

# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

## Sosiaali- ja terveyspalvelut Varsinais-Suomen hyvinvointialueella 2020

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 24/2021



## Social- och hälsovården i Egentliga Finlands välfärdsområde 2020

Alueellinen  
asiantuntija-arvio



# Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja, terveystaloustieteen professori **Pekka Rissanen**.

## Asiantuntija-arviot ovat laatineet arviointipäälliköt

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

**Ritva Kannisto**, Etelä-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue

**Nina Knape**, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Kymenlaakson hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue

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

**Vesa Syrjä**, Kainuun hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

**Taru Syrjänen**, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Pohjanmaan hyvinvointialue

Lisäksi asiantuntija-arvion laatimisen tukena ovat olleet viestintäpäällikkö **Satu-Mari Tolonen** (viestintä), asiantuntija **Tuuli Suomela** (tietopohja) ja suunnittelija **Päivi Kiuru** (julkaiseminen)

## Tehtäväkokonaisuuksien arvioinnin asiantuntijaryhmien vastuuhenkilöt

**Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen**  
kehittämispäällikkö **Katri Kilpeläinen**

**Ikääntyneiden palvelut**  
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija  
**Minna-Liisa Luoma**

**Lasten, nuorten ja perheiden palvelut**  
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija  
**Päivi Lindberg**

**Mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä työikäisten sosiaalipalvelut**  
tutkimusprofessori **Jaana Suvisaari**  
erityisasiantuntija **Eeva Liukko**  
kehittämispäällikkö **Airi Partanen**  
horisontaalitoiminnan johtava asiantuntija  
**Päivikki Koponen**

**Perusterveydenhuolto**  
ylilääkäri **Heli Mattila**

**Kustannukset ja rahoitus**  
kehittämispäällikkö **Petra Kokko**

**Somaattinen erikoissairaanhoito ja ensihoito**  
hallintoylilääkäri **Eeva Reissell**

**Suun terveydenhuolto**  
asiantuntijahammaslääkäri **Ulla Harjunmaa**

**Terveydensuojelu**  
erikoistutkija **Kati Räisänen**

**Vammaisten palvelut**  
johtava asiantuntija **Päivi Nurmi-Koikkalainen**



Päätösten tueksi 24/2021

ISBN: 978-952-343-728-9 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-728-9>

# Sisällys

<b>Lukijalle</b>	<b>4</b>
<b>Asiantuntija-arvio</b>	<b>5</b>
<b>Väestö ja palvelutarve</b>	<b>8</b>
Muutto alueelle suurta	8
Työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys kääntyivät kasvuun	10
Ennen aikaisten kuolemien määrä väheni alueella	10
<b>Järjestämistehtävän yleiset edellytykset</b>	<b>11</b>
Palvelujen järjestämisen nykytila ja palveluverkko	11
Henkilöstö	12
<b>Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio</b>	<b>14</b>
Sähköinen asiointi ja omahoito	14
Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet	15
Tietojohdaminen	16
<b>Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus, kustannukset ja investoinnit</b>	<b>17</b>
<b>Alueen erityisteemat</b>	<b>21</b>
Korjaavien palvelujen painotuksen vähentäminen ja ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistaminen	21
Sote-integraation toteutumisen varmistaminen	24
<b>Menetelmät ja laatuseloste</b>	<b>27</b>
<b>Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto</b>	<b>29</b>
<b>Liite</b>	<b>31</b>
<hr/>	
<b>Expertutvärdering</b>	<b>33</b>
<b>Befolkning och servicebehov</b>	<b>36</b>
<b>Allmänna förutsättningar för anordnandet</b>	<b>39</b>
Nuläget för anordnande av tjänster och servicenätet	39
Personal	40
<b>Informationshantering angående social- och hälsovårdsreformen och digitalisering</b>	<b>41</b>
Elektronisk ärendehantering och egenvård	42
Kund- och patientdatasystemens nuläge och utvecklingsåtgärder	43
Informationsledning	44
<b>Finansiering, kostnader och investeringar angående social- och hälsovårdstjänsterna</b>	<b>45</b>
<b>Regionens särskilda teman</b>	<b>49</b>
Minskad betoning av korrigerande tjänster och stärkande av förebyggande tjänster och basservice	49
Säkerställande av integrationen av social- och hälsovården	52

# Lukijalle

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL on arvioinut sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta sote-palvelujen järjestämistä vuosittain maan eri alueilla. 1.7.2021 voimaan tullessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa (612/2021) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi on säädetty laatia vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva asiantuntija-arvio valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Asiantuntija-arviolla on merkittävä asema sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, sisäministeriön ja hyvinvointialueiden vuosittaisissa neuvotteluissa, joissa tarkastellaan kunkin alueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamista.

Tämän vuoden aikana tehtävä arviointi kohdistuu vuoteen 2020 ja alkuvuoteen 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä arvioidaan hyvinvointialueittain. Lisäksi arvioidaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen. Arvioinnissa painottuvat kaksi jokaisen alueen itse määrittelemää ja sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamaa erityisteemaa. Lisäksi asiantuntija-arviossa tarkastellaan hyvinvointialueen väestön palvelutarvetta, palvelujen järjestämisen nykytilaa ja kehityssuuntaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, rahoitusta ja investointeja. Siinä kootaan myös alueen sote-tiedonhallinnan ja digitalisaation tilannekuva.

Arviointi perustuu sekä määrälliseen että laadulliseen aineistoon. Erityisesti erityisteemojen arvioinnissa tärkeänä tietolähteenä ovat olleet alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut. Esiin nousseita näkökohtia on taustoitettu käyttämällä soveltuvaa indikaattoritietoa, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoja sekä alueiden hallinnollisia dokumentteja. Suurin osa arvioinnissa käytettävistä indikaattoreista kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikutusmittaristoon (KUVA). Mittariston arvot ja arvojen kehitys alueittain on raportoitu THL:n Tietoikkunassa ([thl.fi/tietoikkuna](https://thl.fi/tietoikkuna)).

Asiantuntija-arvion tietopohja on ajankohdan 18.6.2021 mukainen. Tämän jälkeen tulleet indikaattorien päivitykset eivät ole mukana arvioinnissa lukuun ottamatta Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilaston tietoja (tilanne 10.9.2021). Lisätietoa arvioinnin tietopohjasta ja sen laadusta tarjoamme arvion Menetelmät ja laatuseloste -osassa.

Kiitämme lämpimästi Varsinais-Suomen alueen yhteyshenkilöitä ja asiantuntijoita erinomaisesta yhteistyöstä ja panostuksesta arviointiimme vaikeasta ja kuormittavasta Covid-19-tilanteesta huolimatta. Kiitos myös sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikön, Valviran, aluehallintoviranomaisten ja THL:n asiantuntijoille arvokkaasta tuesta arvioinnin onnistumiseen.

Helsingissä 7.12.2021

**Pekka Rissanen**

Tietoylijohtaja

**Taru Syrjänen**

Arviointipäällikkö

## Asiantuntija-arvio

### Sähköinen asiointi korvaa vielä harvoin perinteisen käynnin

Covid-19-pandemia kasvatti vuonna 2020 alueen sähköisten palvelujen määrää merkittävästi. Sähköisiä palveluja käyttävillä sähköinen asiointi korvasi jo perinteisiä käyntejä, mutta sähköisten palvelujen käyttö jäi alueella maan keskimääräistä vähäisemmäksi. Huolet ja vaikeudet sähköisten palvelujen käytössä olivat merkittäviä.

Alueen kaikilla järjestäjillä oli käytössä keskitetty asiakas- ja palveluohjaus-palvelu. Omaolo-palvelu kattoi vuonna 2021 valtaosan alueen väestöpohjasta. Omahoidon tuki ja palvelut vahvistuivat perusterveydenhuollon avoimilla Omaolo-palvelukanavilla. Laajassa käytössä olivat myös lasten ja perheiden sekä ammattilaisten yhteydenpidon mahdollistavat ratkaisut. Erikoissairaanhoidossa sähköisen ajanvarauksen käyttöönotto eteni useilla toimialueilla ja etävastaanottotoiminnot laajenivat. Asiakkaiden asiointiportaali keskittää jatkossa alueen sähköisen asioinnin digihoitopolut.

### Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhdenmukaistaminen ei edennyt päätöksentekoon, sairaanhoitopiirin tietoaltaasta hyvinvointialueen yhteinen

Alueen asiakas- ja potilastietojärjestelmien määrä oli suuri ja ylläpitokustannukset merkittävät. Alueella syntyi linjaus asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämisestä, mutta järjestäjät eivät kuitenkaan edenneet päätöksentekoihin asiassa. Valmistelut tietojärjestelmien yhtenäistämiseksi sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankkimiseksi etenivät osana Rakenneuudistus-hanketta.

Keväällä 2021 sairaanhoitopiirin tietoallasta valmisteltiin kuntien raakadatan siirtoihin. Kesällä alueella hyväksyttiin yhteistyösopimus tietoaltaan osalta. Syksyllä alueella oli valmius tehdä ensimmäiset tietointegraatiot tietoaltaaseen.

Sairaanhoitopiirin uusi strategia 2021–2022/2025 korostaa tiedolla johtamisen merkitystä hoidon vaikuttavuuden ja henkilöstön resursoinnin suhteiden arvioinnissa. Strategia tukee alueen tietojohdamisen ohjausta myös hyvinvointialueen siirtymävaiheessa.

### Sosiaali- ja terveystoiminnan kustannusnousu maan pienimpiä – lastensuojelun sekä lasten ja perheiden avopalvelujen kustannusten pitkittynyt kasvu edellyttää toimenpiteitä

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveystoiminnan kustannusten kasvu oli vuonna 2020 koko maan pienimpiä. Eniten kustannukset kasvoivat perusterveydenhuollon avohoidossa ja lastensuojelun avohuollon palveluissa. Päihdehuollon erityispalveluissa ja ikääntyneiden laitoshoidossa puolestaan kustannukset vähenivät merkittävästi.

Vuosina 2016–2020 alueen kustannusten kasvu on ollut maan viidenneksi pienintä. Palvelutehtäväkohtaisesti suurinta kasvu on ollut lastensuojelun avohuoltopalveluissa sekä muissa lasten ja perheiden avopalveluissa. Tämä kehitys kertoo lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen sekä matalan kynnyksen palvelujen tarpeesta. Samalla ajanjaksolla kustannukset ovat pienentyneet suhteellisesti eniten ikääntyneiden laitoshoidossa sekä muussa sosiaali- ja terveystoiminnassa. Nämä sisältyvät muun muassa toimeentulotuen, kuntouttavan työtoiminnan sekä mielenterveysongelmaisten asumispalvelut. Alueen pitkjänteinen työ ikääntyneiden laitoshoidon purkamisessa on tuottanut taloudellisia tuloksia.

## **Erikoissairaanhoidon kustannukset pienenivät eniten koko maassa ja erikoissairaanhoidoa käytettiin keskimääräistä vähemmän**

Varsinais-Suomessa erikoissairaanhoidon osuus sosiaali- ja terveystoimen kustannuksista oli suhteellisesti suurin. Kustannukset vähenivät vuodesta 2019 eniten koko maassa.

Alueella somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja käytettiin vuonna 2020 keskimääräistä vähemmän väestön palvelutarpeeseen suhteutettuna. Palvelujen kustannukset olivat vastaavasti koko maan keskiarvoa hieman pienemmät. Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäiviä oli keskimääräistä vähemmän, ja hoitajaksojen kustannukset jäivät alle maan keskitason.

## **Sairaanhoidopiirissä maltillisia rakennusinvestointeja, eikä ICT-investointeja tehty lainkaan**

Sairaanhoidopiirin rakennusinvestointimenot pienenivät edellisvuodesta. Uusia poikkeuslupia rakennusinvestointeihin ei vuonna 2020 haettu, mutta vuonna 2021 sairaanhoidopiirille myönnettiin poikkeuslupa psykiatriataloa varten. Psykiatriatalon kustannuksista puolet sisällytettiin vuoden 2021 talousarvioon. Investointimenoja vuonna 2020 korotettiin potilasvakuutusyhtiön perustamisesta syntyvien menojen kattamiseksi.

Sairaanhoidopiirissä ei ollut ICT-investointeja vuosina 2016–2020.

## **Järjestämissuunnitelma vauhditti hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, tavoitteisin pääsyä hidastivat järjestäjien runsaus ja ohjaavan tahon puute**

Järjestämissuunnitelmassa olevat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliset toimenpiteet tukivat kuntalaisten omaehtoista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä monialaista työtä. Yhdyspinnan rakenteet olivat hyvät, ja toimenpiteet etenivät. Alueen järjestämissuunnitelman tavoitteet muodostivat hyvän kokonaisuuden myös eri asiakasryhmien ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistamiselle. Toimenpiteiden odotettiin näkyvän myös korjaavien palvelujen painotuksen vähenemisessä. Palveluketjujen kehittämisen tavoitteet vahvistivat asiakkaiden ohjautumista tarpeita vastaaviin palveluihin. Järjestämissuunnitelman vuoden 2020 tavoitteiden toteutuminen jäi kuitenkin vähäiseksi useassa tavoitteessa. Tässä näkyivät suuren järjestäjämäärän päätöksenteon kankeus sekä ohjaavan tahon puute. Järjestämissuunnitelman toimenpiteet siirrettiin osaksi kansallisia kehittämishankkeita vuoden 2020 lopussa.

## **Järjestäjillä tavoitteita vahvistaa ennaltaehkäiseviä ja peruspalveluja, strategista ohjausta tarvitaan**

Järjestäjien vuoden 2020 strategiset tavoitteet ohjasivat hyvin ennaltaehkäisevien ja kevyempien palvelujen vahvistamista sekä vaikuttavuuden ja tuottavuuden parantamista. Alueen ennaltaehkäisevät ja peruspalvelut vahvistuivat järjestäjäkohtaisin toimenpitein ja resurssein, mutta kehittämisestä puuttuivat palvelujen alueellisen yhdenmukaistamisen elementit. Järjestäjien palvelutarpeen seurannan tiedot tukivat hyvin operatiivista palvelutuotannon johtamista. Tietojen yhteys, jalostuminen sekä hyödyntäminen strategisen ohjauksen välineenä jäi kuitenkin epäselväksi. Tämä saattoi selittää alueen osittain yhä raskaita palvelurakenteita sekä palvelujen osin epätarkoituksenmukaista järjestämistä tarpeisiin nähden.

Järjestäjien toimenpiteiden tulokset näkyivät alueella muun muassa terveystarkastuksien hyvänä peittävyytensä sekä hoitajavastaanottojen yleistymisenä. Erikoissairaanhoidon päivystyksen ja somaattisen avohoidon käyntimäärät vähenivät.

## **Integroitujen palvelujen vähäisyys lisää palvelukysynnän ja kustannusten liiallisen kasvamisen riskiä**

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraation puutteet aiheuttavat riskin, että palvelukysyntä ylittää resurssit ja kustannukset ylittävät kantokyvyn. Riskin poistamiseksi tarvitaan yhteistyön tiivistämistä sekä palvelu- ja hoitoketjujen kehittämistä.

Palvelujen integraatiota varten asiakasryhmäkohtaiset palvelukokonaisuudet ja -ketjut on määriteltävä yhteistyössä palveluketjussa toimivien järjestäjien, palvelujen tuottajien sekä asiakkaiden kanssa.

## **Järjestämissuunnitelma tuki terveydenhuollon palvelujen integraatiota, ja akuuttigeriatrian ja kuntoutuksen palveluketjutyö eteni – integraation haasteet on tunnistettu**

Alueellista integraatiota ohjasi järjestämissuunnitelma, ja sen tavoitteet tukivat vahvimmin terveydenhuollon palvelujen integraatiota. Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon integraatiota ohjaavat tavoitteet olivat vähäisempiä. Järjestämissuunnitelman tuki eri sektori-, organisaatio- ja ammattirajat ylittävälle yhteistyölle oli vähäinen. Parhaiten järjestämissuunnitelman tavoitteista vuonna 2020 etenivät akuuttigeriatrian sekä kuntoutuksen palveluketjutyöt. Muiden tavoitteiden toteutuminen jäi vähäiseksi.

Integraation haasteina alueella olivat riittämättömät ja toimimattomat konsultaatorakenteet, henkilöstön riittämättömyys sekä osaamisvajeet. Myös yhteistyön vähäisyys alueella heikensi integraation yhdenmuukaista etenemistä. Integraatio eteni ensisijaisesti järjestäjäkohtaisten tavoitteiden ja toimenpiteiden avulla. Tilannekuvan kokoaminen oli alueen järjestäjien suuren määrä vuoksi vaikeaa. Vuoden 2020 lopussa soite-integraation valmistelu siirtyi osaksi kansallisia kehittämishankkeita.





Taulukko 1. Perustietoja alueesta.

	Varsinais-Suomi	Pohjanmaa	Satakunta	Koko maa (vaihteluväli)
<b>Alueen perustiedot</b>				
Väestö 31.12.	481 403	175 816	215 416	5 533 793 (67 988–656 920)
Väestöennuste 2030 **	486 015	174 432	203 356	5 566 685 (64 651–723 687)
Väestöennuste 2040 **	484 568	170 072	191 403	5 525 528 (59 196–760 700)
Väestötiheys, asukkaita/km <sup>2</sup>	45,1	23,8	27,5	18,2 (1,9–3 066,1)
Syntyvyys (yleinen hedelmällisyysluku) *	37,4	48,2	38,6	40,3 (31,5–49,7)
Kuntien välinen nettomuutto / 1 000 asukasta	2,9	-5	-3,3	0 (-5,2–6,5)
Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12.	5,7	50,7	0,4	5,2 (0,1–50,7)
Ulkomaalaistaustaiset / 1 000 asukasta	80,9	79,9	40,4	80,2 (25,3–207,1)
<b>Väestön työllisyys/työttömyys ja sosioekonominen asema</b>				
Työttömät, % työvoimasta	12,4	9,5	12,5	13 (9,5–16,3)
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	2,3	1,7	2,7	2,9 (1,2–4,2)
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista	4,2	3,1	4,6	4,6 (3,1–6,7)
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	14,5	10,4	16,7	16,7 (10,4–21,6)
Gini-kerroin, käytettävissä olevat tulot *	27,7	25,2	25,3	27,9 (23,2–33,5)
Yhden vanhemman perheet, % lapsiperheistä	22,9	15,8	23,6	23,3 (15,8–28)
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä	2,5	1,5	1,5	3 (1,2–5,4)
Kunnan yleinen pienituloisuusaste *	13,9	12,4	14,2	13,4 (8,3–18,8)
<b>Väestön sairastavuus</b>				
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton *** <sup>1</sup>	95,4	88,6	105,5	100 (76,8–136,3)
Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta	5 337	4 659	6 421	5 728 (4 659–6 955)
Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä	6,5	5,5	7,7	6,5 (4,1–10,2)

\* 2019, \*\* 2018, \*\*\* 2016

<sup>1</sup> Indikaattorin tietoa ei ole saatavilla hyvinvointialuejaolla. Tästä syystä taulukossa on käytetty maakuntien aluejaotuksella olevaa tietoa.

Alueen väestön pääkieli on suomi. Ruotsia äidinkielenään puhuvien osuus on hieman maan keskitasoa suurempi. Ulkomaalaistaustaisten määrä alueella vastaa maan keskitasoa. Ulkomaalaistaustainen väestö keskittyy Turkuun ja Saloon.

### **Työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys kääntyivät kasvuun**

Työttömiä on alueella keskimääräistä vähemmän, ja pienituloisten määrä noudattelee maan keskitasoa. Yksinhuoltajaperheiden osuus vastaa maan keskitasoa ja on suurinta Turussa. Koko alueella runsas viidenes lapsiperheistä on yhden vanhemman perhe.

Viime vuosien työttömyyden ja pitkäaikaistyöttömyyden lasku kääntyi vuonna 2020 kasvuun. Työttömien osuus työvoimasta kasvoi edeltävään vuoteen verrattuna lähes neljä prosenttiyksikköä. Pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta kasvoi vastaavana ajankohtana 0,1 prosenttiyksikköä. Nuorisotyöttömyyttä on Varsinais-Suomessa hieman muuta maata vähemmän.

Työ- ja elinkeinoministeriön kuukausittaisen työnvälitystilaston mukaan huhtikuussa 2021 työttömien ja lomautettujen määrä väheni edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna, mutta pitkäaikaistyöttömyys jatkoi kasvuaan.<sup>2</sup>

### **Ennenaikaisten kuolemien määrä väheni alueella**

Sairastavuus on alueella keskimääräistä vähäisempää. Työkyvyttömyyseläkettä alueen 25–64-vuotiaista sai yhtä usea kuin maassa keskimäärin. Väkilukuun suhteutettuna alueen alle 80-vuotiailla on ennenaikaisten kuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia maan viidenneksi vähiten, ja määrä pieneni edellisvuodesta.

