

# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

**Sosiaali- ja  
terveydenhuollon  
järjestäminen  
Länsi-Uudenmaan  
hyvinvointialueella**

PÄÄTÖSTEN TUEKSI 12/2022



**Ordnande av social-  
och hälsovård i Västra  
Nylands välfärdsområde**

**Alueellinen  
asiantuntija-arvio,  
syksy 2022**



## Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä

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

### Asiantuntija-arvioita ovat laatineet seuraavat arviointipäälliköt:

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

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

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

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

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

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

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



Päätösten tueksi 12/2022

ISBN: 978-952-343-955-9 (verkko)

ISSN: 1799-3946 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-955-9>

# Sisällys

Lukijalle	4
Asiantuntija-arvio	5
Väestö ja palvelutarve	9
Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen	12
Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys	16
Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet	18
Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	22
Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus	28
Menetelmät ja laatuseloste	35
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	37

---

## Innehåll

Till läsaren	39
Expertutvärdering	40
Befolkning och servicebehov	44
Välfärdsområdets administrativa och funktionella uppbyggnad	47
Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet	51
Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder	53
Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet	57
Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering	63
Metoder och kvalitetsbeskrivning	70
Källor och bakgrundsmaterial som används i utvärderingen	72

# Lukijalle

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

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

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

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

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

Helsingissä 31.1.2023

**Nina Knape**  
Arviointijohtaja

**Tiina Hetemaa**  
Arviointipäällikkö

# Asiantuntija-arvio

## Palvelutarvetta lisäävät väestönkasvu ja väestön ikääntyminen

Länsi-Uudellamaalla asuu noin 480 000 asukasta. Hyvinvointialue on asukasluvultaan maan neljänneksi suurin. Väestömäärän ennustetaan kasvavan huomattavasti lähivuosina, ja myös ulkomaalaistaustaisten määrän kasvu jatkuu nopeana. Ruotsinkielisen ja ulkomaalaistaustaisen väestön osuudet ovat maan suurimpia. Sairastavuus on alueen nuorta ikärakennetta heijastaen verrattain pientä. Läkäreiden osuus on pieni, mutta myös heidän lukumääränsä kasvaa. Yhden vanhemman perheitä on vähän, mutta moni lapsiperhe saa pitkäaikaisesti toimeentulotukea. Pienituloisia kotitalouksia on vähän, mutta tuloerot ovat suuret. Työttömyys eri muodoissaan ei korostunut eivätkä työkyvyttömyyseläkkeet. Hoito- ja hoivavelan lisäksi palvelutarvetta lisäävät tulevana vuosina väestönkasvu, ikärakenteen muutos ja yhä monikulttuurisempi väestö.

## Länsi-Uusimaa on hyvinvointialueena vasta muotoutumassa

Hyvinvointialueen organisaatioon siirtyy kymmenen kunnan sosiaali- ja terveystoimet sekä Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos. Alueellisesti on ollut tuotettuna pelastuspalvelut ja sosiaali- ja kriisipäivystys. Yhteisten palvelujen järjestämistä vaikeuttaa suuri asiakas- ja potilastietojärjestelmien kirjo. Turvallisen siirtymän vuoksi terveysasemaverkosto ja sosiaali- ja terveystoimien palvelut säilyvät pääsääntöisesti uudistuksessa ennallaan, ja monituottajuus jatkuu. Palvelujen keskitettyä tuottamista suunnitellaan, ja uusia sote-keskuksia on valmistumassa.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue kuuluu erikoissairaanhoidon järjestämisessä HUS-yhtymään, jonne edelleen keskitetään erityispalveluja. HUS-järjestämissopimuksesta päätetään alkuvuodesta 2023.

## Organisaatiomuutos on suuri järjestäjien vähetessä yhteen

Hyvinvointialueen aluevaltuuston alaisuudessa toimivat aluehallitus, tarkastuslautakunta ja aluevaalilautakunta. Aluehallituksen alaisuudessa ovat yksilöasioiden jaosto, palvelut ja resurssit -lautakunta, tulevaisuus- ja kehittämislautakunta, valmius- ja turvallisuuslautakunta, HUS-ohjaus ja kansalliskielilautakunta. Vaikuttamistoimielimet ovat vanhus- ja vammaisneuvostot ja nuorisovaltuusto. Neuvottelutoimikunnat yhteensovittavat poliittisia näkemyksiä ennen aluevaltuuston ja aluehallituksen kokouksia.

Toiminta jakautuu viidelle palvelualueelle: ikääntyneiden palvelut, lasten, nuorten ja perheiden palvelut, yhteiset sosiaali- ja terveystoimien palvelut, vammaisneuvostot ja Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos. Neljää ensimmäistä johtavat palvelualuejohtajat ja pelastuslaitosta pelastusjohtaja. Heidän esihenkilönsä on hyvinvointialuejohtaja, ja hänen alaisiaan ovat myös konsernipalvelujen johtaja ja palvelutuotannon johtaja.

Hyvinvointialuestrategian linjauksissa ja päämäärissä keskeisiä asioita olivat asukkaiden hyvinvointi ja turvallisuus, palvelujen uudistaminen kestäväällä tavalla, hyvinvoiva ja haluttu työyhteisö sekä sujuva yhteistyö. Jokaisella osa-alueella on neljästä seitsemään valtuustokaudelle asetettua tavoitetta. Strategiatyö jatkuu palvelustrategian, pelastustoimien palvelutasopäätöksen ja strategian mittareiden valmistelulla vuoden 2023 aikana.

## **Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys haaste hyvinvointialueellekin**

Hyvinvointialueelle siirtyy lähes 9 000 työntekijää. Ruotsinkielisen henkilöstön saatavuus on alueella lisähaaste, mutta toisaalta erityisvastuu ruotsinkielisten palveluiden kehittämisen tuesta koko maassa on omiaan vahvistamaan ruotsin kielen asemaa alueella. Vuonna 2021 Covid-19-pandemian aiheuttamiin erityisjärjestelyihin kului merkittävästi työpanosta. Toimet palvelutarpeeseen vastaamiseksi olivat järjestäjäkohtaisia, esimerkiksi lisättiin vuokratyövoimaa ja tehostettiin rekrytointia, myös kansainvälistä.

Alueella on pulaa useista ammattilaisista. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden hankala rekrytointitilanne vaikeutti palvelutarpeen arviointien tekemistä määräajoissa. Alueen terveyskeskuksissa lääkärin tilanne vaihteli. Osassa terveyskeskuksia lääkärivajetta ei ollut lainkaan, mikä johtunee osin kuntien rekrytointien eroista.

Henkilöstömitoitusten ja hoitotakuun tiukennukset lisäävät painetta henkilöstön saamiseksi. Strategijassa on henkilöstötilannetta parantavia linjauksia ja toimintatapoja. Hyvinvointialueelle on esimerkiksi luotu yhteinen toimintamalli ja käytännöt kotihoidon ja kotisairaalan työnjaosta. Lisäksi sijaishankinnan ja varahenkilöstön järjestämistä sekä alueen yhteistä resurssipoolia selvitetään. Yhteistyötä ammattilaisia kouluttavien oppilaitosten kanssa tiivistetään. Alueelle luotiin myös lääkäreiden uravalmennuskonsepti lääkärirekrytointin tukemiseksi ja lääkärivakanssien täyttämiseksi.

## **Kansallisissa hankkeissa kuntien välinen yhteistyö tiivistyi ja loi hyvän pohjan hyvinvointialueen kehittämiseksi**

Hyvinvointialueen ja kuntien yhteistyössä on useita toimijoita, joten tilanne on haastavampi kuin monella muulla hyvinvointialueella. Toisaalta alueen kunnat ovat tehneet yhteistyötä palvelujen kehittämiseksi jo pitkään. Muutamien kuntien laajuisia kehittämishankkeita ja pilotoitteja on ollut useita. Lisäksi viime vuosina alueen kaikki kunnat ovat aktiivisesti olleet mukana kansallisissa hankkeissa, minkä ansiosta alueellinen yhteistyö sekä toimintatapojen ja johtamisen mallien yhtenäistyminen on edennyt. Lisäksi alueella on jo ollut yhteistyötä palvelutuotannossa, hankinnoissa ja kilpailutuksissa.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kokonaisuus tekee tiivistä yhteistyötä alueellisesti muun muassa varhaiskasvatuksen ja koulujen kanssa. Yhdyspintatyössä kiinnitetään erityistä huomiota hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä varhaiskasvatukseen ja oppilaitoksiin.

Ikääntyneiden palveluja on kehitetty monialaisesti ja moniammatillisesti. Toimivan ja katkeamattoman yhteistyön merkitys kuntiin jäävien toimintakyvyn ylläpitoa vahvistavien palvelujen kanssa on korostunut. Alueella on erinomaisia toimintamalleja erityisesti kuntien liikunta- ja kulttuuripalvelujen sekä järjestötoimijoiden kanssa. Toisaalta HYTE-työtä tehdään kunnissa hyvin eri tavoin. Myös tiivis yhteys järjestöihin puuttui, eikä alueella toiminut monialaista HYTE-työryhmää.

Terveysasemien tiimimallit tukevat monialaisuutta ja palvelujen yhteen toimivuutta lisäämällä moniammatillisuutta ja monialaisuutta tiimeissä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota lisättiin myös palvelupoluissa. Palveluja kehitettiin myös HUSin kanssa, ja reaaliaikainen etäkonsultaatio on käytössä lähes koko hyvinvointialueella.

Rakenneuudistushankkeessa vahvistettiin Uudenmaan tasolla tehtävää yhteistyötä muun muassa erikoissairaanhoidon toiminnan ja talouden strategisessa ohjaamisessa, digitaalisissa palveluissa ja HYTE-kokonaisuudessa. Yhteistyötä on myös erityispalvelujen kehittämisessä ja keskittämisessä. Uudenmaan viiden alueen sote-johtajilla on säännöllisiä yhteistyökokouksia sekä keskenään että yhdessä HUSin kanssa. Alueella on hyväksytty yhteistyösopimus, jonka päämääränä on edistää hyvinvointialueiden sekä Helsingin kaupungin välistä strategisen tason vuoropuhelua ja operatiivisen tason yhteistyötä. Yhteistyöalueen toimintaa ei ole vielä aloitettu.

## Valtuustokauden integraatiotavoitteet ovat moninaiset

Strategisen linjauksen mukaan alueella tehdään tiivistä moniammatillista yhteistyötä hyvinvointialueen sisällä ja kumppaneiden, kuten kuntien, HUS-yhtymän, järjestöjen ja yritysten, kanssa. Tavoitteena on luoda yhteistyömallit kuntien kanssa, erityisesti lasten ja nuorten palveluissa, työllisyyden edistämiseksi sekä maahanmuuttajapalveluissa. HUS-yhtymän yhteistyölle tehdään rakenteet ja asetetaan yhteisille palvelukokonaisuuksille tavoitteet. Kuntien ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa tehdään työtä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä ongelmien ennaltaehkäisemiseksi. Ruotsinkielisten sote-palvelujen kehittämiseksi luodaan suunnitelma yhdessä muiden kaksikielisten hyvinvointialueiden kanssa.

## Palvelujen ja toimintamallien yhdenmukaistaminen edistää asiakkaiden yhdenvertaisuutta

Alueella palvelujen järjestäminen on ollut hajautunutta ja palvelujen saatavuudessa oli haasteita erityisesti Covid-19-pandemian aiheuttaman hoitovelan ja henkilöstöpulan vuoksi. Vuonna 2020 alueen asukkaista usealla oli tyytymättömyyttä hammaslääkärin ja hoitajapalvelujen riittävyyteen. Toisaalta lokakuussa 2021 maan pienin osuus joutui odottamaan hammaslääkärin vastaanotolle pääsyä yli 21 päivää. Alueella ei aina pysytty lastensuojelun määräajoissa, ja myös toimeentulotukihakemusten käsittelyssä oli huomattavia eroja kuntien välillä.

Palvelujen saatavuuden, saavutettavuuden ja palvelukanavien osalta on alueella määritelty uudet toimintamallit palveluihin pääsyyn ja asiakkaaksi tuloon. Mahdollisesti uusi contact center -ratkaisu otetaan käyttöön. Perhekeskustoimintamallin kehittäminen ja laajentaminen on tärkeää palveluiden yhdistämisen ja palveluun pääsyn sujuvoittamisen kannalta. Sosiaalipalvelujen palvelukuvaukset etenivät, mutta palvelujen yhtenäistämistä on syytä jatkaa. Saatavuutta edistävät myös monialaiset sotetiimimallit, joita on otettu käyttöön osassa hyvinvointialuetta. Psykososiaalisten menetelmien saatavuus parani, ja Terapiat etulinjaan -hankkeen terapiakoordinaattorit aloittivat syksyllä 2021.

Alueen luoma Arvokas elämän loppuvaihe -konsepti lisää asiakkaiden yhdenvertaisuutta elämän loppuvaiheessa ja yhtenäistää palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Ikääntyneiden kuntoutuksen kehittäminen ja yhtenäistäminen etenivät myös. Liikkuva sairaala (LiSa) on käytössä Espoon iäkkäiden palveluissa.

Valtuustokauden tavoitteina ovat muun muassa matalan kynnyksen palvelujen vahvistaminen kaikissa ikäryhmissä sekä palveluihin pääsyn parantaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

## Investointisuunnitelmassa varaudutaan asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämiseen

Lähes kaikki alueen kunnat saavuttivat ylijäämäisen tuloksen valtion koronatukien ja verotulojen myönteisen kehityksen ansiosta. HUSin tammi-heinäkuun talouskatsauksen mukaan tilikauden 2022 alijäämäennuste on 136 miljoonaa euroa. HUS-yhtymän menot rahoitetaan Länsi-Uudenmaan osalta alueen valtiolta saamasta hyvinvointialueiden rahoituksesta. HUS-yhtymän lainanottovaltuus vuodelle 2023 on noin 1,3 miljardia euroa lisälainanottovaltuuden anomisen jälkeen.

HUSille on myönnetty poikkeuslupa Jorvin sairaalan uudisrakennushankkeeseen (232 milj. euroa) ja Raaseporin kaupungille asumispalveluyksikön investointiin (9,2 milj. euroa). Etelä-Suomen yhteistyöalueella investointeja on käyty läpi HUSin johdolla, eikä käsittelyssä todettu päällekkäisiä hankintoja.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen investointisuunnitelma suunnitelmakaudelle 2023–2027 on yhteensä 314 miljoonaa euroa. Omaan taseeseen toteutettavien investointien pääpaino on asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämiseksi ja ensikertaisessa kalustamisessa, johon kuuluvat terveydenhuollon laitteet ja koneet. Alue ei ole rakennuttamassa toimitiloja omaan taseeseen vaan toimii pääosin vuokratoissa.

Vuonna 2020 alueen sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettomenot olivat 15 prosenttia keskimääräistä pienemmät. Alueen palvelutarve oli 16 prosenttia pienempi ja palvelutarpeeseen suhteutetut sote-menot 2 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin.

Valtiovarainministeriön syyskuun 2022 rahoituslaskelmien mukaan Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen kokonaisrahoitus on 1 637 miljoonaa euroa. Alueen väestön arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve vuodelle 2023 on alle maan keskitason, mikä näkyy myös alueen rahoituksessa. Valtion rahoitus säilyy ensi vaiheessa entisellä tasolla, koska siirtymätasaus tasaa siirtyvien kustannusten ja laskennallisen rahoituksen eroa. Rahoituksen tulevan kiristymisen takia kustannustehokkaiden palvelujen järjestäminen on entistä tärkeämpää.



## Väestö ja palvelutarve

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue on asukasluvultaan maan neljänneksi suurin sosiaali- ja terveystalouden järjestäjä. Alueella oli vuoden 2021 lopussa noin 479 000 asukasta. Myös väestötiheys on maan neljänneksi suurin (taulukko 1). Väestö on keskittynyt voimakkaasti Espoon seudulle. Väestömuutokset ovat ennusteiden mukaan maan suurimpia. Väestömäärä kasvaa vuodesta 2021 vuoteen 2030 lähes 7 prosenttia ja vuoteen 2040 ulottuvassa ennusteessa lähes 12 prosenttia.

Väestö on muuhun maahan verrattuna nuorta. Alle 18-vuotiaiden osuus väestöstä on maan suurimpia ja samoin työikäisten osuus. Yli 75-vuotiaiden väestöosuus on maan pienimpien joukossa, mutta kasvaa nopeasti vuoteen 2030 mennessä muun maan tavoin. Ruotsinkielisen ja ulkomaalaistaustaisen väestön osuudet alueen väestöstä ovat maan suurimpia. Asukkaista 12 prosenttia puhuu äidinkielenään ruotsia ja 15 prosenttia muuta kuin suomea tai ruotsia.

Työttömiä ja vaikeasti työllistyviä on maan keskiarvoa vähemmän, ja nuorisotyöttömyys on maan pienimpiä. Pitkäaikaistyöttömyys on maan keskitasoa; se on yleistynyt selvästi Covid-19-pandemiaa edeltävään aikaan verrattuna, kuten koko maassa.

Pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien osuus alueen väestöstä on maan pienimpien joukossa, mutta asuntokuntien väliset tuloerot ovat alueella maan toiseksi suurimmat. Monet lapsiperheet saivat pitkäaikaisesti toimeentulotukea. Lapsiperheistä yhden vanhemman perheitä on kuitenkin vähemmän kuin maassa keskimäärin.

THL:n ikävakiomattoman sairastavuusindeksin (2017–2019) mukaan sairastavuus on Länsi-Uudellamaalla selvästi keskimääräistä vähäisempää. Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus työikäisestä väestöstä on alueella maan pienimpiä. Menetettyjä elinvuosia mittaava PYLL-indeksi on maan pienimpiä (kuvio 1).

Alueen oman arvion mukaan palvelutarvetta lisää koronapandemian aiheuttama hoitovelka, esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluja tarvitaan aiempaa enemmän. Lisäksi väestö- ja ikärakenteen muutos lisää palvelutarvetta lähivuosina. Yhä monikulttuurisempi väestö ja yli 75-vuotiaiden määrän kasvu tulee ottaa huomioon palvelutarjonnassa.

Taulukko 1. Perustietoja alueen väestöstä

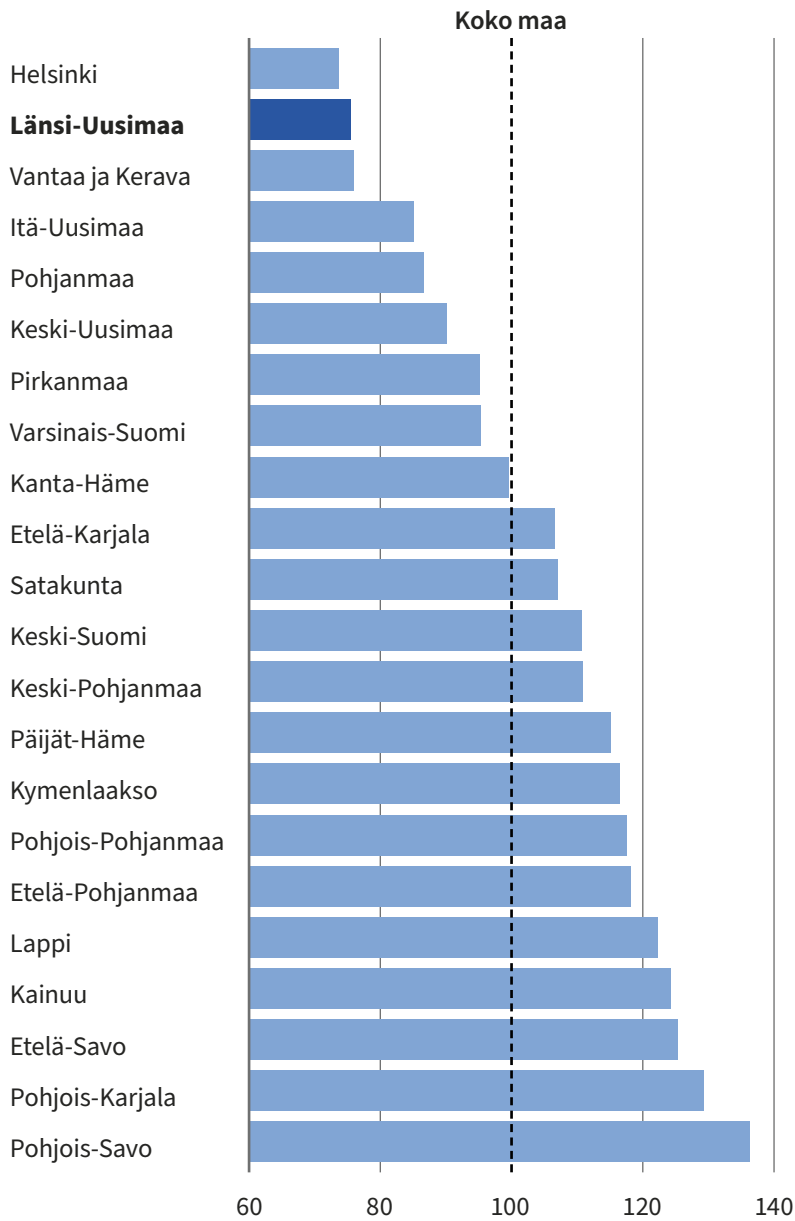
	Helsinki	Itä-Uusimaa	Keski-Uusimaa	Länsi-Uusimaa	Vantaa ja Kerava	Etelä-Karjala	Kymenlaakso	Päijät-Häme	Koko maa (vaihteluväli)
<b>Väestörakenne</b>									
Väestö 31.12.	658 457	99 073	201 854	478 919	276 438	126 107	161 391	205 124	5 548 241 (67 915–658 457)
Väestöennuste 2030	703 540	101 592	210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

\* 2020

\*\*2017–2019

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

Kuvio 1. THL:n ikävakioidun sairastavuusindeksi



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

# Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen perustuvat muun muassa lakiin hyvinvointialueesta.<sup>1</sup> Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla määrittää joistain asioista muista hyvinvointialueista poiketen.<sup>2</sup> Aluevaltuusto on hyväksynyt hyvinvointialueen hallintosäännön, joka sisältää määräykset hallinnon ja toiminnan järjestämisestä, päätöksenteko- ja hallintomenettelyistä sekä kielellisten oikeuksien toteuttamisesta.<sup>3</sup> Hyvinvointialuetta johdetaan hyvinvointialuestrategian mukaisesti, ja sen pohjalta alue toteuttaa myös palveluverkkosuunnitelmaa. Hyvinvointialuestrategiassa linjataan alueen palvelujen järjestäminen ja tuottaminen.<sup>4</sup>

Hyvinvointialue on kaksikielinen. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain mukaan kaksikielisten hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien toteuttamisen turvaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Varsinais-Suomen hyvinvointialue vastaa kyseisen yhteistyösopimuksen laatimisen koordinoimisesta. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue on saanut erityistehtävän tukea ruotsinkielisten sote-palvelujen kehittämistä.<sup>4</sup>

## Uudellamaalla rakenne poikkeaa muista hyvinvointialueista

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut, pelastustoimen palvelut sekä opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelut 1.1.2023 alkaen Espoon, Hangon, Inkoon, Karkkilan, Kauniaisten, Kirkkonummen, Lohjan, Raaseporin, Siuntion ja Vihdin asukkaille. Hyvinvointialueen perustaminen ei suoranaisesti vaikuta pelastustoimen eikä sosiaali- ja kriisipäivystyksen palveluihin, sillä Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos on ollut toiminnassa jo vuodesta 2004 ja yhteinen Länsi-Uudenmaan sosiaali- ja kriisipäivystys vuodesta 2019.

Uudellamaalla erikoissairaanhoidon järjestäminen poikkeaa muista hyvinvointialueista. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue kuuluu HUS-yhtymään erikoissairaanhoidon järjestämiseksi. Nykyisen 24 kunnan muodostaman HUS-kuntayhtymän tilalle perustettiin Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden välisellä perussopimuksella uusi hyvinvointiyhtymä, HUS-yhtymä.<sup>5</sup> HUS-järjestämissopimuksessa Helsingin kaupunki, Uudenmaan hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä sopivat keskinäisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi sikäli kun niistä ei ole laissa erikseen säädetty.<sup>2</sup> HUS-järjestämissopimuksen valmistelu on käynnissä, ja siitä päätetään alkuvuodesta 2023.

