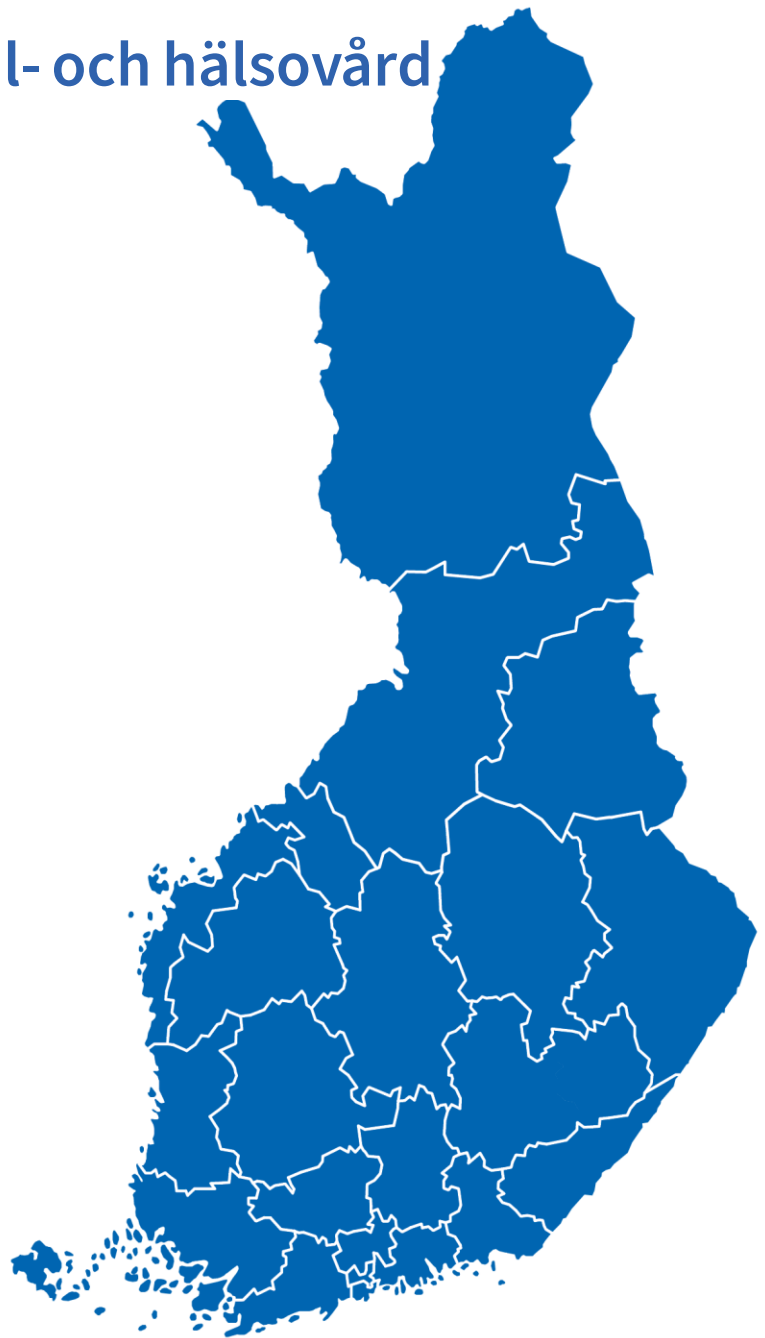


Från
**INFORMATION
TILL BEDÖMNING**
med bättre tjänster som målsättning

Ordnande av social- och hälsovård i Finland

Riksomfattande expertutvärdering, våren 2023

Katja Croell
Tiina Hetemaa
Nina Knape
Jaana Leipälä
Tuulikki Louet-Lehtoniemi
Jutta Nieminen
Hannele Ridanpää
Tuuli Suomela
Vesa Syrjä
Taru Syrjänen



