

# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

**Sosiaali- ja  
terveydenhuollon  
järjestäminen  
Varsinais-Suomen  
hyvinvointialueella**

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 29/2022



**Ordnande av social-  
och hälsovården i  
Egentliga Finlands  
välfärdsområde**

**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 29/2022

ISBN: 978-952-343-964-1 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-964-1>

# Sisällys

|  |    |
|--|----|
| Lukijalle  | 4  |
| Asiantuntija-arvio   | 5  |
| Väestö ja palvelutarve   | 8  |
| Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen      | 11 |
| Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys                 | 14 |
| Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet                 | 16 |
| Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus               | 20 |
| Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus | 24 |
| Menetelmät ja laatuseloste   | 31 |
| Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto                     | 33 |

## Innehåll

|   |    |
|---|----|
| Till läsaren  | 36 |
| Expertutvärdering   | 37 |
| Befolkning och servicebehov   | 40 |
| Välfärdsområdets administrativa och funktionella uppbyggnad         | 43 |
| Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet | 46 |
| Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder       | 48 |
| Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet     | 52 |
| Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering  | 57 |
| Metoder och kvalitetsbeskrivning                                    | 64 |
| Källor och bakgrundsmaterial som används i utvärderingen            | 66 |

# 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.sotekuvu.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 Varsinais-Suomen alueen 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

**Katja Croell**  
Arviointipäällikkö

## Asiantuntija-arvio

### Väestön ennustetaan kasvavan – sairastavuus keskimääräistä vähäisempää

Varsinais-Suomen hyvinvointialue on väestöltään maan toiseksi suurin hyvinvointialue. Alueen väestömäärän ennustetaan kasvavan kaksi prosenttia vuoteen 2040 mennessä. Väestö keskittyy yhä voimakkaammin Turun seudulle. Alueen hyvästä työllisyysilanteesta kertovat keskimääräistä alhaisemmat työttömyysluvut sekä toisaalta asuntokuntien väliset keskimääräistä suuremmat tuloerot. Väestön sairastavuus sekä menehtyneen elinvuosien määrät ovat keskimääräistä alhaisemmat.

### Hyvinvointialueen palvelut tuotetaan kahdeksalla alueella – palvelujen yhdenmukaistamiseen keskitytään vuoden 2024 aikana

Varsinais-Suomen hyvinvointialue rakentuu 27 kunnan peruspalvelujen, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja erityishuoltopiirin kuntayhtymän sekä pelastuslaitoksen yhteensulautumisesta. Hyvinvointialueen valmistelut etenivät suuren järjestäjämäärän sekä vähäisten valmisteluresurssien vuoksi keskimääräistä hitaammin. Kaksikielisen hyvinvointialueen rakentamista varmisti sairaanhoitopiirin kieliohjelma. Hyvinvointialueen kieliohjelman valmistelu jää toiminnan käynnistymisen jälkeiseen aikaan.

Hallintosääntö ohjasi hyvinvointialueen organisaatiovalmistelua keväästä 2022 lähtien. Hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekoa varmisti lakisääteisten rakenteiden lisäksi elinkaarimallia mukailevat valmistelulautakunnat. Toimielinorganisaation rakenteen muutostarpeita on jo tunnistettu, ja ratkaisua haetaan ensisijaisesti tuotantolautakuntamallista.

Toimielinorganisaation rinnalla hahmoteltiin henkilöstöorganisaation ylätasoa, joka noudattaa toimielinorganisaation rakenteita. Selkeiden toiminnan ja päätöksenteon vastinparien avulla hyvinvointialue varmistaa toiminnan yhdenmukaista ohjausta sekä selkeitä vastuita. Operatiivinen johtaminen jakautuu tulevilla hyvinvointialueella kolmelle johtajalle, ja palvelujen järjestämisen yksikkö varmistaa palvelujen järjestämisenäkökulmaa. Hyvinvointialueen suunnitelmana on jakaa alue kahdeksaan tuotannolliseen alueeseen. Hyvinvointialueen on varmistettava riittävällä palvelutuotannon ohjauksella palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus sekä integraatio kaikilla tuotannollisilla alueilla. Hyvinvointialue varmistaa henkilöstöorganisaation avulla muutos- ja linjajohtamista. Henkilöstöorganisaation valmistelun viivästyminen on saattanut osaltaan vaikuttaa esimerkiksi palveluintegraation valmisteluun. Hyvinvointialueen organisaatiosta päätetään vielä vuoden 2022 aikana.

Hyvinvointialuestrategia on valmistunut syksyllä 2022. Strategia painottaa hyvinvointialueen palvelujen uudistamisessa asiakaslähtöisyyttä, yhteistyötä sekä kaksikielisyyttä. Hyvinvointialuestrategian rinnalla jatkettiin palvelustrategian ja palveluverkkoselvityksen laatimista. Hyvinvointialueen toiminta käynnistyy nykyisellä palvelujen verkostolla, ja palvelujen yhdenmukaistaminen myös palvelukriteerien osalta ajoittuu vuodelle 2024. Hyvinvointialueen asiakasmaksujen käsittely käynnistyi vuoden 2022 lopussa.

Monialaisten verkostojen toiminta yhdyspinnoilla jatkuu hyvinvointialueen toiminnan käynnistyessä. Yhdyspintojen asiakasryhmittäisten rakenteiden tarkasteleminen ja kehittäminen ovat osa hyvinvointialueen vuoden 2023 toimintaa. Hyvinvointialueen on hyvä varmistaa yhdyspinnan toiminnan avulla kaikkien asiakasryhmien palvelukokonaisuuksien laajentamisen mahdollisuudet.

## Useissa palveluissa riittävän henkilöstön turvaaminen yhä haasteellisempaa

Varsinais-Suomessa henkilöstön saatavuuden haasteet ovat kasvaneet muun maan tapaan. Pienissä yksiköissä palvelujen järjestäminen on ollut erityisen haastavaa. Alueella jo pidempään jatkunut lääkärivaje kasvoi edelleen ja heikensi muiden henkilöstövajeiden rinnalla terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja palveluketjujen toimintaa. Myös sosiaalihuollon palveluissa henkilöstön riittävyyden turvaaminen oli kriittistä ja palvelujen osto- ja vuokrahenkilöstön osuudet kasvoivat. Sosiaalityöntekijöiden saatavuuden vaikeuksista huolimatta toteutuivat palvelujen määrääjat pääsääntöisesti hyvin. Vaikea henkilöstötilanne haastoi erityisesti ikääntyneiden kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen järjestämistä. Henkilöstömitoituksen kiristyminen täysimääräiseksi tarkoittaa hyvinvointialueella joko uusien vakanssien lisäämistä tai palvelujen myöntämiskriteerien tiukentamista.

Koska hyvinvointialue rakentuu lukuisista eri järjestäjistä, on henkilöstön kuuleminen ja osallistaminen valmisteluissa erityisen tärkeää. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valmistelujen keskimääräistä hitaampi eteneminen ja riittämätön sisäinen viestintä kasvattivat henkilöstön epätietoisuutta muutoksesta. Alueella käynnistyi vuoden 2022 aikana henkilöstöetuuskien ja kielilisien yhtenäistäminen sekä työnkuvien tarkistaminen.

Hyvinvointialuestrategian avulla tähdätään organisaatioon, jota ammattilaiset arvostavat korkealle. Strategisten tavoitteiden avulla parannetaan henkilöstön saatavuutta, palkkausta, työoloja ja urakehitystä. Strategisia toimenpiteitä käynnistettiin jo vuoden 2022 aikana, ja toimenpiteet jatkuvat hyvinvointialueen toiminnan käynnistyessä.

## Alueelliset palveluketjut vielä harvassa – asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen kriittisen tärkeää

Varsinais-Suomessa yhdenmukaistettuja prosesseja ja integroituja palveluja on usean vuoden ajan kehitetty ensisijaisesti järjestäjäkohtaisten tarvetekijöiden ja toimenpiteiden pohjalta. Tulevaisuuden sote-keskus-ohjelma on vahvistanut alueellisia rakenteita merkittävällä tavalla ja lisännyt vuoropuhelua ja yhteistyötä järjestäjien välillä. Alueellinen palveluintegraatio eteni vuoden 2021 aikana esimerkiksi alueellisen sosiaalipäivystyksen integroimisella terveydenhuollon päivystyspalveluihin. Suunnitelmat myös lasten ja perheiden palvelujen yhdenmukaistamiseksi etenivät, samoin kuin yhdyspinnan rakentaminen. Integroitujen palvelujen määrä on alueella kuitenkin edelleen vähäinen, ja moniammatillisuutta ja -alaisuutta varmistavaa kehittämistyötä tarvitaan merkittävästi peruspalveluissa sekä peruspalvelujen ja erityispalvelujen välillä. Hyvinvointialuestrategia ohjaa palveluintegraation kehittämistä, ja tarkemmat toimenpiteet määrittellään myöhemmin palvelustrategiassa.

Runsas asiakas- ja potilastietojärjestelmien määrä on haitannut integraatiota merkittävästi. Alue sai käyntiin järjestelmien yhtenäistämisen, ja työ jatkuu vuoden 2023 ajan.

## Peruspalvelujen saatavuuden varmistamiseen löydettävä nopeita ratkaisuja

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valmistelussa ensisijaisena tavoitteena on ollut turvata asukkailla palvelujen saatavuutta sekä häiriötön palvelutuotanto, että järjestämisvastuun siirtyessä hyvinvointialueelle. Varsinais-Suomessa terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ovat haastaneet mittavat henkilöstövajeet. Lääkärivajeen takia perusterveydenhuollon vastaanottoja ei ole ollut tarjolla riittävästi, ja sen vuoksi päivystyspalveluja on jo pitkään käytetty paljon ja ne ovat ruuhkautuneet. Covid-19-pandemia lisäsi entisestään sähköisten palvelujen määrää, mikä paransi osaltaan palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Sosiaalihuollon palvelujen saatavuuden varmistaminen oli alueella erityisen haasteellista. Varsinais-Suomen tilanne sosiaalityön palvelujen riittävyyden turvaamisessa oli vuonna 2021 maan heikoin.

Varsinais-Suomen tulevalla hyvinvointialueella palvelutuotannon pohjana on erityisen hajanainen palveluverkko. Hyvinvointialueen palveluverkon suunnitteleminen on kuitenkin käynnistynyt. Hyvinvointialue valmistelee vuoden 2023 aikana palveluverkkoa ja palvelustrategiaa. Niiden rinnakkainen valmistelu on hyvä lähtökohta kustannustehokkaan ja tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla vastaavan palvelujärjestelmän rakentamiselle.

### **Alueen siirtyvät kustannukset laskennallista rahoitusta matalammat**

Varsinais-Suomen alueen kunnista valtaosa saavutti ylijäämäisen tuloksen vuonna 2021 valtion koronatu- kien ja myönteisen verotulokehityksen ansiosta. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulos parani edellisvuo- teen verrattuna. Vuoden 2022 alussa kuntayhtymän taseeseen kertynyt ylijäämä ei kuitenkaan kata vuoden 2022 tammi-elokuun talouskatsauksen mukaista alijäämäennustetta täysimääräisesti. Alijäämän kattami- nen ei kuitenkaan aiheuta kuntataloudelle merkittävää rasitetta.

Tulevien vuosien merkittävimmät investointihankkeet tähtäävät asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhte- näistämiseen ja päivitykseen sekä tietointegraatioiden toteutukseen ja harmonisointiin. Merkittävimmät rakennusinvestoinnit keskittyvät psykiatrisen uudisrakennuksen, Salon sairaalan sekä T-sairaalan lisäksi ikääntyneiden laitoshoidon purkamiseen vuoteen 2027 mennessä. Hyvinvointialueelle myönnetty lainan- ottovaltuus riittää vuoden 2023 investointeihin.

Vuonna 2020 Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeeseen suhteutetut nettomenot olivat kolme prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen väestön arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarve vuodelle 2023 on hieman yli maan keskitason. Alueen siirtyvät kustannukset ovat laskennallista rahoitusta matalammat, minkä vuoksi negatiivinen siirtymäta- saus laskee alueen asukaskohtaisen rahoituksen alle maan keskitason vuonna 2023. Vuoden 2023 talous- arvio on tehty alijäämäiseksi, sillä hyvinvointialueen ennakoitujen kustannukset ovat valtion rahoitusta kor- keammat. Talouden saattaminen tasapainoon vaatii alueelta jatkossa merkittäviä tuottavuutta parantavia toimia. Hyvinvointialueen palkkaharmonisointi toteutetaan tulevien vuosien aikana.

# Väestö ja palvelutarve

## Hyvinvointialueen väestön kasvu painottuu Turun seudulle

Varsinais-Suomen hyvinvointialue on väestöpohjaltaan maan kolmanneksi suurin alue Helsingin kaupungin ja Pirkanmaan hyvinvointialueen jälkeen. Alueen kunnat jakautuvat osin saaristokuntiin. Alueen 27 kunnassa asui vuoden 2021 lopussa 483 477 asukasta. Väestö keskittyy Turun kaupunkiseudun ja Salon alueelle. Asukasluvun ennakoidaan kasvavan noin kaksi prosenttia vuoteen 2040 mennessä eli maan keskiarvoa enemmän. Väestön kasvu painottuu Turun seudulle. Väestömäärä vähenee seutukuntakeskuksissa ja maalaiskunnissa.

Alueen syntyvyys on lähtenyt vuoden 2019 jälkeen lievään nousuun, mutta se jäi kuitenkin alle maan keskitason. 0–17-vuotiaiden osuus väestöstä on hieman maan keskiarvoa pienempi ja 75-vuotiaiden osuus hieman suurempi. Väestöllinen huoltosuhde heikkenee alueella koko maan tasoa vastaavasti. Huoltosuhde on Turussa alueen muita kuntia pienempi.

## Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus suurenee

Varsinais-Suomi on kaksikielinen hyvinvointialue. Alueen ruotsinkielisen väestön osuus (5,7 %) on maan viidenneksi suurin. Kunnista kaksikielisiä ovat Kemiönsaari, Parainen ja Turku. Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus on kasvanut, ja heidän väestöosuutensa on maan neljänneksi suurin.

## Työttömyysaste pysyi maan keskiarvoa matalampana

Työttömyysaste on alueella hieman maan keskiarvoa matalampi. Ulkomaalaisten työttömien työnhakijoiden osuus ulkomaalaisten työvoimasta on hieman maan keskiarvoa suurempi. Pitkäaikais- ja rakennetyöttömyyttä esiintyy alueella keskimääräistä vähemmän, ja niiden kasvu on vuoden 2019 jälkeen ollut koko maan keskiarvoa hitaampaa. Nuorisotyöttömyys (18–24-vuotiaiden) on hyvinvointialueista neljänneksi pienin. Väestön koulutustaso on Turun seutukunnassa muuta aluetta korkeampi ja koko hyvinvointialueella maan viidenneksi korkein.

## Asuntokuntien välillä tuloeroja

Asuntokuntien väliset tuloerot ovat Varsinais-Suomessa maan kolmanneksi suurimmat. Pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvan väestön osuus on maan keskiarvoa hieman suurempaa. Pienituloisuus keskittyy alueen keskuskaupunkiin Turkuun. Yhden vanhemman perheiden osuus lapsiperheistä on alueella lähellä maan keskiarvoa. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden lapsiperheiden osuus on laskenut jääden muuta maata pienemmäksi. Alueen väestötietoja on taulukossa 1.

Ikävakioimaton sairastavuusindeksi (kuvio1) sekä menetettyjä elinvuosia mittaava PYLL-indeksi ovat Varsinais-Suomen hyvinvointialueella maan keskiarvoa pienempiä. Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus työikäisestä väestöstä on lähellä maan keskiarvoa.



Taulukko 1. Perustietoja alueen väestöstä

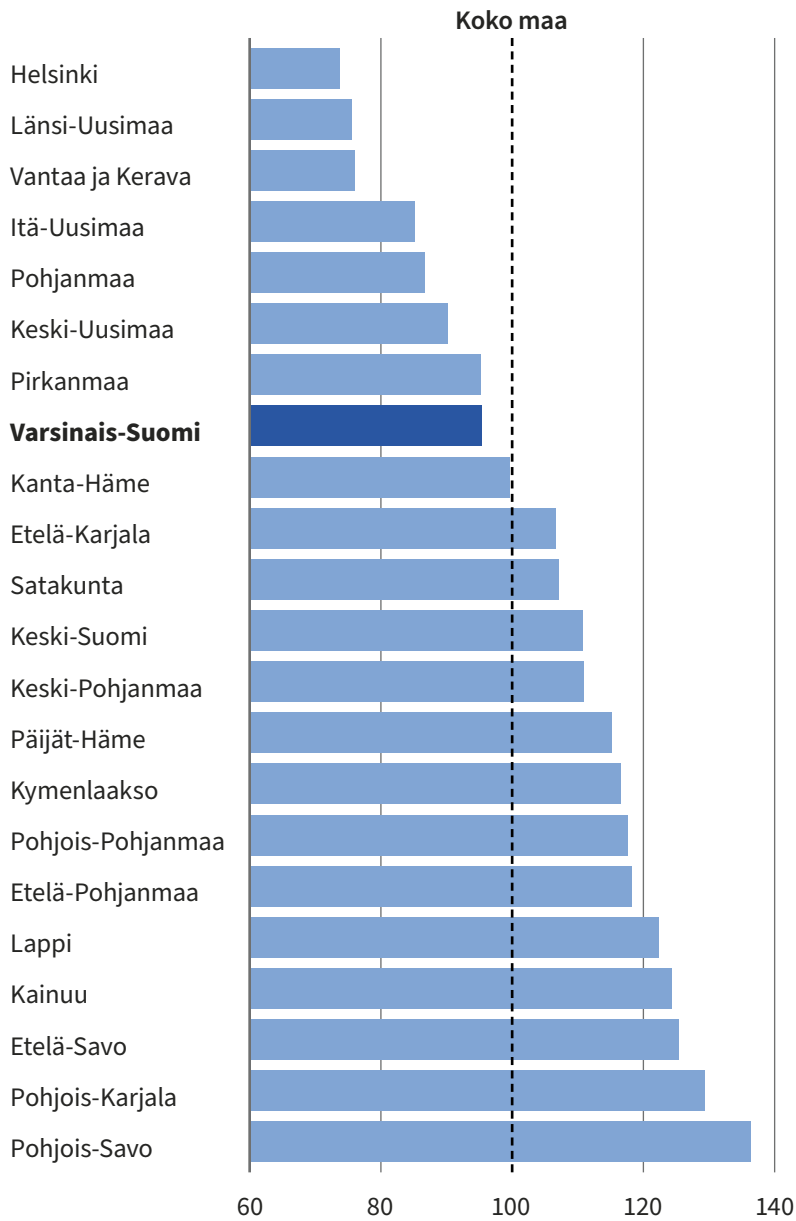
|  | Varsinais-Suomi | Satakunta | Pohjanmaa | Koko maa (vaihteluväli)    |
|--|-----------------|-----------|-----------|----------------------------|
| <b>Väestörakenne</b>   |                 |           |           |                            |
| Väestö 31.12.  | 483 477         | 214 281   | 176 041   | 5 548 241 (67 915–658 457) |
| Väestöennuste 2030   | 491 637         | 201 574   | 173 694   | 5 598 821 (65 348–703 540) |
| Väestöennuste 2040   | 494 333         | 189 132   | 169 533   | 5 588 011 (60 312–730 098) |
| Syntyvyys (yleinen hedelmällisyysluku) *                                   | 38,3            | 39,2      | 48,3      | 40,9 (34,5–51,7)           |
| 0–17-vuotiaat, % väestöstä   | 17,5            | 17,4      | 20,3      | 18,7 (15,1–22,5)           |
| 75 vuotta täyttäneet, % väestöstä  | 11,1            | 13,0      | 11,4      | 10,4 (7,1–14,8)            |
| Väestöennuste 2030, 75 vuotta täyttäneet, % väestöstä                      | 14,7            | 17,9      | 14,7      | 14,1 (9,2–21,3)            |
| Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.                                 | 5,7             | 0,4       | 50,6      | 5,2 (0,1–50,6)             |
| Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta                                     | 85,0            | 43,6      | 83,6      | 84,6 (26,9–221,2)          |
| <b>Väestön sosioekonominen asema</b>                                       |                 |           |           |                            |
| Työttömät, % työvoimasta   | 10,5            | 10,4      | 6,7       | 11,4 (6,7–14,3)            |
| Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta  | 3,3             | 3,3       | 2,0       | 4,1 (1,7–6,1)              |
| Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista             | 4,5             | 4,7       | 3,1       | 5,3 (3,1–7,2)              |
| Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta                           | 12,2            | 13,5      | 7,3       | 14,0 (7,3–19,2)            |
| Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot *                                 | 27,3            | 24,8      | 25,1      | 27,7 (23,7–33,9)           |
| Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä *                                | 22,9            | 23,6      | 15,8      | 23,3 (15,8–28,0)           |
| Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä *  | 2,5             | 1,5       | 1,5       | 3,0 (1,2–5,4)              |
| Kunnan yleinen pienituloisuusaste *  | 13,2            | 13,3      | 11,6      | 12,5 (7,7–17,8)            |
| <b>Väestön sairastavuus</b>  |                 |           |           |                            |
| THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioiden **                                 | 95,5            | 107,0     | 86,6      | 100,0 (73,9–136,1)         |
| Menetetyn elinajan odotus (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta | 5 377           | 6 403     | 4 657     | 5 685 (4 657–7 013)        |
| Työkyvyttömyyseläkettä saavat, % 16–64-vuotiaista                          | 5,6             | 6,7       | 4,6       | 5,5 (3,5–8,7)              |

\* 2020

\*\*2017–2019

▲ Taulukossa esitetään väestörakennetta, väestön sosioekonomista asemaa ja väestön sairastavuutta kuvaavia indikaattoritietoja Länsi-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilla ja koko maassa. Indikaattoriarvot on saatu THL:n Sotekuva-palvelusta (sotekuva.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 ikävakioidun sairastavuusindeksi



◀ Kuviossa esitetään THL:n ikävakioidun 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

## Hyvinvointialueelle siirrytään hajautuneesta järjestämisrakenteesta

Varsinais-Suomen hyvinvointialue muodostuu 27 kunnan sote-palveluista, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä, Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kuntayhtymästä (KTO), Kärkullan kuntayhtymän Varsinais-Suomen toiminnoista ja Varsinais-Suomen pelastuslaitoksesta. Hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen järjestämisestä 1.1.2023 alkaen.

