



Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa

Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2024

Katja Croell
Nina Knape
Jaana Leipälä
Tuulikki Louet-Lehtoniemi
Jutta Nieminen
Hannele Ridanpää
Nella Savolainen
Vesa Syrjä
Taru Syrjänen



Sisällys

Lukijalle.....	3
Asiantuntija-arvion johtopäätökset.....	4
Palvelutarpeen muutosten ennakointi	9
Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys	12
Kustannusten kehitys ja rahoituksen riittävyys	16
Palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja talouden hallintaa edistävät toimenpiteet	27
Erityisteema: Ikääntyneiden palvelut	34
Yhteistyöaluekohtainen tilannekuva	42
Arvioinnin tietopohja.....	50
Lähteet.....	51

Lukijalle

Vuoden 2023 alusta alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä ovat vastanneet 21 hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki. Lisäksi HUS-yhtymällä on erikseen säädetty erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu Uudellamaalla.

Osana valtakunnallista ohjausta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 30 §:n mukaan laatia vuosittain asiantuntija-arviot sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä hyvinvointialueittain, yhteistyöalueittain (YTA) ja valtakunnallisesti. Tämä syksyn 2024 valtakunnallinen asiantuntija-arvio tarjoaa tuoreen kokonaiskuvan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä maan viiden yhteistyöalueen sopimusvalmistelun ja käytännön yhteistyön rakentumisen tilasta.

Syksyn 2024 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtakunnallinen asiantuntija-arvio sisältää katsauksen väestön palvelutarpeen muutoksiin, henkilöstön riittävyyteen sekä kustannusten kehitykseen ja rahoituksen riittävyyteen. Asiantuntija-arvion painopisteenä ovat palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja talouden hallintaa edistävät toimenpiteet ja niiden eteneminen osana hyvinvointialueiden muutosohjelmia. Valtakunnallisen asiantuntija-arvion erityisteemana ovat ikääntyneiden palvelut.

THL:n laatimassa valtakunnallisessa asiantuntija-arviossa on hyödynnetty hyvinvointialuekohtaisten asiantuntija-arvioiden päähavaintoja sekä muita ajankohtaisia alueellisia ja valtakunnallisia selvityksiä ja tutkimuksia. THL julkaisee valtakunnallisen asiantuntija-arvion ja hyvinvointialuekohtaiset arviot samaan aikaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtakunnallinen asiantuntija-arvio on suunnattu tukemaan kansallisia ja alueellisia päättäjiä, viranhaltijoita ja asiantuntijoita. THL:n asiantuntija-arviot muodostavat vahvan perustan myös sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain laatimalle valtakunnalliselle selvitykselle sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta ja rahoituksen tason riittävydestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen asiantuntija-arvioita täydentää THL:n kesällä 2024 julkaisema [Johdon strateginen tilannekuva](#). Ensisijaisesti valtioneuvoston ohjauksen tarpeisiin räätälöityyn ja neljännesvuosittain päivittyvään palveluun on koottu strategisen tason kokonaiskuvaa hyvinvointialueiden tilanteesta. Kaikille avointa johdon strategista tilannekuvaa voivat hyödyntää myös hyvinvointialueiden strateginen johto ja päättäjät arvioidessaan oman hyvinvointialueensa onnistumista sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistehtävässä suhteessa muihin hyvinvointialueisiin.

Helsingissä 29.10.2024

Anu Niemi
Palvelujärjestelmäjohtaja

Nina Knape
Johtava asiantuntija

Asiantuntija-arvion johtopäätökset

lökkäimpien ihmisten määrä ja osuus väestöstä kaksinkertaistuvat vuoteen 2040 mennessä

Suomen väestö ikääntyy voimakkaasti. Yli 85-vuotiaiden osuus väestöstä kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä, mikä nostaa merkittävästi palvelutarvetta iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluissa. Absoluuttisesti eniten iäkkäiden määrä kasvaa Etelä-Suomen runsasväkisillä alueilla. Iäkkäiden väestöosuudet ovat nykytilanteessa ja myös vuonna 2040 muuta maata suurempia väestöään menettävillä Itä- ja Pohjois-Suomen alueilla.

Syntyvyys on jo vuosia vähentynyt merkittävästi, ja väestönkasvu perustuu pelkästään maahanmuuttoon. Maahanmuuttajataustainen väestö keskittyy pääkaupunkiseudun suurimpiin kaupunkeihin.

Väestön sairastavuudessa ja hyvinvoinnissa on edelleen suuria eroja alueiden välillä. Pohjois-Savossa, Pohjois-Karjalassa ja Kainuussa sairastavuus on suurinta, ja vähäisintä se on Uudenmaan alueilla ja Pohjanmaalla. Erityisesti nuorten hyvinvointi on heikentynyt kaikkialla maassa, ja syrjäytyminen on merkittävä riski. Myös elintapoihin liittyvät terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat kuormittavat palvelujärjestelmää.

Henkilöstön saatavuus edelleen haasteellista

Monista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien osaajista on pulaa, vaikka henkilöstön saatavuus on osin parantunut. Erityisesti hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden, kuten sosiaalityöntekijöiden, saatavuudessa on monin paikoin vaikeuksia. Toimialoista erityisesti ikäihmisten palvelujen henkilöstön saatavuus on useilla alueilla edelleen haastavaa. Myös reuna-alueille ja pienemmissä kunnissa sijaitseviin yksiköihin henkilöstön saaminen on monin paikoin vaikeaa. Vuokratyövoiman käyttö on edelleen yleistä, vaikka osa alueista on kyennyt vähentämään sitä vuoden 2024 aikana. Vuokratyövoiman kustannukset olivat vuonna 2023 suhteellisesti suurimmat Itä-Uudellamaalla.

Henkilöstön pito- ja vetovoimaa vahvistettu keinovalikoimaa laajentamalla ja tehostamalla

Alueet pyrkivät hidastamaan tarvetta lisätä sote-henkilöstön määrää keskittämällä fyysistä palveluverkkoa sekä laajentamalla digi- ja etäpalveluja. Alueilla on menossa lukuisia sote-alan henkilöstön veto- ja pitovoimaa parantavia ja vuokratyötä vähentäviä toimia. Palkkausta ja palkitsemista on kehitetty. Henkilöstön sisäistä liikkuvuutta ja työjärjestelyjen joustavuutta on pyritty lisäämään. Alueet ovat panostaneet rekrytointikampanjoihin, ja erityisesti hoiva-alalla lähes kaikilla alueilla panostetaan kansainväliseen rekrytointiin. Etenkin Pohjois- ja Itä-Suomessa hyvinvointialueet tekevät aktiivista rekrytointiyhteistyötä. Henkilöstöpulan helpottamiseksi on tarpeen edistää henkilöstön yhteiskäyttöä hyvinvointialueiden välillä. Alueet voisivat myös ruotsinkielisten palvelujen saatavuuden parantamisessa hyötyä tiiviimmästä yhteistyöstä. Alueet ovat uusineet vuokratyövoiman hankintasopimuksia aiempaa edullisemmiksi ja keskittäneet vuokratyön hankintaa koskevaa päätöksentekoa parantaakseen kustannusten hallintaa.

Vuokratyövoiman vähentäminen tulee kuitenkin tehdä hallitusti ja suunnitelmallisesti, jotta varmistetaan palvelujen saatavuus ja vältetään oman henkilöstön kuormittumista.

Palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset pienimmät Pohjois-Karjalassa ja suurimmat Pohjanmaalla

Hyvinvointialueiden vuoden 2023 yhteenlaskettu alijäämä oli yli 1,3 miljardia euroa. Helsingin kaupunki teki ainoana järjestäjänä ylijäämäisen tuloksen. Alijäämäisiä tuloksia selittivät inflaation ohella valtakunnallinen palkkaratkaisu, ostopalvelujen ja työvoimavuokrauksen käytön lisääntyminen, ostopalvelujen hinnankorotukset sekä vuokratason nousu. Monet hyvinvointialueiden alijäämien taustalla olevat tekijät, kuten palkkaratkaisu ja inflaatiokehitys, olisivat toteutuneet myös ilman sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtoa hyvinvointialueille.

Vuonna 2023 hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat 23,9 miljardia euroa. Asukaskohtaiset kustannukset olivat pienimmät ikärakenteeltaan nuorehkoilla Uudenmaan hyvinvointialueilla sekä Helsingissä. Suurimmat asukaskohtaiset kustannukset kohdentuivat väestörakenteeltaan ikääntyneille Etelä-Savon, Kainuun ja Lapin hyvinvointialueille.

Vuodesta 2019 vuoteen 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon reaaliset nettokäyttökustannukset kasvoivat eniten Vantaan ja Keravan (24 %) sekä Keski-Suomen hyvinvointialueilla (22 %). Palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat Keski-Suomessa maan toiseksi suurimmat Pohjanmaan jälkeen. Keski-Suomen hyvinvointialueella myös asukaskohtainen alijäämä sekä lainakanta olivat maan suurimpia. Vastaavasti Pohjois-Karjalassa palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat olleet maan matalimpien joukossa usean vuoden ajan. Samaan aikaan alueella on ollut vaikeuksia järjestää lakisääteisiä palveluja. Alkuvuoden 2024 aikana valvontaviranomaiset ovat antaneet Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle määräyksen saattaa sekä lastensuojelun asiakassuunnitelmat että erikoissairaanhoidon pääsy lainmukaisiksi.

Toiminnan ja talouden tasapainottamista on jatkettava tulevina vuosina

Kaikilla alueilla on laadittu suunnitelmia ja muutosohjelmia toiminnan ja talouden tasapainottamiseen. Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän muutosohjelmien kokonaissäästö tavoite vuosille 2024–2026 on yhteensä 2,8 miljardia euroa. Muutosohjelmien keinovalikoimassa on palvelutuotannon sisältöjen uudistaminen sekä säästöpainotteisia ja fuusiohyötyihin perustuvia toimia, joilla karsitaan päällekkäisiä kulurakenteita. Valtaosa alueista on asettanut tavoitteeksi myös oman tuotannon osuuden kasvattamisen. Kaikki hyvinvointialueet eivät ole asettaneet oman tuotantonsa osuudelle tavoitetasoa, mutta usealla alueella riittävää oman tuotannon tasoa arvioidaan osana palvelustrategiaa tai palveluverkkosuunnitelmaa.

Hyvinvointialueiden laatimien muutosohjelmien hidaskäyttö on viivästyttänyt talouden tasapainottamista. Lisäksi niiden vaikutukset hyvinvointialueiden kustannuskehitykseen näkyvät vasta viiveellä. Hyvinvointialueuudistuksen onnistumista tuleekin arvioida paitsi talouden myös palvelujen sisällöllisen ja rakenteellisen uudistamisen perusteella ja ottaa huomioon, että niiden käytäntöön vieminen vaatii aikaa.

Kuluvana vuonna hyvinvointialueiden alijäämäkehitystä ei ole saatu taitettua, joten talouden tasapainottaminen vuoden 2026 loppuun mennessä näyttää valtaosassa alueita

epätodennäköiseltä. Vahvin taloudellinen tilanne on Helsingin kaupungilla, joka hyötyy myös rahoitusmallin mahdollistamasta jälkikäteistarkastuksesta vuoden 2023 positiivisesta tuloksesta huolimatta. Kustannusten kasvun taittamiseksi alueiden onkin välttämätöntä jatkaa edelleen toiminnan ja talouden tasapainottamista.

Palveluverkkoja ja -kanavia on uudistettava, mutta kivijalkapalveluitakin tarvitaan

Palvelujen mukauttaminen käytettävissä oleviin voimavaroihin on mittava urakka kaikille hyvinvointialueille, samalla kun uudistettavien palveluverkkojen suunnittelun tulisi pohjautua väestön palvelutarpeisiin. Palveluverkkoa koskeva päätöksenteko ja toimeenpano ovatkin osoittautuneet vaikeiksi ja hitaiksi monilla alueilla, esimerkiksi Itä-Uudellamaalla ja Satakunnassa.

Toimintansa tehostamiseksi hyvinvointialueet keskittävät niin sanottuja kivijalkapalveluja aikaisempaa suuremmiksi kokonaisuuksiksi sekä lisäävät digitaalisia ja liikkuvia palveluja. Kivijalkapalvelujen vähentäminen ja niitä korvaavien palvelujen lisääminen vaativat kuitenkin kokonaisvaltaista suunnittelua ja seurantaa. Liikkuvia ja digitaalisia palveluja kehitettäessä on tarpeen huomioida sekä hyvinvointialueiden maantieteelliset erityispiirteet että asiakasryhmät, joille digitaalisten palvelujen käyttö on haasteellista (ikäntyneet, pitkäaikais- ja monisairaat, vähemmistöt, vähän koulutetut). Uusia digitaalisia palveluja käyttöön otettaessa onkin turvattava riittävä tuki palveluja käyttäville asiakasryhmille. Samalla on huomioitava myös väestöryhmät, jotka digilaitteiden puuttumisen vuoksi ovat kokonaan kyseisten palvelujen ulkopuolella.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen yhdyspintatoiminta on vakiintunut suurimmalla osalla hyvinvointialueista. Yhteistyötä vaikeuttaa henkilöstöressurssien ja järjestöavustusten väheneminen. Yhdyspintatyössä on syytä priorisoida yhteistä tilannekuvatietoa, päällekkäisyyksien karsimista ja vastuista sopimista. Tämä edellyttää vahvaa yhteistyön ohjausta ja johtamista.

Perus- ja erityistason palvelujen tarve kasvaa

Pääsy kiireettömään perusterveydenhuoltoon on parantunut. Hoitajan ja lääkärin vastaanotolle pääsy on helpottunut etenkin moniammatillisten tiimimallien laajentumisen ja etävastaanottojen ansiosta. Tiimimalli on lisännyt hoitajakontakteja ja vähentänyt lääkärikontakteja. Vuonna 2023 neljännes kaikista perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä toteutui etänä. Palvelujen saatavuudessa on kuitenkin edelleen alueellisia eroja. Lääkärin vastaanotolle pääsi parhaiten tammi-elo-uussa 2024 Satakunnassa ja Keski-Uudellamaalla, heikoimmin Helsingissä sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella.

Perusterveydenhuollon hoitotakuuaika pitenee vuonna 2025. Muutos saattaa lisätä hoitovelkaa ja palvelutarvetta, myös erikoissairaanhoidossa, joten palvelujen saatavuutta turvaavia toimenpiteitä on syytä jatkaa. Lisäksi valtakunnallinen sairaalaverkon uudistus keskittää ympärivuorokautista päivystystä keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin, ja perusterveydenhuollon toimintaa tulisi mukauttaa muutokseen varmistamalla etenkin kiirevastaanottojen riittävä tarjonta.

Lähetteet kiireettömään erikoissairaanhoidon ovat lisääntyneet. Huhtikuussa 2024 lähes viidennes potilaista oli odottanut hoitoon pääsyä yli puoli vuotta. Lasten- ja nuorisopsykiatrian

palvelutarve on edelleen kasvanut. Siihen tulisi vastata jatkamalla perustason mielenterveyspalvelujen vahvistamista.

Uudenmaan erillisratkaisu on osoittautunut työlääksi ja hallinnollisesti raskaaksi erikoissairaanhoidon järjestämisen malliksi. Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän yhteistyö on monimutkaista, ja resurssien irrottaminen yhteistyön edellyttämälle tasolle on vaikeaa osapuolten voimavarojen vähentyessä. Yhteistyön rakenteita, toimintatapoja ja resursseja onkin arvioitava yhteistyössä. Alueellinen yhteistyö saattaisi hyötyä pitkän tähtäimen strategisesta suunnitelmasta.

Lasten ja nuorten sosiaalihuollon palvelujen saatavuus suuri haaste

Lapsiperheiden palveluja integroivat perhekeskukset yleistyvät. Lapsiperheiden tuelle ja matalan kynnyksen palveluille on suuri tarve, sillä lastensuojeluilmoitukset ovat edelleen lisääntyneet. Lastensuojelun asiakasmitoitus tiukkeni 1.1.2024. Huhtikuussa 2024 lastensuojelun sosiaalityöntekijän enimmäisasiakasmäärä (30) ylittyi noin kolmanneksella työntekijöistä. Eniten ylityksiä oli Pohjanmaalla, Päijät-Hämeessä ja Satakunnassa. Etelä-Karjalassa, Helsingissä ja Keski-Pohjanmaalla ylityksiä ei ollut. Kun lastensuojelun henkilöstöpula ja palvelutarve eivät näytä helpottuvan ja asiakasmitoitus on tiukentunut, alueiden haasteet toteuttaa lakisääteiset lastensuojelupalvelut kasvavat entisestään.

Ikääntyneiden palveluissa keskeisenä tavoitteena rakenteen keventäminen

Nopeasti ikääntyvän ja yhä vanhemmaksi elävän väestön kasvava palvelutarve sekä lisääntyvä pula työntekijöistä lisäävät painetta uudistaa ikääntyneiden palveluja. Hyvinvointialueiden strategisissa linjauksissa korostuukin voimakkaasti pyrkimys keventää palvelurakennetta. Tavoitteeseen pyritään vahvistamalla matalan kynnyksen neuvontaa ja ohjausta sekä ennaltaehkäiseviä palveluja. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhdyspintatyössä kuntien ja kolmannen sektorin kanssa on kuitenkin vielä terävöittämisen varaa.

Palveluohjausta on organisoitu keskitetympin, ja toimintamalleja on yhdenmukaistettu. Palvelutuotannon painopiste on siirtymässä yhä enemmän kotiin ja arjen ympäristöön vietäviin palveluihin, joiden myötä ikääntyneet asuvat kotonaan yhä pidempään. Etähoivaa ja teknologiaa hyödynnetään yhä laajemmin. Lisäksi on lisätty integroituja lähipalveluja ja liikkuvia palveluja. Muutos näkyy päivystyksenä alkaneiden sairaalajaksojen vähenemisenä.

Alueilla lisätään yhteisöllistä asumista ja samalla vähennetään ympärivuorokautisen palveluasumisen osuutta. Palvelurakenne ei ole kuitenkaan merkittävästi vielä keventynyt, ja esimerkiksi yhteisöllisen asumisen yleistymistä hidastaa muun muassa soveltuvien tilojen puute. Myös palvelukonsepti on osin kehittymätön. Huolimatta kotihoidon ensisijaisuudesta ikääntyneiden säännöllisenä palvelumuotona, sen osuus on vähentynyt. Kehityssuunta on huolestuttava, kun otetaan huomioon, että suuret ikäluokat ovat vasta siirtymässä palvelun käyttäjiksi.

Ikääntyneiden pääsy tarpeenmukaisiin palveluihin on varmistettava talouden tasapainottamistoimista huolimatta

Ikääntyneiden palvelurakennemuutoksessa tulisi vahvemmin huomioida tarkoituksenmukainen henkilöstömitoitus ja -rakenne sekä työhyvinvointi. Samaan aikaan, kun palvelujen myöntämisen kriteeristöä yhdenmukaistetaan ja osin kiristetäänkin, ikääntyneiden palvelujen asiakkaat tarvitsevat entistä enemmän hoivaa ja toimintakykyä tukevaa toimintaa. Talouden tasapainottamisen tavoitteet ovat kunnianhimoiset, ja muutostahti on nopea. Alueiden tulisivikin varmistaa kompensoivien palvelujen saatavuus ja laatu ennen ympärivuorokautisten palvelujen karsimista. Toisaalta myös pääsy raskaampiin palveluihin tulee turvata palvelutarpeiden niin edellyttäessä.

Kustannuksia analysoimalla on mahdollista päästä kokonaistaloudellisempiin ja inhimillisiin ratkaisuihin etenkin paljon eri palveluja tarvitsevien iäkkäiden kohdalla. Ikääntyneiden toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa hyödynnettävän RAI-arvioinnin yleistyminen vahvistaa tiedolla johtamista ja mahdollistaa palvelutarpeiden ennakoinnin. Tärkeää on myös löytää ne ikääntyneet, jotka eivät hoivan tarpeesta huolimatta hakeudu palveluihin.

THL:n ennakkolistien laskelmien mukaan palvelutarpeeseen suhteutetut ikääntyneiden palvelujen kustannukset olivat vuonna 2023 suurimmat Lapissa ja pienimmät Päijät-Hämeessä. Matalia kustannustasoja on erityisesti jo aiemmin järjestäytyneillä alueilla, joissa on ehditty kehittää ja yhtenäistää palveluja sekä myös tiukennettu palvelujen myöntämisperusteita. Ikääntyneiden määrän ja palvelutarpeiden kasvuun peilaten tilanne näyttää osin jo palvelujen aliresursoinnilta. Huolenaiheeksi nousee, hoidetaanko osaa ikääntyneistä jo liian kevyissä palveluissa ja jääkö osa kokonaan ilman tarvitsemiaan palveluja.

Yhteistyöalueiden yhteistyö muotoutumassa

Sisä-Suomen ja Länsi-Suomen yhteistyöalueiden yhteistyösopimukset (YTA-sopimukset) hyväksyttiin kesällä 2024. Pohjois-Suomen YTA-sopimuksen päivitys sekä Itä-Suomen ja Etelä-Suomen YTA-sopimukset hyväksyttäneen vuoden 2024 aikana. Kaikki kaksikieliset hyvinvointialueet, HUS-yhtymä ja Helsinki ovat hyväksyneet keskinäisen yhteistyösopimuksensa.

YTA-valmiussuunnitelmat valmistuvat vuoden 2025 aikana, ja niissä on huomioitu kansalliset ohjeet ja riskinarviointi. Valmiuskeskusten tilannekuviissa on vajeita. Valmiuskeskukset kaipaavatkin lisää voimavaroja ja kansallista ohjausta yhdenmukaisen toiminnan kehittämiseen.

Tukipalveluihin, tietojohdantamiseen, digiratkaisuihin ja muihin ICT-palveluihin liittyvä yhteiskehittäminen ja hankinta nähdään yhteistyöalueilla tärkeäksi. Yhteistyöalueiden yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinta on vielä kaukana muun muassa erilaisten järjestelmäarkkitehtuurien ja järjestelmien elinkaarien vaiheiden vuoksi.