Uudellamaalla sekä Etevan että Kårkullan kehitysvammaisten erityispalvelut, kuten erityisosaamista vaativa kehitysvammapsykiatria, neurologia ja perinnöllisyyslääketiede, esitetään säilytettäväksi hyvinvointialueuudistuksessa yhtenä kokonaisuutena ja keskitettäväksi HUS-yhtymälle 1.1.2023 lukien. Hyvinvointialue järjestäisi perustason erityispalvelut ja perusterveydenhuollon palvelut, joita HUS-yhtymä tukee ja täydentää konsultaatio- ja arviointipalveluilla.<sup>6</sup>

## Toimielin- ja henkilöstöorganisaatio

Hyvinvointialueen organisaatioon siirtyy kymmenen kunnan sosiaali- ja terveystoimet sekä Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos. Hyvinvointialueen luottamuselimiä ovat aluevaltuusto, aluehallitus, kuusi lautakuntaa, yksi jaosto, yksi toimikunta ja kolme vaikuttamistoimielintä (kuvio 2).

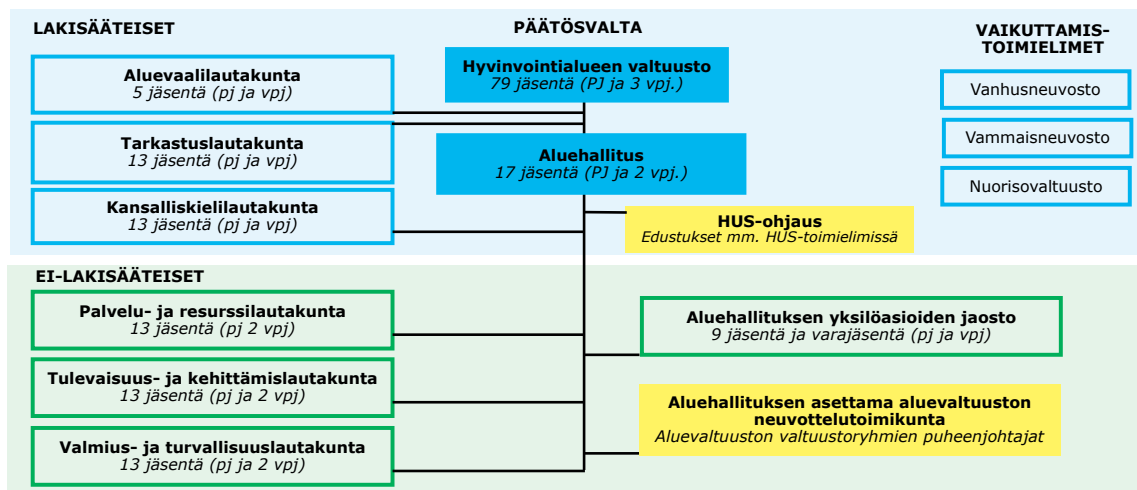
Aluevaltuuston alaisuudessa toimivat aluehallitus, tarkastuslautakunta ja aluevaalilautakunta. Aluehallituksen alaisuudessa toimivat kansalliskielilautakunta, aluehallituksen yksilöasioiden jaosto, palvelut ja resurssit -lautakunta, tulevaisuus- ja kehittämislautakunta, valmius- ja turvallisuuslautakunta sekä HUS-ohjaus. Aluehallituksen asettama aluevaltuuston neuvottelutoimikunta yhteensovittaa poliittisia näkemyksiä ennen aluevaltuuston kokouksia. Samoin tekee aluehallituksen neuvottelutoimikunta ennen aluehallituksen kokouksia. Lakisääteisiä vaikuttamistoimielimiä ovat vanhus- ja vammaisneuvostot ja nuorisovaltuusto.<sup>3</sup>

Kaksikielisellä hyvinvointialueella tulee olla kansalliskielilautakunta, jonka jäseniksi valitaan hyvinvointialueen kielivähemmistöön kuuluvia henkilöitä. Kansalliskielilautakunnan puheenjohtajalla on läsnäolo- ja puheoikeus aluehallituksessa.<sup>1</sup>

Integraatiotavoitteen toteutuminen on palvelut ja resurssit -lautakunnan strategisena vastuualueena. Tulevaisuus- ja kehittämislautakunnan strategisena vastuualueena on käsitellä ja linjata muun muassa tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa sekä seurata ja arvioida hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, yhteistyötä kuntien kanssa sekä alueen demografista kehitystä. Valmius- ja turvallisuuslautakunta seuraa ja arvioi hyvinvointialueen riskienhallintaa, pelastustoimea sekä palvelujärjestelmän toimivuutta turvallisuuskäytännöistä.<sup>3</sup>

## Kuvio 2. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen luottamustoimielinorganisaatio.

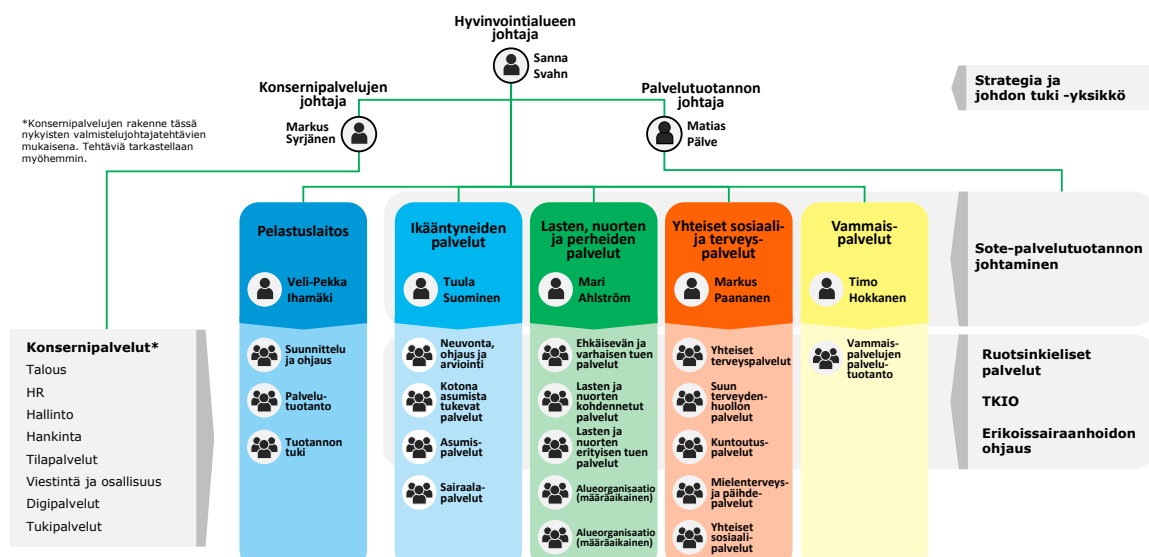
Aluevaltuuston päätös 7.3.2022 (Hallintosääntö I)



▲ Kuviossa esitetään Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen luottamustoimielinorganisaation rakenne. Hyvinvointialueelta saatu kuvio.

Toiminta jakautuu viidelle palvelualueelle: ikääntyneiden palvelut, lasten, nuorten ja perheiden palvelut, yhteiset sosiaali- ja terveyspalvelut, vammaispalvelut ja Länsi-Uudenmaan pelastuslaitos (kuvio 3). Neljää ensimmäistä johtavat palvelualuejohtajat ja pelastuslaitosta pelastusjohtaja. Heidän esihenkilönään on hyvinvointialuejohtaja, ja hänen alaisiaan ovat myös konsernipalvelujen johtaja ja palvelutuotannon johtaja.<sup>3</sup>

Kuvio 3. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen henkilöstöorganisaatio.



▲ Kuviossa esitetään Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen henkilöstöorganisaatio- ja johtamisrakenne. Hyvinvointialueelta saatu kuvio.

## Hyvinvointialuestrategian valmistelu oli osallistavaa

Aluehallitus käynnisti hyvinvointialueen strategian muodostamisen toimintaympäristöanalyysillä. Hyvinvointialueen identiteetin sekä arvopohjan määrittelyyn otettiin mukaan henkilöstö, asukkaat, järjestöt, yritykset, kunnat ja muut sidosryhmät. Työpajoissa ja verkko-työskentelyssä paneuduttiin toimintaympäristön muutoksiin, hyvinvointialueen vahvuuksiin, turvallisen siirtymän varmistamiseen ja toiminnan arvoihin. Strategiaa valmisteltiin myös kuntien ja kuntayhtymien sekä pelastuslaitoksen muodostamassa ryhmässä, useissa valmisteluhenkilöstön kokouksissa, yhteistoimintaelimen kokouksissa ja henkilöstölle suunnatuilla foorumeilla. Strategialuonnos esiteltiin aluehallitukselle ja aluevaltuuston neuvottelutoimikunnalle, joka jatkoi luonnoksen käsittelyä.<sup>7</sup>

Lokakuussa aluevaltuusto hyväksyi strategian ja samalla strategiset painopisteet sekä keskeiset pitkän aikavälin tavoitteet, joiden pohjalta laaditaan talousarvio ja vuositason tavoitteet. Strategiatyö jatkuu palvelustrategian ja pelastustoimen palvelutasopäätöksen sekä strategian mittareiden valmistelulla vuoden 2023 aikana. Näissä tarkennetaan, miten palvelut järjestetään ja tuotetaan.<sup>8</sup>

## Hyvinvointialueen arvot ovat ”asiakslähtöisesti, yhdenvertaisesti ja vastuullisesti”

Hyvinvointialueen strategiset linjaukset ja päämäärät ovat seuraavat: 1) Edistämme asukkaidemme hyvinvointia ja turvallisuutta. 2) Järjestämme ja uudistamme palveluja kestäväällä tavalla. 3) Teemme yhdessä hyvinvoivan ja halutun työyhteisön. 4) Saavutamme parhaat tulokset sujuvalla yhteistyöllä. Jokaisella osa-alueella on neljästä seitsemään valtuustokaudelle asetettua tavoitetta, yhteensä niitä on 22.<sup>9</sup>

## Palvelut ja palveluverkko pysyvät pääsääntöisesti ennallaan

Avosairaanhoidon ja avokuntoutuksen palvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut jatkuvat ja toimivat vuoden 2023 alussa samoin kuin vuonna 2022. Hyvinvointialueella on tarkoitus tarjota jatkossa enemmän liikkuvia palveluja. Palveluja tuottavat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat jatkossakin. Yksityisen palvelutuotannon osuus säilyy ainakin alkuvaiheessa ennallaan, osa kilpailutetaan uudelleen vuoden 2023 alkuun mennessä.

Lähtökohtaisesti nykyinen terveysasemaverkosto säilytetään. Vuonna 2024 valmistuu Inkoon ja Siuntion uudet sote-keskukset sekä Espoon uudet perhe- ja terveyskeskukset.<sup>10</sup> Perhekeskusten toiminnalliset alueet on alustavasti määritelty kuudeksi perhekeskusalueeksi.<sup>11</sup> HUSin sairaalat tuottavat erikoissairaanhoidon palvelut sekä virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen uudistuksen jälkeenkin.

Hyvinvointialueella suunnitellaan joidenkin palvelujen tuottamista keskitetysti. Tällaisia ovat esimerkiksi virka-ajan ulkopuolinen vastaanotto toiminta, tartuntatauti torjunta, lääkinällinen kuntoutus, digitaaliset palvelut ja liikkuvat palvelut, etävastaanotot, erikoishammaslääkäritasoiset palvelut ja yritysten laakisääteinen työterveyshuolto. Yhteisten sosiaalipalvelujen osalta sosiaali- ja kriisipäivystys toimii jo koko alueella.<sup>11</sup>

Hyvinvointialue haluaa olla edelläkävijä digitaalisten sovellusten ja teknologian hyödyntämisessä. Vuonna 2023 laaditaan digipalvelujen tiekartta. Osana palvelustrategian toimeenpanoa käynnistetään hyvinvointialueen toimitilasuunnittelu, joka tukee palvelustrategian tavoitteita ja edistää talouden tasapainottamista.<sup>9</sup>

## Palvelujen yhtenäistämistä on edistetty kansallisissa hankkeissa

Kansallisissa hankkeissa yhteistyö kuntien välillä tiivistyi, ja tämä loi hyvän pohjan hyvinvointialueen kehittämiseksi. Rakenneuudistushankkeen ja Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeen sidokset olivat alueella tiiviit ja tavoitteet yhteneväiset eli alueellisen yhteistyön, toimintatapojen ja johtamisen mallien yhtenäistyminen.<sup>12,13</sup> Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuntien vastuulla ja toteutettavana vuodenvaihteeseen saakka. Toiminnan yhteensovittaminen ja esimerkiksi työtehtävien harmonisointi tapahtuvat valmisteluhankkeessa siirtymävaiheen molemmin puolin. Edelleen jatkuvassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa on kehitetty useita toimintamalleja ja edistetty palvelujen yhtenäistämistä. Alueella on saatu hyviä kokemuksia esimerkiksi tiimiterveysasemamallista, ja toimintamallia on tarkoitus levittää hyvinvointialueen sisällä.<sup>13</sup> Lisäksi ikääntyneiden palveluissa on yhtenäistetty kriteerejä ja luotu yhteisiä palveluja ja toimintatapoja, ja ikääntyneiden kotiin vietäviä palveluja kehitetään pyrkien vastaamaan olemassa oleviin ja tulevaisuuden haasteisiin.<sup>14</sup>

Vuonna 2022 kunnat järjestivät apuvälinepalvelut; osa kunnista tuotti ne itse ja osa oli ulkoistanut ne HUSille. Hyvinvointialue järjestää nämä palvelut jatkossa yhtenäisellä tavalla, joko omana toimintana tai HUSin kautta. Asia oli selvityksessä. Myös omaishoidon palkkioiden tuleva taso oli päättämättä. Aluevaltuusto ja aluehallitus päättävät niistä aikanaan.

# Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

## Työnantaja muuttuu vuodenvaihteessa 2022–2023

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelle siirtyy vuoden 2023 alussa alueen kunnista ja kuntayhtymistä lähes 9 000 sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen työntekijää, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kuraattoria ja psykologia sekä tukipalveluhenkilöstöä. Tässä ovat mukana myös Etevan ja Kårkullan erityishuoltoapiirien siirtyvät työntekijät. Noin 400 siirtyy pelastustoimesta. Eniten eli noin 4 950 työntekijää siirtyy hyvinvointialueelle Espoon kaupungista.<sup>15</sup>

Covid-19-pandemia vaikutti edelleen vuonna 2021 monin tavoin alueen sosiaali- ja terveystalouden järjestäjien henkilöstötilanteeseen; esimerkiksi Espoossa peruspalveluihin rekrytoitiin määräaikaista henkilöstöä.<sup>16</sup> Työpanosta kului merkittävästi pandemian aiheuttamiin erityisjärjestelyihin sen lisäksi, että vuoden aikana myös rokotustoiminnan käynnistyminen oli iso ponnistus.<sup>16</sup> Valvontaviranomainen totesi myös, että Covid-19-pandemiaan liittyvä testaus- ja jäljitystoiminta sekä koronapotilaiden määrä kuormittivat toimintaa vuoden 2021 aikana huomattavasti.<sup>17</sup>

## Henkilöstön saatavuus on vaikeutunut useissa ammattiryhmissä

Lääkäriliitto selvitti terveyskeskusten lääkäritilannetta lokakuussa 2021. Kokonaan hoitamatta olevien lääkärintehtävien osuus kaikista lääkärintehtävistä kasvoi hieman edellisvuodesta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella lääkärintehtävistä oli hoitamatta 10,5 prosenttia ja koko maassa 7,4 prosenttia.<sup>18</sup> Länsi-Uudenmaan terveyskeskuksissa tilanne vaihteli, ja osassa lääkärivajetta ei ollut lainkaan.<sup>19</sup>

Ruotsinkielisen henkilöstön saatavuus on lisähaaste. Hyvinvointialueella on erityisvastuu ruotsinkielisten palveluiden kehittämisen tuesta koko maassa, mikä on omiaan vahvistamaan ruotsin kielen asemaa alueella.<sup>20</sup>

Ammattibarometri kertoo työ- ja elinkeinotoimistojen näkemyksen keskeisten ammattien kehitysnäkymistä lähitulevaisuudessa. Uudenmaan alueella oli syksyllä 2022 paljon pulaa yleislääkäreistä, yli- ja erikoislääkäreistä, hammaslääkäreistä, kuulontutkijoista ja puheterapeuteista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista sekä lähihoitajista. Hieman vähemmän pulaa oli ylihoitajista ja osastonhoitajista, psykologeista, suuhygienisteistä ja sosiaalialan ohjaajista ja neuvojista. Vain muutamien ammattiryhmien, kuten fysioterapeuttien, farmaseuttien ja sairaankuljetuksen ensihoitajien, kysyntä ja tarjonta olivat ammattibarometrin mukaan tasapainossa.<sup>21</sup>

## Toimintoja jouduttiin supistamaan henkilöstöpulan vuoksi

Espoon kaupungilla oli erityisiä vaikeuksia rekrytoida lääkäreitä, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, kotihoidon lähihoitajia ja sairaanhoitajia.<sup>16</sup> Espoon lastenpsykiatrisessa yksikössä oli merkittävä henkilöstöpula, jonka vuoksi yksikkö ei voinut ottaa uusia asiakkaita vastaan.<sup>16,17</sup> Sosiaalityöntekijöiden hankala rekrytointitilanne vaikeutti palvelutarpeen arviointien tekemistä määräajoissa.<sup>16,17</sup> Valvontaviranomainen totesi, että sijaishuoltoyksikön sosiaali- ja terveydenhuollon soveltuvan korkeakoulututkinnon suorittaneiden työntekijöiden saatavuudessa oli haasteita. Alueella erään lastensuojeluyksikön pitkäaikaisen henkilöstöpulan vuoksi jouduttiin sulkemaan yksikön toinen asuinyksikkö, koska työntekijöitä ei ollut rekrytoinnista huolimatta saatu.<sup>17</sup>



Lisäksi koko Etelä-Suomen alueella oli yhteensä 90 toimintayksikköä, jossa ei ollut pystytty täyttämään vanhuspalvelulain mukaista vähimmäishenkilöstömitoitusta; tietoa ei ole erikseen hyvinvointialueittain. Länsi-Uudenmaan asumispalveluissa havaittiin henkilöstön määrään ja rakenteeseen liittyviä haasteita. Henkilöstömitoituksen lisäksi kotihoidon henkilöstön osaamisessa ja koulutuksessa on ollut puutteita.<sup>17</sup>

## Työvoiman saatavuus jatkossakin haaste

Eläköityminen on maan vähäisintä Uudellamaalla, mutta Kevan ennusteen (2020–2025) mukaan Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen henkilöstöstä yhdeksän prosenttia siirtyy vanhuuseläkkeelle viiden vuoden aikana. Kevan vuoteen 2030 ulottuvan kuntasektorin työvoimaennusteen mukaan henkilöstövajausta on Uudellamaalla useiden sote-ammattiryhmissä, kuten koko maassa.<sup>22</sup>

Keskeiset henkilöstötarvetta kasvattavat lakimuutokset ovat vanhuspalvelulain henkilöstömitoituksen asteittainen nostaminen tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa sekä lastensuojelun sosiaalityöntekijän enimmäisasiakasmäärän pienentäminen asteittain vuoteen 2024 mennessä.

Kotihoidon henkilöstöpulan helpottamiseksi vuokratyövoiman määrää lisättiin Espoossa. Lisäksi rekrytointitoimenpiteitä tehostettiin ottamalla käyttöön muun muassa jatkuva rekrytointi, mutta hakijoita oli edelleen niukasti. Työvoiman saatavuuden parantamiseksi käynnistettiin filippiiniläisten hoitajien rekrytointipilotti.<sup>16</sup> Lääkäreikärytöinnin tukemiseksi ja lääkärivakanssien täyttämiseksi aloitettiin projekti, jossa luotiin lääkäreiden uravalmennuskonsepti.<sup>16</sup>

Menossa olevassa Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut -hankkeessa luodaan hyvinvointialueen yhteinen malli kotiin vietävien palvelujen henkilöstörakenteelle ja malli henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi. Tavoitteena on luoda yhteinen toimintamalli ja käytännöt hyvinvointialueelle kotihoidon ja kotisairaalan työnjaosta. Lisäksi selvitetään sijaishankinnan ja varahenkilöstön järjestäminen sekä mahdollisuus alueen yhteiseen resurssipooliin ja keskitettyyn työnjakoon. Myös teknologiset ratkaisut kartoitetaan.<sup>23</sup>

## Hyvinvointialueen strategiassa henkilöstön tärkeys nousee esiin

Strategiassa on lueteltu useita henkilöstötilannetta parantavia linjauksia ja toimintatapoja: ”Huolehdimme yhdessä työhyvinvoinnista ja arvostamme henkilöstömme osaamista. Varmistamme palvelujen laadun riittävällä resursoinnilla ja työntekijöidemme osaamista kehittämällä. Edistämme työyhteisöä palvelevaa johtamiskulttuuria.”<sup>24</sup>

Näitä linjauksia ovat tukemassa seuraavat valtuustokauden tavoitteet: ”Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueesta kehittyy veto- ja pitovoimaltaan kilpailukykyinen työyhteisö. Työvoiman saatavuutta parannetaan esimerkiksi hyödyntämällä aktiivisesti kansainvälistä rekrytointia ja tiivistämällä yhteistyötä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia kouluttavien oppilaitosten kanssa. Kehitämme suunnitelmallisesti yhteistä, osallistavaa ja valmentavaa työskulttuuria. Panostamme työntekijöidemme osaamisen kehittämiseen ja työhyvinvointiin.”<sup>24</sup>

# Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

## Lainsäädäntö ja kansalliset tavoitteet

Hyvinvointialueella on vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi.<sup>25</sup> Hyvinvointialueilta edellytetään, että ne muun muassa tunnistavat yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevat asiakasryhmät, määrittelevät palveluketjut ja palvelukokonaisuudet, yhteensovittavat palveluja hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa ja huolehtivat asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Lisäksi hyvinvointialueen on sovitettava palvelujaan yhteen kunnallisten ja valtion palvelujen kanssa ja edistettävä palvelujen yhteensovittamista muiden toimijoiden tarjoamien palvelujen kanssa.<sup>25</sup>

## Hyvät toimintamallit ja paikalliset yhteistyösuhteet tulee säilyttää ja niitä tulee vahvistaa

Länsi-Uusimaa on alueena pirstaleinen ja vasta muotoutumassa hyvinvointialueeksi. Yhteistyössä hyvinvointialueen ja kuntien kanssa on useita toimijoita, joten tilanne on ollut haastavampi kuin monella muulla hyvinvointialueella. Toisaalta alueen kunnat ovat tehneet yhteistyötä palvelujen kehittämiseksi jo pitkään. Muutamien kunnan laajuisia kehittämishankkeita ja pilotointoja on ollut useita. Lisäksi viime vuosina alueen kaikki kunnat ovat aktiivisesti olleet mukana sekä rakenneuudistushankkeessa että Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa, minkä ansiosta alueellinen yhteistyö sekä toimintatapojen ja johtamisen mallien yhtenäistyminen on edennyt.<sup>26,27</sup>

Alueella on tehty yhteistyötä myös palvelutuotannossa, hankinnoissa ja kilpailutuksissa. Espoo on tuottanut matalan kynnyksen sosiaali- ja kriisipäivystyspalvelut koko alueelle. Siuntio ja naapurikunnat kilpailuttivat sosiaalihuollon ja lastensuojelun avopalvelut yhdessä, ja Länsi-Uudenmaan kuntien yhteistyönä toteutettiin tehostetun palveluasumisen hankinta vuonna 2020.<sup>28</sup>

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kokonaisuus tekee tiivistä yhteistyötä alueellisesti muun muassa varhaiskasvatukseen ja koulujen kanssa. Opiskeluhuollon psykologien ja kuraattorien siirtymistä hallinnollisesti hyvinvointialueelle on valmisteltu, mutta toiminta jatkuu oppilaitoksissa ja yhteistyötä muun opiskeluhuollon henkilöstön kanssa tiivistetään. Panostetaan sekä yhteisölliseen työhön että palveluketjujen kehittämiseen muun sote-toiminnan kanssa.<sup>29</sup> Yhdyspintatyössä kiinnitetään erityistä huomiota hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä varhaiskasvatukseen ja oppilaitoksiin.