STÖD FÖR BESLUT 2/2023

© Författaren (författarna) och Institutet för hälsa och välfärd | Helsingfors 2023
ISBN 978-952-408-060-6 (webbpublikation), ISSN 1799-3946 (webbpublikation),
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-060-6>

Innehåll

Innehåll	2
Till läsaren	3
Sammanfattning av expertutvärderingen	4
Befolkning och servicebehov	7
Välfärdsområdenas administrativa och funktionella uppbyggnad	9
Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet	13
Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder	15
Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet	19
Metoder och kvalitetsbeskrivning	30
Källor och bakgrundsmaterial som används i utvärderingen	32

Till läsaren

Ans­varet för att ordna social- och hälsovården och räddningsväsen­det överfördes den 1 januari 2023 till 21 välfärdsområden. Helsingfors stad ansvarar som kommun för ordnan­det av social- och hälsovården och räddningsväsen­det och HUS-sammanslutningen för ordnan­det av specialiserad sjukvård i Nyland.

THL har en lagstadgad uppgift att årligen utarbeta en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. Denna riksomfattande expertutvärdering erbjuder en aktuell lägesbild av utgångsläget i de välfärdsområden som inledde sin verksamhet i början av 2023. I expertutvärderingen granskas befolkningens service­behov, välfärdsområdenas administrativa och funktionella uppbyggnad samt tillgången till yrkeskun­nig personal och personalens tillräcklighet. Övriga föremål för utvärderingen är nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder, tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet samt kostnadsutvecklingen för och finansieringen av social- och hälsovården. Nuläget inom social- och hälsovården bedöms i tillämpliga delar även i förhållande till de riksomfattande strategiska mål för social- och hälsovården som statsrådet fastställt för 2023–2026.

THL:s riksomfattande bedömning av nuläget vad gäller ordnan­de av social- och hälsovården har skapats genom att man utnyttjat de välfärdsområdesspecifika lägesbilder som utarbetades under hösten 2022 samt andra aktuella regionala och riksomfattande utredningar och undersökningar. En betydande del av det tillgängliga nationella informationsunderlaget riktas till tjänster som kommunerna ansvarar för att ordna och kostnaderna för dem, så man har säkerställt att den riksomfattande lägesbilden vad gäller ordnan­de av social- och hälsovården är aktuell genom att också utnyttja dokument och utredningar från välfärdsområdenas beredningsskede.

Den riksomfattande expertutvärderingen av ordnan­det av social- och hälsovården är avsedd att stöda nationella och regionala beslutsfattare, tjänsteinnehavare och sakkunniga. THL:s utvärderingar av ordnan­det av social- och hälsovården utgör grunden för den riksomfattande utredning som social- och hälsovårds­ministeriet utarbetar varje år. Ministeriets utredning innehåller förslag på åtgärder som behövs för upp­görandet av planen för den offentliga ekonomin, statsbudgeten samt de riksomfattande målen för social- och hälsovården samt för annan riksomfattande styrning. THL:s expertutvärdering stöder också verkstäl­landet av välfärdsområdenas arbete genom att erbjuda aktuella observationer om centrala aspekter som berör ordnan­det av tjänster på riksnivå och i de olika områdena i landet.

Helsingfors 21.3.2023

Nina Knape

Utvärderingsdirektör

Sammanfattning av expertutvärderingen

Välfärdsområdena inledde sin verksamhet med ett allt svårare personalunderskott

Välfärdsområdena inledde sin verksamhet mitt i de utmaningar som den vård- och serviceskuld som uppstått under Covid-19-pandemin, den allt större personalbristen och det ökade servicebehovet till följd av den åldrande befolkningen medfört. Nativiteten är rekordliten och dödligheten rekordstor. Befolkningstillväxten i landet grundar sig på en positiv nettoinvandring och befolkningsutvecklingen i områdena fortsätter att differentieras. Andelen äldre är störst i de områden som enligt befolkningsprognosen förlorar mest befolkning. Utöver de regionala skillnaderna har de socioekonomiska och könsrelaterade skillnaderna till exempel i fråga om förlorade levnadsår hållits på en hög nivå. Män som hör till lägre inkomstgrupper förlorar flest levnadsår.

