Under experternas samarbetsmöten och workshoppar har utvecklingsbehoven för framtidens tjänster konkretiserats och målen förtydligats. Sommaren 2022 genomfördes invånar- och personalenkäter. Medlemmarna i ungdomsrådet, äldrerådet och rådet för personer med funktionsnedsättning har kunnat kommentera utkastet och det har presenterats i personalorganisationernas organisationsdelegation och personalkommitté. Räddningsverkets experter och ledning har deltagit i beredningen sedan slutet av 2021. För social- och hälsovårdsnämnden och räddningsnämnden ordnades en gemensam aftonskola om de tematiska helheterna i servicestrategin och för stadsfullmäktigeledamöterna ordnades ett seminarium om servicestrategin. Svaren på webbenkäten om beredningen av organisationssamarbetet har också utnyttjats i arbetet med servicestrategin. Under beredningen hördes experter från Organisationerna som människans stöd i vårdreformens Finland. Servicestrategins beredning, struktur och innehållsteman har presenterats i sektionen för reform av social- och hälsovården samt räddningsväsendet och i social- och hälsovårdsnämnden.¹²

Områdets särdrag har beaktats i stadsstrategin

Syftet med stadsstrategin är bland annat att trygga tillgången till vård inom primärvården och mun- och tandhälsovården, att det ska finnas tillräckligt med personal inom social- och hälsovården och räddningsväsendet, att det ska finnas integrerade och smidiga servicehelheter och servicekedjor för kunderna, att det ska finnas tillgång till tjänster och att tjänsterna ska vara tillgängliga samt att det ska finnas mobila tjänster och tjänster som tillhandahålls i hemmet. Likaså är målen till exempel att beakta användare av tjänster i olika åldrar, att på ett mångsidigt sätt tillgodose den åldrande befolkningens behov, att utöka tjänsterna för barnfamiljer med låg tröskel och i ett tidigt skede samt missbrukar- och mentalvårdstjänsterna, att avlägsna bostadslösheten samt att utvidga de digitala social- och hälsovårdstjänsterna. Målet är också att tillsammans med stadens övriga aktörer utveckla tjänster och verksamhetsmodeller som minskar utslagning och ojämlikhet. I stadsstrategin konstateras också att ett starkt räddningsväsende är en central del av en trygg och fungerande stad. Synergien mellan räddningsväsendet och den prehospitala akutsjukvården är viktig för att främja säkerheten i en stor stad.^{10,11}

Vision: Vi skapar välfärd, hälsa och trygghet för helsingforsborna genom samarbete och stark kompetens

Till servicestrategin har man utifrån visionen och anordnarens löften valt ut fyra tematiska helheter och för dessa har prioriteringar för 2023–2025 valts ut. Tyngdpunkterna i temat Ledning och personal är ledning av organiseringen och att personalen är tillgänglig, varaktig och kompetent. Tyngdpunkterna för temat Styrning, samordning av tjänster och servicekedjor är samarbete i ordnandet av specialiserad sjukvård samt samarbete och integration mellan social- och hälsovården och räddningsväsendet. Tyngdpunkterna för temat Sätt att ordna tjänster och tjänsternas kostnadseffektivitet är servicestruktur, produktionssätt och kostnadseffektivitet. Tyngdpunkterna för temat Tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet är styrning och tillsyn av producenterna, servicebehov och kundupplevelse samt tillgång och tillgänglighet.¹²

Enligt områdets egen bedömning kan man i framtiden med hjälp av målen och metoderna i strategin bättre än tidigare följa upp tjänsternas kvalitet, jämföra kostnader och förutse förändringar. Konkreta åtgärder som främjar de strategiska målen beskrivs i de årliga verksamhetsplanerna.

Bindande verksamhetsmål syftar till att förbättra hälsan, välfärden och säkerheten

I budgeten för 2023 finns sju bindande verksamhetsmål:⁸ 1) Vi främjar helsingforsarnas välmående och hälsa och förebygger utslagning. 2) Den prehospitalla akutsjukvården genomförs enligt beställarens krav. 3) Aktivitetsavtalet används inom alla sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster. 4) Antalet äldre som får institutionsvård dygnet runt minskar. 5) Kundernas aktiva användning av Maisa stöds genom att effektivare besvara kundernas Maisa-meddelanden. 6) Aktionsberedskapen inom räddningsverksamheten är tillräcklig och ändamålsenlig. 7) Olyckor förebyggs genom att öka förmågan hos stadsbor och aktörer som verkar i Helsingfors att förhindra olyckor och begränsa deras konsekvenser.

Behoven av att utveckla tjänsterna och servicenätet har återspeglats i invånarnas föränderliga servicebehov

Tjänsterna och servicenätet förblir mestadels oförändrade, eftersom staden även efter reformen ordnar tjänster och producerar en del av dem själv. Servicesedlar utnyttjades som en del av serviceproduktionen och nya servicesedelmöjligheter kartlades. År 2021 utvidgades mångproducentmodellen som ett tidsbegränsat försök där privata företag producerar tjänster vid två hälsostationer.^{13,14}

I det strukturreformprojekt som avslutades beskrevs Helsingfors social- och hälsovårdsväsendes tjänster, även mobila tjänster och tjänster som tillhandahålls i hemmet, samt var servicens verksamhetsställen ligger. En separat rapport upprättades om det digitala servicenätet. Det gavs en ungefärlig beskrivning av utvecklingen av servicebehovet och därtill utvecklades ett dynamiskt verktyg för att producera lägesöversikter. Verktyget innehåller ett förslag till placering av tjänsterna i Helsingfors. Verksamhetsutrymmenas skick och behov av renovering utreddes också.¹⁵ Vid utvecklingen av servicenätet beaktas enligt stadsstrategin de olika utgångspunkterna och behoven hos helsingforsborna och stadens områden och man säkerställer att tillgången till service som är tillräckligt nära.^{10,11}

Tjänsterna är i regel enhetliga inom en anordnarens område, men i Helsingfors har harmoniseringen av dem främjats bland annat inom projektet Framtidens social- och hälsocentral. Verksamhetsmodellerna för hälso- och välfärdscentret, familjecentret och seniortjänsterna har utvecklats på ett övergripande sätt med hjälp av god praxis över tjänsternas silogränser.¹⁶

Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet

Helsingfors är en av landets största arbetsgivare inom social-, hälso- och räddningstjänster

Helsingfors stads personal får inte en ny arbetsgivare vid årsskiftet 2022–2023, men cirka 14 650 anställda överförs från social- och hälsovårdsväsendet och cirka 760 från räddningsverket till den nya social-, hälsovårds- och hälsovårdssektorn.¹⁷ År 2021 var 84 procent av personalen inom social- och hälsovårdsväsendet finskspråkiga, 2,4 procent svenskspråkiga och 14 procent hade ett annat språk som modersmål.^{17,18}

Den utdragna covid-19-pandemin påverkade hela stadens personal. Under hela 2021 behövdes rikligt med personal för att trygga uppgifterna i anslutning till covid-19-pandemin, såsom rådgivning, smittspårning, coronahälsocentraler och sjukvård, vaccinationer och hälsosäkerhetsåtgärder vid gränserna. Hyrd arbetskraft användes mer än tidigare och personalmängden inom social- och hälsovårdsväsendet hölls på samma nivå som året innan.^{18,19} Från de funktioner som reducerades eller stängdes ner på grund av covid-19-pandemin överfördes 750 personer inom sektorn och 300 personer från andra sektorer till enheter som upprätthöll kritiska funktioner eller som led av personalbrist.²⁰

Vård- och serviceskulden till följd av covid-19-pandemin ökar servicebehovet och behovet av personal. Enligt regionens egen bedömning kommer situationen under lång tid framöver påverka placeringen och rekryteringen av personal och tillgången till andra tjänster. Dessutom orsakar lagstiftningsmässiga ändringar i bland annat personaldimensioneringen och vårdgarantin betydande tryck på personalen. Samtidigt ökar servicebehovet särskilt inom barnskyddets krävande vård och inom tjänsterna för äldre. Tillgången på personal, dess tillräcklighet och varaktighet är kritiska utmaningar för sektorn under de kommande åren.²¹

Tillgången på personal har försvårats i flera yrkesgrupper

Läkarförbundet utredde läkarsituationen vid hälsovårdscentralerna hösten 2021. Drygt tio procent av läkaruppgifterna var helt obesatta inom HUS område. Underskottet ökade något jämfört med året innan och var större än i hela landet, där över sju procent av läkaruppgifterna var obesatta.²²

Personalbrist är ett centralt problem inom social- och hälsovårdsväsendet. I november 2020 var arbetskraftsunderskottet inom sektorn varierande i de olika servicehelheterna. Det största underskottet på läkare fanns inom familje- och socialtjänsterna (60 %), det näst största inom sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänsterna (28 %) och det minsta inom hälsovårds- och missbrukartjänsterna (16 %). Av tandläkarna saknades 11 procent, av yrkesutbildade personer inom vårdbranschen 6–13 procent och av socialarbetarna 6–11 procent.²⁰ Situationen har förvärrats av covid-19-pandemin, som har krävt mycket av personalen och gjort arbetet tyngre.¹⁹ I slutet av 2021 var underskottet 150 personer fler än i början av året. Avgångsomsättningen bland den ordinarie personalen ökade och antalet sökande minskade betydligt.^{19,20} Sjukfrånvaron minskade jämfört med året innan och sjukfrånvaroprocenten var 4,7 utan olycksfall i arbetet 2021. Något fler gick i pension än året innan.²⁰

Yrkesbarometern berättar om arbets- och näringsbyråernas syn på utvecklingsutsikterna för de centrala yrkena inom den närmaste framtiden. Hösten 2022 rädde stor brist på allmänläkare, överläkare och specialister, tandläkare, audionomer och talterapeuter, specialister inom socialt arbete, sjukskötare och hälsovårdare samt närvårdare i huvudstadsregionen. Det rädde aningen mindre brist på överskötare och avdelningsskötare, psykologer, munhygienister och handledare och rådgivare inom det sociala området. Enligt yrkesbarometern var efterfrågan och utbudet i balans endast i fråga om några yrkesgrupper, till exempel fysioterapeuter, farmaceuter och förstavårdare inom sjuktransporten.²³

Enligt tillsynsmyndigheten fanns det utmaningar vad gällde tillgången till personal inom hälso- och sjukvården. Inom skolhälsovården i Helsingfors stad har det under flera års tid förekommit brister i fråga om personalens, särskilt skolhälsovårdarnas och skolläkarnas, tillräcklighet. Dessutom har minimikraven vad gäller personaldimensioneringen enligt äldreomsorgslagen inte uppfyllts vid sammanlagt 90 verksamheter i hela Södra Finland (ingen separat information om Helsingfors).²⁴

