

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

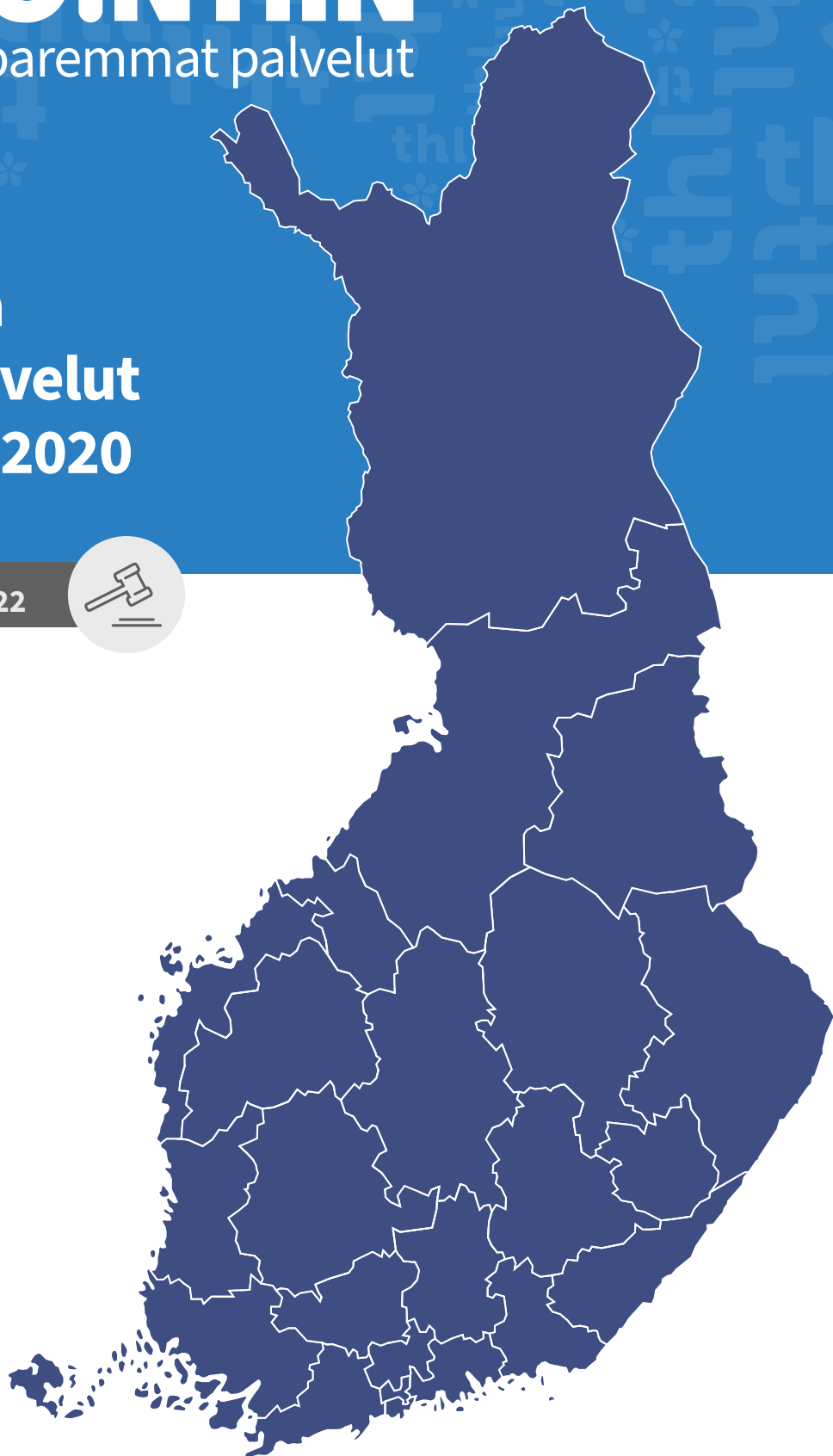
Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2020

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 3/2022



Asiantuntija-arvio

Tiina Hetemaa
Nina Knape
Petra Kokko
Jaana Leipälä
Hannele Ridanpää
Pekka Rissanen
Tuuli Suomela
Vesa Syrjä
Taru Syrjänen



Sisällys

Lukijalle	3
Asiantuntija-arvio	4
 Väestö ja toimintaympäristö	6
 Tiedonhallinta ja digitalisaatio	12
 Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset, rahoitus ja investoinnit	17
 Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus	21
Menetelmät ja laatuseloste	27
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	29

Tekijät

Arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut tietoylijohtaja, professori **Pekka Rissanen** ja arviointityötä on koordinoinut tiimipäällikkö, dosentti **Nina Knape**.

Arvioinnin ovat laatineet arviointipäälliköt **Tiina Hetemaa**, **Nina Knape**, **Jaana Leipälä**, **Hannele Ridanpää** ja **Taru Syrjänen** sekä kehittämispäälliköt **Petra Kokko** ja **Vesa Syrjä**. Arvioinnin viestinnästä on vastannut viestintäpäällikkö **Jari Kirsilä**, julkaisemisesta suunnittelija **Päivi Kiuru** ja tietopohjasta asiantuntija **Tuuli Suomela**.



Päätösten tueksi 3/2022

ISBN: 978-952-343-840-8 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-840-8>

Lukijalle

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) arvioi sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä vuosittain koko maassa ja sen eri alueilla. 1.7.2021 voimaan tulleessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa (612/2021) THL:n tehtäväksi on säädetty laatia vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva asiantuntija-arvio valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain.

Tämä THL:n kansallinen arviointi tarjoaa vuoteen 2020 ja alkuvuoteen 2021 painottuvan sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvan. Arvioinnissa tarkastellaan väestön palvelutarvetta, palvelujen järjestämisen nykytilaa ja kehityssuuntaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja kustannuksia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tilannekuva sisältää sekä alueiden itse esiin nostamia että muita kansallisesti merkittäviä ja ajankohtaisia näkökohtia palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta, laadusta ja yhteensovittamisen tilasta. Arvioinnissa tarkastellaan myös tiedonhallinnan ja sähköisten palvelujen nykytilaa.

THL:n kansallinen arvio on muodostettu yhdistämällä maan eri alueiden vuoden 2020 ja alkuvuoden 2021 tilannekuvat. Lisäksi tarkastelussa on hyödynnetty ajankohtaisia tutkimuksia ja selvityksiä.

Kansallinen arviointi on suunnattu tukemaan kansallisia ja alueellisia päättäjiä, viranhaltijoita ja asiantuntijoita. Arviointi tukee myös hyvinvointialueiden toimeenpanon valmistelua tarjoamalla tietoa keskeisistä palvelujen järjestämistä koskevista näkökohdista valtakunnallisesti ja maan eri alueilla.

Helsingissä 6.4.2022

Pekka Rissanen

Tietoylijohtaja

Nina Knape

Tiimipäällikkö

Asiantuntija-arvio

Väestö ikääntyy ja kansainvälistyy

Suomen väestö ikääntyy, mutta myös kansainvälistyy: vieraskielisten osuus väestöstä kasvaa nopeasti. Ikääntyneiden osuus on suurin alueilla, jotka menettävät eniten väestöään. Maan vieraskielisistä puolet asuu pääkaupunkiseudulla. Kielellisten ja kulttuuristen tarpeiden ennakoinniseksi ja huomioimiseksi tarvitaan monialaista yhteistyötä muun muassa vieraskielisten kotoutumista tukevilla toimilla. Väestöryhmien välisen eriarvoisuuden vähentämiseksi tarvitaan niin ikään monialaista yhteistyötä.

Nuorten mielenterveydelliset ongelmat ovat yleistyneet

Nuorilla vuosien ajan yleistynyt ahdistuneisuus- ja masennusoireilu kääntyi entistä jyrkempään kasvuun. Etäopiskelun vuoksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tehtäviä terveystarkastuksia siirtyi myöhemmäksi tai jäi toteutumatta. Tämä heikensi mahdollisuuksia tunnistaa lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen sekä mielenterveyden ongelmien varhaisen tuen tarvetta. Covid-19-pandemiavuosien aikana yksinäisyys lisääntyi muuta väestöä enemmän ikääntyneillä, vammaisilla ja toimintarajoitteisilla henkilöillä.

Palvelujärjestelmä selviytyi koronavuosien tuomista lisätehtävistä toimintoja priorisoimalla

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjät ovat pystyneet tarjoamaan palveluja covid-19-pandemiasta aiheutuneesta lisäkuormasta huolimatta melko hyvin. Vaikutukset palvelutuotantoon olivat vähäisempiä alueilla ja ajanjaksoina, joilla covid-19-sairastavuus oli vähäisempää. Sosiaali- ja terveydenhuollon kiireettömiä palveluja supistettiin sekä perus- että erityispalveluissa. Pandemian alettua keväällä 2020 resursseja siirrettiin tilanteen vaatimiin toimiin ja etäpalveluja lisättiin. Pandemian hellittäessä hoitonoja purettiin, mutta palvelu- ja hoitovelkaa syntyi muun muassa suun terveydenhuoltoon, kiireettömään erikoissairaanhoidon ja erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden peruspalveluihin.

Covid-19-pandemian pitkittyminen ja kasvava kotihoidon henkilöstöpula lisäsivät ikääntyneiden palvelutarpeen arviointien viiveitä sekä rajoittivat kotihoidon palvelujen saatavuutta. Kehitystä osin vauhditti ympärivuorokautisen hoivan lakisääteisen henkilöstömitoituksen kiristyminen. Ympäri vuorokautisen hoivan palvelujen saatavuuden heikentyminen näkyi monilla alueilla niin, että yhä useampi odotti hoivapalveluihin pääsyä. Valvontaviranomaisille tulleiden havaintojen perusteella huolet koskivat sekä kotiin annettavissa että ympärivuorokautisissa palveluissa henkilöstön riittävyttä, määrää ja osaamista suhteessa palvelujen piirissä olevien asiakkaiden tarpeisiin.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuus heikentyi sekä perus- että erityispalveluissa

Mielialahäiriöiden yleistymisen näkyi sekä perus- että erityispalveluissa. Valtakunnallinen pula psykiatreista ja psykologeista on vaikeuttanut entisestään oikea-aikaisten mielenterveyspalvelujen saatavuutta. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon yli 90 vuorokautta odottaneiden potilaiden osuus kaksinkertaistui vuonna 2021 vuoteen 2019 verrattuna.

Lastensuojeluilmoitusten määrä on jatkanut kasvuaan. Niiden lasten osuus, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, vaihtelee kuitenkin suuresti maan eri alueiden välillä. Lastensuojelun avohuollossa lasten suhteellinen määrä on pienentynyt usean vuoden ajan. Kolmannes palvelujen järjestäjistä arvioi, että lastensuojelun avohuollon tukitoimien tarjonta heikkeni covid-19-pandemian vuoksi.

Valtakunnallinen pula useista sote-alan ammattiryhmien asiantuntijoista laajentui

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimapula on laajentunut nopeasti yhä useampiin ammattiryhmiin kuten sairaanhoitajiin ja lähihoitajiin. Nykyisen työvoiman eläköityessä henkilöstön määrän säilyttäminen ikääntyvän väestön palvelutarpeita vastaavalla tasolla näyttää yhä haasteellisemmalta. Ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä tulevien hyvinvointialueiden henkilöstöstä noin joka viides siirtyy vanhuuseläkkeelle. Suhteellisesti eniten henkilöstö eläköityy pohjoisen ja itäisen Suomen alueilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien kasvavana haasteena on henkilöstön veto- ja pitovoiman ylläpitäminen ja vahvistaminen. On myös tunnistettu tarve tiivistää yhteistyötä yksityisten palveluntuottajien ja järjestötoimijoiden kanssa.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmissä yhtenäistämistarvetta – sähköinen asiointi on vauhdittunut

Asiakas- ja potilastietojärjestelmät ovat edelleen hajanaisia ja ylläpitokustannuksiltaan mittavia alueilla, joilla palvelujen järjestäjiä on paljon. Terveyspalveluissa tietojärjestelmiä on yhtenäistetty sosiaalihuoltoa enemmän. Usealta hyvinvointialueelta puuttuivat vielä päätökset tietojärjestelmien uudistamisesta. Ratkaisuja tarvitaan nopealla aikataululla, jotta hyvinvointialueiden tietojohdantiselle asetetut velvoitteet voidaan saavuttaa.

Sähköisen asioinnin kehittäminen on ollut strateginen kansallinen tavoite, jolla on pyritty vahvistamaan myös kansalaisten omahoitoa. Alue- ja järjestäjäkohtaisista eroista huolimatta sähköisten palvelujen käyttö on covid-19-pandemian vauhdittamana yleistynyt. Sähköiset palvelut ovat monipuolistuneet ja laajentuneet uusiin asiakasryhmiin. Merkittävällä osalla väestöstä on sähköisessä asiointissa kuitenkin vielä huolia ja esteitä, jotka sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien tulee huomioida turvatakseen eri väestöryhmien palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden.

Alueelliset erot väestön palvelutarpeessa näkyvät kustannuksissa

Kuntien järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveystietojärjestelmien asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vaihtelivat suuresti maan eri alueiden välillä, samoin väestön palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset. Valtion koronatuken myötä sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoittavien kuntien talous vahvistui vuonna 2020 ennätyskellisen vahvaksi edeltävän vuoden kuntatalouden voimakkaan heikentymisen jälkeen. Valtion koronatuken vahvistivat myös vuonna 2021 kuntien ja kuntayhtymien tilikauden tuloksia. Kertaluonteiset koronatuken eivät ratkaise kuitenkaan kuntatalouden rakenteellisia ongelmia tai mittavia investointitarpeita.

Tulevina vuosina väestön ikääntyminen nostaa palvelutarvetta koko maassa. Suurinta kustannusten kasvun ennakoituaan olevan Uudenmaan alueella, missä ikääntyneiden määrä kasvaa voimakkaasti. Väestön ikääntymisen lisäksi kustannusten nousupaineita lisäävät uudet ja kiristyvät lakisääteiset velvoitteet sekä palkkojen yhtenäistämisen aiheuttamat lisäkulut. Pitkään jatkuneen kiivaan sairaalarakentamisen aikana investoinnit on rahoitettu suurimmaksi osaksi pitkäaikaisilla lainoilla, jotka siirtyvät hyvinvointialueille vuoden 2023 alussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuun siirtyessä hyvinvointialueille lainakannan suuruus vaikuttaa alueiden mahdollisuuksiin toteuttaa uusia investointeja.