Länsi-Suomen yhteistyöalueen kolmen hyvinvointialueen yhteistyösopimusta työstetään Varsinais-Suomen hyvinvointialueen vetämänä vuoden 2023 aikana. Sote-valmistelukeskukseen valmistelu on alueen mukaan käynnissä.

## Hyvinvointialueen strategia ohjaa alueen toimintaa ja linjaa palvelujen järjestämistä ja tuottamista

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen strategia hyväksyttiin syyskuussa 2022. Strategiassa on huomioitu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteet ja määritelty tulevien vuosien painopisteet. Strategiasa huomioidaan asiakaslähtöisyys, yhteistyö sekä kaksikieliselle hyvinvointialueelle asetettujen kielellisten oikeuksien toteutuminen. Strategian valmistelun taustana ovat valmistelulautakuntien lausunnot.

Palveluverkkostrategian ja -selvityksen työstäminen on käynnistynyt, ja se valmistuu vuonna 2023. Tulevan hyvinvointialueen toiminnan pohjana on nykyinen palveluverkosto, joka on yksi maan hajanaisimmista. Suunnitelma palvelujen yhdenvertaistamiseksi tehdään vuonna 2024.<sup>1</sup>

## Hyvinvointialueen tuleva organisaatorakenne on valmisteluvaiheessa

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen hallintosääntö hyväksyttiin aluevaltuustossa maaliskuussa 2022, ja sitä on päivitetty useasti vuoden aikana. Valtuusto ei ole tehnyt päätöstä 1.1.2023 käynnistyvän hyvinvointialueen organisaatorakenteesta. Jatkovalmistelun perustaksi on päätetty tuotantolautakuntamalli.<sup>2</sup> Hallituksessa on käsitelty hallintosääntöä, jossa ei ole enää valmistelevia lautakuntia. Niiden tilalle esitetään neljää tulosalueiden tuotantolautakuntaa: Tyks ja sairaalapalvelu-, sote-palvelu-, ikääntyneiden palvelu- sekä pelastuslautakunta. Jaostoiksi on lisätty järjestämisjaosto, henkilöstöjaosto sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen jaosto.<sup>3</sup> Vuoden 2022 loppuun asti voimassa oleva organisaatio on kuvattu kuviossa 2.



## Hyvinvointisuunnitelman valmistelu käynnistyy vuonna 2023

Alue on laatinut alueellisen hyvinvointikertomuksen, jossa kuvataan väestön hyvinvoinnin tilaa ja toimintaympäristön muutosta. Se on julkaistu suomeksi ja ruotsiksi. Kertomus on käsitelty aluevaltuustossa kesäkuussa 2022.<sup>6</sup> Hyvinvointisuunnitelma laaditaan vuonna 2023 kuntien ja alueen muiden keskeisten toimijoiden kanssa.

## Asiakasmaksujen määräytymisperusteet linjattu

Varsinais-Suomen aluevaltuusto päätti hyvinvointialueen palvelujen asiakasmaksujen määräytymisperusteista ja palveluseleleistä marraskuussa 2022. Hyvinvointialueuudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon erilliset maksut, korvaukset ja palkkiot harmonisoidaan. Vuodelle 2023 päätetyt asiakasmaksut olivat linjassa vuoden 2022 tason kanssa.<sup>7</sup>

## Palkkaharmonisointi siirtyy tuleville vuosille

Palkkaharmonisointi käynnistyy tulevien vuosien aikana. Hyvinvointialueella uskotaan, että ilman kansallista palkkaharmonisointia hyvinvointialueiden erilaiset palkkaratkaisut heijastuvat henkilöstön liikkuvuuteen.

## Hyvinvointialueen valmistelun alkuvaiheessa haasteita

Syyskuussa 2022 julkaistun toimeenpanotiedon mukaan hyvinvointialueen valmiusaste oli hallinnossa, taloudessa ja tukipalveluissa 57 prosenttia, johtamisessa ja osaamisessa 34, palvelujen järjestämisessä 47, yhdyspintojen valmiusasteessa 21 ja ICT:n valmiusasteessa 12 prosenttia. Yhdyspintatyöskentely, ICT-valmistelu sekä johtaminen ja osaaminen ovat edenneet pääosin muita hyvinvointialueita hitaammin.<sup>8</sup>

# Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle siirtyy noin 23 000 työntekijää. Tehtävänimikkeittäin eniten siirtyy sairaanhoitajia (5 000) sekä lähihoitajia (4 600).

## Henkilöstön saatavuus on heikentynyt

Ammattibarometrin (2022) mukaan alueella on paljon pulaa sairaan-, terveyden- ja lähihoitajista sekä jonkin verran pulaa sairaankuljetuksen ensihoitajista sekä yli- ja osastonhoitajista.<sup>9</sup> Kevan kuntasektorin työvoima-analyysin mukaan osaajapula jatkuu vuoteen 2030 useassa keskeisessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmässä.<sup>10</sup>

Valvontaviranomaisen mukaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on rekrytointihaasteita kotihoidossa, asumispalveluissa sekä perusterveydenhuollossa. Alueen terveyskeskusten vuodeosastoilla on pulaa henkilöstöstä. Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa on ollut vaikea saada koulutettua hoito- ja kasvatushenkilöstöä lastensuojelulaitoksiin eikä vastuuhenkilöiden rooleja ole selkeästi määritelty. Kunnat ovat sosiaalityöntekijöiden puutteen takia palkanneet tehtäviin lyhytaikaisia ostopalvelu- tai vuokratyöntekijöitä, mikä on estänyt pitkäjänteisen lastensuojelutyön tekemistä. Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalveluissa henkilöstöä on liian vähän ja osa hoito- ja hoivatyöstä tehdään sijais- tai opiskelijavoimin. Ikääntyneiden palveluissa henkilöstön riittämättömyys näkyy kotihoidossa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Asumispalveluissa hoivatyötä on ollut tekemässä ihmisiä, joilla ei ole sosiaali- ja terveysalan koulutusta, ja myös opiskelijoita on käytetty runsaasti suhteessa ammattihenkilöstöön. Hoivayksiköiden johtajien jaksamisessa on todettu haasteita. Erityishuollon palveluissa on ilmennyt, että hoitoapulaiset ja kotiaavustajat ovat osallistuneet lääkehoidon toteuttamiseen kotihoidossa henkilöstöpulan vuoksi.<sup>11</sup>

Vanhuspalvelulain muutosten myötä ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoitus on nousemassa 0,7:ään hoitajaan asiakasta kohden. Alue arvioi tarvitsevänsä ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoitoon uusia vakansseja, tai vaihtoehtoisesti asiakkaiden määrän on oltava pienempi. Alueella on havaittu, että syrjäisempiin toimipisteisiin on haastavaa rekrytoida ammattilaisia. Alueen kertoman mukaan avoimia vakansseja, joihin ei ole hakijoita, on tavallista enemmän hoitohenkilökunnassa. Sosiaalityöntekijöiden, lääkäreiden ja suuhygienistien vaje on jatkunut pitkään.

## Henkilöstön saatavuuteen pyritään vaikuttamaan

Hyvinvointialuetasoiset mittarit alueen pito- ja vetovoimatekijöihin luodaan vuoden 2023 aikana.<sup>12</sup> Syksyn 2022 aikana tavoitteena on yhtenäistää henkilöstöetuudet ja kielillisät. Työnkuvien tarkistamista ja avustavien henkilöiden käyttömahdollisuuksia selvitetään. Oppilaitosyhteistyötä jatketaan, ja opiskelijoita integroidaan yksiköiden toimintaan jo opintojen aikana. Strategisena tavoitteena työstetään henkilöstön saatavuuden parantamista, palkkausta, työoloja ja urakehitystä.<sup>13</sup>

## Sairauspoissaoloja ei ole seurattu koko alueen tasolla

Sairauspoissaoloja ei ole seurattu hyvinvointialuetasolla. Sairaanhoitopiirin sairauspoissaolot kasvoivat vuonna 2021 edellisvuodesta 11 prosenttia, ja työntekijällä oli keskimäärin 16,7 sairauspäivää vuoden aikana. Yhtenä syynä poissaoloihin oli Covid-19-pandemia.<sup>14</sup>

## Kaksikielisyys näkyy henkilöstöasioissa

Hyvinvointialueen strategiassa huomioidaan kaksikielinen henkilöstö. Johto kommunikoi henkilöstön kanssa molemmilla kotimaisilla kielillä, ja esimerkiksi henkilöstökyselyt analysoidaan myös kielinäkökulmasta. Henkilöstön kielijakaumaa seurataan. Tiedonkulku järjestetään suomeksi ja ruotsiksi, ja kaksikielisyys otetaan huomioon päätöksenteossa.<sup>15</sup> Alueelle ei vielä ole tehty hyvinvointialuetasosta kieliohjelmaa, mutta alue tukeutuu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin laatimaan kieliohjelmaan ja toimintaohjeisiin.<sup>16</sup>

## Muuttuva organisaatio heijastuu henkilöstöön

Päätökset hyvinvointialueen organisaatiosta tehdään vuoden 2022 lopussa. Alueen mukaan päätöksenteon hitaus on lisännyt henkilöstön epätietoisuutta, ja pientä tehtävä- ja henkilöstövaihtuvuutta arvioidaan esiintyvän vielä vuoden 2023 aikana. Koska henkilöstöhallinnon resurssit ovat valmisteluvaiheessa olleet rajalliset, on valmistelutehtävissä jouduttu priorisoimaan välttämättömiä ja siirtoa varmistavia henkilöstöhallinnon tehtäviä. Uusien toimintamallien kehittäminen ja henkilöstöön liittyvien toimintojen aluetasoinen yhdenmukaistaminen jatkuvat vuoden 2023 aikana.

## Henkilöstö näkyy alueen lautakuntien lausunnoissa

Alueen strategiassa on monin paikoin huomioitu henkilöstön saatavuuden vahvistaminen. Lautakunnat ovat strategiatyössään nostaneet lasten, nuorten ja perheiden palveluissa tärkeiksi asioiksi riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön, asianmukaiset työskentelyohjeet, henkilöstön työhyvinvoinnin tuen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistamisen. Työikäisten palveluissa korostetaan oikeudenmukaista palkkausta, riittäviä henkilöstöresursseja, hyviä työoloja sekä henkilöstön sitoutumista ja jaksamista. Ikäänntyneiden palveluissa osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta, koulutukseen panostaminen sekä houkuttelevien urapolkujen luominen nähdään tärkeänä.<sup>17</sup>

# Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

## Strategisella tasolla halutaan viedä eteenpäin yhteensovitettuja kokonaisuuksia

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen strategisena painopisteenä on tarjota palveluja oikea-aikaisesti, oikeassa paikassa, oikeita asioita tehden.<sup>18</sup> Vuoden 2023 alusta lukien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyy hyvinvointialueille. Uudistuksen voimaan tulon jälkeen alueen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet linjataan hyvinvointialueen palvelustrategiassa, jonka työstäminen on käynnistynyt.<sup>19</sup> Hyvinvointisuunnitelman valmistelu ajoittuu vuoteen 2023.

Pohjana hyvinvointialueen palvelujen integraation kehittämisessä toimii Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, jossa painottuvat asiakassuuntautuneisuus, oikea-aikainen palveluihin pääsy, peruspalvelujen sekä ennaltaehkäisevien palvelujen vahvistaminen, digitaalisuus, kustannustehokkuus sekä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tiivistäminen ja sektorirajat ylittävän palveluintegraation kehittäminen. Tavoitteena on, että asukkaille varmistetaan laadukkaat ja yhdenvertaisesti toimivat, todelliseen palvelutarpeeseen perustuvat sekä asiakas- ja kustannusvaikuttavasti toimivat palvelut ja huomioidaan asukkaiden kielelliset oikeudet. Keskeisenä elementtinä on kattavien ja toimivien hoitoketjujen rakentaminen, palveluverkon yhteensovittaminen sekä rakenteellisten ja toiminnallisten päällekkäisyyksien purkaminen.<sup>20, 21</sup>

## Integraatiota viedään eteenpäin yhteistyössä alueen muiden toimijoiden kanssa

Alueen kehittämistoimenpiteet ovat kohdistuneet terveystalouden palvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön, akuuttipalveluihin, suun terveydenhuoltoon, ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalveluihin, lasten, nuorten ja perheiden palveluihin, työikäisten sosiaalipalveluihin, mielenterveys- ja päihdepalveluihin, vammaispalveluihin, hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, ICT:n ja sähköisen asioinnin kehittämiseen, tiedolla johtamiseen sekä palveluntuottajien ohjaukseen ja valvontaan.

Lasten ja nuorten ja perheiden palveluissa tavoitteena on yhteistyörakenteiden yhdenmukaistaminen. Palveluissa painottuvat ennaltaehkäisevien ja matalan kynnyksen palvelujen vahvistaminen sekä perheiden palveluohjauksen järjestäminen yhden luokun periaatteella. Jatkovalmistelussa ovat alueellisen perhekeskuksmallin käyttöönotto, perhekeskussopimus, perhekeskuskonseptointi sekä sähköisen perhekeskuksen kehittäminen. Sote-palvelujen tulosalueella nousee esiin lasten ja nuorten palveluketjujen jatkuvuus aikuisuuden nivelvaiheessa sekä perheiden moninaisuuden, lapsilähtöisyyden ja kaksikielisyyden huomioiminen. Erikoissairaanhoidon palveluissa nousevat esiin palvelujen yhteensovittaminen perustason sote-palveluihin, katkeamattomien palveluketjujen varmistaminen ja toimivat konsultaatiokäytännöt. Työikäisten osalta nähdään tärkeäksi nykyisen palveluverkon maksimaalinen hyödyntäminen, yhdenvertaisuus sekä digipalvelujen ja liikkuvien palvelujen kehittäminen. Ikääntyvien osalta kuntoutusta, hoitoa ja hoivaa yhteinäistetään. Ikäystävällisen asumisen kehittäminen ja vieminen osaksi strategiaa jatkuu.<sup>22</sup>

Vammaispalveluihin pääsyn kriteereitä on yhtenäistetty, ja palvelukuvausten laatiminen ja palveluprosessien kuvaaminen ovat käynnistyneet. Lisäksi tarkemmat yhdyspinnat on tunnistettu.

Päihdepalvelujen nykytila on kuvattu ja palvelutarpeet tunnistettu. Päihdetyön palvelumäärittely toteutetaan vuonna 2023. Kehittämisessä painottuvat ohjauksokriteerien luominen, päihdekuntoutuksen päätöksenteon ja lähetekriteerin yhtenäistäminen sekä yhtenäisten käytäntöjen luominen korvaushoidon toteuttamiseen sote-keskustasolla.



## Suun terveydenhuollossa vahvistetaan palveluiden toimivuutta

TuSote-hankkeen kautta on tavoitteena parantaa hyvinvointialueen suun terveydenhuollon perustason palveluiden oikea-aikaisuutta sekä vahvistaa palveluiden toimivuutta ja monialaisuutta kehittämällä yhdenmukaisia käytäntöjä ja hoitopolkuja. Hyvinvointialueella on otettu käyttöön lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollon toimintamalli sekä Henkilökohtainen apu suun päivittäiseen omahoitoon -toimintamalli. Myös päivystykseen ja kiirehoitoon ottamisen yhtenäiset kriteerit on suun terveydenhuollossa tehty.

## Hyte-palveluita integroidaan osaksi palvelutarjotinta

Hyte-kehittämistä on alueella edistetty TuSote I ja II -hankkeissa levittämällä näyttöön perustuvaa ratkaisukeskeistä ryhmätoimintamallia kaikkiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ja kuntien yhdyspinnoille. Kohderyhmänä ovat olleet pitkä-aikaissairaat, paljon palveluja käyttävät sekä sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat. Elintapaohjausta on edistetty lääkkeettömän unettomuuden hoidon mallilla ja Onnikka-painonhallintasovelluksella. Monialaista hyte-palvelutarjotinta on suunniteltu vuonna 2022, ja se toteutetaan vuosina 2023–2025 osana RRP Kestävän kasvun ohjelmaa. Valmisteilla on myös järjestöyhteistyön ja kulttuurihyvinvoinnin ottaminen mukaan palvelutarjottimelle osaksi hoito- ja palveluketjuja sekä palveluohjausta.

## Koko alueen kattavia palveluketjuja ja -prosesseja toistaiseksi niukasti

Varsinais-Suomen hyvinvointialue on kehittänyt alueen perustason sosiaali- ja terveyspalveluja Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman tavoitteiden mukaisesti, mikä on heijastunut toimintatapojen uudistamiseen ja palveluketjujen kehittämiseen lasten ja lapsiperheiden, työkäisten sekä ikäihmisten palveluissa.<sup>23</sup> Alueen kertoman mukaan alueella on kuitenkin vielä niukasti uuteen organisaatorakenteeseen sopivia hyvinvointialuetasoisia palveluketjuja ja -prosesseja. Palveluketjuja on kehitetty aiempaan, usean järjestäjän malliin perustuvaan rakenteeseen. Myös digipalvelujen palveluketjujen kehittämisen jatkuminen molemmilla kotimaisilla kielillä koetaan alueella tärkeäksi. Palveluketjuissa on tavoitteena huomioida yhdyspintayhteistyötä sekä monikanavaisuutta. Kehittämistä vaativat palveluketjut ja -prosessit on tunnistettava, ja on etsittävä kustannustehokkaita ja vaikuttavia ratkaisumalleja.