Yhteistyöalueilla tutkimuksen, koulutuksen, kehittämisen ja innovaatioiden (TKKI) rakenteet ja yhteistyökäytänteet ovat vahvistumassa valmisteilla olevien strategioiden myötä. Palvelujärjestelmään ja perustason palveluihin painottuva tutkimus- ja kehittämistoiminta on pisimmällä yliopistollista sairaalaa ylläpitävillä hyvinvointialueilla. Innovaatiotoiminta vaikuttaa monella yhteistyöalueella olevan erityinen kehittämistä edellyttävä toiminta.

Palvelutarpeen muutosten ennakointi

Päähavainnot

- Suomen väkiluku kasvaa, mutta väestönkasvu on kokonaan maahanmuuton varassa.
- Maahanmuuttajataustainen väestö ja väestönkasvu keskittyvät Etelä-Suomen väkirikkaille alueille ja erityisesti pääkaupunkiseudulle.
- Väestö ikääntyy voimakkaasti. Iäkkäiden määrä kasvaa absoluuttisesti eniten Uudenmaan alueilla.
- 85 vuotta täyttäneiden määrä ja osuus väestöstä kaksinkertaistuvat vuoteen 2040 mennessä. Iäkkäimmän väestön osuus väestöstä on suurin Etelä-Savossa.
- Väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa on suuria eroja alueiden välillä. Sairastavuus on suurinta itäisen Suomen alueilla Pohjois-Savossa, Pohjois-Karjalassa ja Kainuussa.
- Nuorten hyvinvointi on monelta osin heikentynyt.
- Elintapoihin liittyvät terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat kuormittavat palvelujärjestelmää.

Maahanmuuttajataustaisen väestön määrä kasvaa nopeasti

Suomessa oli vuoden 2023 lopussa hieman yli 5 600 000 asukasta. Väestö kasvoi eniten lähes 70 vuoteen. Väestönkasvu perustuu kokonaan maahanmuuttoon. Joka kymmenes asukas on maahanmuuttajataustainen, mutta alueiden väliset erot ovat suuria. Eniten maahanmuuttajataustaista väestöä on pääkaupunkiseudulla Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella ja Helsingin kaupungissa, joissa noin joka viides asukas on maahanmuuttajataustainen.

Väestönkasvu painottuu vahvasti samoille alueille, joissa ulkomaalaistaustaisen väestön määrä kasvaa nopeasti. Näitä alueita ovat erityisesti Uudenmaan alueet, Varsinais-Suomi ja Pirkanmaa. Useilla Itä- ja Pohjois-Suomen alueilla väkiluvun lasku jatkuu. Syntyvyyden vähenemisen ja väestön ikääntymisen vuoksi luonnollinen väestönkasvu on Suomessa ollut negatiivinen jo lähes kymmenen vuotta. Vuonna 2023 maassa kuoli lähes 15 000 ihmistä enemmän kuin syntyi.

85 vuotta täyttäneiden määrä ja osuus koko väestöstä kaksinkertaistuvat 15 vuodessa

Iäkkään väestön osuus koko väestöstä kasvaa jatkossakin voimakkaasti. Väestöennusteen mukaan 85 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä (kuvio 1). Väestöltään iäkkäimmät alueet sijaitsevat nykytilanteessa ja myös jatkossa Itä-Suomessa ja Kainuussa. Iäkkään väestön absoluuttinen määrä kasvaa eniten Etelä-Suomen suurilla alueilla, mutta väestönkasvun takia iäkkäimpien ikäryhmien osuus väestöstä pysyy erityisesti Uudenmaan suurilla alueilla selvästi pienempänä kuin muualla maassa. Iäkkään väestön määrän kasvu

haastaa palvelujärjestelmää merkittävästi seuraavan 15 vuoden aikana kaikilla alueilla, vaikka iäkkään väestön toimintakyky on edellistä sukupolvea parempi.

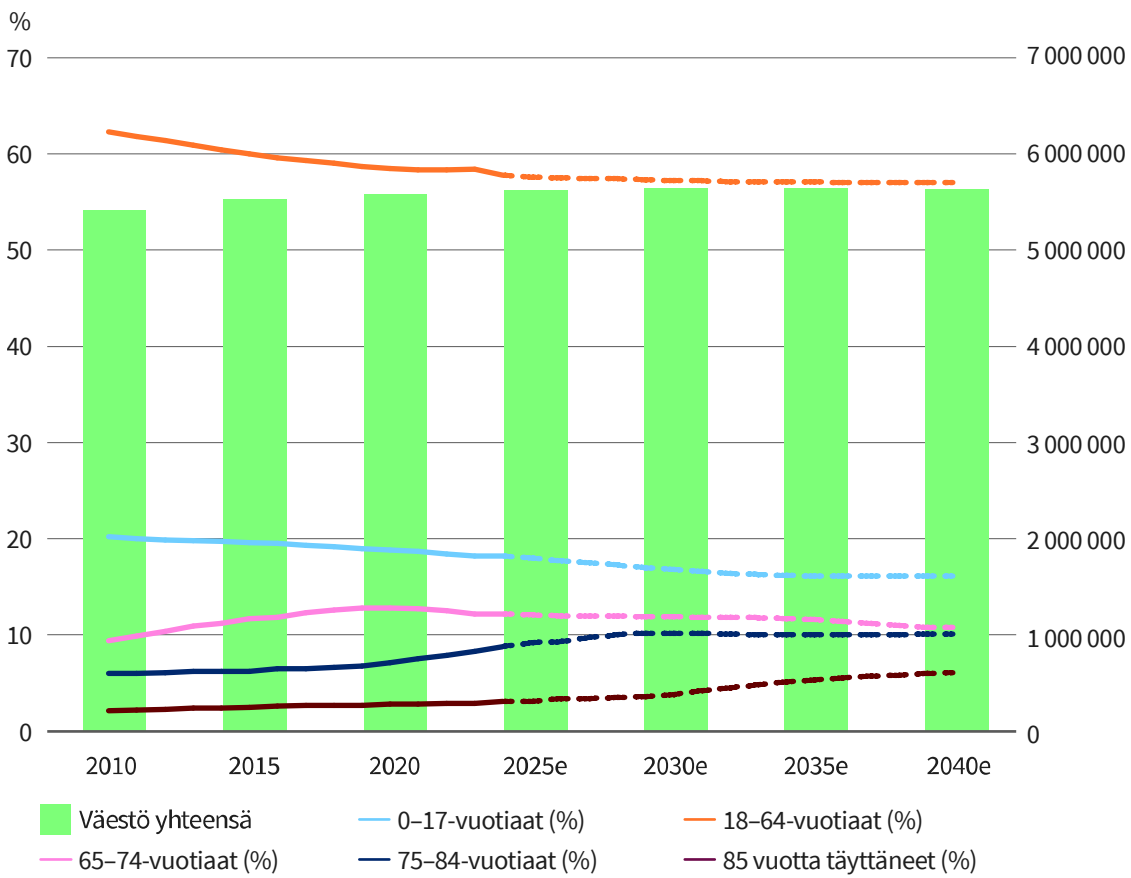
Väestön sairastavuudessa suuria eroja alueiden välillä

Suomessa on edelleen paljon alkoholi- ja huumekuolemia ja itsemurhia, vaikka erityisesti itsemurhat ovat Suomessa vähentyneet 2000-luvulla. Sosioekonomiset ja alueelliset erot väestön hyvinvoinnissa ja terveydessä ovat suuria. Tervein väestö on Etelä-Suomessa Uudenmaan alueilla ja Pohjanmaan hyvinvointialueella. Väestön sairastavuus on suurinta Pohjois-Savossa, Kainuussa ja Pohjois-Karjalassa. Elintapoihin liittyvät ongelmat keskittyvät erityisesti väestön lihavuuden merkittävään lisääntymiseen sekä päihteiden käyttöön.

Nuorten hyvinvoinnin ongelmat kasvaneet selvästi

Mielenterveyden häiriöt ovat yleistyneet Covid-19-pandemian aikana ja jälkeen sekä Suomessa että muualla EU-alueella. Erityisesti tyttöjen ja nuorten naisten ahdistuneisuuskokemukset ovat kasvaneet huomattavasti. Eniten ahdistuneisuuskokemuksia on nuorilla Uudenmaan alueilla ja Kainuussa. Lastensuojeluilmoitusten määrä on edelleen kasvanut valtakunnallisesti. Alle 18-vuotiaisiin suhteutettuna lapsia, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, on eniten Etelä-Savon sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla. Syrjäytymisriskissä olevia nuoria aikuisia on eniten Päijät-Hämeessä ja Kymenlaaksossa.

Kuvio 1. Eri ikäryhmien osuus Suomen väestöstä ja asukasluku toteutuneen väestökehityksen ja väestöennusteen mukaan vuosina 2010–2040



▲ Toteutunut väestökehitys perustuu Tilastokeskuksen väestörakennetilastoon vuosilta 2010–2023. Väestöennusteen lukuja käytetään vuosille 2024–2040, ja Tilastokeskus on laskenut ne vuonna 2021. Yhtenäisillä viivoilla kuvataan toteutunutta väestökehitystä ja katkoviivoilla väestöennustetta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys

Päähavainnot

- Osalla alueista on merkkejä henkilöstön saatavuuden paranemisesta, mutta siinä on edelleen eroja niin alueellisesti kuin ammattiryhmittäinkin.
- Henkilöstön saatavuutta ja pito- ja vetovoimaa on parannettu työjärjestelyillä, tehtävämuu- toksilla, rekrytointia tehostamalla, osaamisen ja koulutuksen turvaamisella sekä palkka- ja palkkioratkaisuilla.
- Hyvinvointialueiden henkilöstövaje heijastuu edelleen vuokratyövoiman käytön tarpeeseen. Vuokratyövoimaa on kuitenkin kyetty osalla alueista vähentämään omaa henkilöstöresursoin- tia parantamalla.
- Sairauspoissaolopäivät vähenivät vuonna 2023, mutta niiden määrässä ja kustannuksissa on suuria eroja hyvinvointialueiden välillä.

Henkilöstön saatavuudessa edelleen haasteita – osassa alueita tilanne kehittynyt myönteiseen suuntaan

Hyvinvointialueilla työskenteli KT:n tilastoanalyysin mukaan vuoden 2023 alussa yhteensä noin 224 000 henkeä. Asukaslukuun suhteutettuna henkilöstömäärä on suurin väestömäärältään pienillä Keski-Pohjanmaan, Etelä-Savon ja Kainuun hyvinvointialueilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys on ollut pitkään haasteena. Valtakunnan tasolla on TEM:n mukaan pulaa etenkin sairaanhoitajista, yleislääkäreistä, yli- ja erikoislääkäreistä, suun terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja sosiaalityön erityisasiantuntijoista. Lisäksi lähihoitajien kysyntä ja tarjonta eivät kaikkialla maassa kohtaa.

Sote-henkilöstön saatavuusongelmat vaihtelevat alueiden sisällä. Hankalin tilanne on hyvinvointialueiden reuna-alueilla ja pienemmillä paikkakunnilla. Ruotsinkielisestä sote- henkilöstöstä on pulaa erityisesti Helsingissä, Länsi-Uudellamaalla ja Varsinais-Suomessa. Saatavuushaasteita kärjistää henkilöstön eläköityminen. Kevan ennusteen mukaan valtakunnallisesti yli neljännes hyvinvointialueiden henkilöstöstä siirtyy vanhuuseläkkeelle tai täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle seuraavan kymmenen vuoden aikana. Henkilöstöä eläköityy suhteellisesti eniten Lapissa ja Kainuussa ja vähiten Vantaalla ja Keravalla sekä Keski- Pohjanmaalla.

Henkilöstön saatavuustilanne on kuitenkin osin parantunut esimerkiksi Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan, Länsi-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla. Myös Keski-Suomen ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialueilla henkilöstötilanne on kehittynyt palkkaharmonisoinnin vaikutuksesta myönteisesti vuonna 2024 osassa ammattiryhmiä.

Useita keinoja otettu käyttöön saatavuuden ja pitovoiman vahvistamiseksi

Hyvinvointialueet ovat tarttuneet henkilöstön saatavuusongelmiin useilla toimenpiteillä. Alueet ovat kehittäneet palkkausmalleja ja panostaneet työhyvinvointiin. Henkilöstön pito- ja vetovoimaan on vaikutettu lisäämällä palkkioita ja henkilöstöetuksia. Alueet ovat tunnistaneet koulutusmahdollisuuksien laajentamisen yhdeksi keinoksi pitovoiman kasvattamiseen. Toisaalta käynnissä olevien muutosohjelmien säästötoimina on päädytty myös leikkaamaan henkilöstöetuksia esimerkiksi Varsinais-Suomessa ja Etelä-Pohjanmaalla. Yhteistoimintaneuvottelujen tuloksena toimeenpannut irtisanomiset ja lomautukset voivat heijastua henkilöstön hyvinvointiin ja alueen veto- ja pitovoimaan.

Rekrytointia on pyritty tehostamaan, keskittämään ja monipuolistamaan. Useimmilla hyvinvointialueilla on edistetty kansainvälistä rekrytointia. Yhteistyöaluetasoisessa rekrytointiyhteistyössä pisimmälle on edetty Pohjois- ja Itä-Suomessa. Osalla alueista merkittävä osa sote-henkilöstöstä on jo nykytilanteessa ulkomaalaistaustaista, esimerkiksi Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella. Ulkomaalaistaustaista henkilöstöä on erityisesti ikääntyneiden palveluissa.

Henkilöstöresurssien ja palvelujen uudelleen organisointi alueiden strategia- ja muutosohjelmien mukaisesti jatkuu. Alueilla kehitetään monikanavaista palveluverkkoa. Fyysisen palveluverkon keskittämisellä alueet pyrkivät varmistamaan henkilöstön saatavuuden toimipisteisiin. Digipalveluja vahvistamalla voidaan lisätä asiakaskäyntien määrää ja siirtää resursseja paljon palveluja ja kasvokkaista palvelua tarvitseville asiakkaille. Etä- ja digipalvelujen kehittäminen vähentää myös tarvittavan henkilöstöresurssin määrää.

Kilpailu henkilöstöstä muiden hyvinvointialueiden kanssa on kasvava haaste osassa alueita, kuten Uudellamaalla ja Kanta-Hämeessä. Henkilöstön lähtövaihtuvuus oli vuonna 2023 pienintä Keski-Pohjanmaalla ja Satakunnassa sekä suurinta Vantaan ja Keravan sekä Lapin hyvinvointialueilla.

Sairauspoissaoloja vähentämällä voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä

Henkilöstön kuormittuneisuudessa on hyvinvointialueittaista ja toimialakohtaista eroa. Kuormittuneisuuteen heijastuvat asiakas- ja työmäärät sekä yhteistyön ja vastuiden epäselvyydet. Työntekijöiden työkykyyn liittyvät riskit ovat Kevan mukaan suuria esimerkiksi Kymenlaakson hyvinvointialueella ikärakenteen ja pitkien sairauspoissaolojen vuoksi. Henkilöstön työn kuormitukseen on alueilla pyritty vaikuttamaan esimerkiksi työnjakoa kehittämällä. Jokaisella yhteistyöalueella järjestetään Hyvän työn ohjelman valmennus- ja kehittämistyöpajoja oman työyksikön työhyvinvoinnin, työkyvyn ja työssäjaksamisen tukemiseksi. Työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon yhteistyötä työntekijän työkyvyn tukitoimissa tehostavaa Työote-toimintamallia hyödynnetään jo lähes kaikilla hyvinvointialueilla. Sairauspoissaoloja vähentävä toimintamalli kattaa toistaiseksi kuitenkin vain yksittäisiä sairausrhymiä.

Hyvinvointialueilla oli Kevan mukaan sairauspoissaolopäiviä keskimäärin 15,6 henkilöä kohden vuonna 2023. Sairauspoissaolopäivien määrä kääntyi laskuun edelliseen vuoteen nähden. Eniten sairauspoissaoloja oli lähi- ja sairaanhoitajilla. Alueiden ilmoittamien tietojen mukaan sairauspoissaolopäivät työntekijää kohden olivat korkeimmat Pohjois-Pohjanmaan ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueilla ja pienimmät HUS-yhtymässä sekä Länsi-Uudellamaalla. Sairauspoissaolojen välittömät kustannukset palkkasummasta olivat 417 milj. euroa, joka on 3,9

prosenttia hyvinvointialueiden palkkasummasta (kuvio 2). Sairauspoissaolokustannukset suhteessa palkkakuluihin olivat suurimmat Kymenlaaksossa ja Lapissa ja pienimmät Keski-Pohjanmaalla ja HUS-yhtymässä. Kevan laskelmien mukaan 10 prosentin vähentyminen sairauspoissaolojaksoissa toisi alueille 38 milj. euron välittömät säästöt vuodessa. Työkyvyttömyysmaksut olivat hyvinvointialueilla yhteensä lähes 100 milj. euroa ja työkyvyttömyyseläkemaksuprosentti oli 0,9. Eniten työkyvyttömyyseläkemaksut kuormittivat Kymenlaakson hyvinvointialuetta.

Vuokratyövoiman kustannukset edelleen merkittäviä

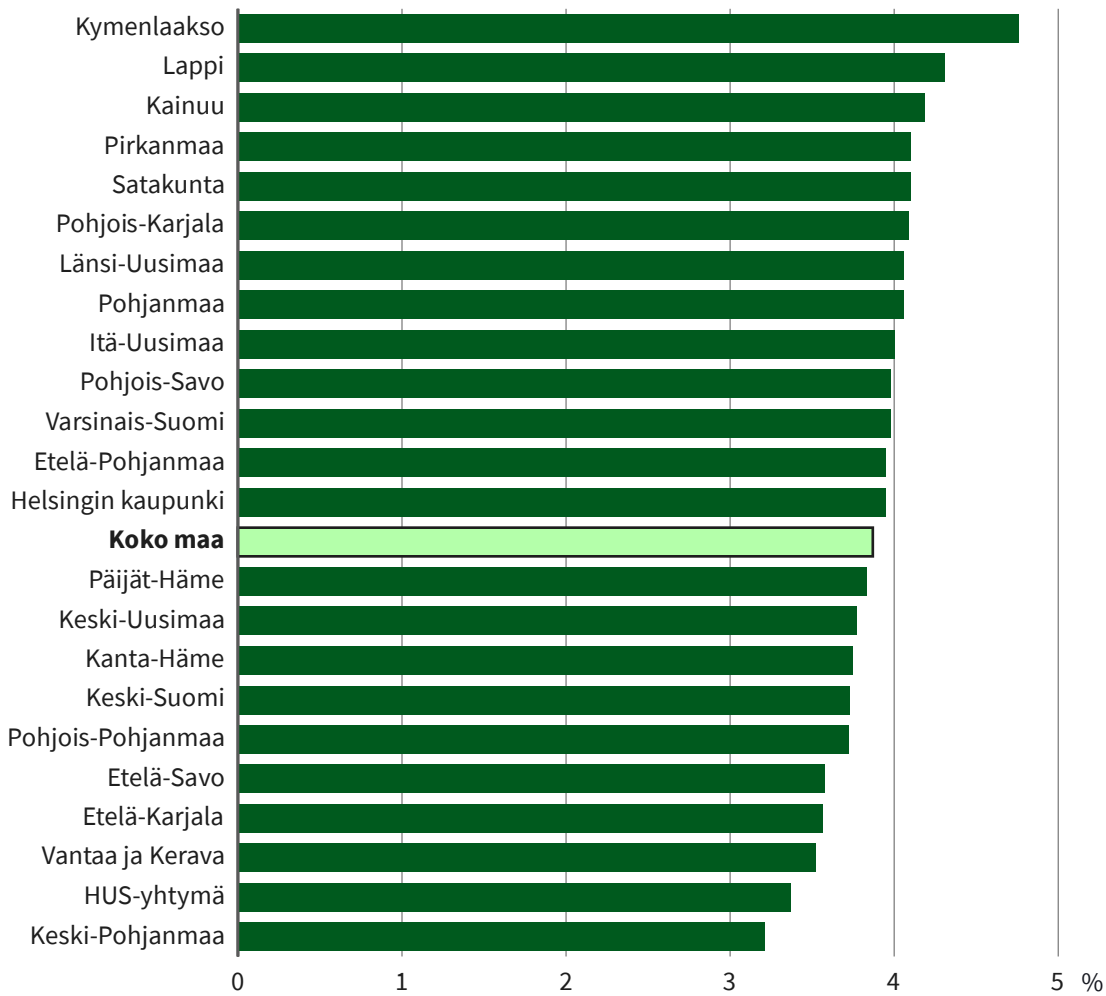
Rekrytointivaikeuksien vuoksi alueet ovat joutuneet edelleen turvautumaan ostopalveluihin ja vuokratyövoimaan. Vuokratyövoimaan käytettiin vuonna 2023 valtakunnallisesti 0,6 mrd. euroa. Työvoimavuokrauksen kustannusten osuus kokonaistyövoimasta (henkilöstökulut ja työvoimavuokraus) koko maan tasolla oli lähes viisi prosenttia. Työvoimavuokrauksen kulujen osuus kokonaistyövoimasta oli pienin Etelä- ja Pohjois-Pohjanmaalla (1 %) ja korkeinta Itä-Uudellamaalla (12 %). Vuokratyövoiman käytön kustannukset ovat edelleen suuria, vaikka osa alueista on kyennyt hieman hillitsemään vuokratyövoiman käyttöä vuoden 2024 aikana.

Vuokratyötä hankitaan valtaosin lääkäri- ja hoitajavajeen vuoksi sekä sosiaalityöntekijöiden saatavuuden turvaamiseksi. Vuokratyövoimaa käytetään erityisesti kotihoidon yksiköissä. Vuokratyövoiman käyttöä on pyritty vähentämään tehostamalla oman vakituisen henkilökunnan rekrytointia, keskittämällä vuokratyövoiman käyttöä yhteen vuokratyöyritykseen, keskittämällä vuokratyön hankintaa koskevaa päätöksentekoa, kehittämällä aluetasoisia henkilöstöresursointia tai henkilöstön yhteiskäyttöä, laajentamalla työnkuvia, panostamalla tiimimallitoimintaan sekä lisäämällä lääkäreiden konsultatiivista työroolia. Koko maan tasolla henkilöstön yhteiskäyttöä on kuitenkin toistaiseksi hyödynnetty vain vähän.