Useassa alueen kunnassa ikääntyneiden palveluja on kehitetty monialaisesti ja moniammatillisesti. Toimivan ja katkeamattoman yhteistyön merkitys kuntiin jäävien toimintakyvyn ylläpitoa vahvistavien palvelujen kanssa on korostunut. Alueella on erinomaisia toimintamalleja erityisesti kuntien liikunta- ja kulttuuripalvelujen sekä järjestötoimijoiden kanssa. Tiivis yhteistyö erityisesti kuntoutuspalvelujen, mutta myös muiden palvelukokonaisuuksien kanssa on palvelujen kehittämisen onnistumisessa tärkeää.<sup>29</sup>

Valvontaviranomaisen mukaan HYTE-työtä tehtiin kunnissa hyvin eri tavoin; kaikilla ei esimerkiksi ollut hyvinvointikoordinaattoreita ja jollain niitä oli useita. Alueella ei vielä toiminut monialaista HYTE-työryhmää ja tiivis yhteys järjestöihin puuttui. Yhteistyö järjestöjen kanssa ei ollut vielä keväällä 2021 käynnistynyt, eikä yhteisiä hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimintamalleja ja yhdyspintoja sosiaali- ja terveystoimen ja muiden toimijoiden välillä ollut käytössä.<sup>30</sup>

## Yhteistyö Uudellamaalla

Covid-19-pandemian aikana yhteistoiminta lisääntyi, sillä Uudenmaan alueellinen koronakoordinaatioryhmä, pääkaupunkiseudun koronakoordinaatioryhmä sekä pääkaupunkiseudun ulkopuolisten HUS-alueen kuntien tilannekuvaryhmä kokoontuivat säännöllisesti vuoden 2021 aikana.<sup>30</sup>

Uudenmaan viiden alueen sote-johtajilla on säännöllisiä yhteistyökokouksia sekä keskenään että yhdessä HUSin kanssa. Alueella on hyväksytty yhteistyösopimus, jonka päämääränä on edistää hyvinvointialueiden sekä Helsingin kaupungin välistä strategisen tason vuoropuhelua ja operatiivisen tason yhteistyötä. Tavoitteena on kehittää yhteistä edunvalvontaa ja Uudenmaan alueen yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä pelastuspalveluissa. Sopimuksella ei siirretä päätösvaltaa yhteisille toimielimille, ja sopimus on voimassa toukokuun 2025 loppuun.<sup>31</sup>

HUS-järjestämissopimuksessa sovitaan keskinäisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi sikäli kun niistä ei ole laissa erikseen säädetty.<sup>32</sup> HUS-järjestämissopimuksen valmistelu on käynnissä, ja siitä päätetään alkuvuodesta 2023. Yhteistyöalueen toimintaa ei ole vielä aloitettu.

Rakennuudistushankkeessa yhteistyötä tehtiin Uudenmaan tasolla muun muassa erikoissairaanhoidon toiminnan ja talouden strategisessa ohjauksessa, digitaalisissa palveluissa ja HYTE-kokonaisuudessa.<sup>26</sup> Erikoissairaanhoidon ohjaus -loppuraportti sisältää koonnin näkemyksistä, jotka koskevat ohjausmallia ja siihen liittyviä ydinprosesseja, työkaluja sekä toimenpiteitä. Digitaalisten palvelujen yhteen toimivuuden edellytyksiä ja vaatimuksia tunnistettiin Uusimaa-tasoisesti. HYTE-kokonaisuuden osalta työskentelyssä pyrittiin löytämään Uudenmaan yhteisiä yhteistyön ja raportoinnin malleja.<sup>26</sup>

## Integraatiota heijastavien indikaattorien tarkastelu

Taulukossa 2 esitetyistä palvelujen integraatiota kuvaavista indikaattoriarvoista suurin osa on maan keskitasoa tai sitä parempia Länsi-Uudellamaalla. THL:n FinSote-kyselyn mukaan alueen terveyspalveluja käyttäneistä reilut puolet oli pitänyt palvelua sujuvana, mikä oli samaa tasoa kuin koko maassa. Sosiaalipalveluja käyttäneistä keskimääräistä suurempi osuus koki palvelut sujuviksi. Pääsääntöisesti peruspalveluissa hoidettavien sairauksien (astma, diabetes, keuhkoahauma ja sydämen vajaatoiminta) suhteen tilanne vaikuttaa hyvältä, sillä näissä oli sairaalahoitojaksoja selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin. Tämä voi viitata vertikaalisen integraation toimimiseen perus- ja erikoissairaanhoidon välillä ja avopalvelujen parempaan kykyyn vastata palvelutarpeisiin. Vuodeosastohoidon uusiutuminen kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi oli harvinaisempaa kuin maassa keskimäärin, mutta skitsofreniapotilailla hieman keskimääräistä yleisempää. Kotihoidon asiakkaan palaaminen kotihoitoon akuuttisairaanhoidon jälkeen oli keskimääräistä vähäisempää. Kotihoidon yli 75-vuotiailla asiakkailla oli hyvinvointialuevertailun pienimpiin kuuluva osuus päivityksenä alkaneita sairaalahoitojaksoja. Perusterveydenhuollon päivityskäyntejä asukasmäärään suhteutettuna oli keskimääräistä vähemmän.

Taulukko 2. Indikaattoritietoja palvelujen integraatiosta

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

\* 2020

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

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

## Palvelusisältöjen ja palvelustrategian kehittämisellä on alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiossa keskeinen rooli

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa kehitetään helposti saatavilla olevia, joustavasti yhteensovittettavia ja asiakkaiden tarpeiden mukaisia palveluja.<sup>33</sup> Esimerkiksi perhekeskuksessa aiemmin erillään toimineet palvelut – neuvola, perhetyö ja kotipalvelu, puhe- ja toimintaterapia, psykologi, perheneuvola, sosiaalityö ja lastenvalvonta – yhdistyvät perhekeskuksissa tiiviiksi verkostoksi. Toiminta perustuu nimenomaan saumattomaan yhteistyöhön paitsi eri palvelujen myös yhteistyökumppanien kanssa.<sup>29</sup> Hankkeessa luotiin myös sekä nuorten mielenterveyspalvelujen palvelupolku että nuorten mielenterveys- ja päihdepolku, joissa molempiin on linkitetty useita toimijoita ja palveluja.<sup>34</sup>

Mielenterveyspalvelujen kehittämisessä tehtiin yhteistyötä myös HUSin kanssa.<sup>29</sup> Alueen antaman tiedon mukaan reaaliaikaista etäkonsultaatiota on tähän mennessä käytetty erityisesti haavanhoitoon ja neurologiaan liittyvissä asioissa, myös muita erikoisalvoja on tarjolla. Reaaliaikainen etäkonsultaatio on käytössä lähes koko hyvinvointialueella, ja se on tulossa käyttöön koko Uudellamaalla.

Kotihoidon asiakkaan äkillisiin tilanteisiin kehitettävää toimintamallia luotaessa kiinnitettiin huomioita etenkin kotihoidon, terveydenhuollon sekä sosiaalipalveluiden yhteistyöhön.<sup>29,35</sup> Hyvinvointialueen asiakasohjausprosessin työstön aikana havaittiin tarve panostaa työllistymistä edistävien palvelujen ja monialaisen yhteistyön rakenteiden ja prosessien kehittämiseen.<sup>29</sup>

Strategisen linjauksen mukaan alueella tehdään tiivistä moniammatillista yhteistyötä hyvinvointialueen sisällä ja kumppaneiden, kuten kuntien, HUS-yhtymän, järjestöjen ja yritysten, kanssa. Saumaton yhteistyö varmistaa asiakkaan palvelujen sujuvuuden ja jatkuvuuden sekä tiedonkulun. Tiiviillä yhteistyöllä edistetään myös turvallisuutta ja varautumista yhteisiin uhkiihin.<sup>36</sup> Hallintosäännön mukaan tulevaisuus- ja kehittämislautakunnan tehtävänä on muun muassa seurata ja arvioida hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä yhteistyötä kuntien kanssa ja palvelut ja resurssit -lautakunnan strategisena vastuualueena on huolehtia integraatitavoitteen toteutumisesta.<sup>37</sup>

Valvontaviranomaisen mukaan koko Etelä-Suomen alueella (ei tietoa hyvinvointialueilta erikseen) paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden koordinoinnissa oli haasteita, mikä näkyi sosiaalihuollon palvelujen saatavuudessa. Toisinaan selkeä koordinaattori tai vastuutaho näytti puuttuvan.<sup>30</sup>

Valtuustokauden integraatitavoitteet ovat moninaiset. Tavoitteena on esimerkiksi luoda yhteistyömallit kuntien kanssa, erityisesti lasten ja nuorten palveluissa, työllisyyden edistämässä sekä maahanmuuttajapalveluissa. HUS-yhtymän yhteistyölle tehdään rakenteet ja asetetaan yhteisille palvelukokonaisuuksille tavoitteet. Kuntien ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa tehdään työtä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä ongelmien ennaltaehkäisemiseksi. Monituottajuutta edistetään, ja ruotsinkielisten sote-palvelujen kehittämiseksi luodaan suunnitelma yhdessä muiden kaksikielisten hyvinvointialueiden kanssa.<sup>36</sup>

# Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

## Palvelujen yhdenvertaisuudesta ja saatavuudesta linjaa lautakunta

Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen päämääriä ovat väestön tarpeisiin perustuvat, saatavuudeltaan ja saavutettavuudeltaan yhdenvertaiset sekä lähellä asiakasta tuotettavat palvelut. Palvelujen saatavuus, esteettömyys ja saavutettavuus voidaan turvata myös kokoamalla palveluja suuremmiksi kokonaisuuksiksi.<sup>38</sup> Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa on keskitytty hyvinvointialueen yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseen muun muassa laajentuvien palvelukanavien avulla.<sup>39</sup> Hyvinvointialue asettaa palvelustrategiassa tavoitteet palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiselle.<sup>38</sup> Palvelut ja resurssit -lautakunnan strategisena vastuualueena on käsitellä ja linjata sosiaali- ja terveystalvelujen yhdenvertaisuuteen ja saatavuuteen liittyviä asioita, ja sille kuuluu myös erikoissairaanhoidon seuranta ja arviointi.<sup>40</sup>

## Covid-19-pandemiaan liittyvät tehtävät priorisoitiin

Valvontaviranomaisen havainnot vahvistivat yleistä käsitystä, että Covid-19-pandemia aiheutti kunnille haasteita lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamisessa. Vuonna 2021 haasteita oli pääsyyssä perusterveydenhuoltoon; hoitoon pääsyn valvonnassa useampaan Länsi-Uudenmaan kuntaan annettiin ohjausta välittömästä yhteydenaunnista ja hoitoon pääsystä lainmukaisessa määräajassa. Lisäksi valvontaviranomaiset ovat vuonna 2022 ohjeistaneet kuntia järjestämään lakisääteiset terveystarkastukset heti, kun pandemiatilanne sallii.<sup>41</sup>

## Palvelujen yhtenäistäminen eteni alueella

Hyvinvointialue käynnistyy nykyisellä palveluverkolla ja toimitiloilla toiminnan alkaessa vuonna 2023. Lähipalvelujen ja liikkuvien palvelujen lisäksi osa palveluista suunnitellaan tuotettavaksi hyvinvointialueella keskitetysti, mikä yhdistäisi palvelukriteerejä ja edistäisi yhdenvertaisten palvelujen saamista.<sup>42</sup> Palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä palvelukanavia kehittämissä projekteissa määriteltiin uudet toimintamallit palveluihin pääsyyn ja asiakkaaksi tuloon. Lisäksi on tarkoitus ottaa käyttöön uusi contact center -ratkaisu.<sup>39, 42</sup>

Kestävän kasvun ohjelman mukaisesti on suunniteltu digihyvinvointisovelluksen ja Omaolon käytön laajennusta, jatkettu reaaliaikaisten chat- ja kommunikaattoratkaisujen käyttöönottoja sekä hankittu ja otettu käyttöön asiakaskokemuksen mittaamis- ja raportointijärjestelmä. Kaikki nämä edistävät yhdenvertaista saatavuutta ja parantavat saavutettavuutta. Alue osallistuu myös kansallisiin hankkeisiin, kuten sähköinen perhekeskus ja hyvinvoinnin monialaisen palvelukonseptin digitaaliset palvelut.<sup>43</sup>

Palveluja kartoitettiin ja yleistä palvelukuvausta työstettiin onnistuneesti. Samoin onnistuivat kuntien välinen yhteistyö valmisteluryhmissä, yhteisen konsensuksen luominen ja yhdenmukaisen tahtotilan saavuttaminen.<sup>39</sup> Yhtenäistäminen oli iäkkäiden palveluissa vaativalia, sillä asiakasmaksuissa, palvelujen myöntämisen kriteereissä, palveluiden sisällöissä sekä toimintatavoissa ja tulkintatavoissa havaitut erot olivat odotettua suuremmat.<sup>42</sup>

Hoidon saatavuutta ja yhdenvertaisuutta lisää myös käytössä jo oleva ja koko hyvinvointialueelle laajeneva HUSin reaaliaikaiset konsultaatiot -palvelu.<sup>44</sup> HUSin kanssa yhdessä kehitetty liikkuva sairaala (LiSa) on käytössä Espoon iäkkäiden palveluissa, mutta vielä ei ole päätöstä toimintatavan laajentamisesta.

## Tietojen saavutettavuus myös vieraskielisille tärkeää

Espoo on alueen monikulttuurisin kunta, ja maahanmuuttajien osuus väestöstä on kasvussa. Espoon ja Kauniaisten kaupunkien sosiaali- ja terveyspalveluista on tietoja infoninland.fi-sivustolla, jotka on kirjoitettu suomen ja ruotsin lisäksi kymmenellä muulla kielellä.<sup>45</sup>

Inkoo ja Raasepori ovat ruotsinkielisiä kuntia. Ruotsinkielisten palvelujen kehittämisessä tehdään yhteistyötä Uudenmaan laajuisesti. Ruotsinkielisessä neuvonnassa, ohjauksessa, digipalvelussa ja puhelinpalvelussa tehdään yhteistyötä yli kuntarajojen. Yhteistyössä mahdollistetaan etäkonsultaatiot molemmilla kotimaisilla kielillä.

## Palvelutarpeet lisääntyivät ja saatavuus vaihteli kunnittain

Monissa terveyspalveluissa jouduttiin Covid-19-pandemian takia tekemään toiminnallisia muutoksia ja supistamaan palvelutuotantoa. Useiden palvelujen saatavuustilanne heikentyi. Myös aikuisten sosiaalipalveluissa näkyi niin sanottujen viimesijaisten sosiaalipalveluiden tarpeen kasvu, kun ensisijaisissa palveluissa ei pystytty kattavasti vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Palvelutarpeen arviointeja ei pystytty tekemään säädetyissä aikarajoissa, mihin vaikutti myös sosiaalityöntekijöiden hankala rekrytointitilanne.<sup>46</sup>

Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit alkoivat hyvin määräajassa, mutta niiden valmistumisessa oli viiveitä. Valvontaviranomaisen mukaan parissa kunnassa viiveet johtuivat henkilöstöresurssin vajeesta, ennakoinnattomasta lastensuojeluilmoitusten ja yhteydenottojen määrän kasvusta sekä henkilöstön suuresta asiakas- ja työmäärästä. Osin ylitykset johtuivat myös virheellisistä merkinnöistä, eli työntekijöiden ohjeistus ei ollut ollut riittävää.<sup>41</sup>

Lokakuussa 2021 Länsi-Uudellamaalla oli 1,5 prosenttia hoitotakuun (3 kk) ylittäviä odotusaikoja eli jonotusta hoidon tarpeen arvioinnista perusterveydenhuollon lääkärin kiireettömälle käynnille. Yli seitsemän päivää odottaneiden osuus (58 %) oli maan kolmanneksi suurin. Samana ajankohtana hammaslääkärin vastaanotolle maan pienin osuus (16 %) joutui odottamaan yli 21 päivää. Erikoissairaanhoidon yli 6 kuukautta odottaneiden osuus väestöstä oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä maan toiseksi suurin vuodenvaihteessa 2021.

Keväällä 2022 kiireettömän asian vuoksi hyvinvointialueen perusterveydenhuollon lääkärivastaanottoa odottaneista 17–76 prosenttia (tieto kunnittain) pääsi fyysiselle ja 30–89 prosenttia etävastaanotolle seitsemän vuorokauden kuluessa yhteydenotosta (taulukko 3). Kuntien välinen vaihtelu oli huomattava ja johtuu osin kuntien terveyskeskuslääkäreiden rekrytointivaikkeuksien eroista.

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

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

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

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

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

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

<sup>5</sup> Simon kunnan tiedot sisältyvät Pohjois-Pohjanmaan lukuihin

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



## Palveluja tarvinneilla tyytymättömyyttä palvelujen riittävyteen

Vuoden 2020 väestökyselyn mukaan länsiusmaalaisista maan suurimpiin kuuluva osuus tunsi saaneensa riittämättömästi hammaslääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluja. Lääkäripalvelujakin piti riittämättöminä lähes joka viides (taulukko 4).

Hyvinvointialueen yläkoululaisista keskimääräistä useampi ilmoitti, ettei päässyt koulukuraattorille eikä kouluterveydenhoitajalle yrittämisestä huolimatta. Lukiolaisilla tilanne oli sama kouluterveydenhoitajalle pääsyssä, mutta ammatillisissa oppilaitoksissa osuus oli sama kuin maassa keskimäärin. Vanhusten kotihoito- ja lapsiperhepalveluja tarvinneista useampi kuin maassa keskimäärin koki saaneensa palveluja riittämättömästi. Vaikka vammais- ja sosiaalityöpalveluja tarvinneiden joukossa tyytymättömyys oli keskimääräistä harvinaisempaa, niin osuudet olivat suuret, 39–40 prosenttia (taulukko 4). Tyytymättömyys kysytyjen palvelujen riittävyteen oli suurempaa kuin maassa keskimäärin suurimmassa osassa palveluja.

Taulukko 4: Palveluja riittämättömästi saaneiden osuus palveluja tarvinneista

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

Yli maan keskiarvon

Maan suurin osuus

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

## Lukuisia kehittämistoimia saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantamiseksi

Alueella on valmisteltu Arvokas elämän loppuvaihe -konsepti, joka mahdollistaa tehostetun palveluasumisen asiakkaille omien toiveiden ja suositusten mukaisen elämän loppuvaiheen. Se myös lisää asiakkaiden yhdenvertaisuutta sekä yhtenäistää palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa Länsi-Uudellamaalla. Hoivakotiportaali otettiin käyttöön kaikissa alueen kunnissa.<sup>47</sup> Ikääntyneiden kuntoutuksen kehittäminen ja yhtenäistäminen etenivät myös.<sup>39</sup> Yhdenvertaista palvelujen saatavuutta edistävät myös palvelujen saamisen yhteiset arviointikriteerit. Ikääntyneiden palveluissa käytetään RAI-arviointia; sen avulla on 75 vuotta täyttäneistä arvioitu Länsi-Uudellamaalla lähes saman verran (16 %) kuin maassa keskimäärin.

Vammaispalvelussa kartoitettiin alueen kehittämisen yhdistämistä ja yhdensuuntaistamista, esimerkiksi palvelujen myöntämistä ohjaavien toimintaohjeiden yhteensovittamista.<sup>42</sup>

Tärkeänä lapsiperheiden palveluja yhdistävänä ja palveluun pääsyä sujuvoittavana tavoitteena on perhekeskustoimintamallin kehittäminen ja laajentaminen. Lohjalla ja Espoossa on perhekeskukset, lisäksi hyvinvointialueella on käytössä verkostomainen toimintamalli. Perhekeskus nivoo yhteen toimivat tahot ja palvelujen yhteisen kehittämisen. Palveluja tarjotaan varsinaisten toimipisteiden lisäksi lapsen ja perheen arkiympäristössä sekä verkossa, mikä parantaa saavutettavuutta.<sup>42</sup> Vuonna 2021 kartoitettiin ruotsinkielisten perhekeskuspalvelut ja kohtaamispaikkatoimintamallia valmisteltiin yhdessä järjestötoimijoiden kanssa.<sup>47</sup>

Kelaan osoitettujen perustoimeentulotuen hakemusten käsittely seitsemän päivän määräajassa toteutui hyvin, kuten koko maassa. Keskimäärin alueen kuntiin osoitettujen hakemusten käsittely toteutui myös hyvin (99 %), mutta alueen sisäinen vaihtelu lokakuussa 2021 oli huomattava (79–100 %).

Sosiaalipalvelujen palvelukuvaukset etenivät, ja palvelujen yhtenäistämistä on syytä jatkaa muun muassa asumisen tuen palveluissa, sosiaali- ja kriisipäivystyksessä, kotouttavissa sosiaalipalveluissa, työllistymistä edistävissä palveluissa ja yleisessä sosiaalityössä ja ohjauksessa. Aikuisilla psykososiaalisten menetelmien ja toimintamallien käyttöönottoja tullaan laajentamaan niin alueellisesti kuin sisältöjenkin puolesta.<sup>39</sup> Psykososiaalisten menetelmien saatavuus parani, ja Terapiat etulinjaan -hankkeen terapiakoordinaattorit aloittivat syksyllä 2021.<sup>47</sup>

Edelleen jatkuvan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman tavoitteena on palvelujen yhdenvertaisen saavutettavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen.<sup>39</sup> Ohjelman tavoitteita edistävät myös monialaiset sotetiimimallit, joita on otettu käyttöön osassa hyvinvointialuetta. Myös yksityisille palveluntuottajille ulkoistetut terveysasemat käyttävät samantyyppistä toimintatapaa. Tiimimallit tukevat monialaisuutta ja palvelujen yhteen toimivuutta lisäämällä moniammatillisuutta ja monialaisuutta tiimeissä. Malli saatetaan laajentaa koko alueelle.<sup>39,42</sup>

Länsi-Uudellamaalla Suomen kestävän kasvun ohjelman tavoitteena on edelleen edistää asukkaiden yhdenvertaista pääsyä palveluihin ja kiireettömään hoitoon sekä hoidon tai palvelun jatkuvuutta. Hanke edustaa alueella merkityksellistä työtä kohti yhdenvertaisia ja harmonisoituja palveluja.<sup>43</sup>

Alueen mielestä on tärkeää, että palvelut säilyvät siirtymäaikana vähintään samanlaatuisina ja varsinainen kehittäminen etenee vauhdikkaammin tulevien vuosien aikana. Strategisena tavoitteena on, että palvelut ovat sujuvia, saavutettavia ja oikea-aikaisia ja että ennaltaehkäisyyn panostetaan.<sup>48</sup>

Valtuustokauden tavoitteina ovat muun muassa matalan kynnyksen palvelujen vahvistaminen kaikissa ikäryhmissä sekä palveluihin pääsyn parantaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Lisäksi vuoden 2023 aikana laadittavan palvelustrategian painopisteitä ovat vaikuttava ennaltaehkäisy, laadukkaat lähipalvelut, kustannusvaikuttavuuden kasvattaminen sekä digi- ja liikkuvien palvelujen tehokas hyödyntäminen.<sup>48</sup>

## Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

Länsi-Uudenmaan kymmenestä kunnasta kahdeksan saavutti ylijäämäisen tuloksen vuonna 2021. Hyvinvointialueen kuntien ylijäämä oli yhteensä 239 miljoonaa euroa. Tulorahoituksen riittävyyttä kuvaava asukaskohtainen vuosikate oli positiivinen kaikilla alueen kunnilla. Kauniaista lukuun ottamatta kuntien vuosikatteen riittivät kattamaan poistot ja arvonalentumiset. Asukaskohtainen vuosikate vaihteli Karkkilan 398 eurosta Espoon 1 287 euroon, ja hyvinvointialueelle laskettuna se oli 1 034 euroa.