## Hyvinvointialueen kehittämistä tuetaan johtamisella

Sote-keskusjohtaja, sosiaali- ja vammaispalvelujen palvelujohtaja sekä ikääntyneiden palvelujen palvelujohtaja vastaavat palvelutuotannon alueellisesta integraatiosta, tavoitteenaan johtamisen vahvistaminen sekä toimintatapojen ja prosessien harmonisointi. Hyvinvointialueen toiminnallisilla alueilla toimivat sote-alue- ja palvelualuepäälliköt vastaavat siitä, että alueilla toimitaan sovittujen toimintamallien mukaisesti. Integraation osalta on suunniteltu, että palvelujen järjestäjän on varmistettava yhteistyössä palvelutuotannon kanssa palveluketjujen ja palvelukriteerien yhtenäisyys. Asiakkuusjohtaja tarkastelee palveluintegraatiota, palvelukriteereitä ja asiakasohjausta palvelutuotannon tulosalueella. Alueohjausjohtajat huolehtivat tulosalueensa asiakasvirtojen tarkoituksenmukaisuudesta. Kehitettävien hoito- ja palveluketjujen priorisoinneista keskustellaan yhteistyössä tuotannon tulosaluejohtajien ja järjestämistoiminnon edustajien kesken.

## Maan hajanaisimman asiakas- ja potilastietojärjestelmäkokonaisuuden yhtenäistäminen on käynnistynyt

Varsinais-Suomen hyvinvointialue alkaa yhdenmukaistaa asiakkuuksien hallintaa 28:n eri järjestäjän järjestelmien ja toimintamallien pohjalta. Hyvinvointialueelle toimintaansa luovuttavia organisaatioita on 34. Hajanaisten asiakas- ja potilastietojärjestelmien vuoksi alueen kyky ottaa asiakkuuksia kokonaisuutena haltuun on vajavainen.<sup>24</sup>

Alueella on käytössä lukuisia digitaalisia palveluja, ja asiakas- ja potilastietojärjestelmien lähtötilanne on Suomen hajanaisin. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien määrää on alettu karsia, ja työ jatkuu vuoden 2023 aikana. Alueen tavoitteena on yhtenäistää digipalvelujärjestelmä, edistää palveluspesifiä digiasiointia Suomen kestävän kasvun ohjelman (RRP) kautta ja kehittää virtuaalista sote-keskusta. Alueen mukaan virtuaalisen sote-keskuksen sisällöt ja järjestelmät on kuvattu, ja vaatimusmäärittelyt ja reititys palvelutuotantoon jatkuvat. Vähimmäistietosisällön kartoitus ja nykytilan kuvaaminen sekä tietokartan muodostaminen on alueen mukaan käynnissä.

## Indikaattoreiden valossa alue ei poikkea keskiarvoista

Palvelujen integraatiota kuvaavissa indikaattoritiedoissa Varsinais-Suomi sijoittuu pääosin keskimääräisesti tai hieman maan keskiarvoa paremmin. Vuonna 2021 yli kymmenen kertaa terveyskeskuksen lääkäripalveluja vuodessa käyttäneiden asiakkaiden osuus (0,5 %) oli maan keskitasoa hieman matalampi, mutta päivystyskäyntejä perusterveydenhuollossa oli koko maata hieman enemmän. Astman, keuhkohtaumataudin, sydämen vajaatoiminnan, kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekä skitsofrenian takia tarvittavien vuodeosastohoitojen määrä on pienempi kuin maassa keskimäärin. Sosiaali- kuin terveyspalvelut sujuviksi kokeneiden osuus oli Varsinais-Suomen alueella maan keskiarvoa suurempi (taulukko 2).

Taulukko 2. Indikaattoritietoja palvelujen integraatiosta

| Indikaattori  | Varsinais-Suomi | Satakunta | Pohjanmaa | Koko maa (vaihteluväli) |
|---|-----------------|-----------|-----------|-------------------------|
| 15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla astman vuoksi / 100 000 asukasta   | 16,2            | 28,4      | 19,7      | 25,1<br>(13,2–80,6)     |
| 15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla diabeteksen vuoksi / 100 000 asukasta  | 99,3            | 98,6      | 59,5      | 98,2<br>(46,0–159,9)    |
| 15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla keuhkohtaumataudin vuoksi / 100 000 asukasta   | 74,6            | 110,9     | 78,7      | 87,0<br>(44,8–166,5)    |
| 15 v täyttäneiden hoitajaksot vuodeosastolla sydämen vajaatoiminnan vuoksi / 100 000 asukasta                                       | 196,5           | 299,7     | 170,7     | 244,0<br>(144,5–448,1)  |
| Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista                     | 19,0            | 23,7      | 15,8      | 22,5<br>(8,4–28,7)      |
| Skitsofreniapotilaan vuodeosastohoidon uusiutuminen 30 päivän kuluessa, % kotiutuneista, vakioitu                                   | 18,1            | 26,5      | 18,3      | 26,4<br>(15,0–37,9)     |
| Koki palvelun sujuvaksi, % sosiaalipalveluita käyttäneistä *  | 56,0            | 48,9      | 58,6      | 51,6<br>(43,4–59,0)     |
| Koki palvelun sujuvaksi, % terveystaluuksia käyttäneistä *  | 57,5            | 54,3      | 50,1      | 54,3<br>(49,5–60,8)     |
| Kotihoidon asiakkaan tilanne 2 kk akuuttisairaanhoidon joutumisen jälkeen (takaisin kotihoidossa), % *                              | 69,2            | 56,7      | 66,6      | 67,3<br>(37,7–77,8)     |
| Kotihoidon 75 v täyttäneet asiakkaat, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavanikäisistä kotihoidon asiakkaista * | 21,6            | 23,3      | 24,9      | 23,6<br>(10,8–32,6)     |
| Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) / 1 000 asukasta   | 460,2           | 187,0     | 1082,4    | 448,9<br>(130,5–1082,4) |
| Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa käyneet, % terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneistä                 | 0,5             | 0,3       | 0,6       | 0,6<br>(0,2–1,3)        |
| Organisaatioiden välisen tiedonvaihdon toimivaksi kokeneet lääkärit, % vastanneista **  |                 |           |           | 12,2                    |

\* 2020

\*\* Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä -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 Länsi-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueilla ja koko maassa. Indikaattoriarvot on saatu THL:n Sotokuva-palvelusta (sotokuva.fi). Luvut kuvaavat vuoden 2021 tilannetta. Poikkeukset on merkitty erikseen.

# Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

## Hyvinvointialueen tavoitteena on alueen palvelujen yhdenmukaistaminen sekä ICT:n ja tiedolla johtamisen nopea kehittäminen

Alueen strategisena tavoitteena on turvata avoterveydenhuollon palvelujen saatavuutta kehittämällä avoterveydenhuoltoa Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeen toimenpiteiden kautta. Sairaalapalvelujen kokonaisuutta ja vuodeosastokapasiteettia optimoidaan, jotta erikoissairaanhoidon saatavuus ja asiakkaiden jatkohoitopaikkoihin ohjaaminen paranevat. Perhekeskustoimintaa ja sähköistä perhekeskustoimintaa kehitetään ja etäasioinnin saatavuutta parannetaan. Kehittämällä Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeen toimenpiteiden avulla digitaalisia hoitopolkua pyritään turvaamaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuutta.<sup>25</sup>

Palvelustrategia ja palveluverkkosuunnitelma luodaan vuonna 2023. Palvelustrategiassa määritellään alueen sote-palvelujen pitkän aikavälin tavoitteet sekä saavutettava ja kustannustehokas palveluverkko.

## Varsinais-Suomessa etäpalveluja on maan keskitasoa paremmin saatavilla

Kansallisesti tavoitteena on, että vuoteen 2025 mennessä 35 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas kohtaamisista tapahtuu digitaalisesti.<sup>26</sup> Varsinais-Suomen perus- ja erikoissairaanhoidossa sähköisen asioinnin osuus kasvoi vuoden 2021 aikana Covid-19-pandemian myötä. Vuonna 2021 perusterveydenhuollon käynneistä 22,5 prosenttia oli etäasiointeja; tähän sisältyvät myös käynnin korvaavat puhelut. Erikoissairaanhoidossa etäasiointi lisääntyi etenkin psykiatriassa. Vuoden 2022 aikana etäasioinnin arvioidaan kokonaisuudessaan vähentyneen. Hyvinvointialueen strategisena painopisteenä vuodelle 2023 on alueen digiratkaisujen sekä potilastietojärjestelmien edistäminen.<sup>27</sup>

Keväällä 2022 perusterveydenhuollon kiireetöntä lääkärinvastaanottoa odottaneista alle puolet pääsi fyysiselle vastaanotolle ja yli puolet etävastaanotolle seitsemän vuorokauden määräajassa. Fyysiselle asiointeille päässeiden osuus jäi hieman alle maan keskitason, ja etävastaanotolle päässeiden osuus oli hieman yli keskitason (taulukko 3).

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

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

<sup>1</sup> Tiedot kunnittain, taulukossa ilmoitettu suurin ja pienin arvo

<sup>2</sup> Myrskylän ja Pukkilan kuntien tiedot sisältyvät Päijät-Hämeen lukuihin

<sup>3</sup> Kuhmoisten kunnan tiedot sisältyvät Keski-Suomen lukuihin

<sup>4</sup> Kruunupyyn kunnan tiedot sisältyvät Keski-Pohjanmaan lukuihin

<sup>5</sup> 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).

## Hoitajan, lääkärin ja hammaslääkärin palvelut koettiin riittämättömäksi keskimääräistä harvemmin

Vuonna 2020 hoitajan, lääkärin ja hammaslääkärin vastaanottopalveluja sai oman arvionsa mukaan riittämättömästi hieman harvempi kuin maassa keskimäärin. Alueella oli vuonna 2021 hieman maan keskiarvoa parempi tilanne koululaisten pääsyssä kuraattorille ja ammatillisten opiskelijoiden pääsyssä kouluterveydenhoitajalle, mutta lukiolaiset pääsivät kouluterveydenhoitajalle hieman maan keskitasoa huonommin (taulukko 4). Valvontaviranomaisen mukaan alueen nuorisopsykiatrian osastolla on ollut pulaa hoitopaikoista ja nuoria on hoidettu ylipaikoilla.<sup>28</sup>

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                     |
| <b>Varsinais-Suomi</b> | 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.

## Perusterveydenhuollon vastaanottoaikojen niukkuus kuormittaa päivystystä

Valvontaviranomaisen mukaan alueen suuren kaupungin terveyskeskuksessa on ollut haasteita vastaanottoajan saamisessa.<sup>29</sup> Alueen kertoman mukaan terveyskeskusten lääkäriaikojen heikko saatavuus lisää asiakkaiden ohjautumista päivystykseen. Vuonna 2021 sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa oli päivystyskäyntejä enemmän kuin maassa keskimäärin. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynnit lisääntyivät vuonna 2021 indikaattoreiden valossa edellisestä vuodesta merkittävästi, mutta alue uskoo koronarokotusten nostaneen määrää. Ennen koronaa (2017–2019) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käyntimäärät jäivät alueella alle maan keskitason.

## Väestön mielestä sosiaalityön palvelut ovat riittämättömiä

Sosiaalityön palveluja riittämättömästi saaneiden osuus oli vuonna 2020 Varsinais-Suomessa maan suurin (63 %). Vanhusten kotihoito- ja vammaispalveluissa palveluja riittämättömästi saaneiden osuus oli maan keskitasoa ja lapsiperhepalveluissa jonkin verran maan keskiarvoa pienempi. Valvontaviranomaisen mukaan kotihoidon palvelujen myöntämisessä ja muuttamisessa on vuonna 2021 ollut puutteita ja vammaisten palvelujen hakemisessa, myöntämisessä ja järjestämisessä on ilmennyt haasteita; ne ovat liittyneet erityisesti sosiaalihuoltolakiin ja kehitysvammaisten erityishuoltoon.<sup>30</sup>

Lakisääteisesti kolmen kuukauden kuluessa valmistuneiden lastensuojelun palvelutarpeen arviointien osuus (94,4 %) oli hieman suurempi kuin maassa keskimäärin. Kelaan osoitettujen perustoimeentulotuen hakemusten käsittely seitsemän päivän määräajassa toteutui alueella hyvin, ja tilanne oli sama koko maassa.

## Palvelujen saavutettavuudessa hieman maan keskitasoa vähemmän haasteita

Palvelujen käyttäjien mielestä palvelujen saavutettavuudessa oli Varsinais-Suomessa vuonna 2020 hieman vähemmän ongelmia kuin maassa keskimäärin. Hankalat aukioloajat haittasivat palvelun tai hoidon saantia noin 40 prosentilla sosiaalipalveluja käyttäneistä ja lähes 30 prosentilla terveyspalveluja käyttäneistä. Kolmasosa sosiaalipalveluja käyttäneistä ja neljäsosa terveyspalveluja käyttäneistä varsinaissuomalaisista koki hankalien matkojen hankaloittavan palvelujen saamista. Noin joka neljäs sosiaalipalveluja käyttäneistä ja hieman alle 20 prosenttia terveyspalveluja käyttäneistä ilmoitti asiakasmaksujen haitanneen palvelun saantia.

## Tavoitteena turvata palvelut molemmilla kotimaisilla kielillä

Ruotsinkielisen sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuudessa on kauan ollut puutteita useimmilla kaksikielisillä alueilla. Rakenteita ja toimintamalleja uudistamalla voidaan parantaa ruotsinkielisten palvelujen saatavuutta.<sup>31</sup> Varsinais-Suomen hyvinvointialueella kansalliskielilautakunta arvioi, miten alueen päätökset vaikuttavat kielellisten oikeuksien toteutumiseen, miten vähemmistökielillä tarjottavien palvelujen saatavuus toteutuu ja mitä palvelujen parantamiseksi tehdään. Varsinais-Suomen hyvinvointialue ei ole laatinut kaksikielisyyden edistämisen kieli- tai toimintaohjetta, mutta voi hyödyntää Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiriin aiemmin laatimia ohjeita ja ohjelmia.<sup>32</sup> Kaksikielisyys näkyy alueen strategiassa, muttei vuoden 2023–2025 strategisissa painopiste-alueissa.

# Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

## Alueen kuntien talous kohentui valtion tukitoimien ansiosta

Varsinais-Suomen 27 kunnasta 23 saavutti ylijäämäisen tuloksen vuonna 2021. Tulorahoituksen riittävyttä kuvaava asukaskohtainen vuosikate oli positiivinen kaikilla alueen kunnilla. Neljää kuntaa lukuun ottamatta (Kustavi, Mynämäki, Nousiainen ja Pyhäranta) kuntien vuosikatteet riittivät kattamaan poistot ja arvonalentumiset. Asukaskohtainen vuosikate vaihteli 166 eurosta (Pyhäranta) 1 000 euroon (Naantali) asukasta kohti.

Kuntien hyvään tuloskehitykseen vaikuttivat merkittävästi valtion tukitoimet sekä verotulojen hyvä kehitys. Vuosina 2020–2021 valtio tuki kuntasektoria koronaviruspandemiasta aiheutuvien ylimääräisten kustannusten ja tulonmenetysten vuoksi yhteensä yli 5 miljardilla eurolla. Kunnille on aiheutunut ylimääräisiä kustannuksia koronapotilaiden hoidon lisäksi mm. testauksesta, rokotuksesta sekä suojavaarusteista. Vastaavasti epidemia on kasvattanut hoito- ja palveluvelkaa kiireettömän hoidon resurssien ja toiminnan karsimisen vuoksi.<sup>33</sup>

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

Vuonna 2021 Varsinais-Suomelle myönnetyt korotukset peruspalveluiden valtionosuuteen ja yhteisöverosuuteen olivat yhteensä 73,8 miljoonaa euroa (161,5 milj. euroa vuonna 2020). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille (ja Ahvenanmaalle) myönnetyt avustukset olivat vuonna 2021 noin 20,1 miljoonaa euroa (20,6 milj. vuonna 2020). Koronan vuoksi alueen kunnille myönnettiin avustusta yhteensä 78,7 miljoonaa euroa vuonna 2021. Rajojen terveysturvallisuuteen hyvinvointialueelle myönnettiin korvauksia ensimmäisessä haussa yhteensä noin 2,7 miljoonaa euroa.<sup>34,35</sup>

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. Palveluluokakohtaisen raportoinnin aikataulua jouduttiin siirtämään kuntien raportoimissa tiedoissa havaittujen vakavien laatu- ja palveluongelmien vuoksi, eivätkä nettokäyttökustannukset ole käytettävissä arvioinnin pohjana.



## Sairaanhoitopiirin tulos parani edellisvuodesta

Vuonna 2021 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän talous vahvistui edelleen, sillä toimintakate kasvoi 33,2 prosenttia edellisvuodesta. Vuosikate kasvoi 38 prosenttia ja riitti kattamaan poistot ja arvonalentumiset. Lopullisessa kuntalaskutuksessa sairaanhoitopiiri hyvitti kunnille 29,3 miljoonaa euroa koronaviruspotilaiden hoidon ja -testauksen aiheuttamia kustannuksia. Sairaanhoitopiiri saavutti lopulta 14,4 miljoonan euron ylijäämän vuonna 2021. Sairaanhoitopiirin lainakanta laski edellisvuodesta 21,3 miljoonaa euroa ja oli vuoden lopussa 125,4 miljoonaa euroa.<sup>36</sup>

Vuoden 2022 alussa sairaanhoitopiirillä oli taseessa kertyneitä ylijäämiä 22,3 miljoonaa euroa. Sairaanhoitopiirin tammi-elokuun 2022 talouskatsauksen mukaan tilikauden 2022 alijäämäennuste on 30,1 miljoonaa euroa, ja alijäämäuhan vuoksi palvelujen hintoja päätettiin korottaa. Toimenpiteellä alijäämäriske pyritään suuntaamaan käytön suhteessa kaikille maksajatahoille.<sup>37</sup>

Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kuntayhtymällä, Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymällä, Perusturvakuntayhtymä Akselilla ja Paimion-Sauvon kansanterveystyön kuntayhtymällä ei ole kattamattomia alijäämiä vuoden 2021 tilinpäätöksen perusteella. Kårkullan kuntayhtymällä on taseessa kattamatonta alijäämää 1,3 miljoonaa euroa, joka katetaan vuoden 2022 loppuun mennessä laskuttamalla alijäämä omistajakunnilta.<sup>38, 39, 40, 41, 42</sup>

## Hankkeiden siirtäminen laski sairaanhoitopiirin investointimenoja

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin investointimenot vuonna 2021 olivat 31,9 miljoonaa euroa. Rakentamisen investoinnit olivat 20,7 miljoonaa euroa ja laitehankinta- ja muut käyttöomaisuusinvestoinnit olivat yhteensä 11,2 miljoonaa euroa. Investointimenot jäivät hankkeiden siirtymisen ja viivästymisen vuoksi 14,8 miljoonaa euroa investointeihin varattua määrärahaa (46,7 milj. euroa) pienemmiksi. Osa investointimenoista toteutui myös käyttömeneinä (mm. UNAn liittyvät investoinnit). Sairaanhoitopiiri on aloittanut kiinteistöjen ja tilojen pitkän aikavälin yleissuunnitelman (Masterplan) laatimisen elokuussa 2020. Suunnitelmaa jatketaan uudisrakennuskenaarion mukaisesti ja Majakkasairaalan käyttöönoton jälkeen (helmikuussa 2022), nykyinen U-sairaala puretaan ja tilalle rakennetaan uudisrakennus.