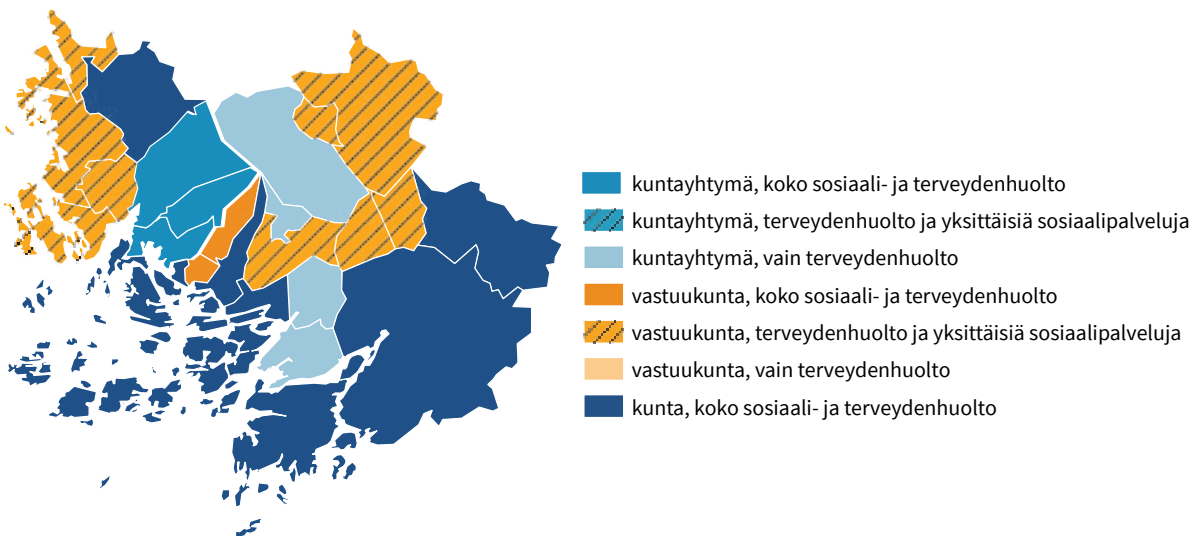
# Järjestämistehtävän yleiset edellytykset

## Palvelujen järjestämisen nykytila ja palveluverkko

### Palvelujen järjestäjien määrät pysyvät ennallaan

Varsinais-Suomen 27 kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjien määrässä ei tapahtunut muutoksia vuoden 2020 aikana. Sairaanhoidopiiriin ja erityishuoltopiiriin lisäksi alueella toimi 15 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjää. Kahdeksan kuntaa tuotti itse kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Lieto, Loimaa, Raisio ja Uusikaupunki tuottivat vastuukuntamallilla joko kaikki tai vain osan palveluista myös kahdeksan muun kunnan tarpeisiin. Alueen viidestä kuntayhtymästä kolme oli peruspalvelukuntayhtymiä. Näistä yksi tuotti kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut jäsenkunnilleen ja kaksi vain terveydenhuollon palvelut. Alueen kunnista 12 tuotti itse joko yksittäisiä tai kaikki sosiaalihuollon palvelut. (Kuvio 2.)

Kuvio 2. Palveluiden järjestämismallit hyvinvointialueen kunnissa.



▲ Kuviossa esitetään perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämismallit hyvinvointialueen eri kunnissa. Tiedot perustuvat Kuntaliiton vuoden 2020 aineistoihin ja 7-luokkaiseen luokitteluun.

## Turun kaupungin erikoissairaanhoidon palvelujen yhdistäminen yliopistosairaalaan eteni

Turun kaupungin tuottamien erikoissairaanhoidon palvelujen yhdistämiset yliopistosairaalan palveluihin etenivät vuonna 2021 kardiologian ja reumaortopedian osalta. Palvelujen yhdistämisen valmistelut jatkuivat fysiatrian, lasten ja nuorten diabetespalvelujen ja silmätautien osalta. Yhdistymiset toteutetaan vuoden 2021 loppuun mennessä. Yliopistosairaalan ja Turun kaupungin välinen yhteistyö laajeni myös muille Turun kaupungin järjestämisvastuulla oleville erikoisalaille. Lasten kuntoutustalon siirtoa vuoden 2022 alusta yliopistosairaalan U-sairaalaan valmisteltiin.

## Henkilöstö

### Henkilöstön saatavuushaasteet muodostumassa jopa merkittäväksi riskiksi

Varsinais-Suomen järjestäjien tilanne riittävän ja osaavan henkilöstön saamisessa vaihteli. Järjestäjien mukaan osalla tilanne vaikutti hyvältä, mutta valtaosalla henkilöstön saatavuuden haasteet vaikuttivat kasvaneen. Suurimmat sosiaalihuollon rekrytointihaasteet liittyivät sosiaalityöntekijöihin sekä sosiaalipalvelujen kasvaneeseen lähihoitajien tarpeeseen. Terveystieteiden osalla oli pulaa erityisesti sairaanhoitajista, lääkäreistä ja lähihoitajista. Myös terapiahenkilöstöä oli aiempaa vaikeampi saada rekrytoitua. Sijasten löytäminen vaikeutui sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluissa. Sijaisia pyrittiin vakinaistamaan mahdollisuuksien mukaan.

Sairaanhoitopiirissä 94 prosenttia hakuun laitetuista vakituisista työpaikoista saatiin täytettyä. Yksittäisten paikkojen hakijamäärät vaihtelivat, ja tehtävästä riippuen hakijoita oli 0–131. Erikoislääkäreiden rekrytointihaasteet edelleen jatkuivat, ja uusia rekrytointihaasteita oli nähtävissä laajemmin muissakin ammattiryhmissä.<sup>3</sup>

Henkilöstön saatavuuden heikkeneminen nähtiin jopa merkittäväksi riskiksi palvelujen järjestämisen kannalta. Alueen järjestäjät olivat huolissaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön hakeutumisesta pois alalta, ja tulevaisuuden näkymiä henkilöstön saatavuudessa pidettiin heikkoina. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn kuormittavuuden sekä pelon sen haasteiden kasvusta myös tulevaisuudessa nähtiin vaikuttavan alan houkuttelevuuteen ja työtehtäviin hakeutumiseen.

### Ikääntyneiden palveluissa runsaasti alimitoitettuja yksiköitä

Keväällä 2021 Varsinais-Suomessa 28 yksikköä ei täyttänyt lakisääteistä henkilöstömitoitusta, ja valtaosa niistä oli julkisten järjestäjien yksiköitä. Varsinais-Suomen alimitoitettujen yksiköiden määrä oli lähes sama kuin Uudellamaalla (31).<sup>4</sup> Aluehallintoviraston havainnot esimerkiksi ikääntyneiden palvelujen vajaista henkilöstömitoituksista vahvistivat järjestäjien kuvaukset rekrytointihaasteista. Havainnoissa nousivat myös esiin puutteet henkilöstön riittävyyden omavalvonnassa sekä sijaishuollon henkilöstön ammatillisessa pätevyudessa.<sup>5</sup>

### Laajoja toimenpiteitä akuutin henkilöstövajeen korjaamiseksi

Järjestäjät tekivät mittavia toimenpiteitä ylläpitääkseen henkilöstöresurssia ja saadakseen sen palautettua riittävälle tasolle pandemian hoitamisen aikana. Yleisimmin yksikkökohtaisia henkilöstövajeita ratkaistiin sisäisillä järjestelyillä. Varahenkilöstön käyttö oli runsasta, ja sijaisia rekrytoitiin mahdollisuuksien mukaan. Erityisesti vanhuspalveluissa käytettiin enemmän opiskelijaresursseja ja hoiva-avustajia, ja eläkkeelle jääneitä henkilöitä hyödynnettiin mahdollisuuksien mukaan. Osa järjestäjistä lisäsi vakansseja erityisesti sosiaalihuollon palveluissa, millä pyrittiin turvaamaan henkilöstön riittävyyttä kaikissa tilanteissa. Nämä järjestelyt edellyttivät järjestäjiltä mittavia koulutusjärjestelyjä sekä henkilöstön perehdyttämistä uusiin tehtäviin ja yksiköihin. Sairaanhoitopiirissä lisääntyvään henkilöstötarpeeseen varauduttiin sijaispoolilla sekä rekrytoimalla henkilöitä näytteentotehtäviin.<sup>3</sup>

Järjestäjät turvautuivat myös yli- ja lisätyöjärjestelyihin ja lomien jaksottamiseen. Muita toimenpiteitä olivat lisäresurssien hankkiminen ostopalveluna ja vuokratyövoimana sekä muiden järjestäjien suuntaan tehdyt virka-apupyynnöt. Pandemia haittasi henkilöstön koulutussuunnitelmien toteutumista, mutta paransi kykyä suojautua, suojata sekä muutoin hoitaa ihmisiä pandemiatilanteessa merkittäväällä tavalla. Sairaanhoidopiirin täydennyskoulutusmäärärahasta käytettiin vain puolet, mutta samalla kuitenkin pystyttiin järjestämään koko alueen kattavaa koulutusta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille.<sup>3</sup>

### **Henkilöstön saatavuushaasteiden ennustetaan jatkuvan**

Järjestäjien kuvaamien ammattiryhmäkohtaisten saatavuushaasteiden lisäksi tarvetta on myös hammaslääkäreistä, bioanalytikoista ja psykologeista. Ennustetietojen mukaan alueella on jatkossa pulaa yleislääkäreistä, erikoislääkäreistä ja hammaslääkäreistä. Hoitohenkilöstön työvoimapula näyttää hieman tasoittuvan muiden paitsi lähihoitajien, sairaanhoitajien ja ensihoitajien osalta. Työvoimapula myös sosiaalityöntekijöistä jatkuu.<sup>6</sup>

### **Järjestäjien sijaispoolien vahvistamisella turvattiin resurssien riittävyttä**

Tulevaisuuden henkilöstötarpeet huomioivia toimenpiteitä tehtiin. Yhteistyö oppilaitosten kanssa tiivistyi, mikä näkyi koulutusten ja oppisopimuskoulutusten paikallisena räätälöintinä ja määrän lisääntymisenä. Palkkauksen parantamisella ja työhyvinvoinnin kehittämällä järjestäjät etsivät parempaa kilpailuasetelmaa markkinoilla sekä henkilöstön pysyvyyden paranemista. Alueen järjestäjät vahvistivat sijaispoolejaan, jotka myös vähensivät rekrytointeihin kuluvia johdon resursseja. Järjestäjien sijaispoolit kattoivat vaihtelevasti sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä.

### **Sairaanhoidopiirin strategiassa huomioitu hyvinvointialueen tarvitsema osaaminen**

Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin strategian 2021–2022/25 visiona on olla Suomen arvostetuin ja modernein sairaanhoidopiiri. Strategian neljästä painopisteestä yksi on henkilöstökokemus: tavoitteena on olla Suomen arvostetuin työpaikka. Strategiset toimenpiteet koskevat henkilöstösuunnittelua, osaamisen kehittämistä, esimiestyön ja johtamisen kehittämistä, työhyvinvoinnin kehittämistä sekä palkitsemista ja palkkioita. Strategia huomioi hyvinvointialueen palvelujen järjestämisessä sekä saatavuudessa riittävän osaamisen, toimintakyvyn ja valmiuden.<sup>7</sup>

Varsinais-Suomen hyvinvointialue tulee olemaan maan toiseksi suurin, ja sen palvelukseen siirtyy noin 21 000 sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen työntekijää.

# Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio

## Sähköinen asiointi ja omahoito

### Sähköinen asiointi on vielä vähäistä

Asiakkaille suunnattuja sähköisiä asiointipalveluja otettiin alueella käyttöön edelleen pääosin järjestäjäkohtaisesti. Covid-19-pandemia lisäsi varsinaissuomalaisten etäasiointimahdollisuuksia vuonna 2020, mikä näkyi etäasioinnin merkittävänä kasvuna, kuten koko maassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiointipalvelujen käyttö jäi alueella kuitenkin maan keskiarvoa vähäisemmäksi. Sähköisiä palveluja käytäneistä 80 prosentilla sähköinen asiointi korvasi vähintään yhden perinteisen käynnin (koko maassa 85 %). Perusterveydenhuollon avohoidon etäasiointi oli alueella maan toiseksi vähäisintä, ja lähes neljällä viidesosalla 20 vuotta täyttäneistä oli ollut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä. Alueen aktiivisimpia sähköisten palvelujen käyttäjiä olivat 20–64-vuotiaat. (Kuvio 3.)

### Sähköisen asioinnin mahdollisuudet paranivat

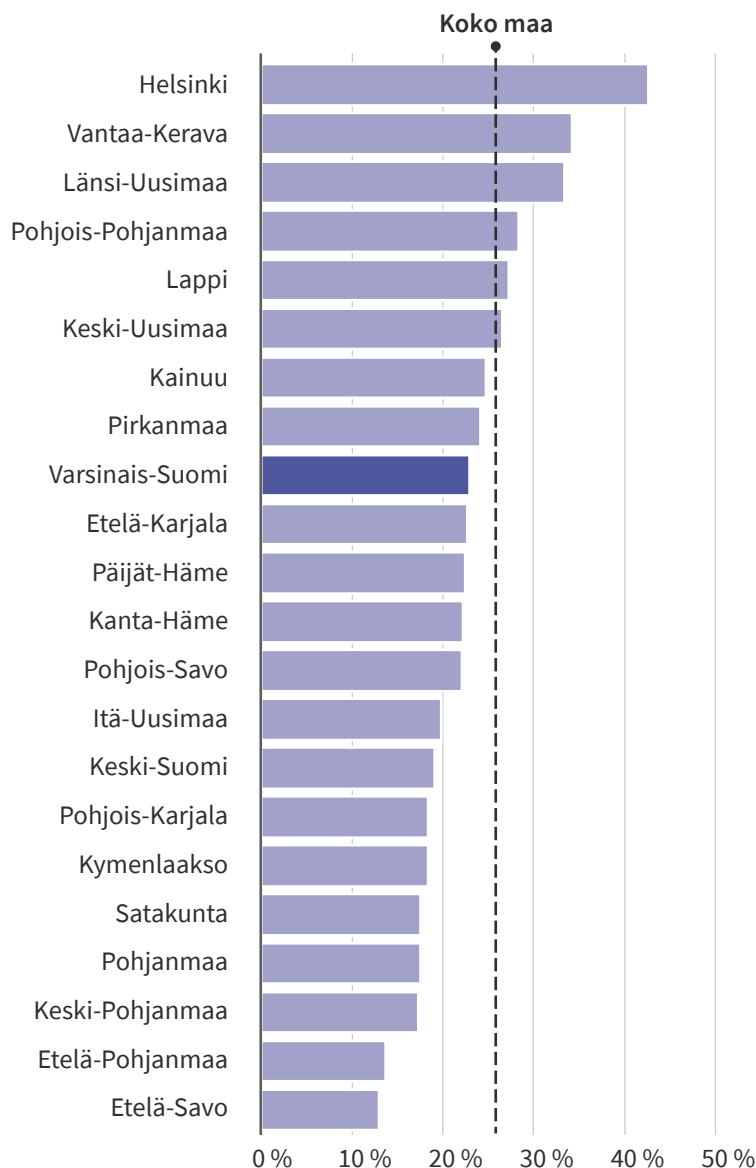
Alueen kaikilla järjestäjillä oli käytössä ikääntyneiden keskitetty asiakas- ja palveluohjaus, jossa tarjotaan matalan kynnyksen neuvontaa ja ohjausta monikanavaisesti; käytettävissä olivat palvelusivusto, chat-kanava sekä yksi puhelinnumero, jonka kautta sai jättää yhteydenottopyynnön. Palvelu mahdollisti asioinnin myös ruotsin kielellä. Turun kaupunki koordinoi tätä yhteistyösopimukseen perustuvaa toimintaa.

Erikoissairaanhoidossa sähköisen ajanvarauksen käyttöönotto eteni vuonna 2020 useilla toimialueilla ja etävastaanotto toimintoja laajennettiin uusiin vastaanottotyyppisiin, kuten ryhmätapaamisiin ja valmennuksiin. Samoin eteni kansallisen Omaolo-palvelun käyttöönotto, mikä kattoi vuonna 2021 alueen väestöpohjasta 93 prosenttia. Palvelun ulkopuolelle vielä jääneiden viiden kunnan asukkaiden yhteys yhteis-päivystykseen mahdollistui kuitenkin Omaolo-palvelun kautta. Sosiaali- ja terveystieteiden sähköisiä ajanvarauspalveluja sekä muita kansallisten palvelujen toimintoja pyrittiin lisäämään aktiivisesti.

Osana sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa Rakenneuudistus-hanketta alueella parannettiin sähköisten sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen saavutettavuutta ja käytettävyyttä Etäpalvelujen reittikartta -osa-hankkeessa. Asiakkaiden asiointiportaalin käyttöönotto eteni; jatkossa alueen sähköinen asiointi ja digi-hoitopolut keskitetään siihen. Asiointiin liittyvien palvelupyyntöjen hallintaan kehitettiin sovellusratkaisua sekä alueellista palvelurekisteriä. Lisäksi etäkonsultaatoratkaisu hyvinvointialueen ammattilaisten välisen yhteistyön varmistamiseksi eteni.

### Omahoidon sähköiset palvelut vahvistuivat

Erikoissairaanhoidossa asiakkaiden omahoidon mahdollisuuksia lisättiin esimerkiksi Terveyskylän digi-hoitopolkujen, Omapolkujen ja Omahaito-ohjelmien avulla. Perusterveydenhuollossa omahoidon tukea tarjottiin lähinnä avoimilla Omaolo-palvelukanavilla. Omaolo-palvelun hyvinvointi- sekä määräaikaistarkastuksia käytettiin alueella vaihtelevasti. Terveystieteiden ammattilaisten ja asiakkaiden väliseen yhteydenpitoon pohjautuvia ratkaisuja, kuten Pyydä apua! -nappi, neuvola-chat ja iPana-äitiyspalvelu, olivat jo laajasti käytössä. Järjestäjien palveluohjauksen kanavat ohjasivat asiakkaita myös järjestöjen tuottamiin palveluihin.



**Kuvio 3. Sähköisen asioinnin käyttäjämäärä sosiaali- ja terveyspalveluissa vuonna 2020.**

◀ Kuviossa esitetään hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyspalvelujen sähköisen asioinnin käyttäjämäärä verrattuna muiden hyvinvointialueiden ja koko maan tietoon vuonna 2020. Indikaattori ilmaisee prosenttiosuuden 20 vuotta täyttäneistä sosiaali- ja terveyspalvelu- ja tarvinneista, jotka ovat asioineet sähköisesti. Tiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen FinSote-tutkimukseen.

## Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet

### Alueella ei edetty päätöksiin asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämisestä

Varsinais-Suomen tietojärjestelmien yhtenäistämisen mahdollisuuksien ja haasteiden selvittäminen perustui Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan.<sup>8</sup> Alueella käytössä olevien 41:n eri asiakas- ja potilastietojärjestelmän ylläpidon vuosikustannuksiksi arvioitiin 7,1 miljoonaa euroa. Kustannuslaskelmien perusteella kannattavimpana vaihtoehtona nykyjärjestelmille pidettiin alueen yhteistä asiakas- ja potilastietojärjestämää ja yhden rekisterinpitäjän mallia. Tämä tuottaisi alueelle 10–12 prosentin (850 000 euron) vuosittaisen säästöpotentiaalin.<sup>9</sup>

Vuonna 2020 alueella laadittiin selvitys asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämisestä. Selvityksen pohjalta Rakennuudistus-hankkeen ohjausryhmä (sote-johtajakokous) linjasi, että alueella toteutetaan asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen. Vaihtoehtoina olivat joko yksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen tietojärjestelmä tai erilliset sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tietojärjestelmät.<sup>9</sup> Järjestäjät eivät kuitenkaan edenneet päätöksentekoon asti, ja asia siirtyi alueen ilmoituksen mukaan Rakennuudistus-hankkeen päättymisen jälkeiseen aikaan.

Rakenneuudistus-hankkeessa kuitenkin valmisteltiin asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankintakokonaisuutta sekä tietojärjestelmien yhtenäistämistä. Lisäksi yhtenäistettiin kirjaamiskäytäntöjä, määriteltiin yhteistä arkkitehtuuria ja valmisteltiin tarvittavia hankintoja.

## Tietojohtaminen

### Sairaanhoitopiirin tietoaltaasta hyvinvointialueen yhteinen

Varsinais-Suomen tietojohtamisen lähtötilanne oli tietojärjestelmien suuren määrän vuoksi hajanainen, eikä tietojohtamisen alueellisia malleja ja käytänteitä ollut. Alueen tärkeimpiä tietojohtamisen kehittämiskohteita etsittiin tietojohtamisen kypsyystasoselvityksen avulla. Heikoimmiksi tekijöiksi tunnistettiin tiedon hankinta, tiedon organisointi ja varastointi sekä tietotuotteet ja -palvelut. Tietotarpeet sekä tietojohtamisesta saatavat hyödyt alueella tunnistettiin hyvin.

Tietojohtamisen ratkaisuja oli käytössä Turun kaupungilla ja sairaanhoitopiirillä. Turun kaupungin tietovarasto toimi strategiaa tukevan jatkuvan raportoinnin ja seurannan sekä palvelujen johtamisen ja suunnittelun pohjana, ja se mahdollisti kustannus- ja toimintatietojen yhdistämisen tietojohtamisen tarpeisiin. Sairaanhoitopiirin tietoallas toimi rakenteisen tiedon raakatietovarastona tekstin sekä signaalitiedon, kuten teho-osaston mittausten, tallentamisessa. Erillinen tietoallas palveli raportointia, tutkimustyötä sekä tietojen toisiokäyttöä. Alueen muilla järjestäjillä ei ollut tietojohtamista tukevia tietovarastoja, yksittäisiä tietojärjestelmäkohtaisia ratkaisuja lukuun ottamatta.<sup>10</sup>

Vuoden 2021 aikana alueella alettiin kehittää tiedonhankintaa tietojen yhteismitallistamiseksi. Keväällä 2021 sairaanhoitopiirin tietoallasta valmisteltiin kuntien raakadatan siirtoihin, ja kesällä alueella hyväksyttiin yhteistyösopimus tietoaltaan osalta. Syksyllä 2021 alueella oli valmius ensimmäisiin tietointegraatioihin tietoaltaaseen.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmäprojektissa tuotetun arkkitehtuurin, yhteisten asiantuntijoiden hyödyntämisen ja aikataulujen yhteensovittamisen avulla alueella varmistettiin asiakas- ja potilastietojärjestelmäuudistuksen sekä tietojohtamisen yhdensuuntainen kehittämistyö. Kirjaamisen ja toimintatapojen yhtenäistämisen projektit ajoittuvat vuosille 2022–2025.