Suosituksena esitetään, että hyvinvointialueet

- kehittävät edelleen henkilöstön työkyvyn ja hyvinvoinnin johtamista niin, että sairauspoissaolot vähenevät ja työkyvyttömyyteen johtavia ongelmia saadaan ehkäistyä.
- panostavat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sisäiseen liikkuvuuteen, ammatilliseen kehittymiseen ja urakehitysmahdollisuuksiin, jotta henkilöstön pito- ja vetovoima vahvistuu ja vuokratyövoiman käyttäminen vähenee.
- varmistavat työvoimavuokrauksen vähentämisessä, ettei palvelujen saatavuus heikkene eikä oman henkilöstön kuormittuneisuus kasva.
- panostavat entistä vahvemmin keskinäiseen yhteistyöhön rekrytoinnissa ja hyödyntävät henkilöstön yhteiskäyttöä alueiden välillä esimerkiksi ruotsinkielisten palvelujen turvaamisessa.
- panostavat kansainvälisessä rekrytoinnissa työntekijöiden suomen tai ruotsin kielen oppimiseen sekä työyhteisön valmiuksiin tukea ulkomaalaisia työntekijöitä ja heidän pysymistään organisaatiossa.

Kuvio 2. Sairauspoissaolokustannusten osuus palkkasummasta vuonna 2023, %



▲ Kuviossa esitetään sairauspoissaolokustannusten osuus palkkasummasta hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialalla sekä HUS-yhtymässä. Palkkasumma on kaikkien ansaintajärjestelmään rekisteröityjen ansioiden yhteissumma. Luvut voivat hieman elää, mikäli ansiotietoja korjataan tulorekisteriin. Luvut ovat Kevan laskemia.

Kustannusten kehitys ja rahoituksen riittävyys

Päähavainnot

- Vuosien 2023–2024 hyvinvointialueiden yhteen lasketut alijäämät ovat asettumassa 2,7 mrd. euroon. Asukaskohtaiset alijäämät ovat suurimmat Lapin, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen, Itä-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla.
- Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat yhteensä 23,9 mrd. euroa (4 294 euroa / asukas) vuonna 2023.
- Asukaskohtaiset kustannukset olivat pienimmät Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla ja suurimmat Etelä-Savon ja Kainuun hyvinvointialueilla.
- Sosiaalihuollon kustannukset ovat kasvaneet terveydenhuollon kustannuksia nopeammin. Syyinä siihen on lasten, nuorten ja perheiden sekä iäkkäiden palvelujen kustannusten voimakas kasvu.
- Keski-Suomen hyvinvointialueen talouden tilanne näyttää usealla mittarilla haastavalta. Palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat maan toiseksi suurimmat kustannusten muuta maata voimakkaamman kasvamisen vuoksi. Korkean lainakannan lisäksi talouden tasapainottaminen näyttäytyy epätodennäköiseltä peilaten vuosien 2023–2024 alijäämiin sekä jälkikäteisrahoituksen tasoon.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat olleet maan matalimpien joukossa useiden vuosien ajan. Alueella on ollut haasteita lakisääteisten palvelujen turvaamisessa. Rahoitusmallin vuoksi alueen rahoitus ei saavuta laskennallista rahoitusta siirtymäkauden jälkeen.
- Helsingin kaupungin tilanne näyttää verrattain myönteisenä rahoituksen maltillisesta kasvusta huolimatta. Vuoden 2023 positiivisesta tuloksesta huolimatta Helsinki hyötyy rahoitusmallin mahdollistamasta jälkikäteistarkastuksesta sekä pysyvästä siirtymätasauslisästä.
- Talouden tasapainottaminen vuoden 2026 loppuun mennessä on tavoitteena melko realistinen Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueilla.

Hyvinvointialueiden ensimmäinen toimintavuosi vahvasti alijäämäinen

Hyvinvointialueiden ensimmäisen toimintavuoden rahoitus ei vastannut toteutunutta inflaatiokehitystä eikä valtakunnallisen työmarkkinaratkaisun tasoa. Hyvinvointialueiden yhteenlaskettu alijäämä päätyikin 1,3 mrd. euroon. Tulosta heikensivät lisäksi asiakaspalvelujen ostojen ja työvoimavuokrauksen käytön lisääntyminen, merkittävät ostopalvelujen hinnankorotukset sekä vuokratason nousu. Suurimmat asukaskohtaiset alijäämät olivat Lapin ja Keski-Suomen hyvinvointialueilla. Helsingin kaupunki oli ainoa ylijäämäisen tuloksen saavuttanut järjestäjä.

Uutta lainanottovaltuutta ei myönnetty vuodelle 2025, useat alueet hakeneet lisälainanottovaltuutta

Hyvinvointialueet jatkoivat sairaanhoitopiireiltä ja kunnilta siirtyneitä rakennusinvestointeja. Valtaosa omaan taseeseen toteutetuista investoinneista kohdistui erikoissairaanhoidon. Perustason palveluissa on sitouduttu pääosin vuokrasopimuksiin, sillä kiinteistökanta on jäänyt valtaosin kuntien omistukseen.

Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän yhteen laskettu lainakanta vuoden 2023 lopussa oli 5,8 mrd. euroa, josta HUS-yhtymän osuus on lähes miljardi. Lainanottovaltuutta ei myönnetty vuodeksi 2025 yhdellekään hyvinvointialueelle. Moni alue on kuitenkin hakenut päätökseen muutosta. Alueet voivat jatkaa aiempia investointihankkeita, mutta ne eivät voi ottaa lainaa uusiin hankkeisiin.

Suurimmat asukaskohtaiset kustannukset alueilla, joissa sairastavuus on suurta ja väestö nojautuu julkiseen terveydenhuoltoon

Hyvinvointialueiden järjestämistä vastaavalla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2023 yhteensä 23,9 mrd. euroa (4 294 euroa / asukas) (kuviot 3). Asukaskohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat pienimmät Uudenmaan hyvinvointialueilla sekä Helsingin kaupungilla (kuviot 4). Tätä selittää alueiden verrattain nuori ja työssä käyvä väestö, jonka sairastavuus on myös verrattain vähäistä. Suurimmat asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat Etelä-Savossa, Kainuussa ja Lapissa, missä väestö on verrattain ikääntynyttä ja sairastavuus suurta. Lapin korkeita kustannuksia selittävät iäkkäiden palvelujen suuri peittävyys, raskaaseen ympärivuorokautiseen hoivaan painottuva palvelurakenne sekä palvelutarpeeseen nähden tiheä terveydenhuollon palveluverkko, joka kattaa myös kaksi sairaalaa. Lisäksi erityisesti ikääntyneillä alueilla asiakkaat nojautuvat vahvasti julkiseen palvelutuotantoon. Runsasväkisillä Uudenmaan alueilla yksityisen palvelutuotannon tarjonta on suurempaa ja työssä käyvä väestö hyödyntää työterveyshuollon palveluja.

Vuoden 2023 palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat THL:n ennakkolisten laskelmien mukaan suurimmat Pohjanmaalla ja Keski-Suomessa, joissa ne olivat 14 ja 9 prosenttia suuremmat kuin maassa keskimäärin (kuviot 5). Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat jonkin verran yli maan keskitason, mutta alueen palvelutarve on maan matalimpien joukossa (0,92). Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvu on ollut viime vuosina voimakasta, mikä on vaikuttanut myös palvelutarpeeseen suhteutettuihin kustannuksiin. Pohjois-Karjalan palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat olleet useana vuonna maan matalimpien joukossa kuntayhtymän jäsenkuntien tiukan talouskurin ansiosta. Alueen vuoden 2023 palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat maan keskitasoa pienemmät kaikissa palvelukokonaisuuksissa perusterveydenhuoltoa lukuun ottamatta. Alueella on ollut haasteita lakisääteisten palvelujen turvaamisessa, mihin alueella on vastattu 15 milj. euron lisärahoituksella vuoden 2024 talousarviossa. Alkuvuoden 2024 aikana valvontaviranomaiset ovat antaneet alueelle määräyksen saattaa sekä lastensuojelun asiakassuunnitelmat että erikoissairaanhoidon pääsy lainmukaisiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten painopiste on erityisesti terveydenhuollon erityistason palveluissa. Sosiaalihuollossa perustason palvelujen kustannusten osuus on suuri erityisesti verrattain ikääntyneillä alueilla.

Sosiaalihuollon kustannukset kasvaneet terveydenhuoltoa voimakkaammin

Hyvinvointialueiden järjestämistä vastaavalla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon reaaliset nettokäyttökustannukset kasvoivat 13 prosenttia vuodesta 2019 vuoteen 2023. Suurinta kustannusten kasvu oli Vantaan ja Keravan (24 %) sekä Keski-Suomen hyvinvointialueilla (22 %) ja pienintä Kainuun (7 %) ja Etelä-Pohjanmaan (9 %) hyvinvointialueilla. Asukaskohtaisten reaalisten nettokäyttökustannusten kehitys oli suurinta Keski-Suomessa (22 %) ja pienintä Helsingin kaupungilla ja Länsi-Uudellamaalla (7 %).

Covid19-pandemian välittömiin kustannuksiin myönnetty avustukset näkyvät reaalisten nettokäyttökustannusten maltillisena kasvuna tai laskuna erityisesti erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon avohoidossa vuosina 2020–2021 (kuvio 6). Vuoden 2022 kertaluonteiset erät, kuten sote-kiinteistöjen myynnit sekä sairaanhoitopiirien yli- ja alijäämien käsittely, vaikuttavat useiden alueiden nettokäyttökustannusten kehitykseen. Merkittävimmät sote-kiinteistöjen myynnit toteutettiin Pohjois-Pohjanmaalla sekä Päijät-Hämeessä.

Palvelutarpeeseen suhteutettujen kustannusten muutos suhteessa maan keskitasoon vuodesta 2017 vuoteen 2023 oli suurinta Keski-Suomen ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueilla. Näillä alueilla kustannusten kehitys on ollut palvelutarpeen kasvua selvästi voimakkaampaa suhteessa maan keskitasoon. Pienintä palvelutarpeeseen suhteutettujen kustannusten muutos oli Länsi-Uudenmaan ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialueilla, joilla kustannusten kehitys on ollut palvelutarpeen kehitystä maltillisempaa suhteessa maan keskitasoon.

Vuosina 2019–2023 reaaliset sosiaalihuollon nettokäyttökustannukset* ovat kasvaneet lähes viidenneksen ja terveydenhuollon reaaliset nettokäyttökustannukset seitsemän prosenttia. Terveydenhuollon reaalisten nettokäyttökustannusten maltillista kasvua selittää erikoissairaanhoidon kustannusten maltillinen kehitys (4 %). Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset kasvoivat tarkastelujaksolla 16 prosenttia.

*Tarkastelussa on käytetty vuosien välillä vertailukelpoisia sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksia. Tehtäväluokkia Päihdehuollon erityispalvelut ja Muu sosiaali- ja terveystoiminta ei ole huomioitu.

Kustannusten kasvu voimakkainta lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon avopalveluissa ja lastensuojelussa sekä iäkkäiden palveluissa

Reaaliset nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet eniten lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon avopalveluissa sekä lastensuojelussa (23 %) vuodesta 2019 vuoteen 2023. Suhteessa alle 18-vuotiaaseen väestöön reaalisten nettokäyttökustannusten kasvu oli vielä voimakkaampaa (27 %). Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen alle 18-vuotiaaseen väestöön suhteutetut kustannukset olivat korkeimmat Etelä-Savossa ja Kymenlaaksossa. Molemmilla alueilla osuus lapsista, joista on tehty lastensuojeluilmoitus on kasvanut maan keskitasoa enemmän. Vastaavasti kodin ulkopuolelle sijoitettujen asiakkaiden osuudet ovat olleet maan suurimpia. Myös toistuvasti sijoitettujen osuudet ovat maan suurimpia Etelä-Savossa, Kymenlaaksossa ja Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella. Matalimmat lasten, nuorten ja perheiden palvelujen alle 18-vuotiaaseen väestöön suhteutetut kustannukset olivat Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla, missä kodin ulkopuolelle sijoitettujen asiakkaiden osuus oli maan pienimpien joukossa.

lääkäiden sosiaalipalveluiden reaaliset nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet reilun viidenneksen vuodesta 2019 vuoteen 2023. Voimakkainta kasvu oli vuonna 2023 hoitajamitoituksen muutoksen sekä merkittävien hinnankorotusten seurauksena. Alueilla myös turvaututtiin rekrytointihaasteiden vuoksi ostopalveluihin. Suhteutettuna 75 vuotta täyttäneeseen väestöön lääkäiden sosiaalipalvelujen reaalisten nettokäyttökustannusten kehitys oli kuitenkin varsin maltillista (2 %), vaikka väestö ikääntyy voimakkaasti.

Väestön ikärakenteen muutoksiin sekä toteutuneeseen palvelujen käyttöön pohjautuvien THL:n ennustelaskelmien mukaan koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kasvavat vuoteen 2032 asti keskimäärin 0,9 prosenttia vuodessa (kuvio 7). Suurinta sen ennustetaan olevan Uudenmaan hyvinvointialueilla. Vastaavasti pienintä kasvun ennakoidaan olevan Kainuussa ja Etelä-Savossa, missä ikääntyneiden väestöosuudet ovat jo tällä hetkellä maan suurimpia.

Muutosohjelmien hidas toimeenpano viivästyttää talouden tasapainottamista

Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän syyskuuhun 2024 mennessä raportoimien muutosohjelmien toimenpiteiden kokonaissäätötavoite on lähes 2,8 mrd. euroa vuosille 2024–2026. Vuodelle 2024 tästä kohdistuu lähes 0,8 mrd. euroa. Kunnianhimoisimmat säästötavoitteet suhteessa rahoitukseen ovat asettaneet Lappi ja Pohjois-Pohjanmaa. Maltillisin säästötavoite on Helsingin kaupungilla. Alueiden syyskuun arvion mukaan vuoden 2024 säästötavoitteesta tullaan jäämään yli kolmanneksella.

Lähes puolet säästötavoitteista kohdistuu säästöpainotteisiin toimiin sekä fuusiohyötyihin. Kuluja pyritään karsimaan muun muassa yhteistoimintamenettelyillä ja kiinteistöjärjestelyillä sekä luopumalla päällekkäisistä järjestelmistä ja asiantuntijapalveluista. Yhteistyöaluetasoisista kilpailutuksista haetaan myös kustannushyötyjä. Toimintatuottoja pyritään kasvattamaan asettamalla asiakasmaksut lain säätämään maksimiin ja kasvattamalla asiakasvuokria. Myös Helsingin kaupunki arvioi terveyskeskusmaksujen palauttamista osana muutosohjelmaa. Ulkohyvinvointialuemyynnin kasvattamisella haetaan lisätuloja muilta hyvinvointialueilta.

Valtaosalla alueista tavoitteena lisätä omaa tuotantoa

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa turvaututaan valtaosin ostopalveluihin Kainuuta lukuun ottamatta. Lastensuojelun laitoshoidosta yli puolet tuotetaan itse vain Helsingin kaupungissa, Etelä-Karjalassa sekä Varsinais-Suomessa. Lääkäiden kotihoito järjestetään valtaosin omana tuotantona, mutta ympärivuorokautisessa asumispalvelussa oman tuotannon osuus vaihtelee merkittävästi alueittain (pienin Vantaa ja Kerava 30 %, suurin Keski-Pohjanmaa 65 %).

Valtaosalla alueista on tavoitteena lisätä oman tuotannon osuutta sekä arvioida tuotantotapa-analyysin avulla sopivin palvelujen järjestämisen tapa. Riittävä oman tuotannon taso tulisi arvioida palvelukohtaisesti, eikä tavoitetasoa ole valtaosalla alueista asetettu. Hyvinvointialueiden selvitysten mukaan usealla alueella oman tuotannon tasoa ja tavoitetasoa arvioidaan osana palvelustrategiaa tai palveluverkkosuunnitelmaa. Yhtenäisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän puuttuminen erityisesti entisillä hajanaisen järjestämistä vastuun alueilla haastaa tiedolla johtamisen ohella myös systemaattisen tuotantotapa-analyysin laatimista.

Alijäämäkehitystä ei ole saatu taitettua – talouden tasapaino vuonna 2026 realistista vain harvalle alueelle

Tilinpäätösennusteiden perusteella hyvinvointialueiden yhteenlaskettu alijäämä vuodelta 2024 on kasvamassa yli 1,4 mrd. euroon, mikä nostaisi vuoden 2026 loppuun mennessä katettavat alijäämät 2,7 mrd. euroon. Muutosohjelmien edistämistä huolimatta vaikutukset taloudessa näkyvät viiveellä. Työvoimavuokrauksen kustannusten kasvukäyrä on saatu kuluvana vuonna taitettua, mutta laskusuuntaa ei ole toistaiseksi nähtävissä.

Valtaosa alueista katsoi rahoituksen riittämättömäksi taloussuunnitelmakaudella, mutta arviot muuttuvat myönteisemmiksi pidemmällä aikavälillä. Rahoituksen jälkikäteistarkastus kohdennetaan alueille osana yleiskatteellista rahoitusta, mikä kohtelee alueita eri tavoin suhteessa toteutuneisiin alijäämiin. Suurin vaje jälkikäteistarkastuksen ja vuosien 2023–2024 alijäämien välillä on muodostumassa Lapin, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen, Itä-Uudenmaan ja Vantaan ja Keravan hyvinvointialueille. Myös Keski-Uudenmaan ja Satakunnan jälkikäteisrahoituksen vaje suhteessa asukaskohtaisiin alijäämiin on suuri. Tämän lisäksi palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat maan korkeimpien joukossa ja vuoden 2023 laskennallisen rahoituksen suhde nettokäyttökustannuksiin on keskimääräistä matalampi. Tämä kuvastaa tulevan rahoituksen ja nykyisen kustannusrakenteen välistä epätasapainoa. Vuoden 2023 ylijäämäisestä tuloksesta huolimatta Helsingin kaupunki saa osuuden jälkikäteisrahoituksesta (151 milj. euroa vuonna 2025). Länsi-Uudenmaan, Pohjois-Karjalan, Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan jälkikäteisrahoitus ylittää alueiden ennakoiman alijäämän vuosilta 2023–2024, mikä helpottaa talouden tasapainottamista vuoden 2026 loppuun mennessä.

Rahoituksen riittävyyden arviointia haastaa myös siirtymätasausmenettely, jonka avulla alueille annetaan aikaa sopeutua muuttuvaan rahoitukseen. Varsinais-Suomen laajan väestöpohjan vuoksi alue saavuttaa laskennallisen rahoituksen siirtymäkauden aikana ja alueen rahoituksen kasvuprosentti on muita alueita suurempi. Pohjois-Karjalan pienehkön väestöpohjan ja matalien palvelutarpeeseen suhteutettujen kustannusten vuoksi alue ei saavuta laskennallista rahoitusta, minkä vuoksi alueen rahoitukseen jää toistaiseksi pysyvä siirtymätasausvähennys siirtymäkauden jälkeen. Helsingin kaupunkia rahoitusmalli kohtelee päinvastaisesti.

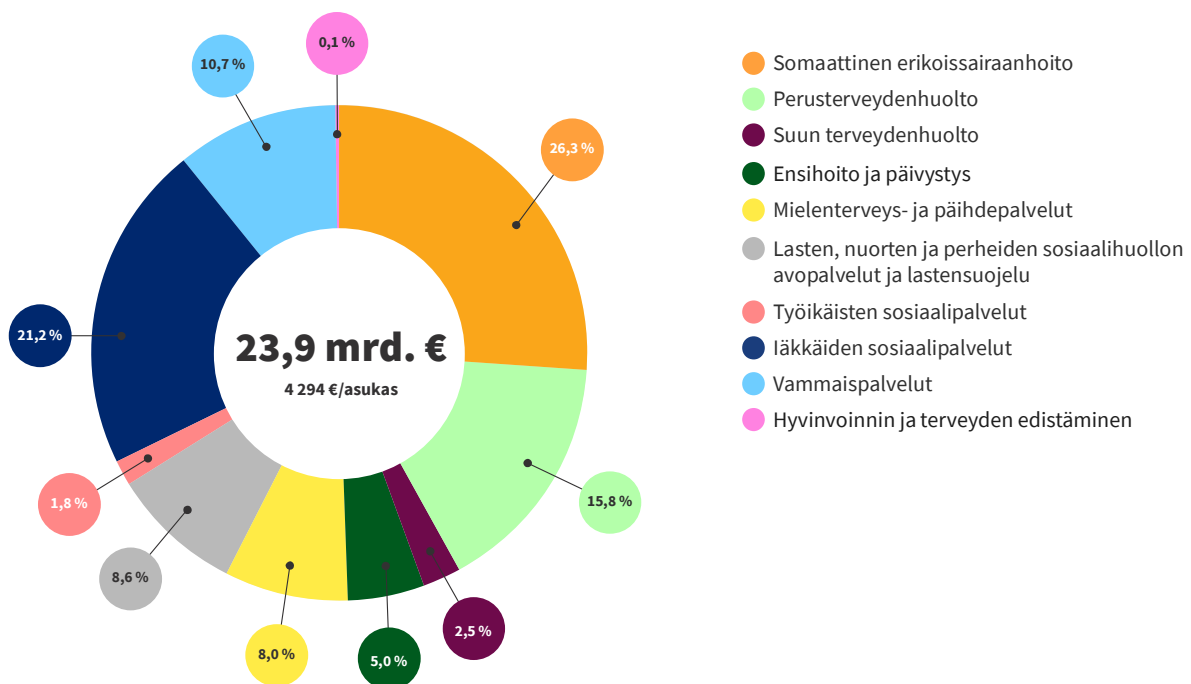
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue oli ensimmäinen lisärahoitusta anonut alue. Valmisteluryhmä ei esittänyt lisärahoituksen myöntämistä. Kymenlaakson hyvinvointialue on harkinnut lisärahoituksen hakemista vuodelle 2025.