Den administrativa och funktionella uppbyggnaden fortsätter i välfärdsområdena

Överföringen av ansvaret för att ordna social- och hälsovården samt räddningsväsendet från kommunerna till välfärdsområdena den 1 januari 2023 förlöpte i huvudsak som planerat. I övergångsskedet fokuserade områdena på nödvändiga uppgifter. I de områden där tjänsterna ordnats på landskapsnivå utnyttjades tidigare strukturer för beslutsfattande och ledning. En del av välfärdsområdena har organiserat serviceproduktionen inom mindre geografiska områden. En modell med nämnder har oftast valts som struktur för det politiska beslutsfattandet. En del av områdena har identifierat ett behov av att ytterligare bearbeta de administrativa strukturerna. Samarbetsområdenas avtal bereds; Norra Finlands avtal har redan godkänts.

De riksomfattande målen sporrar välfärdsområdena till samarbete när kund- och patientdatasystemen förnyas

I övergångsskedet fokuserade välfärdsområdena på att säkerställa att informationssystemen fungerar. I områden där anordnarna samarbetat endast i ringa utsträckning används flera kund- och patientdatasystem. Man har dock gått framåt med att förenhetliga dem och fortsatt utveckla elektroniska tjänster för olika kundgrupper. Då kund- och patientdatasystemen förnyas kan välfärdsområdena få synergifördelar genom att i upphandlingarna samarbeta på samarbetsområdesnivå i enlighet med de riksomfattande målen.

Reformen av servicenätet stöder en jämlik tillgång till service och hanteringen av ekonomin

Serviceutbudet och -kriterierna samt kundavgifterna har förenhetligats. Harmoniseringen har utgått från lagstadgade avgifter och tjänster som omfattar ett stort antal kunder. Nuläget vad gäller servicenätet har

kartlagts i största delen av landet, men det egentliga förnyelsearbetet kommer att ske under de kommande åren. Reformen styrs av välfärdsområdenas strategiska mål och ramvillkor för ekonomin. I områden med anordnare på landskapsnivå har servicenäten och -kanalerna utvecklats redan under en längre tid.

Vård- och serviceskulden samt personalbristen en utmaning i tillgången till tjänster i rätt tid

Personalbristen och den vård- och serviceskuld som uppstått under coronaåren har på många håll försvårat tillgången till tjänster både på bas- och specialnivå i rätt tid. Det har blivit svårare för äldre personer att få tillgång till hemvård och boendeservice. Personaldimensioneringarna inom heldygnsomsorgen för äldre har stegvis skärpts och detta har ställvis lett till att antalet vårdplatser har minskat. Inom primärvårdens öppna sjukvård skärps vårdgarantin stegvis samtidigt som läkarbristen vid hälsocentralerna blir allt värre. Problemen på basnivå har i många områden lett till att jourerna belastats. Inom den specialiserade sjukvården har väntetiden till icke-brådskande vård förlängts och man har på vissa håll varit tvungen att skära ner på operationsverksamheten. Antalet barn och unga som väntat över tre månader på psykiatrisk vård har femdubblats under de senaste två åren. Barns och ungas välfärd har försämrats och antalet barnskyddsanmälningar har ökat. Inom barnskyddet har det lagstadgade antalet klienter överskridits i flera områden. Inom socialvården har man inte till alla delar lyckats hållit sig till de lagstadgade tidsfristerna.