Sairaanhoitopiirin vuonna 2020 päivitetty strategia 2021–2022/25 nostaa tiedolla johtamisen merkityksen esiin vahvasti koko organisaation tasolla. Tiedolla johtamisen työkaluja tarvitaan hoidon vaikuttavuuden ja henkilöstön resursoinnin suhteiden arviointiin, mikä tuottaa samalla lisäarvoa erityisesti esimiestyön ja johtamisen kehittämiseen.<sup>11</sup>



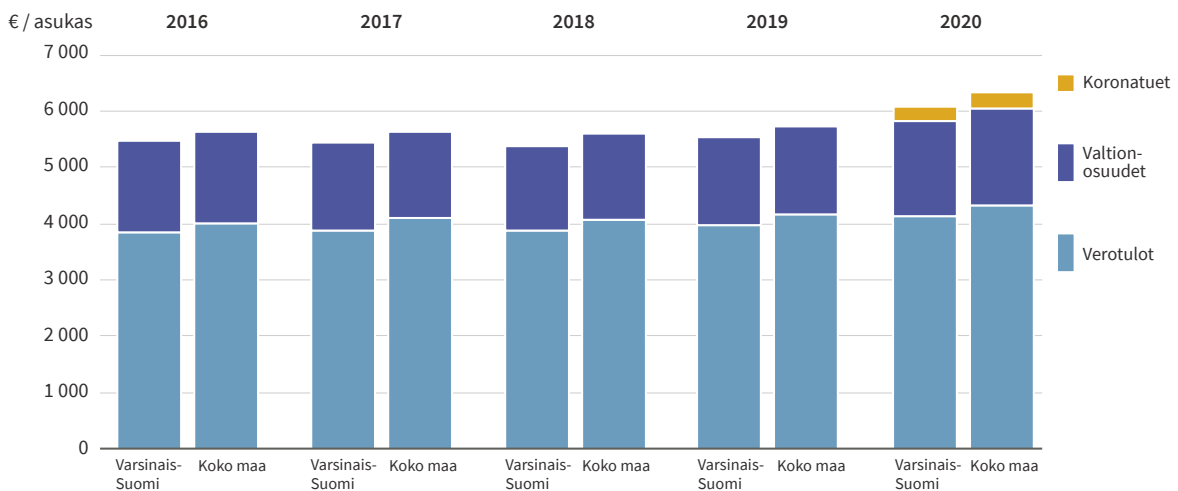
## Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus, kustannukset ja investoinnit

### Varsinais-Suomen kuntien talous koheni

Varsinais-Suomen kaikkien kuntien tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava asukaskohtainen vuosikate oli positiivinen vuonna 2020. Kuntien tilannetta paransivat merkittävästi valtion kunnille myöntämät pandemiakorvaukset, minkä vuoksi kaikkien kuntien vuosikatteen paranivat edellisvuodesta. Alueen kunnista paras sekä koko maan neljänneksi paras taloustilanne oli Taivassalolla (1 504 euroa / asukas). Toiseksi paras vuosikate oli Vehmaalla (1 090 euroa / asukas). Kunnista heikoimmat tilanteet olivat puolestaan Turulla ja Paimiolla. Kaikkien kuntien vuosikatteen riittivät poistoihin. Asukaskohtainen vuosikate vaihteli 334 eurosta (Turku) 1 504 euroon (Taivassalo).

Vuonna 2020 kuntien verorahoitus kasvoi aikaisempiin vuosiin nähden poikkeuksellisen paljon. Varsinais-Suomen kuntien asukaskohtaiset valtionosuudet kasvoivat vuodesta 2019, mitä merkittävässä määrin selittivät valtion kunnille jakamat korona-avustukset. Samaan aikaan nousivat myös kuntien asukaskohtaiset verotulot. Kuntien verorahoituksen kehitys vuodesta 2016 oli vuotta 2018 lukuun ottamatta kasvava. (Kuvio 4.)

**Kuvio 4. Hyvinvointialueen kuntien yhteenlaskettu verorahoitus vuosina 2016–2020.**



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueen kuntien yhteenlasketut asukaskohtaiset verotulot ja valtionosuudet vuosilta 2016–2020 verrattuna koko maan tietoihin. Vuonna 2020 valtionosuuksiin sisältyi myös koronatukia, joiden osuus on esitetty kuviossa erikseen. Tiedon puuttumisen vuoksi koko maan valtionosuuksista ei ole eroteltavissa Ahvenanmaan koronatuukien osuutta. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen ja valtiovarainministeriön aineistoihin.

Kuntien taloudellista kantokykyä haastavat tulevina vuosina alueen väestön ikääntymisestä johtuva palvelutarpeiden kasvu, hoitajamitoitukset sekä hoitoon pääsyn tiukentuvat määräraajat.

## Lähes kolmannes kunnista ei tehnyt sote-investointeja

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen vuoden 2020 sote-investointimenot olivat 10,4 miljoonaa euroa (22 euroa / asukas), menot vähenivät edellisvuodesta 29 prosenttia. Alueen 27 kunnasta sote-investointeja vuonna 2020 oli 19 kunnalla, ja kustannusmenot vaihtelivat 10 000 euron ja 4,3 miljoonan euron välillä. Loput kunnista eivät tehneet sote-investointeja. Alueella sote-investointien osuus kuntien kaikista investointimenoista oli viisi prosenttia. Mynämäen (565 euroa / asukas) ja Uudenkaupungin (171 euroa / asukas) vuosikohtaiset sote-investointimenot olivat alueen suurimmat. Mynämäen kustannuksia nosti uuden terveyskeskuksen rakentamishanke.<sup>12</sup> Investointien tulorahoitus oli riittävää alueen 21 kunnassa, parhaimmat lähtökohdat olivat Somerolla ja Taivassalossa. Kuudesta heikoimman investointien tulorahoituksen kunnasta suurimmat haasteet olivat Nousiaisilla ja Mynämäellä. Alueen 15 kuntaa alitti 50 prosentin suhteellisen velkaantuneisuuden tason. Tilanne parani edellisvuodesta viiden kunnan osalta.

## Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannusten kasvu maan pienimpien joukossa

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2020 yhteensä 1 718,6 miljoonaa euroa (3 570 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 1,9 prosenttia edellisvuodesta, mikä oli kolmanneksi alhaisin kustannusnousu koko maassa. Kuntakohtaiset erot asukaskohtaisissa kustannuksissa vaihtelivat 2 708,8 ja 4 302,5 euron välillä. Alueen nettokäyttökustannuksien suurimmat kasvut olivat perusterveydenhuollon avohoidossa (10,8 %) ja lastensuojelun avohuoltopalveluissa (9,3 %). Nettokäyttökustannukset puolestaan laskivat eniten päihdehuollon erityispalveluissa (-28,8 %) ja ikääntyneiden laitoshoidossa (-20,2 %). (Kuvio 5.)

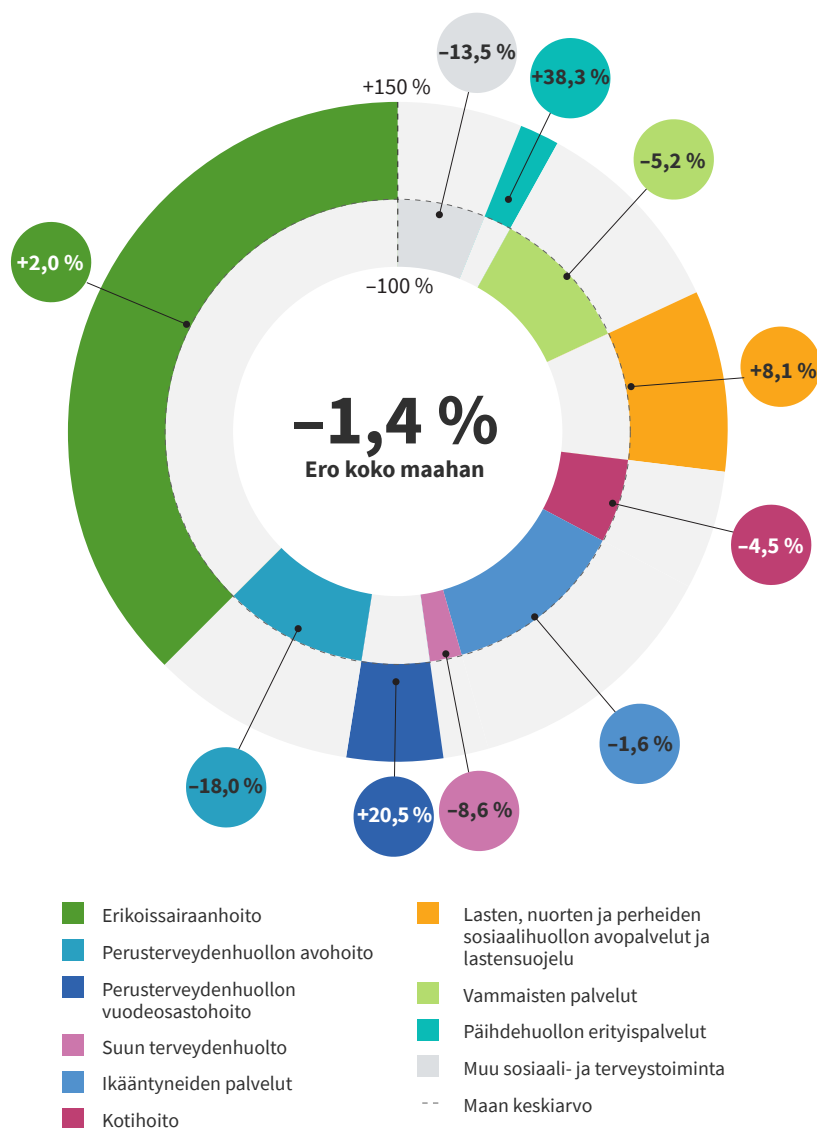
Alueen nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet vuosina 2016–2020 reaalisesti 4,5 prosenttia. Kustannusten kasvu on ollut maan viidenneksi pienintä. Alueella vuosittainen kustannusten kasvu on ollut tasaista, mutta palvelutehtäväkohtaisissa kustannuskehityksissä on vaihtelua. Suurin suhteellinen kasvu vuodesta 2016 on tapahtunut lastensuojelun avohuoltopalveluissa (54,3 %), mikä suhteutettuna alueen alle 18-vuotiaiden määrään tarkoittaa 60,8 prosentin kasvua. Muiden lasten ja perheiden avopalvelujen kasvu (sisältää muun muassa kasvatus- ja perheneuvonnan, lasten ja perheiden tukihenkilötoiminnan, ensi- ja turvakodit, ehkäisevän perhetyön sekä kodin- ja lastenhoitopalvelut) oli alueella toiseksi suurinta (49,7 %), mikä suhteutettuna alueen alle 18-vuotiaiden määrään tarkoittaa 56,4 prosentin kasvua. Samalla ajanjaksolla palvelujen kustannukset ovat pienentyneet suhteellisesti eniten ikääntyneiden laitoshoidossa (-39,8 %), mikä alueen 75 vuotta täyttäneeseen väestöön suhteutettuna tarkoittaa 44,6 prosentin kustannusten laskua. Toiseksi merkittävin kustannusten lasku alueella on muissa sosiaali- ja terveystoiminnan kustannuksissa (-37,7 %); niihin sisältyvät muun muassa toimeentulotuet, kuntouttava työtoiminta sekä mielenterveysongelmaisten asumispalvelut silloin, kun niitä ei voida kirjata erikoissairaanhoidon.

## Sairaanhoitopiirin talous vahvistui edellisvuodesta

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän talous vahvistui edellisvuodesta. Asukasmäärään suhteutettu toimintakate kasvoi 3,7 ja vuosikate 5,3 prosenttia vuodesta 2019. Vuosikate kattoi kertyneistä poistoista 100 prosenttia. Sairaanhoitopiirin vuoden 2020 asukasmäärään suhteutetut toimintakate (84,4) ja vuosikate (79) sijoituivat maan 21 kuntayhtymän vertailussa keskitasolle.

Sairaanhoitopiirin tilikauden ylijäämäksi muodostui 0,1 miljoonaa euroa. Keväällä 2020 tehty sairaanhoitopiirin koko vuoden ennuste näytti lisäalijäämää lähes 40 miljoonaa euroa. Talouden tasapainottamisen toimenpiteinä sairaanhoitopiiri perui ja siirsi hankintoja ja investointeja. Tilannetta helpotti osaltaan loppuvuodesta saatu valtion tuki.<sup>13</sup>

Kuvio 5. Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma vuonna 2020.



◀ Kuviossa esitetään kustannusten (euroa/asukas) jakauma tehtävittäin. Jos hyvinvointialueen menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, kuvion tehtäväkohtainen osa ylittää katkoviivalla kuvatun maan keskiarvon. Ero maan keskiarvoon on kuvattu myös prosentteina. Tehtäväkohtaisen osuuden leveys kuvaa suhteellista osuutta alueen kaikista sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen aineistoihin.

### Erikoissairaanhoiton nettokäyttökustannukset pienivät koko maan eniten

Varsinais-Suomessa erikoissairaanhoiton osuus sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista oli suhteellisesti suurin (38 %), ja se ylitti maan keskitason (37 %). Erikoissairaanhoiton nettokäyttökustannukset asukasta kohden olivat 1 353,9 euroa, ja nekin ylittivät maan keskimääräisen kustannustason (koko maassa 1 326,8 euroa / asukas). Kustannukset kuitenkin vähenivät edellisvuodesta 2,1 prosenttia, mikä oli merkittävin lasku koko maan tarkastelussa.

THL:n ennakkotietojen (18.6.2021) mukaan Varsinais-Suomen somaattisen erikoissairaanhoiton palveluja käytettiin vuonna 2020, väestön palvelutarpeeseen suhteutettuna, neljä prosenttia keskimääräistä vähemmän. Palvelujen tarpeeseen suhteutettuna laskennalliset somaattisen erikoissairaanhoiton kustannukset olivat vastaavasti koko maan tasoa keskimääräistä hieman pienemmät (99, koko maassa 100). Somaattisen erikoissairaanhoiton palvelutarpeeseen suhteutettuja hoitopäiviä oli kuusi prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin ja hoitokasojen vastaavat laskennalliset kustannukset jäivät alle maan keskiarvon (90, koko maassa 100).<sup>14</sup>

### Sairaanhoitopiirillä ei ICT-investointeja, rakennusinvestoinnit maltilliset

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vuoden 2020 rakennusinvestointimenot olivat 14,5 miljoonaa euroa; asukaskohtaiset kustannukset (30 euroa / asukas) olivat maan kolmanneksi pienimmät. Rakennusinvestointimenot laskivat edellisvuodesta 18 prosenttia. Kesällä 2020 sairaanhoitopiirin investointimenoja korotettiin 4,3 miljoonalla eurolla potilasvakuutusyhtiön perustamisesta syntyvien menojen kattamiseksi.<sup>15</sup> Uusia poikkeuslupia rakennusinvestointeihin ei vuosina 2019 ja 2020 haettu. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ei tehnyt ICT-investointeja vuosina 2016–2020.

Poikkeuslupa psykiatriatalon 60 miljoonan investoinnille myönnettiin vuonna 2021. Sairaanhoitopiirin investointisuunnitelman mukaan kustannukset tulevat jakautumaan seuraaville neljälle vuodelle, josta vuoden 2021 talousarvioon varattiin 30 miljoonaa euroa.<sup>16</sup>

### Hyvinvointialueen rahoituksen lähtötaso siirtyviä kustannuksia korkeampi

Alueen väestö ikääntyy, mikä sairastavuuden rinnalla kasvattaa palvelutarvetta. Väestön ikärakenteen muutoksiin pohjautuvien THL:n ennustelaskelmien mukaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveystalouden kustannukset kasvavat vuosina 2020–2030 keskimäärin 1,3 prosenttia vuodessa (koko maassa 1,4).

Viimeisimpien vuoden 2021 talousarvioihin ja vuoden 2022 taloussuunnitelmiin pohjautuvien valtionvarainministeriön rahoituslaskelmien mukaan alueen laskennallinen rahoitus asukasta kohden olisi 2,1 prosenttia siirtyviä kustannuksia suurempi. Lähtötason rahoitus asukasta kohden tarkoittaa siirtyviin kustannuksiin nähden 76 euron lisäystä. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveystalouden rahoituksen laskennallinen lähtötaso vuonna 2023 on 1 816 miljoonaa euroa.

## Alueen erityisteemat

### Korjaavien palvelujen painotuksen vähentäminen ja ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistaminen

Vuoden 2019 THL:n asiantuntija-arvion mukaan Varsinais-Suomessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hallinnonalojen välinen yhteistyö toteutui hyvin. Ennaltaehkäisevien ja varhaisen tuen palvelujen resurssit vaihtelivat, eikä varhaisvaiheen palvelujen saatavuus täysin vastannut kasvanutta tarvetta ja kysyntää. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsi kiireettömissä tapauksissa muuta maata heikommin. Ikääntyneillä perusterveydenhuollon vuodeosastopäiviä kertyi maan keskiarvoa enemmän. Somaattisen erikoissairaanhoidon osastopäivät vähenivät, samoin vähenivät avohoitokäynnit sekä lapsilla että aikuisilla. Lasten somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö oli maan keskiarvoa suurempaa.

### Järjestäjien mukaan palvelujärjestelmässä painoutuivat edelleen raskaat palvelut

Järjestäjien strateginen ohjaus korjaavien palvelujen painotuksen vähentämiseksi sekä ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistamiseksi näkyi vuoden 2020 strategisissa tavoitteissa ja talousarvioissa. Toimenpiteitä kohdistui esimerkiksi palvelujen painopisteen keventämiseen, hyvinvoinnin edistämiseen, palvelutarpeiden ennakkointiin sekä korjaavien palvelujen vaikuttavuuden, tehokkuuden ja tuottavuuden parantamiseen. Alueen edustajien mukaan Varsinais-Suomen palvelujärjestelmä oli edelleen kuitenkin raskas ja korjaavia palveluja painottava.

### Palvelutarpeen kehittymisen seuranta perustuu vielä vahvasti toteutumatietoihin

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjien korjaavien palvelujen ja peruspalvelujen palvelutarvetta seurattiin palvelujen käytön, kustannusten sekä väestön terveys- ja hyvinvointitietojen avulla. Ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen tarpeiden seurannassa hyödynnettiin hyvin kansallisten väestötutkimusten tietoja. Indikaattoritietoja seurattiin osana järjestäjien hyvinvointikertomuksia ja -suunnitelmia sekä muita strategisia ohjelmia. Järjestäjien palvelutarpeen pidemmän aikavälin ennakoimisen tietopohjana toimivat väestöennustetiedot.

### Palvelutuotannon strateginen, tietoon perustuva ohjaus kaipasi vahvistamista

Järjestäjien palvelutuotannossa syntyneitä tietoja hyödynnettiin laajasti operatiivisen toiminnan johtamisessa, mutta tietojen siirtyminen ja jalostuminen osaksi järjestäjien strategista palvelutuotannon ohjausta vaikutti jäävän vielä vähäiseksi. Alueellisten strategisten suunnitelmien, kuten järjestämissuunnitelman ja alueellisen hyvinvointikertomuksen tavoitteiden ja toimenpiteiden seurata rajautui alueen omiin mittaritietoihin. Järjestäjien mukaan kustannusvaikuttavuustietojen vähäisyys vaikeutti toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointia ja ennakkointia. Kattavien mittarien määrittämisen ja käytön vaikeudet nousivat järjestäjiltä esiin.<sup>17,18</sup>

Alueen järjestäjien suuren määrän sekä palvelujärjestelmän hajanaisuuden vuoksi jäi järjestäjien strategisten ohjausresurssien ja -rakenneiden kokonaisuus aluetasoisesti hahmottumatta. Alueen tiedolla johtamisen valmiudet vahvistuivat kansallisessa Rakennuudistus-hankkeessa.

## Yhteiset hankinnat tukivat hyvin palvelujen ohjauksen yhdenmukaistamista

Palvelujen järjestäjien yhdessä tekemät hankinnat – ja niissä tehdyt palvelukriteerit, palvelukuvaukset ja hankintaprosessit – tukivat osaltaan palvelujen alueellista yhdenmukaistamista ja ohjausta. Yhteishankintojen katsottiin yhdenmukaistaneen alueella ikääntyneiden sekä lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuuksia ja näiden ohjausta. Vuonna 2020 käynnistyi osana kansallista Rakenneuudistus-hanketta hyvinvointialueen valvontakeskuksen valmistelu. Hyvinvointialueen valvontatehtävän lisäksi valvontakeskus tukee merkittäväällä tavalla myös hyvinvointialueen ostopalvelujen strategista ohjausta.

## Yhteistyön niukkuus näkyi palvelujen järjestämisessä ja yhdenmukaistamisessa

Alueella oli vielä niukasti järjestäjärajat ja eri palvelutasot yhdistäviä johtamis- ja palvelurakenteita. Palvelujen yhdenmukaistamisen tarpeita tunnistettiin sekä yksittäisten järjestäjien palveluissa että alueella. Peruspalvelujen järjestäjien haasteet kiteytyivät korjaavien palvelujen runsaaseen käyttöön ja korkeisiin kustannuksiin kevyempiin palveluihin nähden. Painotusta järjestäjien mukaan selittivät erityisesti ikääntyneiden sekä lasten, nuorten ja perheiden palvelujen korjaavia palveluja painottavat palvelurakenteet sekä palvelujen vähäinen integrointiaste.

Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestelmä näyttöä edelleen erikoissairaanhoidon painotteisena, pirstaleisena ja koordinoimattomana. Lasten- ja nuorisopsykiatriaa ei ollut riittävästi saatavilla. Alueen edustajien mukaan juurisyinä olivat järjestäjäkohtaiset erot palvelujen sijoittumisessa eri hallinnonaloille sekä järjestäjäkohtaiset vaihtelevat ratkaisut resursseissa sekä johtamisrakenteissa.

## Järjestämissuunnitelman ohjausvaikutus jäi heikoksi

Sote- ja maakuntauudistuksen kaaduttua keväällä 2019 purkautui merkittävä osa myös alueellisista yhteistyön rakenteista. Varsinais-Suomen alueellisen yhteistyön toteuttamisessa ja rakenteiden ylläpitämisessä näytti kansallisella hanketyöllä olleen vahva järjestäjien välistä yhteistyötä ylläpitävä vaikutus. Syksyllä 2019 järjestämissuunnitelman päivittämisen yhteydessä linjattiin, että alueellista järjestämissuunnitelman valmistelua koordinoi sote-johtajakokous ja sisällöllisen valmistelun tueksi kootaan kuusi teematyöryhmää.

Alueellinen yhteistyö palvelujen yhdenmukaistamiseksi perustui järjestäjäorganisaatioiden hyväksymään järjestämissuunnitelmaan. Alueen edustajien mukaan järjestämissuunnitelman toimenpiteet eivät kuitenkaan jalkautuneet alueen palveluihin odotetulla tavalla. Tähän vaikuttivat järjestäjien runsaslukuisuudesta aiheutunut päätöksenteon vaikeus sekä yhteistoimintaa ohjaavan tahon puute.

## Palvelujärjestelmää keventävät toimenpiteet sekä aluetasoinen resurssiohjaus etenivät

Varsinais-Suomessa palvelujärjestelmän painotusta siirrettiin kevyempiin palveluihin toimintatapoja tehostamalla ja resurssiohjauksella. Alueella merkittäviä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpiteitä olivat kuntalaisten aktivoiminen omaehtoisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä monialaisen työn vahvistaminen alueen muiden toimijoiden yhteistyönä. Monialaisen yhteistyön lähtökohdat olivat hyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vakiintuneiden rakenteiden vuoksi.<sup>19</sup>

Järjestäjäkohtaisina keinoina hyvinvointihyötyjen sekä taloudellisten säästöjen saamiseksi nousivat esiin – ennaltaehkäisevien palvelujen ja toimintojen kehittämisen ja resursoinnin rinnalla – myös monialaiset ja integroidut palvelut. Näitä toimenpiteitä kohdistettiin erityisesti lasten, nuorten ja perheiden sekä ikääntyneiden palveluihin.

Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmassa tehostettiin toimintatapoja ja resurssiohjausta. Toimintatapojen tehostaminen palvelujen oikea-aikaisuuden sekä oikean hoidon ja palvelutason varmistamiseksi näkyi prosessien ja korjaavien palvelujen määräaikaisuuden kehittämisessä. Palveluketjujen toimivuuden varmistamista pidettiin tärkeänä erityisesti paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla. Palvelujen mo-

nikanavaisuuden parantamisen rinnalla kehitettiin myös palveluohjausta. Teknologiaratkaisuilla tuettiin hyvin ikääntyneiden asumista kotona. Toimenpiteissä näkyivät myös riskiryhmien tunnistaminen ja näiden palvelujen parantaminen.

Alueen järjestäjillä oli käynnissä merkittävää konsultaatiokäytäntöjen kehittämistä muun muassa turhien asiakkasirtojen välttämiseksi. Alueella resurssiohjaus kohdistui muun muassa vuodepaikkojen käytön ohjauksen parantamiseen ja jatkohoidon tehostamiseen.

### **Terveyttä edistävät tarkastukset ja käynnit toteutuivat alueella hyvin**

Indikaattoritietojen mukaan Varsinais-Suomessa äitiysneuvolan määräaikaistarkastusten peittävyys sekä 4-vuotiaiden laajat terveystarkastukset toteutuivat maan keskitasoa paremmin. Alueen 7–18-vuotiaat kävivät koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa selkeästi useammin kuin maassa keskimäärin, mutta edellisvuotta vähemmän. Vuonna 2021 sekä alakouluikäisistä että ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista pääsi kouluterveydenhoitajan vastaanotolle, koko maan tilanteesta poiketen, useampi kuin vuonna 2019. Lukiolaisilla tilanne puolestaan heikkeni vuodesta 2019, mikä myös poikkesi koko maan kehityssuunnasta. Työtömien terveystarkastuksissa vuonna 2020 kävi edellisvuotta harvempi. Hieman muuta maata heikommin toteutuivat 65-vuotiaiden terveystarkastukset.

### **Perusterveydenhuollon vastaanotoilla hoitajapainotteisuus kasvoi, erikoissairaanhoidon käyttäminen väheni**

Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäyntejä ja muita avohoidon käyntejä oli Varsinais-Suomessa hieman edellisvuosia (2018–2019) vähemmän. Vastaanottojen hoitajapainotteisuus parani edellisvuosista, mutta pysyi koko maan tasoa alhaisempana. Syksyllä 2020 lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika venyi yli seitsemän päivän runsaalla puolella odottajista, kevään tilanne tästä hieman vielä heikkeni. Lääkärin kiireettömän käynnin odotusajat venyivät yli kolmen kuukauden edellisvuosia kuitenkin huomattavasti harvemmin. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä kertyi lähes edellisvuotta vastaavasti. Perusterveydenhuollon päivystyskäynnit vähenivät, mutta niitä oli koko maan tasoa enemmän. Varsinais-Suomessa perusterveydenhuollon avohoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat edellisvuodesta 10,8 prosenttia ja vuodeosastohoidon osalta 6,8 prosenttia. Suun terveydenhuollon kasvu oli 2,4 prosenttia.

Erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit sekä somaattiset avohoidon käyntimäärät vähenivät. Määrät ylittivät kuitenkin maan keskitason. Psykiatrian laitoshoidon jaksot 13–17-vuotiailla ja 65–74-vuotiailla lisääntyivät, mutta muissa ikäryhmissä ne vähenivät. Nuorisopsykiatrian 13–17-vuotiaiden avohoitokäynnit olivat harventuneet vuodesta 2018. Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset asukasta kohden pienivät 2,1 prosenttia edellisvuodesta.

### **Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksissa ja kustannuksissa kasvua ja ikääntyneiden laitoshoidon kustannukset pienivät**

Kodin- ja lastenhoitopalvelujen piirissä olevien lapsiperheiden määrät pysyivät edellisvuosien tasolla. Lastensuojelun avohuollon asiakasmäärät kasvoivat, ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0–20-vuotiaiden määrät pysyivät edellisvuosien tasolla. Samoin edellisvuosia noudattivat uusien huostaanottojen määrät 0–17-vuotiailla. Lastensuojelun avohuoltopalvelujen asukaskohtaiset kustannukset suurensivat alueella 9,3 prosenttia ja laitoshoidon kustannukset 5 prosenttia.

Varsinais-Suomessa 75 vuotta täyttäneiden perhehoidon osuus supistui edellisvuosista. Samoin supistui ikäryhmän omaishoidon sekä säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvien osuudet. Alueen ikääntyneiden kotihoidon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat 8,7 prosenttia, laitoshoidon kustannukset laskivat 20 prosenttia ja ympärivuorokautisen hoivan kustannukset kasvoivat 3,6 prosenttia edellisvuodesta.

## Palveluprosesseja sekä resurssiohjausta tarvitaan järjestelmän tehostamiseen ja kustannusten hallintaan

Palvelujen tehottomuutta ja korkeita kustannuksia selittää osaltaan se, että erityisesti perus- ja erityistason palvelujen välillä ei ollut palveluprosesseja. Esimerkiksi alueen heikohkot ennaltaehkäisevät ja matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut näkyivät alueen edustajien mukaan myös lastensuojelun asiakkaiden kasvaneina ongelmina sekä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuuksien määrän kasvuna. Järjestäjien mukaan ennaltaehkäisevien toimenpiteiden ja hyvien käytäntöjen juurruttaminen osaksi palvelujärjestelmää eteni hitaasti osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vahvan korjaavan luonteen sekä resurssihaasteiden vuoksi.

Osaavan henkilöstön vajeet merkitsivät järjestäjille tasapainoilua ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen sekä korjaavien palvelujen resursointien välillä. Koska alueella korjaavien palvelujen käyttöaste oli edelleen korkea, ne sitoivat yhä merkittävän osan järjestäjien resursseista. Tämä heijastui ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen riittämättömänä järjestämisenä. Vuonna 2020 resursseja jouduttiin ohjaamaan Covid-19-pandemian ehdoilla, mikä näkyi erityisesti suun terveydenhuollon palveluissa. Toisaalta alueen etäpalvelut vahvistuivat merkittäväällä tavalla.<sup>19</sup>

## Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

THL:n vuoden 2019 asiantuntija-arviossa Varsinais-Suomen ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen palvelujärjestelmä todettiin hajanaiseksi ja toimintamallit vaihteleviksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteistyö sekä palvelujen kehittäminen vaihtelivat alueen sisällä. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen porrastus ontui, mutta ammatillinen yhteistyö perus- ja erityispalvelujen välillä parani. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen integraatio pysyi aikaisemmalla tasolla.

## Alueen järjestäjillä runsaasti tarpeita palveluintegraatiolle

Lasten ja perheiden palvelujen tärkeiksi integraatiokohdiksi järjestäjät näkivät esimerkiksi perhekeskustointimallin kehittämisen, erityistason ja vaativan tason palvelujen yhteen saattamisen sekä lastensuojelun palvelujen integraation vahvistamisen. Ikääntyneiden palvelujen integraatiotarpeina painottuivat palveluketjujen kehittämisen rinnalla moniammatilliset konsultaatiokäytännöt ja yhteistyömuodot. Matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelujen välisen integraation tarve oli ilmeinen. Alueen järjestäjien mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen integroimisen tarvetta on julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen palvelujen välillä.

Terveydenhuollon palvelujen integroimisella ikääntyneiden sekä lasten, nuorten ja perheiden palveluihin nähtiin selkeitä synergiahyötyjä: se tehostaa palveluja ja vahvistaa asiakaslähtöisyyttä. Integroiduista erikoissairaanhoidon avopalveluista ja peruspalveluista hyötyvät eri asiakasryhmien lisäksi myös työntekijät. Tiivistyvä yhteistyö mahdollistaa osaamisen jakamisen ja toiminnan kehittämisen aikaisempaa paremmin.<sup>20</sup>

Alueen edustajien mukaan perustason ja erityistason palvelujen integraation haasteina olivat riittämättömät ja toimimattomat konsultaatiorakenteet ja palveluketjut sekä henkilöstön osaamisvajeet.

## Sairaanhoitopiirissä palveluketjujen puutteita pidettiin riskinä palvelujen riittävyyden ja talouden kantokyvyn kannalta

Sairaanhoitopiirissä alueellisten palveluketjujen puutteiden nähtiin lisäävän riskiä, että palvelukysyntä ylittää resurssit ja kustannukset ylittävät kantokyvyn. Tätä riskiä sairaanhoitopiiri pyrki hallitsemaan tiivistämällä kuntayhteistyötä sekä toimeenpanemalla muutoksia hoitoketjuissa järjestämissuunnitelman kautta.<sup>20</sup> Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman kokonaisuus sidottiin myöhemmin osaksi kansallisia kehittämishankkeita.<sup>21</sup>



## Järjestämissuunnitelmassa vähän poikkihallinnollisuutta ja monitoimijaisuutta tukevia tavoitteita ja toimenpiteitä

Palveluiden integraatio edellyttää asiakasryhmäkohtaisia palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyä, ohjausta ja seuranta. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen uudistamisessa ja kehittämisessä keskeisten toimijaryhmien, kuten palvelujen järjestäjien, palvelujen tuottajien, sekä asiakkaiden mukana olo on tärkeää.<sup>22</sup> Eri hallinnonalojen ja toimijoiden palveluyhteistyötä kehittävät tavoitteet, toimenpiteet ja rakenteet, joilla voitaisiin kehittää asiakassegmenttikohtaisia sekä sektori-, organisaatio- ja ammattirajat ylittäviä palveluketjuja, jäivät Varsinais-Suomen järjestämissuunnitelman vuoden 2020 tavoitteissa vähäisiksi. Järjestämissuunnitelma tuki hyvin kuitenkin substanssikohtaista integraatiota eri palvelutasojen välillä.

## Järjestämissuunnitelman ohjausvaikutus jäi alueella vähäiseksi

Järjestämissuunnitelman etenemistä integraation osalta seurattiin alueellisissa työryhmissä vuositason koostettujen teemakohtaisten tilannekuvien avulla. Vuoden 2020 tilannekuvien mukaan palvelujen integraatio eteni alueella hitaasti ja epätasaisesti, koska päätösvalta jakautui alueen lukuisille palvelujen järjestäjille ja erikoissairaanhoidon omistajaohjauksen mahdollisuudet olivat rajalliset. Järjestäjien mukaan integraation etenemistä alueella hidastivat lisäksi järjestäjien riittämättömät resurssit sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmien runsaus.

Järjestämissuunnitelman tavoitteista parhaiten vuoden 2020 aikana vaikutti edenneen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelukokonaisuuksien monialainen ja -ammattillinen valmistelu. Ikääntyneiden palveluissa edettiin akuuttigeriatrian palveluketjussa sekä kuntoutuksen palveluketjuissa. Muilta osin järjestämissuunnitelmaan kirjatut palvelukokonaisuuskohtaiset tavoitteet ja toimenpiteet siirtyivät jatkokyösetettäväksi kansallisiin kehittämishankkeisiin. Hankkeisiin varsinaisen palveluketjutyön rinnalle nostettiin yhdyspintojen työskentelyä tukevien mallien rakentaminen esimerkiksi konsultaation ja vuodeosastopaikkojen osalta. Alueen edustajien mukaan palveluketjujen ja -kokonaisuuksien kehittämisen taustalle tarvittiin hyvinvointialueen palvelujen järjestämisen organisoitumista.

Varsinais-Suomen alueellisissa rakenteissa integraation etenemistä ohjasivat järjestämissuunnitelman lisäksi loppuvuodesta 2020 käynnistyneiden kansallisten hankkeiden tavoitteet, toimenpiteet ja mittarit. Lisäksi lapsi- ja perhepalvelujen integraatio eteni perustason perhekeskustoimintamallin LaPe-hankkeen aikaisissa yhteistyörakenteissa yhdistyen myös loppuvuodesta kansalliseen kehittämiseen. Perus- ja erityistason yhdyspinnalla eteni moniammatillisten tiimimallien kehittäminen muun muassa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelujen parantamiseksi.

## Palveluintegraatio eteni alueella ensisijaisesti järjestäjäkohtaisina toimenpiteinä

Palveluintegraatio eteni alueella ensisijaisesti järjestäjäkohtaisina tavoitteina ja toimenpiteinä, joihin sisältyi vaihteleva määrä Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman sisältöjä. Alueen suuren järjestäjämäärän vuoksi vaihtelivat integraation tavoitteet ja toimenpiteet paljon ja integraation etenemisessä oli suurta vaihtelua. Järjestäjien runsaslukuisuuden vuoksi järjestäjäkohtaisten integraatiota edistävien toimenpiteiden edistymisen kokonaiskuva jäi alueelta hajanaiseksi.

Sairaanhoidopiirin ja kuntien vuosittaisissa kuntaneuvotteluissa tarkennettiin kuntien tahtotilaa erikoissairaanhoidon ja kuntien palvelujen integroimisen ohjauksesta.

## Lasten ja perheiden palveluissa integraatio yhdisti eri palvelutasoja

Järjestäjien mukaan lapsi- ja perhepalvelujen perhekeskustoimintamallin mukaiset ratkaisut toimivat perustason palveluissa hyvin ja tukivat asiakkaiden kokonaisvaltaista hoitamista. Jalkautuvat erityispalvelut, kuten koulujen psykiatriset sairaanhoitajat, paransivat lasten ja nuorten oikea-aikaisen avun saatavuutta. Erikoissairaanhoidon ja perustason palvelujen (myös sivistystoimen palvelujen) eri toimijoita yhdistävät monialaiset tiimimallit tuottivat hyviä tuloksia: eri ammattiryhmien yhteistyö tehostui ja palveluketjut saa-

tiin saumattomammiksi. Muutamat järjestäjät paransivat ikääntyneiden palveluketjujen saumattomuutta ja oikea-aikaisuutta ympärivuorokautisen hoivan asiakkaiden kotiutumisessa sairaalasta.

Liikuntapalvelujen sekä sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen yhdessä sopima liikuntaneuvonnan palveluketju toteutui alueella vaihtelevasti.<sup>23</sup>

### **Yhteistyöaluetasoinen kehittäminen eteni**

Länsirannikon OT-keskuksen suunnittelun valmisteluissa vaativan psykiatrisen hoidon ja sijaishuollon palvelukokonaisuudet sekä erityistason palvelujen väliset rakenteet etenivät erityisvastuualuetasoisena kehittämisenä. Kokonaisuuden valmistelu liitettiin osaksi kansallista Rakenneuudistus-hanketta vuoden 2020 lopussa.

Länsirannikko-strategia edisti erityisvastuualueen palvelujen laatua ja yhdenmukaista saavutettavuutta. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteisten hoito- ja palveluketjujen yhtenäistämiseksi edettiin tekemällä suunnitelma valmiiksi.<sup>24</sup> Alueellinen ohjausryhmä työsti yhteisiä hoito-ohjeita. Palliativisen hoidon ohjausryhmän toiminnan tuloksena alueella otettiin käyttöön saattohoidon suunnitelma ja hoito-ohjeet. Myös palliativisen hoidon palveluketjukuvausta ja tarvittavia muutoksia valmisteltiin. Kokonaisuutta tukivat sairaanhoitopiirien henkilöstön yhteiset koulutukset ja viestintä. Yhteistyöalueen muutostyötä myös integraation osalta tuki yhteinen tietotekninen alusta.

Länsirannikko-strategiaan liittyvät yhteistyöaluetasoiset hoitotieteellinen tutkimusohjelma, opetuksen ja koulutuksen toimintasuunnitelma sekä tiede- ja tutkimusstrategia tukivat strategian toteuttamisen lisäksi myös erityisvastuualueen integraation etenemistä.

# Menetelmät ja laatuseloste

## Arvioinnin tietopohja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatima asiantuntija-arvio perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Arvioinnin keskeisen tietopohjan muodostavat alueiden edustajien kanssa keväällä ja kesällä käydyt keskustelut. Arvioinnin määrällisen tietopohjan perusta on kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA). Asiantuntija-arvion pohjana olevaa tilannekuvaa on laajennettu hyödyntämällä dokumenttiaineistoja järjestäjätahojen hallinnosta, toimintatavoista, suunnitelmista ja päätöksistä. Arvioinnissa on hyödynnetty lisäksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintoviraston valvontahavainnot ja muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä.

Asiantuntija-arvion laatimisesta eri tietolähteitä käyttäen vastaavat arviointipäälliköt yhdessä tietoylijohtajan kanssa. Arvioinnin laatimisen tukena ovat lisäksi THL:n tehtäväkokonaisuuksien asiantuntijaryhmät sekä muut asiantuntijat.

Vuoden 2020 arvioinnissa on syvennyt arvioimaan palvelujen järjestämistä alueiden määrittelemissä ja sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamissa erityisteemoissa. Kaikkiin alueiden erityisteemoihin voi tutustua Hyvinvointialueiden erityisteemat -liitteessä. Hyvinvointialueen kahden erityisteeman lisäksi on arvioitu alueen väestön palvelutarvetta, palvelujen järjestämisen nykytilaa ja kehityssuuntaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, rahoitusta ja investointeja. Lisäksi on koottu alueen sote-tiedonhallinnan ja digitalisaation tilannekuva.

## Kansallinen KUVA-mittaristo ja Tietoikkuna

KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostama noin 500 indikaattorin kokonaisuus. Mittaristoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon seurannassa, arvioinnissa ja ohjauksessa; se tarjoaa tietoa muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä palvelutarpeesta, mutta myös palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. KUVA-mittariston indikaattoreista valtaosa on tuotannossa; osan muodostaminen on kesken tai mahdollista vasta tiedonkeruun kehittymisen myötä. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa ministeriön asettama vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä (KUVA-ryhmä), joka koostuu ohjauksen, arvioinnin ja tilastoinnin asiantuntijoista sekä alueiden edustajista. Mittariston teknisestä tuottamisesta vastaa THL.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. KUVA-mittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Kesäkuussa 2021 noin 70 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2020 tai 2021. Koska arviointi kohdistuu pääsääntöisesti edellisvuoteen, tavoitteena on käyttää mahdollisimman paljon vuoden 2020 tietoa. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista. Useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi.

Kustannusvaikuttavuusmittariston kaikki indikaattoriarvot esitetään tätä varten kehitetyssä käyttöliittymässä, Tietoikkunassa. Tietoikkuna poimii THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä KUVA-mittaristoon kuuluvat indikaattorit hyvinvointialueittain ja kunnittain. Indikaattorit ovat rajattavissa lisäksi tehtäväkokonaisuuksittain ja ulottuvuuksittain.