Valtiovarainministeriön syyskuussa 2024 julkaisemien rahoituslaskelmien mukaan hyvinvointialueiden rahoitus vuodelle 2025 on yhteensä 26,2 mrd. euroa (4 707 euroa / asukas). Laskelmat muuttuivat erityisesti Varsinais-Suomen osalta, kun tietopohja päivittyi. Rahoitusmallin ennakoimattomuus vaikeuttaa alueiden talouden suunnittelua sekä muutosohjelmien laadintaa. Uudenmaan alueilla ja Helsingin kaupungilla rahoituksen riittävyyttä haastaa myös epävarmuus HUS-yhtymän pysymisestä asetetussa rahoituskehityksessä. Useat alueet ovat todenneet talouden tasapainon saavuttamisen vuoden 2026 loppuun mennessä olevan epätodennäköistä, ja se näyttää olevan realistista vain harvalle hyvinvointialueelle.

Suosituksena esitetään, että hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki

- hyödyntävät tuotantotapa-analyysia järjestämistapojen suunnittelussa entistä enemmän.
- varmistavat riittävän oman tuotannon osuuden häiriötilanteissa erityisesti palveluissa, joissa turvaudutaan pääosin ostopalveluihin.
- kiinnittävät huomiota sekä toiminnan että talouden tietopohjan oikeellisuuteen, jotta kansallinen tietopohja saadaan kattavaksi ja alueellisesti vertailukelpoiseksi.

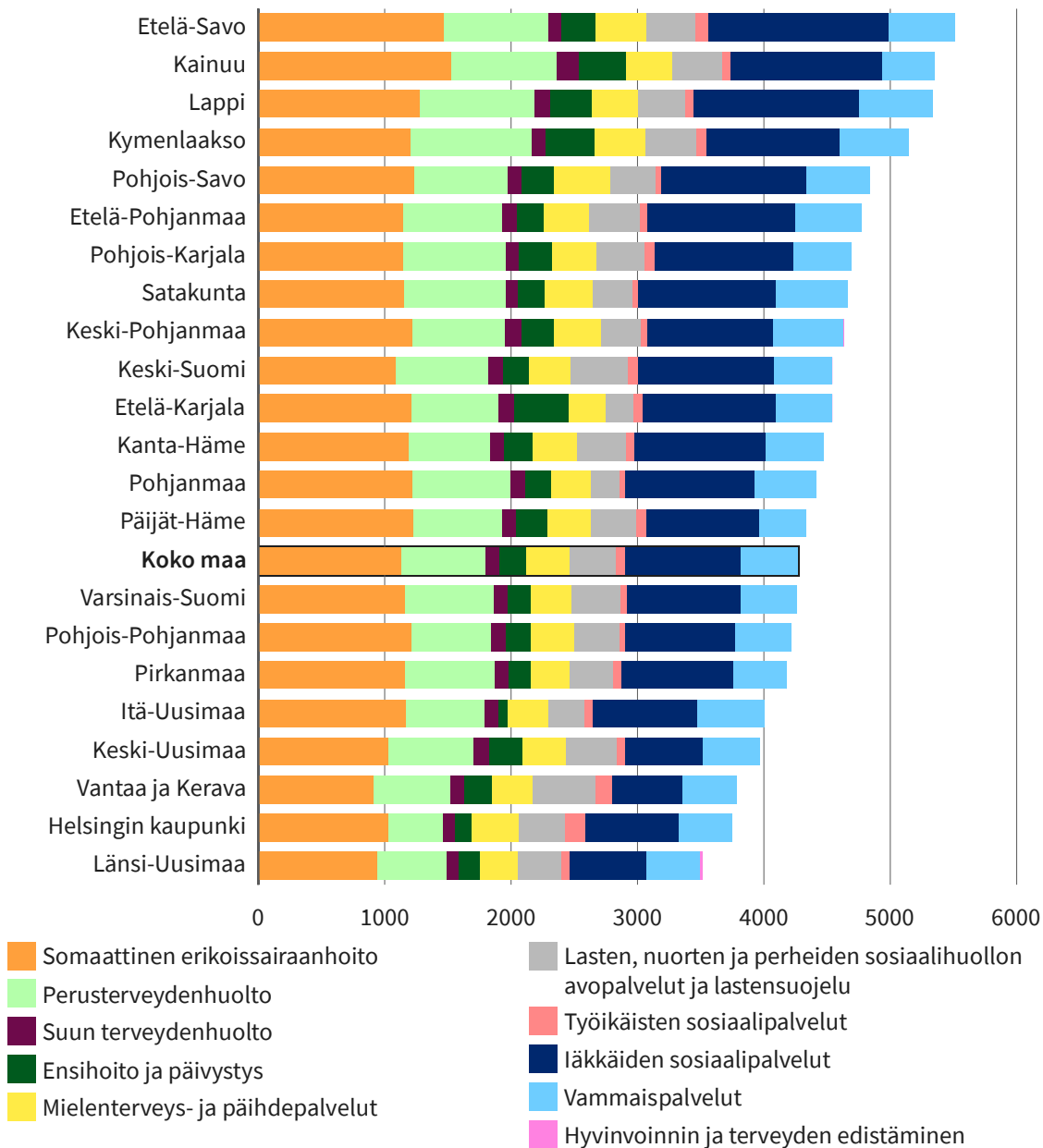
Kuvio 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma vuonna 2023



▲ Kuviossa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma palvelukonaisuuksittain. Palvelukokonaisuuden osuuden leveys kuvaa nettokäyttökustannusten suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuteen on sisällytetty psykiatrian lisäksi sosiaalihuollon palveluja, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut.

Tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, jotka hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2024 loppuun mennessä.

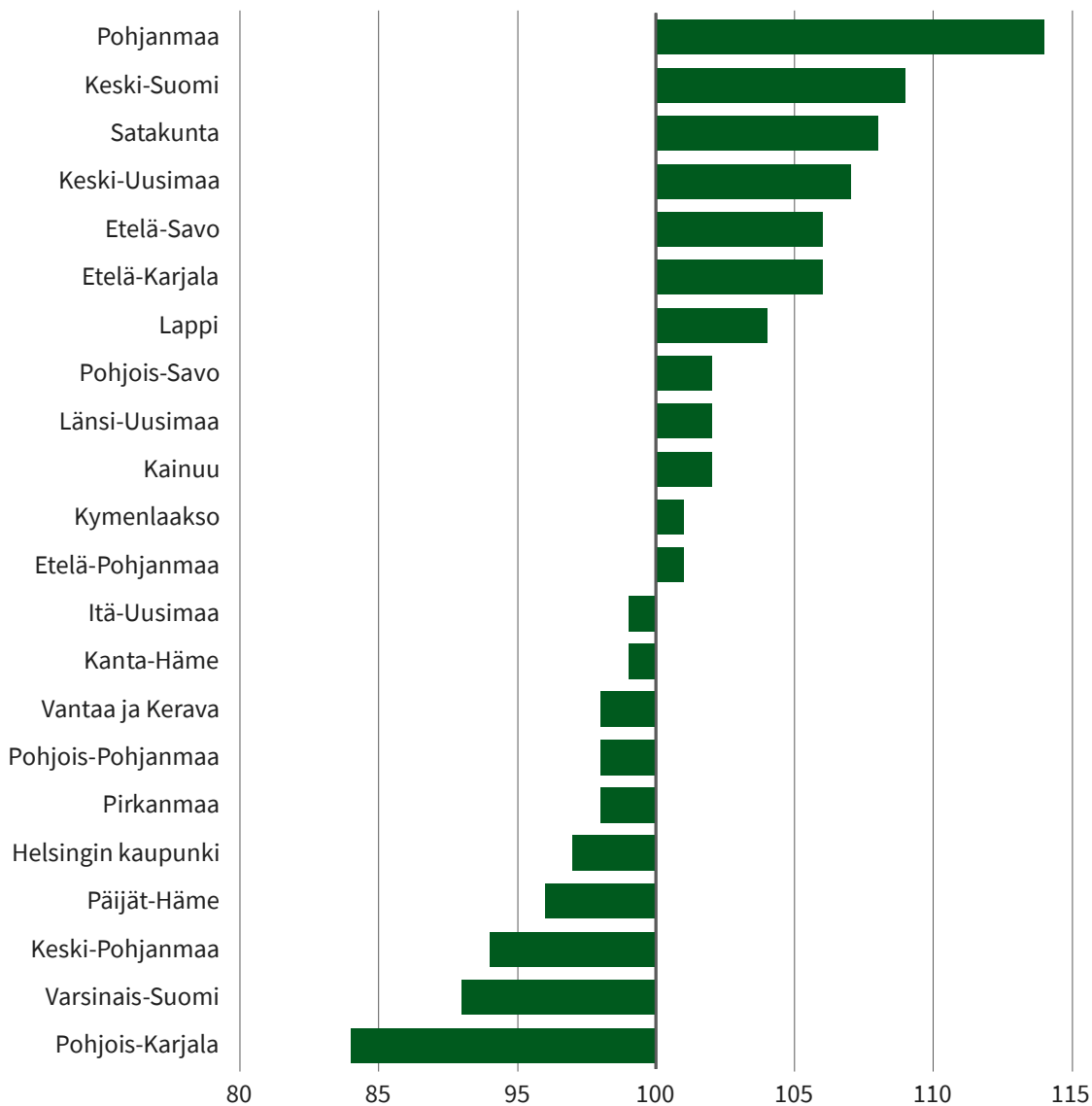
Kuvio 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vuonna 2023



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma palvelukokonaisuuksittain vuonna 2023. Tarkastelussa on käytetty luokittelua, joka on laadittu aiempia tehtäväluokkia hienojakoisemmin ja perustuu vuonna 2021 käyttöön otettuun palveluluokitteluun. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuteen on sisällytetty psykiatrian lisäksi sosiaalihuollon palveluita, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut.

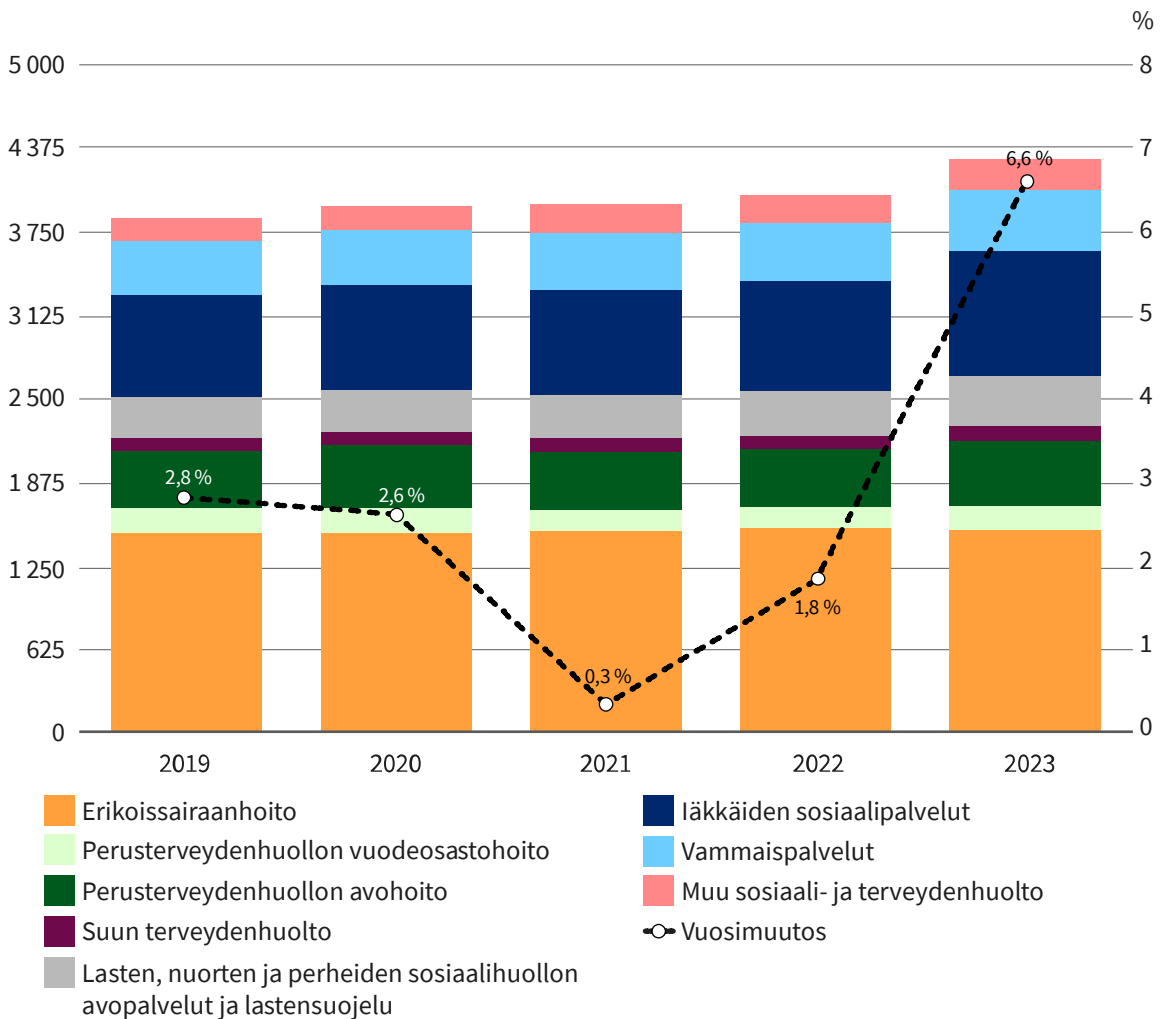
Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2024 loppuun mennessä.

Kuvio 5. Palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset hyvinvointialueittain vuonna 2023



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain palvelutarpeeseen suhteutettujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (100). Mitä kauemmas kustannuksia kuvaava palkkiviiva ulottuu keskiarvosta, sitä pienemmät tai suuremmat alueen palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat. Tarvetekijöinä on huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Vuoden 2023 tarvekertoimet ovat ennakkollisia, ja ne perustuvat tuoreimpaan saatavilla olevaan rekisteritietoon. Taloustiedot perustuvat hyvinvointialueiden Valtiokonttorille heinäkuun 2024 loppuun mennessä raportoimiin tietoihin. Tiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2024 julkaisemiin laskelmiin.

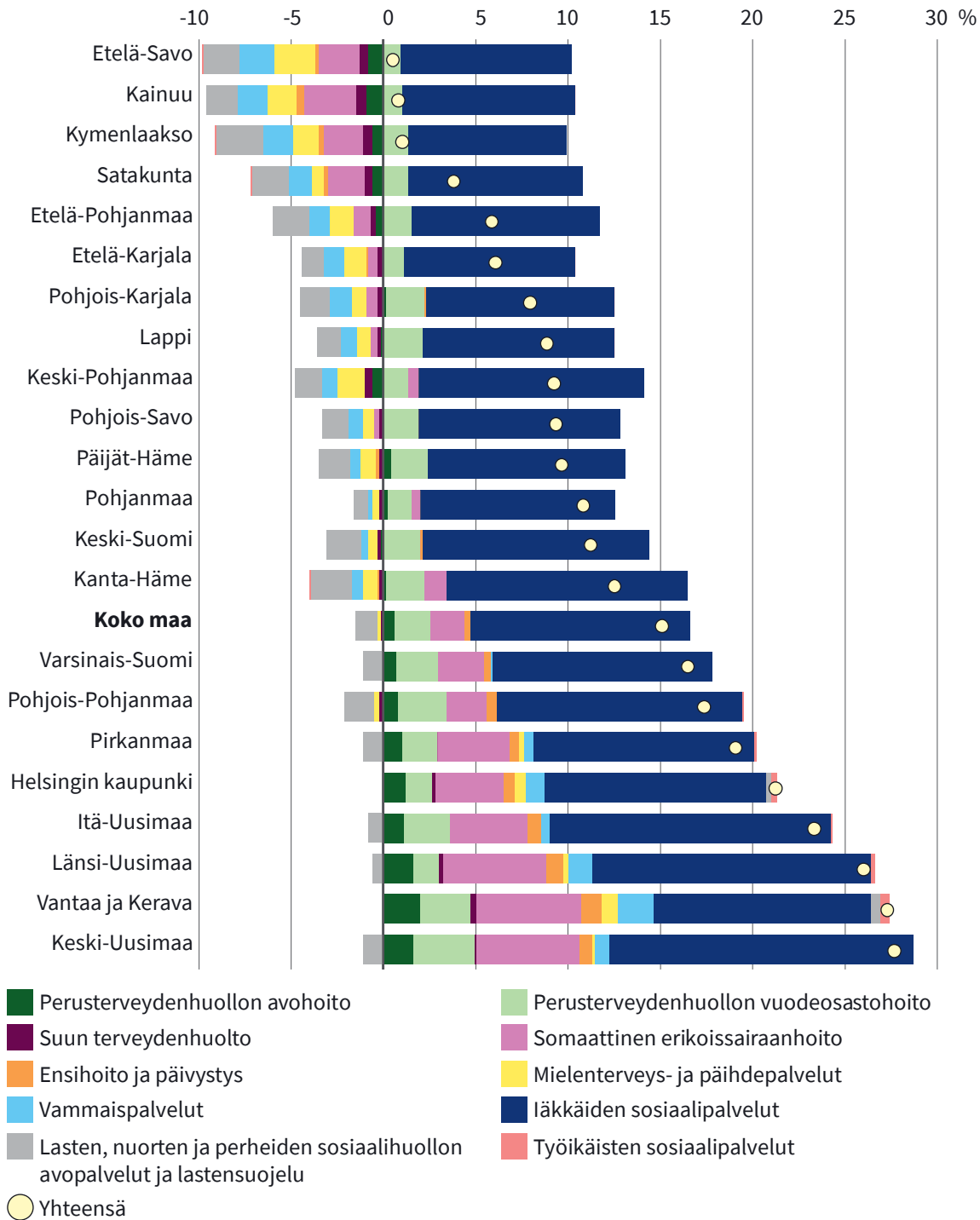
Kuvio 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon reaalisten asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten kehitys vuosina 2019–2023



▲ Kuviossa esitetään koko maan reaalisten asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten kehitys palvelukokonaisuuksittain vuosina 2019–2023. Tarkastelussa on käytetty luokittelua, joka on vertailukelpoinen aiemmin käytössä olleiden tehtäväluokkien sekä vuonna 2021 käyttöön otetun palveluluokkakohtaisen raportoinnin kanssa. Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita kunnat ovat raportoineet Tilastokeskukselle vuosilta 2019–2020 ja Valtiokonttorille vuosilta 2021–2022 sekä hyvinvointialueet Valtiokonttorille vuodelta 2023.

Vuoden 2023 tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille heinäkuun 2024 loppuun mennessä.

Kuvio 7. Väestörakenteen muutoksen vaikutus alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ennakoituun kehitykseen, prosenttia vuodesta 2023 vuoteen 2040



▲ Kuviossa esitetään, miten sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kehittyvät väestörakenteen muutoksen myötä, mikäli toiminta säilyy nykytilan kaltaisena. Arvio palvelutarpeen vuosittaisista muutoksista perustuu pitkän aikavälin sosiaalimenojen analyysimallin (SOME-mallin) ennusteisiin. Luvut kertovat palvelukokonaisuuksittain, kuinka paljon sosiaali- ja terveystalouden palvelujen volyymi kasvaa vuodesta 2023 vuoteen 2040. Kasvuennuste ei huomioi inflaation, tuottavuuden, palvelurakenteen tai väestön sosioekonomisen aseman muutoksia.

Laskentamalli perustuu THL:n kokoamiin rekisteriaineistoihin vuodelta 2021 sekä sosiaalihuollon avohoidon osalta suoriin aineistopyyntöihin.

Palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja talouden hallintaa edistävät toimenpiteet

Päähavainnot

- Pääsy kiireettömään perusterveydenhuoltoon on parantunut. Palvelujen yhdenvertaisessa saatavuudessa on kuitenkin edelleen alue- ja palvelukohtaisia eroja. Päivystyskäynnit ovat lisääntyneet perusterveydenhuollossa ja vähentyneet erikoissairaanhoidossa. Valtakunnallinen sairaalaverkon uudistus keskittää ympärivuorokautisen päivystyspalvelun keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin.
- Lähetteet kiireettömään erikoissairaanhoidon ovat lisääntyneet. Huhtikuussa 2024 lähes viides potilaista oli odottanut hoitoon pääsyä yli puoli vuotta.
- Lastensuojelun henkilöstöpula ja palvelutarve eivät ole helpottuneet, asiakasmitoitus on tiukentunut. Alueiden haasteet lakisääteisten lastensuojelupalvelujen järjestämisessä kasvavat entisestään.
- Lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelutarve kasvaa edelleen.
- Hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta edistetään vakiintuneissa rakenteissa, mutta vähe-
nevin resurssein.

Hoitotakuu toteutuu kohtalaisen hyvin kiireettömässä perusterveydenhuollossa

Hyvinvointialueiden palvelujen saatavuutta ja talouden hallintaa parantavat toimenpiteet etenevät, mutta odotettua hitaammin. Alueet kykenevät vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin aiempaa paremmin. Palvelukanavia on lisätty ja monipuolistettu, ja neuvonta ja ohjaus on valtaosalla alueista keskitetty. Palvelujen saatavuudessa on kuitenkin edelleen alue- ja palvelukohtaisia eroja.

Avosairaanhoidon kiireettömälle lääkärin vastaanotolle pääsi tammi–elokuussa 2024 parhaiten Satakunnassa ja Pohjois-Karjalassa (Pohjois-Karjalan tieto on epävarma alueen itse tunnistaman virheellisen kirjaamiskäytännön takia) ja huonoimmin Helsingissä ja Pohjois-Pohjanmaalla (kuvio 8). Avosairaanhoidon lääkärikäynnit ovat vähentyneet vuodesta 2018 alkaen. Työvoiman ja etävastaanottojen lisääntyminen on parantanut lääkäriin pääsyä. Tammi–elokuussa 2024 lääkärin vastaanotolle pääsi kahdessa viikossa 72 prosenttia potilaista, noin neljännes etäasioiden.

Perusterveydenhuollon hoitotakuun kiristyminen vuonna 2023 vauhditti hoitoon pääsyä parantavia toimenpiteitä. Valtaosassa hyvinvointialueista sote-keskuksissa käytetään moniammatillista tiimimallia. Tiimimalli tukee monia palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoitoa ja digitaalisten palvelujen käyttöä. Tiimimalli on lisännyt hoitajakontakteja suhteessa lääkärikontakteihin. Perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä jo neljännes toteutui etäkäyntinä vuonna 2023 (kuvio 9). Hoidon jatkuvuus hoitajavastaanotoilla on parantunut.