Hyvään tuloskehitykseen vaikuttivat merkittävästi valtion tukitoimet sekä kunnallisverotulojen hyvä kehitys.<sup>49</sup> Vuosina 2020–2021 valtio tuki kuntasektoria koronaviruspandemiasta aiheutuvien ylimääräisten kustannusten ja tulonmenetysten vuoksi yhteensä yli 5 miljardilla eurolla. Kunnille ja kuntayhtymille on aiheutunut ylimääräisiä kustannuksia koronapotilaiden hoidon lisäksi muun muassa testauksesta, rokotuksesta sekä suojavarusteista. Vastaavasti pandemia on kasvattanut hoito- ja palveluvelkaa kiireettömän hoidon resurssien ja toiminnan karsimisen vuoksi.

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

### Valtion moninaiset tukitoimet Covid-19-pandemian vuoksi

Vuonna 2021 Länsi-Uudellemaalle myönnetyt korotukset peruspalvelujen valtionosuuteen ja yhteisöverosuuden korottamiseen olivat yhteensä 71,7 miljoonaa euroa (183 miljoonaa euroa vuonna 2020). Länsi-Uudenmaan kunnille myönnetyt korona-avustukset olivat yhteensä 106 miljoonaa euroa vuonna 2021. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille myönnetyt avustukset vuonna 2021 olivat noin 75,6 miljoonaa euroa (89,1 miljoonaa euroa vuonna 2020), josta peruspääoman suhteessa laskettu Länsi-Uudenmaan osuus olisi 23,7 miljoonaa euroa.<sup>50,51</sup>

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

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

## Sairaanhoitopiirin talous vahvistui edellisvuodesta

Vuonna 2021 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulos parani edellisvuodesta. Toimintakate kasvoi 8,3 prosenttia, ja se oli 135 miljoonaa euroa. Vuosikate oli 125 miljoonaa euroa, ja se riitti kattamaan poistot ja arvonalentumiset.<sup>52</sup> Lopullisessa kuntalaskutuksessa sairaanhoitopiiri palautti 57,4 miljoonan euron ylijäämän jäsenkunnille. Sairaanhoitopiiri saavutti lopulta 15 miljoonan euron ylijäämän vuonna 2021, jolla katettiin taseen vastaavan suuruinen kumulatiivinen alijäämä.<sup>52</sup>

HUSin tammi-heinäkuun 2022 talouskatsauksen mukaan tilikauden 2022 alijäämäennuste on 136 miljoonaa euroa.<sup>53</sup> Valmistellun säästöohjelman vaikutukset sisältyvät ennusteeseen.

Eteva-kuntayhtymä hyvitti jäsenkunnilleen noin 2 miljoonaa euroa vuoden 2021 tuloksesta ja päätyi palautuksen sekä rahastonmuutoksen jälkeen lievästi ylijäämäiseksi. Kun Etevan toiminta päättyy vuoden 2022 lopussa, Etevan henkilöstö ja palvelut siirtyvät osaksi kuuden eri hyvinvointialueen toimintaa.<sup>54</sup> Kårkullan kuntayhtymän taseessa oli kattamatonta alijäämää 1,3 miljoonaa euroa, joka katetaan vuoden 2022 loppuun mennessä laskuttamalla alijäämä 33 omistajakunnalta, joista Länsi-Uudenmaan alueella on 8.<sup>55</sup>

## Hankkeiden siirtäminen vähensi sairaanhoitopiirin investointimenoja

HUSin investointimenot vuonna 2021 olivat 250 miljoonaa euroa. Rakentamisen investoinnit olivat 184 miljoonaa euroa, ja laitehankinta- ja muut käyttöomaisuusinvestoinnit olivat yhteensä 65,9 miljoonaa euroa. Investointimenot jäivät 41 miljoonaa euroa investointeihin varattua määrärahaa (291 milj. euroa) pienemmiksi hankkeiden siirtymisen ja vuosijaksotuksen muuttumisen vuoksi. Vuonna 2021 suunnittelu- tai toteutusvaiheessa oli yhdeksän valtuuston hankekohtaisesti hyväksymää suurta rakennusinvestointia. Jo meneillään olevien Siltasairaalan, Tammissairaalan, Laakson yhteissairaalan ja Peijaksen sairaalan lisärakentamisen lisäksi muun muassa Jorvin sairaalan yhteyteen suunnitellaan uudisrakentamista.<sup>52</sup>

Vuonna 2021 Raaseporin kaupungille myönnettiin poikkeuslupa asumispalveluyksikön investointiin (9,2 milj. euroa). HUSille myönnettiin poikkeuslupa Jorvin sairaalan uudisrakennushankkeeseen (232 milj. euroa) sekä Lohjan sairaalan leikkausosaston (5,2 milj. euroa), Naistenklinikan A-osan (31,5 milj. euroa) ja Meilahden putkipostijärjestelmän (6,3 milj. euroa) peruskorjauksiin. Lisäksi vuonna 2022 Espoon kaupunki haki poikkeuslupaa Espoonlahden terveysaseman peruskorjaukseen (14,4 milj. euroa).

## Hyvinvointialueen sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan investointisuunnitelma

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen taloussuunnitelmaa 2023–2025 valmisteltiin hyvinvointialueuudistuksen siirtymävaiheessa yhteistyössä alueen nykyisten sote-järjestäjien kanssa. Investointien suunnittelu kuuluu osaksi taloussuunnitelman valmistelua. Investointisuunnitelmat perustuvat siirtymävaiheessa pääsääntöisesti kunnissa tehtyihin investointisuunnitelmiin, joita osaltaan ovat ohjanneet kuntien palvelutuotantosuunnitelmat. Hyvinvointialue laatii myöhemmin oman palvelustrategian ja siihen perustuvat palveluverkkolinjaukset. Näiden linjausten perusteella kuntien kanssa täsmennetään myöhemmin nykyisiä suunnitelmia ja annetaan hyvinvointialueen lopullinen sitoumus hankkeisiin. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue ei ole hankkimassa toimitiloja omaan taseeseen, vaan vuokrasopimuksilla kuntien tai muiden toimijoiden kanssa.<sup>56</sup> Hankkeiden vuokravaikutus esitetään sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan investointisuunnitelmassa, ja niihin varataan määrärahat käyttötalousosassa.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen investointisuunnitelman sisältämät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen osasuunnitelmat suunnitelmakaudelle 2023–2027 ovat yhteensä 314 miljoonaa euroa. Ne sisältävät omaan taseeseen hankittavat investoinnit (156 milj. euroa) sekä investointeja vastaavat sopimukset (158 milj. euroa).<sup>57</sup> Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen investointisuunnitelman asukaskohtaiset kustannukset esitetään kuviossa 3.

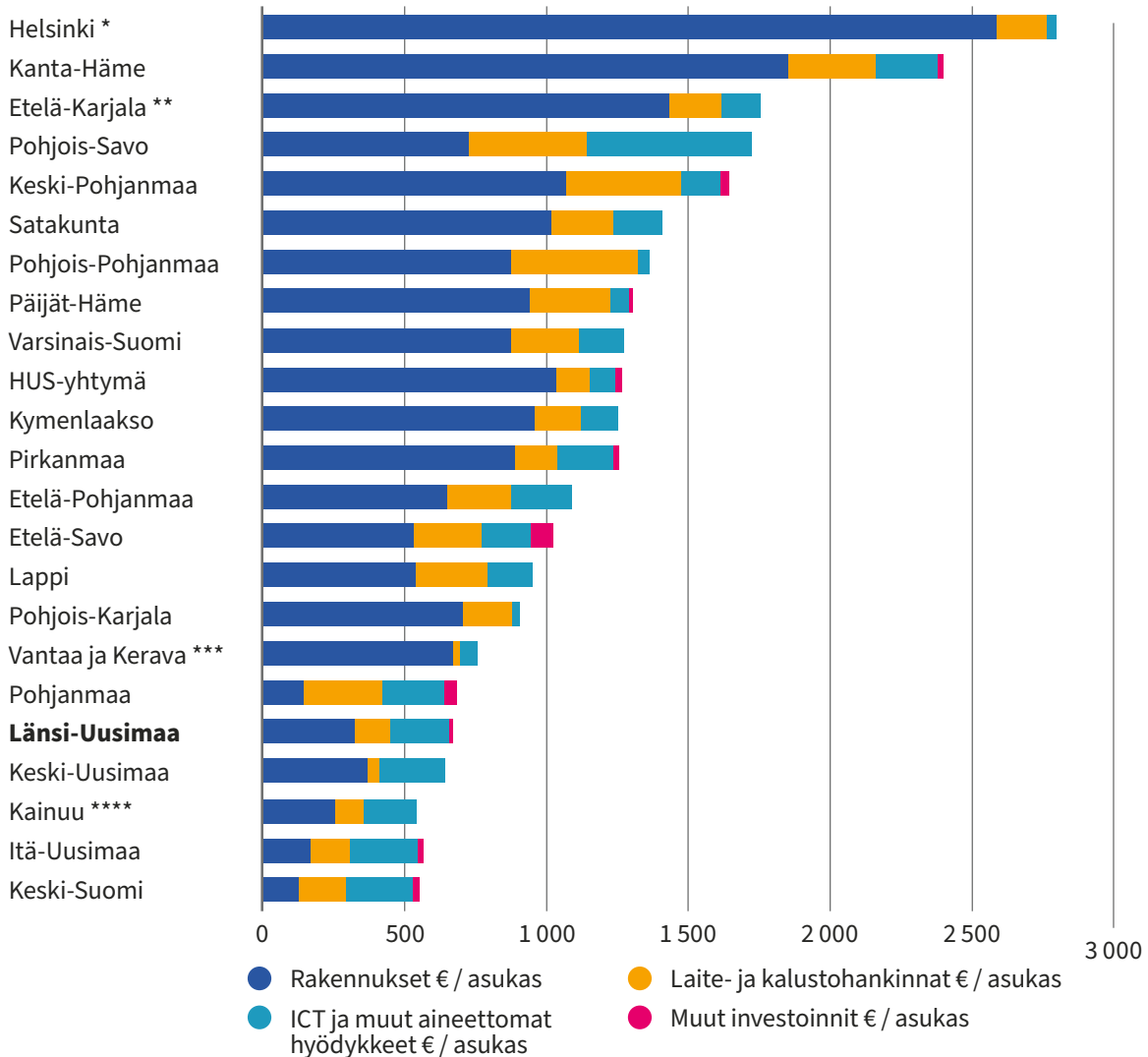
ICT-investointeja suunnitelmakaudelle on 100 miljoonaa euroa (24,6 milj. euroa vuonna 2023). Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämässä tavoitellaan Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelle toiminnallisesti ja arkkitehtonisesti eheää järjestelmäkokonaisuutta, joka parantaa toiminnallista tehokkuutta, digitalisaation hyödyntämistä sekä kustannustehokkuutta. Kokonaisuus on laaja, ja investointi toteutuu asteittain 4–6 vuoden kuluessa toteutusmallista riippuen.<sup>56</sup>

Laite- ja kalustohankintoja on suunnitelmakaudelle esitetty 58,6 miljoonaa euroa (22,7 milj. euroa vuonna 2023). Valtaosa sote-investoinneista liittyy ensikertaiseen kalustamiseen sekä terveydenhuollon laitteisiin ja koneisiin, kuten sairaalalaitteisiin ja hammashoidon hoitoyksiköihin. Vuoden 2024 osalta on varauduttu Inkoon ja Siuntion uusien sote-keskusten sekä Espoon uusien perhe- ja terveyskeskusten valmistumiseen ja näiden kalustamiseen. Laite- ja kalustohankinnat sisältävät pelastuslaitoksen käyttöön tarkoitetut ajoneuvot ja laitteet. Pelastuslaitokselle ollaan hankkimassa öljyntorjuntaveneitä ja erilaisia ajoneuvoja, ja lisäksi väestöhälytinja järjestelmää uusitaan säännöllisesti.<sup>56</sup>

Etelä-Suomen yhteistyöalueella investointeja on käyty läpi HUSin johdolla. Käsittelyssä on todettu, että sekä tilojen että laitteiden ja kalustojen hankinnoissa ei ole päällekkäisiä hankintoja.<sup>56</sup>

HUS-yhtymä anoi lisälainanottovaltuutta. HUS-yhtymän lainanottovaltuus vuodelle 2023 on noin 1,3 miljardia euroa.<sup>57</sup> Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen lainanottovaltuus vuodelle 2023 on 351 miljoonaa euroa, mikä riittää kattamaan alueen investointisuunnitelmaan sisällytetyt investoinnit vuodelle 2023.<sup>56,58</sup>

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



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

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

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

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

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

## Palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat yli maan keskiarvon vuonna 2020

THL:n vuonna 2022 julkaisemat tarvevakioidut menot vuodelle 2020 on laskettu päivitetyn tarvevakioinnin mukaisesti. Tarvevakioitujen menojen laskennassa käytetyt tarvekertoimet eroavat hyvinvointialueiden rahoituksen perusteena olevien tarvekertoimien laskennasta, sillä edeltävissä tarkastellaan tarvetekijöiden ja palvelukäytön suhdetta samana vuonna ja jälkimmäisissä tarvetekijöiden ja tulevan palvelukäytön suhdetta.<sup>59</sup> Vuonna 2020 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat keskimäärin 3 497 euroa asukasta kohti koko maassa. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 2 986 euroa asukasta kohti eli 15 prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli 16 prosenttia pienempi kuin maassa keskimäärin ja vastaavasti palvelutarpeeseen suhteutetut sote-menot 2 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin (kuviot 4).<sup>60</sup>

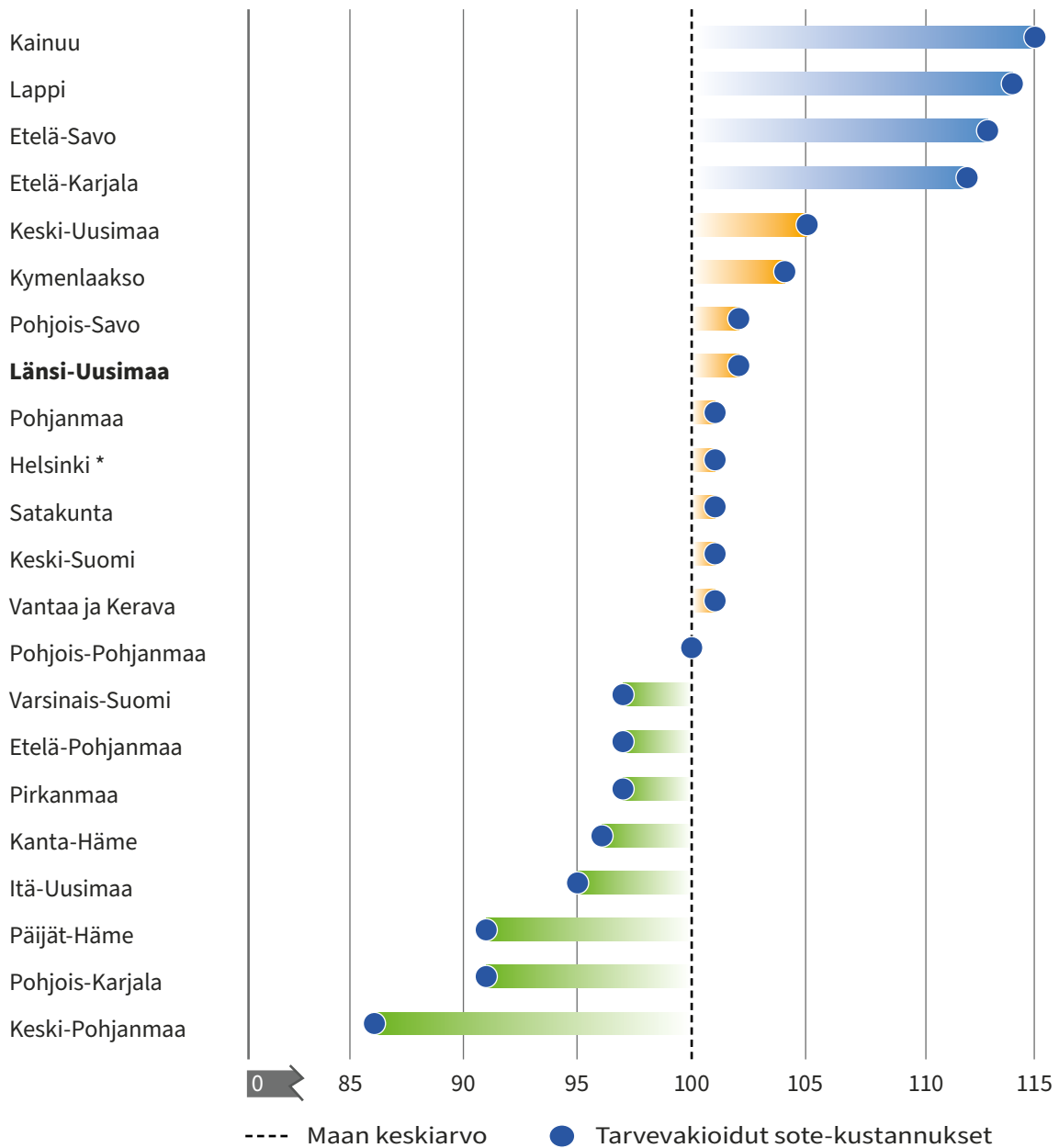
## Hyvinvointialueelle siirtyvät kustannukset laskennallista rahoitusta suuremmat

Valtiovarainministeriö on julkaissut syyskuussa 2022 hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat, jotka perustuvat vuoden 2021 alustaviin tilinpäätöstietoihin sekä vuoden 2022 talousarviotietoihin. Vuoden 2022 tilinpäätöstietojen perusteella tarkistetaan vielä lopullinen vuoden 2023 rahoitus, jonka perusteella hyvinvointialueiden rahoitukseen tehdään kertaluonteinen korjaus alkuvuonna 2024. Laskelmassa on huomioitu siirtyvien kustannusten lisäksi hyvinvointialueiden uudet tehtävät, hyvinvointialueindeksi sekä palvelutarve. Yliopistosairaalisia huomioidaan mahdollisesti vasta vuoden 2024 rahoituksessa. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen vuoden 2023 kokonaisrahoitus, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen, on 1 637 miljoonaa euroa eli 3 418 euroa asukasta kohti. Alueen laskennallinen rahoitus on 1 631 miljoonaa euroa, ja siirtymätasauksen osuus on 6,2 miljoonaa euroa. Siirtyvät kustannukset ovat siis laskennallista rahoitusta suuremmat. Alueen asukaskohtainen rahoituksen kasvu on 215 euroa vuoden 2022 rahoituksen tasoon verrattuna.<sup>61</sup>

Valtion rahoitus säilyy ensi vaiheessa aiemmalla tasolla, koska siirtymätasaus tasaa siirtyvien kustannusten ja laskennallisen rahoituksen eroa. Tästä huolimatta vuoden 2023 talousarvio on alijäämäinen, joten alueen on jatkossa löydettävä keinoja talouden tasapainottamiseksi. Hyvinvointialueen talousarvioesityksen mukaan se antaa strategian ohella suuntaviivat hyvinvointialueen kestäväälle toiminnalle ja vastuulliselle taloudelle.<sup>62</sup>



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



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain tarvevakioidujen 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 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamiin kesällä 2022 julkaistuihin vuoden 2020 päivitettyihin tarvekertoimiin.

\* Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi

# Menetelmät ja laatuseloste

## Arvioinnin tietopohja

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

## Kansallinen KUVA-mittaristo ja Sotokuva-verkkopalvelu

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

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

## Tietopohjan avoimuus, saatavuus ja laatu

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arviointi perustuu pääsääntöisesti julkisesti ja avoimesti saatavilla olevaan tietoon. Käytetyt indikaattoritiedot ovat puolestaan saatavissa THL:n Sotekuva-verkkopalvelusta (KUVA-mittaristo) ja Sotkanetistä (THL:n kaikki indikaattorit). Muut tilastotiedot on merkitty erillisin viittein. Arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportit ovat avoimesti saatavissa arvioinnin verkkosivuilta. Muusta tietopohjasta poiketen alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut eivät ole julkisia. Yhteiset keskustelut tarjoavat arviointiin syventäviä näkökulmia kunkin alueen erityispiirteistä ja keskeisistä palvelujen järjestämiseen liittyvistä haasteista ja ratkaisuisista. Alueiden edustajilla on myös mahdollisuus kommentoida valmistuvia arviointitekstejä.

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

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

## Käynnissä oleva 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 viranomaisten tietotuotantoa. Vuosina 2021–2024 KUVA-mittaristokokonaisuutta kehitetään Valtava-hankkeessa vastaamaan aikaisempaa paremmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja arvioinnin tarpeisiin. Samalla KUVA-mittariston ja vähimmäistietosisällön tietoja yhteensovitetaan soveltuvin osin.

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

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

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

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

# Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto

## Hyvinvointialueen hallinnollinen ja toiminnallinen rakentuminen

1. Laki hyvinvointialueesta 611/2021. [Verkkolähde](#).
2. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla (615/2021). [Verkkolähde](#).
3. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue. Hallintosääntö. Aluevaltuusto 16.6.2022 § 48 (voimassa 17.6.2022 alkaen). [Verkkolähde](#).
4. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Verkkolähde](#).
5. HUS-yhtymän perussopimus. [Verkkolähde](#).
6. Länsi-Uudenmaan aluehallitus 12.09.2022 § 113. Kehitysvammaisten erityisen vaativien palvelujen järjestäminen Uudellamaalla 1.1.2023 järjestämisvastuun siirron jälkeen ja liikkeenluovutuksen valmistelun aloittaminen. [Verkkolähde](#).
7. Länsi-Uudenmaan aluehallitus 10.10.2022 § 130. Hyvinvointialuestrategian hyväksyminen (AV). [Verkkolähde](#).
8. Länsi-Uudenmaan aluevaltuusto 25.10.2022. Esityslista. Hyvinvointialuestrategian hyväksyminen. [Verkkolähde](#).
9. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen strategia. [Verkkolähde](#).
10. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen investointisuunnitelma 2023–2026 ja 2024–2027. Aluevaltuusto 27.9.2022. Aluehallitus 12.9.2022. [Verkkolähde](#).
11. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen osavuosikatsaus 1.1.–30.4.2022. [Verkkolähde](#).
12. Länsi-Uudenmaan sote-rakenneuudistus -hankkeen loppuraportti. [Verkkolähde](#).
13. Länsi-Uudenmaan Tulevaisuuden sote-keskuksen oma-arviointi, päivitetty lokakuussa 2022. [Verkkolähde](#). Taulukko. [Verkkolähde](#).
14. Länsi-Uusimaa: Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut. [Verkkolähde](#).

## Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja riittävyys

15. Länsi-Uudenmaan aluehallitus 22.03.2022 § 21. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelle siirtyvien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen henkilöstöä, palkkakuluja ja lomapalkkavelkaa koskevan arvon selvitys ja esitys (sivu 122/462). [Verkkolähde](#).
16. Espoon kaupunki. Tilinpäätös 2021. [Verkkolähde](#).
17. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#).
18. Lääkäriliitto (2022). Terveyskeskusten lääkäritilanne 2021. [Verkkolähde](#).
19. Lääkäriliitto (2022). Terveyskeskusten lääkäritilanne 6.10.2021. [Verkkolähde](#).
20. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Verkkolähde](#).

21. Pääkaupunkiseutu – ammattibarometri II/2022. [Verkkolähde](#).
22. KEVA. Tervetuloa tutustumaan kunta-alan henkilöstöön hyvinvointialueuudistuksen näkökulmasta. [Verkkolähde](#).
23. Länsi-Uusimaa: Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut. [Verkkolähde](#).
24. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen strategia. [Verkkolähde](#).

## Palvelujen integraation nykytila ja kehittämistoimet

25. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 4 §. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. [Verkkolähde](#).
26. Länsi-Uudenmaan sote-rakennemuutos -hankkeen loppuraportti. [Verkkolähde](#).
27. Länsi-Uudenmaan Tulevaisuuden sote-keskuksen oma-arviointi, päivitetty lokakuussa 2022. [Verkkolähde](#). Taulukko. [Verkkolähde](#).
28. Sosiaali- ja terveystalouden Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella 2020. [Verkkolähde](#).
29. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen osavuosisikatsaus 1.1.–30.4.2022. [Verkkolähde](#).
30. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#).
31. Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden yhteistyösopimus. Aluehallitus 10.10.2022 § 139. [Verkkolähde](#).
32. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla (615/2021). [Verkkolähde](#).
33. Espoon kaupunki, tilinpäätös 2021. [Verkkolähde](#).
34. Nuorten mielenterveyspalvelujen palvelupolku. [Verkkolähde](#).
35. Länsi-Uusimaa: Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut. [Verkkolähde](#).
36. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen strategia. [Verkkolähde](#).
37. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue. Hallintosääntö. Aluevaltuusto 16.6.2022 § 48 (voimassa 17.6.2022 alkaen). [Verkkolähde](#).