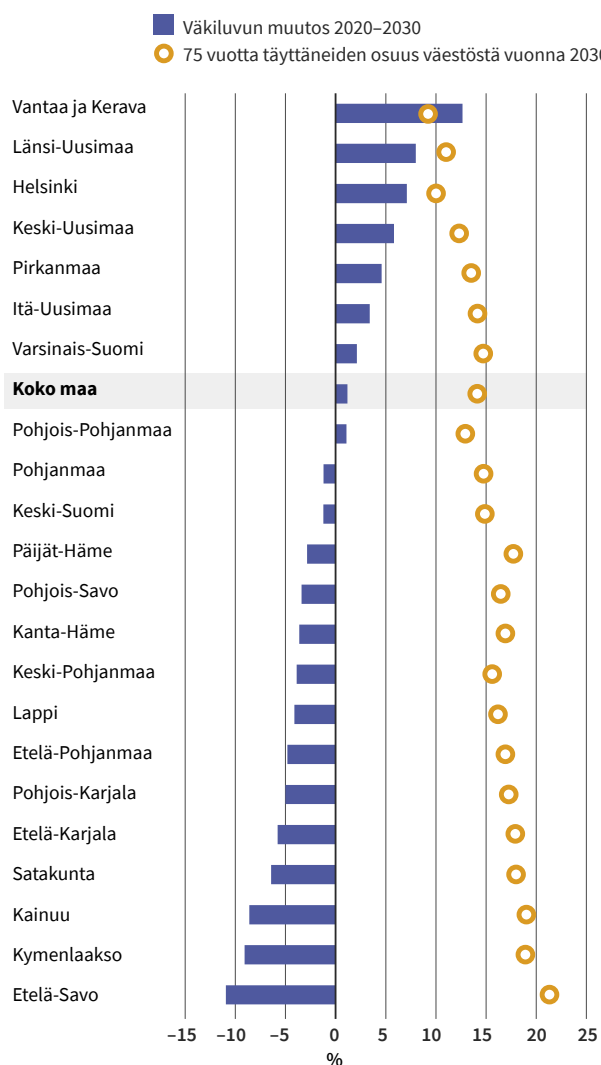
Väestö ja toimintaympäristö

Väestö

Väestökehityksessä suurta alueellista vaihtelua

Suomessa oli vuoden 2020 lopussa noin 5,5 miljoonaa asukasta. Kuolleisuus on ollut syntyvyyttä suurempaa vuodesta 2016, ja väestönkasvu perustuu kokonaan positiiviseen nettomaahanmuuttoon. Maan sisäisessä muuttoliikkeessä muutokset edellisiin vuosiin olivat merkittäviä. Uudenmaan pitkään jatkunut muuttovoitto kääntyi negatiiviseksi vuonna 2021.¹ Vastaavasti useilla väestöään menettäneillä alueilla muuttotappio pieneni. Vuonna 2021 päivitetystä Tilastokeskuksen väestöennusteesta väkiluvun kuitenkin ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä vain Uudellamaalla, Pirkanmaalla, Varsinais-Suomessa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Ikääntyneiden osuus on suurin alueilla, jotka menettävät eniten väestöään. Väestökehitys on erityisen haastavaa Etelä-Savossa, Kymenlaaksossa ja Kainuussa. (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Väkiluvun muutos 2020–2030 ja 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä vuonna 2030 väestöennusteen mukaan; osuudet esitetään hyvinvointialueittain ja koko maan tasolla



◀ Kuviossa esitetään ennuste väkiluvun muutoksesta (%) vuosina 2020–2030 ja ennuste 75 vuotta täyttäneiden väestöosuudesta vuonna 2030 hyvinvointialueittain ja koko maan tasolla. Kuvion tiedot perustuvat Tilastokeskuksen väestörakennetilaston väestötietoihin (31.12.2020) ja syksyllä 2021 julkaistuun Tilastokeskuksen väestöennusteeseen.



Vieraskielisten osuus väestöstä kasvaa nopeasti

Väestöstä noin viisi prosenttia on ruotsinkielisiä. Seitsemän hyvinvointialuetta, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä ovat kaksikielisiä. 43 prosenttia maan väestöstä asuu kaksikielisillä alueilla, joilla sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi kaikissa alueen kunnissa. Lähes puolet ruotsinkielisistä asuu Uudenmaan alueella. Ruotsinkielisen väestön osuus on suurin Pohjanmaan hyvinvointialueella (51 %).

Saamelaisia on Suomessa hieman yli 10 000.² Lapin hyvinvointialueen väestöstä noin kolme prosenttia on saamelaisia. Saamelaisilla on oikeus omankielisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin saamelaisten kotiseutualueen neljässä kunnassa. Yli puolet saamelaisista asuu kuitenkin saamelaisten kotiseutualueen ulkopuolella.

Muiden kuin suomen-, ruotsin- ja saamenkielisten osuus väestöstä kasvaa nopeasti; vuonna 2020 heitä oli väestöstä lähes kahdeksan prosenttia. Vieraskielisten osuus väestöstä on suurin Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (20 %). Myös Helsingissä ja Länsi-Uudellamaalla vieraskielisten väestöosuus on merkittävästi koko maata suurempi. Eri kieliryhmistä venäjänkielisen väestön osuus korostuu kaakkoisilla alueilla Kymenlaaksossa ja Etelä-Karjalassa.

Covid-19-pandemialla kielteisiä vaikutuksia väestön hyvinvointiin

Suomen väestön elinajanodote on korkeampi kuin EU-maissa keskimäärin, ja lisäksi se on noussut kymmenen vuoden tarkastelujaksolla keskimääräistä nopeammin. Suomi ja Tanska olivat vuonna 2020 ainoat EU-maat, joissa elinajanodote kasvoi. Covid-19-pandemiasta johtuvia tartuntoja ja kuolemia oli Suomessa EU-maista vähiten vuonna 2020, ja tilanne jatkui samansuuntaisena myös vuonna 2021.³

Terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevassa kuolleisuudessa Suomi sijoittui EU-vertailussa keskimääräistä paremmin. Sitä vastoin ehkäistävissä oleva kuolleisuus jäi Suomessa EU-maiden keskiarvon tasolle. Sosioekonomiset erot kuolleisuudessa ovat Suomessa useimpien muiden EU-maiden tavoin suuria. Terveyden riskitekijöissä Suomen kehitys EU-vertailussa vaihtelee. Tupakointi on EU-maiden keskiarvoa vähäisempää ja alkoholinkäyttö on lähellä keskiarvoa. Lihavuus on Suomessa EU-keskiarvoa yleisempää ja yleistyy edelleen nopeasti.³

Covid-19-pandemialla on ollut useita kielteisiä vaikutuksia väestön hyvinvointiin.⁴ Nuorten ahdistuneisuus- ja masennusoireilu on lisääntynyt jo useiden vuosien ajan, mutta on pandemian aikana kääntynyt entistä jyrkempään kasvuun. Tyttöillä ahdistuneisuus on lisääntynyt enemmän kuin pojilla.⁵ Ikääntyneiden yksinäisyys lisääntyi, ja osalla ikääntyneistä toimintakyky heikkeni.⁴ Työttömyys lisääntyi selvästi, mutta kääntyi laskuun syksyllä 2020. Pitkäaikaistyöttömien osuus kaikista työttömistä työnhakijoista oli vuonna 2021 kuitenkin selvästi korkeammalla tasolla kuin ennen pandemiaa.

Toimintaympäristö

Järjestämismallit vaihtelivat yksittäisistä kunnista erityyppisiin yhteistyön muotoihin

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien kuntien ja kuntayhtymien määrä ei muuttunut vuosina 2020–2021. Manner-Suomen 293 kunnasta sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut itse järjestäviä kuntia oli 74, ja vastuukunta- tai kuntayhtymämallin mukaisia yhteistoiminta-alueita oli 59.⁶

Yksityiset toimijat ja järjestöt täydensivät julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Järjestäjät organisoivat palvelujen tuotantovastuita sekä ulkoistamalla että ottamalla aiemmin ulkoistamiaan palveluja takaisin omaksi toiminnakseen. Tuotantovastuissa tapahtui muutoksia myös kuntien, yhteistoiminta-alueiden ja sairaanhoitopiirien kesken.



Maakunnallisilla kuntayhtymillä parhaat lähtökohdat hyvinvointialueiden valmistelussa

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistuksessa palvelujen järjestämisvastuu siirtyy vuoden 2023 alusta 21 hyvinvointialueelle, Helsingin kaupungille ja osin HUS-yhtymälle. Alueiden lähtötilanne hyvinvointialueille siirryttäessä vaihtelee huomattavasti. Parhaat lähtökohdat toiminnan aloittamiselle ovat kuntayhtymien alueilla. Kymenlaaksossa, Etelä-Karjalassa, Pohjois-Karjalassa, Keski-Pohjanmaalla ja Keski-Uudellamaalla maakunnallinen kuntayhtymä järjestää alueen kaikkien kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi Päijät-Hämeessä, Pohjanmaalla ja Kainuussa lähes kaikkien kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on maakunnallisella kuntayhtymällä.

Järjestämisvastuultaan hajanaisilla alueilla siirtyminen hyvinvointialueelle on maakunnallisten kuntayhtymien alueita haastavampaa. Esimerkiksi palveluverkkoa, asiakasohjausta ja palveluketjuja on maakunnallisten kuntayhtymien alueilla kehitetty koko alueen tasolla. Asiakasmaksut on yhtenäistetty, ja useilla alueilla myös henkilöstön palkkaharmonisoinnissa on edistytty. Lisäksi asiakas- ja potilastietojärjestelmät on maakunnallisten kuntayhtymien alueilla pääosin yhtenäistetty. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastuslaitoksen toimialariippumattomien järjestelmien ja prosessien integrointi toisiinsa edellyttää merkittäviä panostuksia lähes kaikilla hyvinvointialueilla nykyisestä järjestämismallista riippumatta. Pohjois-Karjalassa sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastuslaitos toimivat jo nykyisellään samassa kuntayhtymäkonsernissa.

Sote-rakennemuutoksen alueellista valmistelua tuettiin muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön myöntämällä valtionavustuksilla. Alueelliset erot uudistuksen etenemisessä olivat vuoden 2022 tammi-kuussa jatkaneet tasoittumistaan.⁷

Muutokset paikkaan sidottuun palveluverkkoon olivat vähäisiä

Palveluverkon uudistamisen tilannekuva oli moninainen. Yleiskuvaltaan paikkaan sidottu palveluverkko oli pirstaleinen, eikä merkittäviä muutoksia tehty. Optimoinnissa pisimmällä olivat maakunnalliset kuntayhtymät. Järjestämisvastuultaan hajanaisilla alueilla tehdyt muutokset olivat pääasiassa järjestäjäkohtaisia. Palveluverkon kehittämistä haastoivat paikoin kuntien pyrkimykset turvata kattavat lähipalvelut.

Palveluverkon tiheys vaihteli maan eri osissa. Matka-aikojen perusteella terveyskeskusten maantieteellinen saavutettavuus oli paras Uudellamaalla sekä muissa väestöltään suurissa eteläisen Suomen maakunnissa. Saavutettavuus oli puolestaan heikointa Lapissa, Kainuussa, Etelä-Savossa ja Etelä-Karjalassa.⁸

Palvelujen saavutettavuutta varmistivat osaltaan sosiaali- ja terveysministeriön myöntämät, määräaikaikaiset poikkeusluvut. Voimassa olevia poikkeuslupia oli maan eri puolilla, yhteensä yhdeksällä alueella. Luvat koskivat synnytystoimintaa sekä perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä.



Pula sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä kosketti yhä useampaa ammattiryhmää

Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstömäärä on kasvanut kolmanneksella vuodesta 2000. Julkisen sektorin osuus sote-alan työllistäjänä on pienentynyt lähes viidenneksen suhteessa yrityksiin; muutos näkyy erityisesti sosiaalipalveluissa.⁹ Henkilöstömäärän kasvusta huolimatta alalla on merkittävä työvoimapula.¹⁰ Vajetta oli sekä perus- että erityistason palveluissa. Vaikeuksia oli erityisesti sijaisten saatavuudessa, mutta lisääntyvästi myös vakituisen henkilöstön rekrytoinnissa. Sote-alalle tarvitaan arviolta 200 000 uutta työntekijää seuraavien 15 vuoden aikana.¹¹

Henkilöstön saatavuus vaihteli ammattiryhmittäin ja alueittain.¹² Suhteellisesti suurinta vaje oli sosiaali-työntekijöistä ja psykologeista, eikä saatavuus ole ennusteen mukaan helpottumassa vuoteen 2030 mennessä.¹³ Rekrytointivaikeudet laajenivat koskemaan yhä useampia ammattiryhmiä. Perusterveydenhuollon lääkärivaje on pysytellyt viime vuodet samalla tasolla; lokakuussa 2021 hoitamatta oli noin seitsemän prosenttia tehtävistä. Eniten terveyskeskuslääkäreitä puuttui itäisen Suomen alueelta, jossa vähintään joka viides tehtävistä oli hoitamatta.¹⁴ Henkilöstön rekrytointivaikeudet korostuivat pääasiassa alueiden keskuskaupungeista kauempana olevissa yksiköissä.