Avosairaanhoidon asiakkaista 95 prosenttia pääsi hoitajan vastaanotolle kahden viikon sisällä tammi–elokuussa 2024.

Suun terveydenhuollon palveluja on tehostettu ja liikkuvia palveluja lisätty. Hammaslääkärin vastaanotolle tammi–elokuussa 2024 neljässä kuukaudessa pääsi 93 prosenttia potilaista. Hammaslääkärille pääsi parhaimmin Keski-Pohjanmaalla, huonoimmin Pohjanmaalla. Suun terveydenhuollon kiireettömälle vastaanotolle (kaikki ammattiryhmät) pääsi neljän kuukauden enimmäisajassa 92 prosenttia potilaista (kuvio 10).

Hoitotakuun pidennys lisää hoitovelan ja palvelutarpeen kasvun riskiä

Julkisen talouden suunnitelmassa vuosille 2025–2028 hoitotakuun aiempia kiristyksiä perutaan vuoden 2025 alusta lukien: kiireettömän avosairaanhoidon hoitotakuuaika pitenee kolmeen kuukauteen ja suun terveydenhuollon kuuteen kuukauteen. Muutos lievittänee palvelujen järjestämisen paineita. Toimenpiteitä palvelujen saatavuuden, henkilöstön riittävyyden ja ennaltaehkäisyn kehittämiseksi on kuitenkin syytä jatkaa, sillä hoitotakuuajan piteneminen lisää hoitovelan ja palvelutarpeiden kasvamisen riskiä. Muutos saattaa lisätä myös erikoissairaanhoidon tarvetta ja käyttöä jo lyhyellä aikavälillä.

Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa vähentyneet, kiireettömän erikoissairaanhoidon tarve kasvanut

Perusterveydenhuollon kiireellisen hoidon käytännöt ovat monipuolistuneet. Palveluja viedään aikaisempaa enemmän asiakkaiden luokse. Päivystyspalvelujakin tarjotaan digitaalisesti. Päivystyskäynnit ovat lisääntyneet perusterveydenhuollossa ja vähentyneet erikoissairaanhoidossa viime vuosina.

Samanaikaisesti lähetteet kiireettömään erikoissairaanhoidon ovat lisääntyneet, mikä johtuneet vilkastuneesta avosairaanhoidon toiminnasta ja palvelutarpeiden lisääntymisestä. Huhtikuussa 2024 kiireettömään erikoissairaanhoidon odottavia oli koko maassa lähes 163 000. Lähes viidennes oli odottanut hoitoa yli puoli vuotta. Pääsy on toteutunut parhaiten Etelä-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla, huonoimmin Pohjois-Savossa, Pohjois-Pohjanmaalla ja HUS-yhtymän alueella.

Uudenmaan erilliskäyttö on osoittautunut työlääksi ja hallinnollisesti raskaaksi erikoissairaanhoidon järjestämisen malliksi. Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän yhteistyö on monimutkaista, ja resurssien irrottaminen yhteistyön edellyttämälle tasolle on vaikeaa osapuolten voimavarojen vähentyessä. Yhteistyön rakenteita, toimintatapoja ja resursseja onkin arvioitava yhteistyössä, ja toiminnan keskiöön nostettavia teemoja on priorisoitava.

Perusterveydenhuollon kiirevastaanottojen saatavuus syytä varmistaa

Valtakunnallinen sairaalaverkon uudistus keskittää ympärivuorokautisen päivystyspalvelun keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin lokakuusta 2025 alkaen. Lapin ja Kymenlaakson hyvinvointialueet sekä HUS-yhtymä voivat tuottaa myös tulevaisuudessa perusterveydenhuollon

ympäri vuorokautista päivystyspalvelua saavutettavuuden ja kielellisen yhdenvertaisuuden perusteella tiettyjen kuntien alueilla. Lappi ja Etelä-Savo voivat halutessaan korvata ympäri vuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen rajatulla erikoissairaanhoidon päivystyksellä. Keski-Suomessa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Pohjois-Savossa perusterveydenhuollon yöpäivystys lakkaa poikkeusluvuissa annetuissa aikatauluissa. Sairaalaverkkouudistuksen odotetaan tukevan henkilöstön riittävyttä ja vähentävän kustannuksia.

Hyvinvointialueiden varautuminen yöaikaisen päivystyspalvelun keskittämiseen vaihtelee. Lappia lukuun ottamatta 116 117-päivystysapu on otettu käyttöön koko Manner-Suomessa. Lisäksi keskittämiseen tulisi varautua riittävällä perusterveydenhuollon kiirevastaanottojen tarjonnalla.

Lastensuojelun henkilöstöpula ja palvelutarve eivät ole helpottuneet, henkilöstömitoitus on tiukentunut

Lapsiperheiden palvelut integroivan perhekeskuksen käyttöönotto etenee. Lapsiperheiden tuelle ja matalan kynnyksen palveluille on suuri tarve, sillä lastensuojeluilmoitukset ovat edelleen lisääntyneet.

Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneista 93 prosenttia aloitettiin lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa 1.10.2023–31.3.2024. Palvelutarpeen arvioinneista valmistui lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa 83 prosenttia, pienin osuus vuonna 2014 alkaneen seurannan aikana. Arvioinnit valmistuivat parhaiten määräajassa (yli 97 %) Itä-Uudellamaalla, Kymenlaaksossa ja Helsingissä, huonoiten Pohjanmaalla (56 %), Päijät-Hämeessä ja Keski-Suomessa (61 %).

Huhtikuussa 2024 lastensuojelun sosiaalityöntekijän enimmäisasiakasmäärä (30) ylittyi noin 30 prosentilla työntekijöistä. 19 hyvinvointialueella enimmäisasiakasmäärä ylittyi vähintään yhdellä sosiaalityöntekijällä. Eniten ylityksiä oli Pohjanmaalla (99 %), Päijät-Hämeessä (71 %) ja Satakunnassa (64 %). Etelä-Karjalassa, Helsingissä ja Keski-Pohjanmaalla ylityksiä ei ollut. Monilla alueilla ylitysten osuudet olivat kasvaneet vuoteen 2023 verrattuna, mitä selittää enimmäisasiakasmäärän muutos 1.1.2024. Kun asiakasmitoitus tiukkeni eikä lastensuojelun palvelutarpeen ja sosiaalityöntekijäpulan helpottumisesta ole merkkejä, alueiden haasteet lakisääteisten lastensuojelupalveluiden järjestämisessä ovat entisestään kasvamassa.

Lähetteet lasten- ja nuorisopsykiatrialle lisääntyneet, pitkään hoitoa odottaneiden määrä vähentynyt

Lasten- ja nuorisopsykiatrian lähetteet ovat lisääntyneet alkuvuonna 2024. Hoitoa odotti keväällä 2024 noin 1 700 lasta ja nuorta. Odottajien määrä väheni vuodenvaihteesta noin 400:lla ja yli kolme kuukautta odottaneiden määrä noin 200:lla. Hoitoon oli vaikeinta päästä Kanta-Hämeessä ja HUS-yhtymän alueella. Erikoissairaanhoidon kyky vastata lasten ja nuorten psykiatrian tarpeeseen näytti parantuneen jonkin verran. Edelleen kasvaneet lähetemäärät kertovat perustason mielenterveyspalvelujen vahvistamisen tarpeesta. Vaikuttavien toimintamallien ja työkalujen kehittämistä ja käyttöönottoa on syytä jatkaa.

Palveluverkkouudistukset välttämättömiä, päättäminen kuitenkin vaikeaa ja toimeenpano hidasta

Toiminnan ja talouden uudistaminen on välttämätöntä palvelujen saatavuuden, henkilöstön riittävyyden ja talouden hallinnan varmistamiseksi. Palvelujen mukauttaminen käytettävissä oleviin voimavaroihin on mittava urakka kaikille hyvinvointialueille ja edellyttää palveluverkon perinpohjaista tarkastelua. Päätöksenteko on osoittautunut vaikeaksi ja toimeenpano hitaaksi esimerkiksi Itä-Uudellamaalla, Satakunnassa, Pohjois-Savossa ja Kainuussa. Pohjois-Karjalassa, Kymenlaaksossa ja Lapissa palveluverkkopäätöksiä on jääviyskysymysten vuoksi valmisteltu uudelleen.

Palveluverkon uudistamista ohjaa tarve löytää säästökohteita ja toisaalta saada täysimääräinen hyöty uudistuvista palveluista. Hyvinvointialueet ovat keskittämässä kivijalkapalveluja aikaisempaa suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Palvelujen saatavuutta pyritään turvaamaan digitaalisilla ja liikkuvilla palveluilla. Digitaalisia palveluja lisättäessä tulisi kuitenkin huomioida asiakasryhmät, joille niiden käyttö on haasteellista (esim. ikääntyneet, pitkäaikais- ja monisairaant, vähemmistöt, vähän koulutetut). Kivijalkapalveluita voidaan vähentää vasta kun niitä korvaavia palveluja on riittävästi tarjolla.

Hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta edistetään vakiintuneissa rakenteissa vähenevin resurssein

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen yhdyspintatoiminta muiden toimijoiden kanssa on vakiintunut suurimmalla osalla hyvinvointialueista. Toimintaa ohjaavat alueelliset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmat sekä lisääntyneet yhteistyösopimukset. Alueiden hyvien käytäntöjen ja vaikuttavien toimintamallien toivotaan leviävän koko maahan.

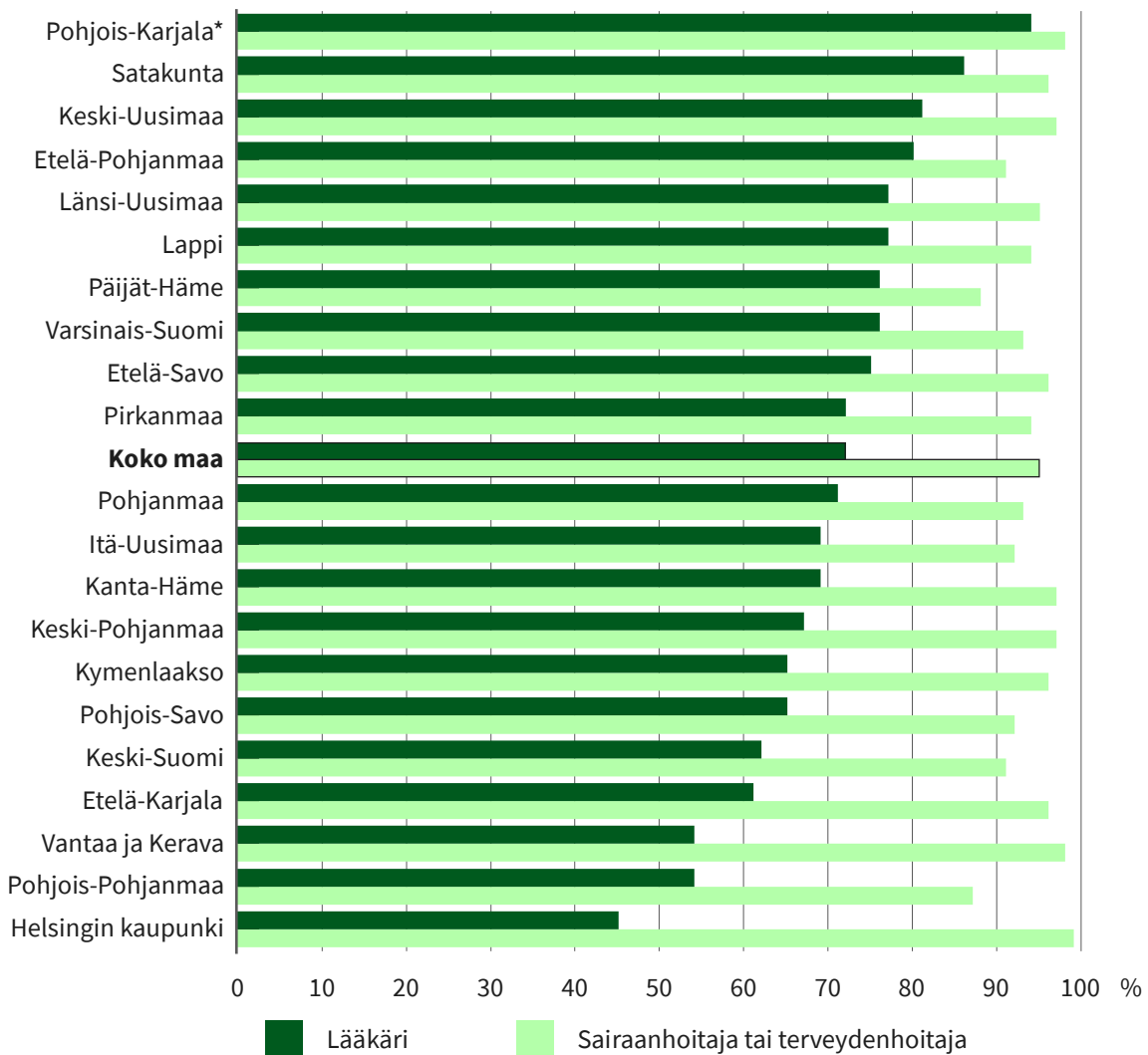
Yhteistyön tulevaisuutta vaikeuttaa henkilöstöressurssien ja järjestöavustusten pieneneminen. Yhdyspintatyössä on syytä priorisoida yhteistä tilannekuvatietoa, päällekkäisyyksien karsimista ja vastuista sopimista. Tämä edellyttää vahvaa yhteistyön ohjausta ja johtamista. Menestyksellä yhdyspintatyö vahvistaa myös alueen elinvoimaisuutta.

Lähes kaikki hyvinvointialueet ovat vuonna 2024 hakeneet STM:ltä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen määrärahaa. Hakemuksissa näkyy tarve kehittää yhdyspintatyön johtamista ja koordinaatiota sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintamalleja ja rakenteita.

Suosituksena esitetään, että hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki

- jatkavat peruspalvelujen vahvistamista.
- jatkavat määrätietoisesti palveluverkkonsa uudistamista.

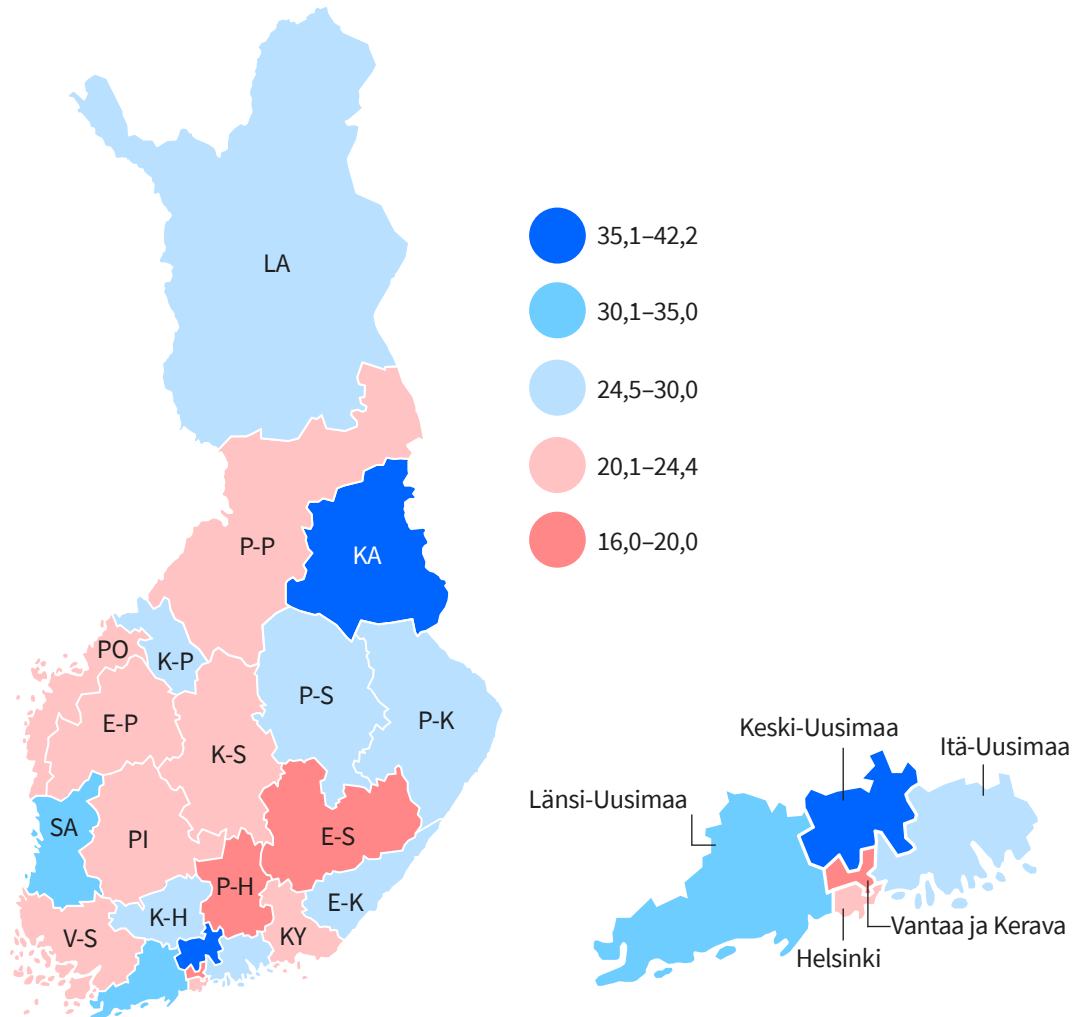
Kuvio 8. Pääsy perusterveydenhuollon kiireettömään avosairaanhoitoon lääkärin ja hoitajan vastaanotolle kahden viikon enimmäisajassa tammi-elokuussa 2024 (% käynneistä)



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin luvut. Tiedot on haettu THL:n laatimista perusterveydenhuollon hoitopaasyn tietokantaraporteista, jotka muodostetaan Avohilmo-rekisteriin toimitetuista tiedoista. Kainuun hyvinvointialueen tiedot puuttuvat.

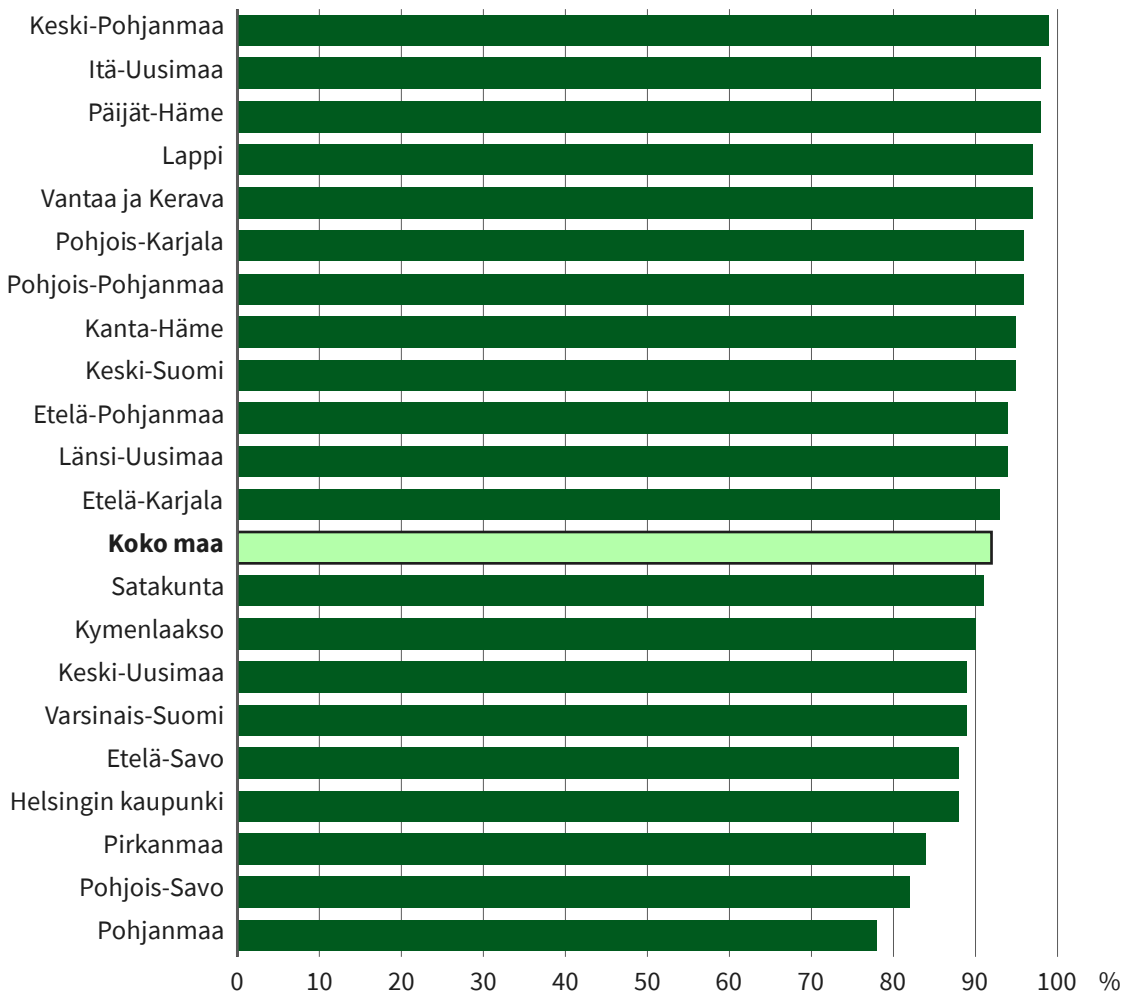
*Virheellisen kirjaamiskäytännön vuoksi tieto Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen hoitopaasyn odotusajasta ei ole luotettava.

Kuvio 9. Etäasiointikäyntien osuus perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä 2023 (%)



▲ Kartassa esitetään hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin luvut. Koko maassa etäasiointikäyntien osuus on 24,5 prosenttia. Sinisen sävyillä merkityillä alueilla osuus on keskimääräistä suurempi ja punaisen sävyillä merkityillä alueilla keskimääräistä pienempi. Tietolähteenä on THL:n perusterveydenhuoltotilasto.