## Yhdenvertaisten palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

38. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 4 §. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. [Verkkolähde](#).
39. Länsi-Uusimaa: tulevaisuuden sote-keskus. [Verkkolähde](#).
40. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue. Hallintosääntö. Aluevaltuusto 16.6.2022 § 48 (voimassa 17.6.2022 alkaen). [Verkkolähde](#).
41. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Verkkolähde](#).
42. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen osavuosisikatsaus 1.1.–30.4.2022. [Verkkolähde](#).
43. Länsi-Uusimaa – Suomen kestävä kasvun ohjelma. [Verkkolähde](#).

44. HUS. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2021. Valtuusto 16.6.2022. [Verkkolähde](#).
45. Infonland.fi. [Verkkolähde](#).
46. Espoon kaupunki, tilinpäätös 2021. [Verkkolähde](#).
47. Tulevaisuuden sote-keskus. Oma-arvioinnin raportointi Länsi-Uudenmaan sote -hanke 15.11.2021. [Verkkolähde](#).
48. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen strategia. [Verkkolähde](#).

## Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, investoinnit ja rahoitus

49. Espoon kaupunki, tilinpäätös 2021. [Verkkolähde](#).
50. Sosiaali- ja terveysministeriö. Koronavirusepidemian kustannusten korvaukset. [Verkkolähde](#).
51. Valtiovarainministeriö. Kunnille maksetut koronatuot. [Verkkolähde](#).
52. HUS. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2021. Valtuusto 16.6.2022. [Verkkolähde](#).
53. HUS. Hallitus 19.9.2022 § 137. HUSin toiminta ja talous 1–7/2022 (HUS/979/2022). [Verkkolähde](#).
54. Eteva. Toimintakertomus ja tilinpäätös 2021. [Verkkolähde](#).
55. Kärkullan kuntayhtymän valtuuston pöytäkirja 14.6.2022 § 17. Vuoden 2021 tilinpäätös ja toimintakertomus. [Verkkolähde](#).
56. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen investointisuunnitelma 2023–2026 ja 2024–2027. Aluevaltuusto 27.9.2022. Aluehallitus 12.9.2022. [Verkkolähde](#).
57. Valtioneuvosto. Valtioneuvosto päätti HUS-yhtymän lainanottovaltuuden muuttamisesta. [Verkkolähde](#).
58. Valtioneuvosto. Lainanottovaltuudet vuodelle 2023. [Verkkolähde](#).
59. THL. Sote-palvelujen rahoituksen ja tarvetekijöiden tutkimus. [Verkkolähde](#).
60. THL. Tarvekaioidut menot. [Verkkolähde](#).
61. Sote-uudistus. Kuntien ja hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat. [Verkkolähde](#).
62. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen talousarvio vuodelle 2023 ja taloussuunnitelma vuosille 2023–2025 Aluehallituksen esitys 28.11.2022. [Verkkolähde](#).

## Till läsaren

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

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

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

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

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

Helsingfors 31.1.2023

**Nina Knappe**  
Utvärderingsdirektör

**Tiina Hetemaa**  
Utvärderingschef

# Expertutvärdering

## Servicebehovet ökar på grund av befolkningstillväxten och den äldre befolkningen

Västra Nyland har cirka 480 000 invånare. Välfärdsområdet är till invånarantalet det fjärde största i landet. Befolkningmängden förutspås öka betydligt under de närmaste åren och även antalet personer med utländsk bakgrund fortsätter att öka snabbt. Andelen svenskspråkiga och personer med utländsk bakgrund hör till de största i landet. Sjukligheten är förhållandevis låg och återspeglar områdets unga åldersstruktur. Andelen äldre personer är liten, men också de ökar i antal. Det finns få familjer med en förälder, men många barnfamiljer får utkomststöd under en längre tid. Det finns få hushåll med låga inkomster, men inkomstskillnaderna är stora. Olika former av arbetslöshet framhävdades inte och inte heller sjuk- och invalidpensionerna. Utöver vård- och omsorgsskulden kommer servicebehovet under de kommande åren att öka på grund av befolkningstillväxten, en förändring i åldersstrukturen och att befolkningen blir allt mer mångkulturell.

## Västra Nyland håller först nu på att ta form som välfärdsområde

Social- och hälsovårdsväsendena i tio kommuner och Västra Nylands räddningsverk övergår till välfärdsområdets organisation. Räddningstjänsterna och social- och krisjouren har producerats på regional nivå. Ordandet av gemensamma tjänster försvåras av det stora spektret av kund- och patientdatasystem. För att trygga en säker övergång förblir nätverket av hälsostationer och social- och hälsovårdstjänsterna i regel oförändrade i reformen, och mångproducentmodellen fortsätter. Man planerar att börja producera tjänster centraliserat och nya social- och hälsocentraler håller på att färdigställas.

När det gäller att ordna specialiserad sjukvård hör Västra Nylands välfärdsområde till HUS-sammanslutningen, dit specialtjänsterna alltjämt koncentreras. Beslut om organiseringsavtalet för HUS fattas i början av 2023.

## Stor organisationsförändring då man övergår från flera anordnare till en

Välfärdsområdets områdesfullmäktige lyder under välfärdsområdesstyrelsen, revisionsnämnden och välfärdsområdesvalnämnden. Under välfärdsområdesstyrelsen lyder sektionen för individärenden, tjänst- och resursnämnden, framtids- och utvecklingsnämnden, beredskaps- och säkerhetsnämnden, HUS-styrningen och nationalspråksnämnden. Påverkansorgan är äldrerådet och rådet för personer med funktionsnedsättning och ungdomsfullmäktige. Förhandlingskommittéerna samordnar de politiska åsikterna före välfärdsområdesfullmäktiges och välfärdsområdesstyrelsens sammanträden.

Verksamheten indelas i fem serviceområden: tjänster för äldre, tjänster för barn, unga och familjer, gemensamma social- och hälsovårdstjänster, tjänster för personer med funktionsnedsättning och Västra Nylands räddningsverk. De fyra första leds av direktörerna för serviceområdet och räddningsverket av räddningsdirektören. Deras chef är direktören för välfärdsområdet. Även direktören för koncerntjänsterna och direktören för serviceproduktionen är underställda direktören för välfärdsområdet.

Centrala frågor i riktlinjerna och målen i välfärdsområdesstrategin var invånarnas välfärd och säkerhet, en hållbar förnyelse av tjänsterna, en välmående och eftertraktad arbetsgemenskap samt ett smidigt samarbete. Varje delområde har fyra till sju mål som ställts upp för fullmäktigeperioden. Strategiarbetet fortsätter med beredningen av servicestrategin, räddningsväsendets servicenivåbeslut och indikatorer för strategin under 2023.



## **Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet en utmaning också för välfärdsområdet**

Nästan 9 000 arbetstagare flyttar till välfärdsområdet. Tillgången till svenskspråkig personal innebär ytterligare utmaningar i området, men å andra sidan har välfärdsområdet ett särskilt ansvar för att stöda utvecklingen av svenskspråkiga tjänster i hela landet, vilket stärker det svenska språkets ställning i området. År 2021 gick en betydande arbetsinsats åt till specialarrangemang till följd av Covid-19-pandemin. Varje anordnare vidtog egna åtgärder för att svara på servicebehovet, till exempel utökade man den hyrda arbetskraften och effektiviserade rekryteringen, även internationellt.

Det råder brist på flera grupper av yrkesutbildade i området. Exempelvis den besvärliga rekryteringssituationen vad gäller socialarbetare ledde till att det blev svårare att göra bedömningar av servicebehovet inom utsatt tid. Läkersituationen vid hälsovårdscentralerna i området varierade. Vid en del hälsovårdscentraler rådde ingen läkarbrist alls, vilket delvis torde bero på skillnader i kommunernas rekryteringar.

De skärpta personaldimensioneringarna och vårdgarantin ökar trycket på att få personal. I strategin finns riktlinjer och verksamhets sätt som förbättrar personalsituationen. För välfärdsområdet har till exempel skapats en gemensam verksamhetsmodell och praxis för arbetsfördelningen mellan hemvården och hemsjukhuset. Dessutom utreds hur anskaffningen av vikarier och reservpersonal samt områdets gemensamma resurspool ska ordnas. Samarbetet med läroanstalter som utbildar yrkesutbildade personer intensifieras. I området skapades också ett koncept med karriärträning för läkare för att stöda läkarrekryteringen och tillsätta läkarvakanser.

## **I nationella projekt intensifierades samarbetet mellan kommunerna och skapades en god grund för att utveckla välfärdsområdet**

Det finns många aktörer inom välfärdsområdets och kommunernas samarbete, så situationen är mer utmanande än i många andra välfärdsområden. Å andra sidan har kommunerna i området redan länge samarbetat för att utveckla tjänsterna. Det har genomförts flera utvecklingsprojekt och pilotprojekt som involverar flera kommuner. Dessutom har alla kommuner i området under de senaste åren aktivt deltagit i nationella projekt, vilket har lett till att det regionala samarbetet samt förenhetligandet av verksamhets sätten och ledningsmodellerna har framskridit. Dessutom har området samarbetat inom serviceproduktion, upphandling och konkurrensutsättning.

Helheten av tjänster för barn, unga och familjer samarbetar på regional nivå intensivt med bland annat småbarnspedagogiken och skolorna. I arbetet med kontaktytor fästs särskild uppmärksamhet vid att främja välfärd och hälsa samt vid småbarnspedagogiken och läroanstalterna.

Tjänsterna för äldre har utvecklats sektorsövergripande och multiprofessionellt. Betydelsen av ett fungerande och sömlöst samarbete med de tjänster som blir kvar hos kommunerna och som stärker upprätthållandet av funktionsförmågan har framhävts. I området finns utmärkta verksamhetsmodeller särskilt tillsammans med kommunernas motions- och kulturtjänster samt organisationsaktörer. Å andra sidan utförs arbetet för att främja hälsa och välfärd på mycket olika sätt i kommunerna. Det saknades också en tät kontakt till organisationerna och det fanns ingen sektorsövergripande arbetsgrupp för främjande av hälsa och välfärd i området.

Hälsostationernas teammodeller stöder sektorsövergripande verksamhet och tjänsternas samverkan genom att göra teamen mer multiprofessionella och öka den sektorsövergripande verksamheten. Integrationen av social- och hälsovårdstjänster ökades också i servicevägarna. Tjänsterna utvecklades också tillsammans med HUS och distanskonsultation i realtid används i nästan hela välfärdsområdet.

I strukturreformprojektet stärktes samarbetet inom hela Nyland bland annat i fråga om strategisk styrning av den specialiserade sjukvårdens verksamhet och ekonomi, digitala tjänster och HYTE-helheten. Samarbetet omfattar också utveckling och centralisering av specialtjänster. Social- och hälsovårdsdirektörerna i

de fem områdena i Nyland har regelbundna samarbetsmöten både sinsemellan och tillsammans med HUS. Området har godkänt ett samarbetsavtal vars mål är att främja dialogen på strategisk nivå och samarbetet på operativ nivå mellan välfärdsområdena och Helsingfors stad. Samarbetsområdet har ännu inte inlett sin verksamhet.

## Mångsidiga integrationsmål för fullmäktigeperioden

Enligt de strategiska riktlinjerna bedrivs ett intensivt multiprofessionellt samarbete inom välfärdsområdet och med samarbetspartner, såsom kommuner, HUS-sammanslutningen, organisationer och företag. Målet är att skapa samarbetsmodeller med kommunerna, i synnerhet i fråga om tjänster för barn och unga, främjande av sysselsättningen samt invandartjänster. Det skapas strukturer för samarbetet med HUS-sammanslutningen och ställs upp mål för de gemensamma servicehelheterna. Aktörer vid kommunerna och inom den tredje sektorn arbetar tillsammans för att främja välfärd och hälsa samt förebygga problem. För att utveckla de svenskspråkiga social- och hälsovårdstjänsterna utarbetas en plan tillsammans med de övriga tvåspråkiga välfärdsområdena.

## Harmoniseringen av tjänster och verksamhetsmodeller främjar kundernas jämlikhet

Ordnanandet av tjänster i området har varit splittrat och det förekom utmaningar i tillgången till tjänster särskilt på grund av den vårdskuld och personalbrist som Covid-19-pandemin orsakade. År 2020 var många av invånarna i området missnöjda med tandläkar- och skötartjänsternas tillräcklighet. Å andra sidan var landets minsta andel i oktober 2021 tvungen att vänta över 21 dagar på att få komma till en tandläkarmottagning. Man klarade inte alltid av att hålla sig inom barnskyddets tidsfrister i området och det förekom också betydande skillnader mellan kommunerna vad gäller behandling av ansökningar om utkomststöd.

I fråga om tillgången till tjänster, tjänsternas tillgänglighet och servicekanalerna har man i området fastställt nya verksamhetsmodeller för tillgången till tjänster och för att bli kund. En ny contact center-lösning tas eventuellt i bruk. Det är viktigt att utveckla och utvidga modellen med familjecenter för att kunna samman slå tjänster och göra tillgången till tjänsterna smidigare. Servicebeskrivningarna för socialservicen framskred, men det finns skäl att fortsätta förenhetliga tjänsterna. De sektorsövergripande modeller för social- och hälsovårdsteam som har tagits i bruk i en del av välfärdsområdet främjar också tillgången. Tillgången till psykosociala metoder förbättrades och terapikoordinatorerna för projektet Första linjens terapier började hösten 2021.

Områdets koncept Ett värdigt slutskede i livet ökar kundernas jämlikhet i livets slutskede och förenhetligar den palliativa vården och vården i livets slutskede. Utvecklingen och förenhetligandet av rehabiliteringen för äldre framskred också. Inom servicen för äldre i Esbo används det mobila sjukhuset (LiSa).

Målen för fullmäktigeperioden är bland annat att stärka tjänster med låg tröskel i alla åldersgrupper samt att förbättra tillgången till tjänster inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna.

## I investeringsplanen förbereder man sig på att förenhetliga kund- och patientdatasystemen

Nästan alla kommuner i området uppvisade ett överskott tack vare statens coronastöd och den positiva utvecklingen av skatteinkomsterna. Enligt HUS ekonomiöversikt för januari–juli är prognosen för räkenskapsperiodens underskott 136 miljoner euro. HUS-sammanslutningens utgifter finansieras för Västra Nylands del med den statliga finansieringen till välfärdsområdena. HUS-sammanslutningens fullmakt att uppta lån för 2023 är cirka 1,3 miljarder euro, efter att man ansökt om en tilläggsfullmakt.

HUS har beviljats dispens för investeringar för nybyggnadsprojektet vid Jorvs sjukhus (232 miljoner euro) och för en enhet för boendeservice i Raseborgs stad (9,2 miljoner euro). I Södra Finlands samarbetsområde har man gått igenom investeringar under HUS ledning och inga överlappande upphandlingar konstaterades i behandlingen.

Västra Nylands välfärdsområdes investeringsplan för planperioden 2023–2027 är sammanlagt 314 miljoner euro. Tyngdpunkten i investeringarna inom den egna balansräkningen ligger på att förenhetliga kund- och patientdatasystemen och första inredning, som omfattar utrustning och apparater för hälso- och sjukvård. Området låter inte bygga lokaler i sin egen balansräkning, utan använder sig i huvudsak av hyreslokaler.

År 2020 var områdets nettoutgifter för social- och hälsovården per invånare 15 procent lägre än landets medelvärde. Områdets servicebehov var 16 procent mindre och social- och hälsovårdsutgifterna i förhållande till servicebehovet två procent större än i landet i genomsnitt.

Enligt finansministeriets finansieringskalkyler för september 2022 är den totala finansieringen till Västra Nylands välfärdsområde 1 637 miljoner euro. Befolkningens uppskattade behov av social- och hälsovårdstjänster för 2023 ligger under landets medelnivå, vilket också syns i områdets finansiering. Statens finansiering förblir i nästa skede på samma nivå som tidigare eftersom övergångsutjämnningen jämnar ut skillnaden mellan de kostnader som överförs och den kalkylerade finansieringen. På grund av den kommande åtstramningen av finansieringen blir det allt viktigare att ordna kostnadseffektiva tjänster.

## Befolkning och servicebehov

Västra Nylands välfärdsområde är till invånarantalet landets fjärde största anordnare av social- och hälsovårdstjänster. I slutet av 2021 hade området 479 000 invånare. Även befolkningstätheten är den fjärde största i landet (tabell 1). Befolkningen är starkt koncentrerad till Esboregionen. Enligt prognoserna hör befolkningsförändringarna till de största i landet. Invånarantalet kommer att öka med nästan 7 procent mellan 2021 och 2030 och i prognosen som sträcker sig till 2040 med 12 procent.

Befolkningen i området är ung jämfört med resten av landet. Andelen personer under 18 år och andelen personer i arbetsför ålder hör till de största i landet. Andelen personer över 75 år är bland de minsta i landet, men ökar precis som i resten av landet snabbt fram till 2030. Andelen svenskspråkiga invånare och invånare med utländsk bakgrund hör till de största i landet. Tolv procent av invånarna har svenska som modersmål och 15 procent något annat språk än finska eller svenska.

Antalet arbetslösa och svårssysselsatta är mindre än i landet i genomsnitt, och ungdomsarbetslösheten är den lägsta i landet. Långtidsarbetslösheten ligger på landets medelnivå och har blivit betydligt vanligare jämfört med tiden före Covid-19-pandemin, precis som i hela landet.

Andelen personer som hör till hushåll med låga inkomster är bland de lägsta i landet, men inkomstskillnaderna mellan hushållen är näst störst i hela landet. Många barnfamiljer fick utkomststöd under en längre tid. Av barnfamiljerna finns det dock färre familjer med endast en förälder än i landet i genomsnitt.

Enligt THL:s icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindex (2017–2019) är sjukfrekvensen i Västra Nyland klart lägre än genomsnittet. Andelen invånare i arbetsför ålder som får invalid- eller sjukpension är bland de lägsta i landet. PYLL-indexet som mäter antalet förlorade levnadsår hör till de lägsta i landet (figur 1).

Enligt områdets egen bedömning ökar servicebehovet på grund av vårdskulden till följd av coronapandemin, till exempel behövs det mer mentalvårds- och missbrukartjänster än tidigare. Dessutom kommer förändringen i befolknings- och åldersstrukturen att öka servicebehovet under de närmaste åren. Det faktum att befolkningen blir allt mer mångkulturell och att antalet personer över 75 år ökar bör beaktas i serviceutbudet.

Tabell 1. Grundläggande information om områdets befolkning

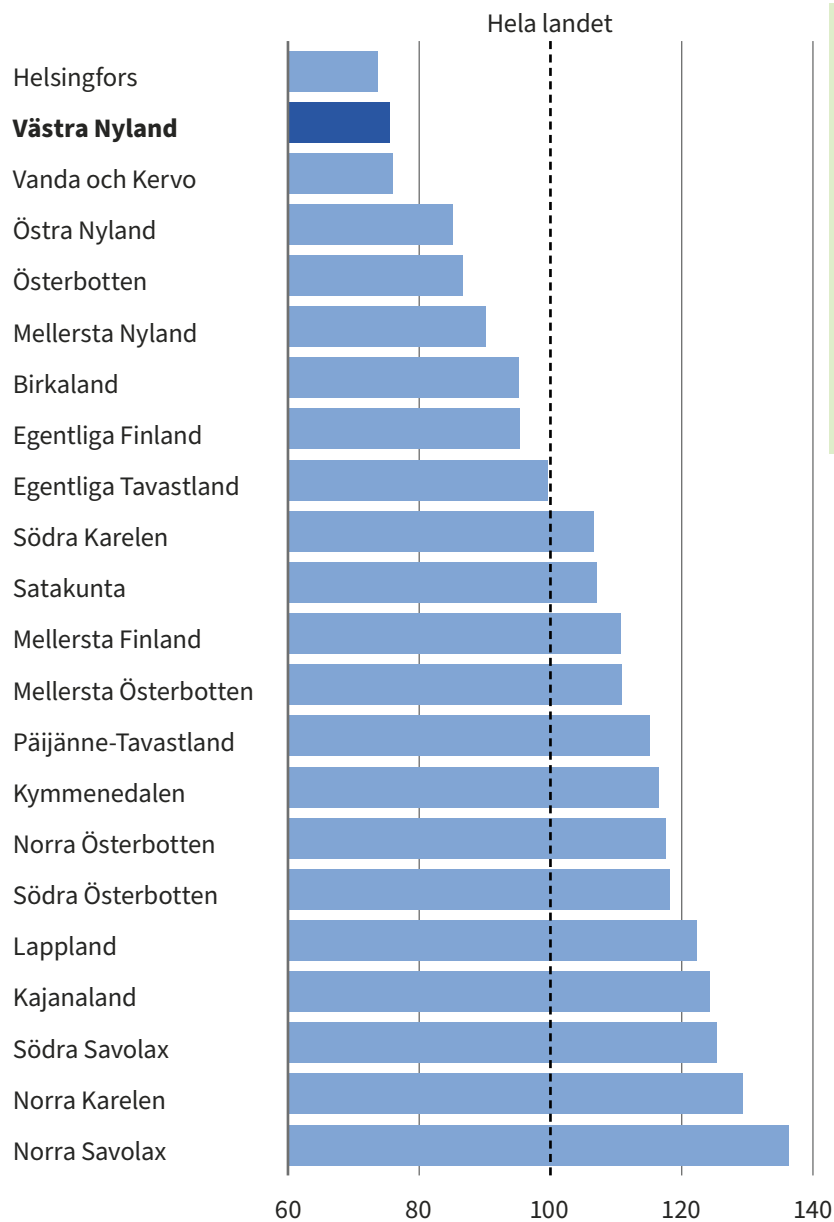
	Helsingfors	Östra Nyland	Mellersta Nyland	Västra Nyland	Vanda och Kervo	Södra Karelen	Kymmene-dalen	Päijänne-Tavastland	Hela landet (variationsintervall)
<b>Befolkningsstruktur</b>									
Befolkning 31.12	658 457	99 073	201 854	478 919	276 438	126 107	161 391	205 124	5 548 241 (67 915–658 457)
Befolkningsprognos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

\* 2020

\*\*2017–2019

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

Figur 1. THL:s icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindex



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

# Välfärdsområdets administrativa och funktionella uppbyggnad

Välfärdsområdets administrativa och funktionella uppbyggnad grundar sig bland annat på lagen om välfärdsområden.<sup>1</sup> Lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland innehåller i vissa frågor bestämmelser som avviker från de övriga välfärdsområdena.<sup>2</sup> Välfärdsområdesfullmäktige har godkänt välfärdsområdets förvaltningsstadga som innehåller bestämmelser om hur förvaltningen och verksamheten ska ordnas, om besluts- och förvaltningsförfarandet samt om tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna.<sup>3</sup> Välfärdsområdet leds i enlighet med välfärdsområdesstrategin, och utifrån den genomför området också en plan för servicenätet. I välfärdsområdesstrategin dras upp riktlinjer för hur tjänsterna i området ska ordnas och produceras.<sup>4</sup>

Välfärdsområdet är tvåspråkigt. Enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård ska de tvåspråkiga välfärdsområdena ingå ett samarbetsavtal för att garantera att de svenskspråkigas språkliga rättigheter tillgodoses inom social- och hälsovården. Egentliga Finlands välfärdsområde ansvarar för att koordinera utarbetandet av samarbetsavtalet i fråga. Västra Nylands välfärdsområde har fått den särskilda uppgiften att stöda utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster på svenska.<sup>4</sup>

## Annan struktur i Nyland än i de övriga välfärdsområdena

Västra Nylands välfärdsområde ordnar social- och hälsovårdstjänster, räddningsväsendets tjänster samt psykolog- och kuratorstjänster inom elevhälsan för invånarna i Esbo, Grankulla, Hangö, Högfors, Ingå, Kyrkslätt, Lojo, Raseborg, Sjundeå och Vichtis från och med den 1 januari 2023. Inrättandet av välfärdsområdet påverkar inte direkt räddningsväsendets eller social- och krisjourens tjänster eftersom Västra Nylands räddningsverk har varit verksamt sedan 2004 och den gemensamma social- och krisjouren i Västra Nyland sedan 2019.