Alueen viimeisin poikkeuslupa psykiatriatalon 60 miljoonan euron investointiin myönnettiin vuonna 2021.<sup>43, 44</sup>

## Hyvinvointialueen investointisuunnitelma tähtää ikääntyneiden laitoshoidon purkuun

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen investointisuunnitelma on laadittu alueen sote-järjestäjiltä sekä pelastustoimelta saatujen hajanaisten tietojen perusteella. Investointeja ohjaavia pidemmän tähtäimen asiakirjoja aletaan aluehallituksen linjauksen mukaisesti valmistella vuoden 2023 puolella. Alueen investointisuunnitelma pohjautuu siten olemassa oleviin hankkeisiin ja sitoumuksiin. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen investointisuunnitelman sisältämät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen osasuunnitelmat suunnitelmakaudelle 2023–2026 ovat yhteensä 613 miljoonaa euroa. Suunnitelmaan kuuluvat omaan taseeseen hankittavat investoinnit (393 milj. euroa) sekä investointeja vastaavat sopimukset (219 milj. euroa). Alueella ei ole tiedossa omaisuuden luovutuksia vuonna 2023.

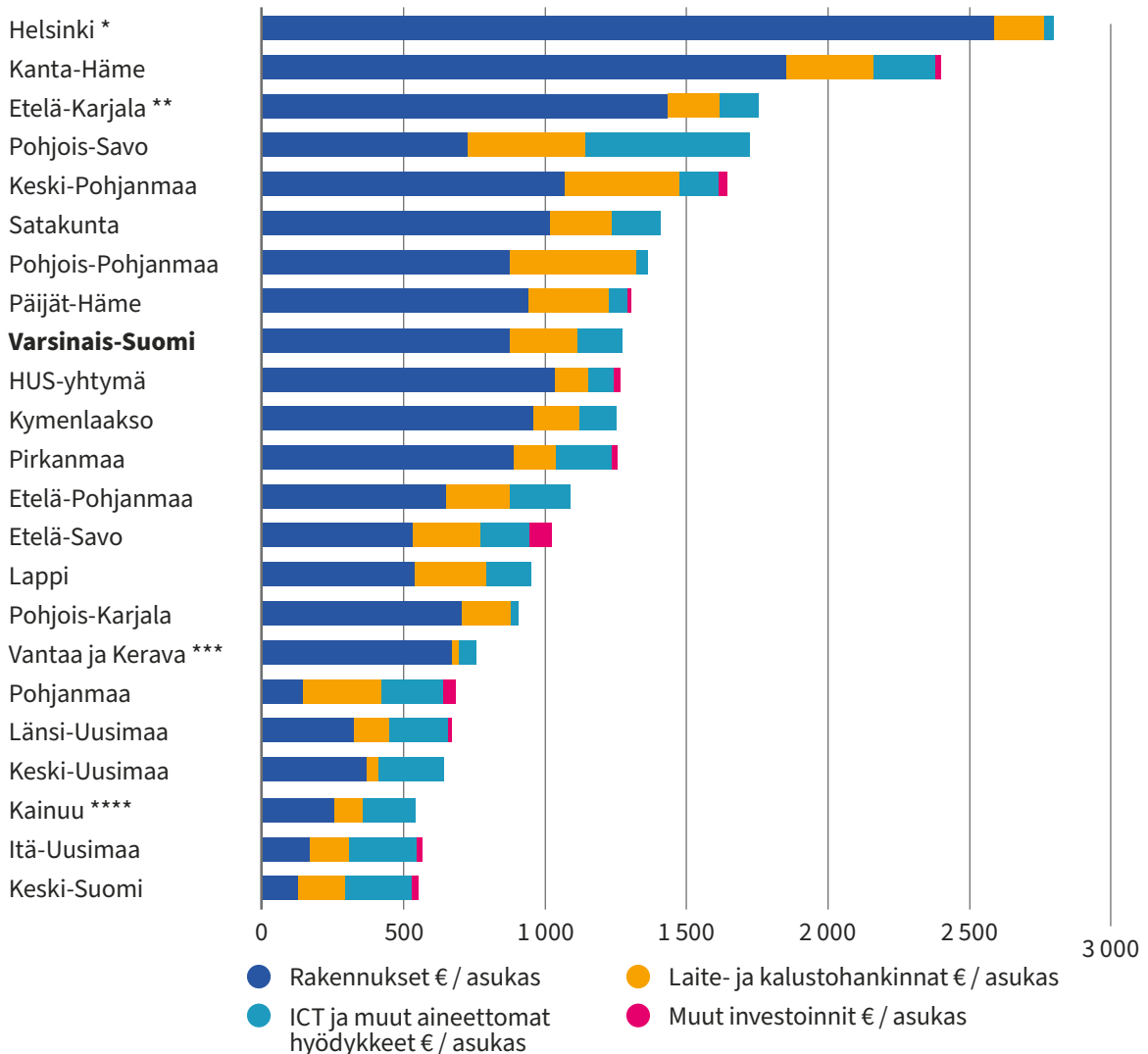
Rakennusten investointimenot vuodelle 2023 ovat yhteensä 106 miljoonaa euroa ja koko suunnitelma-kaudella 2023–2026 yhteensä 423 miljoonaa euroa; tämä sisältää sekä omaan taseeseen toteutettavat investoinnit että investointeja vastaavat sopimukset. Sosiaali- ja terveystoimen osasuunnitelman merkittävimmät rakennushankkeet vuodelle 2023 pohjautuvat sairaanhoitopiirin Masterplan-suunnitelmaan, joka sisältää psykiatrian uudisrakennuksen, Salon sairaalan sekä T-sairaalan lisäosan rakennushankkeet. Muut merkittävät rakennushankkeet tähtäävät erityisesti ikääntyneiden laitoshoidon purkuun vuoteen 2027 mennessä (kuvio 3).

Laite- ja kalustohankintojen investoinneilla (29 milj. euroa vuonna 2023) korvataan pääsääntöisesti TYKS/sairaalapalveluiden kalusto- ja laitekantaa sekä toteutetaan psykiatrian uudisrakennuksen ensikertainen kalustaminen.

ICT-investointien suunnittelun pohjana ovat olleet sairaanhoitopiirin kehitystiekartta sekä kunnilta siirtyvät hankkeet. Hyvinvointialueelle siirtymisessä alueen ensisijainen tavoite on turvata toiminnan jatkuvuus – erityisesti henkilöstön palkanmaksu sekä palvelujen saatavuus. Tulevien vuosien merkittävimmät investointihankkeet tähtäävät asiakas- ja potilastietojärjestelmien konsolidointiin ja päivittämiseen sekä tietolähdeintegraatioiden toteutukseen ja harmonisointiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon osasuunnitelmassa ICT-investointimenot ovat koko suunnitelmakaudella 73 miljoonaa euroa.

Investointisuunnitelma ei saa olla ristiriidassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueen (Varsinais-Suomen lisäksi Satakunta ja Pohjanmaa) yhteistyösopimuksen kanssa. Yhteistyösopimusta ei alueella ole vielä solmittu.<sup>45</sup>

**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 järjestämävastuun alueilla investointisuunnitelmat saattavat olla puutteellisia, sillä tietoja on koottu useilta järjestämävastuullisilta 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

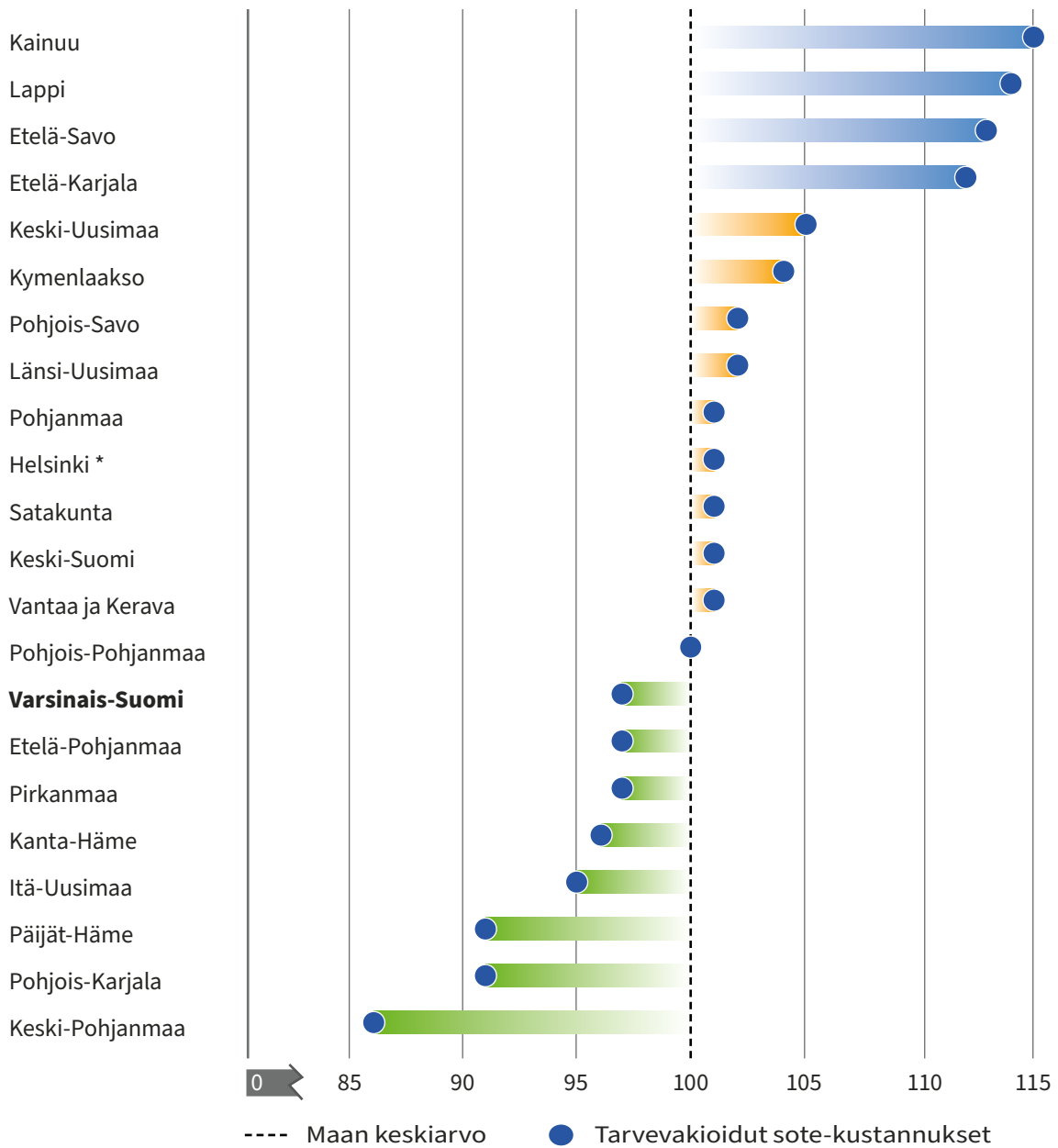
## Hyvinvointialueen lainanottovaltuus riittää kattamaan alueen investointisuunnitelmat

Hyvinvointialueiden ensimmäinen lainanottovaltuus vuodelle 2023 on määritelty hyvinvointialueelle siirtyvien sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien kuntayhtymien vuoden 2021 tilinpäätöksen tietojen ja vuoden 2022 talousarviotietojen perusteella. Vuoden 2023 lainanottovaltuuden laskennassa on käytetty keskimääräistä vuosikateprosenttia (4,1 prosenttia) hyvinvointialueiden ennakoitun valtion rahoituksen sekä sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien myyntituotoista lasketun vuosikateprosentin perusteella. Toteutuva vuosikate voi kuitenkin poiketa keskimääräisestä, minkä vuoksi myöhempien vuosien lainanottovaltuus voi poiketa olennaisesti vuoden 2023 valtuudesta. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen lainanottovaltuus vuodelle 2023 on noin 470 miljoonaa euroa. Lainanottovaltuus riittää kattamaan alueen investointisuunnitelman sisältämät investoinnit vuodelle 2023.<sup>46</sup>

## Palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat keskimääräistä matalammat

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.<sup>47</sup> Vuonna 2020 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 497 euroa asukasta kohti koko maassa. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 465 euroa asukasta kohti eli prosentin matalammat kuin maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kaksi prosenttia suurempi kuin maassa keskimäärin ja vastaavasti palvelutarpeeseen suhteutetut sote-menot kolme prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin<sup>48</sup> (kuvio 4).

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



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

\* Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi

## Hyvinvointialueelle siirtyvät kustannukset laskennallista rahoitusta matalammat

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 sekä palvelutarve. Yliopistosairaalisä huomioidaan vasta vuoden 2024 rahoituksessa. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen vuoden 2023 kokonaisrahoitus, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen, on 1 931,7 miljoonaa euroa eli 3 995 euroa asukasta kohti. Alueen laskennallinen rahoitus on 2 011,4 miljoonaa euroa ja siirtymätasauksen osuus -79,7 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueen siirtyvät kustannukset ovat siis laskennallista rahoitusta matalammat. Varsinais-Suomen asukaskohtainen rahoituksen kasvu on 247 euroa vuoden 2022 rahoituksen tasoon verrattuna.<sup>49</sup> Hyvinvointialueen talousarvioesitys vuodelle 2023 on noin 99 miljoonaa euroa alijäämäinen. Alueen arvion mukaan talouden sopeuttamistarve pienenee kolmanneksella, jos esitetyt muutokset rahoituslakiin toteutuvat.

Merkittäviä muutosavustuksia on myönnetty ICT-uudistuksiin ja kaksikielisen hyvinvointialueen koordinaatiotehtävään.

# 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 käyttötärpeeseen. 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](https://thl.fi/arviointi)

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

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

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



# Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

## Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

1. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 21.9.2022 § 83. [Verkkolähde](#).
2. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 21.4.2022 § 44. [Verkkolähde](#).
3. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen hallituksen pöytäkirja 1.11.2022 § 317. [Verkkolähde](#).
4. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 24.5.2022 § 55. [Verkkolähde](#).
5. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 30.3.2022 § 35. [Verkkolähde](#).
6. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 22.6.2022 § 73. [Verkkolähde](#).
7. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 23.11.2022 § 137. [Verkkolähde](#).
8. Alueen tilannekuva. [Verkkolähde](#).

## Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

9. Työ- ja elinkeinotoimistot (II/2022). Ammattibarometri. [Verkkolähde](#).
10. Keva (2022). Analyysi kuntien työvoimatarpeesta. [Verkkolähde](#).
11. Aluehallintovirasto (2022). Lounais-Suomen aluehallintoviraston valvontaraportti Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta 2021. [Verkkolähde](#).
12. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen strategia (2022), versio 11. [Verkkolähde](#).
13. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 21.9.2022 § 83. [Verkkolähde](#).
14. Tilinpäätös 2021. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. [Verkkolähde](#).
15. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen strategia (2022), versio 11. [Verkkolähde](#).
16. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) kieliohjelma vuosille 2021–2022/25. [Verkkolähde](#).
17. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 21.9.2022 § 83. [Verkkolähde](#).

## Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

18. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 21.9.2022 § 83. [Verkkolähde](#).
19. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallituksen pöytäkirja 9.11.2021 § 116. [Verkkolähde](#).
20. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2019). Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen suunnitelma. Päivitys vuosille 2019–2020. Alueen kuntien ja kuntayhtymien päätöksillä suunnitelman voimassaoloa on jatkettu vuoden 2021 loppuun asti. [Verkkolähde](#).
21. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallituksen pöytäkirja 9.11.2021 § 116. [Verkkolähde](#).
22. Varsinais-Suomen tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankesuunnitelma (2021). [Verkkolähde](#).
23. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen hallituksen pöytäkirja 15.11.2022 § 369. [Verkkolähde](#).

24. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2022). Analyysi – nykytilan kuvaus. Rantanen M., Koskinen J. Suotava Oy.

### **Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus**

25. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen valtuuston pöytäkirja 21.9.2022 § 83. [Verkkolähde](#).
26. STM (2022). Suomen kestävä kasvun ohjelma. [Verkkolähde](#).
27. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen hallituksen pöytäkirja 15.11.2022 § 369. [Verkkolähde](#).
28. Aluehallintovirasto (2022). Lounais-Suomen aluehallintoviraston valvontaraportti Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta 2021. [Verkkolähde](#).
29. Aluehallintovirasto (2022). Lounais-Suomen aluehallintoviraston valvontaraportti Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta 2021. [Verkkolähde](#).
30. Aluehallintovirasto (2022). Lounais-Suomen aluehallintoviraston valvontaraportti Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta 2021. [Verkkolähde](#).
31. Svenska Finlands folkting ja Suomen Kuntaliiton ruotsinkielisten asioiden yksikkö (2021). Kaksikielisten hyvinvointialueiden valmistelun tukiaineisto. [Verkkolähde](#).
32. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen kansalliskielilautakunnan pöytäkirja 18.8.2022 § 13. [Verkkolähde](#).

### **Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus**

33. Turun kaupunki (2022). Tilinpäätös 2021. [Verkkolähde](#).
34. Sosiaali- ja terveysministeriö. Koronavirusepidemian kustannusten korvaukset. [Verkkolähde](#).
35. Valtiovarainministeriö. Kunnille maksetut koronatuot. [Verkkolähde](#).
36. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tilinpäätös ja toimintakertomus 2021. [Verkkolähde](#).
37. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallituksen pöytäkirja 20.9.2022 [Verkkolähde](#).
38. KTO – Kehitysvamma-alan tuki- ja osaamiskeskus (2022). Toimintakertomus ja tilinpäätös 2021. [Verkkolähde](#).
39. Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä (2022). Tasekirja, toimintakertomus, tilinpäätös 2021. [Verkkolähde](#).
40. Akseli perusturvakuntayhtymä (2022). Tilinpäätös. [Verkkolähde](#).
41. Paimion-Sauvon KTKY, hallituksen kokous 1.3.2022 § 34, liite 2. [Verkkolähde](#).
42. Kärkullan kuntayhtymän valtuuston pöytäkirja 14.6.2022 § 17. [Verkkolähde](#).
43. THL. Sote-palvelujen rahoituksen ja tarvetekijöiden tutkimus. [Verkkolähde](#).
44. Sote-uudistus. Kuntien ja hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat. [Verkkolähde](#).
45. Varsinais-Suomen investointisuunnitelma 2023–2026. [Verkkolähde](#).
46. Valtioneuvosto. Lainanottovaltuudet vuodelle 2023. [Verkkolähde](#).
47. Tarvetekijöiden tutkimus. [Verkkolähde](#).

48. THL. Tarvekioidut menot. [Verkkolähde](#).
49. 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 organisationsansvar 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 Egentliga Finland 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

**Katja Croell**  
Utvärderingschef

# Expertutvärdering

## Befolkningen förutspås växa – sjukfrekvensen lägre än genomsnittet

Egentliga Finlands välfärdsområde är det näst största välfärdsområdet i landet sett till befolkningen. Områdets befolkningsmängd förutspås öka med två procent fram till 2040. Befolkningen koncentreras allt mer till Åboregionen. Arbetslösheten är lägre än genomsnittet samtidigt som inkomstskillnaderna mellan hushållen är större än genomsnittet, vilket vittnar om ett gott sysselsättningsläge i området. Befolkningens sjukfrekvens och antalet förlorade levnadsår är lägre än genomsnittet.

## Välfärdsområdets tjänster produceras i åtta områden – fokus på att förenhetliga tjänsterna under 2024

Egentliga Finlands välfärdsområde består av en fusion mellan basservicen i 27 kommuner, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och samkommunen för specialomsorgsdistriktet samt räddningsverket. Beredningen av välfärdsområdet framskred långsammare än genomsnittet på grund av det stora antalet anordnare och knappa beredningsresurser. Sjukvårdsdistriktets språkprogram tryggade konstruktionen av ett tvåspråkigt välfärdsområde. Beredningen av välfärdsområdets språkprogram sker efter att verksamheten inletts.