Yhdenmukaisen tarkastelun vuoksi arvioinnissa käytettävien indikaattorien päivittyminen on keskeytetty 18.6.2021. Arvioinnissa hyödynnetään niitä tietoja, jotka olivat käytettävissä mainittuna päivänä. Poikkeuksena ovat kuntataloustilastoon perustuvat kustannusindikaattorit, jotka päivittyvät syyskuussa vuonna 2021. Myös Tietoikkunan näkymä on jäädytetty näyttämään nämä tiedot. Indikaattoreihin tehdyt korjauk-

set kuitenkin muuttavat Tietoikkunassa olevia arvoja, mikäli ne kohdistuvat esitettävän vuoden tietoihin. Sotkanetiin indikaattorit päivittyvät normaalisti. Arvioinnin tietopohjan ja Tietoikkunan jäädytys puretaan, kun sosiaali- ja terveystieteiden ja alueiden välinen neuvottelukierros on saatu päätökseen.

## Tietopohjan avoimuus ja saatavuus

Arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Käytetyt indikaattoritiedot ovat puolestaan saatavissa THL:n verkkopalveluista. Muut tilastotiedot on merkitty erillisin viittein. Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportit ovat avoimesti saatavissa arvioinnin verkkosivuilta. Muusta tietopohjasta poiketen alueiden kanssa käydyt keskustelut ja niiden aineistot eivät ole julkisia. Yhteisten keskustelujen kautta alueiden edustajat ovat osallistuneet arviointiin, ja heillä on ollut myös mahdollisuus kommentoida valmistuvia arviointitekstejä.

## Tietojen laatu ja käynnissä oleva kehittämistyö

Vuoden 2020 arvioinnissa olemme kiinnittäneet erityistä huomiota käytettävien indikaattoritietojen laatuun. Indikaattoreita, joissa on merkittäviä laatu puutteita, ei ole käytetty alueen arvioinnissa. Tämä on rajoittanut tietojen hyödyntämisen mahdollisuuksia osassa alueita. Laadukas ja ajantasainen tieto on sote-toimijoiden yhteinen tavoite.

Hoitoilmoitusjärjestelmän kolmen rekisterin (sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli Avohilmo) tietojen laatu ja kattavuus vaihtelevat alueittain. Laatu puutteet johtuvat sekä tietojen toimittamiseen että vastaanottoon liittyvistä vaikeuksista. Kyselytutkimuksiin perustuvissa indikaattoreissa vastausten kattavuudessa on aluekohtaisia rajoitteita. Sosiaalipalvelujen toimintatilaston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka täsmällisiä tietoja sinne on toimitettu, sekä kuntien vastausaktiivisuus; suurten kuntien toimintatietojen jättäminen ilmoittamatta vaikuttaa mittarien väestösuhteutettuihin lukuihin ja vääristää alueiden välistä vertailua.

Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan voimakkaasti käynnissä olevassa ohjelmassa Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena (Toivo-ohjelma). Ohjelman Virta-hankkeessa kehitetään hyvinvointialueiden tiedolla johtamista sekä määritellään kansallisen ja alueellisen tilannekuvan yhdistävä vähimmäistietosisältö. Valtava-hankkeessa kehitetään monen muun ohella sosiaalihuollon rekisteriä, talous- ja henkilöstötiedonkeruuta sekä tietojen raportointia ja laadun seuranta. Vuosina 2021–2023 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Uudistettu Tietoikkuna-verkkopalvelu on käytävissä vuoden 2021 lopussa.

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

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

Indikaattoriarvot Tietoikkunassa: [thl.fi/tietoikkuna](https://thl.fi/tietoikkuna)

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

# Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

## Väestö ja palvelutarve

1. Tilastokeskus (2021). Muuttoliike 2020. Tilastokeskus. [Verkkolähde](#)
2. Työ- ja elinkeinoministeriö (2021). Työllisyyskatsaus 2021:4. Varsinais-Suomen työllisyyskatsaus. [Verkkolähde](#)

## Järjestämistehtävän yleiset edellytykset

### Henkilöstö

3. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 15.6.2021 § 5. [Verkkolähde](#)
4. THL (2021). Lakisääteisen henkilöstömitoituksen alittaneet yksiköt, toukokuu 2021. [Verkkolähde](#)
5. Aluehallintovirasto (2021). Lounais-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti tulevan (HE 241/2020) Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2020. [Verkkolähde](#)
6. Keva (2021). Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. Varsinais-Suomi. [Verkkolähde](#)
7. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 24.11.2020 § 38. [Verkkolähde](#)

## Sote-tiedonhallinta ja digitalisaatio

### Asiakas- ja potilastietojärjestelmien nykytila ja kehittämistoimet

8. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Päivitys vuosille 2010–2020. [Verkkolähde](#)
9. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen. Selvitys 5.11.2020.

### Tietojohtaminen

10. Varsinais-Suomen sote-tietojohtamisen kehittämissuunnitelma.
11. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 24.11.2020 § 38. [Verkkolähde](#)

### Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus, kustannukset ja investoinnit

12. Mynämäen kunta. Valtuuston pöytäkirja 17.5.2021 § 34. [Verkkolähde](#)
13. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 15.6.2021 § 5. [Verkkolähde](#)
14. THL (2021). Sairaaloiden toiminta ja tuottavuus. Ennakkotiedot. [Verkkolähde](#) [luettu 21.6.2021]
15. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 9.6.2020 § 21. [Verkkolähde](#)
16. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 24.11.2020 § 33. [Verkkolähde](#)

## Alueen erityisteemat

### Korjaavien palvelujen painotuksen vähentäminen ja ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistaminen

17. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Päivitys vuosille 2019–2020. [Verkkolähde](#)
18. Varsinais-Suomen alueen hyvinvointikertomus 2018. [Verkkolähde](#)
19. Aluehallintovirasto (2021). Lounais-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti tulevan (viittaus HE 241/2020) Varsinais-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2020. [Verkkolähde](#)

### Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

20. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 15.6.2021 § 5. [Verkkolähde](#)
21. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Päivitys vuosille 2019–2020. [Verkkolähde](#)
22. Koivisto, J., Liukko, E., Tiirinki, H. (2020). Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 11/2020. [Verkkolähde](#)
23. Koivisto, J., Muurinen, H., Syrjä, V., Parviainen, L. (2021). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Kevät 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, työpaperi 20/2021. [Verkkolähde](#)
24. Länsirannikko-strategia 2019–2023. [Verkkolähde](#)

# Liite

## Hyvinvointialueiden erityisteemat

### Etelä-Karjalan hyvinvointialue

- Kuntoutuksen kehittäminen osana peruspalveluja
- Päivystyksellisten palvelujen saatavuus sekä päivystyksellisten palvelujen tarpeen vähentäminen peruspalvelujen saatavuutta parantamalla

### Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

- Ikääntyneiden palveluiden palvelurakenne ja monialaiset palvelukokonaisuudet
- Perustason palveluiden saatavuus ja laatu

### Etelä-Savon hyvinvointialue

- Ehkäisevän ja terveyttä ja hyvinvointia edistävän työn järjestäminen alueellisena monialaisena yhteistyönä
- Mielenberveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja laatu ml mielenberveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö

### Helsingin kaupunki

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määränmuutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Itä-Uudenmaan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Kainuun hyvinvointialue

- Järjestäjän keinot vastata palvelutarpeeseen väestömäärän ja väestörakenteen muuttuessa
- Sote-palveluiden integraatio erityisesti paljon palveluja tarvitsevien monialaisissa palvelukokonaisuuksissa

### Kanta-Hämeen hyvinvointialue

- Monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuudet
- Palvelujen vaikuttavuuden mittaaminen ja sen kehittäminen

### Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue

- Ikääntyneiden palveluiden kustannukset ja palvelurakenne
- Perustason palveluiden saatavuuden ja laadun varmistaminen

### Keski-Suomen hyvinvointialue

- Mielenberveys- ja päihdepalvelujen saatavuus ja palveluprosessit
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Kymenlaakson hyvinvointialue

- Ikääntyvien ja erityisryhmien asumispalveluiden kehittäminen ja monialainen yhteistyö toimintakykyä tukeviksi kokonaisuuksiksi
- Kuntoutuksen kehittäminen osana peruspalveluja

### Lapin hyvinvointialue

- Saamenkielisten ja kulttuurinmukaisten sote-palvelujen saatavuus ja osaamisen tarpeet
- Nuorten mielenterveys- ja päihde- ja lastensuojelupalveluiden riittävyys ja palvelujen yhteensovittaminen

### Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määränmuutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen

### Pirkanmaan hyvinvointialue

- Alueellisen yhdenvertaisuuden vahvistaminen palveluiden saatavuudessa
- Väestöryhmien välisen eriarvoisuuden vähentäminen

### Pohjanmaan hyvinvointialue

- Lasten, nuorten ja perheiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen
- Työikäisten ja ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

### Pohjois-Karjalan hyvinvointialue

- Ehkäisevän ja terveyttä ja hyvinvointia edistävän työn järjestäminen alueellisena monialaisena yhteistyönä
- Perustason palveluiden saatavuus ja laatu

### Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

- Ikääntyneiden palvelujärjestelmän muutostarpeet ja muutoksen keinot
- Perustason palveluiden saatavuuden ja laadun varmistaminen

### Pohjois-Savon hyvinvointialue

- Lastensuojelun toimivat prosessit ja monialainen yhteistyö
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuus, mukaan lukien mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevän päihdetyön monialainen toteutus

### Päijät-Hämeen hyvinvointialue

- Akuuttipalvelujen kokonaisuuden kehittäminen (sisältäen Akuutti24 päivystysyksikön, sosiaalipäivystyksen, ensihoidon sekä kotisairaalan)
- Aikuissosiaalityö työikäisten arjen haasteiden tukena (kohderyhmänä erityisesti nuoret aikuiset)

### Satakunnan hyvinvointialue

- Mielenterveys ja päihdeasiakkaiden palvelujen saatavuus ja laatu, ml mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö
- Perustason palvelujen saatavuus ja laatu

### Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

- Toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollossa segregaaion, polarisaation ja väestömuutosten (muutto alueelle, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten määrän muutokset) haasteisiin vastaamiseen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen, erityisesti nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittävyys ja palvelujen yhteensovittaminen

### Varsinais-Suomen hyvinvointialue

- Korjaavien palvelujen painotuksen vähentäminen ja ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistaminen
- Sote-integraation toteutumisen varmistaminen



## Expertutvärdering

### E-tjänster ersätter fortfarande sällan traditionella besök

Covid-19-pandemin ökade antalet elektroniska tjänster i området betydligt år 2020. För de som använder elektroniska tjänster ersatte e-tjänsterna redan traditionella besök, men användningen av elektroniska tjänster i området var mindre än i landet i genomsnitt. Oron och svårigheterna med att använda elektroniska tjänster var betydande.

Alla anordnare i området hade tillgång till en centraliserad klient- och servicehandledningstjänst. År 2021 omfattade Omaolo-tjänsten största delen av områdets befolkningsunderlag. Stödet och tjänsterna inom egenvården stärktes i de öppna Omaolo-servicekanalerna inom primärvården. Även lösningar som gör det möjligt för barn och familjer att hålla kontakt med yrkesutbildade personer användes i stor utsträckning. Inom den specialiserade sjukvården framskred införandet av elektronisk tidsbokning inom flera verksamhetsområden. Även distansmottagningsverksamheten utvidgades. E-tjänsternas digitala vårdvägar kommer i fortsättningen att koncentreras till kundportalen.

### Inga beslut om förenhetligandet av klient- och patientdatasystemen fattades, sjukvårdsdistriktets informationspool blir gemensam för välfärdsområdet

Antalet klient- och patientdatasystem i området var stort och underhållskostnaderna betydande. I området drogs riktlinjer upp för förenhetligandet av klient- och patientdatasystemen, men anordnarna gjorde inga beslut i ärendet. Förberedelserna för ett förenhetligande av informationssystemen samt anskaffningen av ett klient- och patientdatasystem framskred som en del av Strukturreformprojektet.

Våren 2021 förbereddes sjukvårdsdistriktets informationspool för kommunernas överföringar av rådata. På sommaren godkändes ett samarbetsavtal om informationspoolen i området. På hösten hade området beredskap att göra de första informationsintegrationerna i informationspoolen.

Sjukvårdsdistriktets nya strategi 2021–2022/2025 betonar betydelsen av kunskapsbaserad ledning i bedömningen av förhållandet mellan vårdens effektivitet och personalens resursfördelning. Strategin stöder styrningen av områdets informationsledning även i välfärdsområdets övergångsskede.

### Kostnadsökningen inom social- och hälsovårdsverksamheten var bland de lägsta i landet – den långvariga ökningen av kostnaderna för barnskydd samt öppenvårdstjänster för barn och familjer kräver åtgärder

År 2020 var ökningen i kostnaderna för Egentliga Finlands social- och hälsovård bland de lägsta i hela landet. Kostnaderna ökade mest inom primärvårdens samt barnskyddets öppenvård. Inom missbrukarvårdens specialtjänster och institutionsvården för äldre minskade kostnaderna däremot avsevärt.

Åren 2016–2020 var kostnadsökningen i området den femte minsta i landet. Enligt serviceuppgift har ökningen varit störst inom barnskyddets öppenvårdstjänster och andra öppenvårdstjänster för barn och familjer. Denna utveckling berättar om behovet av tjänster som främjar barns, ungas och familjers välfärd och hälsa samt tjänster med låg tröskel. Under samma tidsperiod har kostnaderna relativt sett minskat mest inom institutionsvården för äldre samt inom annan social- och hälsovårdsverksamhet. Dessa omfattar bland annat utkomststöd, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte samt boendetjänster för personer med psykiska problem. Områdets långsiktiga arbete med att utveckla institutionsvården för äldre har gett ekonomiska resultat.

## **Kostnaderna för den specialiserade sjukvården minskade mest i hela landet och den specialiserade sjukvården användes i mindre grad än genomsnittet**

I Egentliga Finland var den specialiserade sjukvårdens andel av social- och hälsovårdsväsendets kostnader proportionellt sett störst. Kostnaderna minskade mest i hela landet jämfört med 2019.

I området användes tjänster inom specialiserad somatisk sjukvård i mindre utsträckning 2020 än genomsnittet i förhållande till befolkningens servicebehov. Kostnaderna för tjänsterna var på motsvarande sätt något lägre än i hela landet i genomsnitt. Antalet vård dagar inom den specialiserade somatiska sjukvården var mindre än genomsnittet och kostnaderna för vårdperioderna låg under landets medelnivå.

## **Inom sjukvårdsdistriktet gjordes måttliga byggnadsinvesteringar men inga ICT-investeringar**

Sjukvårdsdistriktets byggnadsinvesteringsutgifter minskade jämfört med året innan. Inga nya undantagstillstånd för bygginvesteringar ansöktes 2020, men 2021 beviljades sjukvårdsdistriktet undantagstillstånd för psykiatrihuset. Av kostnaderna för psykiatrihuset ingick hälften i budgeten för 2021. Investeringsutgifterna höjdes 2020 för att täcka utgifterna för grundandet av ett patientförsäkringsbolag.

Sjukvårdsdistriktet gjorde inga ICT-investeringar under 2016–2020.

## **Planen för ordnande av social- och hälsovård påskyndade främjandet av välfärd och hälsa, uppnåendet av målen bromsades upp av det stora antalet anordnare och bristen på en styrande instans**

De regionala åtgärderna för främjande av hälsa och välfärd som ingår i planen för ordnande av hälso- och sjukvård stödde kommuninvånarnas främjande av välfärd och hälsa på eget initiativ samt sektorsövergripande arbete. Kontaktytans strukturer var bra och åtgärderna gick framåt. Målen i områdets plan för ordnande av hälso- och sjukvård utgjorde en bra helhet också för stärkandet av de olika klientgruppernas förebyggande tjänster och basservice. Åtgärderna förväntades även återspeglas i en minskad fokus på korrigeringstjänster. Målen för utvecklingen av servicekedjorna stärkte klienternas hänvisning till tjänster som motsvarar behoven. Målen i planen för ordnande av hälso- och sjukvård 2020 uppnåddes dock i ringa grad. Detta reflekterade beslutsfattandets styvhet på grund av det stora antalet anordnare och bristen på en styrande instans. Åtgärderna i planen för ordnande av hälso- och sjukvård inkluderades i de nationella utvecklingsprojekten i slutet av 2020.

## **Anordnarna har som mål att stärka förebyggande tjänster och basservice, strategisk styrning behövs**

Anordnarnas strategiska mål för 2020 hade en positiv inverkan på stärkandet av förebyggande och lättare tjänster samt förbättrandet av effektiviteten och produktiviteten. De förebyggande tjänsterna och basservicen i området stärktes med anordnarspecifika åtgärder och resurser, men i utvecklingen saknades element för en regional harmonisering av tjänsterna. Uppgifterna om uppföljningen av anordnarnas servicebehov stödde väl den operativa ledningen av tjänsteproduktionen. Sambandet mellan uppgifterna, förädlingen och utnyttjandet som verktyg för strategisk styrning förblev dock oklart. Detta kan eventuellt förklara de delvis fortfarande tunga servicestrukturerna i området samt att tjänsterna delvis inte ordnades på ett ändamålsenligt sätt i förhållande till behoven.

Resultaten av anordnarnas åtgärder framträdde i området bland annat som en bra täckning av hälsoundersökningar samt i att sjukskötarmottagningarna blev vanligare. Antalet besök inom den specialiserade sjukvårdens jour och den somatiska öppenvården minskade.

## **Bristen på integrerade tjänster ökar risken för en alltför stor ökning i efterfrågan på tjänster samt i kostnader**

Enligt Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt medför bristerna i integrationen av social- och hälsovårdstjänster en risk för att efterfrågan på tjänster överskrider resurserna och kostnaderna överskrider bärkraften. För att eliminera risken behövs ett intensivare samarbete samt utveckling av service- och vårdkedjorna.

För integrationen av tjänsterna ska klientgruppspecifika servicehelheter och -kedjor definieras i samarbete med anordnare, tjänsteproducenter och klienter i servicekedjan.

## **Planen för ordnande av hälso- och sjukvård stödde integrationen av hälso- och sjukvårdstjänster. Arbetet med servicekedjan inom akut geriatri och rehabilitering framskred – utmaningarna med integrationen har identifierats**

Den regionala integrationen styrdes av planen för ordnande av hälso- och sjukvård, och dess mål stödde i första hand integrationen av hälso- och sjukvårdstjänster. Målen som styr integrationen av hälso- och sjukvården och socialvården var mindre. Stödet som planen för ordnande gav samarbetet över sektors-, organisations- och yrkesgränserna var litet. De största framstegen i målen för planen för ordnande av hälso- och sjukvård gjordes inom servicekedjorna akut geriatrik och rehabilitering år 2020. De övriga målen uppnåddes endast i liten utsträckning.

Utmaningarna för en integration mellan tjänster på basnivå och specialnivå låg i otillräckliga och ofungerande konsultationsstrukturer, otillräcklig personal samt kompetensbrister. Även det knappa samarbetet i området försvagade integrationsframstegen. Integrationen framskred i första hand med hjälp av anordnarspecifika mål och åtgärder. På grund av det stora antalet anordnare i området var det svårt att sammanställa en lägesbild. I slutet av 2020 inkluderades integrationen av social- och hälsovården i de nationella utvecklingsprojekten.

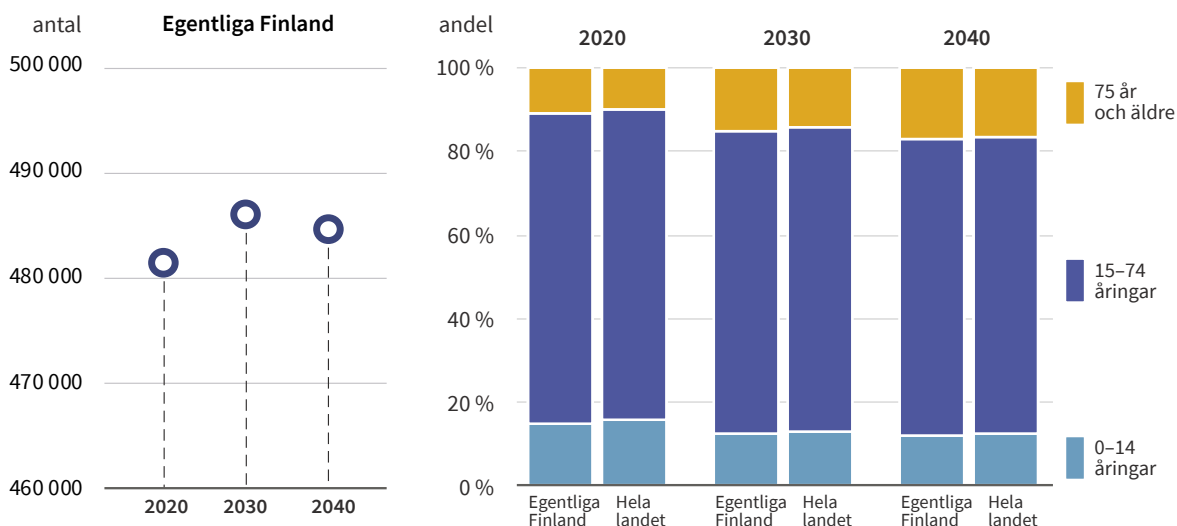
## Befolkning och servicebehov

### Flyttningen till området är stort

I slutet av 2020 hade Egentliga Finland, som består av 27 kommuner, 481 403 invånare. Bosättningen är koncentrerad till Åbo- och Saloregionen. Befolkningstillväxten i området har pågått oavbrutet under hela 2000-talet. Befolkningsmängden har ökat relativt sett mest i S:t Karins, Lundo och Masku och minskat mest i kommuner där den äldre befolkningen framhävs i befolkningens åldersstruktur i Kimitoön, Pyhäranta och Somero. År 2020 var inflyttningsöverskottet i Egentliga Finland från andra delar av Finland ca 1 400 personer, av vilka största delen var personer med finska som modersmål.<sup>1</sup>

Under de kommande åren kommer befolkningen att fortsätta växa i hela området. Enligt prognosen kommer befolkningen att öka med cirka en procent fram till 2030 och med 0,7 procent till 2040, dvs. till 484 568 invånare. Befolkningen åldras också, precis som på andra håll i landet. Nativiteten och andelen invånare under 18 år har i flera år varit något lägre än i landet i genomsnitt. Andelen personer i arbetsför ålder har minskat under de senaste åren och motsvarande andel äldre har ökat. Andelen personer som fyllt 75 år ligger på landets medelnivå (10,5 %) i området och den förutspås öka under de kommande åren. Under 2018–2040 förutspås antalet personer som fyllt 75 år öka med upp till 62 procent. Under samma period minskar däremot antalet barn under 15 år från det nuvarande antalet med 21 procent. Förändringen i den demografiska försörjningskvoten jämfört med året innan motsvarade landets medelnivå. (Figur 1.)