I Nyland avviker ordnandet av specialiserad sjukvård från ordnandet i de övriga välfärdsområdena. HUS-sammanslutningen ordnar specialiserad sjukvård för Västra Nylands välfärdsområde. I stället för den nuvarande Samkommunen HNS, som består av 24 kommuner, grundades genom ett grundavtal mellan Helsingfors stad och Nylands välfärdsområden en ny välfärdssamkommun, HUS-sammanslutningen.<sup>5</sup> I organiseringsavtalet för HUS avtalade Helsingfors stad, Nylands välfärdsområden och HUS-sammanslutningen om den inbördes fördelningen av arbetet, samarbetet och samordningen av verksamheten för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster, om det inte föreskrivits särskilt om detta i lagen.<sup>2</sup> Beredningen av organiseringsavtalet för HUS pågår och beslut om avtalet fattas i början av 2023.

I Nyland föreslås att specialtjänsterna för personer med intellektuell funktionsnedsättning vid Eteva och Kårkulla, såsom psykiatri, neurologi och genetik för personer med intellektuell funktionsnedsättning och som kräver specialkompetens, bevaras som en helhet i välfärdsområdesreformen och centraliseras till HUS-sammanslutningen från och med den 1 januari 2023. Välfärdsområdet ordnar specialtjänster på basnivå och primärvårdstjänster som HUS-sammanslutningen stöder och kompletterar med konsultations- och bedömningstjänster.<sup>6</sup>

## Organisation av organ och personal

Social- och hälsovårdsväsendena i tio kommuner och Västra Nylands räddningsverk övergår till välfärdsområdets organisation. Välfärdsområdets förtroendeorgan är välfärdsområdesfullmäktige, välfärdsområdesstyrelsen, sex nämnder, en sektion, en kommitté och tre påverkansorgan (figur 2).

Välfärdsområdesstyrelsen, revisionsnämnden och välfärdsområdesvalnämnden lyder under välfärdsområdesfullmäktige. Under välfärdsområdesstyrelsen lyder nationalspråksnämnden, välfärdsområdesstyrelsens sektion för individärenden, tjänst- och resursnämnden, framtids- och utvecklingsnämnden, beredskaps- och säkerhetsnämnden samt HUS-styrningen. Den förhandlingskommitté för välfärdsområdesfullmäktige som välfärdsområdesstyrelsen tillsätter samordnar de politiska åsikterna före välfärdsområdesfullmäktiges sammanträden. Detta gör också välfärdsområdesstyrelsens förhandlingskommitté före välfärdsområdesstyrelsens sammanträden. Lagstadgade påverkansorgan är äldrerådet och rådet för personer med funktionsnedsättning och ungdomsfullmäktige.<sup>3</sup>

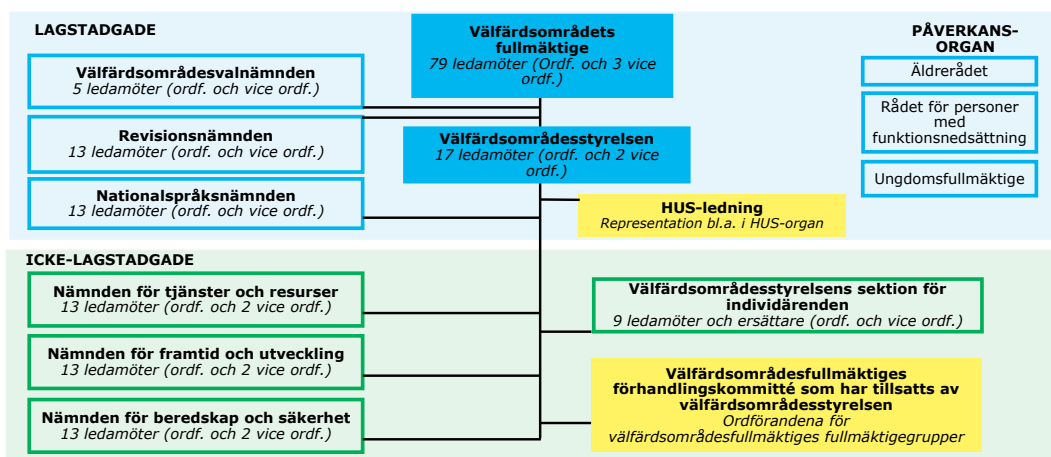
I ett tvåspråkigt välfärdsområde ska det finnas en nationalspråksnämnd, vars medlemmar väljs bland personer som tillhör välfärdsområdets språkliga minoritet. Nationalspråksnämndens ordförande har närvaro- och yttranderätt i välfärdsområdesstyrelsen.<sup>1</sup>

Genomförandet av integrationsmålet är ett strategiskt ansvarsområde för tjänst- och resursnämnden. Framtids- och utvecklingsnämndens strategiska ansvarsområde är att behandla och dra upp riktlinjer för bland annat forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet samt följa upp och utvärdera främjandet av välfärd och hälsa, samverkan med kommunerna samt den demografiska utvecklingen i området. Beredskaps- och säkerhetsnämnden följer upp och utvärderar välfärdsområdets riskhantering, räddningsväsendet samt servicesystemets funktion ur ett säkerhetsperspektiv.<sup>3</sup>

Figur 2. Västra Nylands välfärdsområdes organisationsstruktur för förtroendeorgan.

### Förtroendeorgansorganisationens struktur

Välfärdsområdesfullmäktige 7.3.2022 (Förvaltningsstadga I)



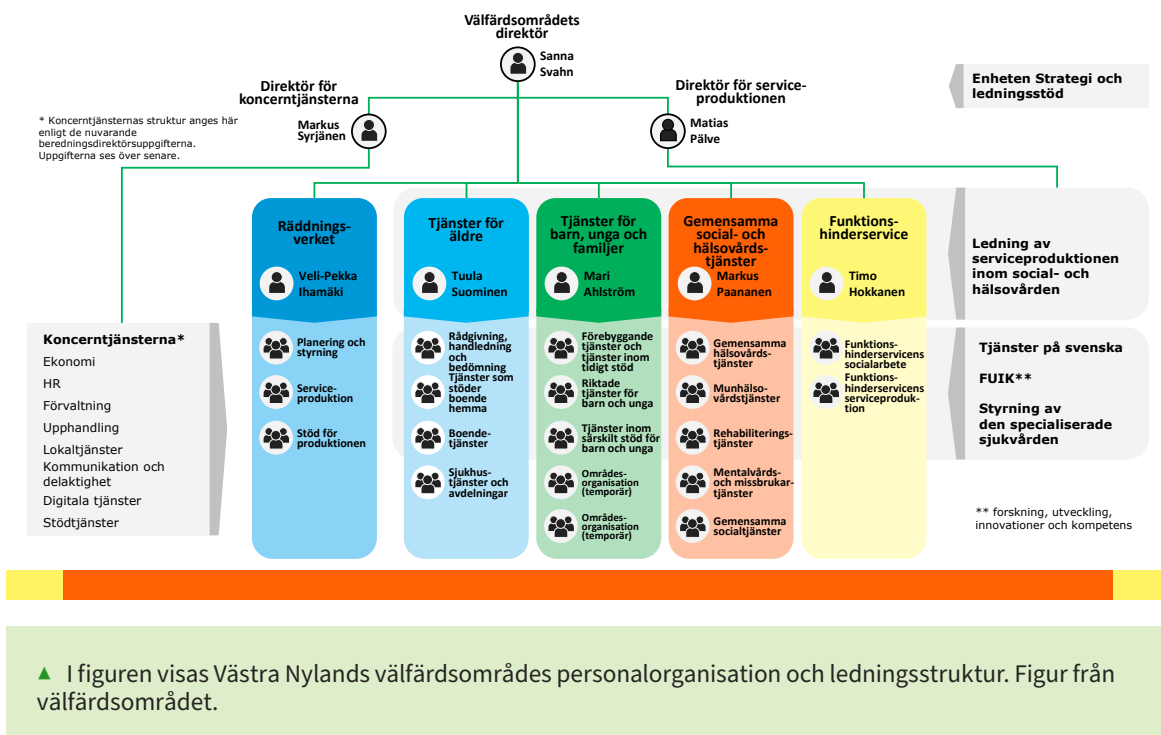
▲ I figuren visas Västra Nylands välfärdsområdes organisationsstruktur för förtroendeorgan. Figur från välfärdsområdet.



Verksamheten indelas i fem serviceområden: tjänster för äldre, tjänster för barn, unga och familjer, gemensamma social- och hälsovårdstjänster, tjänster för personer med funktionsnedsättning och Västra Nylands räddningsverk (figur 3). De fyra första leds av direktörerna för serviceområdet och räddningsverket av räddningsdirektören. Deras chef är direktören för välfärdsområdet. Även direktören för koncerttjänsterna och direktören för serviceproduktionen är underställda direktören för välfärdsområdet.<sup>3</sup>

Figur 3. Västra Nylands välfärdsområdes personalorganisation.

### Västra Nylands välfärdsområdes organisations- och ledningsstruktur



### Beredningen av välfärdsområdesstrategin var inkluderande

Välfärdsområdesstyrelsen började utforma välfärdsområdets strategi genom en analys av verksamhetsmiljön. Personalen, invånarna, organisationer, företag, kommuner och andra intressegrupper involverades i fastställandet av välfärdsområdets identitet och värdegrund. I workshopporna och webbarbetet fördjupade man sig i förändringar i verksamhetsmiljön, välfärdsområdets styrkor, säkerställandet av en säker övergång och värderingar för verksamheten. Strategin bereddes också i grupper som bildats av kommuner och samkommuner samt räddningsverket, vid flera möten med beredningspersonalen, vid samarbetsorganets möten och vid forum riktade till personalen. Strategiutkastet presenterades för välfärdsområdesstyrelsen och välfärdsområdesfullmäktiges förhandlingskommitté, som fortsatte behandla utkastet.<sup>7</sup>

I oktober godkände välfärdsområdesfullmäktige strategin och samtidigt de strategiska tyngdpunkterna samt de centrala långsiktiga målen, utifrån vilka budgeten och målen på årsnivå utarbetas. Under 2023 fortsätter strategiarbetet med beredningen av servicestrategin och räddningsväsendets servicenivåbeslut samt indikatorer för strategin. I dessa preciseras hur tjänsterna ska ordnas och produceras.<sup>8</sup>

## Välfärdssområdes värderingar är ”kundorienterat, jämlikt och ansvarsfullt”

Välfärdssområdes strategiska riktlinjer och mål är följande: 1) Vi främjar våra invånares välfärd och säkerhet. 2) Vi ordnar och förnyar tjänsterna på ett hållbart sätt. 3) Vi skapar tillsammans en välmående och eftertraktad arbetsgemenskap. 4) Vi når de bästa resultaten genom ett smidigt samarbete. Varje delområde har fyra till sju mål som ställts upp för fullmäktigeperioden, sammanlagt 22 mål.<sup>9</sup>

## Tjänsterna och servicenätet förblir i huvudsak oförändrade

Tjänsterna inom den öppna sjukvården och den öppna rehabiliteringen samt mentalvårds- och missbrukartjänsterna fortsätter och fungerar i början av 2023 på samma sätt som 2022. Avsikten är att välfärdssområdet i fortsättningen ska tillhandahålla fler mobila tjänster. Tjänsterna kommer även i fortsättningen att produceras av aktörer inom den offentliga, privata och tredje sektorn. Den privata serviceproduktionens andel förblir åtminstone i början oförändrad, en del konkurrensutsätts på nytt före ingången av 2023.

Utgångspunkten är att det nuvarande nätverket av hälsostationer bevaras. År 2024 färdigställs de nya social- och hälsocentralerna i Ingå och Sjundeå samt de nya familje- och hälsocentralerna i Esbo.<sup>10</sup> Familjecentrens verksamhetsområden har till en början indelats i sex familjecenterområden.<sup>11</sup> HUS sjukhus producerar tjänster inom den specialiserade sjukvården samt jour utanför tjänstetid även efter reformen.

I välfärdssområdet planeras att vissa tjänster ska produceras centraliserat. Sådana tjänster är till exempel mottagningsverksamhet utanför tjänstetid, bekämpning av smittsamma sjukdomar, medicinsk rehabilitering, digitala tjänster och mobila tjänster, distansmottagningar, tjänster på specialisttandläkarnivå och företagets lagstadgade företagshälsovård. I fråga om gemensam socialservice är social- och krisjouren redan verksam i hela området.<sup>11</sup>

Välfärdssområdet vill vara en föregångare när det gäller att utnyttja digitala applikationer och teknologi. År 2023 utarbetas en färdplan för digitala tjänster. Som ett led i genomförandet av servicestrategin inleds planeringen av välfärdssområdets lokaler, som stöder målen i servicestrategin och främjar balanseringen av ekonomin.<sup>9</sup>

## Harmoniseringen av tjänsterna har främjats i nationella projekt

I nationella projekt intensifierades samarbetet mellan kommunerna och skapades en god grund för att utveckla välfärdssområdet. Strukturreformprojektet och projektet Framtidens social- och hälsocentral hade i området en nära koppling till varandra och målen var enhetliga, med andra ord förenhetligades modellerna för regionalt samarbete, verksamhetsätt och ledning.<sup>12,13</sup> Social- och hälsovårdstjänsterna ligger på kommunernas ansvar fram till årsskiftet. Samordningen av verksamheten och till exempel harmoniseringen av arbetsuppgifterna sker i beredningsprojektet på båda sidor om övergångsskedet. I det fortgående projektet Framtidens social- och hälsocentral har man utvecklat flera verksamhetsmodeller och främjat harmoniseringen av tjänsterna. I området har man fått goda erfarenheter till exempel av modellen med teamhälsostationer och avsikten är att sprida verksamhetsmodellen inom välfärdssområdet.<sup>13</sup> Dessutom har man inom tjänsterna för äldre förenhetligat kriterierna och skapat gemensamma tjänster och verksamhetsätt, och tjänsterna för äldre som tillhandahålls i hemmet utvecklas i syfte att svara på befintliga och framtida utmaningar.<sup>14</sup>

År 2022 ordnade kommunerna hjälpmedelstjänster; en del av kommunerna producerade dem själva och en del hade utkontrakterat dem till HUS. Välfärdssområdet kommer i fortsättningen att ordna dessa tjänster på ett enhetligt sätt, antingen som egen verksamhet eller via HUS. Ärendet var under utredning. Man hade heller inte fastställt nivån på arvoden för närståendevård. Välfärdssområdesfullmäktige och välfärdssområdesstyrelsen beslutar om dem i sinom tid.

# Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet

## Arbetsgivaren ändras vid årsskiftet 2022–2023

Sammanlagt cirka 9 000 anställda inom social-, hälso- och sjukvårds- och räddningsväsendet vid områdets kommuner och samkommuner, kuratorer och psykologer inom skol- och studerandehälsovården samt stödtjänstpersonal flyttas till Västra Nylands välfärdsområde i början av 2023. I denna siffra ingår också anställda vid Eteva och Kårkulla som flyttas från specialomsorgsdistrikten. Cirka 400 anställda flyttas från räddningsväsendet. Flest arbetstagare, cirka 4 950 personer, flyttar till välfärdsområdet från Esbo stad.<sup>15</sup>

År 2021 påverkade Covid-19-pandemin fortfarande på många sätt personalsituationen hos anordnarna av social- och hälsovårdstjänster i området; till exempel rekryterades visstidsanställd personal till basservicen i Esbo.<sup>16</sup> Betydande arbetsinsatser gick åt till specialarrangemang orsakade av pandemin och dessutom krävde vaccinationsverksamheten som inleddes under året mycket resurser.<sup>16</sup> Tillsynsmyndigheten konstaterade också att test- och spårningsverksamhet i anslutning till Covid-19-pandemin samt antalet coronapatienter belastade verksamheten i hög grad under 2021.<sup>17</sup>

## Tillgången på personal har försämrats i flera yrkesgrupper

Läkarförbundet utredde läkarsituationen vid hälsovårdscentralerna i oktober 2021. Andelen helt obesatta läkaruppgifter av alla läkaruppgifter ökade något jämfört med året innan. Inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt var 10,5 procent av läkaruppgifterna obesatta och i hela landet uppgick andelen till 7,4 procent.<sup>18</sup> På hälsovårdscentralerna i Västra Nyland varierade situationen – vid en del rådde ingen läkarbrist alls.<sup>19</sup>

Tillgången till svenskspråkig personal innebär en extra utmaning. Välfärdsområdet har ett särskilt ansvar för att stöda utvecklingen av svenskspråkiga tjänster i hela landet, vilket är stärker det svenska språkets ställning i området.<sup>20</sup>

Yrkesbarometern berättar om arbets- och näringsbyråernas syn på utvecklingsutsikterna för de centrala yrkena inom den närmaste framtiden. Hösten 2022 rådde stor brist på allmänläkare, överläkare och specialister, tandläkare, audionomer och talterapeuter, specialister inom socialt arbete, sjukskötare och hälsovårdare samt närvårdare i Nylands område. Det rådde aningen mindre brist på överskötare och avdelningsskötare, psykologer, munhygienister och handledare och rådgivare inom det sociala området. Enligt yrkesbarometern var efterfrågan och utbudet i balans endast i fråga om några yrkesgrupper, till exempel fysioterapeuter, farmaceuter och förstavårdare inom sjuktransporten.<sup>21</sup>

## Man var tvungen att skära ned på funktionerna på grund av personalbrist

Esbo stad hade särskilda svårigheter att rekrytera läkare, psykologer, socialarbetare, närvårdare och sjukskötare inom hemvården.<sup>16</sup> Vid den barnpsykiatriska enheten i Esbo rådde en betydande personalbrist och därför kunde enheten inte ta emot nya klienter.<sup>16,17</sup> Den besvärliga rekryteringssituationen vad gäller socialarbetare gjorde det svårare att bedöma servicebehovet inom utsatt tid.<sup>16,17</sup> Tillsynsmyndigheten konstaterade att det fanns utmaningar i fråga om tillgången på arbetstagare som avlagt en högskoleexamen inom social- och hälsovård som lämpar sig för att arbeta vid enheten för vård utom hemmet. På grund av den långvariga personalbristen vid en barnskyddsenshet i området var man tvungen att stänga den ena bostadsenheten vid enheten, eftersom man trots rekrytering inte hade fått personal.<sup>17</sup>

Dessutom fanns det i hela Södra Finland sammanlagt 90 verksamhetsenheter där man inte hade kunnat uppfylla minimipersonaldimensioneringen enligt äldreomsorgslagen; det finns ingen separat information per välfärdsområde. Inom boendeservicen i Västra Nyland observerades utmaningar i fråga om antalet anställda och personalstrukturen. Utöver personaldimensioneringen har det förekommit brister i kompetensen och utbildningen bland personalen inom hemvården.<sup>17</sup>

## Tillgången på arbetskraft en utmaning även i fortsättningen

Pensionsavgångarna är lägst i Nyland i hela landet, men enligt Kevas prognos (2020–2025) kommer nio procent av personalen i Västra Nylands välfärdsområde att gå i ålderspension under fem års tid. Enligt Kevas arbetskraftsprognos för den kommunala sektorn som sträcker sig till 2030 kommer det att råda personalbrist i flera yrkesgrupper inom social- och hälsovården i Nyland, precis som i resten av landet.<sup>22</sup>

Centrala lagändringar som ökar behovet av personal är att personaldimensioneringen enligt äldreomsorgslagen stegvis höjs inom serviceboendet med heldygnsomsorg och institutionsvården samt att det maximala antalet klienter för en socialarbetare inom barnskyddet gradvis minskas fram till 2024.

För att lindra personalbristen inom hemvården utökades den hyrda arbetskraften i Esbo. Dessutom effektiviserades rekryteringsåtgärderna bland annat genom att man tog i bruk kontinuerlig rekrytering, men det fanns fortfarande få sökande. För att förbättra tillgången på arbetskraft inleddes ett pilotprojekt för att rekrytera filippinska skötare.<sup>16</sup> För att stöda rekryteringen av läkare och tillsätta läkarvakanser inleddes ett projekt där man skapade ett koncept med karriärträning för läkare.<sup>16</sup>

I det pågående projektet Framtidens tjänster som stöder boende hemma för äldre skapas för välfärdsområdet en gemensam modell för personalstrukturen för tjänster som tillhandahålls i hemmet och en modell för att säkerställa att personalen är tillräcklig. Målet är att skapa en gemensam verksamhetsmodell och praxis för arbetsfördelningen mellan hemvården och hemsjukvården i välfärdsområdet. Dessutom utreds ordnandet av anskaffning av vikarier och reservpersonal samt möjligheten till en gemensam resurspool och centraliserad arbetsfördelning för området. Även de tekniska lösningarna kartläggs.<sup>23</sup>

## I välfärdsområdets strategi lyfts personalens betydelse fram

I strategin räknas upp flera riktlinjer och verksamhetssätt som förbättrar personalsituationen: ”Tillsammans sörjer vi för arbetshälsan och värdesätter vår personals kompetens. Vi säkerställer tjänsternas kvalitet genom tillräckliga resurser och genom att utveckla våra anställdas kompetens. Vi främjar en ledarskapskultur som betjänar arbetsgemenskapen.”<sup>24</sup>

Följande mål för fullmäktigeperioden stöder riktlinjerna ovan: ”Västra Nylands välfärdsområde utvecklas till en konkurrenskraftig arbetsgemenskap med förmåga att locka till sig och hålla kvar personal. Tillgången på arbetskraft förbättras till exempel genom att man aktivt utnyttjar internationell rekrytering och intensifierar samarbetet med läroanstalter som utbildar yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Vi utvecklar systematiskt en gemensam, involverande och coachande arbetskultur. Vi satsar på att utveckla våra anställdas kompetens och arbetshälsa.”<sup>24</sup>

# Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder

## Lagstiftning och nationella mål

Välfärdsområdet ansvarar för att samordna kundernas social- och hälsovårdstjänster till helheter.<sup>25</sup> Välfärdsområdena förutsätts bland annat identifiera kundgrupper som behöver samordnade tjänster och omfattande tjänster, definiera servicekedjor och servicehelheter, samordna tjänsterna med de övriga tjänsterna i välfärdsområdet och se till att information om kunden utnyttjas mellan olika producenter. Dessutom ska välfärdsområdet samordna sina tjänster med kommunala och statliga tjänster och främja samordningen av tjänsterna med tjänster som tillhandahålls av andra aktörer.<sup>25</sup>

## Goda verksamhetsmodeller och lokala samarbetsrelationer ska bevaras och stärkas

Västra Nyland är ett splittrat område som först nu håller på att utvecklas till ett välfärdsområde. Det finns många aktörer i samarbetet mellan välfärdsområdet och kommunerna, så situationen har varit mer utmanande än i många andra välfärdsområden. Å andra sidan har kommunerna i området redan länge samarbetat för att utveckla tjänsterna. Det har genomförts flera utvecklingsprojekt och pilotprojekt som involverar flera kommuner. Dessutom har alla kommuner i området under de senaste åren aktivt deltagit i både strukturreformprojektet och projektet Framtidens social- och hälsocentral, vilket har lett till att det regionala samarbetet samt förenhetligandet av verksamhetssätten och ledningsmodellerna har framskridit.<sup>26,27</sup>

I området har man också samarbetat inom serviceproduktion, upphandling och konkurrensutsättning. Esbo har producerat tjänster vid social- och krisjouren med låg tröskel för hela området. Sjundeå och grannkommunerna konkurrensutsatte socialvårdens och barnskyddets öppenvårdstjänster tillsammans, och kommunerna i Västra Nyland genomförde tillsammans en upphandling av serviceboende med heldygnsomsorg 2020.<sup>28</sup>

Helheten av tjänster för barn, unga och familjer samarbetar på regional nivå intensivt med bland annat småbarnspedagogiken och skolorna. Överföringen av elevhälsans psykologer och kuratorer till välfärdsområdet har förberetts administrativt, men verksamheten fortsätter vid läroanstalterna och samarbetet med den övriga personalen inom elevhälsan intensifieras. Man satsar både på det gemensamma arbetet och på att utveckla servicekedjorna tillsammans med den övriga social- och hälsovårdsverksamheten.<sup>29</sup> I arbetet med att skapa kontakter fäster man särskild uppmärksamhet vid att främja välfärd och hälsa samt vid småbarnspedagogiken och läroanstalterna.