Förvaltningsstadgan styrde välfärdsområdets organisationsberedning från och med våren 2022. Beslutsfattandet inom social- och hälsovården i välfärdsområdet säkerställdes av de lagstadgade strukturerna och av beredningsnämnderna som följer livscykelmodellen. Behoven av att ändra struktur på organisationen av organ har redan identifierats och lösningen söks i första hand i modellen med produktionsnämnder.

Vid sidan av organisationen av organ utformades en övre nivå för personalorganisationen som följer strukturerna för organisationen av organen. Med hjälp av tydliga motsvarigheter i verksamheten och beslutsfattandet säkerställer välfärdsområdet enhetlig styrning av verksamheten och tydliga ansvar. I det framtida välfärdsområdet fördelas den operativa ledningen på tre direktörer, och enheten för anordnande av tjänster sköter om anordnandet. Välfärdsområdets plan är att dela in området i åtta produktionsområden. Välfärdsområdet ska genom tillräcklig styrning av serviceproduktionen säkerställa lika tillgång och tillgänglighet till tjänsterna samt integration inom alla produktionsområden. Välfärdsområdet säkerställer förändrings- och linjeledningen med hjälp av personalorganisationen. Fördröjningen av personalorganisationens beredning kan ha påverkat till exempel beredningen av serviceintegrationen. Beslut om välfärdsområdets organisation fattas ännu under 2022.

Välfärdsområdesstrategin färdigställdes hösten 2022. Strategin betonar kundorientering, samarbete och tvåspråkighet i reformen av välfärdsområdets tjänster. Vid sidan av välfärdsområdesstrategin fortsatte man att utarbeta servicestrategin och utredningen om servicenätverket. Välfärdsområdets verksamhet inleds med det nuvarande servicenätverket, och förenhetligandet av tjänsterna torde ske 2024 även i fråga om servicekriterierna. Behandlingen av välfärdsområdets kundavgifter inleddes i slutet av 2022.

De sektorsövergripande nätverkens verksamhet på kontaktytorna fortsätter när välfärdsområdets verksamhet inleds. Granskning och utveckling av kontaktyornas strukturer för varje kundgrupp är en del av välfärdsområdets verksamhet 2023. Det är bra om välfärdsområdet med hjälp av kontaktytans verksamhet säkerställer möjligheterna att utvidga alla kundgruppers servicehelheter.

## Allt svårare att trygga tillräcklig personal inom flera tjänster

I Egentliga Finland har utmaningarna med tillgången på personal ökat på samma sätt som i resten av landet. Det har varit särskilt utmanande att ordna tjänster vid små enheter. Läkarbristen som redan pågått en längre tid i området ökade ytterligare och ledde tillsammans med annan personalbrist till att tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster och servicekedjornas funktion försämrades. Även inom socialvårdstjänsterna var det kritiskt att se till att det fanns tillräckligt med personal, och andelen inhyrd personal ökade. Trots svårigheterna med tillgången till socialarbetare tillhandahölls tjänsterna för det mesta inom tidsfristerna. Det svåra personalläget var särskilt utmanande när det kom till att ordna hemvård och serviceboende med heldygnsomsorg för äldre. Att personaldimensioneringen skärps innebär antingen att nya vakanser läggs till eller att kriterierna för beviljande av tjänster skärps i välfärdsområdet.

Eftersom välfärdsområdet består av många olika anordnare är det särskilt viktigt att höra personalen och göra den delaktig i beredningen. Förberedelserna för Egentliga Finlands välfärdsområde har framskridit långsammare än genomsnittet och den interna kommunikationen har varit otillräcklig, vilket har lett till ökad osäkerhet bland personalen. I området började man under 2022 förenhetliga personalförmanerna och språktilläggen samt granska arbetsbeskrivningarna.

Med hjälp av välfärdsområdesstrategin siktar man på att skapa en organisation som vårdpersonalen uppskattar högt. Genom de strategiska målen förbättras tillgången till personal, lönerna, arbetsförhållandena och karriärutvecklingen. Strategiska åtgärder inleddes redan under 2022 och fortsätter när välfärdsområdets verksamhet inleds.

## Fortfarande få regionala servicekedjor – oerhört viktigt att förenhetliga klient- och patientdatasystemen

I Egentliga Finland har förenhetliga processer och integrerade tjänster under flera års tid i första hand utvecklats utifrån anordnarspecifika behovsfaktorer och åtgärder. Programmet Framtidens social- och hälso-central har stärkt de regionala strukturerna på ett betydande sätt och ökat dialogen och samarbetet mellan anordnarna. Under 2021 framskred den regionala serviceintegrationen till exempel genom att den regionala socialjouren integrerades i hälso- och sjukvårdens jourtjänster. Planerna på att förenhetliga servicen för barn och familjer framskred likaså, liksom skapandet av en kontaktyta. Antalet integrerade tjänster är dock fortfarande litet i området, och det behövs betydande utvecklingsarbete som säkerställer multiprofessionalitet och sektorsövergripande verksamhet inom basservicen samt mellan basservicen och specialservicen. Välfärdsområdesstrategin styr utvecklingen av serviceintegrationen och närmare åtgärder fastställs senare i servicestrategin.

Det stora antalet klient- och patientdatasystem har försvårat integrationen avsevärt. Området har inlett arbetet med att förenhetliga systemen, och det fortsätter under 2023.

## Snabba lösningar behövs för att säkerställa tillgången till basservice

I beredningen av Egentliga Finlands välfärdsområde har det primära målet varit att trygga tillgången till tjänster för invånarna och en störningsfri serviceproduktion när organiseringsansvaret överförs till välfärdsområdet. I Egentliga Finland har omfattande personalunderskott inneburit utmaningar i tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster. På grund av läkarbristen har det inte funnits tillräckligt med tider att erbjuda inom primärvården, vilket har lett till att jourtjänsterna redan länge använts i stor uträkning och de är överbelastade. Covid-19-pandemin ökade antalet elektroniska tjänster, vilket förbättrade tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. Det var särskilt utmanande att säkerställa tillgången till socialvårdstjänster i området. Situationen i Egentliga Finland var sämst i landet 2021 när det kom till att trygga tillgången till tillräckliga socialtjänster.

I Egentliga Finlands framtida välfärdsområde grundar sig serviceproduktionen på ett mycket utspritt servi-

cenät. Planeringen av välfärdsområdets servicenät har dock inletts. Välfärdsområdet bereder servicenätet och servicestrategin under 2023. Att bereda dem parallellt är en bra utgångspunkt för att bygga upp ett kostnadseffektivt servicesystem som motsvarar behoven på bästa möjliga sätt.

### **Kostnaderna som överförs till området är lägre än den kalkylerade finansieringen**

Största delen av kommunerna i Egentliga Finland uppvisade ett överskott 2021 tack vare statens coronastöd och en positiv utveckling av skatteinkomsterna. Resultatet för samkommunen för sjukvårdsdistriktet förbättrades jämfört med året innan. Överskottet i samkommunens balansräkning i början av 2022 täcker dock inte till fullo underskottsprognosen enligt ekonomiöversikten för januari–augusti 2022. Det medför dock ingen betydande belastning för den kommunala ekonomin att täcka underskottet.

De viktigaste investeringsprojekten under de kommande åren syftar till att samordna och uppdatera klient- och patientdatasystemen samt genomföra och harmonisera informationsintegrationer. De viktigaste bygginvesteringarna fokuserar på nybyggnad inom psykiatrin, Salo sjukhus och T-sjukhuset samt på att avveckla institutionsvården för äldre före 2027. Den fullmakt att uppta lån som välfärdsområdet har beviljats räcker till för investeringarna 2023.

År 2020 var nettoutgifterna i förhållande till servicebehovet inom social- och hälsovården i Egentliga Finland tre procent lägre än i landet i genomsnitt. Det uppskattade behovet av social- och hälsovårdstjänster för 2023 för befolkningen i Egentliga Finlands välfärdsområde ligger något över den genomsnittliga nivån i landet. Kostnaderna som överförs till området är lägre än den kalkylerade finansieringen, och därför får den negativa övergångsutjämnningen den invånarspecifika finansieringen att sjunka under medelnivån för landet 2023. Budgeten för 2023 uppvisar ett underskott, eftersom välfärdsområdets förväntade kostnader är högre än den statliga finansieringen. För att få ekonomin i balans krävs betydande produktivetsfrämjande åtgärder i framöver. Löneharmoniseringen i välfärdsområdet genomförs under de kommande åren.

# Befolkning och servicebehov

## Befolkningsökningen i välfärdsområdet koncentreras till Åboregionen

Egentliga Finlands välfärdsområde är till sitt befolkningsunderlag det tredje största området i landet efter Helsingfors stad och Birkalands välfärdsområde. Kommunerna i området består delvis av skärgårdskommuner. I slutet av 2021 hade de 27 kommunerna 483 477 invånare. Befolkningen är koncentrerad till Åbo stad och Salo. Invånarantalet förutspås öka med cirka två procent fram till 2040, dvs. mer än genomsnittet i landet. Befolkningsökningen koncentreras till Åboregionen. Befolkningmängden minskar i regioncentra och landskommunerna.

Nativiteten i området har börjat stiga något efter 2019, men den låg ändå under genomsnittet i landet. Andelen 0–17-åringar är något mindre än i landet i genomsnitt och andelen 75-åringar är en aning större. Den demografiska försörjningskvoten i området försämras på motsvarande sätt som i resten av landet. I Åbo är försörjningskvoten mindre än i de övriga kommunerna i området.

## Andelen invånare med utländsk bakgrund ökar

Egentliga Finland är ett tvåspråkigt välfärdsområde. Andelen svenskspråkiga i området (5,7 %) är den femte största i landet. Av kommunerna är Kimitoön, Pargas och Åbo tvåspråkiga. Andelen invånare med utländsk bakgrund har ökat och deras andel av befolkningen är den fjärde största i landet.

## Arbetslöshetsgraden lägre än i landet i genomsnitt

Arbetslöshetsgraden i området är något lägre än i landet i genomsnitt. Andelen utländska arbetslösa arbetssökande av den utländska arbetskraften är något större än i landet i genomsnitt. Långtidsarbetslöshet och strukturell arbetslöshet förekommer mindre än genomsnittet i området, och efter 2019 har ökningen varit långsammare än genomsnittet i hela landet. Ungdomsarbetslösheten (18–24-åringar) är fjärde lägst bland välfärdsområdena. Befolkningens utbildningsnivå är högre i Åbo ekonomiska region än i det övriga området och den femte högsta i landet i hela välfärdsområdet.

## Inkomstskillnader mellan hushållen

I Egentliga Finland är inkomstskillnaderna mellan hushållen tredje störst i landet. Andelen av befolkningen som hör till hushåll med låga inkomster är något större än i landet i genomsnitt. Låginkomsttagarna koncentreras till områdets centralstad Åbo. Andelen barnfamiljer med bara en förälder ligger nära genomsnittet i landet. Andelen barnfamiljer som långvarigt fått utkomststöd har minskat och är mindre än i resten av landet. Information om områdets befolkning presenteras i tabell 1.

Det icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindexet (figur 1) och PYLL-indexet som mäter förlorade levnadsår är i Egentliga Finlands välfärdsområde lägre än i landet i genomsnitt. Andelen invånare i arbetsför ålder som får invalidpension ligger nära genomsnittet i landet.



Tabell 1. Grundläggande information om områdets befolkning

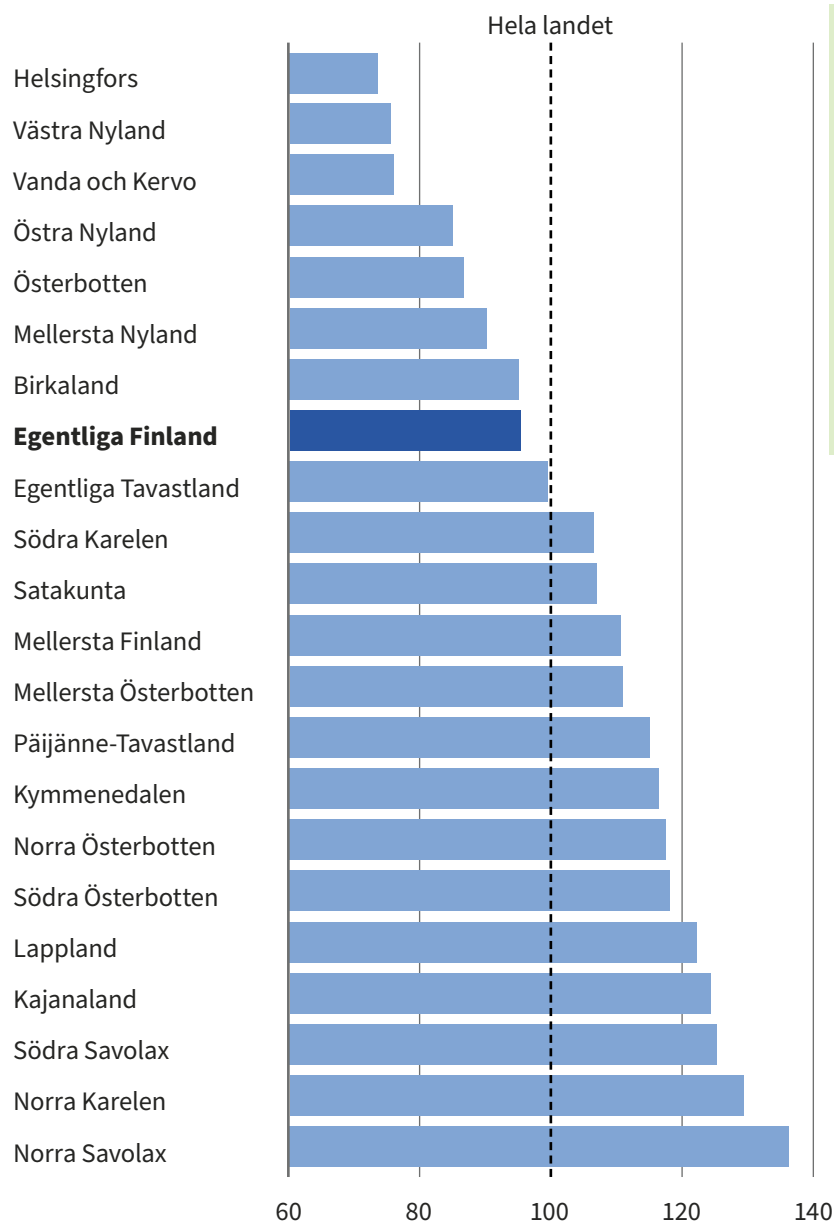
|  | Egentliga<br>Finland | Satakunta | Österbotten | Hela<br>landet | (variations-<br>intervall) |
|--|----------------------|-----------|-------------|----------------|----------------------------|
| <b>Befolkningsstruktur</b>   |                      |           |             |                |                            |
| Befolkning 31.12   | 483 477              | 214 281   | 176 041     | 5 548 241      | (67 915–658 457)           |
| Befolkningsprognos 2030  | 491 637              | 201 574   | 173 694     | 5 598 821      | (65 348–703 540)           |
| Befolkningsprognos 2040  | 494 333              | 189 132   | 169 533     | 5 588 011      | (60 312–730 098)           |
| Födelseetal (allmänt fruktsamhetstal) *                                | 38,3                 | 39,2      | 48,3        | 40,9           | (34,5–51,7)                |
| 0–17-åringar, % av befolkningen  | 17,5                 | 17,4      | 20,3        | 18,7           | (15,1–22,5)                |
| 75 år fyllda, % av befolkningen  | 11,1                 | 13,0      | 11,4        | 10,4           | (7,1–14,8)                 |
| Befolkningsprognos 2030, 75 år fyllda,<br>% av befolkningen            | 14,7                 | 17,9      | 14,7        | 14,1           | (9,2–21,3)                 |
| Svenskspråkig befolkning, % av befolkningen<br>31.12                   | 5,7                  | 0,4       | 50,6        | 5,2            | (0,1–50,6)                 |
| Personer med utländsk bakgrund / 1 000 invå-<br>nare                   | 85,0                 | 43,6      | 83,6        | 84,6           | (26,9–221,2)               |
| <b>Befolkningens socioekonomiska ställning</b>                         |                      |           |             |                |                            |
| Arbetslösa, % av arbetskraften   | 10,5                 | 10,4      | 6,7         | 11,4           | (6,7–14,3)                 |
| Långtidsarbetslösa, % av arbetskraften                                 | 3,3                  | 3,3       | 2,0         | 4,1            | (1,7–6,1)                  |
| Svårssysselsatta (strukturell arbetslöshet),<br>% av 15–64-åringarna   | 4,5                  | 4,7       | 3,1         | 5,3            | (3,1–7,2)                  |
| Arbetslösa ungdomar, % av arbetskraften i åld-<br>rarna 18–24 år       | 12,2                 | 13,5      | 7,3         | 14,0           | (7,3–19,2)                 |
| Ginikoefficient, disponibel inkomst*                                   | 27,3                 | 24,8      | 25,1        | 27,7           | (23,7–33,9)                |
| Familjer med bara en förälder,<br>% av barnfamiljerna *                | 22,9                 | 23,6      | 15,8        | 23,3           | (15,8–28,0)                |
| Barnfamiljer som långvarigt fått utkomststöd,<br>% av barnfamiljerna * | 2,5                  | 1,5       | 1,5         | 3,0            | (1,2–5,4)                  |
| Kommunens allmänna låginkomstkvot *                                    | 13,2                 | 13,3      | 11,6        | 12,5           | (7,7–17,8)                 |
| <b>Befolkningens sjuklighet</b>  |                      |           |             |                |                            |
| THL:s sjuklighetsindex, icke-åldersstan-<br>dardiserat **              | 95,5                 | 107,0     | 86,6        | 100,0          | (73,9–136,1)               |
| Förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 0–80<br>år/100 000 invånare      | 5 377                | 6 403     | 4 657       | 5 685          | (4 657–7 013)              |
| Invaldpensionstagare,<br>% av 16–64-åringarna                          | 5,6                  | 6,7       | 4,6         | 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 Västra Finlands samarbetsområde 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.

# Välfärdssområæets administrativa och funktionella uppbyggnad

## Övergång från utspridd organisationsstruktur till välfärdssområde

Egentliga Finlands välfärdssområde består av 27 kommuners social- och hälsovårdstjänster, Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, samkommunen för Egentliga Finlands specialomsorgsdistrikt (KTO), Kårkulla samkommuns verksamhet i Egentliga Finland och Egentliga Finlands räddningsverk. Välfärdssområdet ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster samt räddningsväsendet från och med den 1 januari 2023.

Ett samarbetsavtal för de tre välfärdssområdena i Västra Finlands samarbetsområde utarbetas under ledning av Egentliga Finlands välfärdssområde under 2023. Enligt området pågår beredningen av ett beredskapscenter för social- och hälsovården.