Kuvio 10. Pääsy kiireettömään hoitoon suun terveydenhuollon ammattihenkilölle neljän kuukauden enimmäisajassa tammi-elokuussa 2024 (% käynneistä)



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin luvut. Tiedot on haettu THL:n laatimista perusterveydenhuollon hoitopääsyn tietokantaraporteista, jotka muodostetaan Avohilmo-rekisteriin toimitetuista tiedoista. Kainuun hyvinvointialueen tiedot puuttuvat.

Erityisteema: Ikääntyneiden palvelut

Päähavainnot

- Väestön pitkäikäisyyden yleistymisen lisää muistisairaiden määrää.
- Pahin henkilöstöpula on osassa alueita taittunut.
- Asumispalveluja tuotetaan yleisesti monituottajamallilla. Kotihoidossa painopiste on hyvinvointialueiden omassa palvelutuotannossa.
- Asiakas- ja palveluohjausta on organisoitu keskitettyihin yksiköihin, ja monikanavaiset palvelumuodot ovat yleistyneet.
- Resurssivajeen takia palvelukriteerejä on tiukennettu, mikä on rajoittanut palvelujen saatavuutta ja tehnyt asiakasrakenteesta hoitoisuudeltaan yhä vaativampaa.
- Ikääntyneiden määrällisestä kasvusta huolimatta kotihoidon ja omaishoidon asiakasmäärät ovat laskussa.
- Vähemmän palveluja tarvitsevat ohjataan kuntien, järjestöjen tai yksityisten toimijoiden palveluihin. Yhdyspintatyön toimivuus kuitenkin vaihtelee hyvinvointialueittain.
- Strategisista tavoitteista huolimatta ikääntyneiden palvelurakenne ei merkittävästi keventynyt hyvinvointialueiden ensimmäisenä toimintavuotena. Haasteena ovat henkilöstön rekrytointivaikkeudet sekä sopivien tilojen puute.
- Ikääntyneiden akuutit terveysongelmat hoidetaan yhä useammin kotona yhteistyössä liikkuvien ja konsultoitavien terveyspalvelujen kanssa.

Maassamme arvioidaan vajaan parin vuosikymmenen kuluttua olevan neljännesmiljoona muistisairasta

Väestön ikääntyminen lisää muistisairaiden henkilöiden kokonaismäärää. Muistisairauksien ilmaantuvuus kasvaa pitkäikäisyyden yleistyessä. Hyvinvointialuekohtaiset erot ovat kuitenkin merkittävät. Ikä- ja sukupuolivakioitu ilmaantuvuus oli suurin Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla ja pienin Vantaalla ja Keravalla. Vuonna 2021 yli 85-vuotiaista henkilöistä lähes puolella (41 %) oli diagnosoitu muistisairaus. Vuonna 2040 Suomessa ennustetaan olevan noin 250 000 muistisairasta, mikä on 64 prosenttia enemmän vuoteen 2021 verrattuna. Etenevät muistisairaudet ovatkin aikamme merkittävin kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste.

Henkilöstötilanteessa hienoinen käänne parempaan

Ikääntyneiden palvelujen henkilöstötilanteessa on isoja eroja hyvinvointialueiden välillä. Osassa rekrytointihaasteet jatkuvat, mutta toisissa, kuten Länsi-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla, on nähtävissä merkittävää käännettä parempaan. Kansainvälistä rekrytointia tehdään yhä laajemmassa mittakaavassa sekä Itä- ja Pohjois-Suomessa myös

yhteistyöaluetasoisesti. Myönteinen kehityssuunta on mahdollistanut kalliiksi vaihtoehdoksi osoittautuneen vuokratyövoiman käytön vähentämisen.

Palveluja tuotetaan yleisesti monituottajamallilla. Asiakasmäärien perusteella ympärivuorokautisen palveluasumisen tuotanto jakaantuu lähes tasan hyvinvointialueiden oman tuotannon ja yksityisiltä palveluntuottajilta ostettujen palvelujen kesken. Kotihoidossa sen sijaan painopiste on hyvinvointialueiden omassa tuotannossa.

Hoitajamitoituksen muutos huhtikuussa 2023 nosti ikääntyneiden ympärivuorokautisen palveluasumisen henkilöstötarpeita. Mitoitusvaatimusten täyttymiseksi palveluntuottajat vähensivät asumisyksiköiden paikkamääriä, mutta avasivat niitä myöhemmin uudelleen henkilöstötilanteen kohennuttua. Lisäksi palvelujen henkilöstörakennetta on monipuolistettu palkkaamalla hoiva-avustajia.

Puolessa yksiköistä kotihoidon asiakkaat saavat sen määrän palvelutunteja, joka heille on suunniteltu. Henkilöstön määrässä ja asiakaskäytien ajoituksessa suhteessa asiakkaiden tarpeisiin on merkittäviä puutteita. Myös kouluttamattoman henkilöstön käyttö on yleistynyt. Henkilöstön kuormittuneisuudessa on isoja eroja hyvinvointialueittain. Eniten kuormittuneisuutta koettiin Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella ja vähiten Satakunnan hyvinvointialueella.

Yhteistyötä kuntien ja järjestäjien kanssa tehdään vaihtelevasti

Ikääntyneiden palvelujen asiakasohjausta on kehitetty kohti keskitettyjä yksiköitä, jotka vastaavat sekä matalan kynnyksen neuvonnasta ja ohjauksesta että palvelutarpeiden arvioinnista. Fyysisten toimipaikkojen lisäksi käytössä on yhä useammin myös liikkuvia ja sähköisiä yhteydenottomahdollisuuksia.

Systemaattista ohjautumista kuntien ja järjestöjen hyvinvointia ja terveyttä edistäviin palveluihin vaikeuttavat puutteelliset yhdyspintarakenteet ja kuntien erilaiset edellytykset järjestää palveluja. Digitaalisen palvelutarjottimen käyttöönotto oli kuitenkin ajankohtaista useimmilla hyvinvointialueilla, mikä helpottanee jatkossa asiakkaiden ohjaamista järjestöjen tarjoamiin hyvinvointia ja terveyttä edistäviin palveluihin. Yhdyspintatyötä tehdään muun muassa elintapaohjauksessa ja yhteisösosiaalityössä. Osa alueista edistää ennaltaehkäisevien palvelujen saavutettavuutta laajentamalla etäryhmätoimintoja.

Ikääntyneiden palvelujen asiakkaana yhä enemmän palveluja tarvitsevia

Asiakasohjauksen toimintamalleja on yhtenäistetty. Työtä tukevat yhdenmukaistetut palvelujen myöntämisperusteet. Hyvinvointialueiden välillä myöntämiskriteereissä on kuitenkin eroja.

RAI-arviointivälineistön käyttö on yleistynyt sen tultua lakisääteiseksi 1.4.2023. RAI-arvioinnista saatavan tiedon avulla palvelut pystytään suunnittelemaan yksilöllisesti ja kohdentamaan tarpeenmukaisesti niille, jotka niitä tarvitsevat. RAI-arvioinnin peittävytydessä on kuitenkin eroja hyvinvointialueiden välillä.

Alueet ovat kohdentaneet palveluja niitä eniten tarvitseville, mikä on lisännyt erityisesti kotihoidon asiakkaiden hoitoisuutta. Palvelukriteerejä täyttämättömät asiakkaat ohjataan kuntien, järjestöjen tai yksityisten toimijoiden palveluihin. Gerontologisen sosiaalityön ja -ohjauksen resurssit ovat monin paikoin riittämättömät. Palveluihin ohjautumista ja palveluketjujen

hallintaa edistävät moniammatilliset tiimimallit, asiakasohjausratkaisut sekä kuntoutukseen profiloituvat yksiköt.

Muutosohjelmilla varaudutaan ikääntyneen väestöosuuden ja palvelutarpeen kasvuun

Alueet ovat ottaneet käyttöön palvelujen yhdenvertaista saatavuutta edistäviä toimintamalleja. Tämä näkyy erityisesti alueilla, joissa järjestämisvastuu oli aiemmin hajautettu. Esimerkiksi sosiaalipalvelujen myöntämisen käytänteitä on yhdenmukaistettu ja päätöksentekoa keskitetty. Kuntouttava ja toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä toiminta on laajentunut etenkin kotiin ja arjen ympäristöön annettaviin palveluihin sekä asumispalveluihin.

Teknologiaa käytetään kotihoidossa yhä enemmän. Usealla alueella lääkeautomaatit ovat jo vakiintuneessa käytössä, mutta esimerkiksi ennakoidua tekoälyä käytetään kotihoidossa vähän. Ennakoivan tekoälyn hyödyntämistä kotihoidossa kokeillaan kuitenkin esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Etänä tapahtuvat kotihoidon käynnit ovat sen sijaan yleistyneet, ja esimerkiksi Kanta-Hämeessä ja Keski-Pohjanmaalla etäkäynti on ensisijainen palvelumuoto.

Palvelurakenteen keventämisen vaikutukset eivät vielä näy peittävydessä

Hyvinvointialueiden strategiset linjaukset palvelurakenteen keventämisestä eivät näkyneet käytännössä vielä vuonna 2023. 75 vuotta täyttäneillä palvelujen peittävyys pysyi maan suurimpana Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla sekä pienimpänä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (kuviot 11). Koko maan tasolla ympärivuorokautisen asumisen peittävyys pysyi samalla tasolla kuin vuonna 2022 ja asiakkuuksien määrä kasvoi, kun taas säännöllisen kotihoidon asiakkuuksien määrä ja peittävyys pienenevät. Sama suuntaus oli myös omaishoidon peittävydessä ja asiakasmäärissä. Trendi näkyi myös kustannuskehityksessä: vuonna 2023 ympärivuorokautisen palveluasumisen nettokäyttökustannukset kasvoivat huomattavasti voimakkaammin kuin kotihoidon. Iäkkäiden sosiaalipalvelujen 75 vuotta täyttäneeseen väestöön suhteutetut kustannukset olivat suurimmat Lapissa ja pienimmät Päijät-Hämeessä (kuviot 12). Kustannuskehitykseen vaikuttivat palvelutarpeen kasvun lisäksi henkilöstömitoituksen muutos, ostopalvelujen hintojen nousu ja vuokratyövoiman käyttö.

Matalat palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset voivat kertoa myös palveluvajeesta

Varsinais-Suomen hyvinvointialuetta lukuun ottamatta palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat matalimmat alueilla, joilla sosiaali- ja terveystieteiden järjestämisvastuu oli ennen hyvinvointialueuudistusta keskitettynä (kuviot 13). Verrattain korkeaan palvelutarpeeseen nähden näillä alueilla näyttäisi olevan ainakin osittaista palveluvajetta. Päijät-Hämeen hyvinvointialueella palvelujen myöntämisperusteet ovat tiukat ja palvelujen peittävyys on matala. Myös iäkkäiden sosiaalipalvelujen nettokäyttökustannukset ovat maan matalimmat. Tämä viittaa siihen, että osa palvelun tarvitsijoista jää palvelujen ulkopuolelle.

Keski-Pohjanmaalla kasvaneeseen palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset jäivät selvästi alle maan keskitason, mikä viittaa resursoinnin vähäisyyteen. Tämä näkyy muun muassa

palveluihin jonottamisena. Tähän on alueella kuitenkin jo reagoitu, ja saatavuutta on saatu parannettua. Maan yleisestä kehityksestä poiketen ympärivuorokautisen palveluasumisen paikkoja on siellä lisätty, mikä on sujuvoittanut hoito- ja palveluketjuja. Ikääntyneiden palvelujen järjestämisen tavoissa huomioidaan myös kokonaistaloudellisuus ja inhimilliset näkökulmat.

Korkeimmat palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset painottuvat alueille, joista osalla järjestämisvastuu on ollut hajautettuna. Lapin hyvinvointialuetta lukuun ottamatta palvelutarve on pääsääntöisesti lähellä maan keskitasoa. Lapin kustannuksiin on vaikuttanut huomattavasti yli maan keskitason olevan palvelutarpeen lisäksi muun muassa alueen suuret sisäiset erot palvelujen peittävyyksissä. Palvelujen piirissä on runsaasti asiakkaita, jotka eivät täyttäisi nykyisiä palvelujen myöntämisperusteita.

Yhteisöllisen asumisen mallinnus vielä osalla alueista kesken

Hyvinvointialueet ovat tehneet päätöksiä ympärivuorokautisen palveluasumisen vähentämisestä. Palvelua korvataan kevyemmällä ratkaisulla, joita viedään asiakkaan kotiin, tai yhteisöllisellä asumisella. Uuden asumismuodon kehittäminen on kuitenkin hidasta, mikä osittain johtuu soveltuvien tilojen puutteesta. 75 vuotta täyttäneiden määrä yhteisöllisessä asumisessa on vielä erittäin pieni. Suunnittelu investointikumppaneiden kanssa on osalla alueista käynnissä, ja osa on jo päässyt laatimaan kumppanuussopimuksia. Yhteisöllistä asumista suunnitellaan toteutettavaksi myös ympärivuorokautisen palveluasumisen yhteydessä niin sanottuna hybridiasumisena. Palvelut tuotetaan useimmiten kotihoidon omina tai ostopalveluina. Alueet ovat arvioineet yhteisöllisen asumisen vähentävän merkittävästi kustannuksia; selkeitä palvelumääritelmiä kuitenkin vielä puuttuu. Osalla alueista asiakasprofiloinnissa ja myöntämisperusteina otetaan huomioon muun muassa palvelun hakijan turvattomuuden tunne ja mielenterveysongelmat.

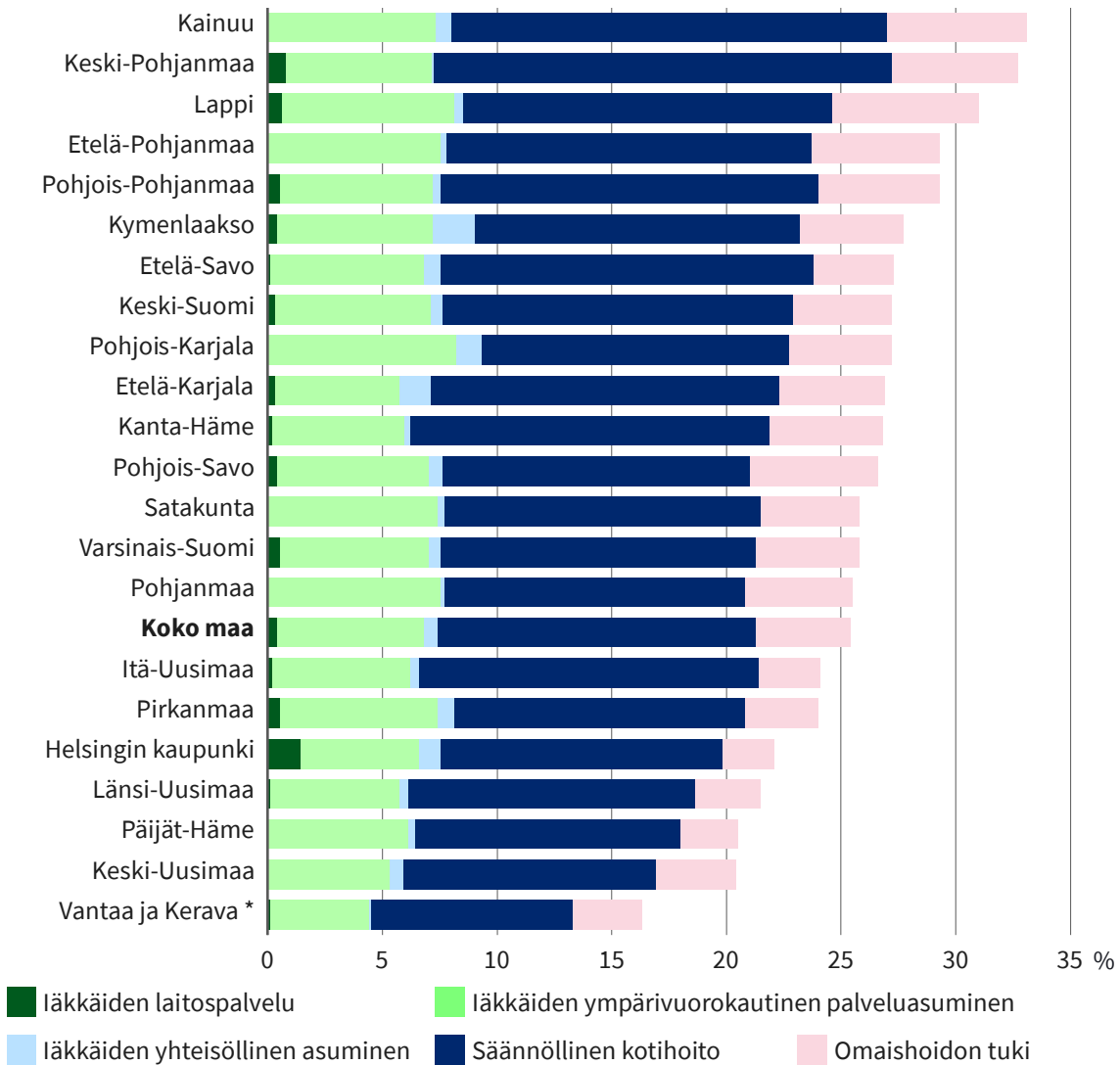
Akuuttia sairaanhoitoa tuotetaan liikkuvilla palveluilla

Perusterveydenhuollon osastotoimintaa vähennetään ja korvataan sosiaalihuoltolain mukaisella arviointi- ja kuntoutustoiminnalla. Akuutti sairaanhoito turvataan kotisairaaloiminnalla sekä enenevästi ensihoidon ja kotisairaalan liikkuvalla yhteispalvelulla. Hoitotyössä on osalla alueista mahdollista konsultoida joko sairaanhoitajaa tai lääkäriä myös virka-ajan ulkopuolella. Muutosten vaikutus näkyy jo hieman, sillä 75 vuotta täyttäneitä kotihoidon asiakkaita, joilla oli päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, oli vuonna 2023 suhteellisesti aiempaa vähemmän. Haja-asutusalueilla on tarkoitus varata ympärivuorokautisen palveluasumisen yhteyteen myös kotisairaalan lupapaikkoja, mikäli terveyskeskusten yhteydessä oleva osastotoiminta lakkautetaan.

Suosituksena esitetään, että hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki

- ottavat käyttöön vaikuttavaksi todettuja toimintamalleja muistisairauksien ennaltaehkäisemiseen sekä vahvistavat kuntien ja järjestöjen kanssa tehtävää yhdyspintatyötä ikääntyneiden hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi.
- seuraavat systemaattisesti RAI-arvioinnin avulla ikääntyneiden ja heidän mahdollisten omaishoitajiensa hyvinvointia sekä riittävien ja oikea-aikaisten palvelujen saatavuutta, jotta täytty-mättömät palvelutarpeet eivät ajan myötä aiheuta yllättävää kysynnän kasvua.
- varmistavat yleisen neuvonnan ja palveluohjauksen saatavuuden ja saavutettavuuden.
- kasvattavat RAI-arviointien peittävyttä, mikä tukee palvelujen yhdenmukaista kohdentumista sekä lisää tiedolla johtamisen mahdollisuuksia.
- varmistavat yksilöllisiä tarpeita vastaavien palvelumuotojen saatavuuden ja laadun talouden haasteista huolimatta.
- vahvistavat kotona asumisen tukipalvelujen sekä kotihoidon saatavuutta ikääntyneiden määrän kasvaessa lähivuosina.
- varmistavat sekä kompensoivien palvelujen että raskaampien palvelujen riittävyyden palvelurakennetta kevennettäessä.

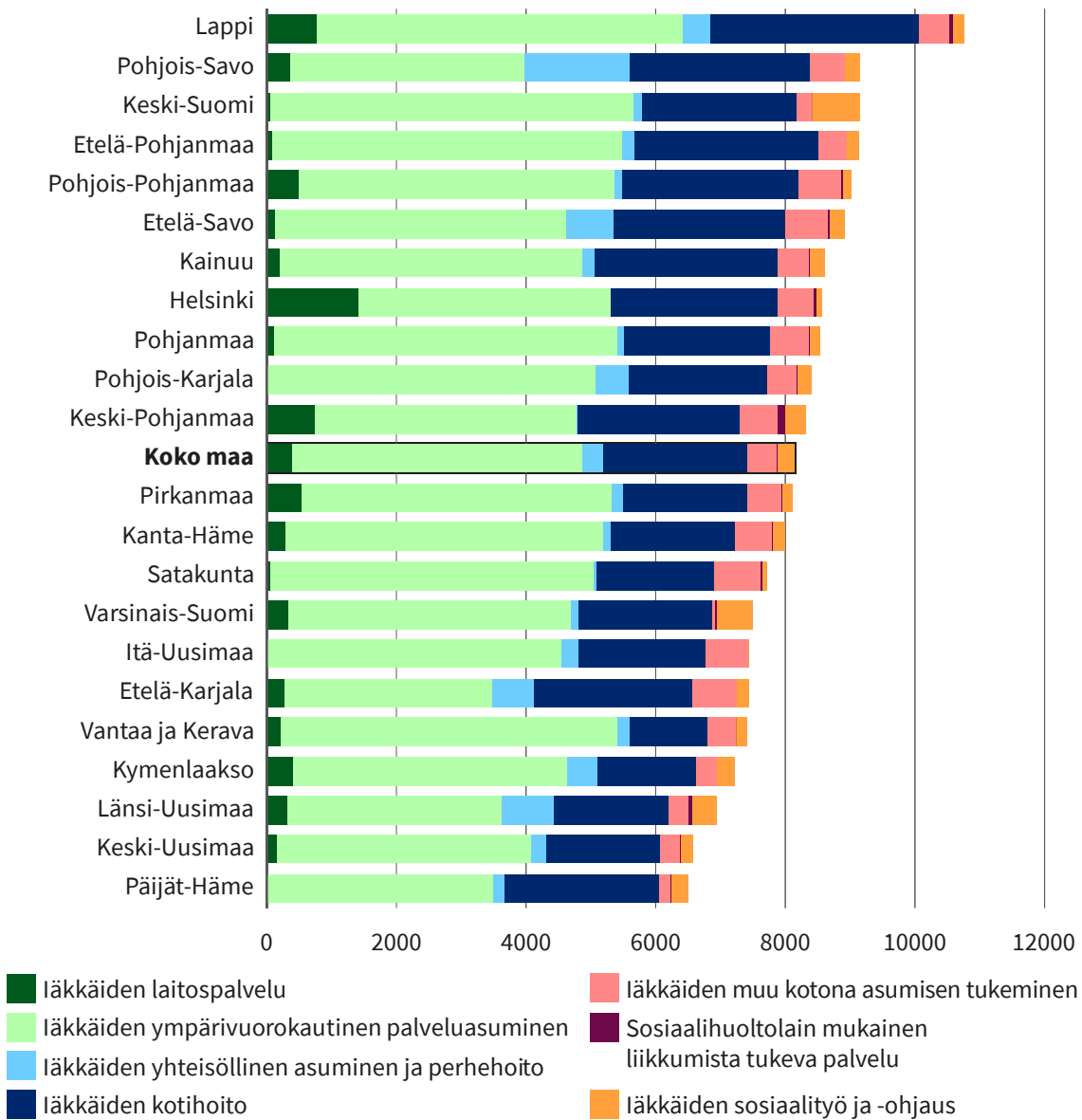
Kuvio 11. 75 vuotta täyttäneiden läkkäiden sosiaalihuollon palvelujen peittävyys vuonna 2023



▲ Kuviossa esitetään 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden lukumäärä hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa suhteutettuna alueen samanikäiseen väestöön. Säännöllisen kotihoitoon ja omaishoidon tuen peittävydessä on huomioitu vuoden aikana palvelujen piirissä olleet asiakkaat. Muut tiedot ovat poikkileikkaustietoja tilanteesta 31.12.2023.