Nationella utvecklingsprojekt stärker tjänsternas tillgänglighet och integration

I de pågående nationella utvecklingsprojekten har man främjat ibruktagandet av nya digitala tjänster samt sektorsövergripande och multiprofessionella verksamhetsmodeller. Man har i enlighet med regeringsmålen stärkt servicen på basnivå i de regionala utvecklingsprojekten inom ramen för programmet Framtidens social- och hälsocentral och flyttat tyngdpunkten till förebyggande arbete. Genom att utveckla tjänster med låg tröskel har man strävat efter att svara på behoven hos kunder i utsatt ställning. I utvecklingsprojekt inom ramen för Finlands program för hållbar tillväxt förbättrar man tillgången till social- och hälsovårdstjänster och tjänsternas kostnadseffektivitet genom att avveckla vård-, rehabiliterings- och serviceskulden.

Samordningen av tjänsterna behöver stärkas ytterligare

Välfärdsområdenas förmåga att säkerställa att de strategiska integrationsmålen uppnås varierar stort. Den horisontella och vertikala integrationen på bas- och specialnivå genomförs ännu punktvis och splittat i de flesta områden. Inom hälso- och sjukvården har kontinuiteten i vården försämrats, vilket gör det svårare att identifiera behovet av integrerad service och genomföra den. Multiprofessionaliteten har dock utvecklats mest inom hälso- och sjukvården, tjänsterna för barn, unga och familjer samt tjänsterna för äldre. Antalet familjecenter har ökat i områdena, vilket förbättrar tillgången till sektorsövergripande tjänster. Även de samordnade tjänsterna för andra åldersgrupper har ökat i kontaktytorna.

Samordningen av tjänsterna försvåras fortfarande av sektortänkande, olika organisationskulturer och att olika professioner har olika synsätt. I Nyland utmanas integrationen av att antalet anordnare är större än i resten av landet samt av kund- och patientdatasystemen. En organisationskultur som möjliggör integration är en förutsättning för att det riksomfattande målet ska uppnås.

Välfärdsområdena började med budgetunderskott och bearbetning av anpassningsplaner

De coronaunderstödet som beviljats under de senaste åren har dämpat ökningen av nettodriftskostnaderna för den social- och hälsovård som kommunerna ansvarar för att ordna. Utan coronaunderstödet skulle kostnaderna ha ökat reellt med 14 procent under 2017–2021.

Välfärdsområdena som inledde sin verksamhet i början av 2023 har i huvudsak utarbetat sina budgetar med underskott. Välfärdsområdena har förberett sig på de kommande årens ekonomiska utsikter genom att inleda åtgärder för att anpassa verksamheten och ekonomin. Vissa välfärdsområden har genomfört en harmonisering av personalens löner, men i synnerhet i välfärdsområden som byggts upp utifrån ett splittrat organiseringsansvar är arbetet ännu i startgroparna.

Välfärdsområdena fortsätter de investeringar som sjukvårdsdistrikten och kommunerna har inlett, vilket betyder att byggandet av sjukhus fortsätter intensivt även under de kommande åren. Genom investeringar för att förenhetliga kund- och patientdatasystemen skapas förutsättningar för att kunderna ska kunna utträta ärenden smidigt och för en effektivitetsbaserad ledning.

Befolkning och servicebehov

Rekordlåg nativitet – rekordhög dödlighet och nettoinvandring

Enligt Statistikcentralens förhandsuppgifter hade Finland 5 565 519 invånare i slutet av 2022.¹ Folkmängden fortsatte att öka något. Antalet födda minskade klart jämfört med året innan och var det lägsta under Finlands självständiga tid. Däremot ökade dödligheten och var den största under efterkrigstiden. Dödligheten har varit större än nativiteten sedan 2016 och antalet döda var nästan 18 000 fler än antalet födda. Endast i Helsingfors, Vanda och Kervo samt Västra Nylands välfärdsområden var antalet födda fler än antalet avlidna. I dessa områden ökade antalet invånare dessutom till följd av nettoinvandring, som blev rekordstor i hela landet. Dessutom ökade befolkningen tack vare nettoinvandringen i Mellersta Nyland, Egentliga Finland, Birkaland, Österbotten och Norra Österbotten. Befolkningstillväxten i Finland grundar sig enbart på en positiv nettoinvandring.² Antalet invånare med främmande språk som modersmål och deras andel av befolkningen ökar i takt med att den finsk- och svenskspråkiga befolkningen minskar. Andelen invånare som inte talar finska, svenska eller samiska är störst i Vanda och Kervo välfärdsområde och i Helsingfors.