De problem med löneutbetalningen som förekom 2022 har försämrat bilden av staden som arbetsgivare och försvårat personalsituationen.²¹

Flera planer och åtgärder för att förbättra tillgången på personal och personalens tillräcklighet

År 2021 fortsatte projektet för att främja tillgången till läkare och deras varaktighet samt effektivisera rekryteringen av läkare.²⁰ I löneutvecklingsplanen beaktades läkare under specialisering på sjukhusen: förhöjda uppgiftsspecifika löner trädde i kraft i början av maj. En engångsbelöning riktades till läkare som arbetar på hälsostationer, rådgivningar och inom skol- och studerandehälsovården. Målet var att förbinda läkarna till Helsingfors stad i den ständigt utmanande rekryteringssituationen.¹⁸

Med hjälp av löneutvecklingsplanen uppmärksammades i synnerhet vårdpersonal som det blev ytterligare försämrade tillgång på under covid-19-pandemin.¹⁸ Tillgången till vårdpersonal främjades också genom att utveckla vägar till det finländska arbetslivet för sjukskötare med invandrarbakgrund och genom att inleda nya arbetskraftspolitiska läroavtalsutbildningar för närvårdare. Dessutom deltog staden i ett pilotprojekt för lönesubvention som syftade till att styra lönesubventionerade arbetstagare som rekommenderats av chefer till en läroavtalsutbildning till antingen omsorgsbiträde eller närvårdare.²⁰ Tillgången till svenskspråkig personal främjades genom satsningar på sociala medier, digital marknadsföring och rekryteringskampanjer.²⁰

I strukturreformprojektet gjordes en helhetsutredning om social- och hälsovårdsväsendets personalbehov och tillgång på personal för åren 2021–2025. Dessutom utarbetades en verksamhetsmodell med principer för användningen av hyrd arbetskraft och styrning av externa tjänsteproducenter.²⁵ I projektet Framtidens social- och hälsocentral utarbetades en beskrivning av nuläget beträffande tillgången på personal, hur attraktiv sektorn är, hur väl den lyckas behålla personal samt utifrån personalens upplevelser. Dessutom ordnades workshoppar om tillgången på personal, rekryteringsprocessen utvecklades och en utvecklingskonsult anställdes som stöd för rekryteringen. Inom munhälsovården genomfördes projektet Osaava hammashoitaja (Kunnig tandskötare), där man bland annat slutförde en plan för kompetensutveckling och förbättrade modellen för karriärsutveckling.²⁶

Personalen i stadens strategi

I stadsstrategin har gott ledarskap valts ut som en strategisk tyngdpunkt. Målet är att förbättra personalens arbetshälsa och trivsel och göra staden mer attraktiv som arbetsgivare och förbättra dess förmåga att behålla personal.^{27,28} I servicestrategin konstaterar man att tryggheten av tillräcklig personal i sista hand är den viktigaste gemensamma förutsättningen för att den kommande strategiperioden ska lyckas inom både social- och hälsovårdens och räddningsväsendets tjänster. Vidare konstaterar man att ett tillräckligt och yrkeskunnigt nätverk av serviceproducenter spelar en viktig roll utöver den egna personalen.²⁹ I Helsingfors förändras inte personalens ställning nämnvärt i och med reformen, eftersom arbetsgivaren förblir densamma.

Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder

Lagstiftning och nationella mål

Välfrädsområdet ansvarar för att samordna kundernas social- och hälsovårdstjänster till helheter.^{30,31} Välfrädsområdena förutsätts bland annat identifiera klientgrupper som behöver samordnade tjänster och omfattande tjänster, definiera servicekedjor och servicehelheter, samordna tjänsterna med de övriga tjänsterna i välfrädsområdet och se till att information om kunden utnyttjas mellan olika producenter. Dessutom ska välfrädsområdet samordna sina tjänster med kommunala och statliga tjänster och främja samordningen av tjänsterna med tjänster som tillhandahålls av andra aktörer.^{30,31}

Dialogen i Nyland var intensiv och stärkte det regionala samarbetet

I Helsingfors genomfördes den administrativa integrationen av social- och hälsovården 2013, och nu kommer även räddningsväsendet med. Den funktionella integrationen har redan i flera år utvecklats i social- och hälsovårdsväsendets verksamhetsmodeller, till exempel har enhetliga kundsegment och kärnprocesser skapats och tagits i bruk. Under de senaste åren har samordningen av verksamhetsmodellernas tjänster utvecklats även med stöd av nationella projekt.^{32,33} Det senaste har varit att i stor utsträckning förankra och sprida befintlig praxis och verksamhetsmodeller.³³

Det har också förekommit samarbete mellan olika projekt. Programmet Framtidens social- och hälsocentral har en kontaktyta till projektet för arbetsförmåga Työkykyisempi Stadi, kommunförsöket för att främja samsättning samt projektet för utveckling av social- och hälsovårdstjänster som minskar bostadslösheten. Det förekom nätverksbaserat samarbete mellan olika statsunderstödsprojekt, bland annat i styrgruppsarbetet.³²

Under covid-19-pandemin ökade samarbetet, eftersom Nylands regionala coronasamordningsgrupp, huvudstadsregionens coronasamordningsgrupp samt gruppen för lägesbilder för kommunerna i HUS-området utanför huvudstadsregionen sammanträdde regelbundet under 2021.³⁴ Dialogen i Nyland var även i övrigt intensiv och stärkte det regionala samarbetet.³²

Social- och hälsovårdsdirektörerna i de fem områdena i Nyland har regelbundna samarbetsmöten både sinsemellan och tillsammans med HUS. Området har godkänt ett samarbetsavtal vars mål är att främja dialogen på strategisk nivå och samarbetet på operativ nivå mellan välfrädsområdena och Helsingfors stad. Målet är att utveckla den gemensamma intressebevakningen för de fyra välfrädsområdena i Helsingfors och Nyland samt samarbetet inom social- och hälsovårdstjänsterna samt räddningstjänsterna i Nyland. Avtalet innebär inte att beslutanderätten överförs till de gemensamma organen och avtalet gäller till utgången av maj 2025.³⁵

I organiseringsavtalet för HUS kommer man överens om den inbördes arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen av verksamheten för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster, såvida det inte finns särskilda bestämmelser om dessa i lagen.³⁶ Helsingfors stad ansvarar för samordningen av beredningen av organiseringsavtalet för HUS, och beslut fattas i början av 2023. Samarbetsområdets verksamhet har ännu inte inletts.

I det samarbete som utfördes inom ramen för det strukturreformprojekt som avslutades i Nyland 2021 ingick bland annat strategisk styrning av den specialiserade sjukvårdens verksamhet och ekonomi, digitala tjänster och HYTE-helheten.³⁷ Slutrapporten om styrningen av den specialiserade sjukvården innehåller en sammanställning av synpunkter kring styrmodellen och kärnprocesser, verktyg och åtgärder i anslutning till den. Förutsättningarna och kraven gällande de digitala tjänsternas interoperabilitet identifierades för hela Nyland. Vad gäller arbetet med HYTE-helheten strävade man efter att hitta modeller för samarbete och rapportering i Nyland.³⁷ Arbetet ledde bland annat till en HYTE-utredning och ett HYTE-seminarium för Nyland.³²

Även tillsynsmyndigheterna konstaterade att man i Helsingfors har skapat en lednings- och samordningsstruktur för HYTE som fungerar under den nuvarande fullmäktigeperioden och som man kan fortsätta med även efter social- och hälsovårdsreformen. I Helsingfors finns ett nätverk bestående av kommunens HYTE-koordinator och HYTE -kontaktpersoner inom sektorerna samt en så kallad stadsgemensam HYTE-styrgrupp. Stadsstyrelsen är det organ som ansvarar för det förebyggande rusmedelsarbetet och uppgifterna sköts av styrgruppen för främjande av välfärd och hälsa.³⁴

Granskning av indikatorer som återspeglar integrationen

Största delen av de indikatorvärden som beskriver integrationen av tjänster i tabell 2 ligger på landets medelnivå eller högre i Helsingfors. Enligt THL:s FinSote-enkät ansåg drygt hälften av dem som använt hälsovårdstjänster i Helsingfors att servicen var smidig, vilket var samma nivå som i hela landet. Av helsingforsborna som anlitat socialservice svarade på motsvarande sätt den minsta andelen i landet (43 %) att servicen var smidig. Så svarade drygt hälften i hela landet. I fråga om sjukdomar som i regel vårdas inom basservicen (astma, diabetes, KOL och hjärtsvikt) verkar situationen vara bra, eftersom antalet vårdperioder på sjukhus i fråga om dessa var klart färre än i landet i genomsnitt, vilket kan tyda på att den vertikala integrationen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården fungerar och att öppenvården har en bättre förmåga att svara på servicebehoven. Återkommande perioder av avdelningsvård bland schizofrenipatienter var lägst i landet, men bland personer med bipolär sjukdom var återkommande perioder lika vanliga som i landet i genomsnitt. Likaså var det lika vanligt att hemvårdsklienter återvände till hemvården efter akutsjukvård som i landet i genomsnitt. Bland personer över 75 år som fick hemvård var dock antalet sjukhusperioder som inletts som jour fler än genomsnittet. Antalet jourbesök inom primärvården i förhållande till invånarantalet var det tredje lägsta i landet.