Covid-19-pandemia koetteli henkilöstön riittävyttä ja jaksamista. Henkilöstöä koulutettiin ja siirrettiin pandemian hallinnan vaatimiin tehtäviin, mikä vei resursseja muista toiminnoista. Koronakaranteenit ja tiukentuneet poissaolo-ohjeistukset vaikeuttivat henkilöstötilannetta entisestään. Henkilöstöä kuormittivat monet tekijät, kuten mittavat muutokset työtehtävissä ja -käytännöissä sekä pitkittyneen pandemian keskellä eläminen.⁴ Hoitoalan sairauspoissaolot lisääntyivät selkeästi edellisvuoteen verrattuna.¹⁵

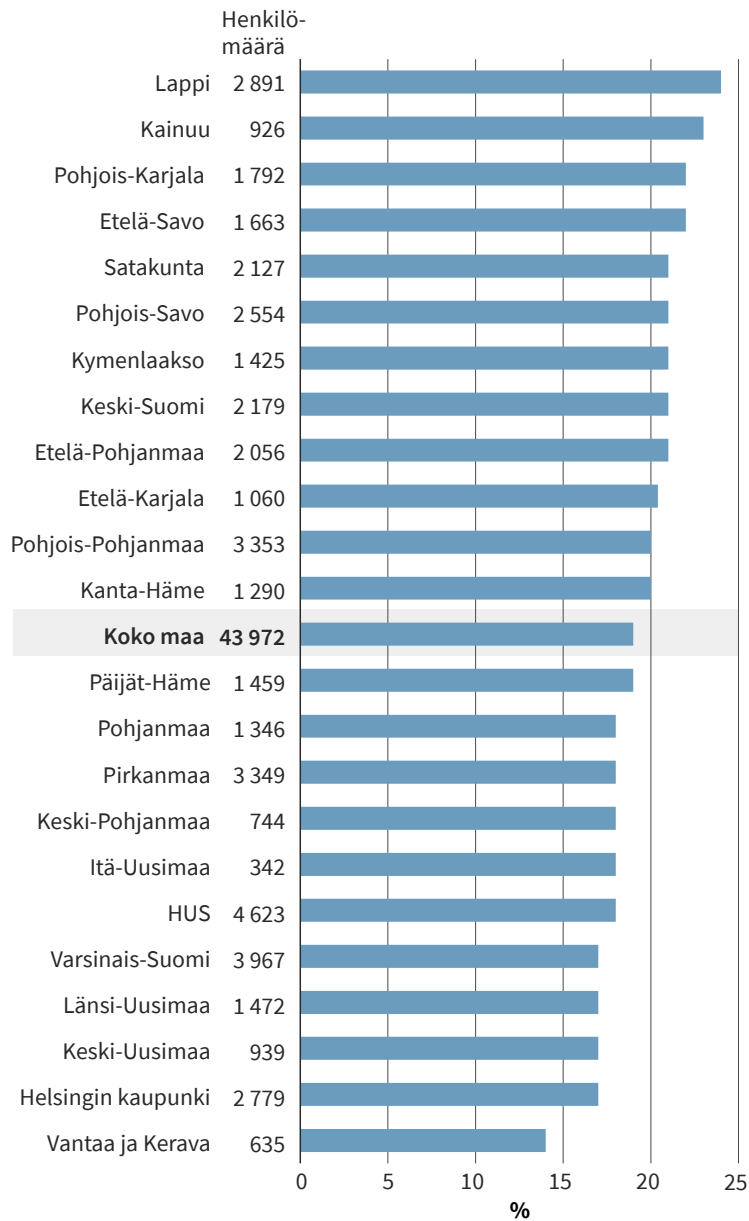
Henkilöstön riittävyttä koskevat haasteet korostuivat ikääntyneiden kotihoidossa. Yksiköt toimivat usein riittämättömällä henkilöstöllä, ja ylityöt olivat yleisiä. Rekrytointitilannetta vaikeutti ympärivuorokautisen hoivan henkilöstömitoituksen vaiheittainen kiristyminen; uudesta henkilöstömitoituksesta säädettiin lokakuussa 2020 voimaan tulleessa vanhuspäiväpalvelulaissa.¹⁶ Henkilöstön riittävyttä ja osaamista koskevat puutteet tulivat myös valvontaviranomaisten tietoon.¹⁷

Eläköityminen lisää rekrytointihaasteita

Julkisen sektorin sote-henkilöstö eläköityy voimakkaasti kuluva vuosikymmenen aikana. Ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä tulevien hyvinvointialueiden henkilöstöstä noin joka viides siirtyy vanhuuseläkkeelle. Suhteellisesti eniten henkilöstöä jää eläkkeelle pohjoisen ja itäisen Suomen alueilla. (Kuvio 2.) Lisäksi nykyisestä henkilöstöstä arviolta noin joka kymmenes siirtyy joko osittaiselle tai täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle. Eri eläkelajien yhteen laskettu osuus henkilöstömäärästä nousee enimmillään yli 30 prosenttiin mm. Lapissa, Kainuussa ja Etelä-Savossa.



Kuvio 2. Vanhuuseläkkeelle siirtyvän sote-henkilöstön määrä ja osuus hyvinvointialueittain ja koko maan tasolla vuosina 2022–2030 Kevan ennusteen mukaan.



◀ Kuviossa esitetään vanhuuseläkkeelle siirtyvän sote-henkilöstön määrä ja osuus hyvinvointialueittain ja koko maan tasolla vuosina 2022–2030. Prosenttiosuudet on laskettu Kevan jäsenyhteisöjen vakuuttamien henkilöiden määrästä (31.12.2020). Tiedot perustuvat Kevan laatimaan kunta-alan eläköitymisennusteseen.



Henkilöstön veto- ja pitovoimaa vahvistettiin moninaisin keinoin

Covid-19-pandemian vaikeuttamasta henkilöstötilanteesta huolimatta järjestäjät pyrkivät turvaamaan työvoiman saatavuutta pitkällä tähtäimellä. Alan houkuttelevuuteen ja työolojen parantamiseen kiinnitettiin enemmän huomiota. Rekrytoinnin menetelmiä monipuolistettiin, ja erityisesti sosiaalisen median merkitys työvoiman hankintakanavana kasvoi. Työnantajakuvaa parannettiin mm. panostamalla opiskelijoiden ohjaukseen ja työntekijöiden perehdytykseen. Lisäksi otettiin käyttöön työhyvinvointia ja työkykyä tukevia toimia.

Yhteistyö oppilaitosten kanssa tiivistyi monin paikoin. Alueilla järjestettiin eri ammatteihin valmistavia, paikallisiin tarpeisiin räätälöityjä koulutuksia, ja koulutuspaikkoja ja -vastuita lisättiin. Paikoittain tehtiin yhteistyötä ulkomaisten yliopistojen kanssa. Lisäksi henkilöstön yhteiskäyttö vahvistui sekä yksittäisten järjestäjien että yhteistyöalueiden tasolla. Yleisesti hyödynnettiin myös vuokra- ja ostopalvelutyövoimaa, joskin niiden saatavuudessa näkyi heikentymistä.

Henkilöstötilanteeseen haettiin paikoittain apua myös vauhdittamalla ulkomaisen hoitohenkilöstön rekrytointeja. Työn perusteella myönnettyt oleskeluluvat ja EU-rekisteröinnit kasvoivat. Sote-alan työvoiman maahanmuutto oli kuitenkin edelleen vähäistä.¹⁸ Ulkomailla koulutettujen hoitajien osuus oli vuonna 2019 OECD-maiden pienimpiä (1,8 %).¹⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuoden 2021 lopussa poikkihallinnollisen ohjelman sote-alan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi.²⁰



Tiedonhallinta ja digitalisaatio

Hyvinvointialueiden tiedonhallinnan valmistelua on ohjannut osaltaan vuoden 2021 alusta voimaan tullut velvoite laatia tiedonhallintamalli, joka sisältää kuvauksen tietojärjestelmistä.²¹ Sen varmistaminen, että asiakas- ja potilastietojärjestelmät soveltuvat tiedonhallinnan vaatimukseen, on ollut merkittävä osa hyvinvointialueiden valmistautumista myös tietojohdantamiseen. Tämän vuoksi useilla alueilla on yhtenäistetty tietojärjestelmiä sekä hankittu ja otettu käyttöön uusia järjestelmiä. Sellaisilla hyvinvointialueilla, joissa palvelujen järjestäjä on paljon, oli vuonna 2020 käytössä vielä lukuisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä.

Vuonna 2020 tietojärjestelmäkokonaisuudet olivat jäsenyneimmät erikoissairaanhoidossa ja hajanaisimmat sosiaalihuollossa. Sama potilastietojärjestelmä kattoi erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon palvelut kahdeksalla hyvinvointialueella. Sosiaalihuollon tietojärjestelmät oli yhtenäistetty neljällä alueella. Muilla hyvinvointialueilla tietojärjestelmien kirjo oli suurta, erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa.²²

Usealla hyvinvointialueella tietojärjestelmäratkaisut vielä valmistelussa

Etelä-Suomen yhteistyöalueella Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueiden tietojärjestelmät on pääosin yhtenäistetty ja alueiden käytössä on sama asiakas- ja potilastietojärjestelmä. Apotti-tietojärjestelmä korvasi vuoden 2021 loppuun mennessä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän aikaisemmat päätietojärjestelmät. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue päätyi hankkimaan uuden tietojärjestelmän, ja se otetaan käyttöön vuoteen 2024 mennessä.²³ Länsi- ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueilla tietojärjestelmien yhtenäistäminen on kesken.

Länsi-Suomen yhteistyöalueella Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Pohjanmaan hyvinvointialueilla tietojärjestelmiä on paljon, mutta yhtenäistämisen vaihtoehtoja on valmisteltu päätöksentekoa varten. Itä-Suomen yhteistyöalueella tietojärjestelmät on yhtenäistetty Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella, mutta Etelä- ja Pohjois-Savon sekä Keski-Suomen hyvinvointialueilla ratkaisuja vielä kartoitetaan. Sisä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueista Etelä-Pohjanmaalla on tietojärjestelmät yhtenäistetty, Kanta-Hämeessä ja Pirkanmaalla sosiaalihuollon tietojärjestelmien yhtenäistäminen on vielä kesken. Pohjois-Suomen yhteistyöalueella Kainuun ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueilla on jo yhtenäistetyt tietojärjestelmät. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen tietojärjestelmäratkaisuksi on valittu Esko-potilastietojärjestelmä, joka otetaan käyttöön kaikissa Pohjois-Pohjanmaan palveluissa vuosina 2023–2025.²⁴ Yhtenäistävä ratkaisu puuttuu vielä Lapin hyvinvointialueelta.

Tietojärjestelmähankinnan keskeytyminen muutti neljän hyvinvointialueen suunnitelmat

Aster-asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankintarinkiin kuuluivat Vaasan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien lisäksi Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystietojärjestelmien kuntayhtymät. Tavoitteena oli ottaa uusi asiakas- ja potilastietojärjestelmä käyttöön vuosina 2025–2026. Yhteishankinta keskeytyi syksyllä 2021, kun Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vetäytyi hankkeesta.²⁵

Tietoaltaiden valmistelussa suurta vaihtelua

Tietoaltaat parantavat hyvinvointialueiden tietojen varastointia, turvallista käsittelyä ja hyödynnettävyyttä. Joillakin hyvinvointialueilla tietoallas on jo otettu käyttöön, ja joissakin niiden käyttö on vasta selvitettävänä. Yhteistyöalueiden tasolla tietoaltaiden selvitystyötä ja toimenpiteitä oli käynnissä lähes kaikilla alueilla. Etelä-Suomen yhteistyöalueella neljä hyvinvointialuetta sopi HUS-yhtymän kanssa tietoallaspalvelun toteuttamisesta vuoden 2021 aikana.²⁶ HUS-yhtymällä säilyy Uudenmaan erillISRatkaisun perusteella rekisteripitäjyys sekä erilliset tietovarannot.²¹



In-house-yhtiöillä merkittävä rooli tietojärjestelmien uudistamisessa

Hyvinvointialueiden asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämistä, kehittämistä ja hankintoja ovat tukeneet useat julkisomisteiset in-house yhtiöt. UNA Oy on 20 sairaanhoitopiirin perustama kehitysyhtiö, ja sen ratkaisut ovat käyttöönottoaiheessa. Ydin UNA ja Lomake UNA ovat täysimääräisesti käytössä Pohjois-Savon hyvinvointialueella, ja Ydin UNAn käyttöönottoa valmistellaan esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan, Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan alueilla. Esko Systems Oy:n omistajia on viideltä hyvinvointialueelta. Yhtiö kehittää erikoissairaanhoidon Esko-potilastietojärjestelmää niin, että se soveltuu myös perusterveydenhuoltoon ja voidaan integroida sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään. 2M-IT Oy:n omistajia on seitsemällä hyvinvointialueella. Yhtiö on mukana 16 hyvinvointialueen tietojärjestelmien kehittämisessä.

Sähköisen asioinnin kehittäminen on ollut strateginen tavoite

Kansallisissa strategioissa Sote-tieto hyötykäyttöön (2014–2020) ja Strategia 2030 (2019–) asetetaan keskiön kansalaisten aktiivisen roolin vahvistaminen ja palvelujen tarpeenmukaisuus.^{27, 28} Kansalaisten osallistaminen hoito- ja palveluprosesseihin on ollut tavoitteena sähköisen asioinnin ja omahoidon kehittämisessä. Osassa Suomea etäpalvelujen kehittämistä puoltavat myös pitkät välimatkat palveluihin. Joidenkin hyvinvointialueiden digitaalisissa ja teknologiaratkaisuissa on huomioitu kaksikielisyys, ja saamenkielisten palveluiden tarve on myös tunnistettu.

Kansallisesti kehitettyjä palveluja käytetään paljon

Kansallisesti kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon digipalvelu [Omaolo.fi](https://omaolo.fi) tavoittaa jo noin 80 prosenttia väestöstä.²⁹ Sähköistä perhekeskusta kehitetään myös kansallisesti.³⁰ Yliopistosairaanhoitopiirien kehittämisessä ja ylläpitämisessä [Terveyskylä.fi](https://terveyskyla.fi)-palvelussa oli vuonna 2020 jo yhteensä 7,7 miljoonaa kävijää. Eri erikoisalojen potilasryhmille on tuotettu noin 160 digihoitopolkua, ja lisäksi palveluvalikoimaan kuuluvat erilaiset chatit, chatbotit ja oirenavigaattorit.³¹

Kanta-palveluihin kuuluvaa [Omakantaa](https://omakanta.fi) oli vuoden 2021 aikana käyttänyt 64 prosenttia väestöstä; hyvinvointialueittain käyttö vaihteli 55:n ja 71 prosentin välillä.³² Pandemiarajoitusten poistuminen, lasten koronatestien aiheiden lieventyminen ja testitulosten katselu lisäsivät kirjautumisia ja henkilömääriä Omakanta-palvelussa huomattavasti elokuussa 2020. Vastaavasti koronapassin tietojen katselu ja lataaminen Omakanta-palvelussa suurensivat käyttömääriä selvästi vuoden 2021 elokuussa.³³

Valtakunnallisia sähköisiä palveluja ovat myös [OmaKela](https://omakela.fi), [Suomi.fi](https://suomi.fi), [112 Suomi](https://112suomi.fi) sekä [Terveyskirjasto](https://terveyskirjasto.fi). Lisäksi yksityisillä terveyspalveluyrityksillä on omia sähköisiä palveluja, joita myös ulkoistettujen terveysasemien asiakkaat voivat sopimusten salliessa käyttää.

Sähköisissä palveluissa on alue- ja järjestäjäkohtaisia eroja

Digitaalisten palvelujen ja palvelukanavien käyttöönotto on edennyt kaikilla hyvinvointialueilla, mutta palvelutarjonnassa on vaihtelua. Palveluja on kehitetty aiemmin pääasiassa järjestäjäkohtaisesti, mutta kansallisen Rakennemuutos-hankkeen puitteissa vuosina 2020–2021 sähköisiä asiointipalveluja, tietojärjestelmiä ja tietojohdantamista on kehitetty hyvinvointialueittain. Alueellisia sähköisiä palveluja on useilla hyvinvointialueilla, esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan [OmaTays](https://omatays.fi), Kainuun hyvinvoinnin ja terveyden palvelukanava [OmaSote](https://omasote.fi) ja Lapin hyvinvointialueella oleva laajan palvelun virtuaalinen sosiaali- ja terveyspalvelukeskus [Virtu.fi](https://virtu.fi).