I flera kommuner i området har tjänsterna för äldre utvecklats sektorsövergripande och multiprofessionellt. Betydelsen av ett fungerande och sömlöst samarbete med de tjänster som blir kvar hos kommunerna och som stärker upprätthållandet av funktionsförmågan har framhävts. I området finns utmärkta verksamhetsmodeller särskilt tillsammans med kommunernas motions- och kulturtjänster samt organisationsaktörer. Ett nära samarbete särskilt med rehabiliteringstjänsterna, men också med andra servicehelheter, är viktigt för att man ska lyckas utveckla tjänsterna.<sup>29</sup>

Enligt tillsynsmyndigheten har arbetet för att främja hälsa och välfärd utförts på mycket olika sätt i kommunerna; alla hade till exempel inte välfärdscoordinatorer och någon hade flera sådana. Det fanns ännu ingen sektorsövergripande arbetsgrupp för främjande av hälsa och välfärd i området och det saknades en tät kontakt till organisationerna. Samarbetet med organisationerna hade ännu inte inletts våren 2021 och det fanns inga gemensamma verksamhetsmodeller och kontaktytor som främjar välfärd och hälsa mellan social- och hälsovårdsväsendet och andra aktörer.<sup>30</sup>

## Samarbete i Nyland

Under Covid-19-pandemin ökade samarbetet eftersom Nylands regionala coronasamordningsgrupp, huvudstadsregionens coronasamordningsgrupp samt gruppen för lägesbilder för kommunerna inom HUS-området utanför huvudstadsregionen sammanträdde regelbundet under 2021.<sup>30</sup>

Social- och hälsovårdsdirektörerna i de fem områdena i Nyland har regelbundna samarbetsmöten både sinsemellan och tillsammans med HUS. Området har godkänt ett samarbetsavtal vars mål är att främja dialogen på strategisk nivå och samarbetet på operativ nivå mellan välfärdsområdena och Helsingfors stad. Målet är att utveckla den gemensamma intressebevakningen och samarbetet i Nyland inom social- och hälsovårdstjänsterna samt räddningstjänsterna. Avtalet innebär inte att beslutanderätten överförs till de gemensamma organen och avtalet gäller till utgången av maj 2025.<sup>31</sup>

I organiseringsavtalet för HUS kommer man överens om den inbördes arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen av verksamheten för att ordna hälso- och sjukvårdstjänster, såvida det inte finns särskilda bestämmelser om dessa i lagen.<sup>32</sup> Beredningen av organiseringsavtalet för HUS pågår och beslut fattas i början av 2023. Samarbetsområdets verksamhet har ännu inte inletts.

Inom ramen för strukturreformprojektet samarbetade man bland annat kring den strategiska styrningen av den specialiserade sjukvårdens verksamhet och ekonomi, digitala tjänster och helheten för främjande av hälsa och välfärd.<sup>26</sup> Slutrapporten om styrningen av den specialiserade sjukvården innehåller en sammanställning av synpunkter kring styrmodellen och kärnprocesser, verktyg och åtgärder i anslutning till den. Förutsättningarna och kraven gällande de digitala tjänsternas interoperabilitet identifierades för hela Nyland. I arbetet med helheten för att främja hälsa och välfärd strävade man efter att hitta gemensamma modeller för samarbete och rapportering i Nyland.<sup>26</sup>

## Granskning av indikatorer som återspeglar integrationen

Största delen av de indikatorvärden som beskriver integrationen av tjänster i tabell 2 ligger på landets medelnivå eller högre i Västra Nylands välfärdsområde. Enligt THL:s enkät FinSote ansåg drygt hälften av dem som använt hälsovårdstjänster i området att servicen var smidig, vilket motsvarade samma nivå som i hela landet. Av dem som använt socialtjänster upplevde en större andel än genomsnittet att tjänsterna var smidiga. I regel verkar situationen vara bra i fråga om sjukdomar som i regel behandlas inom basservicen (astma, diabetes, KOL och hjärtsvikt), eftersom antalet vårdperioder på sjukhus var klart färre än i landet i genomsnitt. Detta kan tyda på att den vertikala integrationen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården fungerar och på att öppenvården har bättre förmåga att svara på servicebehoven. Återkommande perioder av avdelningsvård på grund av bipolär sjukdom var mer sällsynta än i landet i genomsnitt, men i fråga om schizofrenipatienter var de något vanligare än genomsnittligt. Färre hemvårdsklienter än genomsnittligt återvände till hemvården efter att ha fått akutsjukvård. I fråga om hemvårdsklienter över 75 år var andelen sjukhusvårdperioder som inletts på jousen bland de minsta i jämförelsen av välfärdsområdena. Antalet jourbesök inom primärvården i förhållande till invånarantalet var färre än genomsnittet.

Tabell 2. Indikatoruppgifter om integrationen av tjänsterna

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

\* 2020

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

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

## Utvecklingen av serviceinnehåll och servicestrategin har en central roll i integrationen av områdets social- och hälsovårdstjänster

I projektet Framtidens social- och hälsocentral utvecklas lättillgängliga och flexibelt samordnade tjänster enligt kundernas behov.<sup>33</sup> Till exempel de tjänster som tidigare verkade separat vid familjecentret – rådgivning, familjearbete och hemservice, tal- och ergoterapi, psykolog, familjerådgivning, socialarbete och barnatillsyn – förenas till ett tätt nätverk vid familjecentren. Verksamheten grundar sig uttryckligen på ett sömlöst samarbete mellan såväl olika tjänster som med samarbetspartner.<sup>29</sup> I projektet skapades också både en serviceväg för mentalvårdstjänster för unga och en mentalvårds- och missbruksväg för unga, och flera aktörer och tjänster har kopplats till båda dessa.<sup>34</sup>

I utvecklingen av mentalvårdstjänsterna samarbetade man också med HUS.<sup>29</sup> Enligt uppgifter från området har distanskonsultation i realtid hittills använts särskilt i frågor som gäller sårvård och neurologi, men även andra specialiteter erbjuds. Distanskonsultation i realtid används i nästan hela välfärdsområdet och den kommer att tas i bruk i hela Nyland.

När man skapade en verksamhetsmodell som skulle utvecklas för akuta situationer hos hemvårdsklienter fästes särskild uppmärksamhet vid samarbetet mellan hemvården, hälso- och sjukvården och socialservicen.<sup>29,35</sup> Under bearbetningen av processen för kundhandledning i välfärdsområdet observerades ett behov av att satsa på att utveckla sysselsättningsfrämjande tjänster samt strukturer och processer för multiprofessionellt samarbete.<sup>29</sup>

Enligt de strategiska riktlinjerna bedrivs ett intensivt multiprofessionellt samarbete inom välfärdsområdet och med samarbetspartner, såsom kommuner, HUS-sammanslutningen, organisationer och företag. Ett sömlöst samarbete säkerställer informationsgången samt att kundens tjänster är smidiga och kontinuerliga. Genom ett nära samarbete främjas också säkerheten och beredskapen inför gemensamma hot.<sup>36</sup> Enligt förvaltningsstadgan har framtids- och utvecklingsnämnden i uppgift att bland annat följa upp och utvärdera främjandet av välfärd och hälsa samt samarbetet med kommunerna medan tjänst- och resursnämnden har som strategiskt ansvarsområde att se till att integrationsmålet uppnås.<sup>37</sup>

Enligt tillsynsmyndigheten förekom det i hela Södra Finland (ingen separat information om varje välfärdsområde) utmaningar i samordningen av tjänsterna för kunder som behöver många tjänster, vilket syntes i tillgången till socialvårdstjänster. Ibland verkade det saknas en tydlig koordinator eller ansvarig instans.<sup>30</sup>

För fullmäktigeperioden har fastställts mångsidiga integrationsmål. Målet är till exempel att skapa arbetsmodeller med kommunerna, i synnerhet i fråga om tjänster för barn och unga, främjande av sysselsättningen samt invandrartjänster. Det skapas strukturer för samarbetet med HUS-sammanslutningen och ställs upp mål för de gemensamma servicehelheterna. Aktörer vid kommunerna och inom den tredje sektorn arbetar tillsammans för att främja välfärd och hälsa samt förebygga problem. Mångproducentskap främjas och tillsammans med de övriga tvåspråkiga välfärdsområdena utarbetas en plan för att utveckla de svenskspråkiga social- och hälsovårdstjänsterna.<sup>36</sup>



# Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet

## Nämnden drar upp riktlinjer för tjänsternas jämlikhet och tillgänglighet

Målen då man ordnar social- och hälsovårdstjänster är att producera tjänster som grundar sig på befolkningens behov, som är jämlika i fråga om tillgång och tillgänglighet, och som produceras nära kunden. Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet kan också tryggas genom att tjänsterna samlas till större helheter.<sup>38</sup> I programmet Framtidens social- och hälsocentral har man koncentrerat sig på att förbättra tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet i välfärdsområdet bland annat med hjälp av utvidgade servicekanaler.<sup>39</sup> Välfärdsområdet ställer i servicestrategin upp mål för att förbättra tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet.<sup>38</sup> Det strategiska ansvarsområdet för tjänst- och resursnämnden är att behandla och dra upp riktlinjer för ärenden som berör social- och hälsovårdstjänsternas jämlikhet och tillgänglighet, och den har också i uppgift att följa upp och utvärdera den specialiserade sjukvården.<sup>40</sup>

## Uppgifter i anslutning till covid-19-pandemin prioriterades

Tillsynsmyndighetens observationer stärkte den allmänna uppfattningen att Covid-19-pandemin orsakade utmaningar för kommunerna i fråga om att genomföra de lagstadgade social- och hälsovårdsuppgifterna. År 2021 förekom utmaningar med att få tillgång till primärvård; i övervakningen av tillgången till vård gavs till flera kommuner i Västra Nyland anvisningar om möjligheterna att få omedelbar kontakt och tillgång till vård inom den lagstadgade tidsfristen. Dessutom har tillsynsmyndigheterna 2022 gett kommunerna anvisningar om att ordna lagstadgade hälsoundersökningar så snart som pandemisituationen tillåter.<sup>41</sup>

## Harmoniseringen av tjänsterna framskred i området

Välfärdsområdet inleder sin verksamhet med nuvarande servicenät och lokaler i början av 2023. Utöver när-tjänster och mobila tjänster planerar man att producera en del av tjänsterna centraliserat i välfärdsområdet, vilket skulle förena servicekriterierna och främja tillgången till jämlika tjänster.<sup>42</sup> I projekt som utvecklar tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet samt servicekanalerna fastställdes nya verksamhetsmodeller för tillgången till tjänster och för att bli kund. Dessutom är avsikten att ta i bruk en ny lösning med ett contact center.<sup>39, 42</sup>

I enlighet med programmet för hållbar tillväxt har man planerat att utvidga användningen av den digitala applikationen för välbefinnande och tjänsten Omaolo, fortsatt att ta i bruk chatt- och kommunikationslösningar i realtid samt skaffat och tagit i bruk ett system för mätning och rapportering av kundupplevelsen. Alla dessa främjar en jämlik tillgång och förbättrar tillgängligheten. Området deltar också i nationella projekt, såsom det elektroniska familjecentret och digitala tjänster inom det sektorsövergripande servicekonceptet för välfärd.<sup>43</sup>

Tjänsterna kartlades och den allmänna servicebeskrivningen bearbetades framgångsrikt. Likaså lyckades kommunerna samarbeta i beredningsgrupperna, skapa en gemensam konsensus och uppnå en enhetlig vision.<sup>39</sup> Att förenhetliga tjänsterna för äldre var krävande eftersom skillnaderna i klientavgifterna, kriterierna för beviljande av tjänster, tjänsternas innehåll samt verksamhetssätten och tolkningarna var större än väntat.<sup>42</sup>

Tillgången till vård och vårdens jämlikhet förbättras också tack vare HUS tjänst för konsultationer i realtid som redan används och som utvidgas till hela välfärdsområdet.<sup>44</sup> Det mobila sjukhuset (LiiSa) som utvecklats tillsammans med HUS används inom tjänsterna för äldre i Esbo, men det finns ännu inget beslut om att utvidga verksamhetssättet.

### **Viktigt att informationen är tillgänglig också för personer med ett främmande språk som modersmål**

Esbo är områdets mest mångkulturella kommun och invandrarnas andel av befolkningen ökar. Information om social- och hälsovårdstjänster i Esbo och Grankulla finns på webbplatsen infofinland.fi, som förutom på finska och svenska även finns på tio andra språk.<sup>45</sup>

Ingå och Raseborg är svenskspråkiga kommuner. Vad gäller utvecklingen av de svenskspråkiga tjänsterna samarbetar man i hela Nyland. Inom den svenskspråkiga rådgivningen, handledningen, digitala tjänsten och telefonservicen samarbetar man över kommungränserna. Genom samarbetet möjliggörs distanskonsultationer på båda inhemska språken.

### **Servicebehovet ökade och tillgången varierade mellan kommunerna**

Inom många hälso- och sjukvårdstjänster var man på grund av Covid-19-pandemin tvungen att göra ändringar i verksamheten och skära ner på serviceproduktionen. Tillgången till flera tjänster försämrades. Även i socialtjänsterna för vuxna syntes en ökning av behovet av så kallade socialtjänster i sista hand, då man inom de primära tjänsterna inte kunde svara på klienternas behov på ett heltäckande sätt. Servicebehovet kunde inte bedömas inom de föreskrivna tidsgränserna, vilket också påverkades av den svåra situationen vad gäller rekrytering av socialarbetare.<sup>46</sup>

Bedömningarna av servicebehovet inom barnskyddet inleddes väl inom utsatt tid, men de slutfördes med fördröjning. Enligt tillsynsmyndigheten berodde fördröjningarna i ett par kommuner på brist på personalresurser, en oförutsedd ökning av antalet barnskyddsanmälningar och kontakter samt ett stort antal klienter och en stor arbetsmängd för personalen. Delvis berodde överskridningarna av tidsfristen också på felaktiga anteckningar, det vill säga de anställda hade inte fått tillräckliga anvisningar.<sup>41</sup>

I oktober 2021 överskred 1,5 procent av väntetiderna i Västra Nyland vårdgarantin (3 månader), det vill säga köer för icke-brådskande besök hos en läkare inom primärvården för bedömning av vårdbehovet. Andelen personer som väntat över sju dagar (58 %) var den tredje största i landet. Vid samma tidpunkt var landets minsta andel (16 %) tvungen att vänta över 21 dagar på att komma till tandläkarmottagningen. Andelen av befolkningen som väntat på specialiserad sjukvård i över sex månader var i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt den näst största i landet vid årsskiftet 2021.

Av de av välfärdsområdets invånare som väntat på att få komma till en läkarmottagning inom primärvården med anledning av ett icke-brådskande ärende våren 2022 fick 17–76 procent (uppgifter per kommun) komma till en fysisk mottagning och 30–89 procent till en distansmottagning inom sju dygn efter att de tagit kontakt (tabell 3). Skillnaderna mellan kommunerna var betydande och torde delvis bero på skillnader vad gäller kommunernas svårigheter att rekrytera hälsocentralläkare.

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

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

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

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

3 Uppgifter om kommunen Kuhmois ingår i Mellersta Finlands siffror

4 Uppgifter om Kronoby kommun ingår i Mellersta Österbottens siffror

5 Uppgifter om Simo kommun ingår i Norra Österbottens siffror

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

## Missnöje med tjänsternas tillräcklighet bland dem som behövt tjänster

Enligt en befolkningsenkät från 2020 hörde andelen västnylänningar som kände att de fått otillräckliga tjänster hos tandläkaren och på skötarmottagningen till de största i landet. Nästan var femte invånare ansåg också att läkartjänsterna var otillräckliga (tabell 4).

Fler än genomsnittet bland högstadieläverna i välfärdsområdet uppgav att de inte fått komma till skolkuratorn eller skolhälsovårdaren trots att de försökt. I fråga om gymnasister var situationen densamma när det gällde tillgången till skolhälsovårdare, men vid yrkesläroanstalterna var andelen densamma som i landet i genomsnitt. Vad gäller personer som behövt hemvårdstjänster för äldre och tjänster för barnfamiljer upplevde fler än i landet i genomsnitt att de fått otillräckliga tjänster. Även om färre personer än genomsnittligt bland dem som behövt tjänster för personer med funktionsnedsättning och tjänster inom det sociala arbetet, var andelarna stora, 39–40 procent (tabell 4). Missnöjet med de efterfrågade tjänsternas tillräcklighet var större än i landet i genomsnitt i fråga om största delen av tjänsterna.

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

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

Över landets medelvärde

Största andelen i landet

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

## Många utvecklingsåtgärder för att förbättra tillgången och jämlikheten

I området har man berett konceptet Ett värdigt slutskede i livet, som gör det möjligt för klienter inom serviceboende med heldygnsomsorg att få ett slutskede i livet enligt deras egna önskemål och rekommendationerna. Konceptet ökar också klienternas jämlikhet samt förenhetligar den palliativa vården och terminalvården i Västra Nyland. Vårdhemsportalen tog i bruk i alla kommuner i området.<sup>47</sup> Utvecklingen och förenhetligandet av rehabilitering för äldre framskred också.<sup>39</sup> Gemensamma bedömningskriterier för tillgången till service främjar också en jämlik tillgång till tjänster. Inom tjänsterna för äldre används RAI-bedömning och med hjälp av den har man bedömt nästan lika många personer som fyllt 75 år i Västra Nyland (16 %) som i landet i genomsnitt.

Inom tjänsterna för personer med funktionsnedsättning kartlades möjligheterna att förena och skapa en gemensam riktning för utvecklingen i området, till exempel att samordna de anvisningar som styr beviljandet av tjänster.<sup>42</sup>

Ett viktigt mål som förenar tjänsterna för barnfamiljer och gör tillgången till tjänsterna smidigare är att utveckla och utvidga modellen med familjecenter. I Lojo och Esbo finns familjecenter, dessutom används en nätverksliknande verksamhetsmodell i välfärdsområdet. Familjecentret knyter samman de aktörer som verkar inom området och den gemensamma utvecklingen av tjänsterna. Utöver de egentliga verksamhetsställena erbjuds tjänster i barnets och familjens vardagsmiljö samt på webben, vilket förbättrar tillgängligheten.<sup>42</sup> År 2021 kartlades de svenskspråkiga familjecentertjänsterna och en verksamhetsmodell för mötesplatser bereddes tillsammans med organisationsaktörer.<sup>47</sup>

Man lyckades bra med att behandla ansökningar om grundläggande utkomststöd som riktats till FPA inom sju dagar, precis som i hela landet. I genomsnitt genomfördes behandlingen av ansökningar till kommunerna i området väl (99 %), men den interna variationen i området var betydande i oktober 2021 (79–100 %).

Servicebeskrivningarna för socialservicen framskred och det är skäl att fortsätta förenhetligandet av tjänsterna bland annat inom tjänsterna för stöd för boende, social- och krisjouren, den integrationsfrämjande socialservicen, den sysselsättningsfrämjande servicen och det allmänna sociala arbetet och handledningen. Man kommer i större utsträckning att ta i bruk psykosociala metoder och verksamhetsmodeller för vuxna såväl på regional nivå som innehållsmässigt.<sup>39</sup> Tillgången till psykosociala metoder förbättrades och terapikoordinatorerna för projektet Första linjens terapier inledde sitt arbete hösten 2021.<sup>47</sup>

Målet med programmet Framtidens social- och hälsocentral är att förbättra en jämlik tillgång till tjänster samt tjänsternas rättidighet och kontinuitet.<sup>39</sup> Programmets mål främjas också av de sektorsövergripande modeller för social- och hälsovårdsteam som har tagits i bruk i en del av välfärdsområdet. Även hälsostationer som utkontrakterats till privata serviceproducenter använder samma typ av verksamhetsmodell. Teammodellerna stöder sektorsövergripande verksamhet och samverkan mellan tjänster genom att öka den multiprofessionella och sektorsövergripande aspekten i teamen. Modellen kan utvidgas till hela området.<sup>39,42</sup>

I Västra Nyland är målet med Finlands program för hållbar tillväxt fortfarande att främja invånarnas lika tillgång till tjänster och icke-brådsakande vård samt kontinuiteten i vården eller servicen. Projektet representerar områdets viktiga arbete mot jämlika och harmoniserade tjänster.<sup>43</sup>

Området anser att det är viktigt att tjänsterna under övergångsperioden är av minst samma kvalitet som tidigare och att den egentliga utvecklingen framskrider snabbare under de kommande åren. Det strategiska målet är att tjänsterna ska vara smidiga, tillgängliga och rättidiga och att man satsar på förebyggande åtgärder.<sup>48</sup>

Målen för fullmäktigeperioden är bland annat att stärka tjänster med låg tröskel i alla åldersgrupper samt att förbättra tillgången till tjänster inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna. Tyngdpunkter i servicestrategin som kommer att utarbetas under 2023 är dessutom effektivt förebyggande, högklassiga närtjänster, ökad kostnadseffektivitet samt effektivt utnyttjande av digitala och mobila tjänster.<sup>48</sup>

## Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering

Av de tio kommunerna i Västra Nyland uppvisade åtta ett överskott 2021. Överskottet för kommunerna i välfärdsområdet uppgick till sammanlagt 239 miljoner euro. Årsbidraget per invånare, som beskriver den interna finansierings tillräcklighet, var positivt i alla kommuner i området. Med undantag av Grankulla räckte kommunernas årsbidrag till för att täcka avskrivningarna och nedskrivningarna. Årsbidraget per invånare varierade från 398 euro i Högfors till 1 287 euro i Esbo, och för hela välfärdsområdet var årsbidraget 1 034 euro.

Den goda resultatutvecklingen påverkades avsevärt av statens stödåtgärder och skatteinkomsternas goda utveckling.<sup>49</sup> Under 2020–2021 stödde staten den kommunala sektorn med sammanlagt över 5 miljarder euro på grund av extra kostnader och inkomstbortfall orsakade av coronapandemin. Kommunerna och samkommunerna har drabbats av extra kostnader på grund av såväl vården av coronapatienter som av bland annat testning, vaccinationer och skyddsutrustning. På motsvarande sätt har pandemin ökat vård- och serviceskulden på grund av att resurser och verksamhet för icke-brådskande vård har skurits ned.

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

### Statens mångsidiga stödåtgärder på grund av Covid-19-pandemin

År 2021 uppgick de höjningar som beviljats Västra Nyland för statsandelen för basservice och för att höja samfundsskatteandelen till sammanlagt 71,7 miljoner euro (183 miljoner euro 2020). Kommunerna i Västra Nyland beviljades sammanlagt 106 miljoner euro i coronaunderstöd 2021. De understöd som beviljades Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt uppgick till cirka 75,6 miljoner euro 2021 (89,1 miljoner euro 2020), varav Västra Nylands andel i förhållande till grundkapitalet var 23,7 miljoner euro.<sup>50,51</sup>

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

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

## Sjukvårdsdistriktets ekonomi stärktes från året innan

År 2021 förbättrades resultatet för samkommunen Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt jämfört med året innan. Verksamhetsbidraget ökade med 8,3 procent och uppgick till 135 miljoner euro. Årsbidraget uppgick till 125 miljoner euro och räckte till för att täcka avskrivningarna och nedskrivningarna.<sup>52</sup> I den slutliga faktureringen till kommunerna återbetalade sjukvårdsdistriktet ett överskott på 57,4 miljoner euro till medlemskommunerna. Sjukvårdsdistriktet uppnådde slutligen ett överskott på 15 miljoner euro, med vilket motsvarande kumulativa underskott i balansräkningen täcktes.<sup>52</sup>

Enligt HUS ekonomiöversikt för januari–juli 2022 är underskottsprognosen för räkenskapsperioden 2022 136 miljoner euro.<sup>53</sup> Effekterna av det beredda sparprogrammet ingår i prognosen.