Tabell 2. Indikatoruppgifter om integrationen av tjänsterna

Indikator	Helsingfors	Östra Nyland	Mellersta Nyland	Västra Nyland	Vanda och Kervo	Södra Karelen	Kymmene-dalen	Päijänne-Tavastland	Hela landet (variationsintervall)
Vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av astma bland personer som fyllt 15 år / 100 000 invånare	17,7	25,2	18,6	17,3	20,6	22,0	15,1	13,2	25,1 (13,2–80,6)
Vårdperioder på en bäddavdelning på grund av diabetes bland personer som fyllt 15 år / 100 000 invånare	58,6	62,1	52,2	57,1	56,3	142,2	46,0	93,1	98,2 (46,0–159,9)
Vårdperioder på en bäddavdelning på grund av KOL bland personer som fyllt 15 år / 100 000 invånare	75,9	102,8	68,5	73,1	44,8	120,8	82,4	85,3	87,0 (44,8–166,5)
Vårdperioder på en bäddavdelning på grund av hjärtsvikt bland personer som fyllt 15 år / 100 000 invånare	194,5	198,3	168,5	193,9	144,5	448,1	259,9	239,8	244,0 (144,5–448,1)
Återintagning av patienter som lider av bipolär sjukdom till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen % av de utskrivna	22,6	21,3	8,4	16,2	15,2	28,7	14,9	22,6	22,5 (8,4–28,7)
Återintagning av patienter som lider av schizofreni till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen, % av de utskrivna, standardiserad	15,0	17,3	23,2	29,3	18,7	18,6	25,3	31,8	26,4 (15,0–37,9)
Personer som upplevde att servicen var smidig, (%) av dem som anlitat socialservice *	43,4	48,2	45,6	56,1	43,6	52,3	53,6	53,0	51,6 (43,4–59,0)
Personer som upplevde att tjänsterna var smidiga, % av dem som anlitat hälsotjänster *	53,4	54,0	56,0	53,8	53,0	51,3	55,0	54,1	54,3 (49,5–60,8)
Hemvårdsklienters situation 2 mån. efter akutsjukvård (om tillbaka i hemvård), % *	66,6	65,1	66,7	62,9	37,7	67,6	62,6	59,4	67,3 (37,7–77,8)
Andelen 75 år fyllda klienter inom hemvården som varit en period på sjukhus med början på jouten, % av alla hemvårdsklienter i motsvarande ålder *	26,2	25,1	14,7	19,4	10,8	32,6	22,7	26,9	23,6 (10,8–32,6)
Jourbesök inom primärvården (inkl. samjour) / 1 000 invånare	158,9	374,6	360,1	388,6	170,1	726,6	849,3	148,9	448,9 (130,5–1082,4)
Personer som besökt hälsocentralläkaren över 10 gånger under ett år,% av besöken hos hälsocentralläkaren	0,4	0,2	0,6	0,3	0,5	1,3	0,2	0,3	0,6 (0,2–1,3)
Läkare som upplevt att informationsutbytet mellan olika organisationer fungerar, % av respondenterna **									12,2

* 2020

** Enkätundersökningen Patientinformationssystemen som läkarens arbetsredskap (THL) för perioden 2010–2021, informationen uppdaterad 11.2.2022. Målgruppen är läkare i Läkarförbundets register som är i arbetsför ålder, bosatta i Finland och som arbetar med patienter. Endast information om hela landet finns att tillgå.

▲ I tabellen presenteras indikatorvärden som beskriver integrationen av tjänsterna i välfärdsområdena i Södra Finlands samarbetsområde, Helsingfors stad och hela landet. Indikatorvärdena har fått från THL:s tjänst. Sotekuva (sotekuva.fi). Siffrorna gäller för 2021. Avvikelser har angetts separat.

Målet både att öka den interna integrationen och utveckla servicevägar över organisationsgränserna

Social- och hälsovårdsväsendet i Helsingfors har ett omfattande samarbete som sträcker sig från internationella aktörer till nationella, regionala och kommunala aktörer samt lokala organisationer. Utveckling för att samordna tjänsterna och göra servicevägarna smidigare genomfördes inom social- och hälsovårdsväsendet, men också tillsammans med olika sektorer och flera olika aktörer.

Inom sektorn används kundsegmentering och samarbete kring det digitala verktyget Suuntimaa som stöder segmenteringen inleddes tillsammans med Digi-Finland. Suuntimaa har pilottestats och utvecklats 2022 för att främja gränsöverskridande samarbete mellan verksamhetsmodeller.³³ I kundsegmenteringen strävar man efter att identifiera bland annat kunder som behöver många tjänster. Enligt tillsynsmyndigheten förekom det utmaningar i samordningen av tjänsterna för dessa kunder i hela Södra Finland (ingen separat information om Helsingfors), vilket syntes i tillgången till social- och hälsovårdstjänster. Ibland verkade det saknas en tydlig koordinator eller ansvarig instans.³⁴

I Helsingfors fortsatte man att utveckla tjänsterna för klienter som får opioidsubstitutionsbehandling och klienter med psykosjukdomar som behöver mycket service. I huvudstadsregionen samarbetade man inom Pakka-verksamhetsmodellen, lokalt förebyggande av alkohol-, tobaks- och spelrelaterade skador.³²

Man strävade efter att minska bostadslösheten tillsammans med stadsmiljösektorn, stadskansliet och andra aktörer. Till exempel gavs ekonomi- och skuldrådgivning som en del av boenderådgivningen och nya kunder nåddes i samarbete med Utsökningsverkets projekt för proaktiv ekonomisk rådgivning.³²

Samarbetet med Helsingfors sysselsättningstjänster och FPA fördjupades. Vid hälsovårds- och välfärdscentren utvecklade man sektorsövergripande tjänster som stöder arbetsförmågan och beskrev arbetsförmågekoordinators uppgifter.³²

Den horisontella integrationen stärktes. Till exempel inom hemservicen för barnfamiljer främjades centraliserad klienthandledning samt samarbete med bland annat barnskyddet, migrationsenheten och arbetet med funktionshindrade.³² Dessutom började man utveckla och intensifiera det sektorsövergripande samarbetet mellan eftermiddagsverksamheten, elevvården och socialvården. Ett exempel på omfattande samarbete är utvecklingen av servicekedjan för våld i nära relationer i barnfamiljer. Den genomfördes tillsammans med Barnahus-projektet, HUS enhet för rättspsykologi, Helsingforspolisen, åklagaren och barnskyddet i Helsingfors, och i den genomfördes ett försök med utvärderingsblanketten LASTA och verksamhetsmodellen sektorsövergripande LASTA-möte.³³

Reformen av hälsotjänsterna för personer med intellektuell funktionsnedsättning framskred Nylands gemensamma utvecklingsprojekt, likaså utvecklingen av servicevägen för barn och unga med neuropsykiatriska symtom.³²

För samarbetet mellan äldreomsorgen, vuxensocialarbetet och det sociala arbetet för personer med funktionsnedsättning utarbetades en anvisning som stöd för vårdpersonalens arbete.³² Helsingfors deltar i huvudstadsregionens nätverk för utveckling av tjänster för äldre (GeroMetro) och inom projektet Pätijä samarbetade man med HUS.³⁸ Inom nätverket Rökfritt Helsingfors genomfördes ett pilotprojekt där rökfrihet främjades genom tjänster i hemmen.³²

Flera projekt genomfördes i samarbete för att främja fysisk aktivitet, bland annat skolornas personalträningsnätverk, utvecklingen av systemet Move!, verksamhetsmodellen LiiKu-stöd, miniinterventionsmodell för att föra aktivitet på tal och Aktivitetsavtal.³²

Helsingfors deltar i temat psykisk hälsa i WHO:s nätverk Healthy Cities och samarbetar med nätverket Hyvä kierre (God spiral). För att främja psykisk välfärd stärktes det multiprofessionella samarbetet.³² Servicekedjorna inom mentalvården för barn och unga utvecklades tillsammans med sektorn för fostran och utbildning, ungdomstjänsterna och den specialiserade sjukvården. Dessutom deltog yrkesutbildade personer i HUS utbildningar bland annat inom ramen för projektet Första linjens terapier.^{32,33}

I Helsingfors stärktes samarbetet med den specialiserade sjukvården även när det gällde vården av diabetiker. I Fiskehamnens och Nordsjös centraler för hälsa och välbefinnande producerar primärvården och den specialiserade sjukvården tjänster för gemensamma patienter i gemensamma lokaler.³³ Vårdkedjorna för journalsituationer utvecklades i sektorsövergripande samarbete med den specialiserade sjukvården och den prehospitla akutsjukvården.³²

Helsingfors stad har också egna tjänster inom den specialiserade sjukvården. Under de kommande åren är det viktigt att stärka samarbetet mellan och styrningen av tjänsterna på basnivå och inom den specialiserade sjukvården samt att samordna tjänsterna. Valfärdsområdena och HUS är viktiga samarbetspartner när det gäller att bygga upp invånarnas servicekedjor samt främja välfärd, hälsa och säkerhet.³⁹ Målet för stadsstrategin 2021–2025 är integrerade och smidiga servicehelheter och servicekedjor för kunderna.⁴⁰

Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet

Nationella mål och lagstiftning

Målen då man ordnar social- och hälsovårdstjänster är att producera tjänster som grundar sig på befolkningens behov, som är jämlika i fråga om tillgång och tillgänglighet, och som produceras nära kunden. Servicestrategin styr hela sektorns ekonomi och verksamhet och ställer upp gemensamma mål för ordnandet av tjänsterna och beaktar tillgången på tjänster och deras tillgänglighet.⁴¹

Målet för Helsingfors stadsstrategi 2021–2025 är bland annat smidig tillgång till primärvården och mun- och tandhälsovården.⁴² Även i servicestrategin ligger tyngdpunkten på tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet, vilket stöder förverkligandet av stadsstrategin.⁴³

Syftet med Helsingfors projektet Framtidens social- och hälsocentral är att kunden ska få de social- och hälsovårdstjänster på basnivå som han eller hon behöver smidigt och i rätt tid och att tjänsternas kontinuitet och inriktning på kundernas olika behov ska beaktas. Målet är också att kunden ska kunna utnyttja digitala tjänster smidigt och i större utsträckning än tidigare i tjänsteutbudet. Inom hälsovårdstjänsterna förbereder man sig på garantin för vård inom sju dagar.⁴⁴

Uppgifter i anslutning till covid-19-pandemin prioriterades

På grund av covid-19-pandemin var man tvungen att tidvis minska den icke-brådskande vården vid hälsostationer och munhälsovården, och personalresurserna överfördes till testning, spårning och vaccination. Den långvariga covid-19-pandemin ökade särskilt depressionen, ensamheten och symtomen på mental ohälsa bland barn och unga samt försämrade äldre personers funktionsförmåga och förvärrade marginaliseringen bland äldre.⁴⁵ Tillsynsmyndighetens uppfattning var att covid-19-pandemin orsakade utmaningar för kommunerna i genomförandet av de lagstadgade social- och hälsovårdsuppgifterna 2021. I hela Södra Finland observerades problem med tillgången på tjänster, som berodde på att tjänsterna var överbelastade och att personalen fördes över till uppgifter som hade att göra med coronapandemin.⁴⁶ I Helsingfors förekom brister i mun- och tandhälsovårdens telefontjänst bland annat när det gällde i tidsbokningen. Dessutom har antalet skolhälsovårdare och skolläkare varit otillräckligt i flera år och situationen förvärrades under covid-19-pandemin. Eleverna fick inte lagstadgade tjänster, såsom hälsoundersökningar, i enlighet med bestämmelserna och anvisningarna. Tillsynsmyndigheterna gav år 2022 kommunerna anvisningar om att ordna lagstadgade hälsokontroller så fort pandemisituationen tillåter.⁴⁶