Useita sähköisen asioinnin muotoja käytössä

Sähköisistä palveluista yleisimmin käytettyjä olivat tutkimustulosten vastaanottaminen, omien potilas- tai asiakastietojen tarkastelu ja ajanvaraus – näitä oli käyttänyt noin puolet väestöstä. Harvemmin käytettyjä toimintoja olivat omien tietojen toimittaminen ammattilaiselle, ohjeiden saaminen ammattilaisilta sekä sosiaalipalvelujen tai toimeentulotuen hakeminen.³⁴

Etähoitopalvelut ja -vastaanotot kehittyivät ja kasvoivat voimakkaasti. Etäpalveluja on laajennettu uusiin toimintoihin, kuten perhevalmennukseen, kuntoutukseen ja terapiapalveluihin. Kahdensuuntainen viestintä videon tai chatin välityksellä sairaanhoitajan tai sosiaaliohjaajan kanssa yleistyi, samoin chatbot-palvelut. Sähköiset asiointipalvelut kuten lomakkeet ja ajanvaraukset yleistyivät, mutta Covid-19-pandemian vuoksi ajan varaamista sähköisesti lääkärin ja hoitajan vastaanotoille rajattiin paikoin.

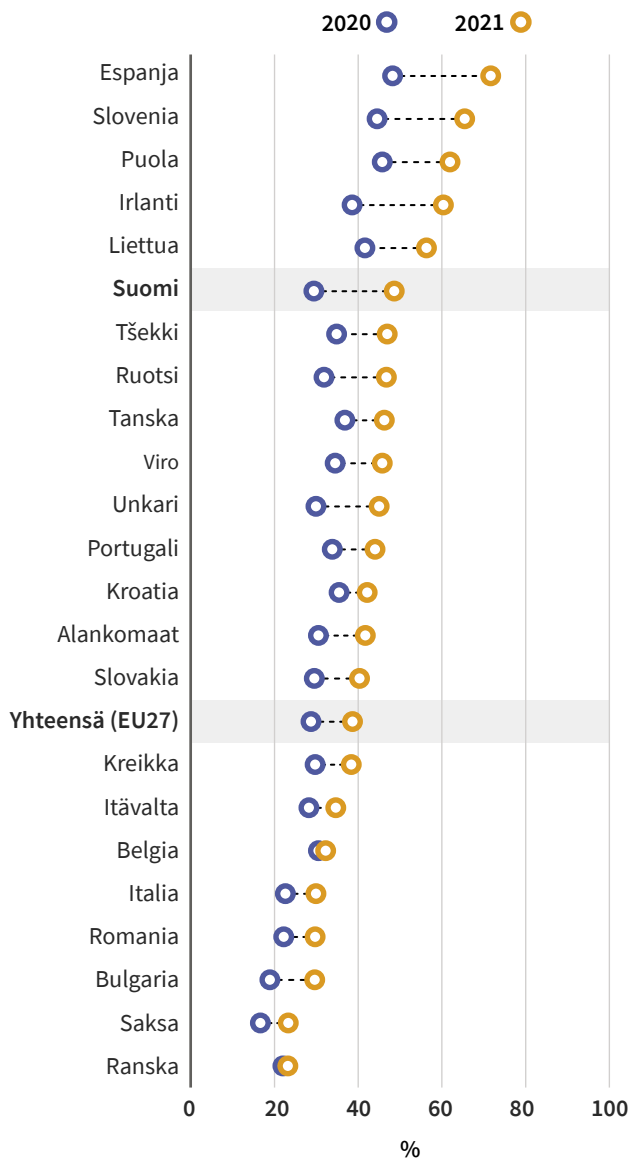
Digitalisaatio edistyi myös ikääntyneiden palveluissa. Teknologiaa hyödynnettiin enemmän esimerkiksi lääkeannostelussa ja asukkaiden hyvinvoinnin seurannassa. Myös etänä tuotetut lääkäripalvelut yleistyivät.

Covid-19-pandemia vauhditti sähköisten palvelujen käyttöä

Sosiaali- ja terveyspalveluissa sähköiset palvelut monipuolistuivat, laajenivat ja yleistyivät pandemian aikana. Vuonna 2020 Covid-19-pandemian alettua sekä fyysiset vastaanottokäynnit että asiakastapaamiset vähenivät ja niitä korvattiin etäpalveluilla. Myös koronapandemian aiheuttamaan palvelutarpeen kasvuun pystyttiin vastaamaan etäpalveluin. Sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäneistä useampi kuin joka neljäs oli vuoden 2020 FinSote-kyselyn mukaan asioinut niissä sähköisesti; osuus vaihteli hyvinvointialueittain Etelä-Savon 13 prosentista Helsingin 43 prosenttiin.³⁵ EU-maissa tehdyn kyselytutkimuksen mukaan etäasiointi lääkärin kanssa oli Suomessa yleisempää kuin EU:ssa keskimäärin, ja se lisääntyi edelleen pandemian aikana.³⁶ (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Aikuisväestöstä lääkärin kanssa etäasioineet vuosina 2020 ja 2021 EU-maissa.



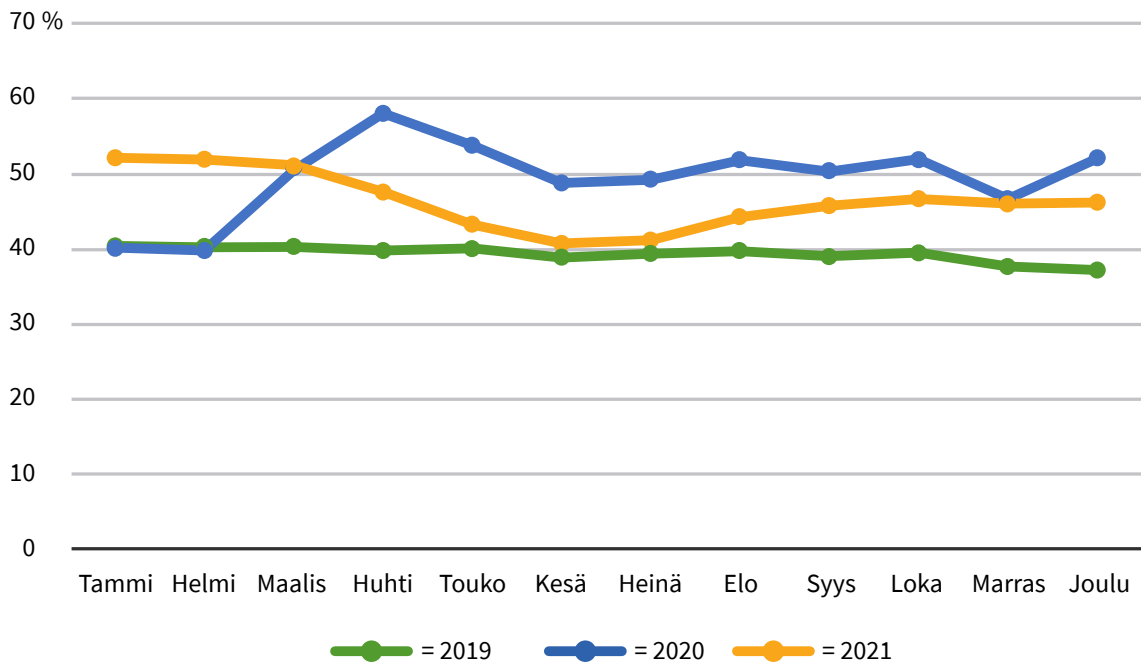
◀ Kuviossa esitetään lääkärin kanssa etäasioineiden aikuisten osuudet EU-maissa vuosina 2020 ja 2021. Matalan reliabiliteetin vuoksi kuviosta puuttuvat Kyproksen, Latvian, Maltaan ja Luxemburgin tulokset. Tiedot perustuvat Eurofoundin vuoden 2020 kesä-heinäkuussa ja vuoden 2021 helmi-maaliskuussa tekemään kyselyyn Living, working and COVID-19, joka oli suunnattu yli 18-vuotiaille.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa etäasiointit* lisääntyivät vuodesta 2019 vuoteen 2021 lähes neljänneksellä, 6,4 miljoonasta 8,4 miljoonaan. Ennen pandemiaa etäasiointien osuus avosairaanhoidon asioinneista on ollut noin 40 prosenttia. Pandemian alettua fyysisten vastaanottokäyntien määrä väheni ja oli pandemia-ajan pienin huhtikuussa 2020. Tuolloin etäasiointien osuus kasvoi lähes 60 prosenttiin. (Kuvio 4.) Etäasiointi vaikuttaa vakiintuneen toimintamuotona, sillä loppuvuonna 2021 lähes puolet avosairaanhoidon asioinneista toteutui etänä, vaikka fyysisten vastaanottokäyntien määrä oli palautunut lähes pandemiaa edeltävälle tasolle. Myös erikoissairaanhoidossa etäasiointi lisääntyi pandemian aikana. Vuonna 2020 somaattisessa erikoissairaanhoidossa avohoidon käynneistä lähes neljännes oli etäkäyntejä.³⁷

*Etäasiointi koostuu Avohilmoissa yhteystavoista reaaliaikainen etäasiointi ja etäasiointi ilman reaaliaikaista kontaktia (vanhat luokat: puhelinyhteys, sähköinen asiointi, kirje) ja Hilmoissa yhteystavasta muu avohoidon kontakti.



Kuvio 4. Etäasiointien osuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon asioinneista vuosina 2019–2021



▲ Kuviossa esitetään perusterveydenhuollon avosairaanhoidon etäasiointien osuudet kaikista asioinneista vuosina 2019–2021. Tiedot perustuvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus -tietoihin (Avohilmo-tietoihin). Apotti-tietojärjestelmän käytön laajentuminen Uudellamaalla keväällä 2021 on aiheuttanut tietoihin epävarmuutta.

Kotihoidossa etäasiointit lisääntyivät vuodesta 2019 vuoteen 2021 peräti 44 prosenttia, mutta osuus asioinneista oli vain noin kolme prosenttia. Sosiaalihuollosta ei rekisteritietoja ole saatavissa kattavasti. Kyselytutkimuksen mukaan väestöstä huomattavasti harvempi oli asioinut sähköisesti sosiaalihuollossa kuin terveydenhuollossa: väestöstä kaksi prosenttia oli hoitanut asiointikäynnin sosiaalityöntekijän tai sosiaali-ohjaajan kanssa sähköisesti, esimerkiksi videoyhteydellä tai chatin välityksellä, mutta lääkärin kanssa sähköisesti oli asioinut 17 prosenttia ja hoitajan kanssa 12 prosenttia.³⁴

Sähköiseen asiointiin liittyy huolia ja esteitä edelleen yleisesti

Sähköisten palvelujen käyttöön liittyviä esteitä ja huolia oli väestökyselyn mukaan neljällä viidestä. Opastusta sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalveluiden käyttöön koki tarvitsevansa joka viides; määrä vaihteli Etelä-Pohjanmaan 28 prosentista Helsingin 14 prosenttiin.³⁵ Erilaiset käyttäjäryhmät tuleekin huomioida, jotta sähköiset palvelut ovat aidosti jokaisen ulottuvilla. Sähköisen asioinnin esteenä voivat olla esimerkiksi väestön käyttämät viestintävälineet tai niiden puute, osaamisen taso sekä osittain myös käytössä olevat verkkoyhteydet.³⁸

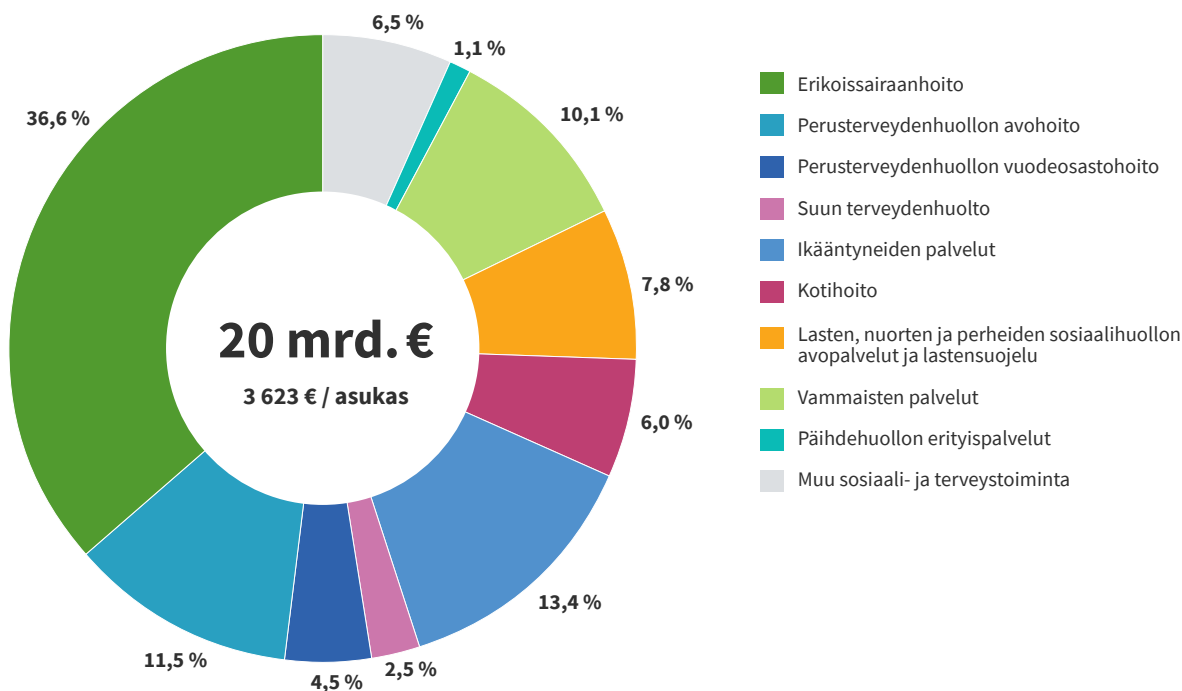
Sosiaali- ja terveystalouden kustannukset, rahoitus ja investoinnit

Sosiaali- ja terveystoimen kustannuksissa suuria alueellisia eroja

Vuonna 2020 kuntien järjestämisvastuulla olevien sosiaalitoimen ja terveystoimen nettokäyttökustannukset olivat 20,0 miljardia euroa. Edeltävästä vuodesta kasvua oli noin 800 miljoonaa euroa. Asukaskohtaiset kustannukset vaihtelivat Länsi-Uudenmaan 3 081 eurosta Kainuun 4 788 euroon (koko maassa 3 623 euroa). (Kuvio 5.) Kuntien käyttötalouden nettokustannuksista kohdistui sosiaali- ja terveystoimeen lähes 60 prosenttia, mikä vastaa aikaisempien vuosien tasoa.³⁹

Palvelutarpeeseen suhteuttamattomat sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset kasvoivat vuosina 2016–2020 reaalisesti vuoden 2020 hintatason mukaan keskimäärin 6,9 prosenttia. Pienintä asukaskohtaisten kustannusten kasvu oli Päijät-Hämeessä (1,9 %) ja Pohjois-Karjalassa (3,0 %). Sosiaali- ja terveystaloudet on järjestetty molemmilla alueilla maakunnallisesti vuodesta 2017 alkaen. Suurinta asukaskohtaisten sosiaali- ja terveystoimen kustannusten kasvu oli Kainuussa (16,4 %).