Den betydande ökningen av dödligheten 2022 ledde till att den förväntade livslängden för nyfödda minskade. Senast den förväntade livslängden minskade lika mycket bland pojkar var för 60 år sedan och bland flickor för 65 år sedan. Även i de flesta andra EU-länder har den förväntade livslängden börjat minska under Covid-19-pandemin.³

Befolkningsutvecklingen ökar allt mer differentieringen av områden

Enligt Statistikcentralens befolkningsprognos ökar hela landets befolkning något fram till 2030, men börjar minska 2034. Befolkningen minskar kraftigt särskilt i Södra Savolax, Kymmenedalens och Kajanalands välfärdsområden. Befolkningen i dessa områden är redan i nuläget den äldsta i landet och andelen personer över 75 år fortsätter öka mest i hela landet fram till 2030. I områden med yngre befolkning, i synnerhet i välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors, ökar däremot den äldre befolkningens andel mindre än genomsnittet, även om den kvantitativa ökningen är stor.

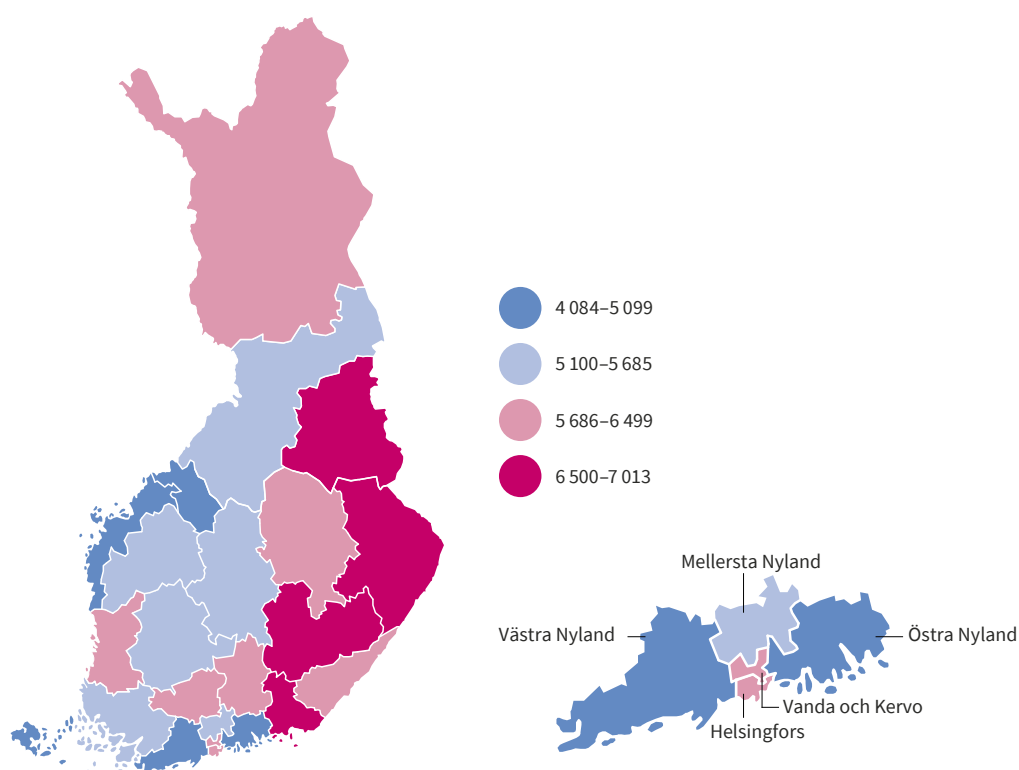
Ungdomarnas välfärd försämrades under Covid-19-pandemin