Svar på ökat behov av social- och hälsovårdstjänster

År 2021 etablerades Helsingfors verksamhetsmodeller – familjecenter, centraler för välfärd och hälsa samt seniortjänster – och samtidigt strävade man efter att förbättra tillgången till tjänster och kundupplevelsen. Vård- och serviceskulden kunde avklaras i viss mån under 2021. Vid rådgivningarna anställdes hälsovårdare för viss tid för att utföra lagstadgade rådgivningskontroller. Inom mun- och tandhälsovården avklarades vårdköen genom tilläggs- och overtidsarbete samt köpta tjänster. Från och med oktober 2021 har hälsovårdstjänsterna utökats och tillgången till brådskande vård har förbättrats; i Gamlas och Gräsviken inleddes ett tidsbegränsat försök där privata företag producerar hälsostationstjänster. Kvarnbäckens central för hälsa och välbefinnande fick längre öppettider 2021. Servicesedeln har kunnat användas vid tillfällig överbelastning eller när hälsostationerna lidit av läkarbrist. År 2021 gjordes över 18 000 besök med servicesedel. I Haga öppnades en ny servicepunkt för mentalvårds- och missbrukarvård med låg tröskel, Mieppi, för unga över 13 år och vuxna för 2021, och hösten 2022 öppnades ett nytt familjecenter i Kampen.^{45,47}

De mobila tjänsterna och distanstjänsterna utökades

I enlighet med strategin utökades de elektroniska distanstjänsterna, det vill säga distansvård, rådgivning, distansrehabilitering och videomottagningar. Innehållet i chattboten på hälsostationerna utvidgades till mun- och tandhälsovården och psykiatrin. Även det digitala stödet till äldre kunder utökades.⁴⁷ I bruktagandet av klient- och patientdatasystemet Apotti i alla tjänster gjorde det också möjligt att ta i bruk kundportalen Maisa både för distansmottagning och för elektronisk kontakt med kommunikation i två riktningar. I december 2021 fanns det redan över 300 000 användare i Helsingfors. Den nationella tjänsten Omaolo utnyttjades bland annat för covid-19-pandemin.⁴⁵

Verksamhet med en mobil vårdare (Liiho, *liikkuva hoitaja*) inleddes för kunder inom heldygnsomsorg och hemvård. Till den mobila vårdarens uppgifter hör att bedöma journalsituationer och sköta dem hemma hos kunden under veckosluten.⁴⁵

Informationens tillgänglighet för dem med svenska och främmande språk som modersmål förbättrades

Helsingfors är en flerspråkig stad. Svenska och engelska lades till i språkutbudet i chattboten på hälsostationerna.⁴⁷ Information om corona gavs även på svenska och engelska samt på ryska, estniska, arabiska och somaliska.⁴⁵ Det finns information om Helsingfors hälso- och sjukvårdstjänster på webbplatsen infofinland.fi, som innehåller information på över tio språk.⁴⁸

Ett av målen för stadsstrategin 2021–2025 är att utveckla den svenskspråkiga servicen. Målet är högklassig och smidig service även på svenska.⁴³ Under strategiperioden strävar man efter att fortsättningsvis hålla besök på hälsovårdscentralerna avgiftsfria, vilket också förbättrar tillgängligheten.⁴³ År 2023 tas inga hälsovårdscentralsavgifter i bruk.⁴⁹

Många får vård inom en vecka – vårdgarantin överskrids sällan

I mars 2022 överskred 0,4 procent av väntetiderna i Helsingfors vårdgarantin (3 mån.), dvs. köer för icke-brådskande besök hos en läkare inom primärvården för bedömning av vårdbehovet. Vid samma tidpunkt överskred dock endast 38 procent av väntetiden sju dagar, vilket låg nära landets medelvärde. I oktober 2021 var det en större andel än i landet i genomsnitt som var tvungen att vänta över tre veckor på en tandläkartid. Andelen av befolkningen som väntat på specialiserad sjukvård i över sex månader var i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt den näst största i landet i slutet av 2021.

Av dem som väntat på att få komma till en läkarmottagning inom primärvården på grund av ett icke-brådskande ärende våren 2022 fick 60 procent komma till en fysisk mottagning och 41 procent till en distansmottagning inom sju dygn från att de tog kontakt. Andelen personer som fick komma till en fysisk mottagning inom en vecka hörde till de största i jämförelsen av välfärdsområdena, motsvarande kan inte sägas om distansmottagningarna (tabell 3).

Tabell 3. Väntetid till en läkare inom primärvårdens öppna sjukvård (% av alla icke-brådskande besök)

	0–7 dygn		8–14 dygn		15–30 dygn	
	Fysiska besök	Distanskontakter	Fysiska besök	Distanskontakter	Fysiska besök	Distanskontakter
Alla serviceproducenter	44	55	9	12	16	13
Helsingfors	60	41	5	20	16	21
Östra Nyland ^{1,2}	4–41	21–81	2–26	11–19	4–36	6–29
Mellersta Nyland	60	78	12	7	11	5
Västra Nyland ¹	17–76	30–89	5–25	5–21	8–43	2–25
Vanda och Kervo ¹	43–71	62–73	4–12	11–15	10–24	10–15
Södra Karelen	26	28	19	11	23	13
Kymmenedalen	40	37	10	18	18	23
Päijänne-Tavastland ²	22	16	6	7	11	7
Norra Savolax	38	59	16	20	27	18
Mellersta Finland ³	34	44	11	19	27	22
Södra Savolax	42	31	9	14	15	13
Norra Karelen	58	94	16	4	14	1
Birkaland ³	43	57	9	14	21	19
Egentliga Tavastland	35	38	12	15	14	14
Södra Österbotten	53	45	7	10	9	6
Egentliga Finland	42	57	10	13	18	18
Satakunta	57	57	11	15	13	12
Österbotten ⁴	51	51	12	8	21	7
Norra Österbotten ⁵	36	43	8	11	15	12
Mellersta Österbotten ⁴	49	61	19	14	15	6
Kajanaland	75	69	9	5	5	4
Lappland ⁵	43	61	12	9	17	7

1 Uppgifter per kommun, det högsta och lägsta värdet anges i tabellen

2 Uppgifter om kommunerna Mörskom och Pukkila ingår i Päijänne-Tavastlands siffror

3 Uppgifter om kommunen Kuhmois ingår i Mellersta Finlands siffror

4 Uppgifter om Kronoby kommun ingår i Mellersta Österbottens siffror

5 Uppgifter om Simo kommun ingår i Norra Österbottens siffror

▲ I tabellen presenteras väntetiderna till en läkare inom primärvårdens öppna sjukvård som en procentandel av alla icke-brådskande besök under januari–maj 2022. Väntetiden räknas från den första kontakten till det faktiska besöket. Fysiska besök och kontakt på distans har indelats separat. Uppgifterna presenteras separat för välfärdsområdena, Helsingfors stad och alla serviceproducenter. Uppgifterna grundar sig på THL:s uppgifter om vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo).

Missnöje med tjänsternas tillräcklighet bland dem som behövt tjänster

I befolkningsenkäten 2020 upplevde den största andelen i landet, en tredjedel av de helsingforsare som behövt tjänster, att de fått otillräckliga tandläkartjänster. Dessutom upplevde fler än genomsnittet detta i fråga om både sköterske- och läkartjänster (tabell 4).

Av välfärdsområdets högstadiel elever uppgav den tredje största andelen i landet att de inte fick komma till skolkuratorn eller skolhälsovårdaren trots att de försökt. Av gymnasieeleverna uppgav den största andelen i landet samma sak om tillgången till skolhälsovårdare, men vid yrkesläroanstalterna var andelen densamma som i landet i genomsnitt. Den största andelen i landet, över hälften av dem som behövde service, upplevde att de fått otillräckliga hemvårdstjänster för äldre. Även inom tjänster för personer med funktionsnedsättning, tjänster för barnfamiljer och sociala tjänster var missnöjet med servicens omfattning vanligare än genomsnittet (tabell 4). Missnöjet med de efterfrågade tjänsternas tillräcklighet var större än i landet i genomsnitt för alla tjänster utom en, där den var lika stor som landets genomsnitt.

Tabell 4. Andelen personer som inte fått tillräckliga tjänster av dem som behövt tjänster

	Har trots försök under läsåret inte fått besöka (%-andel av eleverna eller studerandena)				Andelen personer som fått otillräckliga mottagningstjänster (%) av dem som behövt tjänster			Andelen personer som fått otillräckliga tjänster (%) av dem som behövt tjänster			
	Skolkurort	Skolhälsovårdaren			Sjukskötartjänster	Läkartjänster	Tandläkartjänster	Hemvårdstjänster för äldre	Tjänster för personer med funktionsnedsättning	Tjänster för barnfamiljer	Tjänster inom det sociala arbetet
		Högstadiet Åk 8 och 9	Högstadiet Åk 8 och 9	Yrkesläroanstalt år 1 och 2							
Hela landet	10	5	5	4	14	20	24	37	48	35	47
Helsingfors	13	7	5	7	17	24	33	52	63	38	60
Östra Nyland	10	6	10	6	14	20	27	38	51	24	45
Mellersta Nyland	10	7	6	3	14	20	24	42	64	26	47
Västra Nyland	11	7	5	6	16	19	28	44	40	40	39
Vanda och Kervo	13	8	4	4	20	25	24	51	44	33	45
Södra Karelen	8	4	3	2	13	21	25	35	48	35	56
Kymmenedalen	5	4	4	0	13	19	23	34	55	20	38
Päijänneta- Tavastland	11	6	5	4	16	23	22	42	32	21	45
Norra Savolax	10	6	3	3	10	14	19	38	52	27	47
Mellersta Finland	14	5	6	5	11	17	23	32	66	44	48
Södra Savolax	7	4	3	2	10	18	19	30	36	32	42
Norra Karelen	9	6	6	6	16	23	24	32	43	22	35
Birkaland	9	6	5	5	14	19	24	35	38	49	54
Egentliga Tavastland	10	5	4	3	11	17	19	40	50	43	47
Södra Österbotten	7	4	6	3	9	14	14	24	33	29	36
Egentliga Finland	9	5	4	5	11	19	20	36	47	29	63
Satakunta	7	5	3	2	14	21	24	23	44	37	44
Österbotten	9	5	3	7	13	22	23	28	61	33	45
Norra Österbotten	9	5	8	4	13	19	22	39	42	33	32
Mellersta Österbotten	7	4	4	3	11	15	22	26	42	25	36
Kajanaland	10	5	4	2	14	23	32	40	48	28	53
Lappland	10	4	4	5	12	19	19	43	40	20	42

Över landets medelvärde

Största andelen i landet

▲ I tabellen presenteras andelen kunder som upplevt att tjänsterna varit otillräckliga av dem som behövt tjänster i välfärdsområdena, Helsingfors stad och hela landet. Uppgifterna grundar sig på THL:s enkät Hälsa i skolan från 2021 och den nationella undersökningen om hälsa, välfärd och service FinSote från 2020.