Kuvio 5. Koko maan sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma tehtävittäin vuonna 2020, %



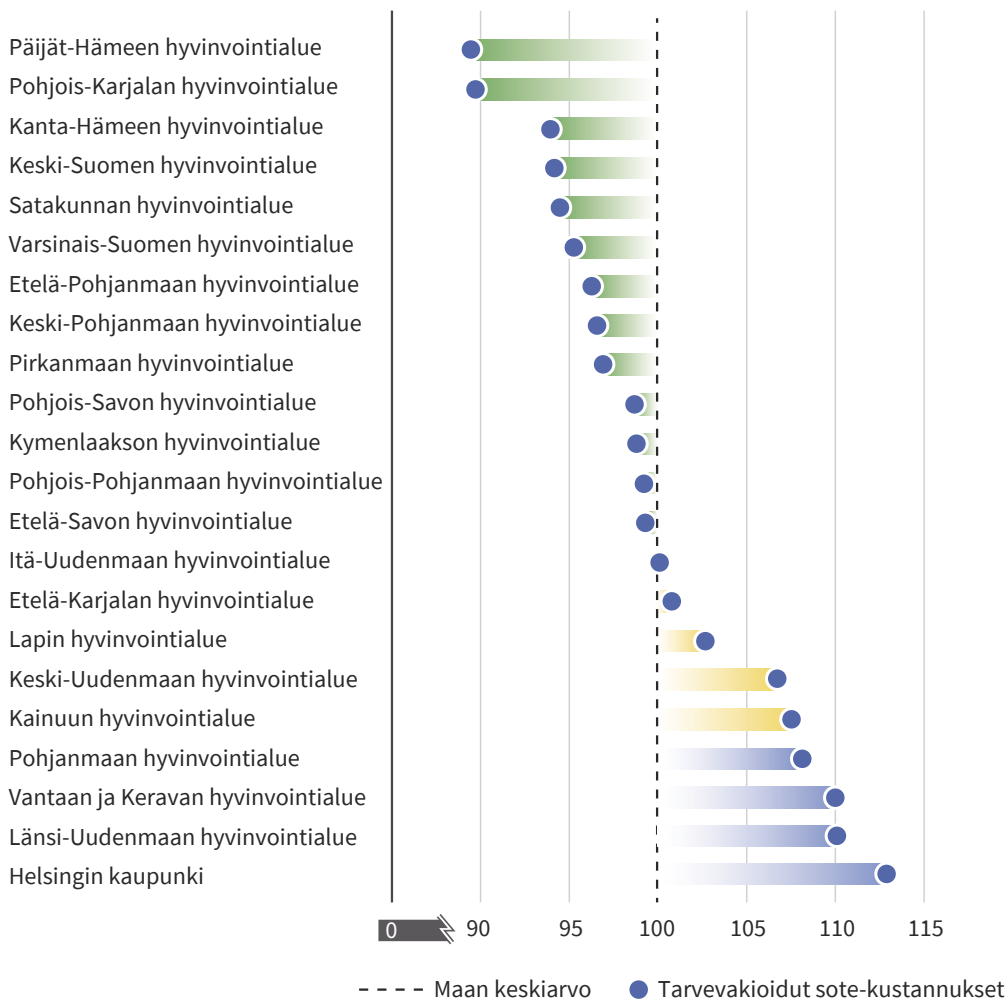
▲ Kuviossa esitetään tehtäväkohtaiset prosentiosuudet vuoden 2020 sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista koko maassa. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilastoon.



Pohjois-Karjalassa ja Päijät-Hämeessä asukkaiden palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset pysyvät maan matalimpina

Kuntien järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveystalouden kustannusten tasoon vaikuttavat muun muassa alueiden erot työterveyshuollon ja yksityissektorin palvelujen tarjonnassa sekä erot väestörakenteissa. Väestön ikä- ja sukupuolirakenteen, sosioekonomisen aseman ja sairastavuuden huomioiva palvelutarve on suurin Etelä-Savossa, jossa se on neljänneksen suurempi kuin maassa keskimäärin.⁴⁰ Vastaavasti Länsi-Uudellamaalla palvelutarve on maan pienin: vajaan neljänneksen pienempi kuin maassa keskimäärin. Palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat olleet usean vuoden ajan maan pienimmät Pohjois-Karjalassa ja Päijät-Hämeessä. Vastaavasti Uudellamaalla palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat, Itä-Uudenmaan aluetta lukuun ottamatta, koko maan keskiarvoa suuremmat. (Kuvio 6.)

Kuvio 6. Tarvevakioitujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta hyvinvointialueittain vuonna 2020, %



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain tarvevakioitujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (100). Mitä kauempana kustannuksia kuvaava palkkiviiva on keskiarvosta, sitä pienemmät tai suuremmat ovat alueen tarvevakioidut kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Kuntatalous-tilaston vuoden 2020 tietoihin ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamiin vuoden 2019 tarvekertoimiin.



Sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kasvuennuste suurin Uudellamaalla

Väestön ikärakenteen muutoksiin pohjautuvien THL:n ennustelaskelmien mukaan koko maan sosiaali- ja terveystalouden kustannusten reaaliarvon ennakoitaan olevan vuoteen 2030 mennessä keskimäärin 1,4 prosenttia vuodessa. Suurinta kustannusten kasvun ennustetaan olevan Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueilla, joissa väestö on keskimääräistä nuorempaa. Hitainta kustannusten reaaliarvon ennakoitaan olevan Kainuussa, Kymenlaaksossa ja Etelä-Savossa, joissa ikääntyneiden väestöosuudet ovat tällä hetkellä maan suurimpia. Lisäksi hyvinvointialueille siirtyvän henkilöstön palkkaharmonisoinnin on arvioitu nostavan merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia maan eri alueilla, varsinkin jos yhteensovittaminen toteutetaan kärkipalkkojen tason mukaisesti.⁴¹

Pitkään jatkunut sairaalarakentaminen vauhditti kuntayhtymien lainakannan kasvua

Kuntayhtymien investoinnit ovat pysyneet usean vuoden ajan korkealla tasolla. Vuonna 2019 investoinnit kasvoivat poikkeuksellisen voimakkaasti, ja yli 80 prosenttia lainakannan kasvusta selittyi sairaanhoitopiirien toiminnalla.⁴² Vuonna 2020 investointien kasvu hidastui.

Sairaalarakentaminen on jatkunut pitkään kiivaana eri puolilla Suomea, ja se on kasvattanut sairaanhoitopiirien suhteellista velkaantuneisuutta. Esimerkiksi muita yliopistosairaanhoitopiirejä väestöpohjaltaan pienemmässä Pohjois-Savossa sairaanhoitopiiriin suhteellinen velkaantuneisuus on kasvanut viime vuosina nopeasti. Vuonna 2020 suhteellinen velkaantuneisuusaste oli 76,5 prosenttia, joka oli muita yliopistosairaaloiden sairaanhoitopiirejä suurempi.⁴³ Koko maassa sairaanhoitopiirien nettoinvestoinnit kasvoivat vuonna 2020 noin 135 miljoonalla eurolla yli 870 miljoonaa euroon. Vastaavasti sairaanhoitopiirien lainakanta kasvoi vajaalla 680 miljoonalla eurolla yhteensä yli 2,7 miljardiin euroon.⁴²

Merkittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon rakennusinvestointeja toteutetaan ja valmistellaan myös kunnissa. Esimerkiksi Helsingin kaupungin ja HUSin valmistelemalle Laakson yhteissairaalaan koskevalle investoinnille myönnettiin vuonna 2021 poikkeuslupa, ja sen kustannusarvio on 838 miljoonaa euroa.⁴⁴

Hyvinvointialueiden investointisuunnitelmat arvioidaan suhteessa lainanottovaltuuksiin

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyy hyvinvointialueille, niille tulee lakisääteinen velvoite laatia vuosittain investointisuunnitelma ohjauksesta vastaaville ministeriöille. Investointisuunnitelma ei saa olla ristiriidassa hyvinvointialueiden lainanottovaltuuden kanssa.⁴⁵

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja rahoittavien kuntien talous vahvistui koronatuukien myötä

Vuonna 2020 kuntien talous vahvistui merkittävästi. Käyttötulojen ja -menojen tasapainoa kuvaava vuosikatteen oli ennätyskorkea, ja se riitti kattamaan sekä poistot että nettoinvestoinnit. Negatiivisen vuosikatteen kuntia oli vain kaksi – edellisvuonna niitä oli ollut 65.⁴² Kuntien vuosikatetta vahvistivat nettomenojen maltillinen kehitys ja verorahoituksen vahva kasvu. Erityisesti valtionosuudet kasvoivat poikkeuksellisen paljon, sillä valtio kohdensi taloudellisia tukitoimia kuntasektorille covid-19-pandemian hoitoon. Kuntien verotuloja kasvatti osana koronatuukia vuosille 2020 ja 2021 kohdennettu yhteisöveron jako-osuuden korotus kymmenellä prosenttiyksiköllä.⁴² Lisäksi yli 50 kuntaa nosti veroprosenttiaan vuodelle 2020.

Tilikauden tulos oli vuonna 2020 negatiivinen kymmenellä sairaanhoitopiirillä, ja niiden yhteen laskettu tilikauden tulos oli noin 117 miljoonaa euroa negatiivinen. Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tilikauden tulosten osuus kokonaisuudesta oli noin 92 miljoonaa euroa. Vuotta aikaisemmin 15 sairaanhoitopiiriin tilikauden tulos oli ollut negatiivinen noin 70 miljoonan euron kokonaissummalla.⁴²



Kuntatalouden ennakkollisen tilinpäätösanalyysin perusteella myös vuonna 2021 tilikauden tulokset säilyivät vahvoina. Covid-19-pandemia kasvatti kuntien ja kuntayhtymien menoja, mutta tulokehitys pysyi menojen kehityksessä mukana. Kuntien verokehitys oli hyvä, ja tuloja lisäsivät korona-avustukset, jotka olivat välittömien koronasta johtuvien sosiaali- ja terveystoimen menojen osalta täysimääräisiä.⁴⁶

Hyvinvointialuekohtaiset rahoituslaskelmat tarkentuvat edelleen

Hyvinvointialueiden tuleva rahoitus perustuu yleiskatteelliseen valtion rahoitukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen määräytymisperusteena painottuu alueiden väestön palvelutarve; sen osuus on noin 80 prosenttia.⁴⁷ Pelastustoimen rahoituksen määräytymiskriteerinä painottuu vastaavasti asukasmäärä (65 %). Yleiskatteelliseen rahoitukseen sovelletaan jatkossa siirtymätasausmenettelyä, jolla pyritään tasaamaan siirtyvien kustannusten ja laskennallisen rahoituksen välisen eron vaikutusta hyvinvointialueille. Syksyllä 2021 valtiovarainministeriön julkaisemien laskelmien mukaan laskennallinen rahoitus kasvaisi vahvimmin Pohjois-Karjalan ja Lapin alueilla ja vastaavasti vähenisi useilla Uudenmaan alueilla.⁴⁸

Kuntien vuoden 2022 talousarvotiedot sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen nettokustannuksista muodostavat pohjan hyvinvointialueiden rahoituksen tasolle. Siirtyvät kustannukset vaikuttavat myös hyvinvointialuekohtaisiin rahoituslaskelmiin sekä kuntien rahoituslaskelmiin ja kunnilta leikattavaan tuloveroprosenttiin.⁴⁹ Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset ovat kunnille suunnatun talousarviokyselyn perusteella noin 20,7 miljardia euroa ja pelastustoimen nettokustannukset noin 500 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueille siirtyvät kustannukset ovat uusimman arvion mukaan yhteensä noin 21,2 miljardia euroa. Tämä on noin 600 miljoonaa euroa enemmän kuin aiemmassa vuonna 2021 tehdyssä arviossa.⁴⁹



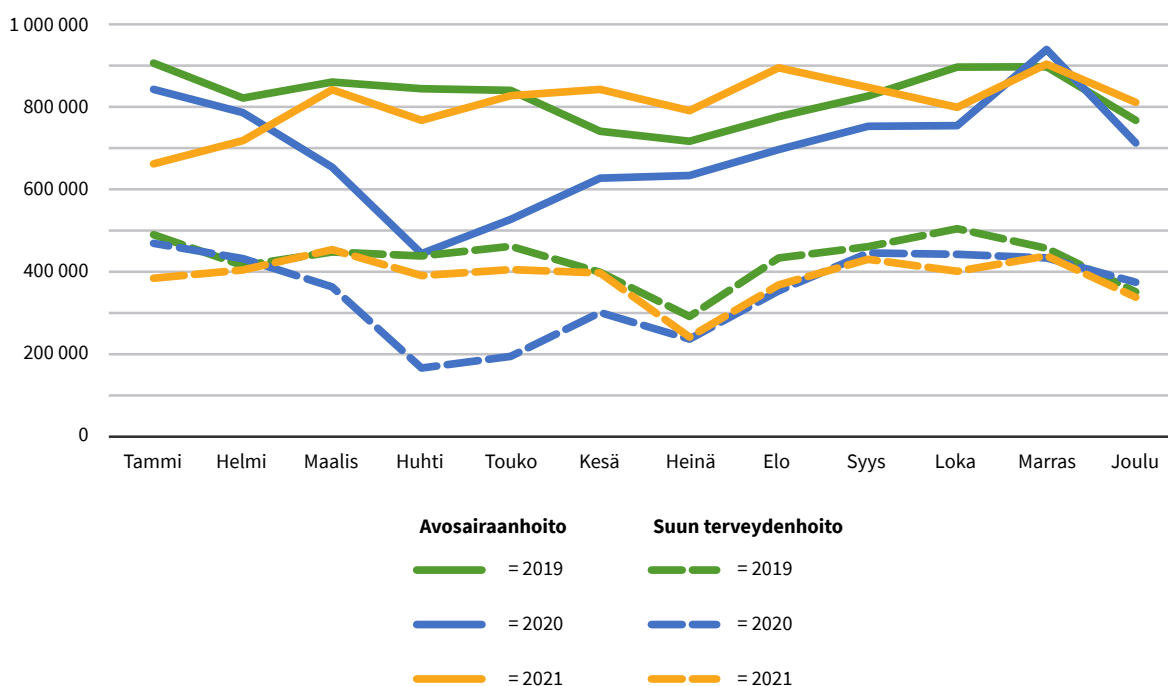
Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus

Perusterveydenhuolto selviytyi koronavuosien tuomista lisätehtävistä toimintoja priorisoimalla

Perusterveydenhuollon toimintaan vaikutti laajasti covid-19-pandemia. Vastaanottokäyntien määrä romahti keväällä 2020, osin terveydenhuollon ja osin asiakkaiden toimesta. Henkilöstöä siirrettiin pandemian ehkäisyyn ja hallinnan tehtäviin, kuten näytteenottoon, jäljitykseen ja rokotuksiin. Asiakkaista osa ei uskaltanut pandemian alettua käyttää palveluja. Etäpalvelut otettiin nopeasti käyttöön, sekä korvaamaan vastaanottoja että vastaamaan palvelutarpeen kysynnän kasvuun. Pitkittänyt tilanne aiheutti huolta, erityisesti henkilöstön jaksamisesta ja riittävydestä, mutta myös pandemian aiheuttaman kustannuskasvun vuoksi. Perusterveydenhuollossa on kuitenkin selvitty muuttuneesta ja lisääntyneestä työmäärästä melko hyvin.⁵⁰ Kiireellinen hoito on pystytty järjestämään koko pandemian ajan.⁵¹

Avosairaanhoito on terveyskeskusten palveluista suurin. Vuonna 2020 avosairaanhoidossa oli 2,9 miljoonaa asiakasta ja heillä oli yhteensä 9,9 miljoonaa käyntiä.⁵² Edellisvuoteen verrattuna fyysiset käynnit vastaanotoilla vähenivät noin 15 prosenttia, kun taas etäasioinnit lisääntyivät 30 prosenttia. Vuonna 2021 vastaanottokäyntejä oli lähes saman verran kuin ennen pandemiaa. (Kuvio 7.)