Ungdomarnas välfärd har försämrats under Covid-19-pandemin. Från 2019 till 2021 ökade förekomsten av måttlig eller svår ångest bland unga med cirka 50 procent. Ungefär var femte högstadie- och gymnasieelev upplevde ångest 2021. Flickor hade betydligt oftare ångest än pojkar. Även i andra EU-länder ökade förekomsten av psykiska störningar hos unga under pandemin.³ Arbetslöshetsgraden steg tydligt under Covid-19-pandemin 2020, men började minska 2021 och fortsatte att sjunka 2022. Andelen arbetslösa av arbetskraften sjönk till samma nivå som före pandemin. Å andra sidan låg ungdomsarbetslösheten och långtidsarbetslösheten i slutet av 2022 fortfarande på en högre nivå än före pandemin.⁴

Stora skillnader mellan områdena och olika socioekonomiska grupper gällande dödlighet som kunde undvikas

I en granskning som sträcker sig till 2021 har befolkningens förtida dödlighet minskat under hela 2000-talet. Det förekommer dock stora regionala skillnader. (Figur 1) Den förtida dödligheten är störst i östra Finland, där också sjukligheten är störst. Å andra sidan, vad gäller områdena i Nyland är sjukligheten i synnerhet i Helsingfors samt i Vanda och Kervo välfärdsområde mindre än i resten av landet, men samtidigt är också den förtida dödligheten större än genomsnittet. Detta tyder på att både välstånd och utsatthet hopar sig särskilt i huvudstadsregionen. Utöver skillnaderna mellan olika områden har de socioekonomiska och könsrelaterade skillnaderna i fråga om förlorade levnadsår varit betydande. Män som hör till lägre inkomstgrupper förlorar klart flest levnadsår.⁵

Figur 1. Förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 0–80 år/100 000 invånare



▲ På kartan visas PYLL-index enligt välfärdsområde. PYLL-indexet visar antalet förlorade levnadsår på grund av dödsfall före 80 års ålder per 100 000 invånare. I PYLL-indexet visas i synnerhet sådana problem med hälsa och välfärd som ökar risken för dödsfall i yngre åldersgrupper. Ju högre värdet på områdets PYLL-index är, desto fler och yngre personer avlider. Dödsfall under 2019–2021 har använts vid beräkningen av indexet.

Välfärdsområdenas administrativa och funktionella uppbyggnad

Välfärdsområdenas tid inleddes med mycket varierande utgångspunkter

Ansvar för att organisera social- och hälsovården och räddningsväsendet överfördes den 1 januari 2023 från kommunerna till 21 välfärdsområden.⁶ I Nyland fördelades organiseringsansvaret mellan fyra välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen.⁷ HUS-sammanslutningen grundades för att ordna den specialiserade sjukvården. Organiseringsavtalet för HUS, där man kommer överens om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen av verksamheten, väntas bli klart under våren 2023. På riksnivå var den enda kommunala aktören med bibehållet organiseringsansvar Helsingfors stad, som också ordnar och producerar en del av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården.⁷

Det centrala syftet med social- och hälsovårdsreformen är att främja och upprätthålla befolkningens välfärd och hälsa samt säkerställa jämlika, samordnade och kostnadseffektiva social- och hälsovårdstjänster i hela landet.⁶ Genomförandet av reformen framskred huvudsakligen som planerat, men det förekom stora regionala variationer vad gäller utgångspunkterna för reformen och hur stor den strukturella förändringen är. Anordnarna på landskapsnivå (8) främjade övergången till välfärdsområdet. Förberedelserna för överföringen av organiseringsansvaret var mer omfattande i områden där ordnandet tidigare var kommunbaserat. På grund av situationen vad gäller tidtabeller och resurser koncentrerade sig välfärdsområdena vid verkställandet på uppgifter som är nödvändiga för en trygg övergång, såsom uppfyllandet av arbetsgivarskyldigheterna och kontinuiteten i serviceproduktionen.