Många utvecklingsåtgärder för att förbättra tillgången och jämlikheten

I utvecklingen av sektorns tjänster är det gemensamma målet att stärka jämlikheten mellan invånarna och kunderna.⁴⁵ Jämlik tillgång till tjänster främjas bland annat av gemensamma bedömningskriterier för att få tjänster.

Den övergripande bedömningen av servicebehovet inom äldreomsorgen grundar sig på en beskrivning av klientens vardag och funktionsförmåga, en RAI-bedömning samt på det multiprofessionella teamets, klientens och dennes närståendes helhetssyn på situationen. Bland personer som fyllt 75 år hade fler (23 %) i Helsingfors än i landet i genomsnitt (17 %) RAI-bedömts 2021. Centraliseringen av styrningen av klient- och serviceprocessen för äldre servicesedel- och köptjänstklienter och förtydligandet av grunderna för beviljande av hemvård bidrog till att förenhetliga servicekriterierna. Dessutom bereddes grunderna för beviljande av hemvårdens stödtjänster.⁴⁵

Kompetensen inom lägesbedömning av tjänster för barnfamiljer och inom barnskyddet stärktes och det digitala verktyget för lägesbedömning utvecklades, vilket främjar jämlikhet i tillgången till tjänster.⁴⁵ I socialarbetet för vuxna beskrevs hur klienter som behöver många tjänster blev klienter, i syfte att förenhetliga och effektivisera klienternas tillgång till service.⁴⁵ Det strategiska målet är att öka kontinuiteten i vården och vårdrelationerna för dem som behöver mycket service.⁴³

Inom mun- och tandhälsovården strävar man efter att förbättra tillgången med hjälp av modellen Kerralla kuntoon. I ett projekt med farmaceuter på hälsostationerna (Farmasistit terveysasemilla) strävar man efter bättre tillgång till vård och optimal läkemedelsbehandling för kunderna genom att utveckla arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna. Målet är att vidareutveckla det multiprofessionella teamarbetet på hälsostationerna och att utnyttja de yrkesutbildade personernas resurser optimalt genom att arbetsbeskrivningarna mer exakt motsvarar utbildningen.⁴⁴ Förbättring av tillgången har också eftersträvat genom att utbilda hälsostationernas sjukskötare för begränsad förskrivning av läkemedel.⁴⁴

Vid Fiskehamnens central för hälsa och välbefinnande genomfördes ett pilotprojekt vars mål var att göra servicen smidigare för kunden, undvika onödiga mottagningsbesök och genomföra sektorsövergripande konsultation bättre än tidigare. I pilotprojektet hänvisades kunder med symtom i stöd- och rörelseorganen samt personer med mentalvårds- och missbruksärenden direkt till den yrkesutbildade person som bäst kunde svara på deras servicebehov. De tillgängliga resurserna organiserades på ett nytt sätt: Arbetsunderlaget för fysioterapeuter och sjukskötare inom mentalvårds- och missbrukarbetet omarbetades så att de lättare än tidigare kunde ge konsultationsstöd och träffa kunden antingen på en annan yrkesutbildad persons mottagning eller vid ett eget mottagningsbesök. Utifrån responsen från kunderna och personalen beslöt man att införa verksamhetsmodellen permanent.⁴⁴

Återhämtningen från coronapandemin stöds av samma åtgärder som främjar tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet i övrigt.⁴⁵ Man satsar också på förebyggande lågtröskeltjänster som ges i rätt tid och utnyttjar flerproducentmodellen och multiprofessionalitet i verksamheten.⁴³

Målet med Helsingfors projekt Framtidens social- och hälsocentral är att ytterligare förbättra genomförandet av modellen med centraler för hälsa och välbefinnande och dess delmål är tillgången till icke-brådskande vård.⁴⁴ De centrala tyngdpunkterna inom social-, hälso- och räddningsväsendet 2023 är både att förbättra tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet och att stärka dem med hjälp av digitalisering.⁴⁵

Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering

Helsingfors stads resultat uppvisade ett överskott på 357 miljoner euro 2021. Årsbidraget per invånare, som beskriver den interna finansieringens tillräcklighet, var positivt, 1 150 euro per invånare. Årsbidraget räckte till för att täcka avskrivningarna och nedskrivningarna.

Den goda resultatutvecklingen påverkades avsevärt av statens stödåtgärder och skatteinkomsternas goda utveckling.⁵⁰ Under 2020–2021 stödde staten den kommunala sektorn med sammanlagt över 5 miljarder euro på grund av extra kostnader och inkomstbortfall orsakade av coronapandemin. Kommunerna och samkommunerna har drabbats av extra kostnader på grund av såväl vården av coronapatienter som av bland annat testning, vaccinationer och skyddsutrustning. På motsvarande sätt har epidemin ökat vård- och serviceskulden på grund av att resurser och verksamhet för icke-brådskande vård har skurits ned.

År 2020 riktade staten coronastöden till statsandelarna för kommunal basservice och höjde kommunernas andelar av samfundsskatten med 10 procent. Dessutom beviljades statsunderstöd till sjukvårdsdistrikten, av vilka en del också riktade understöden till kommunernas betalningsandelar. År 2021 var statens stöd till kommunerna via statsandelen för basservice mindre än året innan och staten fortsatte den tidsbundna höjningen av samfundsskatten med 10 procent. På motsvarande sätt fortsatte staten stöda sjukvårdsdistrikten genom att bevilja understöd för kostnader på grund av covid-19 och för att täcka underskottet. Tyngdpunkten i statens coronastöd fördes för kommunernas del över till statsunderstöden, och dessutom betalades ersättningar ut för kostnaderna för hälsosäkerheten vid gränserna.

Statens mångsidiga stödåtgärder på grund av covid-19-pandemin

År 2021 uppgick de höjningar som beviljats Helsingfors för statsandelen för basservice och för att höja samfundsskatteandelen till sammanlagt 149 miljoner euro (284 miljoner euro 2020). De understöd som beviljades Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt uppgick 2021 till cirka 75,6 miljoner euro (89,1 miljoner euro 2020), varav Helsingfors andel i förhållande till grundkapitalet var 27,4 miljoner euro. På grund av coronaviruset beviljades Helsingfors sammanlagt 158 miljoner euro i understöd.^{51,52} I den första ansökan beviljades Helsingfors stad sammanlagt cirka 3,6 miljoner euro i ersättningar för hälsosäkerheten vid gränserna.⁵³

Överföringen av tyngdpunkten för statens stödåtgärder från statsandelar till understöd påverkar nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården och därmed även de förändringar i kostnadsnivån som skett i servicehelheterna.

Rapporteringen av statistiken över kommunernas ekonomi förnyades i början av 2021. Reformen utvidgade kommunernas och samkommunernas rapporteringsskyldigheter i och med att rapporteringen av ekonomiska uppgifter om social- och hälsovården utvidgades från 17 uppgiftsklasser till över 60 serviceklasser. Tidtabellen för rapporteringen enligt serviceklass måste flyttas på grund av allvarliga kvalitetsavvikelser i de uppgifter som kommunerna rapporterat, och nettodriftskostnaderna kan inte användas som grund för utvärderingen.

Det nya social-, hälso- och räddningssektorn inleder sin verksamhet i Helsingfors den 1 januari 2023. Samtidigt separeras social-, hälso- och räddningsväsendets budgetar från stadens budget. Stadsfullmäktige beslutar årligen i samband med behandlingen av den ekonomiska bedömningen om budgetens bindningsnivå för både anslagen och de funktionella målen med beaktande av skyldigheten att ha separat redovisning för social- och hälsovården och räddningsväsendet.

Sjukvårdsdistriktets resultat stärktes jämfört med året innan

År 2021 stärktes resultatet för samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt jämfört med året innan. Verksamhetsbidraget var 135 miljoner euro och ökade med 8,3 procent jämfört med året innan. Årsbidraget ökade med 11 procent jämfört med året innan och var 125 miljoner euro. Årsbidraget räckte till för att täcka avskrivningarna och nedskrivningarna.⁵⁴ I den slutliga faktureringen till kommunerna återbetalade sjukvårdsdistriktet ett överskott på 57,4 miljoner euro till medlemskommunerna, varav Helsingfors andel var cirka 21 miljoner euro.⁵⁰ Sjukvårdsdistriktet uppnådde slutligen ett överskott på 15 miljoner euro 2021.⁵⁴

I början av 2022 hade sjukvårdsdistriktet inget underskott att täcka.⁵⁴ Enligt HUS budgetöversikt för januari–juli 2022 är underskottsprognosen för räkenskapsperioden 2022 136 miljoner euro.⁵⁵ Effekterna av det beredda sparprogrammet ingår i prognosen.