Kuvio 7. Avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon vastaanottokäynnit vuosina 2019–2021

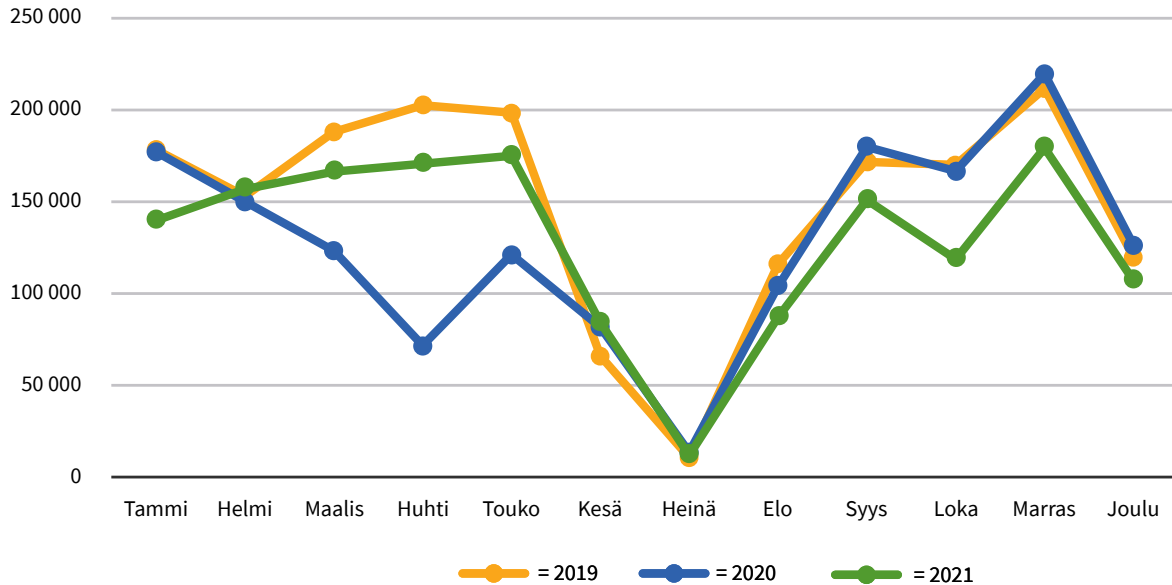


▲ Kuvio esittää avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon vastaanottokäyntien määrät koko maassa kuukausittain vuosina 2019, 2020 ja 2021. Tiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus-tietoihin (Avohilmo-tietoihin). Apotti-tietojärjestelmän käytön laajentuminen Uudellamaalla keväällä 2021 on aiheuttanut avosairaanhoidon tietoihin epävarmuutta.



Äitiys- ja lastenneuvolakäynnit olivat vuonna 2021 samalla tasolla kuin covid-19-pandemiaa edeltävänä vuonna 2019 ja ensimmäisenä pandemiavuonna 2020.^{53,54} Kouluterveydenhuollon käyntimäärät vähenivät huomattavasti maaliskuussa 2020, kun kouluissa siirryttiin etäopetukseen. (Kuvio 8.) Lukuvuonna 2020–2021 kouluterveydenhuollon laaja terveystarkastus tehtiin Avohilmo-tietojen mukaan vain noin puolelle lapsista.⁵⁵

Kuvio 8. Kouluterveydenhuollon vastaanottokäyntien määrät koko maassa kuukausittain vuosina 2019–2021



▲ Kuvio esittää kouluterveydenhuollon vastaanottokäyntien määrät koko maassa kuukausittain vuosina 2019, 2020 ja 2021. Tiedot perustuvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus-tietoihin (Avohilmo-tietoihin). Apotti-tietojärjestelmän käytön laajentuminen Uudellamaalla keväällä 2021 on aiheuttanut tietoihin epävarmuutta.

Terveyskeskuksissa palveluja on kyetty tuottamaan lähes normaalisti, ja niiden saatavuus on ollut pääosin hyvä.⁵¹ Hoitotakuuajan (3 kk) jälkeen toteutuneita lääkärin vastaanottoja oli alle puoli prosenttia kiireettömistä vastaanotoista sekä maaliskuussa että lokakuussa 2021, vastaavasti alle prosentin vuonna 2020. Kiireettömän asian vuoksi lääkärin vastaanotolle pääsi viikossa 65 prosenttia potilaista maaliskuussa 2021 ja 61 prosenttia lokakuussa. Maaliskuussa vain kolmella ja lokakuussakin vain kahdeksalla hyvinvointialueella useampi kuin joka toinen joutui odottamaan hoitoon pääsyä yli viikon. Väestökyselyn mukaan vuonna 2020 joka viides koki saaneensa riittämättömästi lääkäripalveluja; tyytyväisimpiä oltiin Pohjois-Savossa sekä Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla.⁵⁶ Vastaavasti hoitajapalveluja riittämättömästi koki saaneensa joka seitsemäs. Kaikkiaan asiakkaat olivat tyytyväisiä palvelujen toteutumisen aikatauluun, eikä vuoden 2020 asiakaspalaute vaihdellut juurikaan hyvinvointialueittain.



Avohilmo-tietojen mukaan lääkäriin avosairaanhoidon käyntisyinä yleisimpiä diagnooseja (ICD-10) olivat verenpainetauti, ylähengitysteiden akuutit infektiot ja selkäsärky tässä järjestyksessä vuosina 2019, 2020 ja 2021.⁵⁷ Vuoden 2021 käyntisyiden vertailu aiempiin vuosiin ei ole mielekäs, sillä Helsingin, Kauniaisten, Keravan ja Vantaan tiedoissa on vajausta tiedonsiirto-ongelmien vuoksi ja vuonna 2021 Avohilmoissa on ensikertaa myös yksityisen terveydenhuollon tietoja diagnooseineen, eikä näitä voi tietokantakuutiosta erottaa julkisen terveydenhuollon tiedoista. Verrattuna vuoteen 2019 mielialahäiriöihin liittyvät diagnoosit, kuten masennus, ahdistus ja unihäiriöt, yleistyivät käyntisyinä vuonna 2020. Odotetusti ylähengitysteiden akuutti infektio yleistyi käyntisyinä selvästi vuonna 2020. Aikuistyyppin diabetes sen sijaan väheni käyntisyinä lähes 9 prosenttia vuodesta 2019 vuoteen 2020. Vaikka vastaavaa vähenemistä ei havaittu kaikissa taudeissa, esimerkiksi verenpainetaudissa, niin palvelu- ja hoitovelkaa kuitenkin syntyi kroonisten tautien hoitamisessa ja lisäksi palveluissa, joissa oli eniten rajoituksia, kuten suun terveydenhuollossa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. (Kuviot 7 ja 8.)

Suun terveydenhuollossa pitkäaikaista hoitovelkaa

Vuonna 2020 suun terveydenhuollossa hammaslääkärikäynnit olivat vähentyneet edellisvuodesta 18 prosenttia.⁵² Poikkeama käynneissä oli suurin keväällä 2020 verrattuna vuosiin 2019 ja 2021. (Kuvio 7.) Hoitovelkaa syntyi, ja suurin osa siitä kohdentui alueille, joilla pandemiatilanne oli ollut pahin. Hammaslääkäriin palveluja tarvinneista riittämättömästi palveluja saaneiden osuus vaihteli Etelä-Pohjanmaan 14 prosentista Helsingin 33 prosenttiin vuoden 2020 väestökyselyssä.⁵⁶ Vuonna 2020 osuus oli keskimäärin 24 prosenttia; vuonna 2018 se oli ollut 19 prosenttia. Hoitajonjoja purettiin pandemian hellittäessä, ja keskimäärin ne olivat vuonna 2020 ja 2021 lyhyempiä kuin vuonna 2019. Maaliskuussa 2021 seitsemällä hyvinvointialueella ja lokakuussa 2021 kymmenellä hyvinvointialueella hoitoa odottaneista yli puolet joutui odottamaan hoitoa yli kolme viikkoa. Kainuussa ja Itä-Uudellamaalla tilanne oli haastava molempina ajankohtina.

Erikoissairaanhoidossa kiireetön hoito jousti covid-19-pandemiatilanteen mukaan

Erikoissairaanhoidossa pakollinen varautuminen epidemiaan johti keväällä 2020 kiireettömän hoidon voimakkaaseen alasajoon, ja myös potilaat itse siirsivät palveluun tuloa.^{50,51} Etävastaanotto toimintaa lisäämällä korvattiin avohoitokäyntejä.⁵¹ Erikoissairaanhoidon kiireellinen hoito on toiminut pääosin hyvin.^{50, 51} Erikoissairaanhoidon odottavien odotusajan mediaani (50 prosentin piste) suureni lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä vuodesta 2019 vuoteen 2021. Palvelu- ja hoitovelkaa syntyi osalle erikoisaloista, erityisesti kirurgialle, silmätaudeille, hammas-, suu- ja leukasairauksiin ja korva-, nenä- ja kurkkutaukeille.⁵¹ Kiireetön hoito on kärsinyt vaihtelevasti, eikä kaikki kertynyt palvelu- ja hoitovelka näy jonoissa.⁵⁰

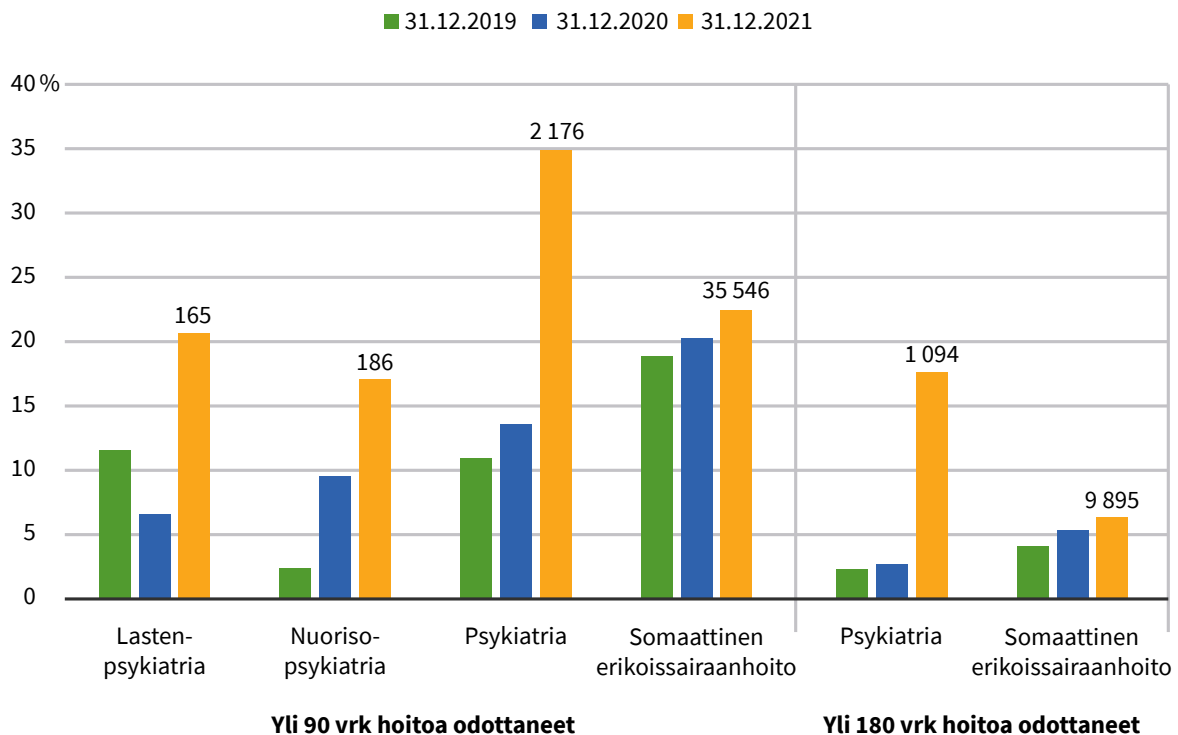
Somaattisen erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoidon käynnit vähenivät syksyllä 2021 verrattuna vuosiin 2019 ja 2020, erityisesti vuodeosastohoidossa. Palvelujen käytön väheneminen vuodesta 2020 ja erityisesti pandemiaa edeltäneestä vuodesta 2019 havaittiin myös mielenterveyspalveluissa.⁵⁸ Yli 180 vuorokautta hoitoa odottaneiden osuus kaikista hoitoa odottaneista kasvoi jonotietojen mukaan vuoden 2021 aikana erityisesti psykiatrian erikoisaloilla. Vuoden 2021 lopussa hoitotakuuajan ylittäneitä, yli 180 vuorokautta hoitoa odottaneita, potilaita oli psykiatriassa 1 094 ja somaattisessa erikoissairaanhoidossa 9 895. (Kuvio 9.)