## Välfärdssområæets strategi styr områæets verksamhet och drar upp riktlinjer för ordnandet och produktionen av tjänster

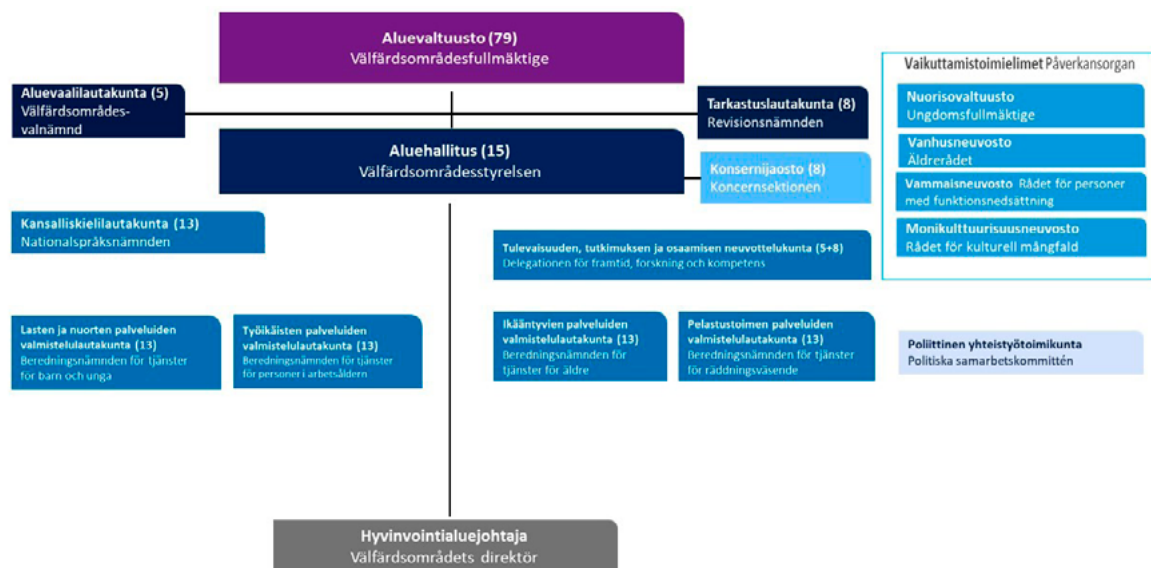
Strategin för Egentliga Finlands välfärdssområde godkändes i september 2022. I strategin har man beaktat målen för reformen av social- och hälsovården och fastställt fokusområden för de kommande åren. I strategin beaktas kundorientering, samarbete och tillgodoseendet av de språkliga rättigheter som fastställts för det tvåspråkiga välfärdssområdet. Bakgrunden till beredningen av strategin är beredningsnämndernas utlåtanden.

Arbetet med strategin för servicenätet och utredningen om det har inletts och kommer att slutföras 2023. Grunden för verksamheten i välfärdssområdet är det nuvarande servicenätverket, som är ett av de mest splittrade i landet. En plan för att göra tjänsterna jämlika utarbetas 2024.<sup>1</sup>

## Välfärdssområæets framtida organisationsstruktur är i beredningsskedet

Förvaltningsstadgan för Egentliga Finlands välfärdssområde godkändes i välfärdssområæesfullmäktige i mars 2022 och har uppdaterats flera gånger under året. Fullmäktige har inte fattat beslut om organisationsstrukturen för välfärdssområdet som inleder sin verksamhet den 1 januari 2023. Modellen med produktionsnämnder används som grund för den fortsatta beredningen.<sup>2</sup> Styrelsen har behandlat förvaltningsstadgan som inte längre omfattar några beredande nämnder. I stället för dem föreslås fyra produktionsnämnder för resultatområdena: ÅUCS och sjukhusnämnden, social- och hälsovårdsnämnden, äldreomsorgsnämnden och räddningsnämnden. Sektionerna har utökats med sektionen för ordnande av hälso- och sjukvård, personalsektionen och sektionen för främjande av välfärd och hälsa.<sup>3</sup> Organisationen som gäller fram till utgången av 2022 beskrivs i figur 2.

Figur 2. Den gällande organisationen av organ hösten 2022



▲ På bilden visas områdets organisation av organ hösten 2022. Fullmäktige och styrelsen har den högsta makten.

## Verksamheten är delvis fördelad på åtta områden

Social- och hälsocentralens, social- och handikappservicens och äldreomsorgens verksamhet är fördelad på åtta områden:

- område 1 (Nystad, Letala, Vemo, Tövsala, Pyhäranta, Gustavs, Masko, Virmo, Nousis, cirka 53 000 personer),
- område 2 (Loimaa, Pöytyä, Aura, Oripää, Lundo, Koski TI, S:t Mårtens, cirka 54 000 personer),
- område 3 (S:t Karins, Pemar, Sagu, cirka 50 000 personer),
- område 4 (Kimitoön, Pargas, Åbos svenskspråkiga befolkning, cirka 22 000 personer),
- område 5 (Nådendal, Reso, Rusko, cirka 51 000 personer),
- område 6 (Salo, Somero, cirka 60 000 personer),
- område 7 (norra delen av Åbo, cirka 97 000 personer)
- område 8 (södra delen av Åbo, cirka 97 000 personer).<sup>4</sup>

Egentliga Finlands välfärdsområde ansvarar för beredningen av samarbetsavtalet för tvåspråkiga välfärdsområden. Samarbetet ska avtalas före september 2023. Beslut om att fortsätta med Kårkulla samkommuns verksamhet och föra över uppgifter, personal och lokaler har fattats.<sup>5</sup>

## Kontaktyternas strukturer avtalas när välfärdsområdet inlett verksamheten

Kontaktytearbetet för olika kundgrupper avtalas under 2023 efter att välfärdsområdets strukturer har bekräftats. Området har expertnätverk som bevaras under övergångsperioden. På expertnivå finns det till exempel kontaktytor i fråga om främjande av välfärd och hälsa, invandring, samarbete med läroanstalter och framtidsforskning.

## Beredningen av välfärdsplanen inleds 2023

Området har utarbetat en regional välfärdsberättelse som beskriver befolkningens välfärd och förändringarna i verksamhetsmiljön. Den har publicerats på finska och svenska. Berättelsen har behandlats i välfärdsområdesfullmäktige i juni 2022.<sup>6</sup> Välfärdsplanen utarbetas 2023 tillsammans med kommunerna och andra centrala aktörer i området.

## Riktlinjer för grunderna för fastställande av avgifter har dragits upp

Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige fattade beslut om grunderna för fastställande av avgifter för välfärdsområdets tjänster och om servicesedlar i november 2022. I välfärdsområdesreformen harmoniseras separata avgifter, ersättningar och arvoden inom social- och hälsovården. De kundavgifter som fastslogs för 2023 var i linje med nivån 2022.<sup>7</sup>

## Löneharmoniseringen skjuts upp till kommande år

Löneharmoniseringen inleds under de kommande åren. Välfärdsområdet tror att olika löneuppgörelser i välfärdsområdena kommer att återspeglas i personalörklighet utan en nationell löneharmonisering.

## Utmaningar i början av beredningen av välfärdsområdet

Enligt uppgifter som publicerades i september 2022 var välfärdsområdets beredskapsgrad 57 procent inom förvaltningen, ekonomin och stödtjänsterna, 34 procent inom ledningen och kompetensen, 47 procent inom ordnandet av tjänster, 21 procent i slutförändringsgraden för kontaktytor och 12 procent i slutförändringsgraden för ICT. Arbetet med kontaktytor, ICT-beredningen samt ledningen och kompetensen har framskridit långsammare än i andra välfärdsområden.<sup>8</sup>

# Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet

Cirka 23 000 arbetstagare överförs till Egentliga Finlands välfärdsområde. Enligt uppgiftsbeteckning överförs flest sjukskötare (5 000) och närvårdare (4 600).

## Tillgången på personal har försämrats

Enligt yrkesbarometern (2022) råder det stor brist på sjuk-, hälso- och närvårdare samt i viss mån förstavårdare inom sjuktransporten samt på över- och avdelningsskötare.<sup>9</sup> Enligt Kevas arbetskraftsanalys inom kommunsektorn fortsätter bristen på kompetent arbetskraft fram till 2030 i flera centrala yrkesgrupper inom social- och hälsovården.<sup>10</sup>

Enligt tillsynsmyndigheten har Egentliga Finlands välfärdsområde utmaningar med att rekrytera personal inom hemvården, boendeservicen och primärvården. Det råder brist på personal på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar i området. Inom tjänsterna för barn, unga och familjer har det varit svårt att få utbildad vårdpersonal och pedagoger till barnskyddsanstalterna och ansvarspersonernas roller har inte definierats tydligt. På grund av bristen på socialarbetare har kommunerna anställt kortvarig inhyrd personal, vilket har utgjort ett hinder för det långsiktiga barnskyddsarbetet. Inom mentalvårds-, missbrukar- och socialtjänsterna för vuxna finns det för lite personal och en del av vård- och omsorgsarbetet utförs av vikarier eller studerande. Den otillräckliga personalen inom äldreomsorgen syns i hemvården och i enheterna för serviceboende med heldygnsoomsorg. Inom boendeservicen har personer som saknar utbildning inom social- och hälsovården deltagit i omsorgsarbetet, och man har använt sig av många studerande i förhållande till den yrkesutbildade personalen. Man har konstaterat att det finns utmaningar med orken hos vårdenheternas avdelningschefer. Inom specialomsorgens tjänster har det framkommit att vårdbiträden och hemhjälpare har deltagit i läkemedelsbehandlingen inom hemvården på grund av personalbrist.<sup>11</sup>

I och med ändringarna i äldreomsorgslagen ökar personaldimensioneringen inom heldygnsoomsorgen för äldre till 0,7 vårdare per klient. Området bedömer att det behöver nya vakanser för vård av äldre dygnet runt, alternativt måste antalet klienter bli mindre. I området har man observerat att det är utmanande att rekrytera yrkespersoner till mer avlägsna enheter. Enligt området finns det fler lediga tjänster än vanligt utan sökande inom vårdpersonalen. Bristen på socialarbetare, läkare och munhygienister har varat länge.

## Strävan efter att påverka tillgången på personal

Indikatorer på välfärdsområdesnivå för faktorer som påverkar hur attraktivt området är och hur väl det kan behålla sin personal skapas under 2023.<sup>12</sup> Under hösten 2022 är målet att förenhetliga personalförmånerna och språktilläggen. Granskningen av arbetsbeskrivningarna och möjligheterna att anlita assisterande personer utreds. Samarbetet med läroanstalterna fortsätter och studerandena integreras i enheternas verksamhet redan under studietiden. Det strategiska målet är att förbättra tillgången på personal, löner, arbetsförhållanden och karriärutveckling.<sup>13</sup>

## Sjukfrånvaron har inte följts upp för hela området

Sjukfrånvaron har inte följts upp på välfärdsområdesnivå. Under 2021 ökade sjukvårdsdistriktets sjukfrånvaro med 11 procent jämfört med året innan och en arbetstagare hade i genomsnitt 16,7 sjukdagar under ett år. En orsak till frånvaron var covid-19-pandemin.<sup>14</sup>

## Tvåspråkigheten syns i personalärenden

I välfärdsområdets strategi beaktas den tvåspråkiga personalen. Ledningen kommunicerar med personalen på de båda inhemska språken, och exempelvis personalenkäter analyseras också ur språklig synvinkel. Språkfördelningen bland personalen följs upp. Informationsförmedlingen ordnas på finska och svenska och tvåspråkigheten beaktas i beslutsfattandet.<sup>15</sup> Det har ännu inte utarbetats något språkprogram på välfärdsområdesnivå för området, men området stöder sig på Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts språkprogram och anvisningar.<sup>16</sup>

## Förändringar i organisationen återspeglas i personalen

Besluten om välfärdsområdets organisation fattas i slutet av 2022. Enligt området har den långsamma beslutsprocessen ökat ovissheten bland personalen, och en liten omsättning av uppgifter och personal uppskattas förekomma under 2023. Eftersom personalförvaltningens resurser har varit begränsade i beredningsskedet har man i beredningsuppgifterna tvingats prioritera personalförvaltningens uppgifter som är nödvändiga och säkerställer överföringen. Utvecklingen av nya verksamhetsmodeller och förenhetligandet av personalrelaterade funktioner på områdesnivå fortsätter under 2023.

## Personalen syns i nämndernas utlåtanden

I områdets strategi har man på många håll påpekat att tillgången på personal behöver stärkas. Nämnderna har i sitt strategiarbete lyft fram tillräcklig och yrkeskunnig personal, ändamålsenliga arbetsanvisningar, stöd för personalens arbetshälsa och stärkande av det multiprofessionella samarbetet som viktiga frågor inom tjänsterna för barn, unga och familjer. Inom servicen för personer i arbetsför ålder betonas rättvis lön, tillräckliga personalresurser, goda arbetsförhållanden samt personalens engagemang och ork. Kompetent och yrkeskunnig personal inom äldreomsorgen, satsningar på utbildning och skapande av attraktiva karriärvägar anses vara viktiga.<sup>17</sup>

# Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder

## På strategisk nivå vill man föra samordnade helheter framåt

Den strategiska tyngdpunkten för Egentliga Finlands välfärdsområde är att erbjuda tjänster i rätt tid, på rätt plats och att göra rätt saker.<sup>18</sup> Från och med början av 2023 överförs ansvaret för att ordna social- och hälsovården och räddningsväsendet till välfärdsområdena. Efter att reformen trätt i kraft dras riktlinjerna för målen för social- och hälsovården i området upp i välfärdsområdets servicestrategi. Arbetet med servicestrategin har inletts.<sup>19</sup> Beredningen av välfärdsplanen sker 2023.

Grunden för utvecklingen av integrationen av välfärdsområdets tjänster utgörs av Egentliga Finlands plan för ordnande av social- och hälsovård, där tyngdpunkten ligger på kundorientering, tillgång till tjänster i rätt tid, stärkande av basservicen och de förebyggande tjänsterna, digitalisering, kostnadseffektivitet samt intensifiering av samarbetet mellan primärvården, socialväsendet och den specialiserade sjukvården och utveckling av en sektorsövergripande serviceintegration. Målet är att säkerställa att invånarna har tillgång till tjänster som fungerar på lika villkor och som grundar sig på det verkliga servicebehovet samt fungerar på ett kund- och kostnadseffektivt sätt samt att beakta invånarnas språkliga rättigheter. Ett centralt element är att bygga upp heltäckande och fungerande vårdkedjor, samordna servicenätet samt avveckla strukturella och funktionella överlappningar.<sup>20, 21</sup>

## Integrationen går framåt i samarbete med andra aktörer i området

Regionens utvecklingsåtgärder har gällt samarbete mellan hälsocentraltjänster och specialiserad sjukvård, akuttjänster, mun- och tandvård, rehabiliterings-, vård- och omsorgstjänster för äldre, tjänster för barn, unga och familjer, socialtjänster för personer i arbetsför ålder, mentalvårds- och missbrukartjänster, tjänster för personer med funktionsnedsättning, främjande av välfärd och hälsa, utveckling av ICT och e-tjänster, kunskapsbaserad ledning samt styrning och tillsyn av serviceproducenter.

Målet för tjänsterna för barn, unga och familjer är att förenhetliga samarbetsstrukturerna. I tjänsterna betonas stärkandet av förebyggande tjänster och tjänster med låg tröskel samt ordnandet av servicehandledning för familjer enligt principen om ett serviceställe. I den fortsatta beredningen ingår införande av en regional familjecentermodell, ett familjecenteravtal, ett familjecenterkoncept och utveckling av ett elektroniskt familjecenter. Inom resultatområdet för social- och hälsovårdstjänster framträder kontinuiteten i servicekedjorna för barn och unga i övergångsskedet till vuxenlivet samt beaktandet av familjers mångfald, barnorientering och tvåspråkighet. Inom den specialiserade sjukvårdens tjänster framträder samordningen av tjänsterna med social- och hälsovårdstjänster på basnivå, säkerställandet av oavbrutna servicekedjor och fungerande konsultationspraxis. För personer i arbetsför ålder anser man att det är viktigt att utnyttja det nuvarande servicenätet maximalt, att skapa jämlikhet samt att utveckla digitala och mobila tjänster. För äldre personer förenhetligas rehabilitering, vård och omsorg. Arbetet med att utveckla åldersvänligt boende och integrera det i strategin fortsätter.<sup>22</sup>

Kriterierna för tillgången till service för personer med funktionsnedsättning har förenhetligats och arbetet med att utarbeta servicebeskrivningar och beskriva serviceprocesserna har inletts. Dessutom har närmare kontaktytor identifierats.



Det nuvarande läget inom missbrukartjänsterna har beskrivits och servicebehoven identifierats. Definitionen av tjänster inom missbrukarbetet genomförs 2023. I utvecklingen betonar man skapandet av hänvisningskriterier, förenhetligandet av beslutsfattandet inom missbrukarrehabiliteringen och remisskriterierna samt skapandet av en enhetlig praxis för genomförande av substitutionsbehandling på social- och hälso-centralnivå.

## Tjänsternas funktion stärks inom mun- och tandhälsovården

Syftet med projektet TulSote är att förbättra tillgången till mun- och tandvårdstjänster i rätt tid på basnivå i välfärdsområdet och att stärka tjänsternas funktion och sektorsövergripande karaktär genom att utveckla enhetlig praxis och enhetliga vårdkedjor. I välfärdsområdet har man infört en verksamhetsmodell för förebyggande mun- och tandvård för barn och unga samt modellen Personlig assistans för daglig oral egenvård. Inom mun- och tandvården har man dessutom utarbetat enhetliga kriterier för att få vård på jouten och för att få brådskande vård.

## Tjänster för främjande av hälsa och välfärd integreras i serviceutbudet

Utvecklingen av hälsa och välfärd har främjats i området inom projekten TulSote I och II genom att sprida en evidensbaserad modell för lösningsinriktad gruppverksamhet på alla kontaktytor mellan Egentliga Finlands välfärdsområde och kommunerna. Målgruppen har varit långtidssjuka, personer som använder många tjänster och personer som behöver social rehabilitering. Livsstilshandledningen har främjats med hjälp av en modell för läkemedelsfri behandling av sömnlöshet och viktkontrollappen Onnikka. Det sektorsövergripande serviceutbudet för främjande av hälsa och välfärd har planerats 2022 och genomförs 2023–2025 som en del av programmet för hållbar tillväxt. Det är också under beredning att inkludera organisationsarbete och kulturell välfärd i servicepaletten som en del av vård- och servicekedjorna och servicehandledningen.

## Än så länge sparsamt med servicekedjor och -processer som omfattar hela området

Egentliga Finlands välfärdsområde har utvecklat social- och hälsovårdstjänsterna på basnivå i enlighet med målen i programmet Framtidens social- och hälsocentral, vilket har återspeglats i förnyande verksamhets sätt och utvecklande servicekedjor inom tjänsterna för barn och barnfamiljer, personer i arbetsför ålder samt äldre.<sup>23</sup> Enligt området finns det dock fortfarande sparsamt med servicekedjor och -processer på välfärdsområdesnivå som lämpar sig för den nya organisationsstrukturen. Servicekedjorna har utvecklats utifrån en struktur som baserar sig på den tidigare modellen med flera anordnare. Man upplever också att det är viktigt att fortsätta utveckla servicekedjorna för digitala tjänster på de båda inhemska språken i området. Målet med servicekedjorna är att beakta samarbetet mellan kontaktytorna och att man har flera kanaler. Servicekedjor och -processer som behöver utvecklas måste identifieras, och man behöver leta efter kostnadseffektiva och effektiva lösningsmodeller.

## Utvecklingen av välfärdsområdet stöds genom ledning

Direktören för social- och hälsovårdscentralen, servicedirektören för social- och hälsovårdstjänster för personer med funktionsnedsättning och servicedirektören för tjänster för äldre ansvarar för den regionala integrationen av serviceproduktionen med målet att stärka ledningen samt harmonisera verksamhetssätten och processerna. Direktörerna för social- och hälsovårdsområdena och serviceområdena inom välfärdsområdets funktionella områden ansvarar för att man i områdena följer de överenskomna verksamhetsmodellerna. När det gäller integrationen har man planerat att den som ordnar tjänsterna i samarbete med serviceproduktionen ska säkerställa att servicekedjorna och servicekriterierna är enhetliga. Kundrelations-

direktören granskar serviceintegrationen, servicekriterierna och kundhandledningen inom resultatområdet för serviceproduktion. Områdets styrningschefer ser till att kundflödena är ändamålsenliga inom deras resultatområden. Prioriteringen av de vård- och servicekedjor som ska utvecklas diskuteras i samarbete mellan resultatområdesledningen för produktionen och representanterna för organiseringsverksamheten.