HUS-sammanslutningens utgifter finansieras för Helsingfors del av den statliga finansiering (för välfärdsområdena) som Helsingfors får. HUS-sammanslutningens ram för 2023 är 771 miljoner euro, vilket är 5,3 procent mer än anslaget som reserverats för HUS i Helsingfors budget 2022.⁵⁶

Kårkulla samkommun har ett underskott på 1,3 miljoner euro som inte täckts i balansräkningen. Underskottet täcks före utgången av 2022 genom att fakturera de 33 ägarkommunerna, till vilka även Helsingfors hör.⁵⁷

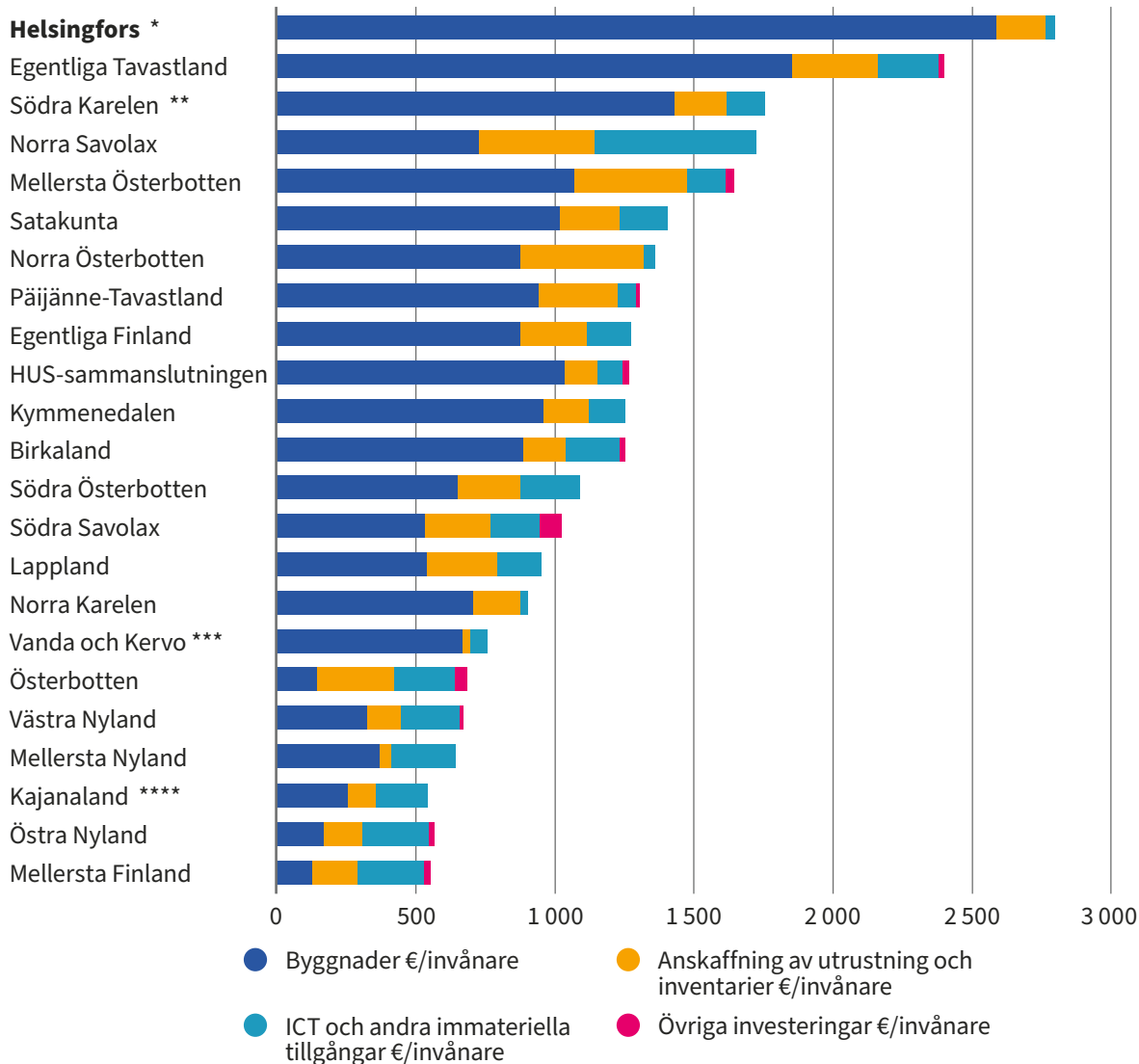
Överföringen av projekt minskade sjukvårdsdistriktets investeringsutgifter

År 2021 uppgick HUS investeringsutgifter till 250 miljoner euro. Investeringarna i byggande uppgick till 184 miljoner euro medan investeringarna i utrustning och andra anläggningstillgångar uppgick till sammanlagt 65,9 miljoner euro. Investeringsutgifterna blev 41 miljoner euro mindre än det anslag som reserverats för investeringar (291 miljoner euro) på grund av att projekt flyttades och årsperiodiseringen ändrades. År 2021 var nio stora byggnadsinvesteringar i planerings- eller genomförandeskedet godkända av fullmäktige. Utöver det redan pågående tilläggsbyggandet av Brosjukhuset, Eksjukhuset, Dals samsjukhus och Jorvs sjukhus planeras bland annat ett omfattande nybygge i anslutning till Pejas sjukhus.⁵⁴

Dals samsjukhus är ett psykiatriskt och somatiskt sjukhus som byggs i Helsingfors på Dals sjukhusområde. Det är ett gemensamt projekt för Helsingfors stad och HUS. Det mervärdesskattefria maximipriset för byggkostnaderna är 838 miljoner euro enligt kostnadsnivån i november 2019. HUS styrelse beslutade den 15 februari 2021 att grunda bolaget Fastighetsaktiebolaget Dals samsjukhus och godkände bolagets etableringsavtal, bolagsordning och delägaravtal. Bolaget grundades till lika delar tillsammans med Helsingfors stad.⁵⁴

År 2021 beviljades Helsingfors stad dispens för investeringar i Dals samsjukhus (838 miljoner euro) och Centrums hälsostation (75 miljoner euro) och HUS för grundlig renovering av operationsavdelningen vid Lojo sjukhus (5,2 miljoner euro), A-delen vid Kvinnokliniken (31,5 miljoner euro) och Mejlans rörpostsystem (6,3 miljoner euro).

Figur 3. Investeringsplan 2023–2027, bestående aktiva och avtal som motsvarar investeringar (euro per invånare)



▲ I figuren presenteras helheten vad gäller investeringsplanerna för social- och hälsovården samt räddningsväsendet för 2023–2027 (euro per invånare); i investeringsutgifterna ingår bestående aktiva samt avtal som motsvarar investeringar. Investeringsplanens år 2023 är bindande, åren 2024–2026 är riktgivande. Siffran för 2027 innehåller investeringar som man förbundit sig till under 2023 och som fortsätter över planeringsperioden. HUS-sammanslutningen presenteras som en separat organisation och dess siffror ingår inte i siffrorna för Nylands välfärdsområden och Helsingfors stad. Investeringsplaner enligt lagen om välfärdsområden utarbetades nu för första gången, och därför kan anvisningarna ha tolkats på olika sätt. I synnerhet i områden med splittrat organiseringsansvar kan investeringsplanerna vara bristfälliga eftersom uppgifter har samlats in från flera organisationer med organiseringsansvar.

* Preliminära uppgifter: Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025, förslag 7.11.2022, bilaga 3. Stadsfullmäktige 16.11.2022, föredragningslista. Helsingfors andel av investeringen vid Dals sjukhus har beaktats.

** Preliminära uppgifter: Södra Karelen välfärdsområde, välfärdsområdesstyrelsen 15.9.2022

*** Preliminära uppgifter: Vanda och Kervo välfärdsområde, välfärdsområdesfullmäktige 22.11.2022, föredragningslista

**** Preliminära uppgifter: Kajanalands välfärdsområde, välfärdsområdesstyrelsen 12.9.2022

Investeringsplan för social-, hälso- och räddningssektorn i Helsingfors

Lokaler som används av social- och hälsovården samt räddningsväsendet och som ägs av staden förblir i stadens ägo. De nuvarande och kommande lokalerna hyrs ut internt för social- och hälsovårdens och räddningsväsendets bruk. Staden finansierar fast egendom som byggs för social-, hälso- och räddningsväsendet. Projektens hyreseffekt presenteras i investeringsplanen för social-, hälso- och räddningssektorn, och det reserveras anslag för dem i driftsekonomidelen.⁵⁶

De delplaner för social- och hälsovården och räddningsväsendet som ingår i investeringsplanen för Helsingfors social-, hälso- och räddningssektor 2023–2027 utgör sammanlagt 1,8 miljarder euro, och innehåller investeringar (122 miljoner euro) som ska upptas i den egna balansräkningen samt avtal (1,7 miljarder euro) som motsvarar investeringarna. Byggnadsinvesteringarna genomförs i huvudsak via bolag som delvis eller helt ägs av staden. Avtal som motsvarar investeringar omfattar de projekt som man förbinder sig till under den kommande planeringsperioden tills de upphör.⁵⁶

Kostnaderna per invånare i investeringsplanen för Helsingfors social-, hälso- och räddningssektor presenteras i figur 3. Investeringsutgifterna för byggnader är sammanlagt 28,5 miljoner euro för 2023, 168 miljoner euro för planperioden 2023–2026 och 1,5 miljarder euro för 2027 (HUS andel har dragits av från kostnads-kalkylen för Dals sjukhusinvestering, 50 %).

Genom investeringar i anskaffningar av utrustning och inventarier, 9,6 miljoner euro för 2023 (108 miljoner euro för planperioden 2023–2027), förnyas räddningsväsendets inventarier i betydande grad, bland annat materiel för oljebekämpning och brandbilar.

ICT-investeringarnas andel för 2023 är 4,5 miljoner euro och för hela planperioden 23,5 miljoner euro. I fråga om ICT-investeringar kommer de viktigaste projekten under de kommande åren att gälla utvecklingen av digitala tjänster för kunder och yrkesutbildade personer, klient- och patientdatasystem och kunskapsbaserad ledning.