*Potilastietojärjestelmän vaihdoksen vuoksi Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen tiedoissa on puutteita.

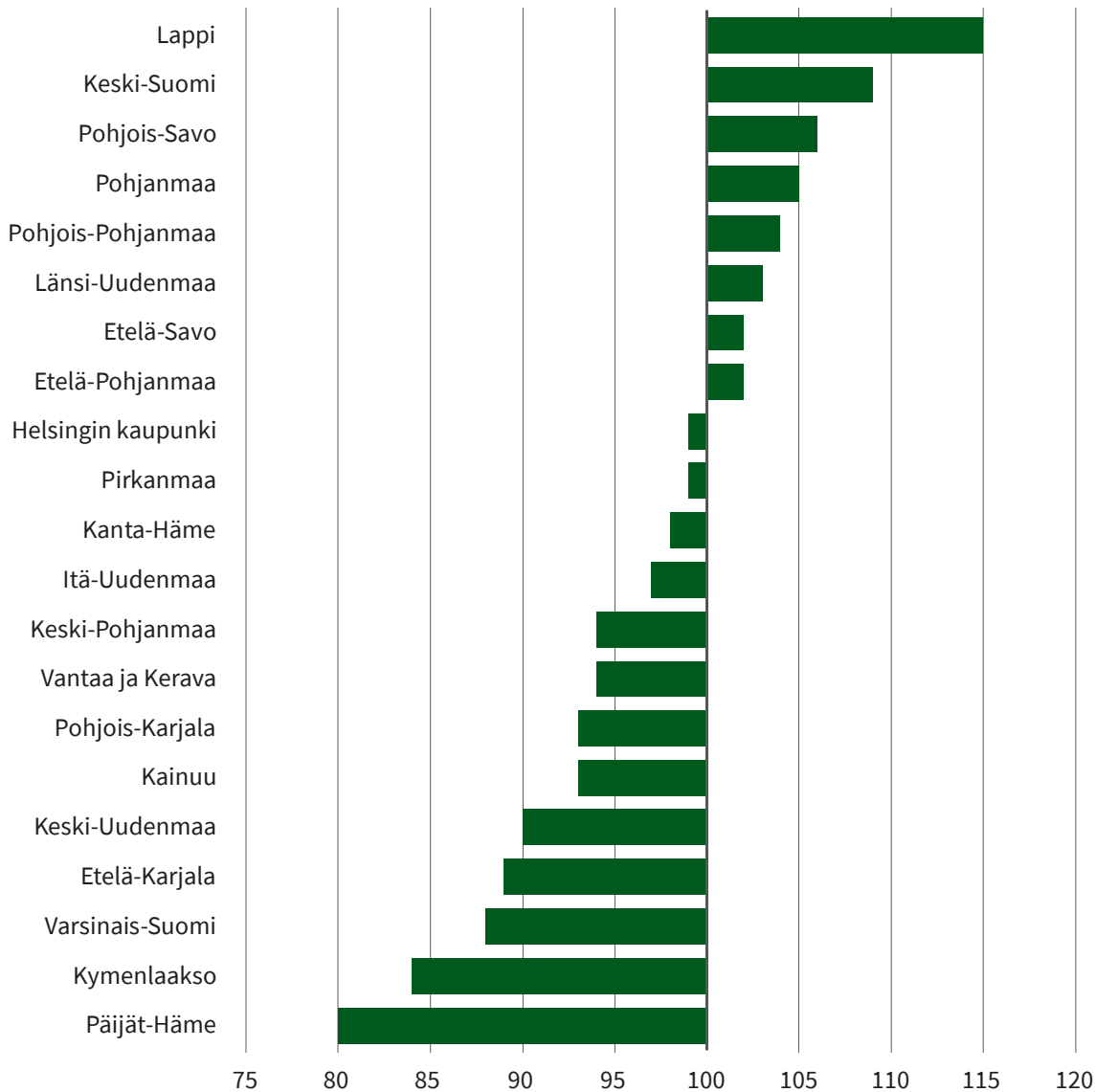
Kuvio 12. Iäkkäiden sosiaalipalvelujen nettokäyttökustannukset suhteutettuna 75 vuotta täyttäneeseen väestöön vuonna 2023



▲ Kuviossa esitetään iäkkäiden sosiaalipalvelujen nettokäyttökustannukset palveluluokittain hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa vuonna 2023. Nettokäyttökustannukset on suhteutettu 75 vuotta täyttäneeseen väestöön.

Tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, jotka hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2024 loppuun mennessä.

Kuvio 13. Palvelutarpeeseen suhteutetut iäkkäiden sosiaalipalvelujen kustannukset vuonna 2023



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain palvelutarpeeseen suhteutettujen iäkkäiden sosiaalipalvelujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (100). Iäkkäiden sosiaalipalveluille on laskettu aluekohtainen tarvekerroin, johon palvelukokonaisuuden nettokäyttökustannukset on suhteutettu. Tarvekertoimet ovat ennakkollisia, ja ne perustuvat tuoreimpaan saatavilla olevaan rekisteritietoon vuodelta 2023. Kustannustiedot perustuvat hyvinvointialueiden Valtiokonttorille heinäkuun 2024 loppuun mennessä raportoimiin taloustietoihin. Kustannuksina on käytetty nettokäyttökustannuksia, jotka on laskettu vähentämällä käyttökustannuksista käyttötuotot.

Satakunnan tietoja ei esitetä niiden poikkeavuuden vuoksi.

Luvut ovat alustavia, ja ne muuttuvat jatkokehitystyön aikana.

Yhteistyöaluekohtainen tilannekuva

Sopimusvalmistelu ja toimeenpano

Jokainen hyvinvointialue kuuluu yhteen maamme viidestä yhteistyöalueesta (YTA). Yhteistyöalueet edistävät sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista ja kehittämistä sekä hyvinvointialueiden välistä yhteistyötä. Samaan yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet laativat keskinäisen yhteistyösopimuksen, jossa sovitaan muun muassa hyvinvointialueiden välisestä työnjaosta.

Etelä-Suomen yhteistyöalueella on valmistunut luonnos yhteistyösopimuksesta sopijaosapuolten katselmoitavaksi. Tavoitteena on, että osapuolet päättävät asiakirjasta vuoden loppuun mennessä. Sopimuksen odotetaan astuvan voimaan vuoden 2025 alusta.

Sisä-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimus vuosiksi 2024–2025 astui voimaan kesäkuussa 2024. Sopimuksen ohjausryhmänä toimii YTA-johtoryhmä, joka vastaa sopimuksen toimeenpanosta. YTA-johtoryhmän alaisuuteen perustetaan alatyöryhmiä ohjaamaan terveydenhuollon, sosiaalihuollon, pelastustoimen, TKI-asioiden, ICT-asioiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen osa-alueita. YTA-johtoryhmä arvioi sopimuksen toteutumista vuosittain.

Länsi-Suomen YTA-sopimus on hyväksytty hyvinvointialueiden aluevaltuustoissa kesäkuussa 2024. YTA-sopimusyhteistyö on alkanut. Hyväksytty YTA-sopimus liitteineen löytyy jokaisen hyvinvointialueen aluevaltuuston kesäkuun kokouspöytäkirjoista.

Pohjois-Suomen yhteistyöalueen ensimmäinen yhteistyösopimus hyväksyttiin joulukuussa 2022. Sopimusta ollaan päivittämässä huhtikuussa 2024 laaditun suunnitelman mukaisesti. Tavoitteena on saada sopimus alueiden päätöksentekoon loppuvuodesta 2024. YTA-johtoryhmä ja asiantuntijaryhmät kokoontuvat säännöllisesti, ja poliittisen ja viranhaltijajohdon YTA-päivät pidetään kahdesti vuodessa.

Keski-Suomen aluevaltuusto hyväksyi Itä-Suomen ensimmäisen yhteistyösopimuksen syyskuussa 2024. Muut Itä-Suomen aluevaltuustot hyväksyvät sopimuksen syksyn 2024 aikana. Yhteistyösopimuksen tavoitteena on kaikkia sopijaosapuolia hyödyttävä strateginen kumppanuus. Yhteistyöalue laatii erikoissairaanhoidon työnjakoselvityksen vuoden 2025 aikana. Selvityksessä huomioidaan kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelureformi ja käynnissä oleva lainsäädäntövalmistelu.

Kaksikielisten hyvinvointialueiden tekemä yhteistyösopimus on hyväksytty kaikilla kaksikielisillä hyvinvointialueilla, Helsingissä ja HUSissa.

Valmius ja varautuminen

Tilannekuvatietoja käsitellään vielä manuaalisesti ja tilannekuville on vajeita

Hyvinvointialueiden sote-valmiuskeskuksille toimittamat valmiuden tilannekuvatiedot kootaan vielä usein manuaalisesti eri asiakas- ja potilastietojärjestelmistä. Tämä aiheuttaa riskejä tietojen siirrossa. Tilannekuvatiedoissa on puutteita, joten alueelliset tilannekuvat ovat osittain vajaita.

Etelä-Suomen yhteistyöalueella tietojen siirto on erityisen haasteellista, sillä tilannekuvatieto kootaan yhdeksästä organisaatiosta.

Yliopistollisten sairaaloiden yhteydessä toimivat sote-valmiuskeskukset päivittävät normaalioloissa alueellisen tilannekuvan viikoittain ja toimittavat sen hyvinvointialueille. Valmiuskeskusten ja hyvinvointialueiden kyky päivittää ja toimittaa tilannekuvaa normaalioloja tiheämmin on jo kohtalaisen hyvä. Häiriötilanteissa kaksisuuntainen viestintä toteutetaan erilaisilla kriittisen viestinnän järjestelmillä. Hyvinvointialueiden tulisi mahdollisimman pian varmistaa tilannekuvatietojen eheys ja tietojen siirron riskittömyys kaikissa prosessin vaiheissa ja tilanteissa.

Yhteistyöalueet pystyvät jo kohtalaisen hyvin tuottamaan kansallisen vähimmäistietosisällön mukaiset tilannekuvatiedot THL:n valmiuden tilannekuvapalveluun. Kahdella yhteistyöalueella tilannekuva kootaan ja siirretään erillisellä tietojärjestelmällä. Osalla alueista tietojen kokoaminen tapahtuu vielä manuaalisesti. Yhteistyöalueiden osittain vajaat tilannekuvatiedot heikentävät kansallisen tilannekuvan laatua.

Valmiussuunnitelmissa huomioidaan kansalliset ohjeet ja riskiarviointi

Hyvinvointialueet ovat valmistelleet valmiussuunnitelmansa rakenteeltaan yhdenmukaisiksi valtakunnallisten ohjeiden mukaisesti. Yhteistyöalueiden valmiussuunnitelmien arvioidaan valmistuvan vuoden 2025 aikana. Yhteistyöalueiden kriisiviestintäsuunnitelmat sisältyvät pääsääntöisesti yhteistyöalueiden valmiussuunnitelmiin.

Valmiussuunnittelussa huomioidaan kansalliseen riskiarvioon sisältyviä riskejä. Suurin osa alueista on huomionnut suunnittelussaan noin puolet kansallisessa arvioissa luetelluista runsaasta 20 riskistä.

Ohjausta ja voimavaroja tarvitaan lisää

Kaikki viisi yhteistyöalueiden sote-valmiuskeskusta arvioivat syyskuussa 2024 hyvinvointialueiden valmiuden ja varautumisen voimavarat riittämättömiksi. Neljä viidestä sote-valmiuskeskuksesta arvioi myös omat resurssinsa riittämättömiksi, yksi ei osannut arvioida riittävyyttä. Neljä viidestä valmiuskeskuksesta arvioi myös itse antamansa ja saamansa ohjauksen riittämättömäksi, yksi ei osannut arvioida ohjauksen riittävyyttä. Valmiuskeskukset toivoivat roolinsa vahvistamista toiminnan ohjauksessa ja yhtenäistämässä.

Yhteistyöalueiden sote-valmiuskeskukset tunnistivat kehittämistarpeita päätöksenteossa ja johtamisessa, mikä onkin nostettu esiin valmiuslain muutosesityksessä. Valmiuskeskusten ympärivuorokautista tavoitettavuutta ja päivitysresurssia tulisi vahvistaa; sekin vaatisi lisäresursointia. Lisäksi valmiuskeskukset kaipasivat kansallista ohjausta sosiaali- ja terveystoimen ja pelastustoimen viestintäyhteyksien kehittämiseen. Hyvinvointialueiden TUVE-yhteyksien kattavuus vaihtelee. Muuhunkin valmiuden ja varautumisen kehittämiseen kaivattaisiin lisää kansallista ohjausta. Tarvittaisiin myös yhteneviä tilannekuvan tuottamisen, analysoinnin ja välittämisen menetelmiä STM:n valmiusyksikölle ja sote-valmiuskeskuksille. Valmiuskeskukset kaipasivat myös yhteistyön tiivistämistä ympäristöterveydenhuollon kanssa.

Valmiuskeskusten arvion mukaan kaikilla, myös yliopistollisilla, hyvinvointialueilla valmius- ja varautumistyötä tehdään liian paljon oman muun toimen ohella. Valmiuskeskusten mukaan sekä sote-valmiuskeskusten että hyvinvointialueiden valmiuden ja varautumisen resursseja tulisi lisätä.

Tiedonhallinta ja digitalisaatio

Yhteiseen asiakas- ja potilastietojärjestelmään on vielä matkaa

Yhteistyöalueiden sopimukseen tai sopimusluonnokseen ei ole vielä kirjattuna yhteistyöalueen yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän konkreettista hankintaa. Pidemmän aikavälin suunnittelua on käynnistetty vain muutamilla yhteistyöalueilla. Osa hyvinvointialueista on hankkinut uusia järjestelmiä, ja osa on käynnistänyt hankintaprosessin yhteistyöalueen sisällä esimerkiksi kahden hyvinvointialueen kesken. Hankintaa tehdään myös yli yhteistyöalueiden rajojen, esimerkiksi in house -hankintoina. Joillakin hyvinvointialueilla on jo pidempään ollut käytössä yhtenäinen tietojärjestelmä, eikä sen uusimista pidetä tarkoituksenmukaisena. Yhteistyöalueen yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinta ja rahoitus vaatisivat myös yhteistä ja yhdenmukaista investointisuunnittelua, joka olisi tällä hetkellä erittäin haasteellista hyvinvointialueiden taloustilanteiden vuoksi.

Yhteiskehittämistä ja hankintaa digipalveluratkaisuissa ja tietojohdamisessa

Tukipalvelujen, tietojohdamisen, digiratkaisuiden ja muiden ICT-palveluiden kehittämistä ja hankkimista yhteistyöalueittain pidetään tärkeänä. Jokaiselle yhteistyöalueelle on perustettu ICT-asiantuntijoiden työryhmä, jonka tehtävänä on esimerkiksi kartoittaa tarkoituksenmukaisia ja kustannustehokkaita ICT-ratkaisuja yhteistyöalueella. Osa yhteistyöalueista on sitoutunut esimerkiksi yhteisen viitearkkitehtuurin tai tiedolla johtamisen rakenteiden, kuten tietoallasratkaisujen, suunnitteluun, yhteistyöaluekohtaiseen digipalveluratkaisujen arvioimiseen tai kansallisesti kehitettyjen palvelukokonaisuuksien käyttöönottoon. Digitaalisia ratkaisuja pidetään hyvinvointialueilla palvelustrategian hyvin merkittävänä osana. Vantaan ja Keravan, Kymenlaakson ja Lapin hyvinvointialueet arvioivat merkityksen vähäisimmäksi.

Pohjois-Suomessa kehitteillä "YTA-konttori"

Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin erikoissairaanhoidossa on käytössä yhteinen potilastietojärjestelmä, joka laajenee Pohjois-Pohjanmaalla myös perusterveydenhuollon käyttöön. Lapin, Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueiden sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmien uudistaminen on käynnistynyt yhteistyöalueen yhtiön kilpailuttamalla sosiaalihuollon tietojärjestelmällä.

Pohjois-Suomen yhteistyöalueen ICT-asiantuntijoiden työryhmän yhtenä tehtävänä on tehdä selvitys hyvinvointialueiden nykyisistä tietojärjestelmistä sekä aikataulutettu esitys tavoitearkkitehtuurista. Suurimmat haasteet yhtenäistämässä liittyvät hyvinvointialueiden ICT-toimenpiteiden ja hankintojen eritahtisuuteen. Pidemmän aikavälin suunnitelmaa ollaan kuitenkin laatimassa, ja yhteistyöalueella etsitään mahdollisuuksia muun muassa ns. YTA-konttorin muodostamiselle. Sen tehtävänä olisi antaa laaja-alaista asiantuntijatukea Pohjois-Suomen hyvinvointialueiden palvelujen strategiselle ohjaukselle ja johtamiselle. Lisäksi se varmistaisi osaamisen resurssit yhteisiksi tunnistetuissa tarpeissa, kuten esimerkiksi vaativissa lakiasiaipalveluissa tai logistiikkapalveluissa.

Itä-Suomessa tavoitellaan yhteistä asiakas- ja potilastietojärjestelmää vuoteen 2035 mennessä

Itä-Suomen yhteistyöalueen tietohallintojohtajat ja tietohallinnon investoinneista vastaavat kokoontuvat säännöllisesti käsittelemään yhteistyöhankkeita. Yhteistyöalueella on tehty selvitystä käytössä olevista tietojärjestelmistä sekä hyvinvointialueiden ja myös muiden yhteistyöalueiden kanssa tehtävistä hankinnoista. Esimerkiksi sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmä on hankittu Keski-Suomen ja Pohjois-Savon hyvinvointialueille in house -hankintana, jossa myös Pirkanmaa oli mukana. Yhteistyöalueella hankintaa ohjaa konkreettinen tarve, ja muun muassa tehohoidon tietojärjestelmän ja digitaalisen palvelualustan hankinta tehdään yhteistyöalueen sisällä. Yhteisestä asiakas- ja potilastietojärjestelmästä on tarkoitus laatia vaiheistettu investointisuunnitelma, jolla tavoitellaan laaja-alaista järjestelmien yhtenäistämistä vuoteen 2035 mennessä.

Haasteeksi yhteistyöalueella koetaan yhteisen juridisen toimielimen puute, joka osaltaan rajoittaa yhteistyön mahdollisuuksia. Lisäksi alueet ovat tekniseltä ja toiminnan kannalta vielä eri vaiheissa. Pitkällä aikavälillä alueet toivovat myös rahoituksen mahdollistavan paremmin yhteisen investoinnin.

Sisä-Suomessa kaksijakoiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät

Sisä-Suomen yhteistyösopimuksen mukaan yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän toteuttaminen ei ole mahdollista. Alueet ovat vielä eri vaiheissa omien järjestelmiensä yhtenäistämisessä ja hankinnassa. Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä on jo käytössä yhtenäinen potilastietojärjestelmä, ja alueet kehittävät myös teknisesti yhdenmukaista tietovarastoratkaisua. Pirkanmaa kilpailutti yhdessä Pohjois-Savon kanssa potilastietojärjestelmän, joka on eri kuin yhteistyöalueen muilla alueilla.

Asiakastietojärjestelmienkin osalta yhteistyöalue on kaksijakoinen. Etelä-Pohjanmaalla on käytössä eri järjestelmä kuin Pirkanmaalla ja Kanta-Hämeessä. Yhteistyösopimuksen mukaisesti samat järjestelmät mahdollistavat yhteistyön pääkäyttäjätöiminnoissa. Alueet jakavat tietoa myös teknisistä kehittämiskohteista ja tietojohdamisen toiminnallisista kehitys- ja soveltamiskohteista. Keskustelua on käyty esimerkiksi yhteisestä tekoälypalveluiden kehittämisestä. Alueiden erilaisen teknologisen taustahistorian lisäksi haasteita tuottavat myös erilaiset hankintastrategiset valinnat.

Länsi-Suomessa hyvinvointialueiden oman palvelutuotannon sujuvuus yhteistyöaluetasoa tärkeämpää

Länsi-Suomessa laajamittaisen yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmien hankinnan ei koeta olevan talouden kannalta järkevää. Järjestelmäarkkitehtuuri ja järjestelmien elinkaarien vaiheet ovat myös monilta osin erilaiset. Satakunnassa ja Pohjanmaalla on alueellisten hankintojen kautta päädytty kuitenkin samaan asiakas- ja potilastietojärjestelmään, jonka käyttöönotossa alueet tekevät yhteistyötä. Varsinais-Suomi kehittää yhdessä Pirkanmaan ja Pohjois-Savon kanssa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestelmiä.