Figur 1. Befolkningsmängden och åldersstrukturen i välfärdsområdet.



▲ I figuren presenteras befolkningsmängden och åldersstrukturen i välfärdsområdet 2020 samt prognoserna för 2030 och 2040. Åldersstrukturen jämförs med uppgifterna för hela landet. Uppgifterna bygger på Statistikcentralens material. Befolkningsprognosen baserar sig på uppgifterna för 2018.

Tabell 1. Grundläggande information om området.

	Egentliga Finland	Österbotten	Satakunta	Hela landet	(variations- intervall)
<b>Grundläggande uppgifter om området</b>					
Befolkning 31.12.	481 403	175 816	215 416	5 533 793	(67 988–656 920)
Befolkningsprognos 2030 **	486 015	174 432	203 356	5 566 685	(64 651–723 687)
Befolkningsprognos 2040 **	484 568	170 072	191 403	5 525 528	(59 196–760 700)
Befolkningstäthet, invånare/km <sup>2</sup>	45,1	23,8	27,5	18,2	(1,9–3 066,1)
Födelseetal (allmänt fruktsamhetstal) *	37,4	48,2	38,6	40,3	(31,5–49,7)
Nettoflyttning mellan kommunerna/1 000 invånare	2,9	–5	–3,3	0	(–5,2–6,5)
Svenskspråkig befolkning, % av befolkningen 31.12.	5,7	50,7	0,4	5,2	(0,1–50,7)
Personer med utländsk härkomst/1 000 invånare	80,9	79,9	40,4	80,2	(25,3–207,1)
<b>Sysselsättning/arbetslöshet och socioekonomisk ställning</b>					
Arbetslösa, % av arbetskraften	12,4	9,5	12,5	13	(9,5–16,3)
Långtidsarbetslösa, % av arbetskraften	2,3	1,7	2,7	2,9	(1,2–4,2)
Svårssysselsatta (strukturell arbetslös- het), % av 15–64 -åringarna	4,2	3,1	4,6	4,6	(3,1–6,7)
Arbetslösa ungdomar, % av arbetskraften i åldrarna 18–24 år	14,5	10,4	16,7	16,7	(10,4–21,6)
Ginikoefficient, disponibel inkomst	27,7	25,2	25,3	27,9	(23,2–33,5)
Familjer med en förälder, % av barnfamiljerna	22,9	15,8	23,6	23,3	(15,8–28)
Barnfamiljer som långvarigt fått utkomststöd, % av barnfamiljerna	2,5	1,5	1,5	3	(1,2–5,4)
Kommunens låginkomstkvot	13,9	12,4	14,2	13,4	(8,3–18,8)
<b>Befolkningens sjuklighet</b>					
THL:s sjuklighetsindex, icke- åldersstandardiserat *** 1	95,4	88,6	105,5	100	(76,8–136,3)
Förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 0–80 år/100 000 invånare	5 337	4 659	6 421	5 728	(4 659–6 955)
25–64-åringar som får invalidpension, % av befolkningen i samma ålder	6,5	5,5	7,7	6,5	(4,1–10,2)

\* 2019, \*\* 2018, \*\*\* 2016

1 Information om indikatorn finns inte tillgänglig med välfärdsområdesindelningen. Därför används informationen i landskapens områdesindelning i tabellen.

Huvudspråket i regionen är finska. Andelen som har svenska som modersmål är något större än i landet i genomsnitt. Antalet personer med utländsk bakgrund i området motsvarar landets medelnivå. Befolkningen med utländsk bakgrund har koncentrerats till Åbo och Salo.

### Arbetslösheten och långtidsarbetslösheten började öka

Antalet arbetslösa i området är mindre än genomsnittet och antalet låginkomsttagare följer landets medelnivå. Andelen ensamstående familjer motsvarar medelnivån i landet och är störst i Åbo. En dryg femtedel av barnfamiljerna i hela området är en familj med en förälder.

Den minskade arbetslösheten och långtidsarbetslösheten under de senaste åren började öka 2020. Andelen arbetslösa av arbetskraften ökade med närmare 4 procentenheter jämfört med föregående år, Andelen långtidsarbetslösa av arbetskraften ökade med 0,1 procentenheter under samma tid. Ungdomsarbetslösheten är en aning lägre i Egentliga Finland än i resten av landet.

Enligt arbets- och näringsministeriets månatliga arbetsförmedlingsstatistik minskade antalet arbetslösa och permitterade i april 2021 jämfört med motsvarande tidpunkt året innan, men långtidsarbetslösheten fortsatte öka.<sup>2</sup>

### Antalet förtida dödsfall minskade i området

Området har mindre sjuklighet än genomsnittet. Lika många 25–64-åringar i området fick invalidpension som i landet i genomsnitt. I förhållande till folkmängden i området är antalet förlorade levnadsår på grund av förtida dödsfall bland personer under 80 år det femte lägsta i landet och antalet minskade från året innan.

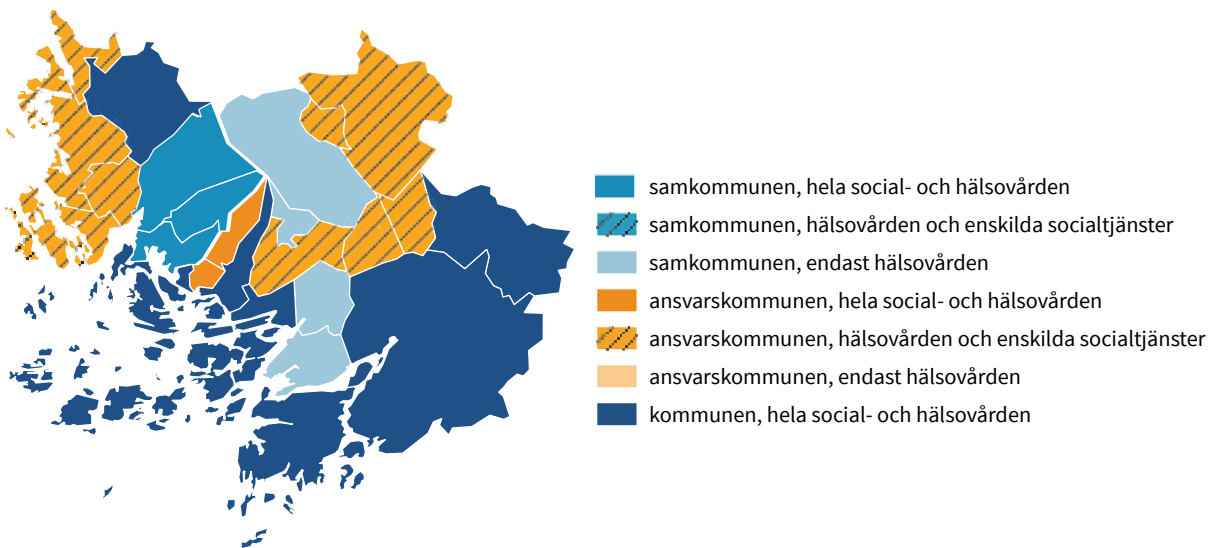
# Allmänna förutsättningar för anordnandet

## Nuläget för anordnande av tjänster och servicenätet

### Inga förändringar i antalet anordnare

Under 2020 skedde inga förändringar i antalet anordnare av social- och hälsovårdstjänster i de 27 kommunerna i Egentliga Finlands välfärdsområde. Utöver sjukvårdsdistriktet och specialomsorgsdistriktet fanns det 15 anordnare av social- och hälsovårdstjänster i området. Åtta kommuner producerade själva alla social- och hälsovårdstjänster. Lundo, Loimaa, Reso och Nystad producerade antingen alla eller endast en del av tjänsterna även för åtta andra kommuners behov enligt ansvarskommunmodellen. Av områdets fem samkommuner var tre basservicesamkommuner. Av dessa producerade 1 samkommun alla social- och hälsovårdstjänster för sina medlemskommuner och två endast hälso- och sjukvårdstjänster. Av kommunerna i området producerade 12 enstaka eller alla socialvårdstjänster själv. (Figur 2.)

Figur 2. Modeller för ordnande av tjänster i välfärdsområdets kommuner.



▲ I figuren presenteras modeller för ordnande av primärvård och socialservice i välfärdsområdets olika kommuner. Uppgifterna baserar sig på Kommunförbundets material från 2020 och kategorisering i 7 kategorier.

## Sammanläggningen av Åbo stads tjänster inom den specialiserade sjukvården med universitetssjukhuset gick framåt

Sammanläggningen av Åbo stads tjänster inom den specialiserade sjukvården med universitetssjukhusets tjänster gjorde framsteg 2021 i fråga om kardiologi och reumaortopedi. Beredningen av en sammanslagning av tjänsterna fortsatte vad gäller fysiatri, diabetestjänster för barn och unga och ögonsjukdomar. Sammanslagningarna genomförs före utgången av 2021. Samarbetet mellan universitetssjukhuset och Åbo stad utvidgades också till andra specialområden som Åbo stad har ansvar för att ordna. Överföringen av rehabiliteringshuset för barn från början av 2022 till universitetssjukhusets U-sjukhus bereddes.

## Personal

### Utmaningarna i fråga om tillgången till personal håller på att bli en betydande risk

Situationen för anordnarna i Egentliga Finland varierade när det gällde att få tillräcklig och kompetent personal. Enligt anordnarna såg situationen bra ut för en del, men för största delen verkade utmaningarna i tillgången på personal ha ökat. De största rekryteringsutmaningarna inom socialvården gällde socialarbetare och det ökade behovet av närvårdare inom socialservicen. Inom hälso- och sjukvården fanns det i synnerhet brist på sjukskötare, läkare och närvårdare. Det var också svårare än tidigare att rekrytera terapipersonal. Det blev svårare att hitta vikarier inom både socialvården och hälso- och sjukvården. Man strävade efter att omvandla vikariernas tjänster till ordinarie tjänster så långt möjligt.

Inom sjukvårdsdistriktet kunde 94 procent av de ordinarie arbetsplatserna som lediganslagits fyllas. Antalet sökande till enskilda arbetsplatser varierade, beroende på uppgiften fanns det 0–131 sökande. Utmaningarna i att rekrytera specialitälkare fortsatte och nya rekryteringsutmaningar kunde ses i större utsträckning även i andra yrkesgrupper.<sup>3</sup>

Den försämrade tillgången till personal ansågs till och med vara en betydande risk med tanke på ordnandet av tjänster. Områdets anordnare oroade sig över att social- och hälsovårdspersonal sökte sig bort från branschen och framtidsutsikterna för tillgången till personal ansågs vara svaga. Arbetsbelastningen inom social- och hälsovården samt rädslan för att utmaningarna ska öka även i framtiden ansågs påverka branschens attraktivitet och sökandet efter arbetsuppgifter.

### Många underdimensionerade enheter inom tjänsterna för äldre

Våren 2021 uppfyllde 28 enheter i Egentliga Finland inte den lagstadgade personaldimensioneringen, och största delen av dem var enheter för offentliga anordnare. Antalet underdimensionerade enheter i Egentliga Finland var nästan detsamma som i Nyland (31).<sup>4</sup> Regionförvaltningsverkets observationer om den bristfälliga personaldimensioneringen till exempel inom äldreomsorgen stärkte anordnarnas beskrivningar av rekryteringsutmaningarna. I observationerna framkom också brister i egenkontrollen av personalens tillräcklighet samt i den yrkesmässiga kompetensen hos personalen inom vård utom hemmet.<sup>5</sup>

### Omfattande åtgärder för att avhjälpa akut personalbrist

Anordnarna vidtog omfattande åtgärder för att upprätthålla personalresurserna och återställa dem till en tillräcklig nivå under pandemin. Oftast löstes de enhetsspecifika personalunderskotten genom interna arrangemang. Reservpersonal användes i stor utsträckning och vikarier rekryterades om möjligt. I synnerhet inom äldreomsorgen användes mer studeranderesurser och omsorgsassistenten, och pensionerade personer utnyttjades så långt möjligt. En del av anordnarna ökade antalet vakanser särskilt inom socialvårdens tjänster, med vilket man strävade efter att trygga personalens tillräcklighet i alla situationer. Dessa arrangemang förutsatte omfattande utbildningsarrangemang av anordnarna samt att personalen fick introduktion i nya uppgifter och enheter. I sjukvårdsdistriktet förberedde man sig på det ökade personalbehovet med hjälp av en vikariepool samt genom att rekrytera personer för provtagningsuppgifter.<sup>3</sup>



Anordnarna förlitade sig också på övertids- och mertidsarrangemang och periodisering av semestrar. Andra åtgärder var anskaffning av tilläggsresurser i form av köpta tjänster och hyrd arbetskraft samt begäran om handräckning till andra anordnare. Pandemin störde genomförandet av personalens utbildningsplaner, men förbättrade förmågan att skydda sig samt att skydda och på annat sätt vårda människor på ett betydande sätt i pandemisituationen. Av sjukvårdsdistriktets anslag för fortbildning användes endast hälften, men samtidigt kunde man ordna utbildning för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som omfattar hela området.<sup>3</sup>

### Utmaningarna i tillgången till personal förutspås fortsätta

Utöver de yrkesgruppspecifika utmaningar som anordnarna beskriver finns det också behov av tandläkare, bioanalytiker och psykologer. Enligt prognoserna kommer det i fortsättningen att råda en brist på allmänläkare, speciallistläkare och tandläkare i området. Bristen på arbetskraft bland vårdpersonalen verkar jämna ut sig något för andra än närvårdare, sjukskötare och förstavårdare. Bristen på arbetskraft även bland socialarbetare fortsätter.<sup>6</sup>

### En stärkning av anordnarnas vikariepooler säkerställde tillräckliga resurser

Åtgärder som beaktar framtidens personalbehov vidtogs. Samarbetet med läroanstalterna intensifierades, vilket syntes i den lokala anpassningen och ökningen av antalet utbildningar och läroavtalsutbildningar. Genom att förbättra lönesättningen och utveckla arbetshälsan söker anordnarna en bättre konkurrensställning på marknaden och en förbättring i personalens beständighet. Anordnarna i området stärkte sina vikariepooler, som även minskade de ledningsresurser som förbrukats för rekryteringar. Anordnarnas vikariepooler omfattade i varierande grad yrkesutbildad personal inom socialvården och hälso- och sjukvården.

### Den nödvändiga kompetensen inom välfärdsområdet har beaktats i sjukvårdsdistriktets strategi

Visionen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts strategi 2021–2022/25 är att vara Finlands mest uppskattade och moderna sjukvårdsdistrikt. En av de fyra prioriteringarna i strategin är personalupplevelsen: målet är att vara den mest uppskattade arbetsplatsen i Finland. De strategiska åtgärderna gäller personalplanering, kompetensutveckling, utveckling av chefsarbetet och ledarskapet, utveckling av arbetshälsan samt belöning och premier. Strategin beaktar tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap i anordnandet av välfärdsområdets tjänster samt tillgången till dem.<sup>7</sup>

Egentliga Finlands välfärdsområde kommer att vara landets näst största och ca 21 000 anställda inom social- och hälsovården och räddningsväsendet kommer att övergå i dess tjänst.

# Informationshantering angående social- och hälsovårdsreformen och digitalisering

## Elektronisk ärendehantering och egenvård

### Användningen av e-tjänster var fortfarande knapp

E-tjänster riktade till klienterna togs fortfarande i bruk i området huvudsakligen anordnarspecifikt. Covid-19-pandemin ökade möjligheterna för invånarna i Egentliga Finland att utträtta ärenden elektroniskt 2020, vilket återspeglades i en betydande ökning i användningen av e-tjänster, på samma sätt som i resten av landet. Användningen av e-tjänster inom social- och hälsovården var dock mindre i området än i landet i genomsnitt. 80 procent av de som använt elektroniska tjänster ersatte minst ett traditionellt besök genom att utträtta ärendet elektroniskt (85 % i hela landet). Användningen av e-tjänster inom primärvårdens öppenvård var i området näst lägst i landet och nästan fyra femtedelar av dem som fyllt 20 år hade upplevt hinder och problem i användningen av elektroniska tjänster. Områdets mest aktiva användare av elektroniska tjänster var 20–64-åringar. (Figur 3.)

### Möjligheterna till e-tjänster förbättrades

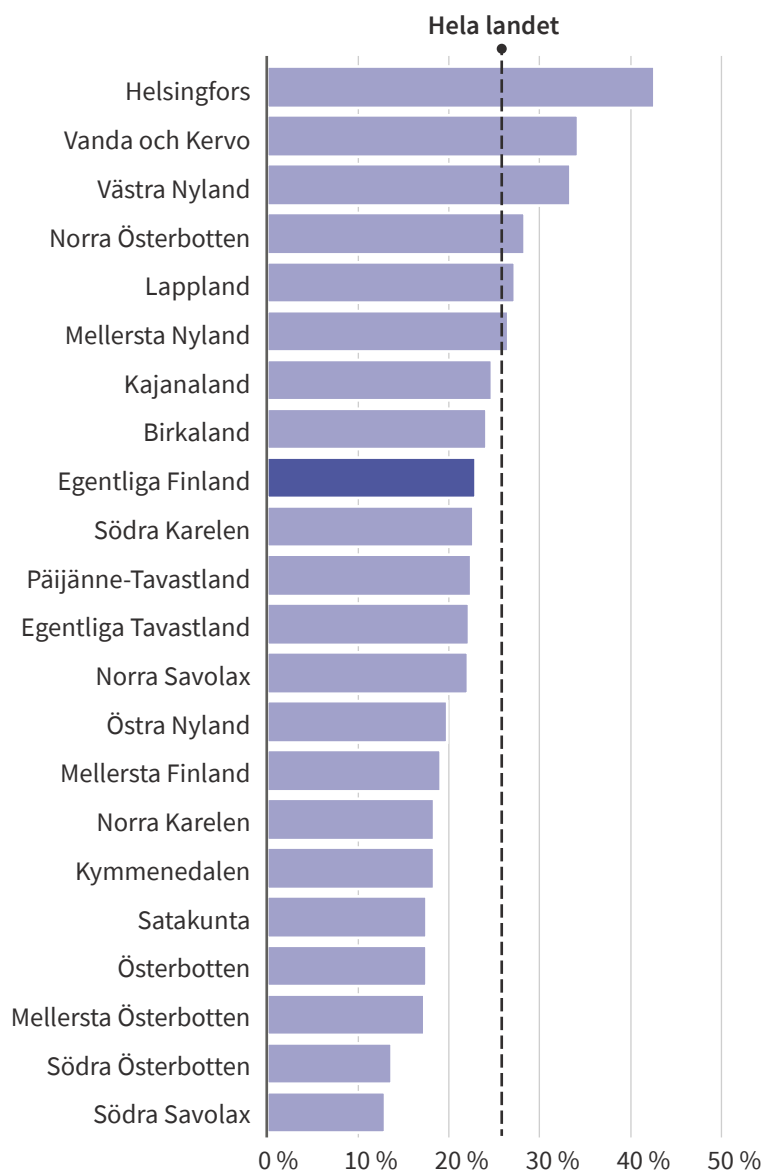
Alla anordnare i området hade tillgång till centraliserad klient- och servicehandledning för äldre, där rådgivning och handledning med låg tröskel tillhandahålls via flera kanaler. Dessa inkluderar en servicewebbplats, chattkanal samt ett telefonnummer för kontaktbegäran. Tjänsten gjorde det också möjligt att utträtta ärenden på svenska. Åbo stad koordinerar denna verksamhet som baserar sig på ett samarbetsavtal.

Inom den specialiserade sjukvården framskred införandet av elektronisk tidsbokning inom flera verksamhetsområden år 2020 och distansmottagningsfunktionerna utvidgades till nya mottagningstyper, såsom gruppmöten och coachningar. Likaså framskred införandet av den nationella tjänsten Omaolo, som 2021 omfattade 93 procent av områdets befolkningsunderlag. För invånarna i de fem kommuner som ännu inte omfattas av tjänsten var det emellertid möjligt att få kontakt med samjouren via Omaolo. Man strävade aktivt efter att öka de elektroniska tidsbokningstjänsterna för social- och hälsovårdstjänster samt andra funktioner inom de nationella tjänsterna.

Som en del av Strukturreformprojektet, som finansieras av social- och hälsovårdsministeriet, förbättrades tillgängligheten till och användbarheten av elektroniska social- och hälsovårdstjänster i delprojektet Vägkarta för distanstjänster. Införandet av kundportalen framskred; i fortsättningen koncentreras e-tjänsterna och de digitala vårdkedjorna i området till portalen. För hanteringen av servicebegäran i anslutning till tjänsterna utvecklades en applikationslösning och ett regionalt serviceregister. Dessutom gick distanskonsultationslösningen framåt som ska säkerställa samarbetet mellan sakkunniga inom välfärdsområdet.