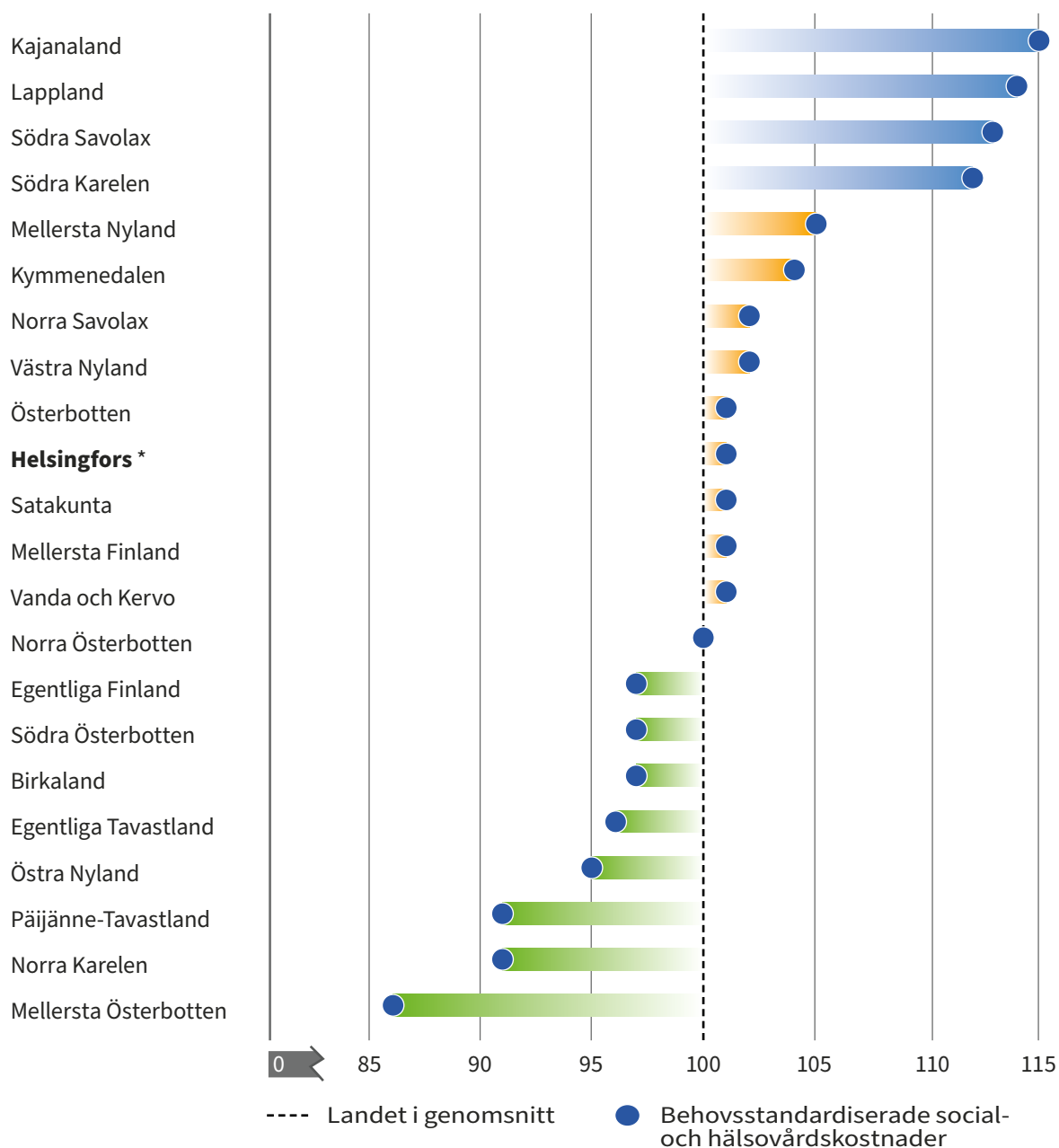
Helsingfors stads upplåningsrätt begränsas inte – HUS-sammanslutningen har anhållit om tilläggsfullmakt att uppta lån

Till skillnad från andra välfärdsområden har Helsingfors stad upplåningsrätt, som inte kan begränsas, eftersom begränsningen skulle ha en betydande inskränkande inverkan på den kommunala självstyrelsen. HUS-sammanslutningens fullmakt att uppta lån har fastställts så att 37 procent av det kalkylerade årsbidraget för Nylands välfärdsområden och Helsingfors stad har avskiltts till HUS-sammanslutningen, vilket motsvarar den specialiserade sjukvårdens andel av kommunernas nettokostnader för social- och hälsovården och räddningsväsendet 2020. HUS-sammanslutningen ansökte om tilläggsfullmakt att uppta lån, och sammanslutningen har en fullmakt att uppta lån på cirka 1,3 miljarder euro för 2023.⁵⁸

Utgifterna för social- och hälsovården i förhållande till servicebehovet låg nära genomsnittet

De behovsstandardiserade utgifter för 2020 som THL publicerade 2022 har beräknats enligt en uppdaterad behovsstandardisering. De behovskoefficienter som använts vid beräkningen av de behovsstandardiserade utgifterna skiljer sig från beräkningen av de behovskoefficienter som ligger till grund för välfärdsområdenas finansiering, eftersom man i de förstnämnda granskar förhållandet mellan behovsfaktorerna och användningen av tjänsterna under samma år och i de senare förhållandet mellan behovsfaktorerna och den framtida användningen av tjänsterna.⁵⁹ År 2020 var nettoutgifterna för social- och hälsovården i genomsnitt 3 497 euro per invånare i hela landet. Nettoutgifterna för social- och hälsovården i Helsingfors var 3 181 euro per invånare, vilket är nio procent lägre än i landet i genomsnitt. Servicebehovet i området var tio procent mindre än i landet i genomsnitt och på motsvarande sätt var social- och hälsovårdsutgifterna i förhållande till servicebehovet en procent högre än genomsnittet (figur 4).⁶⁰

Figur 4. Behovsstandardiserade utgifter 2020, index (Hela landet = 100)



▲ I figuren visas hur de behovsstandardiserade utgifterna avviker från genomsnittet för landet per välfärdsområde (100). Ju längre bort balken som beskriver utgifterna är från genomsnittet, desto mindre eller större är områdets behovsstandardiserade utgifter. Som behovsfaktorer har beaktats befolkningens ålders- och könsstruktur, sjukfrekvens och socioekonomiska ställning. Uppgifterna grundar sig på Statistikcentralens statistik Kommunekonomi 2020 och de uppdaterade behovskoefficienter för 2020 som Institutet för hälsa och välfärd producerat och som publicerades sommaren 2022.

* Social- och hälsovård samt räddningsväsendet

Kostnaderna som överförs till välfärdsområdet är större än de kalkylerade kostnaderna

Finansministeriet publicerade i september 2022 välfärdsområdenas finansieringskalkyler, som grundar sig på preliminära bokslutsuppgifter för 2021 och på budgetuppgifter för 2022. Utifrån bokslutsuppgifterna för 2022 justeras ännu den slutliga finansieringen för 2023, på basis av vilken välfärdsområdenas finansiering korrigeras en gång i början av 2024. I kalkylen har man utöver de kostnader som överförs även beaktat välfärdsområdenas nya uppgifter, välfärdsområdesindexet och servicebehovet. Tillägget för universitetssjukhus beaktas först i finansieringen för 2024. Den totala finansieringen till Helsingfors stad 2023, som omfattar social- och hälsovården och räddningsväsendet, uppgår till cirka 2 592 miljoner euro, det vill säga 3 937 euro per invånare. Områdets kalkylerade finansiering är 2 360 miljoner euro och övergångsutjämningsens andel 232 miljoner euro. De kostnader som överförs är alltså högre än de kalkylerade kostnaderna. Finansieringen per invånare i Helsingfors ökar med 200 euro jämfört med nivån 2022.⁶¹

Skalan för den statliga finansieringen förblir i det första skedet på nuvarande nivå, eftersom övergångsutjämnningen jämnar ut skillnaden mellan de kostnader som överförs och den kalkylmässiga finansieringen. Enligt stadens egen bedömning har Helsingfors ett större ansvar för att ordna effektiva och kostnadseffektiva tjänster på grund av den skärpta regleringen och den kommande åtstramningen av finansieringen.⁵⁶

Metoder och kvalitetsbeskrivning

Utvärderingens informationsunderlag

Institutet för hälsa och välfärds (THL) expertutvärdering av ordnandet av social- och hälsovården grundar sig på både kvantitativ information och kvalitativt material. Det kvantitativa informationsunderlaget för utvärderingen utgörs av de nationella indikatorerna för kostnadseffektivitet inom social- och hälsovården (KUVA). Lägesbilden som ligger till grund för expertutvärderingen har utvidgats genom att utnyttja även andra indikatoruppgifter samt dokumentmaterial om välfärdsområdenas, samkommunernas och kommunernas förvaltning, verksamhetssätt, planer och beslut. I utvärderingen har man dessutom utnyttjat Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovårdens Valviras och regionförvaltningsverkens tillsynsobservationer samt andra nationella myndigheters kalkyler och utredningar. Tolkningen av välfärdsområdenas lägesbild har fördjupats och kompletterats i diskussioner med representanter för de organ som ansvarar för beredningen av välfärdsområdena samt med representanter för de samkommuner och kommuner som var ansvariga för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna 2021 och 2022.

Nationella KUVA-indikatorer och webbtjänsten Sotekuva

KUVA-indikatorerna är en helhet bestående av cirka 500 indikatorer som skapats i samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet och en omfattande expertgrupp. Indikatorerna används för uppföljning, utvärdering och styrning av ordnandet av social- och hälsovården. Syftet med KUVA-indikatorerna är att säkerställa att de uppgifter som används i SHM:s styrning och THL:s expertutvärderingar är enhetliga, vilket är en förutsättning för att en gemensam lägesbild ska uppstå. De indikatorer som ingår i KUVA-indikatorerna har grupperats i uppgiftshelheter och dimensioner; det erbjuder information om bland annat befolkningens välfärd och hälsa samt om servicebehovet, men också om tjänsternas tillgänglighet, kvalitet och kostnader. SHM ansvarar för underhållet och utvecklingen av indikatorerna, medan THL ansvarar för den tekniska produktionen av dem.

Sotekuva (tidigare Datafönstret) är en webbtjänst som utvecklats och upprätthålls av THL och där KUVA-indikatorerna presenteras för varje enskilt välfärdsområde. Webbtjänsten plockar ut indikatorerna som ingår i KUVA från THL:s statistik- och indikatorbank Sotkanet. Sotekuva riktar sig särskilt till experter och representanter för välfärdsområdena som deltar i uppföljnings-, styrnings- och utvärderingsarbetet av social- och hälsovårdens servicesystem, men är öppen för alla användare som är intresserade av KUVA-indikatorerna. I webbtjänsten finns två olika informationsunderlag för KUVA-indikatorerna: Ett informationsunderlag som uppdateras och ett som är fryst. De svarar på två olika användningsbehov. I informationsunderlaget som uppdateras uppdateras indikatorerna fritt under året och av indikatorerna framgår alltid de senaste tillgängliga siffrorna. I det frysta informationsunderlaget har uppdateringarna av indikatorerna avbrutits i Sotekuva så att det beskriver situationen vid den tidpunkt då THL:s expertutvärdering inleddes: Av indikatorerna presenteras för ett års tid de siffror som var tillgängliga när informationsunderlaget frystes. Tjänsten finns på tre språk: finska, svenska och engelska.

Informationsunderlagets öppenhet, tillgänglighet och kvalitet

Utvärderingen av ordnandet av social- och hälsovård grundar sig i regel på offentligt och öppet tillgänglig information. De indikatoruppgifter som används finns i THL:s webbtjänst Sotekuva (KUVA-indikatorerna) och Sotkanet (THL:s alla indikatorer). Övriga statistikuppgifter har markerats med separata referenser. Uppgifterna i det kvalitativa dokumentmaterial som använts finns i källförteckningen. Valviras och regionförvaltningsverkens tillsynsrapporter finns öppet tillgängliga på utvärderingens webbplats. Till skillnad från

det övriga informationsunderlaget är diskussionerna med regionernas representanter inte offentliga. De gemensamma diskussionerna ger fördjupade perspektiv på utvärderingen av särdragen i varje område och de centrala utmaningarna och lösningarna i anslutning till ordnandet av tjänster. Regionernas representanter har också möjlighet att kommentera de färdiga utvärderingstexterna.