Länsi-Suomen hyvinvointialueiden it-yhteistyöryhmä käsittelee kaikki suuremmat ICT-hankinnat ja kartoittaa yhteistyömahdollisuuksia. In house -yhtiö mahdollistaa yhteiset hankinnat, joita ovat olleet muun muassa digiasiointialusta ja puheentunnistus. Alueellisen palvelutuotannon sujuvuus ohjaa hankintoja kuitenkin enemmän kuin yhteistyöaluetasoinen yhteentoimivuus. Alueilla

tehdään edelleen hajanaisten toiminta- ja tietojärjestelmäarkkitehtuurien yhteensovittamista. Vasta tilanteen vakiintumisen jälkeen nykyistä vahvempi yhteistyö on mahdollista.

Etelä-Suomessa yhdenmukaistamista haastaa järjestelmähankintojen eri vaihe

Etelä-Suomen yhteistyöalueella ei ole vielä kaikkien siihen kuuluvien hyvinvointialueiden yhteistä asiakas- ja potilastietojärjestelmää eikä digitaalista asiointialustaa.

Tietojärjestelmähankinnoissa on tehty yhteistyötä alueen sisällä, ja tiiviimpi yhteistyö on suunnitteilla. Esimerkiksi Helsingillä, Vantaalla ja Keravalla ja HUS-yhtymällä on yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä, jonka kehittämiseen ne ovat sitoutuneet. Itä- ja Länsi-Uusimaa tekevät yhteistyötä asiakas- ja potilastietojärjestelmän uudistamisessa ja digitaalisen asiointialustan hankinnan suunnittelussa. Kymenlaakso, Päijät-Häme ja Etelä-Karjala tekevät potilastietojärjestelmän osalta yhteistyötä yli yhteistyöaluerajojen. Etelä-Suomen yhteistyöalueella on laadittu luonnos yhteistyösopimuksesta, jossa sopijapuolet sitoutuvat tiiviimpään yhteistyöhön sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintaa ja digitaalisia palveluja koskevien suunnitelmien ja käytäntöjen osalta. Perusteilla on yhteistyötä ohjaava sisäinen ICT-koordinaatioryhmä.

Yhdenmukaistamista haastaa se, että nykyiset tiedonhallinnan ja digitaalisen asiointin järjestelmät ovat elinkaarensa ja sopimustensa eri vaiheissa, jolloin yhteistä kilpailutus- ja hankinta-ajankohtaa voi olla vaikea löytää. Järjestelmien hankintaprosessit ovat hitaita. Alueiden mahdollisuudet investoida tietojärjestelmiin vaihtelevat, samoin digitaalisen kehittämisen kypsyystaso. Hidas toiminnan muutos hidastaa myös tietojärjestelmien muutosta. Yhdenmukaistamisen haasteena on myös puute yhteistyöaluekohtaisen koordinaation, työn ja kustannusten jakamisen mallista.

Tutkimus, kehittämis-, koulutus- ja innovaatiotoiminta (TKKI)

Hallitusohjelma tukee TKKI-toimintojen edistämistä

Petteri Orpon hallitus on käynnistänyt terveys- ja hyvinvointialan kasvua ja uudistumista vauhdittavan TKI-ohjelman jatkona terveysalan TKI-kasvustrategialle. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevien valtakunnallisten tavoitteiden mukaan palvelujärjestelmää sekä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluihin liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa tulee vahvistaa. STM:n toimeksiannosta toteutetaan vuonna 2024 selvitys yhteistyöalueiden TKKI-toiminnan tavoitteista, rakenteista, rahoituksen toimeenpanosta, menetelmistä ja käytännöistä. Tavoitteena on siirtää kansallisen ohjauksen painotusta kohti ennaltaehkäisyä sekä vahvistaa hyvinvointi- ja terveysalan kaupallistamista, uusien teknologioiden nopeampaa käyttöönottoa ja innovaatioita.

Pohjois-Suomen yhteistyöalueen TKI-strategiaa valmistellaan

Pohjois-Suomen yhteistyöalueen TKI-strategia laaditaan vuonna 2024 Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen koordinoimana. Tavoitteena on laajentaa TKKI(O)-yhteistyötä nykytasosta. TKKI-organisoitumisesta sovitaan syksyn 2024 aikana. Yhteistyörakenteita lujitetaan yhteisten kehittämis- ja tutkimushankkeiden sekä osaamisen vahvistamisen kautta. Sosiaalialan

osaamiskeskustoimintaa kehitetään yhteistyössä, ja puitesopimukset opetus- ja koulutusyhteistyöstä oppilaitosten kanssa solmitaan vuonna 2024.

TKKI(O)-toimintoja on vahvistettu hyvinvointialuetasoisesti TKIO-ohjelmilla, oppilaitos- ja yliopistoyhteistyöllä sekä yhteiskoulutushankkeilla. Hanketoimintaa ja tutkimuslupakäytäntöjä on kehitetty ja osaamisen kehittämisen tarpeita kartoitettu. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue vastaa lakisääteisistä toimikunnista eli Pohjois-Suomen yhteistyöalueen tutkimustoimikunnasta ja lääketieteellisestä tutkimuseettisesta toimikunnasta. Innovaatio-, testaus- ja kehitysyhteistyötä edistetään yhteistyöalueella olevien testausympäristöjen kanssa. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen innovaatioalustan käyttö on laajennettavissa koko yhteistyöalueelle. Lapin hyvinvointialueen TKIO-ohjelmatyössä huomioidaan saamen kielen asema.

Etelä-Suomen yhteistyöaluesopimusta valmistellaan – osa TKKI-toiminnasta tehdään Uudenmaan yhteistyönä

Kun sopimus Etelä-Suomen yhteistyöalueesta tulee voimaan, alueelle perustetaan TKKI(O)-neuvottelukunta. Vuonna 2023 käynnistyi Uudenmaan alueen TKKI-toimintaa koordinoivan neuvottelukunnan toiminta HUS-järjestämissopimuksen mukaisesti ja luonnosteltiin TKKIO-tiekartta. Suurimmassa osassa hyvinvointialueita TKKI-toiminta on organisoitunutta.

Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus perustettiin 1.1.2023. Sosiaalialan osaamiskeskus Verson itäisen Uudenmaan toiminnot ja Keski-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Sosiaalitaito olivat siirtyneet Soccaan. Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus koordinoi sosiaalialan TKKIO-yhteistyötä Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingissä yhteistyössä Helsingin yliopiston ja alueen korkeakoulujen kanssa. Osaamiskeskus Verso toimii osana Päijät-Hämeen hyvinvointialuetta. Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa toimii Sosiaalialan osaamiskeskus SOCOM.

HUSin perusterveydenhuollon yksiköllä on vastuu yleislääketieteen ammatillisesta jatkokoulutuksesta yhteistyöalueella yhteistyössä Helsingin yliopiston kanssa. Yhteistyöalueella on laajat kouluttaja-, ohjaaja- ja koulutusylilääkäriverkostot. Perusterveydenhuollon yksikössä on kaksi tutkijavakanssia perusterveydenhuollon vaihtuville Uudenmaan alueen tutkijoille. Perusterveydenhuoltoon liittyvän yhteistyön lisäksi yhteistyöalueella tehdään kehittämissyhteistyötä, jossa ovat mukana HUSin kliiniset potilashoidon yksiköt, asiakkuudenhallintayksikkö, strategia- ja kehittämissyksikkö sekä hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki.

Kaksikielisten hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin, HUS-yhtymän, THL:n ja FSKC:n (Ab Det Finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området) kesken on muodostettu Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen koordinoima yhteistyöverkosto, jonka tavoitteena on parantaa ruotsinkielisten palvelujen toteutumista. Verkostotyössä on yhtenäistetty seurantamittareita, kartoitettu hyviä käytäntöjä ja jaettu informaatiota. Kehittämissyhteistyötä varten on perustettu innovaatioverkosto. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen tuki ruotsinkielisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen on pääosin suunnitteluasteella.

Länsi-Suomen yhteistyöalueen TKKI-strategiaa kootaan

Länsi-Suomen yhteistyöaluesopimuksessa on sovittu vaikuttavuuden arvioinnista, yhdistävästä yliopistollisuudesta sekä tiiviistä korkeakoulu- ja oppilaitosyhteistyöstä. TKKI-kokonaisuuden vetovastuu on Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Valmisteilla oleva strateginen suunnitelma kattaa TKIO-toiminnan koordinoinnin. Siinä huomioidaan yhteistyöalueen TKI-toiminta, opetuksen

ja koulutuksen strategisen suunnitelman laatiminen, yliopistotasoinen terveyden tutkimuksen toimikunnan toiminta, sosiaalihuollon tutkimustoiminnan koordinaatio ja toteutuksen rakenne sekä rahoitus. Perustettavat koordinaatioryhmät sovittavat yhteen yhteistyöalueen tutkimusta, innovaatiota ja kehittämistä. Yhteistä lakisääteistä tutkimuseettistä toimikuntaa koordinoi Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Sosiaalialan yhteistyövision mukaan TKKI-toiminnan tavoitteena on vähentää palvelutarpeen kasvua edistämällä väestön hyvinvointia ja palvelujen vaikuttavuutta. Yhteistä tutkimuseettistä toimikuntaa koordinoi yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen TKIO-toiminta. Yhteistyöalueen sisällä on eroja TKKI-toimintojen organisoitumisasteessa.

Kaikki osapuolet ovat hyväksyneet Varsinais-Suomen hyvinvointialueen vastuulla olleen kaksikielisten hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän yhteistyösopimuksen. Sopimuksen pohjalta on valmisteltu palvelusopimusta, mutta sitä koskeva päätöksenteko on osin vielä kesken.

Itä-Suomen yhteistyöalueen TKKI-yhteistyö on syvenemässä yhteistyösopimuksen pohjalta

Itä-Suomen yhteistyöaluesopimuksen voimaantulon jälkeen TKKI-yhteistyö saanee syvemmän luonteen. Valmisteluvaiheen suunnittelu vietiin varsinaista sopimustekstiä konkreettisemmalle tasolle. Erillistä TKKI-strategiaa ei kuitenkaan olla laatimassa päällekkäisyyden välttämiseksi. Yhteistyöaluesopimukseen sisältyvän strategisen yhteistyövision mukaan TKKI-toiminnan tavoitteena on vähentää palvelutarpeen kasvua edistämällä väestön hyvinvointia ja palvelujen vaikuttavuutta.

Toimintaa ohjaamaan perustetaan Itä-Suomen yhteistyöalueen monialainen TKKI-yhteistyöryhmä. Hyvinvointialueiden TKKI-strategiat ja strategiset ohjelmat rakennetaan toisiaan tukeviksi. Pyrkimyksenä on vahvistaa TKKI-toiminnan edellytyksiä tasapuolisesti koko alueella ja varmistaa aktiivinen toiminta. Vielä nyt yhteistyöalueen sisällä on eroja TKKI-toimintojen organisoitumisasteessa.

Yhteistyöalueen laajeneva tutkimustoiminta tulee kattamaan koko palvelujärjestelmän. Yhteistyötä eri koulutusorganisaatioiden kanssa tiivistetään riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön varmistamiseksi.

Alueelle on perustettu uusi sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmäarviointi-käytänteitä yhtenäistävä arviointi- ja vaikuttavuusverkosto. Alueellisten sosiaalialan osaamiskeskusten toimintaa on tarkoitettu yhteensovittavaa ja biopankkien yhteistyötä tiivistää. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus siirtyi osaksi Keski-Suomen hyvinvointialuetta kesällä 2024. Itä-Suomen yhteistyöalueen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta on yhdistämässä nykyiset, erilliset toimikunnat.

Sisä-Suomen yhteistyöalueella käynnistymässä strategisen TKKI-yhteistyöohjelman valmistelu

Sisä-Suomen yhteistyöalueen TKKI-toiminnan perustaksi laadittavan strategisen yhteistyöohjelman valmistelu käynnistyy syksyllä 2024. TKI-työryhmän toiminta on jatkunut. Yhteistyöalueen sisällä on eroja TKKI-toimintojen organisoitumisasteessa.

Alueella toimii perusterveydenhuollon tutkijaterveyskeskusverkosto. Suomen kestävä kasvun ohjelmassa on käynnissä tutkimushanke, jossa arvioidaan hyvinvointialueiden systeemitasoista

vaikuttavuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä tutkitaan sosiaalityön laatua ja vaikuttavuutta. Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueet ovat irtautumassa Tampereen biopankin osakkuudesta vuoden 2025 jälkeen.

Hyvinvointialueiden kehittämispalvelut ovat vertailleet toimintojaan tulevan yhteistyön pohjastukseksi.

Yleislääketieteen tiimi vastaa alueella erikoislääkärikoulutuksen kehittämisestä sekä yleislääketieteen koulutuksen laadun valvonnasta. Koulutus- eli KOVA-lääkäriverkoston toiminta on erikoissairaanhoidon yhteistyöalueen koulutusta. Kirurgian koulutuskeskuksen toiminta on laajenemassa yhteistyöalueen tasolle. Hoitotyön tutkimusta ja kehittämistä raamittavan hoitotieteellisen toimintaohjelman päivitys valmistui syksyllä 2024.

Innovaatiotoiminnan edistäminen edellyttää ensivaiheessa hyvinvointialueiden sisäistä järjestäytymistä, joka on käynnissä.

Osaamiskeskusten määrä muuttumassa asetuksen myötä

Valtioneuvoston asetuseronnoksen mukaan sosiaalialan osaamiskeskusten lukumäärää ja toimialueita muutettaisiin siten, että jatkossa kullakin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella olisi yksi sosiaalialan osaamiskeskus. Niiden lisäksi olisi yksi ruotsinkielinen sosiaalialan osaamiskeskus, jonka toimialue käsittäisi koko maan. 1.7.2025 voimaan astuva muutos mahdollistaisi sosiaalialan osaamiskeskuksille tiiviimmän yhteistoiminnan yhteistyöalueiden TKKI-toiminnan kanssa. Tutkimuspohjaisessa kehittämisessä sosiaalialan osaamiskeskukset ovat verkostoituneet kansallisesti, mikä on tukenut yhtenäisten toimintamallien jalkautumista hyvinvointialueille.

Arvioinnin tietopohja

THL hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arvioinnissa sekä laadullista että määrällistä tietopohjaa. Arvioinnissa käytetyt tiedot kuvaavat valtaosin vuotta 2023 ja vuoden 2024 ensimmäistä vuosipuoliskoa. Laadullisen tietopohjan perustan muodostavat hyvinvointialueiden dokumenttiaineistot, kuten sote-järjestämislain mukaiset hyvinvointialueiden selvitykset sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumisesta ja taloudesta. Muita keskeisiä dokumentteja ovat alueiden muutosohjelmat, strategiat ja niiden toimeenpano-ohjelmat, tilinpäätökset, toimintakertomukset ja hyvinvointikertomukset. Arvioinnin olennaista tietopohjaa ovat myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen sote-järjestämislain mukaiset selvitykset alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta. Arvioinnin tuloksena syntyneitä tilannekuvaa täydentävät THL:n ja muiden asiantuntijaorganisaatioiden tutkimukset ja selvitykset sekä arviointiprosessiin kiinteästi kuuluva THL:n asiantuntijoiden ja hyvinvointialueiden edustajien tiivis dialogi.

Määrällisen tietopohjan ytimen muodostaa noin 500 indikaattorista muodostuva sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA), jonka tiedot päivittyvät pääsääntöisesti vuosittain. KUVA-indikaattorit löytyvät Sotokuva-verkkopalvelusta (sotokuva.fi). Lisäksi arviointitoiminto käyttää THL:n ylläpitämän tilasto- ja indikaattoripankin Sotkanetin (sotkanet.fi) tietoja ja soveltuvin osin THL:n kuukausittain päivittyviä tietokantaraportteja (thl.fi/tietokantaraportit) tuoreimman mahdollisen tilannekuvan varmistamiseksi. Vuonna 2024 toteutetussa arvioinnissa on hyödynnetty ensimmäistä kertaa kesäkuussa 2024 julkaistua Johdon strategista tilannekuvaa, joka on rakennettu THL:n Tableau-raportointialustalle (thl.fi/jst). Arvioinnin tietopohjaan on sisällytetty myös vuoden 2024 alussa päivitettyt, vuosille 2023–2026 määritellyt sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden seurantaindikaattorit.

THL:n julkaisemien tilastotietojen laadussa havaitaan ajoittain poikkeamia, jotka vaikuttavat indikaattorien arvoihin ja tulkintaan. Tästä syystä indikaattoreiden arvoja saatetaan joutua korjaamaan tietojen julkaisemisen jälkeen. Tietojen laatupoikkeamista tiedotetaan THL:n tilastoraporttien laatuselosteissa ja tarvittavin osin indikaattorien lisätiedoissa Sotokuva- ja Sotkanet-verkkopalveluissa.

THL:n omien indikaattoritietojen lisäksi hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon arvioinnissa käytetään muiden viranomaisten ja asiantuntijaorganisaatioiden, kuten Tilastokeskuksen ja julkisen alan eläkevakuuttajan Kevan, laskemia tilastotietoja.

Lähteet

Forsell, M. & Kuoppala T. (2024). Lastensuojelun sosiaalityön henkilöstömitoitus huhtikuussa 2024. Lastensuojelun enimmäisasiakasmäärä ylittyi valtaosalla hyvinvointialueista. [Verkkolähde](#)

HUS. Järjestämissopimus. [Verkkolähde](#)

Itä-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimusluonnos. [Verkkolähde](#)

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue. Aluehallitus 12.9.2024 § 201. YTA-sopimusvalmistelun tilannekatsaus ja sopimusluonnos. [Verkkolähde](#)

Kanta-Hämeen hyvinvointialue. Aluevaltuusto 18.6.2024 § 60. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä mukaisen yhteistyösopimuksen hyväksyminen. [Verkkolähde](#)

Keski-Suomen hyvinvointialue. Aluevaltuusto 17.9.2024. Itä-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimuksen hyväksyminen. [Verkkolähde](#)

Keva. Sairauspoissaolot kunta-alalla ja hyvinvointialueilla vuosina 2020–2023. [Verkkolähde](#)

Keva. Työkyvyttömyysriskin vähentäminen tuo hyvinvointialueille kustannussäästöjä. Uutinen. 18.9.2024. [Verkkolähde](#)

Koivisto, J. & Muurinen H. (2024). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Loppuraportti. [Verkkolähde](#)

Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Sosiaali- ja terveysministeriö, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, Suomen Kuntaliitto. 2024. [Verkkolähde](#)

Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE) 2015–2023. [Verkkolähde](#)

Marttila, T., Mahkonen, R. & Pyrhönen, K. (2024). Hoitopääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2024. Hoitotakuun tiukentuminen nopeutti hoitopääsyä lääkärille. Tilastoraportti 28/2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

OECD ja European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU. Suomi: Maan terveysprofiili 2023. 19.1.2024. [Verkkolähde](#)

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue. Itä-Suomen yhteistyöalueen ensimmäinen yhteistyösopimus tähtää hyvinvointialueiden strategiseen kumppanuuteen. 22.8.2024. [Verkkolähde](#)

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue. Yhteistiedote: Itä- ja Keski-Suomen hyvinvointialueet laajentavat ja syventävät yhteistyötään. 9.2.2024. [Verkkolähde](#)

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue. Aluehallitus 30.4.2024 § 208. Pohjois-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimus. Pohjois-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimuksen päivittäminen. [Verkkolähde](#)

Pohjois-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimus. [Verkkolähde](#)

Pulkkinen, J.M. & Ryyänen, K. (2023). Työkykyjohtaminen ja työterveysyhteistyö julkisella alalla vuonna 2023. Keva. [Verkkolähde](#)

Roitto, H.-M., Lindell, E., Koskinen, S., Sarnola, K. & Koponen, P. (2024). Diagnosoitujen muistisairauksien ilmaantuvuus ja esiintyvyys Suomessa vuosina 2016–2021. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. [Verkkolähde](#)

Saske, S., Josefsson K., Karttunen T. & Sorvali J. (2024). Vanhuspalvelujen tila 2023: Kotihoidon asiakkaille suunniteltu palvelutuntien määrä toteutuu puolessa yksiköistä. Tilastoraportti 16/2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 6.9.2024. Hallituksen esitystä sairaalaverkon uudistamisesta tarkistettiin lausuntopalautteen perusteella – Kouvolaan jää mahdollisuus ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen ylläpitoon. [Verkkolähde](#)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen talous. [Verkkolähde](#) [luettu 15.9.2024]

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sote-käyttötalous palveluluokittain 2021–2023. [Verkkolähde](#) [luettu 12.8.2024]

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tarvevakioidut menot. [Verkkolähde](#) [luettu 10.9.2024]

Tuominen, P. (2024). Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa 30.04.2024. Kiireettömään erikoissairaanhoidon odottaneiden määrä väheni kevään aikana. Tilastorapotti 24/2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Työ- ja elinkeinoministeriö. Työvoiman saatavuus ja kohtaanto. [Verkkolähde](#) [luettu 12.8.2024]

Valtiokonttori. Hyvinvointialueiden tilinpäätösennusteiden vertailuraportti. [Verkkolähde](#) [luettu 31.8.2024]

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:52. Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. [Verkkolähde](#)

Valtioneuvoston tiedote 16.4.2024. Kehysriihestä ratkaisu sairaalaverkon tulevaisuuteen. [Verkkolähde](#)

Valtiovarainministeriö (2024). Hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat. 23.9.2024. [Verkkolähde](#) [luettu 24.9.2024]

Valtiovarainministeriö (2024). Hyvinvointialueille ei uutta lainanottovaltuutta vuodelle 2025. 6.6.2024. [Verkkolähde](#)

Valtiovarainministeriö (2024). Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen lisärahoitusta selvittävä valmisteluryhmä [Verkkolähde](#)

Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Aluevaltuusto 12.6.2023 § 63. Länsi-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimus. [Verkkolähde](#)

Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Aluevaltuusto 14.6.2024 § 88. Kaksikielisten hyvinvointialueiden ruotsinkielisiä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja koskeva yhteistyösopimus. [Verkkolähde](#)