### E-tjänsterna inom egenvården stärktes

Inom den specialiserade sjukvården utökades kundernas möjligheter till egenvård till exempel med hjälp av Hälsobyns digitala vårdvägar, Min vårdväg och egenvårdsprogrammen. Inom primärvården tillhandahölls stöd för egenvård främst via de öppna Omaolo-servicekanalerna. Välbefinnandekontroller och periodiska undersökningar i Omaolo-tjänsten användes i varierande grad i området. Lösningar som bygger på kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonal och klienter, såsom Be om hjälp!-knappen, rådgivningsschatten och iPana-moderskapstjänsten användes redan i stor utsträckning. Anordnarnas kanaler för servicehandledning styrde klienterna även till de tjänster som organisationerna producerat.



Figur 3. Antalet användare av elektroniska tjänster inom social- och hälsovården 2020.

◀ I figuren presenteras antalet användare av e-tjänster inom välfärdsområdet jämfört med uppgifterna om andra välfärdsområden och hela landet år 2020. Indikatorn uttrycker den procentuella andelen 20 år fyllda som har behövt social- och hälsovårdstjänster och som har utträttat ärenden elektroniskt. Uppgifterna grundar sig på Institutet för hälsa och välfärds undersökning FinSote.

## Kund- och patientdatasystemens nuläge och utvecklingsåtgärder

### Inga beslut om att förenhetliga klient- och patientdatasystemen fattades ännu i området

Utredningen av möjligheterna och utmaningarna i att förenhetliga informationssystemen i Egentliga Finland grundade sig på planen för ordnande av social- och hälsovård i Egentliga Finland.<sup>8</sup> Årskostnaderna för upprätthållandet av de 41 olika klient- och patientdatasystemen som används i området uppskattades till 7,1 miljoner euro. Utifrån kostnadskalkylerna ansågs det mest lönsamma alternativet för de nuvarande systemen vara ett gemensamt klient- och patientdatasystem i området och en modell med en personuppgiftsansvarig. Detta skulle skapa en årlig sparpotential på 10–12 procent (850 000 euro) i området.<sup>9</sup>

År 2020 utarbetades en utredning om förenhetligandet av klient- och patientdatasystemen i området. Utgående från utredningen fastställde styrgruppen för Strukturreformprojektet (social- och hälsovårdsdirektörmötet) att man i området genomför en harmonisering av klient- och patientdatasystemen. Alternativen var antingen ett gemensamt informationssystem för social- och hälsovården eller separata informationssystem inom socialvården och hälso- och sjukvården.<sup>9</sup> Anordnarna fattade dock inte ännu några beslut och enligt området flyttas ärendet fram tills Strukturreformprojektet avslutats.

I Strukturreformprojektet förbereddes emellertid en upphandlingshelhet för ett klient- och patientdatasystem samt förenhetligandet av informationssystemen. Utöver detta standardiserades registreringspraxis, en gemensam arkitektur fastställdes och nödvändiga upphandlingar bereddes.

## Informationsledning

### Sjukvårdsdistriktets informationspool blir gemensam för välfärdsområdet

Utgångsläget för informationsledningen i Egentliga Finland var splittrat på grund av det stora antalet informationssystem och det fanns inga regionala modeller och praxis för informationsledningen. De viktigaste utvecklingsobjekten för informationsledning i området söktes med hjälp av en mognadsutredning för informationsledning. De svagaste faktorerna som identifierades var inhämtande av information, organisering och lagring av information samt informationsprodukter och -tjänster. Man kände väl till informationsbehoven och nyttan med informationsledning i området.

Åbo stad och sjukvårdsdistriktet använde lösningar inom informationsledning. Åbo stads datalager fungerade som grund för den kontinuerliga rapporteringen och uppföljningen som stöder strategin samt för ledningen och planeringen av tjänsterna och gjorde det möjligt att kombinera kostnads- och verksamhetsuppgifterna med informationsledningsbehoven. Sjukvårdsdistriktets informationspool fungerade som rådatalager för strukturerad information vid lagring av text och signalinformation, såsom mätningar på intensivvårdsavdelningen. Den separata informationspoolen betjänade rapporteringen, forskningsarbetet och den sekundära användningen av informationen. De övriga anordnarna i området hade inga datalager som stöder informationsledning, med undantag av enskilda informationssystemspecifika lösningar.<sup>10</sup>

Under 2021 började man utveckla informationsinhämtningen i området för att göra informationen jämförbar. Våren 2021 bereddes sjukvårdsdistriktets informationspool för överföring av kommunernas rådata och på sommaren godkändes i området ett samarbetsavtal om informationspoolen. Hösten 2021 hade området beredskap för de första informationsintegrationerna i informationspoolen.

Med hjälp av arkitekturen som producerats inom klient- och patientdatasystemprojektet, utnyttjandet av gemensamma experter och samordningen av tidtabellerna säkerställdes ett enhetligt utvecklingsarbete för klient- och patientdatasystemreformen samt informationsledningen i området. Projekten för att förenhetliga registrering och praxis infaller åren 2022–2025.

Sjukvårdsdistriktets strategi 2021–2022/25 som uppdaterats 2020 lyfter starkt fram betydelsen av informationsledning på hela organisationsnivån. Verktyg för informationsledning behövs för att bedöma förhållandet mellan vårdens effektivitet och personalens resursfördelning, vilket samtidigt ger mervärde särskilt för utvecklingen av chefsarbetet och ledarskapet.<sup>11</sup>

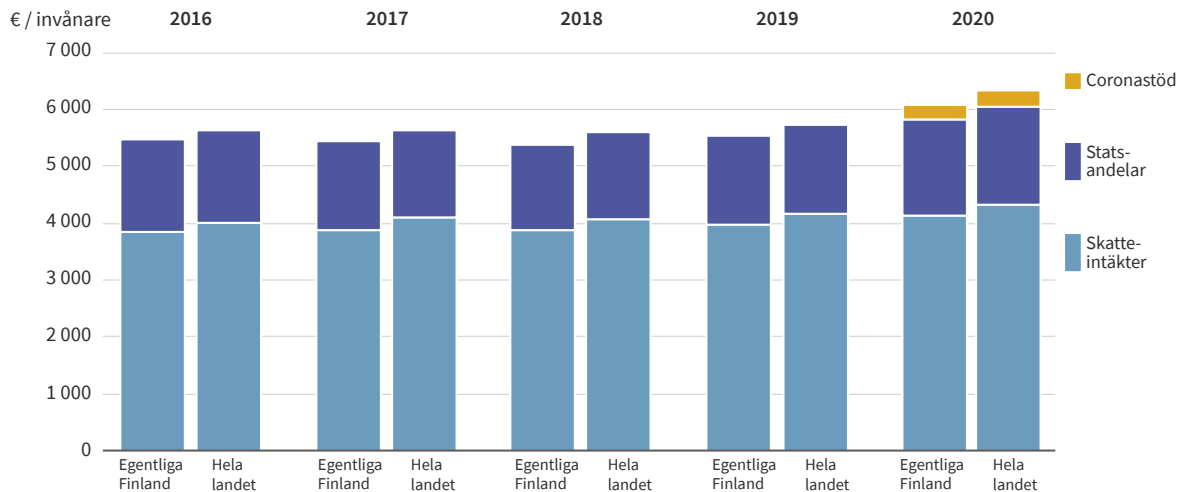
# Finansiering, kostnader och investeringar angående social- och hälsovårdstjänsterna

## Ekonomi i kommunerna i Egentliga Finland förbättrades

Årsbidraget per invånare som beskriver den interna finansierings tillräcklighet i alla kommuner i Egentliga Finland var positivt år 2020. Kommunernas situation förbättrades avsevärt av de pandemiersättningar som staten beviljade kommunerna, vilket ledde till att alla kommuners årsbidrag förbättrades jämfört med året innan. Den bästa ekonomiska situationen i området och den fjärde bästa i hela landet fanns i Tövsala (1 504 euro/invånare). Det näst bästa årsbidraget hade Vemo (1 090 euro/invånare). Situationen var sämst i Åbo och Pemar. Alla kommuners årsbidrag var tillräckliga för avskrivningar. Årsbidraget per invånare varierade från 334 euro (Åbo) till 1 504 euro (Tövsala).

År 2020 ökade kommunernas skattefinansiering exceptionellt mycket jämfört med tidigare år. Statsandelarna per invånare i kommunerna i Egentliga Finland ökade sedan 2019, vilket i betydande grad förklarades av de coronaunderstöd som staten delat ut till kommunerna. Samtidigt steg också kommunernas skatteinkomster per invånare. Utvecklingen av kommunernas skattefinansiering har, med undantag av 2018, ökat sedan 2016. (Figur 4.)

Figur 4. Den sammanlagda skattefinansieringen för kommunerna i välfärdsområdet 2016–2020.



▲ I figuren presenteras kommunernas sammanlagda skatteintäkter per invånare och statsandelar för åren 2016–2020 jämfört med uppgifterna för hela landet. År 2020 ingick också coronastöd i statsandelarna. Deras andel presenteras separat i figuren. På grund av bristen på uppgifter kan man inte särskilja Ålands andel av coronastöden från hela landets statsandelar. Uppgifterna grundar sig på Statistikcentralens och finansministeriets material.

Kommunernas ekonomiska bärkraft kommer under de följande åren att utmanas av det ökade servicebehovet till följd av den åldrande befolkningen i området, dimensioneringen av vårdare samt de allt stramare tidsfristerna för tillgång till vård.

### Nästan en tredjedel av kommunerna gjorde inga investeringar i social- och hälsovården

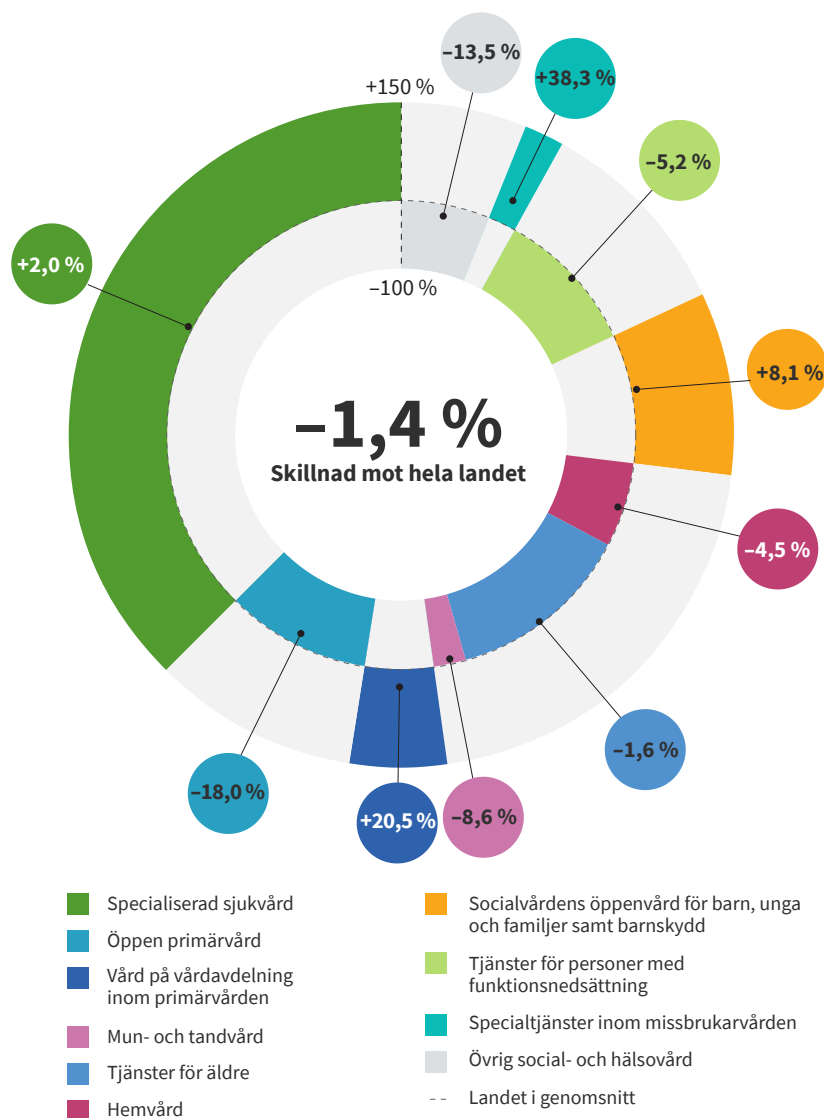
Utgifterna för investeringar i social- och hälsovården i Egentliga Finlands välfärdsområde uppgick 2020 till 10,4 miljoner euro (22 euro/invånare). Utgifterna minskade med 29 procent jämfört med året innan. Av de 27 kommunerna i området hade 19 social- och hälsovårdsinvesteringar år 2020, och kostnadsutgifterna varierade mellan 10 000 euro och 4,3 miljoner euro. Resten av kommunerna gjorde inga investeringar i social- och hälsovården. I området var social- och hälsovårdsinvesteringarnas andel av kommunernas alla investeringsutgifter fem procent. Investeringsutgifterna för social- och hälsovården i Virmo (565 euro/invånare) och Nystad (171 euro/invånare) var de största i området. Kostnaderna i Virmo ökade på grund av byggprojektet för den nya hälsocentralen.<sup>12</sup> Investeringarnas interna finansiering var tillräcklig i områdets 21 kommuner, de bästa utgångspunkterna fanns i Somero och Tövsala. De största utmaningarna i de sex svagaste kommunerna för intern finansiering av investeringar var Nousis och Virmo. Områdets 15 kommuner underskred den relativa skuldsättningsnivån på 50 procent. I fem kommuner förbättrades situationen jämfört med året innan.

### Ökningen av nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården bland de lägsta i landet

Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården för kommunerna i Egentliga Finlands välfärdsområde uppgick till sammanlagt 1 718,6 miljoner euro 2020 (3 570 euro/invånare). Nettodriftskostnaderna per invånare ökade med 1,9 procent jämfört med året innan, vilket var den tredje lägsta kostnadsökningen i hela landet. Skillnaderna mellan kommunerna i kostnaderna per invånare varierade mellan 2 708,8 och 4 302,5 euro. Områdets nettodriftskostnader ökade mest inom primärvårdens öppenvård (10,8 %) och barnskyddets öppenvårdstjänster (9,3 %). Nettodriftskostnaderna minskade mest inom specialtjänster för missbrukarvården (-28,8 %) och institutionsvården för äldre (-20,2 %) (Figur 5.)

Nettodriftskostnaderna i området har under 2016–2020 reellt ökat med 4,5 procent. Kostnadsökningen har varit den femte minsta i landet. Den årliga kostnadsökningen har varit jämn i området, men det förekommer variationer i kostnadsutvecklingen per serviceuppgift. Den största relativa ökningen sedan 2016 har skett inom barnskyddets öppenvårdstjänster (54,3 %), vilket i förhållande till antalet personer under 18 år i området innebär en ökning på 60,8 procent. Ökningen av övriga öppenvårdstjänster för barn och familjer (inkluderar bland annat rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, stödpersonverksamhet för barn och familjer, mödra- och skyddshem, förebyggande familjearbete samt hem- och barnvårdstjänster) var näst störst i området (49,7 %), vilket i förhållande till antalet personer under 18 år innebär en ökning på 56,4 procent. Under samma period har kostnaderna för tjänsterna minskat proportionellt mest inom institutionsvården för äldre (-39,8 %), vilket i förhållande till områdets 75 år fyllda befolkning innebär en kostnadsminskning på 44,6 procent. Den näst största minskningen i kostnaderna i området är de övriga kostnaderna för social- och hälsovård (-37,7 %). I dessa ingår bland annat utkomststöd, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte samt boendeservice för personer med psykiska problem när de inte kan registreras inom den specialiserade sjukvården.

Figur 5. Fördelning av social- och hälsovårdsväsendets nettodriftskostnader per invånare 2020.



◀ I figuren presenteras fördelningen av kostnaderna (euro/invånare) per uppgift. Om välfärdsområdets utgifter är större än genomsnittet i landet, överskrider den uppgiftsvisa delen i figuren genomsnittet i landet, som anges med en streckad linje. Skillnaden jämfört med genomsnittet i landet visas även i procent. Den uppgiftsvisa andelens bredd visar den relativa andelen för alla social- och hälsovårdens nettodriftskostnader i området. Uppgifterna bygger på Statistikcentralens material.

### Sjukvårdsdistriktets ekonomi stärktes från året innan

Ekonomi i samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt stärktes jämfört med året innan. Verksamhetsbidraget i proportion till invånarantalet ökade med 3,7 procent och årsbidraget med 5,3 procent jämfört med 2019. Årsbidraget täckte 100 procent av de ackumulerade avskrivningarna. I förhållande till sjukvårdsdistriktets invånarantal 2020 låg verksamhetsbidraget (84,4) och årsbidraget (79) på medelnivå i jämförelse med de 21 samkommunerna i landet.

Sjukvårdsdistriktets resultat för räkenskapsperioden uppvisade ett överskott på 0,1 miljoner euro. Sjukvårdsdistriktets prognos för hela året som gjordes våren 2020 visade ett tilläggsunderskott på nästan 40 miljoner euro. Som åtgärder för att balansera ekonomin återkallade och flyttade sjukvårdsdistriktet fram anskaffningar och investeringar. Situationen underlättades för sin del av det statliga stödet som erhöles i slutet av året.<sup>13</sup>

### Nettodriftskostnaderna för den specialiserade sjukvården minskade mest i hela landet

I Egentliga Finland var den specialiserade sjukvårdens andel av social- och hälsovårdens nettodriftskostnader proportionellt sett störst (38 %) och den överskred landets medelnivå (37 %). Den specialiserade sjukvårdens nettodriftskostnader per invånare var 1 353,9 euro, och även de överskred den genomsnittliga kostnadsnivån i landet (i hela landet 1 326,8 euro/invånare). Kostnaderna minskade dock med 2,1 procent jämfört med året innan, vilket var den största minskningen i hela landet.

Enligt THL:s förhandsuppgifter (18.6.2021) anlätades år 2020 tjänster inom den specialiserade somatiska sjukvården i Egentliga Finland i förhållande till befolkningens servicebehov fyra procent mindre än genomsnittet. I förhållande till servicebehovet var de kalkylerade kostnaderna för specialiserad somatisk sjukvård på motsvarande sätt något lägre än genomsnittet i hela landet (99, i hela landet 100). Vård dagarna i förhållande till servicebehovet inom den specialiserade somatiska sjukvården var sex procent färre än i landet i genomsnitt och de motsvarande kalkylerade kostnaderna för vårdperioder låg under medelvärdet för landet (90, i hela landet 100).<sup>14</sup>

### Sjukvårdsdistriktet hade inga ICT-investeringar, byggnadsinvesteringarna var måttliga

Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts byggnadsinvesteringsutgifter 2020 uppgick till 14,5 miljoner euro; kostnaderna per invånare (30 euro/invånare) var tredje lägst i landet. Byggnadsinvesteringsutgifterna sjönk med 18 procent jämfört med året innan. Sommaren 2020 höjdes sjukvårdsdistriktets investeringsutgifter med 4,3 miljoner euro för att täcka utgifterna för grundandet av ett patientförsäkringsbolag.<sup>15</sup> Nya undantagstillstånd för byggnadsinvesteringar söktes inte 2019 och 2020. Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt gjorde inga ICT-investeringar under 2016–2020.

Undantagstillstånd för en investering på 60 miljoner för psykiatrihuset beviljades 2021. Enligt sjukvårdsdistriktets investeringsplan kommer kostnaderna att fördelas på de följande fyra åren, varav 30 miljoner euro reserverades i budgeten för 2021.<sup>16</sup>

### Utgångsnivån för välfärdsområdets finansiering är högre än kostnaderna som överförs

Befolkningen i regionen åldras, vilket ökar såväl sjukligheten som servicebehovet. Enligt THL:s prognoskalkyler som baserar sig på förändringar i befolkningens åldersstruktur ökar kostnaderna för social- och hälsovårdstjänsterna i Egentliga Finlands välfärdsområde med i genomsnitt 1,3 procent per år under 2020–2030 (1,4 % i hela landet).

Enligt finansministeriets senaste finansieringsanalyser som baserar sig på budgeten för 2021 och ekonomiplanerna för 2022 är regionens kalkylerade finansiering per invånare 2,1 procent högre än de kostnader som överförs. Finansieringens utgångsnivå per invånare innebär en ökning på 76 euro i förhållande till de kostnader som överförs. Den kalkylerade utgångsnivån för finansieringen av social- och hälsovårdstjänsterna i Egentliga Finland år 2023 är 1 816 miljoner euro.



## Regionens särskilda teman

### Minskad betoning av korrigerande tjänster och stärkande av förebyggande tjänster och basservice

Enligt THL:s expertutvärdering 2019 gick samarbetet mellan förvaltningsområdena för främjande av hälsa och välfärd smidigt i Egentliga Finland. Resurserna för förebyggande tjänster och tjänster för tidigt stöd varierade och tillgången till tjänster i det tidiga skedet motsvarade inte helt det ökade behovet och efterfrågan. I icke-brådskande fall var tillgången till hälsocentralläkarens mottagning sämre än i övriga landet. Antalet vårdavdelningsdagar för äldre inom primärvården var fler än landets genomsnitt. Avdelningsdagarna inom den specialiserade somatiska sjukvården minskade, likaså antalet öppenvårdsbesök både hos barn och vuxna. Användningen av specialiserad somatisk sjukvård för barn var större än i landet i genomsnitt.