Målet är att de indikatoruppgifter som används i utvärderingarna ska vara tillförlitliga och aktuella. THL följer upp att uppgifterna i KUVA-indikatorerna är aktuella med hjälp av en aktualitetsindikator. I juni 2022, då informationsunderlaget frystes, var ungefär 70 procent av uppgifterna i indikatorerna från 2021 eller 2022. Vid uppföljningen av aktualiteten bör man beakta att alla KUVA-indikatorer inte uppdateras årligen; de flesta indikatorer som baserar sig på enkätmaterial uppdateras vartannat år. Fördröjningar i de indikatorer som uppdateras årligen beror ofta på svårigheter att leverera uppgifterna.

I utvärderingen 2022 fästes särskild uppmärksamhet vid kvaliteten på de indikatoruppgifter som används och tillgången till indikatorspecifika tilläggsuppgifter som beskriver kvalitetsbrister. Indikatorer med betydande kvalitetsbrister har inte använts i utvärderingen av området. På grund av allvarliga kvalitetsbrister och ändringar i publiceringstidtabellen till följd av revideringen av rapporteringen om statistiken över kommunernas ekonomi har uppgifterna om nettodriftskostnader inte utnyttjats i expertbedömningen 2022. Bristerna har begränsat samgranskningen av välfärdsområdenas verksamhet och ekonomi.

Pågående utvecklingsarbete

Den kunskapsbaserade ledningen utvecklas och produktionen av information förnyas i det pågående Toivo-programmet (Kunskapsbaserad ledning som stöd för beslutsfattandet och utvecklingen av tjänsterna). I projektet Virta som ingår i programmet utvecklas den kunskapsbaserade ledningen i välfärdsområdena och ett minimidatainnehåll som förenar den regionala lägesbilden och är nationellt jämförbart fastställs. Inom projektet Valtava utvecklas de nationella myndigheternas informationsproduktion. Under 2021–2024 utvecklas KUVA-indikatorerna i sin helhet inom projektet Valtava så att de bättre än tidigare motsvarar behoven av effektivitetsbaserad styrning och utvärdering. Samtidigt samordnas uppgifterna i KUVA-indikatorerna och minimiinformationsinnehållet i tillämpliga delar.

Mer information om utvärderingen och informationsunderlaget: thl.fi/arviointi

Pågående utveckling (Toivo-programmet): <https://soteuudistus.fi/sv/kunskapsbaserad-ledning>

Indikatorvärden i Sotekuva: sotekuva.fi/sv

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet: sotkanet.fi

Källor och bakgrundsmaterial som används i utvärderingen

Välfärdsområdets administrativa och funktionella uppbyggnad

1. Lag om välfärdsområden (611/2021). [Internetkälla](#).
2. Lag om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021). [Internetkälla](#).
3. Helsingfors stads förvaltningsstadga 1.1.2023. [Internetkälla](#).
4. Helsingfors stadsfullmäktige 5/2022 § 62. Ändring i förvaltningsstadgan, strukturell reform av social- och hälsovårdssektorn samt räddningsväsendet. 16.3.2022. [Internetkälla](#).
5. Lag om ordnande av social- och hälsovård (612/2021). [Internetkälla](#).
6. Helsingfors stadsfullmäktige 8/2022 § 99. Godkännande av grundavtalet för HUS-sammanslutningen. 27.4.2022. [Internetkälla](#).
7. Grundavtal för HUS-sammanslutningen. [Internetkälla](#).
8. Helsingfors stadsfullmäktige 23.11.2022. Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025 – Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025 (s. 329, 336). [Internetkälla](#).
9. Helsingfors stadsstyrelses sektion för reform av social- och hälsovården samt räddningsväsendet 11/2022 § 39. Lägesöversikt över val av organ i samband med reformen av social- och hälsovården samt räddningsväsendet. 3.10.2022. [Internetkälla](#).
10. Helsingfors stadsstrategi 2021–2025. [Internetkälla](#).
11. Läge för tillväxt. Helsingfors stadsstrategi 2021–2025. [Internetkälla](#).
12. Helsingfors stads servicestrategi för social-, hälso- och räddningssektorn 2023–2025. För behandling i stadsstyrelsen 31.10. [Internetkälla](#).
13. Helsingfors stads årsberättelse 2021. [Internetkälla](#).
14. Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor. Verksamhetsberättelse 2021. [Internetkälla](#).
15. Slutrapport om strukturereformprojektet. Sammanfattning av projektets förlopp, delområdenas resultat samt förslag till vidareutveckling. 2022. [Internetkälla](#).
16. Helsingfors Framtidens social- och hälsocentral, rapportering om egen utvärdering. Helsingfors 29.9.2022. [Internetkälla](#).

Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet

17. Helsingfors stads bokslut 2021. Stadsstyrelsen 21.3.2022. [Internetkälla](#).
18. Helsingfors stads personalrapport 2021. [Internetkälla](#).
19. Helsingfors stads årsberättelse 2021. [Internetkälla](#).
20. Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor. Verksamhetsberättelse 2021. [Internetkälla](#).
21. Helsingfors stadsfullmäktige 23.11.2022. Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025 – Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025. [Internetkälla](#).

22. 22. Läkarförbundet (2022). Hälsocentralernas läkarsituation 2021. [Internetkälla](#).
23. Yrkesbarometer för huvudstadsregionen II/2022. [Internetkälla](#).
24. Regionförvaltningsverket i Södra Finlands tillsynsrapport om jämlik tillgång till och kvalitet på social- och hälsovårdstjänster i Helsingfors välfärdsområde 2021. [Internetkälla](#).
25. Slutrapport om strukturreformprojektet. Sammanfattning av projektets förlopp, delområdenas resultat samt förslag till vidareutveckling. 2022. [Internetkälla](#).
26. Helsingfors Framtidens social- och hälsocentral, rapportering om egen utvärdering. Helsingfors 29.9.2022. [Internetkälla](#).
27. Helsingfors stadsstrategi 2021–2025. [Internetkälla](#).
28. Läge för tillväxt. Helsingfors stadsstrategi 2021–2025. [Internetkälla](#).
29. Helsingfors stads servicestrategi för social-, hälso- och räddningssektorn 2023–2025. För behandling i stadsstyrelsen 31.10. [Internetkälla](#).

Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder

30. Lag om välfärdsområden 611/2021. [Internetkälla](#).
31. Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021. [Internetkälla](#).
32. Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor. Verksamhetsberättelse 2021. [Internetkälla](#).
33. Framtidens social- och hälsocentral. Rapportering om egen utvärdering. Helsingfors 29.9.2022. [Internetkälla](#).
34. Regionförvaltningsverket i Södra Finlands tillsynsrapport om jämlik tillgång till och kvalitet på social- och hälsovårdstjänster i Helsingfors välfärdsområde 2021. [Internetkälla](#).
35. Samarbetsavtal mellan Helsingfors stad och Nylands välfärdsområden. [Internetkälla](#).
36. Lag om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021). [Internetkälla](#).
37. Slutrapport om strukturreformprojektet. Sammanfattning av projektets förlopp, delområdenas resultat samt förslag till vidareutveckling. 2022. [Internetkälla](#).
38. HUS. Revisionsnämndens utvärderingsberättelse 2021. Till Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts fullmäktige. [Internetkälla](#).
39. Helsingfors stads servicestrategi för social-, hälso- och räddningssektorn 2023–2025. För behandling i stadsstyrelsen 31.10. [Internetkälla](#).
40. Läge för tillväxt. Helsingfors stadsstrategi 2021–2025. [Internetkälla](#).

Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet

41. Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021 4 §. Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. [Internetkälla](#).
42. Läge för tillväxt. Helsingfors stadsstrategi 2021–2025. [Internetkälla](#).
43. Helsingfors stads servicestrategi för social-, hälso- och räddningssektorn 2023–2025. För behandling i stadsstyrelsen 31.10. [Internetkälla](#).
44. Framtidens social- och hälsocentral. Rapportering om egen utvärdering. Helsingfors 29.9.2022. [Internetkälla](#).

45. Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor. Verksamhetsberättelse 2021. [Internetkälla](#).
46. Regionförvaltningsverket i Södra Finlands tillsynsrapport om jämlik tillgång till och kvalitet på social- och hälsovårdstjänster i Helsingfors välfärdsområde 2021. [Internetkälla](#).
47. Helsingfors stads årsberättelse 2021. [Internetkälla](#).
48. Infominland.fi. [Internetkälla](#).
49. Helsingfors stadsfullmäktige 23.22.2022. Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025 – Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025. [Internetkälla](#).

Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering

50. Helsingfors stads bokslut 2021. Stadsstyrelsen 21.3.2022. [Internetkälla](#).
51. Social- och hälsovårdsministeriet. Kostnadsersättningar under coronaepidemin. [Internetkälla](#).
52. Finansministeriet. Coronastöd som betalats till kommunerna [Internetkälla](#).
53. Beslut om statsunderstöd för att ersätta vissa hälsosäkerhetskostnader som uppstått på grund av covid-19. [Internetkälla](#).
54. HUS Bokslut och verksamhetsberättelse 2021. Fullmäktige 16.6.2022. [Internetkälla](#).
55. HUS styrelse 19.9.2022 § 137. HUS verksamhet och ekonomi 1–7/2022 (HUS/979/2022). [Internetkälla](#).
56. Helsingfors stadsfullmäktige 23.22.2022. Helsingin kaupungin talousarvio 2023 ja taloussuunnitelma 2023–2025 – Helsingfors stads budget 2023 och ekonomiplan 2023–2025. [Internetkälla](#).
57. Protokoll av Kårkulla samkommuns fullmäktige 14.6.2022 § 17. Bokslut och verksamhetsberättelse för 2021. [Internetkälla](#).
58. Statsrådet. Statsrådet beslutade om ändring av HUS-sammanslutningens fullmakt att uppta lån. [Internetkälla](#).
59. THL. Undersökning av social- och hälsovårdstjänsternas finansiering och behovsfaktorer. [Internetkälla](#).
60. THL. Behovsstandardiserade utgifter.
61. Social- och hälsovårdsreformen. Kommunernas och välfärdsområdenas finansieringskalkyler. [Internetkälla](#).