### **Arbetet med att förenhetliga landets mest splittrade klient- och patientdatasystemhelhet har inletts**

Egentliga Finlands välfärdsområde börjar förenhetliga hanteringen av kundrelationer utifrån 28 anordnares system och verksamhetsmodeller. Det finns 34 organisationer som överlåter sin verksamhet till välfärdsområdet. På grund av de splittrade klient- och patientdatasystemen är områdets förmåga att hantera klientrelationerna som helhet bristfällig.<sup>24</sup>

Många digitala tjänster är i användning i området, och utgångsläget för klient- och patientdatasystemen är det mest splittrade i Finland. Man har börjat gallra bland klient- och patientdatasystemen, och arbetet fortsätter under 2023. Områdets mål är att förenhetliga det digitala servicesystemet, främja servicespecifik digital ärendehantering via Finlands program för hållbar tillväxt (RRP) och utveckla en virtuell social- och hälsocentral. Enligt området har den virtuella social- och hälsocentralens innehåll och system beskrivits och kravspecifikationerna och kanaliseringen till serviceproduktionen fortsätter. En kartläggning av miniinformationsinnehållet och en beskrivning av nuläget samt skapande av en informationskarta pågår.

### **Utifrån indikatorerna avviker området inte från genomsnittet**

I indikatoruppgifterna som beskriver integrationen av tjänsterna motsvarar Egentliga Finland mestadels genomsnittet eller är något bättre än genomsnittet i landet. År 2021 var andelen kunder som använt hälsovårdscentralens läkartjänster mer än tio gånger per år (0,5 %) något lägre än i landet i genomsnitt, men antalet jourbesök inom primärvården var något större än i hela landet. Mängden vård på vårdavdelning som behövdes på grund av astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtinsufficiens, bipolär sjukdom och schizofreni är mindre än i landet i genomsnitt. Andelen som upplevde att social- och hälsovårdstjänsterna var smidiga var större i Egentliga Finland än i landet i genomsnitt (tabell 2).

Tabell 2. Indikatoruppgifter om integrationen av tjänsterna

| Indikator  | Egentliga Finland | Satakunta | Österbotten | Hela landet (variationsintervall) |
|--|-------------------|-----------|-------------|-----------------------------------|
| Vårdperioder vid en bäddavdelning på grund av astma bland personer som fyllt 15 år / 100 000 invånare  | 16,2              | 28,4      | 19,7        | 25,1<br>(13,2–80,6)               |
| Vårdperioder på en bäddavdelning på grund av diabetes bland personer som fyllt 15 år / 100 000 invånare  | 99,3              | 98,6      | 59,5        | 98,2<br>(46,0–159,9)              |
| Vårdperioder på en bäddavdelning på grund av KOL bland personer som fyllt 15 år / 100 000 invånare   | 74,6              | 110,9     | 78,7        | 87,0<br>(44,8–166,5)              |
| Vårdperioder vid en bäddavdelning på ett sjukhus på grund av hjärtinsufficiens bland personer som fyllt 15 år / 100 000 invånare                   | 196,5             | 299,7     | 170,7       | 244,0<br>(144,5–448,1)            |
| Återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som lider av bipolär sjukdom, % av de utskrivna                 | 19,0              | 23,7      | 15,8        | 22,5<br>(8,4–28,7)                |
| Återintagning till en bäddavdelning inom 30 dagar efter utskrivningen av patienter som lider av schizofreni, % av de utskrivna                     | 18,1              | 26,5      | 18,3        | 26,4<br>(15,0–37,9)               |
| Personer som upplevde att servicen var smidig, (%) av dem som anlitat socialservice *  | 56,0              | 48,9      | 58,6        | 51,6<br>(43,4–59,0)               |
| Personer som upplevde att tjänsterna var smidiga, % av dem som anlitat hälsotjänster *   | 57,5              | 54,3      | 50,1        | 54,3<br>(49,5–60,8)               |
| Hemvårdsklienters situation 2 mån. efter akutsjukvård (om tillbaka i hemvård), % *   | 69,2              | 56,7      | 66,6        | 67,3<br>(37,7–77,8)               |
| Andelen 75 år fyllda klienter inom hemvården som varit en period på sjukhus med början på jousen, % av alla hemvårdsklienter i motsvarande ålder * | 21,6              | 23,3      | 24,9        | 23,6<br>(10,8–32,6)               |
| Jourbesök inom primärvården (inkl. samjour) / 1 000 invånare   | 460,2             | 187,0     | 1082,4      | 448,9<br>(130,5–1082,4)           |
| Klienter som besökt en hälsocentralläkare mottagning över 10 gånger per år, % av alla som besökt en hälsocentralläkare mottagning                  | 0,5               | 0,3       | 0,6         | 0,6<br>(0,2–1,3)                  |
| Läkare som upplevt att informationsutbytet mellan organisationer fungerar, % av svarande **  |                   |           |             | 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 Västra Finlands samarbetsområde och hela landet. Indikatorvärdena har fått från THL:s tjänst Sotekuva (sotekuva.fi). Siffrorna gäller för 2021. Avvikelser har angetts separat.

# Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet

## Välfärdsområdets mål är att förenhetliga tjänsterna i området och snabbt utveckla ICT och kunskapsbaserad ledning

Områdets strategiska mål är att trygga tillgången till öppenvårdstjänster genom att utveckla öppenvården genom åtgärderna inom projektet Framtidens social- och hälsocentral. Sjukhusjämnhetens helhet och bäddavdelningskapaciteten optimeras för att förbättra tillgången till specialiserad sjukvård och hänvisningen av kunder till platser för fortsatt vård. Familjecenterverksamheten och den elektroniska familjecenterverksamheten utvecklas och tillgången till distanskontakt förbättras. Genom att utveckla digitala vårdvägar med hjälp av åtgärderna inom projektet Framtidens social- och hälsocentral strävar man efter att trygga tillgången till mentalvårds- och missbrukartjänster.<sup>25</sup>

Servicestrategin och planen för servicenätet skapas 2023. I servicestrategin fastställs de långsiktiga målen för områdets social- och hälsovårdstjänster samt ett tillgängligt och kostnadseffektivt servicenät.

## I Egentliga Finland är tillgången till distanstjänster bättre än i landet i genomsnitt

Det nationella målet är att 35 procent av klientmötena inom social- och hälsovården ska ske digitalt före 2025.<sup>26</sup> Andelen elektroniska tjänster inom primärvården och den specialiserade sjukvården i Egentliga Finland ökade under 2021 i och med covid-19-pandemin. År 2021 gjordes 22,5 procent av besöken inom primärvården på distans; i detta ingår också telefonsamtal som ersätter besök. Inom den specialiserade sjukvården ökade distanskontakterna särskilt inom psykiatrin. Under 2022 bedöms distanskontakterna i sin helhet ha minskat. Välfärdsområdets strategiska tyngdpunkt för 2023 är att främja regionens digitala lösningar och patientdatasystem.<sup>27</sup>

Våren 2022 kom mindre än hälften av dem som väntat på ett icke-brådskande läkarbesök inom primärvården till en fysisk mottagning och över hälften till en distansmottagning inom tidsfristen på sju dygn. Andelen som kom på fysiska besök låg något under genomsnittet i landet och andelen som fick vård på distans var något över genomsnittet (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 |
| <b>Alla serviceproducenter</b>     | <b>44</b>     | <b>55</b>        | <b>9</b>      | <b>12</b>        | <b>16</b>     | <b>13</b>        |
| Helsingfors                        | 60            | 41               | 5             | 20               | 16            | 21               |
| Östra Nyland <sup>1,2</sup>        | 4–41          | 21–81            | 2–26          | 11–19            | 4–36          | 6–29             |
| Mellersta Nyland                   | 60            | 78               | 12            | 7                | 11            | 5                |
| Västra Nyland <sup>1</sup>         | 17–76         | 30–89            | 5–25          | 5–21             | 8–43          | 2–25             |
| Vanda och Kervo <sup>1</sup>       | 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 <sup>2</sup>   | 22            | 16               | 6             | 7                | 11            | 7                |
| Norra Savolax                      | 38            | 59               | 16            | 20               | 27            | 18               |
| Mellersta Finland <sup>3</sup>     | 34            | 44               | 11            | 19               | 27            | 22               |
| Södra Savolax                      | 42            | 31               | 9             | 14               | 15            | 13               |
| Norra Karelen                      | 58            | 94               | 16            | 4                | 14            | 1                |
| Birkaland <sup>3</sup>             | 43            | 57               | 9             | 14               | 21            | 19               |
| Egentliga Tavastland               | 35            | 38               | 12            | 15               | 14            | 14               |
| Södra Österbotten                  | 53            | 45               | 7             | 10               | 9             | 6                |
| <b>Egentliga Finland</b>           | <b>42</b>     | <b>57</b>        | <b>10</b>     | <b>13</b>        | <b>18</b>     | <b>18</b>        |
| Satakunta                          | 57            | 57               | 11            | 15               | 13            | 12               |
| Österbotten <sup>4</sup>           | 51            | 51               | 12            | 8                | 21            | 7                |
| Norra Österbotten <sup>5</sup>     | 36            | 43               | 8             | 11               | 15            | 12               |
| Mellersta Österbotten <sup>4</sup> | 49            | 61               | 19            | 14               | 15            | 6                |
| Kajanaland                         | 75            | 69               | 9             | 5                | 5             | 4                |
| Lappland <sup>5</sup>              | 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).

### **Sjukskötar-, läkar- och tandläkartjänster upplevdes mer sällan otillräckliga**

År 2020 fick något färre enligt egen bedömning otillräckliga sjukskötar-, läkar- och tandläkartjänster än i landet i genomsnitt. År 2021 var situationen i området något bättre än i landet i genomsnitt när det gällde skolelevs tillgång till kurator och yrkesstuderandes tillgång till skolhälsovårdare, men gymnasieelevers tillgång till skolhälsovårdare var något sämre än i landet i genomsnitt (tabell 4). Enligt tillsynsmyndigheten har det förekommit brist på vårdplatser på regionens ungdomspsykiatriska avdelning och unga har vårdats på överplatser.<sup>28</sup>

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

|                              | Har trots försök under läsåret inte fått besöka<br>(%-andel av eleverna eller studerandena) |                          |                                    |                                     | Andelen personer som fått<br>otillräckliga mottagningstjänster<br>(%) av dem som behövt tjänster |                    |                        | Andelen personer som fått otillräckliga tjänster<br>(%) av dem som behövt tjänster |  |                                   |  |
|------------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------|------------------------|--|--|-----------------------------------|--|
|                              | Skolkur-<br>torn  | Skolhälsovårdaren        |                                    |                                     | Sjuk-<br>skötar-<br>tjänster   | Läkar-<br>tjänster | Tandläkar-<br>tjänster | Hemvårds-<br>tjänster<br>för äldre   | Tjänster för<br>personer<br>med funk-<br>tionsned-<br>sättning | Tjänster<br>för barnfa-<br>miljer | Tjänster<br>inom det<br>sociala<br>arbetet |
|                              |   | Högstadiet<br>Åk 8 och 9 | Högsta-<br>di-<br>et<br>Åk 8 och 9 | Yrkesläroan-<br>stalt<br>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<br>Nyland          | 10  | 7                        | 6                                  | 3                                   | 14   | 20                 | 24                     | 42   | 64   | 26                                | 47   |
| Västra<br>Nyland             | 11  | 7                        | 5                                  | 6                                   | 16   | 19                 | 28                     | 44   | 40   | 40                                | 39   |
| Vanda och<br>Kervo           | 13  | 8                        | 4                                  | 4                                   | 20   | 25                 | 24                     | 51   | 44   | 33                                | 45   |
| Södra<br>Karelen             | 8   | 4                        | 3                                  | 2                                   | 13   | 21                 | 25                     | 35   | 48   | 35                                | 56   |
| Kymmenedalen                 | 5   | 4                        | 4                                  | 0                                   | 13   | 19                 | 23                     | 34   | 55   | 20                                | 38   |
| Päijänne-<br>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<br>Finland         | 14  | 5                        | 6                                  | 5                                   | 11   | 17                 | 23                     | 32   | 66   | 44                                | 48   |
| Södra<br>Savolax             | 7   | 4                        | 3                                  | 2                                   | 10   | 18                 | 19                     | 30   | 36   | 32                                | 42   |
| Norra<br>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<br>Tavastland      | 10  | 5                        | 4                                  | 3                                   | 11   | 17                 | 19                     | 40   | 50   | 43                                | 47   |
| Södra<br>Österbotten         | 7   | 4                        | 6                                  | 3                                   | 9  | 14                 | 14                     | 24   | 33   | 29                                | 36   |
| <b>Egentliga<br/>Finland</b> | 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<br>Österbotten         | 9   | 5                        | 8                                  | 4                                   | 13   | 19                 | 22                     | 39   | 42   | 33                                | 32   |
| Mellersta<br>Österbotten     | 7   | 4                        | 4                                  | 3                                   | 11   | 15                 | 22                     | 26   | 42   | 25                                | 36   |
| Kajanaland                   | 10  | 5                        | 4                                  | 2                                   | 14   | 23                 | 32                     | 40   | 48   | 28                                | 53   |
| Lapland                      | 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.

## Otillräckliga mottagningstider inom primärvården belastar jouten

Enligt tillsynsmyndigheten har det funnits utmaningar i att få en tid till hälsovårdscentralen i den stora staden i området.<sup>29</sup> Enligt området innebär den dåliga tillgången på läkartider på hälsovårdscentralerna att fler kunder hänvisas till jouten. År 2021 gjordes fler joutebesök både inom primärvården och den specialiserade sjukvården än i landet i genomsnitt. Enligt indikatorerna ökade besöken inom primärvårdens öppna sjukvård betydligt 2021 jämfört med föregående år, men området tror att coronavaccinationerna bidragit till detta. Före corona (2017–2019) låg antalet besök inom primärvårdens öppna sjukvård i området under genomsnittet i landet.

## Invånarna anser att socialtjänsterna är otillräckliga

Andelen personer som fått otillräckliga socialtjänster 2020 var den största i landet i Egentliga Finland (63 %). Inom hemvårds- och handikappservicen för äldre motsvarade andelen som fått otillräcklig service genomsnittet och inom servicen för barnfamiljer var den något mindre än i landet i genomsnitt. Enligt tillsynsmyndigheten har det 2021 förekommit brister i beviljandet och ändringen av hemvårdstjänster och det har framkommit utmaningar i ansökan om, beviljande och ordnande av tjänster för personer med funktionsnedsättning; de har särskilt gällt socialvårdslagen och specialomsorger om personer med intellektuell funktionsnedsättning.<sup>30</sup>

Andelen bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet som i enlighet med lagen slutförts inom tre månader (94,4 %) var något större än i landet i genomsnitt. Man lyckades bra med att behandla ansökningar om grundläggande utkomststöd som riktats till FPA inom sju dagar, och situationen var densamma i hela landet.

## Något färre utmaningar med tjänsternas tillgänglighet än i landet i genomsnitt

Användarna av tjänsterna ansåg att det fanns något färre problem med tjänsternas tillgänglighet i Egentliga Finland 2020 än i landet i genomsnitt. Besvärliga öppettider störde tillgången till service eller vård hos cirka 40 procent av dem som anlitat socialservice och nästan 30 procent av dem som anlitat hälso- och sjukvårdstjänster. En tredjedel av dem som anlitat socialservice och en fjärdedel av dem som anlitat hälso- och sjukvårdstjänster i Egentliga Finland upplevde att tillgången till tjänster försvårades på grund av besvärliga resor. Ungefär var fjärde person som anlitat socialservice och strax under 20 procent av dem som anlitat hälso- och sjukvårdstjänster uppgav att avgifterna försvårat tillgången till service.

## Målet är att trygga tjänster på båda inhemska språken

Det har länge förekommit brister i tillgången till svenskspråkig social- och hälsovård i de flesta tvåspråkiga områden. Genom att förnya strukturerna och verksamhetsmodellerna kan man förbättra tillgängligheten till svenskspråkiga tjänster.<sup>31</sup> I Egentliga Finlands välfärdsområde bedömer nationalspråksnämnden hur områdets beslut påverkar tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna, hur tillgången till tjänster som tillhandahålls på minoritetsspråket förverkligas och vad som görs för att förbättra tjänsterna. Egentliga Finlands välfärdsområde har inte utarbetat någon språkanvisning eller något direktiv för främjande av tvåspråkigheten, men kan utnyttja de anvisningar och program som Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt tidigare utarbetat.<sup>32</sup> Tvåspråkigheten syns i regionens strategi, men inte i de strategiska insatsområdena för 2023–2025.



# Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering

## Kommunernas ekonomi förbättrades tack vare de statliga stödåtgärderna

Av de 27 kommunerna i Egentliga Finland uppvisade 23 ett överskott 2021. Årsbidraget per invånare, som beskriver den interna finansieringens tillräcklighet, var positivt i alla kommuner i området. Med undantag för fyra kommuner (Gustavs, Virmo, Nousis och Pyhärinta) räckte kommunernas årsbidrag till för att täcka avskrivningarna och nedskrivningarna. Årsbidraget per invånare varierade från 166 euro (Pyhärinta) till 1 000 euro (Nådendal) per invånare.

Kommunernas goda resultatutveckling påverkades i hög grad av statens stödåtgärder och den positiva utvecklingen av skatteinkomsterna. Under 2020–2021 stödde staten kommunsektorn med sammanlagt över 5 miljarder euro på grund av extra kostnader och inkomstbortfall som orsakades av coronapandemin. Kommunerna 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.<sup>33</sup>

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 flyttades för kommunernas del till statsunderstöden, och dessutom betalades ersättningar också för kostnaderna för hälsosäkerheten vid gränserna.

År 2021 uppgick de höjningar som beviljades Egentliga Finland för statsandelen för basservice och för att höja samfundsskatteandelen till sammanlagt 73,8 miljoner euro (161,5 miljoner euro 2020). År 2021 beviljades Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt (och Åland) cirka 20,1 miljoner euro (20,6 miljoner år 2020). På grund av coronaviruset beviljades kommunerna i området sammanlagt 78,7 miljoner euro i understöd 2021. I den första ansökan beviljades välfärdsområdet ersättningar för hälsosäkerheten vid gränserna till ett belopp av sammanlagt cirka 2,7 miljoner euro.<sup>34, 35</sup>

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.

## Sjukvårdsdistriktets resultat förbättrades jämfört med året innan

Ekonomi för samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt stärktes ytterligare 2021, eftersom verksamhetsbidraget ökade med 33,2 procent jämfört med året innan. Årsbidraget ökade med 38 procent och räckte till för att täcka avskrivningar och nedskrivningar. I den slutliga faktureringen till kommunerna gottgjorde sjukvårdsdistriktet kommunerna med 29,3 miljoner euro för kostnaderna för vård och testning av coronaviruspatienter. Sjukvårdsdistriktet uppnådde slutligen ett överskott på 14,4 miljoner euro 2021. Sjukvårdsdistriktets lånestock sjönk med 21,3 miljoner euro jämfört med året innan och uppgick i slutet av året till 125,4 miljoner euro.<sup>36</sup>

I början av 2022 hade sjukvårdsdistriktet 22,3 miljoner euro i överskott i balansräkningen. Enligt sjukvårdsdistriktets ekonomiöversikt för januari-augusti 2022 är underskottsprognosen för räkenskapsperioden 2022 30,1 miljoner euro, och på grund av risken för underskott beslöt man att höja priserna på tjänsterna. Syftet med åtgärden är att försöka rikta risken för underskott till alla betalande aktörer i förhållande till användningen.<sup>37</sup>

Samkommunen för Egentliga Finlands specialomsorgsdistrikt, Pöytyä samkommun för folkhälsoarbete, Akseli samkommun för grundtrygghet och Pemar-Sagu samkommun för folkhälsoarbete har inga underskott som saknar täckning på basis av bokslutet för 2021. Kårkulla samkommun har ett underskott på 1,3 miljoner euro som inte täckts i balansräkningen. Underskottet täcks före utgången av 2022 genom att fakturera ägarkommunerna.<sup>38, 39, 40, 41, 42</sup>

## Överföringen av projekt sänkte sjukvårdsdistriktets investeringsutgifter

År 2021 uppgick Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts investeringsutgifter till 31,9 miljoner euro. Investeringarna i byggande uppgick till 20,7 miljoner euro medan investeringarna i utrustning och andra anläggningstillgångar uppgick till sammanlagt 11,2 miljoner euro. På grund av att projekten överfördes och fördröjdes blev investeringsutgifterna 14,8 miljoner euro mindre än det anslag som reserverats för investeringar (46,7 miljoner euro). En del av investeringsmedlen realiserades också som driftsutgifter (bl.a. investeringar i anslutning till UNA). Sjukvårdsdistriktet började utarbeta en långsiktig översiktsplan för fastigheter och lokaler (Masterplan) i augusti 2020. Planeringen fortsätter enligt nybyggnadsscenarioet och efter att Fyrsjukhuset tagits i bruk (i februari 2022) rivs det nuvarande U-sjukhuset och ersätts av ett nybygge.