### Enligt anordnarna betonades fortfarande tunga tjänster i servicesystemet

Anordnarnas strategiska styrning för att minska betoningen av korrigerande tjänster samt stärka förebyggande tjänster och basservicen återspeglades i de strategiska målen och budgeten för 2020. Åtgärderna inriktades till exempel på att lätta på tyngdpunkten i tjänsterna, främja välfärden, förutse servicebehovet samt förbättra de korrigerande tjänsternas effektivitet och produktivitet. Enligt områdets representanter var Egentliga Finlands servicesystem dock fortfarande tungt och betonade korrigerande tjänster.

### Uppföljningen av hur servicebehovet utvecklas grundar sig fortfarande starkt på uppgifter om utfallet

Servicebehovet för korrigerande tjänster och basservice hos anordnarna av social- och hälsovårdstjänster i Egentliga Finland följdes upp med hjälp av uppgifter för användningen av tjänsterna, kostnaderna samt befolkningens hälso- och välfärdsuppgifter. I uppföljningen kunde behovet av förebyggande tjänster och basservice utnyttja information från befolkningsundersökningar. Indikatoruppgifterna följdes upp som en del av anordnarnas välfärdsberättelser och -planer samt andra strategiska program. Befolkningsprognosuppgifterna fungerar som informationsunderlag för en långsiktig prognostisering av anordnarnas servicebehov.

### Den strategiska, kunskapsbaserade styrningen av tjänsteproduktionen behövde stärkas

De uppgifter som framkom i anordnarnas tjänsteproduktion utnyttjades i stor utsträckning i ledningen av den operativa verksamheten, men överföringen och förädlingen av uppgifterna som en del av anordnarnas strategiska styrning av tjänsteproduktionen verkade fortfarande vara liten. Uppföljningen av de regionala strategiska planerna, såsom planen för ordnande av hälso- och sjukvård och målen och åtgärderna i den regionala välfärdsberättelsen, begränsades till områdets egna mätaruppgifter. Enligt anordnarna försvårades bedömningen och prognostiseringen av åtgärdernas effektivitet av att uppgifterna om kostnadseffektivitet var knappa. Anordnarna lyfte fram svårigheterna med att definiera och använda heltäckande mätare.<sup>17,18</sup>

På grund av det stora antalet anordnare i området och det splittrade servicesystemet kunde inte anordnarnas strategiska styrresurser och -strukturer utformas på regional nivå. Beredskapen för kunskapsbaserad ledning i området stärktes i det nationella Strukturreformprojektet.

### **Gemensamma upphandlingar stödde en harmonisering av styrningen av tjänsterna**

Upphandlingar som serviceanordnarna gjort tillsammans – och de servicekriterier, servicebeskrivningar och upphandlingsprocesser som genomförts inom dessa – stödde den regionala harmoniseringen och styrningen av tjänsterna. Gemensamma upphandlingar ansågs förenhetliga servicehelheterna för äldre samt för barn, unga och familjer och styrningen av dessa. År 2020 inleddes beredningen av en övervakningscentral på välfärdsområdesnivå som en del av det nationella Strukturreformprojektet. Utöver övervakningsuppgiften i välfärdsområdet stöder övervakningscentralen på ett betydande sätt även den strategiska styrningen av välfärdsområdets köpta tjänster.

### **Det knappa samarbetet reflekterades i ordnandet och förenhetligandet av tjänsterna**

I området fanns det ännu få lednings- och servicestrukturer som förenade anordnargränserna och olika servicenivåer. Behoven av att förenhetliga tjänsterna identifierades både i de enskilda anordnarnas tjänster och på regional nivå. Utmaningarna för dem som ordnar basservice utkristalliserades i den rikliga användningen av korrigerande tjänster och de höga kostnaderna i förhållande till lättare tjänster. Enligt anordnarna förklarades betoningen särskilt av servicestrukturer som framhäver tjänster för äldre samt korrigerande tjänster för barn, unga och familjer samt av den låga integrationsgraden av tjänsterna.

Systemet för mentalvårds- och missbrukartjänster för barn och unga är splittrat och okoordinerat och tyngdpunkten visade sig fortfarande ligga på den specialiserade sjukvården. Tillgången till barn- och ungdomspsykiatri var inte tillräcklig. Enligt områdets representanter var de grundläggande orsakerna skillnaderna mellan anordnarna i fråga om tjänsternas placering inom olika förvaltningsområden samt de varierande lösningarna mellan anordnarna i fråga om resurser och ledningsstrukturer.

### **Den styrande effekten av planen för ordnande av hälso- och sjukvård är fortfarande svag**

Efter att vård- och landskapsreformen gick i stöpet våren 2019 upplöstes en betydande del även av de regionala samarbetsstrukturerna. Det nationella projektarbetet verkade ha haft en stor effekt på samarbetet mellan anordnarna med syfte att genomföra det regionala samarbetet i Egentliga Finland och för att upprätthålla strukturerna. I samband med uppdateringen av planen för ordnande av hälso- och sjukvård hösten 2019 fastställdes att beredningen av den regionala planen för ordnande av hälso- och sjukvård koordineras av direktörmötet för social- och hälsovården. I tillägg sammanställs sex temaarbetsgrupper som stöd för den innehållsmässiga beredningen.

Det regionala samarbetet för att förenhetliga tjänsterna grundade sig på planen för ordnande av social- och hälsovård som godkänts av anordnarorganisationerna. Enligt representanterna för området har åtgärderna i planen för ordnande av hälso- och sjukvård dock inte förankrats i områdets tjänster på förväntat sett. Detta berodde på att det var svårt att fatta beslut på grund av det stora antalet anordnare samt på bristen på en instans som skulle styra samarbetet.

### **Åtgärder som avlastar servicesystemet samt resursstyrningen på regional nivå gick framåt**

I Egentliga Finland överfördes tyngdpunkten i servicesystemet till lättare tjänster genom en effektivisering av verksamhetssätten samt resursstyrning. På regional nivå vidtogs betydande åtgärder för att främja välfärd och hälsa genom att aktivera kommuninvånarna till att främja hälsa och välfärd på eget initiativ samt för att stärka det sektorsövergripande arbetet som ett samarbete mellan andra aktörer i regionen. Utgångspunkterna för det sektorsövergripande samarbetet var goda på grund av etablerade strukturer för främjande av välfärd och hälsa.<sup>19</sup>

Som anordnarspecifika metoder för att uppnå välfärdsnytta och ekonomiska besparingar framhövdes även sektorsövergripande och integrerade tjänster vid sidan av utveckling och resursfördelning av förebyggande tjänster och funktioner. Dessa åtgärder riktades särskilt till tjänster för barn, unga och familjer samt för äldre.

I programmet Framtidens social- och hälsocentral effektiviserades verksamhetsätten och resursstyrningen. Verksamhetsätten effektiviserades för att säkerställa rättidiga tjänster samt rätt vård och servicenivå, vilket reflekterades i utvecklingen av tidsbestämda processer och korrigerande tjänster. Det ansågs viktigt att säkerställa att servicekedjorna fungerar särskilt för klienter som använder många tjänster. Vid sidan av att förbättra tjänsterna via flera kanaler utvecklades också servicehandledningen. Genom tekniklösningar stöddes äldre personers boende hemma. I åtgärderna ingick även identifieringen av riskgrupper och en förbättring av tjänsterna för dessa.

För att undvika onödiga klientflyttningar pågick en betydande utveckling av konsultationspraxis bland områdets anordnare. På regional nivå inriktades resursstyrningen bland annat på att förbättra styrningen av användningen av bäddplatser och för att göra den fortsatta vården effektivare.

### **Hälsofrämjande kontroller och besök förverkligades väl i området**

Enligt indikatoruppgifter var täckningen av periodiska undersökningar vid mödrarådgivningen samt omfattande hälsokontroller för 4-åringar bättre än i landet i genomsnitt. 7–18-åringar i området besökte skol- och studerandehälsovården betydligt oftare än i landet i genomsnitt men i mindre mängd än året innan. År 2021 kom fler både av lågstadielever och studerande vid yrkesläroanstalter till skolhälsovårdarens mottagning än 2019, till skillnad från situationen i hela landet. Hos gymnasieeleverna försämrades situationen däremot jämfört från 2019, vilket också avvek från utvecklingen i hela landet. Antalet hälsoundersökningar av arbetslösa 2020 var färre än året innan. Hälsoundersökningarna av 65-åringar genomfördes i något mindre mängd än i övriga landet.

### **På primärvårdens mottagningar ökade sjukskötarbetningen, användningen av specialiserad sjukvård minskade**

Antalet läkarbesök inom öppenvården och andra öppenvårdsbesök inom primärvården var något färre i Egentliga Finland jämfört med tidigare år (2018–2019). Sjukskötarbetningen förbättrades jämfört med tidigare år, men låg på en lägre nivå än i hela landet. Hösten 2020 var väntetiden för icke-brådskande läkarbesök mer än sju dagar för drygt hälften av de som stod i kö och på våren försämrades situationen ytterligare något. Väntetiderna för icke-brådskande läkarbesök ökade till över tre månader dock betydligt mer sällan än under de tidigare åren. Antalet öppenvårdsbesök inom den specialiserade sjukvården var ungefär detsamma som föregående år. Antalet jourbesök inom primärvården minskade, men jämfört med hela landet var antalet högre. I Egentliga Finland ökade nettodriftskostnaderna per invånare för primärvårdens öppenvård med 10,8 procent och för vårdavdelningsvården med 6,8 procent jämfört med året innan. Mun- och tandvården ökade med 2,4 procent.

Antalet jourbesök inom den specialiserade sjukvården och antalet somatiska öppenvårdsbesök minskade. Antalet överskred dock landets medelnivå. Perioderna av psykiatrisk institutionsvård bland 13–17-åringar och 65–74-åringar ökade, men minskade i de övriga åldersgrupperna. Antalet öppenvårdsbesök inom ungdomspsykiatrin bland 13–17-åringar hade minskat sedan 2018. Nettodriftskostnaderna per invånare för den specialiserade sjukvården minskade med 2,1 procent jämfört med året innan.

### **Klientrelationerna och kostnaderna inom barnskyddets öppenvård ökade och kostnaderna för institutionsvård av äldre minskade**

Antalet barnfamiljer som omfattas av hem- och barnvårdstjänster var på samma nivå som föregående år. Antalet klienter inom barnskyddets öppenvård ökade och antalet 0–20-åringar som placerats utanför hemmet var på samma nivå som under tidigare år. Antalet nya omhändertaganden bland 0–17-åringar var också på samma nivå som under tidigare år. Kostnaderna per invånare för öppenvårdstjänster inom barnskyddet ökade med 9,3 procent i området och kostnaderna för institutions- och familjevård med 5 procent.

Andelen familjevård bland personer som fyllt 75 år minskade i Egentliga Finland jämfört med föregående år. Även andelen som omfattades av närståendevård och regelbunden hemvård minskade i åldersgruppen. Nettodriftskostnaderna per invånare för hemvård av äldre i området ökade med 8,7 procent, kostnaderna för institutionsvård minskade med 20 procent och för vård dygnet runt med 3,6 procent jämfört med året innan.

### **Serviceprocesser och resursstyrning behövs för att effektivisera systemet och hantera kostnaderna**

De ineffektiva tjänsterna och de höga kostnaderna förklaras delvis av att det inte fanns några serviceprocesser särskilt mellan tjänsterna på basnivå och specialnivå. Enligt representanterna för området reflekterades till exempel områdets relativt svaga förebyggande mentalvårds- och missbrukartjänster med låg tröskel även i ökade problem för barnskyddets klienter samt i en ökning av antalet gemensamma klientrelationer inom barnskyddet och ungdomspsykiatrin. Enligt anordnarna framskred förankringen av förebyggande åtgärder och god praxis som en del av servicesystemet långsamt, till en del på grund av social- och hälsovårdstjänsternas starka korrigerande karaktär samt resursutmaningar.

Bristen på kompetent personal innebar en balansering mellan resursfördelningen inom förebyggande tjänster och basservicen samt korrigerande tjänster. Eftersom användningen av korrigerande tjänster fortfarande var hög i området, tog de fortfarande upp en betydande del av anordnarnas resurser. Detta återspeglades i det otillräckliga ordnandet av förebyggande tjänster och basservice. År 2020 var man tvungen att styra resurserna på villkor av covid-19-pandemin, vilket reflekterades särskilt i mun- och tandvårdstjänsterna. Å andra sidan stärktes distanstjänsterna i området på ett betydande sätt.<sup>19</sup>

### **Säkerställande av integrationen av social- och hälsovården**

I THL:s expertutvärdering 2019 konstaterades att servicesystemet för hälsovårdstjänster och tjänster för äldre i Egentliga Finland var splittrat och verksamhetsmodellerna varierade. Samarbetet mellan social- och hälsovårdstjänsterna samt utvecklingen av tjänsterna varierade inom området. Nivåstruktureringen av tjänsterna för barn, unga och familjer haltade, men det yrkesmässiga samarbetet mellan bas- och specialtjänsterna förbättrades. Integrationen mellan den specialiserade sjukvården och primärvården ligger på den tidigare nivån.

### **Områdets anordnare har ett stort behov av serviceintegration**

Som viktiga integrationsobjekt inom tjänsterna för barn och familjer ansåg anordnarna att till exempel utvecklingen av familjecentralsmodellen, sammanförandet av tjänster på specialnivå och krävande nivå samt stärkandet av integrationen av tjänster inom barnskyddet är viktiga. Som integrationsbehov av tjänster för äldre framhövdes utöver utvecklingen av servicekedjorna multiprofessionella konsultationspraxis och samarbetsformer. Behovet av integration mellan mentalvårds- och missbrukartjänster med låg tröskel var uppenbart. Enligt områdets anordnare finns det behov av att integrera mentalvårds- och missbrukartjänsterna mellan de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna samt de privata tjänsteproducenternas och organisationernas tjänster.

Genom att integrera hälso- och sjukvårdstjänsterna i tjänsterna för äldre samt för barn, unga och familjer sågs tydliga synergifördelar: den effektiviserar tjänsterna och stärker klientorienteringen. Utöver de olika klientgrupperna har även de anställda nytta av integrerade öppenvårdstjänster och basservice inom den specialiserade sjukvården. Ett tätare samarbete gör det möjligt att dela kompetens och utveckla verksamheten bättre än tidigare.<sup>20</sup>

Enligt representanterna för området låg utmaningarna för en integration mellan tjänster på basnivå och specialnivå i otillräckliga och ofungerande konsultationsstrukturer och servicekedjor samt personalens kompetensbrister.

## **I sjukvårdsdistriktet ansågs brister i servicekedjorna utgöra en risk med tanke på tjänsternas tillräcklighet och den ekonomiska bärkraften**

I sjukvårdsdistriktet ansågs bristerna i de regionala servicekedjorna öka risken för att efterfrågan på tjänster överstiger resurserna och kostnaderna. Sjukvårdsdistriktet strävade efter att hantera denna risk genom att intensifiera kommunsamarbetet och verkställa ändringar i vårdkedjorna via planen för ordnande av social- och hälsovård.<sup>20</sup> Planen för ordnande av social- och hälsovård i Egentliga Finland inkluderades senare i nationella utvecklingsprojekt.<sup>21</sup>

## **Få mål och åtgärder som stöder ett tväradministrativt perspektiv och fleraktörskap i planen för ordnande av social- och hälsovård**

Integrationen av tjänsterna förutsätter att klientgruppsspecifika servicehelheter och -kedjor definieras, styrs och följs upp. När servicehelheter och servicekedjor förnyas och utvecklas är det viktigt att centrala aktörsgrupper, såsom anordnare av tjänster, tjänsteproducenter och klienter deltar.<sup>22</sup> Mål, åtgärder och strukturer som utvecklar de olika förvaltningsområdenas och aktörernas servicesamarbete, och som kunde användas för att utveckla kundsegmentspecifika servicekedjor som överskrider sektors-, organisations- och yrkesgränserna, förblev knappa med tanke på de mål som antecknats i Egentliga Finlands plan för ordnande av social- och hälsovård 2020. Planen för ordnande av hälso- och sjukvård stödde dock en substansmässig integration mellan olika servicenivåer.

## **Den styrande effekten av planen för ordnande av hälso- och sjukvård var fortfarande liten i området**

Hur planen för ordnande av hälso- och sjukvård framskrider i fråga om integrationen följdes upp i regionala arbetsgrupper med hjälp av temaspecifika lägesbilder som sammanstälts på årsnivå. Enligt lägesbilderna för 2020 framskred integrationen av tjänsterna långsamt och ojämnt i området, eftersom beslutanderätten fördelades mellan flera anordnare av tjänster i området och möjligheterna till ägarstyrning inom den specialiserade sjukvården var begränsade. Enligt anordnarna fördröjdes integrationen i området dessutom av anordnarnas otillräckliga resurser samt det stora antalet klient- och patientdatasystem.

Den sektorsövergripande och yrkesmässiga beredningen av servicehelheterna för främjande av välfärd och hälsa verkade ha framskridit bäst av målen i planen för ordnande av hälso- och sjukvård under 2020. Inom äldreomsorgen gick man framåt i servicekedjan för akutgeriatri samt i servicekedjorna för rehabilitering. Till övriga delar överfördes de servicehelhetsspecifika mål och åtgärder som antecknats i planen för ordnande av hälso- och sjukvård till nationella utvecklingsprojekt för fortsatt bearbetning. Vid sidan av det egentliga arbetet med servicekedjorna lyftes även utvecklingen av modeller som stöder arbetet på kontaktytorna fram i projekten, till exempel när det gäller konsultation och vårdavdelningsplatser. Enligt områdets representanter behövdes en organisering av tjänsterna i välfärdsområdet för att utveckla servicekedjorna och -helheterna.

I Egentliga Finlands regionala strukturer styrdes integrationens framskridande förutom av planen för ordnande av hälso- och sjukvård även av målen, åtgärderna och indikatorerna i de nationella projekt som inleddes i slutet av 2020. Dessutom framskred integrationen av barn- och familjetjänster genom familjecentralmodellen på basnivå inom LAPE-projektets samarbetsstrukturer och inkluderades även i slutet av året i den nationella utvecklingen. Genom kontaktytan på bas- och specialnivå framskred utvecklingen av multiprofessionella teammodeller bland annat för att förbättra servicen för klienter som är i behov av många tjänster.

### **Framsteg för serviceintegrationen i området i första hand som anordnarspecifika åtgärder**

Tjänsteintegrationen i området framskred i första hand som anordnarspecifika mål och åtgärder. I dessa ingick ett varierande antal innehåll i planen för ordnande av social- och hälsovård i Egentliga Finland. På grund av det stora antalet anordnare i området varierade integrationsmålen och -åtgärderna stort och det förekom stora variationer i hur integrationen framskred. På grund av det stora antalet anordnare var helhetsbilden av hur de integrationsfrämjande åtgärderna per anordnare framskrider splittrad i området.

I sjukvårdsdistriktets och kommunernas årliga kommunförhandlingar preciserades kommunernas målbild av styrningen av den specialiserade sjukvården och integrationen av kommunernas tjänster.

### **Inom tjänsterna för barn och familjer sammankopplade integrationen olika servicenivåer**

Enligt anordnarna fungerade lösningarna enligt barn- och familjetjänsternas familjecentralsmodell väl inom tjänsterna på basnivå och stödde den övergripande vården av klienterna. De mobila specialtjänsterna, såsom skolornas psykiatriska sjukskötare, förbättrade barns och ungas tillgång till hjälp i rätt tid. De sektorsövergripande teammodellerna som förenar olika aktörer inom den specialiserade sjukvården och tjänster på basnivå (även bildningsväsendets tjänster) gav goda resultat: samarbetet mellan olika yrkesgrupper effektiviserades och servicekedjorna blev smidigare. Några anordnare förbättrade smidigheten och rättidigheten i servicekedjorna för de äldre när klienter med dygnetruntvård skrivs ut från sjukhuset.

Den servicekedja för motionsrådgivning som motionstjänsterna och social- och hälsovårdstjänsterna tillsammans kommit överens om genomfördes i varierande grad i området.<sup>23</sup>

### **Utvecklingen på samarbetsområdesnivå framskred**

I beredningen av planerna för OT-centret på västkusten framskred servicehelheterna inom krävande psykiatrisk vård och vård utom hemmet samt strukturerna mellan tjänsterna på specialnivå som utvecklingsprojekt på specialupptagningsområdesnivå. Beredningen av helheten införlivades i det nationella Strukturreformprojektet i slutet av 2020.

Västkuststrategin främjade kvaliteten på tjänsterna inom specialupptagningsområdet och den enhetliga tillgängligheten. Arbetet med att förenhetliga den specialiserade sjukvårdens och primärvårdens gemensamma vård- och servicekedjor fortskred genom att planen slutfördes.<sup>24</sup> Den regionala styrgruppen utarbetade gemensamma vårdanvisningar. Som ett resultat av verksamheten i styrgruppen för den palliativa vården togs en plan för vård i livets slutskede och vårdanvisningar i bruk i området. Även beskrivningar av den palliativa vårdens servicekedjor samt nödvändiga ändringar förbereddes. Helheten stöddes av gemensamma utbildningar och kommunikation för sjukvårdsdistriktens personal. Förändringsarbetet på samarbetsområdet även i fråga om integrationen stöddes av en gemensam datateknisk plattform.

Det vårdvetenskapliga forskningsprogrammet på samarbetsområdesnivå, handlingsplanen för undervisning och utbildning samt vetenskaps- och forskningsstrategin i anslutning till Västkuststrategin stödde inte bara genomförandet av strategin utan också framstegen i integrationen av specialupptagningsområdet.