Olika aktörer deltog i stor utsträckning i arbetet med välfärdsområdesstrategierna

Förvaltningsstadgorna styrde beredningen av organisationsstrukturer och ledningssystem. Förvaltningsstadgorna uppdaterades under året. I en del områden vidarebearbetas strukturerna ännu efter att välfärdsområdet har inlett sin verksamhet.

Välfärdsområdesstrategierna godkändes i nästan alla områden. Beredningen av strategierna baserade sig på analyser av verksamhetsmiljöerna och ett omfattande deltagande av olika intressentgrupper. I största delen av områdena omfattade välfärdsområdesstrategin som helhet en servicestrategi. I andra områden färdigställs separata servicestrategier och indikatorer i anslutning till strategierna under 2023. Det bereddes program som stöder verkställandet av strategierna.

Beredningen av samarbetsavtal för de fem samarbetsområden som välfärdsområdena bildar befinner sig i olika skeden. Norra Finlands samarbetsområde har kommit längst med detta arbete.

Strukturer för beslutsfattande och ledning skapades i varierande takt och genom olika lösningar

Organiseringen och beslutsfattandet inleddes i olika takt i välfärdsområdena. Dessutom skapade områdena olika organisationslösningar. De strukturer för beslutsfattande och ledning som anordnades på landskapsnivå skapat utnyttjades i varierande grad. Delvis kunde man ännu observera kommunbaserat tänkande och lösningar som följde tidigare anordnades strukturer. Generellt kunde man dock se en strävan efter att stärka samordningen av tjänsterna. Organiseringsperspektivet framträdde i varierande grad i organisationsstrukturerna. En modell med nämnder valdes oftast som struktur för det politiska beslutsfattandet. Olika organ för deltagande och påverkan, främjande av välfärd och hälsa, arbetet med kontaktytor samt säkerhet och framtidsutsikter var starkt aktuella i de institutionella strukturerna. En del av områdena stärkte strukturerna för beslutsfattandet genom att tillsätta olika sektioner och delegationer. En gemensam struktur för välfärdsområdenas räddningsväsende har inrättats mellan Vanda och Kervo samt Melrsta Nyland.

Personalorganisationerna byggdes upp i olika takt och i en del välfärdsområden pågick arbetet fortfarande i övergångsskedet. Ledningsgruppernas arbete inleddes med olika intensitet inom ramen för resurserna. Antalet verksamhetsområden som producerar tjänster varierade från två (Södra Karelen) till åtta (Österbotten). Oftast indelades den operativa produktionen enligt livscykel och service. Oftast hade familje- och socialtjänsterna, tjänsterna för äldre samt hälso- och sjukhustjänsterna organiserats som egna helheter.

I en del välfärdsområden ingick genomgående ansvar för process- och integrationsledningen i ledningssystemet. Det fanns också områden där serviceproduktionen organiserats i mindre geografiska områden, bland annat i Södra Österbotten. I en del områden hade man utnämnt professionella direktörer för medicin, vårdvetenskap och socialt arbete.

Förenhetligandet av kundavgifterna och servicekriterierna framskred i områdena

Förenhetligandet av serviceutbudet, servicekriterierna och kundavgifterna stöder det riksomfattande målet om ett jämlikt genomförande av social- och hälsovården som fastställts av statsrådet.⁸ En mer omfattande harmonisering av servicekriterierna inleddes med tjänster som omfattar ett stort antal kunder. Välfärdsområdena hade främjat likabehandling genom att förenhetliga kriterierna för beviljande av tjänster samt ordna vissa tjänster centraliserat. Även om servicekriterierna och serviceutbudet hade förenhetligats i stor utsträckning, hade man till exempel i Norra Österbotten inte beslutat om grunderna för beviljande av all boendeservice. Områden som byggts upp utifrån anordnare på landskapsnivå, till exempel Norra Karelen, hade kommit längst i arbetet med harmoniseringen.