Lasten ja nuorten mielenterveystalvelujen saatavuudessa on ongelmia sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa

Covid-19-pandemian alussa lähetteet lasten- ja nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidoon vähenivät, kun perusterveydenhuollon mahdollisuudet tunnistaa avun tarve ja lähettää jatkohoidon heikkenivät. Sittemmin lähetemäärät ovat suurimmassa osassa maata lisääntyneet tai pysyneet ennallaan. Osastohoitopaikoista on ollut pulaa osassa alueita. Läheteiden kokonaismäärä kasvoi noin neljä prosenttia edellisvuodesta.⁵¹ Vuonna 2021 nuorisopsykiatrista erikoissairaanhoidon yli 90 vuorokautta odottaneiden potilaiden osuus oli noin 9-kertainen verrattuna vuoteen 2019. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon yli 90 vuorokautta odottaneiden potilaiden osuus kaksinkertaistui vuodesta 2019 vuoteen 2021. (Kuvio 9.) Psykiatrian toimialajohtajille lähetetyn kyselyn perusteella talvelujen saatavuusongelmat eivät johdu pelkästään covid-19-pandemiasta, vaan niihin ovat johtaneet myös talvelujärjestelmään liittyvät muut syyt. Lasten ja nuorten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on ollut myös laadullisia haasteita. Hoidon sisältö on kapeutunut, kun ryhmätapaamisia ei ole voitu toteuttaa.⁵¹

Kuvio 9. Erikoissairaanhoidon pääsyä yli 90 ja yli 180 vuorokautta odottaneiden määrät ja osuudet vuosien 2019, 2000 ja 2021 lopussa



▲ Kuviossa esitetään psykiatrista ja somaattista erikoissairaanhoidon yli 90 ja yli 180 vuorokautta hoitoa odottaneiden lukumäärä (31.12.2021) ja osuus hoitoa odottaneista vuosien 2019, 2000 ja 2021 lopussa. Tiedot perustuvat Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen Erikoissairaanhoidon hoitopääsy -tietoihin.



Lastensuojeluilmoitukset ja sijoitukset kodin ulkopuolelle ovat lisääntyneet

Lastensuojeluilmoitusten määrä on kasvanut usean vuoden ajan. Vuonna 2020 lastensuojeluilmoitus tehtiin 8,1 prosentista alle 18-vuotiaista lapsista ja nuorista; vaihtelua oli Pohjanmaan 5,7 prosentista Vantaan ja Keravan 10,7 prosenttiin. Syksyllä 2020 maan eri alueilla lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit aloitettiin (97–100 %) ja ne valmistuivat (86–100 %) lakisääteisten määräaikaisten rajoissa samaan tapaan kuin aiempina vuosina. Lastensuojelun avohuollossa olevien lasten suhteellinen osuus on pienentynyt usean vuoden ajan, mutta kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus on kasvanut. THL:n kunnille suuntaamissa kyselyissä kolmannes kuntien toimijoista arvioi, että lastensuojelun avohuollon tukitoimien tarjoaminen oli heikentynyt covid-19-pandemian vuoksi.⁵⁹ Lastensuojelun perhetyötä ja muita tukitoimia oli toteutettu myös aikaisempaa enemmän etäyhteyksin.

Työttömyyteen ja mataliin tuloihin liittyvien etuuskien tarve vaihteli pandemian aikana

Työttömien työnhakijoiden määrä suureni pandemian alkupuolella, ja vaikka vuoden 2020 loppua kohden lukumäärä laski selvästi, työttömiä työnhakijoita oli kuitenkin toistasataatuhatta alkuvuotta enemmän. Vuoden 2021 aikana työttömyys väheni suhteellisen tasaisesti, mutta joulukuussa 2021 työttömiä oli noin 23 600 enemmän kuin vuoden 2020 alussa.⁶⁰

Työttömyysturvan ja perustoimeentulotuen tarve väheni tai pysyi ennallaan vuonna 2021 edellisvuoteen verrattuna.⁶¹ Perustoimeentulotukihakemusten käsittely Kelassa seitsemän arkipäivän kuluessa onnistui hyvin kaikilla hyvinvointialueilla vuosina 2019–2021. Vastaavasti kuntiin osoitettujen toimeentulotukihakemusten käsittely seitsemän arkipäivän kuluessa onnistui keskimääräisesti hyvin; haasteita siinä oli Kymenlaaksossa, Etelä-Pohjanmaalla ja Keski-Uudellamaalla vuonna 2021.

Vaikeassa sosiaalisessa tilanteessa olevien työikäisten palvelujen saatavuus vaikeutui pandemian pitkittyessä

Sosiaalipalveluissa henkilökohtainen asiointi vaikeutui, kun palveluja suljettiin tai muutettiin etä- ja digiyhteydellä toimiviksi vuonna 2020. Muun muassa työikäisten sosiaalipalveluissa puhelimitse ja digitaalisesti annetut palvelut yleistyivät ja ryhmätoiminnot sekä kasvokkain annetut palvelut vähenivät. Sosiaalista kuntoutusta ja kuntouttavaa työtoimintaa alettiin toteuttaa etänä, ja myös ryhmätoimintoja siirrettiin verkkoon. Vuoden 2020 sosiaalibarometrissa sosiaalityöntekijät arvioivat muutoksen toteutuneen varsin sujuvasti – kasvokkaisen asioinnin mahdollisuuskin oli pääosin säilynyt.⁶² Sosiaalibarometrissa vuonna 2021 sosiaalityöntekijät sen sijaan arvioivat, että henkilökohtaiseen tapaamiseen liittyvää asiointia ei kyetty tarjoamaan kaikille sitä tarvitseville. Vain viidennes sosiaalityöntekijöistä arvioi, että etä- tai digipalvelujen ulkopuolella olevien palvelutarpeisiin vastattiin hyvin tai melko hyvin.⁶³

Etäpalveluihin siirtyminen heikensi erityisesti vaikeassa sosiaalisessa tilanteessa olevien, kuten mielen-terveys- ja päihdekuntoutujien, asunnottomien ja toimintakyvyltään heikkojen, palvelujen saamista ja asiointia. Julkisen sektorin ohella apua tarjosivat merkittävästi kolmannen sektorin toimijat, joiden kanssa yhteistyö tiivistyi.^{51,63} Sosiaalipalveluissa vahvistettiin etsivää ja jalkautuvaa työtä sekä kotiin vietäviä palveluja. Asiakkaiden luo tehtiin kotikäyntejä, ja toimiston sijaan tapaamisia järjestettiin ulkona. Sosiaalityötä ulkona asuvien ja heikosti palveluihin kiinnittyneiden parissa tehtiin tavallista enemmän, ja asunnottomien ruokapalveluja lisättiin.^{50,63}

Sosiaalipalvelut toteutuivat loppuvuoden 2020 arvion mukaan kohtuullisen hyvin, vaikka erityisesti ryhmätoimintojen ja henkilökohtaisten tapaamisten rajoitteiden vuoksi havaittiin palveluvajetta.^{50,51} Vuonna 2021 työikäisten palvelujen saatavuudessa ja henkilöstön riittävyudessa oli jonkin verran puutteita erityisesti maaliskuun lopulla 2021.⁵¹ Sosiaalipäivystysten työmäärän on raportoitu lisääntyneen erityisesti pandemiasta pahiten kärsineillä alueilla.⁵¹



Sosiaalisten kontaktien väheneminen lisäsi erityisesti toimintarajoitteisten ja vammaisten henkilöiden yksinäisyyttä

Toimintarajoitteisilla ja vammaisilla henkilöillä yksinäisyys lisääntyi ja sosiaaliset kontaktit vähenivät vuonna 2020 enemmän kuin muulla väestöllä. Vaikutukset korostuivat erityisesti vaikeavammaisilla henkilöillä, jotka saivat henkilökohtaisen avun palveluja itsenäisen elämän mahdollistamiseksi. Tyydyttämätöntä palvelutarvetta esiintyi monissa vammaisille henkilöille tärkeissä palveluissa, kuten fysioterapiapalveluissa, henkilökohtaisessa avussa ja kuljetuspalveluissa.⁵¹

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden osuus pienentyi

Ikääntyneiden asumis palveluissa palvelurakennetta on kevennetty valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti. Ympäri vuorokautisissa palveluissa tehostetun palveluasumisen käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla lähes yhtäjaksoisesti ja laitoshoidon vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on vastaavasti vähentynyt. THL:n mukaan vuoden 2020 lopussa ikääntyneiden palveluja sai vajaan 17 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Säännöllisen kotihoidon piirissä, jossa kotikäyntejä tehdään vähintään kuutena päivänä 60 vuorokauden jaksolla, oli ikäryhmästä 8,7 prosenttia.⁶⁴ Tehostetussa palveluasumisessa oli ikääntyneistä 7,3 prosenttia, vanhainkodeissa 0,6 prosenttia ja terveyskeskuksen vuodeosastolla pitkäaikaishoidossa 0,1 prosenttia. Yhteensä ympärivuorokautisessa hoidossa oli vuoden 2020 lopussa 8 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, vuonna 2000 osuus oli kymmenen prosenttia.⁶⁴ Vastaavalla ajanjaksolla 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvoi 61 prosenttia.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisissa palveluissa palveluvajetta

Covid-19-pandemian aikana vanhuspalveluihin syntyi palveluvajetta, kun palveluverkkoja muotoiltiin yleisesti ympärivuorokautisen hoidon paikkoja vähentämällä. Kehitystä on osin vauhdittanut ympärivuorokautisen hoidon lakisäätöisen henkilöstömitoituksen kiristyminen ja kansallisesti pahentunut pula koulutetuista hoitajista. Ympäri vuorokautisen hoidon palvelujen saatavuuden heikentyminen näkyi monilla alueilla niin, että yhä useampi odotti hoivapalveluihin pääsemistä. Toimintakäytännöt ympärivuorokautisessa hoidossa muuttuivat myös laitospaisempaan suuntaan.⁵¹ Ikääntyneiden kasvavasta määrästä johtuvaan palvelutarpeeseen vastaamiseksi monilla alueilla on panostettu yhä vahvemmin yhteisöllisten ja välimuotoisten asumis palvelujen kehittämiseen.

Ikääntyneiden palvelutarpeiden arvioinneissa yhä useammin viiveitä ja kotihoidon palvelujen saatavuus vaikeutunut

Ikääntyneiden kotihoitoa ja kotiin vietäviä palveluja on vahvistettu valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti koko maassa. Covid-19-pandemian pitkittyminen ja kasvava kotihoidon henkilöstöpula kuitenkin lisäsivät viiveitä palvelutarpeen arvioinneissa ja rajoittivat kotihoidon palvelujen saatavuutta.⁵¹ Samalla kotihoidon ja kotiin vietävien palvelujen kehittäminen hidastui monilla alueilla. Toisaalta pandemia vauhditti etäpalvelujen ja teknologian käyttöönottoa myös ikääntyneiden palveluissa. Iso osa iäkkäistä tarvitsee kuitenkin tukea ja opastusta näiden palvelujen käyttöön, ja toimintakykyrajoitteet saattavat vaikeuttaa etäpalvelujen käyttöä.⁶⁵

Ikääntyneiden palvelujen rakenteen keventämisen myötä on kotona asuvien asiakkaiden hoitoisuus kasvanut. Tämä on vauhdittanut osassa maata kotiin vietävien palvelujen ja akuuttipalvelujen kehittämistä. Ikääntyneiden hakeutumista päivystykseen on onnistuttu hillitsemään niin, että sote-ammattilaiset tekevät hoidon tarpeen arviointia asiakkaan kotona. Tätä toimintaa on vahvistettu muun muassa Päijät-Hämeessä ja Kymenlaaksossa^{66,67}. Ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitoa edistävät toimet ovat yleistyneet, ja esimerkiksi kotikuntoutusta on laajennettu maan eri alueilla. Toisaalta pandemian aikana monet toimintakykyä ylläpitävät toiminnot olivat keskeytettyinä ja vanhuspalveluja saavien liikkuminen ulkona oli vähäistä.⁵¹

Menetelmät ja laatuseloste

Arvioinnin tietopohja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatima asiantuntija-arvio perustuu sekä määrälliseen tietoon että laadulliseen aineistoon. Arvioinnin keskeisen tietopohjan muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien alueiden edustajien kanssa keväällä ja kesällä 2021 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 aluehallintovirastojen valvontahavaintoja sekä muita kansallisten viranomaisten laskelmia ja selvityksiä.

Vuoden 2020 hyvinvointialuekohtaisissa arvioissa tarkasteltiin palvelujen järjestämistä alueiden määrittelemissä ja sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamissa erityisteemoissa. Hyvinvointialueen kahden erityisteeman lisäksi arvioitiin alueen väestön palvelutarvetta, palvelujen järjestämisen nykytilaa ja kehityssuuntaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, rahoitusta ja investointeja. Lisäksi arvioihin koottiin alueen sote-tiedonhallinnan ja digitalisaation tilannekuva. Kaikkiin alueellisiin asiantuntija-arvioihin voi tutustua THL:n hyvinvointialueiden arvioinnin verkkosivuilla. Vuoden 2020 kansallinen sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntija-arvio kokoaa koko maata koskevan tilannekuvan väestön ja toimintaympäristön muutoksista, tiedonhallinnan ja digitalisaation tilasta, sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista, rahoituksesta ja investoinneista sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta. Kansallista tilannekuvaa taustoitetaan käyttämällä alueellisten asiantuntija-arvioiden havaintoja sekä koko maata koskevia tutkimuksia ja selvityksiä. Tilannekuvaa verrataan myös kansainvälisiin tietoihin soveltuvien osin.

Kansallinen KUVA-mittaristo ja Sotokuva-verkkopalvelu

KUVA-mittaristo on sosiaali- ja terveysministeriön sekä laajan asiantuntijajoukon yhteistyönä muodostama noin 500 indikaattorin kokonaisuus. Mittaristoa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon seurannassa, arvioinnissa ja ohjauksessa. KUVA-mittariston tarkoituksena on varmistaa STM:n ohjauksessa ja THL:n asiantuntija-arvioinnissa käytettävien tietojen yhdenmukaisuus, mikä on edellytys yhteisen tilannekuvan synnylle. KUVA-mittariston indikaattorit on ryhmitelty tehtäväkokonaisuuksiin ja ulottuvuuksiin; se tarjoaa tietoa muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä palvelutarpeesta, mutta myös palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. Mittariston ylläpitämisestä ja kehittämisestä vastaa STM:n asettama vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä (KUVA-ryhmä), joka koostuu ohjauksen, arvioinnin ja tilastoinnin asiantuntijoista sekä alueiden edustajista. Mittariston teknisestä tuottamisesta vastaa THL.