Samkommunen Eteva gottgjorde sina medlemskommuner med cirka 2 miljoner euro jämfört med resultatet för 2021 och uppvisade ett litet överskott efter returneringen och fondförändringen. Etevas verksamhet upphör i slutet av 2022 och dess personal och tjänster blir en del av sex olika välfärdsområdens verksamhet.<sup>54</sup> Kårkulla samkommun hade i balansräkningen ett underskott på 1,3 miljoner euro som inte täckts och det kommer att täckas före utgången av 2022 genom att underskottet faktureras av de 33 ägarkommunerna, av vilka åtta finns i Västra Nylands område.<sup>55</sup>

## Överföringen av projekt minskade sjukvårdsdistriktets investeringsutgifter

År 2021 uppgift HUS investeringsutgifter till 250 miljoner euro. Investeringarna i byggande uppgick till 184 miljoner euro medan investeringarna i utrustning och andra anläggningstillgångar uppgick till sammanlagt 65,9 miljoner euro. Investeringsutgifterna blev 41 miljoner euro mindre än det anslag som reserverats för investeringar (291 miljoner euro) på grund av att projekt flyttades och årsperiodiseringen ändrades. År 2021 var nio stora byggnadsinvesteringar i planerings- eller genomförandeskedet godkända av fullmäktige. Utöver det redan pågående tilläggsbyggandet av Brosjukhuset, Eksjukhuset, Dals samsjukhus och Pejjas sjukhus planeras bland annat ett nybygge i anslutning till Jorvs sjukhus.<sup>52</sup>

År 2021 beviljades Raseborgs stad dispens för investeringar i enheter för boendeservice (9,2 miljoner euro). HUS beviljades dispens för investeringar för nybyggnadsprojektet vid Jorvs sjukhus (232 miljoner euro) och renovering av operationsavdelningen vid Lojo sjukhus (5,2 miljoner euro), A-flygeln vid Kvinnokliniken (31,5 miljoner euro) och Mejlans rörpostsystem (6,3 miljoner euro). Dessutom ansökte Esbo stad 2022 om dispens för renovering av Esbovikens hälsostation (14,4 miljoner euro).

## Investeringsplan för social-, hälso- och räddningsväsendet i välfärdsområdet

Ekonomiplanen för Västra Nylands välfärdsområde 2023–2025 bereddes i övergångsskedet av välfärdsområdesreformen i samarbete med de nuvarande anordnarna av social- och hälsovård i området. Planeringen av investeringar är en del av beredningen av ekonomiplanen. Investeringsplanerna grundar sig i övergångsskedet i regel på de investeringsplaner som gjorts upp i kommunerna och som har styrts av kommunernas planer för serviceproduktionen. Välfärdsområdet utarbetar senare en egen servicestrategi och riktlinjer för servicenätet som grundar sig på den. Utifrån dessa riktlinjer preciseras senare de nuvarande planerna tillsammans med kommunerna och välfärdsområdets slutliga förbindelse till projekten ges. Västra Nylands välfärdsområde skaffar inga lokaler inom sin egen balansräkning, utan genom hyresavtal med kommuner eller andra aktörer.<sup>56</sup> Projektens hyreseffekt presenteras i social-, hälso- och räddningsväsendets investeringsplan och det reserveras anslag för dem i driftsekonomidelen.

De delplaner för social- och hälsovården och räddningsväsendet för planeringsperioden 2023–2027 som ingår i investeringsplanen för Västra Nylands välfärdsområde uppgår till sammanlagt 314 miljoner euro. De omfattar investeringar som ska upptas i den egna balansräkningen (156 miljoner euro) samt avtal som motsvarar investeringar (158 miljoner euro).<sup>57</sup> Kostnaderna per invånare i investeringsplanen för social-, hälso- och räddningsväsendet presenteras i figur 4.



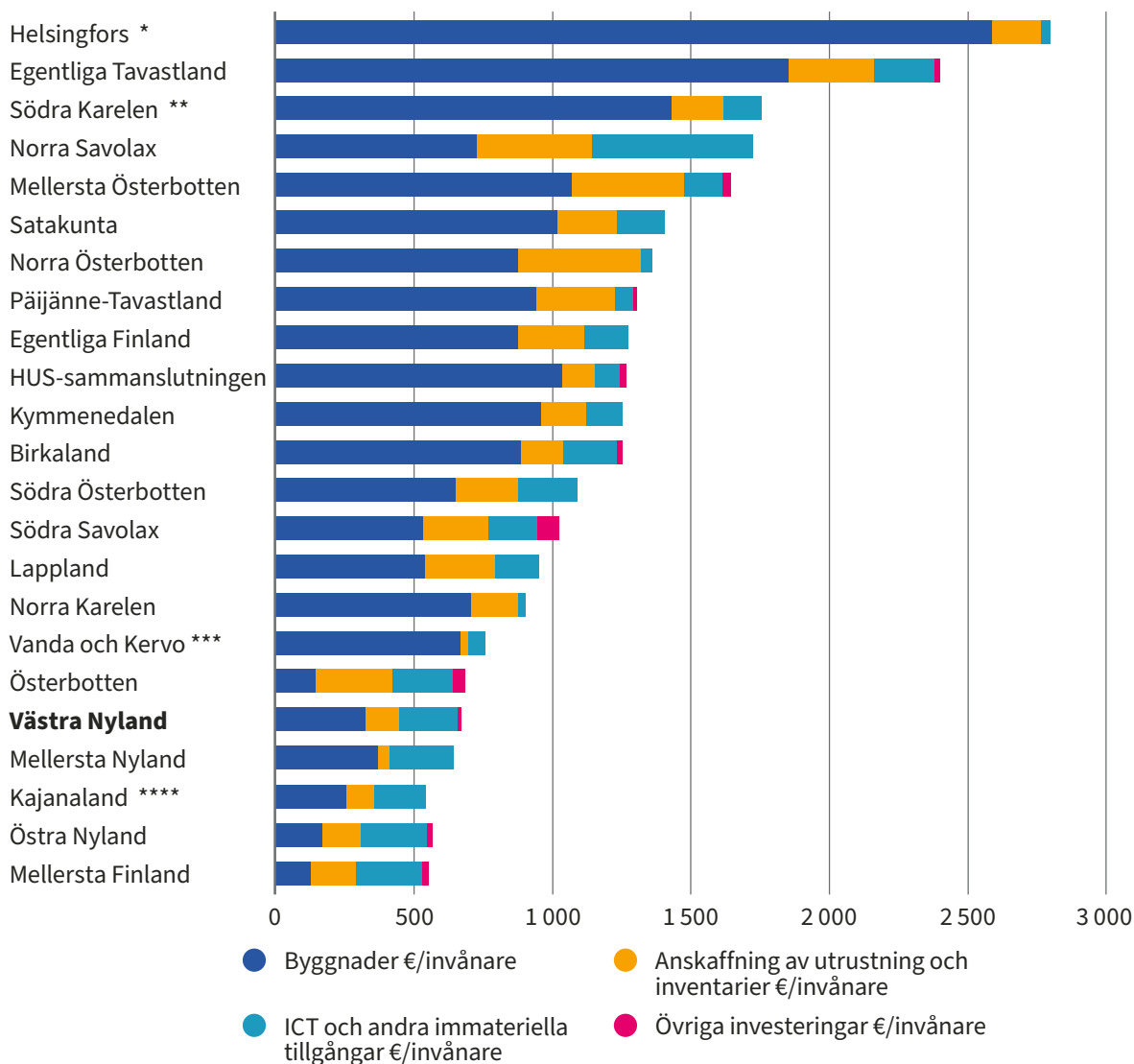
ICT-investeringarna uppgår under planperioden till 100 miljoner euro (24,6 miljoner euro år 2023). I samband med att kund- och patientdatasystemen förenhetligas eftersträvas för Västra Nylands välfärdsområde en funktionellt och arkitektoniskt enhetlig systemhelhet, som förbättrar den funktionella effektiviteten, utnyttjandet av digitaliseringen samt kostnadseffektiviteten. Det är fråga om en omfattande helhet och investeringen genomförs gradvis inom 4–6 år beroende på genomförandemodellen.<sup>56</sup>

Vad gäller anskaffning av utrustning och inventarier uppgår investeringarna under planperioden till 58,6 miljoner euro (22,7 miljoner euro år 2023). Största delen av investeringarna inom social- och hälsovården utgörs av första inredning samt utrustning och apparater för hälso- och sjukvård, till exempel sjukhusutrustning och tandvårdsenheter. För 2024 har man förberett sig på att de nya social- och hälsocentralerna i Ingå och Sjundeå samt de nya familje- och hälsocentralerna i Esbo ska stå färdiga och möbleras. Anskaffningarna av utrustning och inventarier inbegriper fordon och utrustning som är avsedda för räddningsverkets bruk. Till räddningsverket skaffas oljebekämpningsbåtar och olika fordon och dessutom förnyas befolknings-skyddslarmen regelbundet.<sup>56</sup>

I Södra Finlands samarbetsområde har man gått igenom investeringarna under ledning av HUS. Under behandlingen har konstaterats att det inte förekommer överlappande anskaffningar av lokaler, utrustning och inventarier.<sup>56</sup>

HUS-sammanslutningen anhöll om tilläggsfullmakt att uppta lån. HUS-sammanslutningens fullmakt att uppta lån för 2023 uppgår till cirka 1,3 miljarder euro.<sup>57</sup> Västra Nylands välfärdsområdes fullmakt att uppta lån för 2023 är 351 miljoner euro, vilket räcker för att täcka investeringarna enligt områdets investeringsplan för 2023.<sup>56,58</sup>

**Figur 4. Investeringsplan 2023–2027, bestående aktiva och avtal som motsvarar investeringar (euro per invånare)**



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

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

\*\* Preliminära uppgifter: Södra Karelen välfärdsområde, välfärdsområdesstyrelsen 15.9.2022

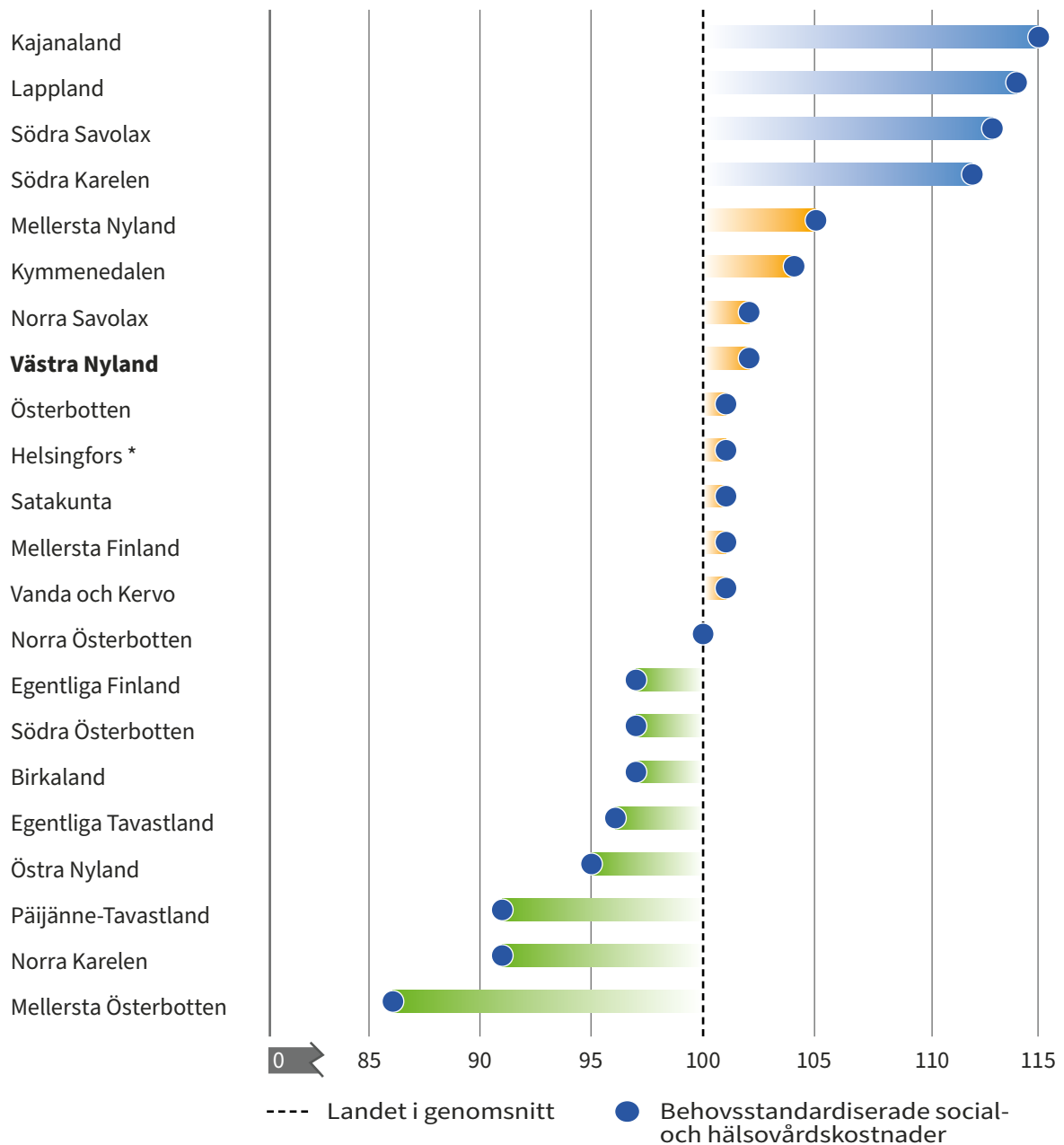
\*\*\* Preliminära uppgifter: Vanda och Kervo välfärdsområde, välfärdsområdesfullmäktige 22.11.2022, föredragningslista

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

## Utgifterna för social- och hälsovården i förhållande till servicebehovet högre än landets medelvärde 2020

De behovsstandardiserade utgifter för 2020 som THL publicerade 2022 har beräknats enligt en uppdaterad behovsstandardisering. De behovskoefficienter som använts vid beräkningen av de behovsstandardiserade utgifterna skiljer sig från beräkningen av de behovskoefficienter som ligger till grund för välfärdsområdenas finansiering, eftersom man i de förstnämnda granskar förhållandet mellan behovsfaktorerna och användningen av tjänsterna under samma år och i de senare förhållandet mellan behovsfaktorerna och den framtida användningen av tjänsterna.<sup>59</sup> År 2020 var nettoutgifterna för social- och hälsovården i genomsnitt 3 497 euro per invånare i hela landet. Nettoutgifterna för social- och hälsovården i Västra Nylands välfärdsområde var 2 986 euro per invånare, vilket är 15 procent lägre än i landet i genomsnitt. Servicebehovet i området var 16 procent mindre än i landet i genomsnitt och på motsvarande sätt var social- och hälsovårdsutgifterna i förhållande till servicebehovet två procent högre än genomsnittet (figur 5).<sup>60</sup>

Figur 5. Behovsstandardiserade utgifter 2020, index (Hela landet = 100)



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

\* Social- och hälsovård samt räddningsväsendet

## Kostnaderna som överförs till välfärdsområdet större än den kalkylerade finansieringen

Finansministeriet publicerade i september 2022 välfärdsområdenas finansieringskalkyler, som grundar sig på preliminära bokslutsuppgifter för 2021 och på budgetuppgifter för 2022. Utifrån bokslutsuppgifterna för 2022 justeras ännu den slutliga finansieringen för 2023, på basis av vilken välfärdsområdenas finansiering korrigeras en gång i början av 2024. I kalkylen har man utöver de kostnader som överförs även beaktat välfärdsområdenas nya uppgifter, välfärdsområdesindexet och servicebehovet. Tillägget för universitetssjukhus beaktas eventuellt först i finansieringen för 2024. Den totala finansieringen till Västra Nylands välfärdsområde 2023, som omfattar social- och hälsovården och räddningsväsendet, uppgår till cirka 1 637 miljoner euro, det vill säga 3 418 euro per invånare. Områdets kalkylerade finansiering är 1 631 miljoner euro och övergångsutjämnings andel 6,2 miljoner euro. Kostnaderna som överförs är alltså större än den kalkylerade finansieringen. Områdets finansiering per invånare ökar med 215 euro jämfört med finansieringsnivån 2022.<sup>61</sup>

Statens finansiering förblir i nästa skede på samma nivå som tidigare eftersom övergångsutjämnningen jämnar ut skillnaden mellan de kostnader som överförs och den kalkylerade finansieringen. Trots detta uppvisar budgeten för 2023 ett underskott, så området måste i fortsättningen hitta metoder för att balansera ekonomin. Enligt välfärdsområdets budgetproposition ger budgeten vid sidan av strategin riktlinjer för en hållbar verksamhet och ansvarsfull ekonomi i välfärdsområdet.<sup>62</sup>

# Metoder och kvalitetsbeskrivning

## Utvärderingens informationsunderlag

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

## Nationella KUVA-indikatorer och webbtjänsten Sotekuva

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

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

## Informationsunderlagets öppenhet, tillgänglighet och kvalitet

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

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

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

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

## Pågående utvecklingsarbete

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

Mer information om utvärderingen och informationsunderlaget: [thl.fi/arviointi](https://thl.fi/arviointi)

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

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

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

# Källor och bakgrundsmaterial som används i utvärderingen

## Välfärdsområdets administrativa och funktionella uppbyggnad

1. Lagen om välfärdsområden 611/2021. [Internetkälla](#).
2. Lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021). [Internetkälla](#).
3. Västra Nylands välfärdsområde. Förvaltningsstadga. Välfärdsområdesfullmäktige 16.6.2022 § 48 (gäller fr.o.m. 17.6.2022). [Internetkälla](#).
4. Lagen om ordnande av social- och hälsovård 612/2021. [Internetkälla](#).
5. Grundavtal för HUS-sammanslutningen. [Internetkälla](#).
6. Västra Nylands välfärdsområdesstyrelse, 12.9.2022 § 113. Kehitysvammaisten erityisen vaativien palvelujen järjestäminen Uudellamaalla 1.1.2023 järjestämisvastuun siirron jälkeen ja liikkeenluovutuksen valmistelun aloittaminen. [Internetkälla](#).
7. Västra Nylands välfärdsområdesstyrelse 10.10.2022 § 130. Hyvinvointialuestrategian hyväksyminen (AV). [Internetkälla](#).
8. Västra Nylands välfärdsområdesfullmäktige 25.10.2022. Esityslista. Hyvinvointialuestrategian hyväksyminen. [Internetkälla](#).
9. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen strategia. [Internetkälla](#).
10. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen investointisuunnitelma 2023–2026 ja 2024–2027. Välfärdsområdesfullmäktige 27.9.2022. Välfärdsområdesstyrelsen 12.9.2022. [Internetkälla](#).
11. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen osavuosikatsaus 1.1.–30.4.2022. [Internetkälla](#).
12. Länsi-Uudenmaan sote-rakenneuudistus -hankkeen loppuraportti. [Internetkälla](#).
13. Länsi-Uudenmaan Tulevaisuuden sote-keskuksen oma-arviointi, päivitetty lokakuussa 2022. [Internetkälla](#). Tabell. [Internetkälla](#).
14. Västra Nyland: Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut. [Internetkälla](#).

## Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet

15. Västra Nylands välfärdsområdesstyrelse 22.3.2022 § 21. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelle siirtyvien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen henkilöstöä, palkkakuluja ja lomapalkkavelkaa koskevan arvion selvitys ja esitys (sidan 122/462). [Internetkälla](#).
16. Esbo stad. Tilinpäätös 2021. [Internetkälla](#).
17. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Internetkälla](#).
18. Läkarförbundet (2022). Terveyskeskusten lääkärtilanne 2021. [Internetkälla](#).
19. Läkarförbundet (2022). Terveyskeskusten lääkärtilanne 6.10.2021. [Internetkälla](#).



20. Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021. [Internetkälla](#).
21. Yrkesbarometer för huvudstadsregionen II/2022. [Internetkälla](#).
22. KEVA. Tervetuloa tutustumaan kunta-alan henkilöstöön hyvinvointialueuudistuksen näkökulmasta. [Internetkälla](#).
23. Västra Nyland: Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut. [Internetkälla](#).
24. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen strategia. [Internetkälla](#).

## Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder

25. Lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021), 4 §. Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. [Internetkälla](#).
26. Länsi-Uudenmaan sote-rakennuudistus -hankkeen loppuraportti. [Internetkälla](#).
27. Länsi-Uudenmaan Tulevaisuuden sote-keskuksen oma-arviointi, päivitetty lokakuussa 2022. [Internetkälla](#). Tabell. [Internetkälla](#).
28. Sosiaali- ja terveystyöpalvelut Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella 2020.
29. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen osavuosisikatsaus 1.1.–30.4.2022. [Internetkälla](#).
30. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Internetkälla](#).
31. Samarbetsavtal mellan Helsingfors stad och välfärdsområdena i Nyland. Välfärdsområdesstyrelsen 10.10.2022 § 139. [Internetkälla](#).
32. Lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021). [Internetkälla](#).
33. Esbo stad, tilinpäätös 2021. [Internetkälla](#).
34. Nuorten mielenterveyspalvelujen palvelupolku. [Internetkälla](#).
35. Västra Nyland: Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut. [Internetkälla](#).
36. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen strategia. [Internetkälla](#).
37. Västra Nylands välfärdsområde. Förvaltningsstadga. Välfärdsområdesfullmäktige 16.6.2022 § 48 (gäller fr.o.m. 17.6.2022). [Internetkälla](#).

## Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet

38. Lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021), 4 §. Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. [Internetkälla](#).
39. Länsi-Uusimaa: tulevaisuuden sote-keskus. [Internetkälla](#).
40. Västra Nylands välfärdsområde. Förvaltningsstadga. Välfärdsområdesfullmäktige 16.6.2022 § 48 (gäller fr.o.m. 17.6.2022). [Internetkälla](#).
41. Etelä-Suomen aluehallintoviraston valvontahavaintoraportti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta vuonna 2021. [Internetkälla](#).
42. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen osavuosisikatsaus 1.1.–30.4.2022. [Internetkälla](#).
43. Länsi-Uusimaa – Suomen kestävä kasvun ohjelma. [Internetkälla](#).

44. HUS. Bokslut och verksamhetsberättelse 2021. Fullmäktige 16.6.2022. [Internetkälla](#).
45. Infofinland.fi. [Internetkälla](#).
46. Esbo stad, tilinpäätös 2021. [Internetkälla](#).
47. Tulevaisuuden sote-keskus. Oma-arvioinnin raportointi Länsi-Uudenmaan sote -hanke 15.11.2021. [Internetkälla](#).
48. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen strategia. [Internetkälla](#).

## Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering

49. Esbo stad, tilinpäätös 2021. [Internetkälla](#).
50. Social- och hälsovårdsministeriet. Kostnadsersättningar under coronaepidemin. [Internetkälla](#).
51. Finansministeriet. Coronastöd som betalats till kommunerna [Internetkälla](#).
52. HUS. Bokslut och verksamhetsberättelse 2021. Fullmäktige 16.6.2022. [Internetkälla](#).
53. HUS. Styrelsen 19.9.2022 § 137. HUSin toiminta ja talous 1–7/2022 (HUS/979/2022). [Internetkälla](#).
54. Eteva. Toimintakertomus ja tilinpäätös 2021. [Internetkälla](#).
55. Protokoll av Kårkulla samkommuns fullmäktige 14.6.2022 § 17. Vuoden 2021 tilinpäätös ja toimintakertomus. [Internetkälla](#).
56. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen investointisuunnitelma 2023–2026 ja 2024–2027. Välfärdsområdesfullmäktige 27.9.2022. Välfärdsområdesstyrelsen 12.9.2022. [Internetkälla](#).
57. Statsrådet. Statsrådet beslutade om ändring av HUS-sammanslutningens fullmakt att uppta lån. [Internetkälla](#).
58. Statsrådet. Fullmakter att uppta lån för 2023. [Internetkälla](#).
59. THL. Sote-palvelujen rahoituksen ja tarvetekijöiden tutkimus. [Internetkälla](#).
60. THL. Tarvevakioidut menot. [Internetkälla](#).
61. Social- och hälsovårdsreformen. Kommunernas och välfärdsområdenas finansieringskalkyler. [Internetkälla](#).
62. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen talousarvio vuodelle 2023 ja taloussuunnitelma vuosille 2023–2025 Aluehallituksen esitys 28.11.2022. [Internetkälla](#).