Områdets senaste dispens för investeringar på 60 miljoner euro i psykiatrihuset beviljades 2021.<sup>43, 44</sup>

## Välfärdsområdets investeringsplan siktar på att avveckla institutionsvården för äldre

Investeringsplanen för Egentliga Finlands välfärdsområde har utarbetats utifrån enskilda uppgifter från områdets social- och hälsovårdsanordnare och från räddningsväsendet. I enlighet med välfärdsområdestyrelsens riktlinjer börjar man 2023 bereda långsiktiga dokument som styr investeringarna. Områdets investeringsplan grundar sig således på befintliga projekt och förbindelser. De delplaner för social- och hälsovården och räddningsväsendet för planeringsperioden 2023–2026 som ingår i investeringsplanen för Egentliga Finlands välfärdsområde uppgår till sammanlagt 613 miljoner euro. I planen ingår investeringar inom den egna balansräkningen (393 miljoner euro) samt avtal som motsvarar investeringar (219 miljoner euro). Området har inga uppgifter om överlåtelser av egendom 2023.

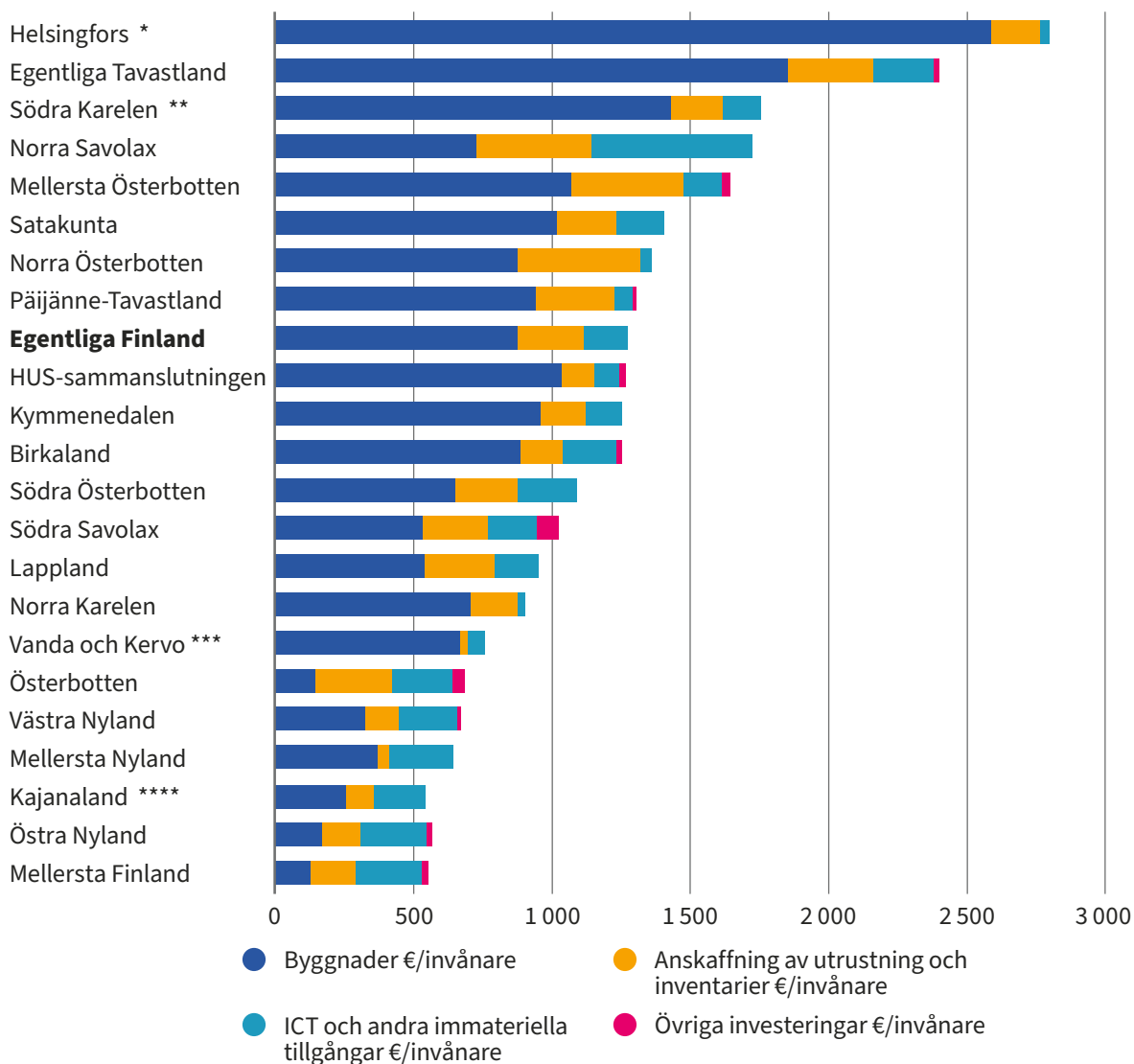
Byggnadernas investeringsutgifter för 2023 är sammanlagt 106 miljoner euro och under hela planperioden 2023–2026 sammanlagt 423 miljoner euro; detta inkluderar både investeringar i den egna balansräkningen och avtal som motsvarar investeringarna. De viktigaste byggprojekten som ingår i delplanen för social- och hälsovårdsväsendet 2023 grundar sig på sjukvårdsdistriktets Masterplan, som omfattar psykiatriens nybyggnad, Salo sjukhus och byggprojekt i tilläggsdelen till T-sjukhuset. Övriga betydande byggnadsprojekt har i synnerhet som mål att avveckla institutionsvården för äldre före 2027 (figur 3).

Investeringarna för anskaffning av utrustning och inventarier (29 miljoner euro år 2023) går företrädesvis till att ersätta ÅUCS/sjukhustjänsternas inventarier och utrustning och till inredning av den psykiatriska nybyggnaden.

Planeringen av ICT-investeringar har grundat sig på sjukvårdsdistriktets utvecklingskarta och på projekt som överförs från kommunerna. Det främsta målet vid övergången till välfärdsområdet är att trygga verksamhetens kontinuitet – i synnerhet löneutbetalningen till personalen och tillgången till service. De viktigaste investeringsprojekten under de kommande åren syftar till att konsolidera och uppdatera klient- och patientdatasystemen samt genomföra och harmonisera integrationer av informationskällorna. I delplanen för social- och hälsovården uppgår investeringsutgifterna för ICT till 73 miljoner euro under hela planperioden.

Investeringsplanen får inte strida mot samarbetsavtalet för samarbetsområdet för social- och hälsovård (Egentliga Finland, Satakunta och Österbotten). Än så länge har inget samarbetsavtal ingåtts i regionen.<sup>45</sup>

**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: Kajaland välfärdsområde, välfärdsområdesstyrelsen 12.9.2022

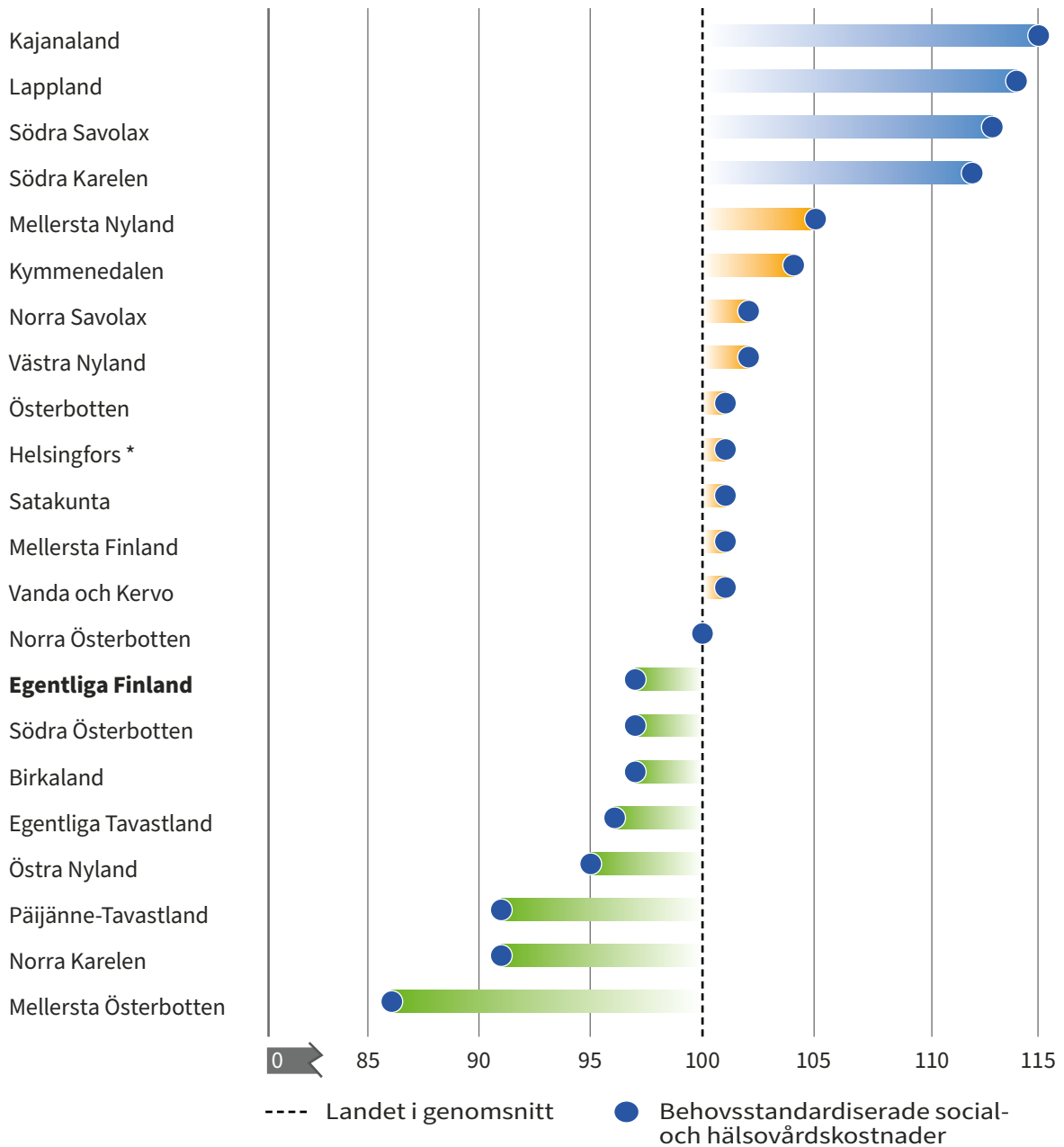
## Välfärdsområdets fullmakt att uppta lån räcker till för att täcka områdets investeringsplaner

Välfärdsområdenas första fullmakt att uppta lån för 2023 har fastställts utifrån uppgifterna i bokslutet för 2021 och budgetuppgifterna för 2022 för de sjukvårdsdistrikt och samkommuner för specialomsorgsdistrikt som överförs till välfärdsområdet. Vid beräkningen av fullmakten att uppta lån 2023 har man använt en genomsnittlig årsbidragsprocent (4,1 procent) på basis av den uppskattade statliga finansieringen av välfärdsområdena samt en årsbidragsprocent som beräknats utifrån sjukvårdsdistriktens och specialomsorgsdistriktens försäljningsintäkter. Årsbidraget som realiserats kan dock avvika från genomsnittet, och därför kan fullmakten att uppta lån för senare år avvika väsentligt från fullmakten för 2023. För Egentliga Finlands välfärdsområde uppgår fullmakten att uppta lån för 2023 till cirka 470 miljoner euro. Fullmakten att uppta lån räcker till för att täcka investeringarna som ingår i områdets investeringsplan för 2023.<sup>46</sup>

## Utgifterna för social- och hälsovården i förhållande till servicebehovet var lägre än 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.<sup>47</sup> År 2020 var nettoutgifterna för social- och hälsovården i genomsnitt 3 497 euro per invånare i hela landet. Nettoutgifterna för social- och hälsovården i Egentliga Finland var 3 465 euro per invånare, vilket var en procent lägre än i landet i genomsnitt. Servicebehovet i området var två procent större än i landet i genomsnitt och social- och hälsovårdsutgifterna i förhållande till servicebehovet tre procent mindre än i landet i genomsnitt<sup>48</sup> (figur 4).

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 lägre än den kalkylerade finansieringen

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 Egentliga Finlands välfärdsområde 2023, som omfattar social- och hälsovården och räddningsväsendet, uppgår till cirka 1 931,7 miljoner euro, det vill säga 3 995 euro per invånare. Områdets kalkylerade finansiering är 2 011,4 miljoner euro och övergångsutjämningsandel -79,7 miljoner euro. Kostnaderna som överförs till välfärdsområdet är alltså lägre än den kalkylerade finansieringen. Finansieringen per invånare i Egentliga Finland ökar med 247 euro jämfört med finansieringsnivån 2022.49 Budgetförslaget för välfärdsområdet för 2023 uppvisar ett underskott på cirka 99 miljoner euro. Enligt områdets bedömning minskar anpassningsbehovet med en tredjedel om de föreslagna ändringarna i finansieringslagen genomförs.

Betydande understöd har beviljats för ICT-reformer och för uppgiften att koordinera det tvåspråkiga välfärdsområdet.

# 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](https://thl.fi/arviointi)

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

Indikatorvärden i Sotekuva: [sotekuva.fi/sv](https://sotekuva.fi/sv)

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet: [sotkanet.fi](https://sotkanet.fi)

# Källor och bakgrundsmaterial som används i utvärderingen

## Välfärdsområdets administrativa och funktionella uppbyggnad

1. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 21.9.2022 § 83. [Internetkälla](#).
2. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 21.4.2022 § 44. [Internetkälla](#).
3. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesstyrelse 1.11.2022 § 317. [Internetkälla](#).
4. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 24.5.2022 § 55. [Internetkälla](#).
5. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 30.3.2022 § 35. [Internetkälla](#).
6. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 22.6.2022 § 73. [Internetkälla](#).
7. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 23.11.2022 § 137. [Internetkälla](#).
8. Områdets lägesbild. [Internetkälla](#).

## Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet

9. Arbets- och näringsbyråerna (II/2022). Yrkesbarometer. [Internetkälla](#).
10. Keva (2022). Analys av kommunernas arbetskraftsbehov. [Internetkälla](#).
11. Regionförvaltningsverket (2022). Tillsynsrapport från Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland om jämlik tillgång till och kvalitet på social- och hälsovårdstjänster i Egentliga Finlands välfärdsområde 2021. [Internetkälla](#).
12. Strategi för Egentliga Finlands välfärdsområde (2022), version 11. [Internetkälla](#).
13. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 21.9.2022 § 83. [Internetkälla](#).
14. Bokslut 2021. Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. [Internetkälla](#).
15. Strategi för Egentliga Finlands välfärdsområde (2022), version 11. [Internetkälla](#).
16. Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts (VSSHP) språkprogram för 2021–2022/25.
17. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 21.9.2022 § 83. [Internetkälla](#).

## Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder

18. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 21.9.2022 § 83. [Internetkälla](#).
19. Protokoll från styrelsen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 9.11.2021 § 116. [Internetkälla](#).
20. Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt (2019). Plan för ordnande av social- och hälsovård i Egentliga Finland. Uppdatering för åren 2019–2020. Genom beslut av kommunerna och samkommunerna i området har planens giltighetstid förlängts till slutet av 2021. [Internetkälla](#).
21. Protokoll från styrelsen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 9.11.2021 § 116. [Internetkälla](#).

22. Projektplan för Framtidens social- och hälsocentral i Egentliga Finland (2021). [Internetkälla](#).
23. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesstyrelse 15.11.2022 § 369. [Internetkälla](#).
24. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (2022). Analyysi – nykytilan kuvaus. Rantanen M., Koskinen J. Suotava Oy.

### Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet

25. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesfullmäktige 21.9.2022 § 83. [Internetkälla](#).
26. SHM (2022). Finlands program för hållbar tillväxt. [Internetkälla](#).
27. Protokoll från Egentliga Finlands välfärdsområdesstyrelse 15.11.2022 § 369. [Internetkälla](#).
28. Regionförvaltningsverket (2022). Tillsynsrapport från Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland om jämlik tillgång till och kvalitet på social- och hälsovårdstjänster i Egentliga Finlands välfärdsområde 2021. [Internetkälla](#).
29. Regionförvaltningsverket (2022). Tillsynsrapport från Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland om jämlik tillgång till och kvalitet på social- och hälsovårdstjänster i Egentliga Finlands välfärdsområde 2021. [Internetkälla](#).
30. Regionförvaltningsverket (2022). Tillsynsrapport från Regionförvaltningsverket i Sydvästra Finland om jämlik tillgång till och kvalitet på social- och hälsovårdstjänster i Egentliga Finlands välfärdsområde 2021. [Internetkälla](#).
31. Svenska Finlands folkting och Finlands Kommunförbunds enhet för svenska ärenden (2021). Stödmaterial för beredningen av de tvåspråkiga välfärdsområdena. [Internetkälla](#).
32. Protokoll från nationalspråksnämnden för Egentliga Finlands välfärdsområde 18.8.2022 § 13. [Internetkälla](#).

### Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering

33. Åbo stad (2022). Bokslut 2021. [Internetkälla](#).
34. Social- och hälsovårdsministeriet. Kostnadsersättningar under coronaepidemin. [Internetkälla](#).
35. Finansministeriet. Coronastöd som betalats till kommunerna [Internetkälla](#).
36. Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts bokslut och verksamhetsberättelse 2021. [Internetkälla](#).
37. Protokoll från styrelsen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 20.9.2022 [Internetkälla](#).
38. KTO – Kehitysvamma-alan tuki- ja osaamiskeskus (2022). Verksamhetsberättelse och bokslut 2021. [Internetkälla](#).
39. Pöytyä samkommun för folkhälsoarbete (2022). Balansbok, verksamhetsberättelse, bokslut 2021. [Internetkälla](#).
40. Akseli samkommun för grundtrygghet (2022). Bokslut. [Internetkälla](#).
41. Pemar-Sagu samkommun för folkhälsoarbete, styrelsemöte 1.3.2022 § 34, bilaga 2. [Internetkälla](#).
42. Protokoll av Kårkulla samkommuns fullmäktige 14.6.2022 § 17. [Internetkälla](#).
43. THL. Undersökning av social- och hälsovårdstjänsternas finansiering och behovsfaktorer. [Internetkälla](#).
44. Social- och hälsovårdsreformen. Kommunernas och välfärdsområdenas finansieringskalkyler. [Internetkälla](#).

45. Egentliga Finlands investeringsplan 2023–2026. [Internetkälla](#).
46. Statsrådet. Fullmakter att uppta lån för 2023. [Internetkälla](#).
47. Undersökning av behovsfaktorer. [Internetkälla](#).
48. THL. Behovsstandardiserade utgifter. [Internetkälla](#).
49. Social- och hälsovårdsreformen. Kommunernas och välfärdsområdenas finansieringskalkyler. [Internetkälla](#).