Sotokuva (entinen Tietoikkuna) on THL:n kehittämä ja ylläpitämä verkkopalvelu, jossa esitetään KUVA-mittaristoon sisältyvät indikaattorit hyvinvointialueittain. Verkkopalvelu poimii mittaristoon kuuluvat indikaattorit THL:n tilastopalvelu- ja indikaattoripankki Sotkanetistä avointa rajapintaa hyödyntäen. Sotokuva on suunnattu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän seuranta-, ohjaus- ja arviointityöhön osallistuville asiantuntijoille ja hyvinvointialueiden edustajille, mutta se on avoimesti käytettävissä kaikille KUVA-mittaristosta kiinnostuneille käyttäjille.

Verkkopalvelussa KUVA-mittaristosta on käytettävissä kaksi eri tietopohjaa, päivittyvä ja kiinnitetty. Ne vastaavat kahteen eri käyttötärpeeseen. Päivittyvässä tietopohjassa indikaattorit päivittyvät vapaasti vuoden mittaan ja mittariston indikaattoreista näkyvät aina tuoreimmat saatavilla olevat luvut. Kiinnitetyssä tietopohjassa mittariston indikaattorien päivittyminen on keskeytetty Sotekuvassa kuvaamaan THL:n asiantuntija-arvion laatimisen aloitusajankohdan tilannetta: indikaattoreista esitetään vuoden ajan ne luvut, jotka olivat käytettävissä tietopohjan kiinnittämisen hetkellä. Palvelu on saatavilla kolmella kielellä: suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi.

Tietopohjan avoimuus, saatavuus ja laatu

Arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Käytetyt indikaattoritiedot ovat puolestaan saatavissa THL:n Sotekuvasta (KUVA-mittaristo) ja Sotkanetistä (THL:n kaikki indikaattorit). 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.

Tavoitteena on, että arvioinnissa käytetyt indikaattoritiedot ovat luotettavia ja ajantasaisia. KUVA-mittariston tietojen ajantasaisuutta seurataan THL:ssä ajantasaisuusmittarin avulla. Kesäkuussa 2021, kun tietopohja kiinnitettiin, noin 70 prosenttia indikaattorien tiedoista oli vuodelta 2020 tai 2021, helmikuussa 2022 kansallisen arvion laatimishetkellä vastaava luku oli 80 prosenttia. Ajantasaisuutta seurattessa tulee huomioida, etteivät kaikki KUVA-indikaattorit päivitty vuosittain; useimmat kyselyaineistoihin perustuvat indikaattorit päivittyvät joka toinen vuosi. Vuosittain päivittyvien indikaattorien viivästyminen johtuu usein tietojen toimitusvaikeuksista.

Vuoden 2020 arvioinnissa kiinnitettiin 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 puutokset johtuvat sekä tietojen toimittamiseen että vastaanottoon liittyvistä vaikeuksista. Kyselytutkimuksiin perustuvissa indikaattoreissa vastausten kattavuudessa on aluekohtaisia rajoitteita. Sosiaalipalvelujen toimintatilaston luotettavuuteen puolestaan 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.

Käynnissä oleva kehittäminen

Tiedolla johtamista kehitetään ja tiedon tuotantoa uudistetaan käynnissä olevassa Toivo-ohjelmassa (Tiedolla johtaminen päätöksenteon ja palvelujen kehittämisen tukena). Ohjelman Virta-hankkeessa kehitetään hyvinvointialueiden tiedolla johtamista sekä määritellään alueellisen tilannekuvan yhdistävä ja kansallisesti vertailukelpoinen vähimmäistietosisältö. Valtava-hankkeessa kehitetään kansallisten viranomaisien tietotuotantoa. Hankkeessa kehitetään sosiaalihuollon rekisteriä, talous- ja henkilöstötiedonkeruuta, raportointia sekä ensihoidon, hoitoon pääsyn ja valvontatiedon tietotuotantoa monen muun ohella. Vuosina 2021–2023 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään Valtava-hankkeessa vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Osana hanketta on kehitetty KUVA-mittariston raportoinnin verkkopalvelua: vuoden 2022 alusta otettiin käyttöön uusi ja entistä monipuolisempi Sotekuva-verkkopalvelu.

Lisätietoa arvioinnista ja tietopohjasta: thl.fi/arviointi

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

Indikaattoriarvot Sotekuvassa: sotekuva.fi

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet: sotkanet.fi

Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

Väestö ja toimintaympäristö

1. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön ennakkotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-8381. Joulukuu 2021, Liitetaulukko 2. Väestömuutosten ennakkotietoja maakunnittain 2021 ja muutos vuoden 2020 lopullisiin tietoihin verrattuna, 1–4. neljännes. Helsinki: Tilastokeskus. [Verkkolähde](#) [viitattu: 4.3.2022]
2. Saamelaiskäräjät. Väestökisterikeskus. Saamelaisten lukumäärä vuoden 2019 Saamelaiskäräjien vaaleissa. [Verkkolähde](#)
3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2021. Suomi: Maan terveysprofiili 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [Verkkolähde](#)
4. Kestilä, L., Jokela, M., Härmä, V. & Rissanen, P. (toim.) 2021. COVID-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3. [Verkkolähde](#)
5. Aalto-Setälä, T., Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Kiviruusu, O. 2021. Pandemia ja nuorten mielenterveys – Kouluterveyskysely 2021. Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. [Verkkolähde](#)
6. Kuntaliitto. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen hallinto. Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestäminen 2021. [Verkkolähde](#)
7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sote-uudistus. Toimeenpanon organisoituminen. Tammikuun 2022 tilannekuva. [Verkkolähde](#)
8. STN IMPRO -tutkimusprojekti (2021). Puolet suomalaisista tavoittaa perusterveydenhuollon palvelut 20 minuutissa joukkoliikenteen avulla. [Verkkolähde](#)
9. Virtanen, A. (2021). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 47/2021. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2018. [Verkkolähde](#)
10. Peltonen, J. (2020). Työvoiman hankinta toimipaikoissa vuonna 2020. TEM-analyyseja 106/2021. [Verkkolähde](#)
11. Työ- ja elinkeinoministeriö. Katsaus sote-alan työvoimaan: Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. TEM toimialaraportit 2021:2. [Verkkolähde](#)
12. Työ- ja elinkeinoministeriö. Ammattibarometri: Työllistymisen näkymät eri ammateissa. II/2021. [Verkkolähde](#)
13. Keva. Kuntien työvoimaennuste 2030. Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. [Verkkolähde](#)
14. Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2021. [Verkkolähde](#)
15. Työterveyslaitos (2021). Työelämäntieto. Ensimmäisen koronavuoden sairauspoissaoloissa on kunta-alalla huomattavia eroja ammattiryhmien välillä. [Verkkolähde](#)
16. Kehusmaa, S. & Alastalo, H. (2022). Vanhuspalvelujen työvoimapula kärjistyy kotihoidossa – neljännes yksiköistä tekee joka viikko töitä riittämättömällä henkilöstöllä ja ylityöt ovat yleisiä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. [Verkkolähde](#)
17. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Muistio 18.6.2021. Valviran aluekohtainen valvontahavaintoraportti sen valtakunnalliseen tehtävään liittyen vuodelta 2020 THL:n sote-asiantuntija-arviointien tueksi.

18. Työ- ja elinkeinoministeriö. Pipa Turvanen. Sosiaali- ja terveysalan kansainvälisen rekrytoinnin kehittäminen. Kielitaito on yhteinen asia -webinaari 2.2.2022.
19. OECD (2021). Health at a Glance. OECD Indicators. [Verkkolähde](#)
20. Sosiaali- ja terveysministeriö (2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden ohjelma alkaa. Tiedote 321/2021. [Verkkolähde](#)

Tiedonhallinta ja digitalisaatio

21. Valtioneuvosto (2021) Hyvinvointialueiden viitearkkitehtuuri. [Verkkolähde](#)
22. Kuntaliitto. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien tilannekuva ja sen analyysi 2020. Loppuraportti 11.6.2020. [Verkkolähde](#)
23. Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 16.12.2021 § 55. [Verkkolähde](#)
24. POPsote-hanke. Laajan poliittisen ohjausryhmän kokouspöytäkirja 5.2.2021 kohta 4. [Verkkolähde](#)
25. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 15.10.21 § 7. [Verkkolähde](#)
26. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Valtuuston pöytäkirja 10.6.2021 § 19. [Verkkolähde](#)
27. Sosiaali- ja terveysministeriö (2014). Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategia. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. [Verkkolähde](#)
28. Sosiaali- ja terveysministeriö. Strategia 2030. Eheä yhteiskunta ja kestävä hyvinvointi. [Verkkolähde](#)
29. Omaolo.fi-palvelu. [Verkkolähde](#)
30. Sähköinen perhekeskus -projekti. [Verkkolähde](#)
31. Terveyskylä.fi-palvelu. [Verkkolähde](#)
32. Vehko T., Kyytsönen M., Jormanainen V., Hautala S., Saranto K., Vänskä J., Keränen N. & Reponen J. (2021). Kanta-palvelut terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa sekä väestön Omakannan käyttö. THL, Tutkimuksesta tiiviisti 67/2021. [Verkkolähde](#)
33. Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. THL:n seurantaraportti, viikot 47–48/2021, 8.12.2021. Jormanainen V., Helin A. & Sairanen T. Omakantaan kirjautumiset ennätyslukemissa. [Verkkolähde](#)
34. Kyytsönen M., Aalto A.-M. & Vehko T. (2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021. Väestön kokemukset. [Verkkolähde](#)
35. Parikka S., Koskela T., Ikonen J., Kilpeläinen H., Hedman L., Koskinen S. & Lounamaa A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. [Verkkolähde](#)
36. Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin. [Verkkolähde](#)
37. Kyrölä A. & Järvelin J. Tilastoraportti 35/2021, 14.10.2021. THL. Suomen virallinen tilasto, Somaattinen erikoissairaanhoito. [Verkkolähde](#)
38. Virtanen L., Kaihlanen A.-M., Kouvonen A., Safarov N., Laukka, Valkonen P. & Heponiemi T. Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi – 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi. Päätösten tueksi 1/2022. THL. [Verkkolähde](#)

Sosiaali- ja terveystalouden kustannukset, rahoitus ja investoinnit

39. Tilastokeskus (2021). Kuntatalous 2020. [Verkkolähde](#)
40. THL (2021a). Tarvevakioidut menot 2019. [Verkkolähde](#)
41. Kuntatyönantajat ry (2021). Tiedote 23.4.2021. Palkkojen yhteensovittaminen korkeimpaan tasoon vaarantaa sote-uudistuksen rahoituspohjan. [Verkkolähde](#)
42. Valtiovarainministeriö (2021a). Manner-Suomen kuntakonsernien, kuntien ja kuntayhtymien ennakkolliset tilinpäätökset vuonna 2020. [Verkkolähde](#)
43. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2021). Arviointikertomus 2020. [Verkkolähde](#)
44. Helsingin kaupunki (2022). Laakson yhteissairaala. [Verkkolähde](#)
45. Laki hyvinvointialueesta 611/2021. [Verkkolähde](#)
46. Kuntaliitto (2022). Kuntien ja kuntayhtymien tilinpäätösarviot 2021. [Verkkolähde](#)
47. THL (2020). Sote-rahoituksen tarvevakiointi. THL raportti 6/2020. [Verkkolähde](#)
48. Valtiovarainministeriö (2021b). Kuntien ja hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat. [Verkkolähde](#)
49. Valtiovarainministeriö (2022). Kuntien talousarviokyselyn 2022 tiedot on julkaistu. [Verkkolähde](#)

Sosiaali- ja terveystalouden saatavuus

50. Kestilä, L., Härmä V. & Rissanen, P. (toim.) (2020). COVID-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, syksy 2020. [Verkkolähde](#)
51. Kestilä, L., Jokela M., Härmä V. & Rissanen, P. (toim.) (2021). COVID-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. [Verkkolähde](#)
52. THL (2021a). Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2020. Koronaepidemia vähensi fyysisiä terveyskeskuskäyntejä – etäasiointi kasvoi lähes 21 prosenttia. Tilastoraportti 11/2021. [Verkkolähde](#)
53. Reissell, E., Lindberg, P. & Rissanen, P. (2022). Äitiys- ja lastenneuvolakäynnit. Palvelut ja etuudet. Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. [Verkkolähde](#) [luettu 6.3.2022]
54. Jormanainen, V. (2021). Palvelut. Äitiys- ja lastenneuvolakäynnit. Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. THL:n seurantaraportti, viikot 47–48 / 2021. [Verkkolähde](#)
55. THL (2022a). Terveystarkastusten ja muiden käyntien toteumat äitiys- ja lastenneuvolassa vuonna 2020 sekä kouluterveydenhuollossa lukuvuonna 2020–2021. Tilastoraportti 03/2022. [Verkkolähde](#)
56. Parikka, S., Koskela, T., Ikonen, J., Kilpeläinen, H., Hedman, L., Koskinen, S. & Lounamaa, A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. [Verkkolähde](#)
57. THL (2021b). Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisytyt vuonna 2020. Tilastoraportti 12/2021. [Verkkolähde](#)
58. Reissell, E. & Rissanen P. (2022). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuus. Palvelut ja etuudet. Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. [Verkkolähde](#)
59. Eriksson, P., Nelimarkka, S., Paasivirta, A., Tiili, A. & Yliruka, L. (2021a). Koronan vaikutukset lastensuojeluun - osa 2. THL, Tutkimuksesta tiiviisti 16/2021. [Verkkolähde](#)
60. Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. Honkatukia J. & Kestilä L. (2022). Väestön hyvinvointi, terveys ja elinolot. [Verkkolähde](#)
61. Korpela T. (2022). Etuuksien saajat vuonna 2021. Kela. [Verkkolähde](#)

62. Eronen, A., Hiilamo, H., Ilmarinen, K., Jokela, M., Karjalainen, P., Karvonen S., Kivipelto, M., Koponen, E., Leeman, L., Londén, P. & Saikku, P. (2020). Sosiaalibarometri 2020. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. [Verkkolähde](#)
63. Eronen, A., Hiilamo, H., Ilmarinen, K., Jokela, M., Karjalainen, P., Karvonen S., Kivipelto, M., Knop, J. & Londén, P. (2021). Sosiaalibarometri 2021. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. [Verkkolähde](#)
64. THL (2021c). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2020. Tilastoraportti 39/2021. [Verkkolähde](#)
65. Virtanen, L., Kaihlanen, A.-M., Kouvonen, A., Safarov, N., Laukka, E., Valkonen P. & Heponiemi T. (2022). Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi – 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päätösten tueksi 1/2022. [Verkkolähde](#)
66. THL (2022b). Sosiaali- ja terveystyöpalvelut Päijät-Hämeen hyvinvointialueella 2020. Päätösten tueksi 21/2021. [Verkkolähde](#)
67. THL (2022c). Sosiaali- ja terveystyöpalvelut Kymenlaakson hyvinvointialueella 2020. Päätösten tueksi 13/2021. [Verkkolähde](#)