Välfärdsområdena förenhetligade kundavgifterna. Kundavgifter tas ut enligt maximibeloppen i förordningen om klientavgifter, med vissa undantag. Helsingfors stad tar inte ut några kundavgifter alls för hälsovårdscentralens mottagningstjänster, och i Satakunta välfärdsområde är ett utvärderingsbesök inom hemvården avgiftsfritt. Harmoniseringen framskred särskilt i fråga om lagstadgade kundavgifter. Vad gäller prövningsbaserade avgifter pågick arbetet delvis fortfarande.

Avstamp i befintliga servicenät

Lägesbilden av utvecklingen av servicenätet varierade stort mellan välfärdsområdena. I en del områden hade servicenätet och -kanalerna utvecklats redan länge, och då var behoven av ändringar i övergångsskedet relativt små. Å andra sidan fanns det också områden där planeringen av servicenätet ännu inte hade inletts. För att säkerställa en säker övergång inledde största delen av välfärdsområdena sin verksamhet med det befintliga servicenätet.

Servicenätets nuläge kartlades på olika håll i landet och riktlinjerna för utvecklingen planerades till stor del till 2023. Granskningen var nära kopplad till välfärdsområdenas strategier och resurser. Man kunde också se en koppling till planeringen av social- och hälsovårdsenheter med olika serviceutbud. I en del områden präglades reformen starkt av en strävan efter att trygga närservicen.

Mångfalden av kund- och patientdatasystem är beskrivande för samarbetet mellan anordnarna på områdesnivå

I det skede då organiseringsansvaret överfördes fokuserade områdena på att säkerställa att informationssystemen fungerade och att kritiska uppgifter var korrekta. Man förberedde sig på olika risker, såsom problem med penningtransaktioner och lönebetalningen.

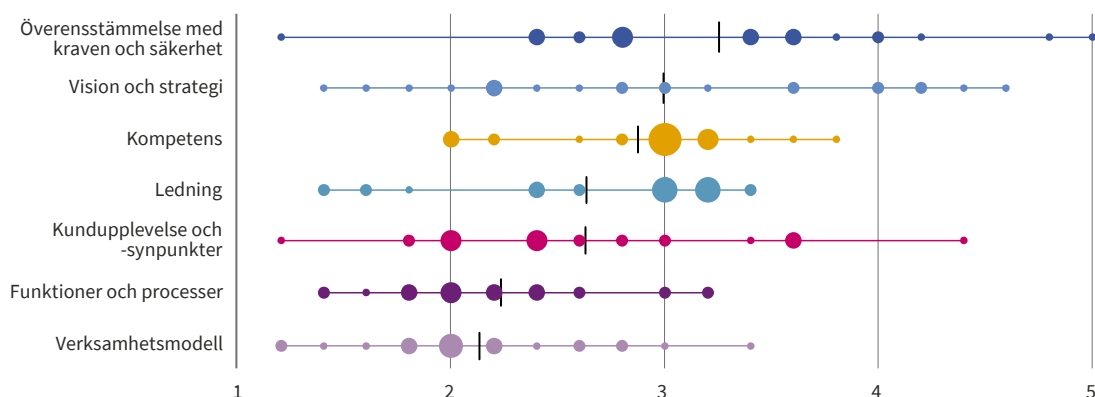
ICT-förberedelserna framskred i regel längre i områden som byggdes upp utifrån anordnare på landskapsnivå. I fråga om system bundna till ett visst verksamhetsområde fanns det mest att bereda i Västra Nylands välfärdsområde och i fråga om ICT-infrastrukturen i Österbotten och Mellersta Österbotten.⁹

Informationssystemen förenhetligades och förnyades, men välfärdsområdenas informationshanteringsmiljö bestod fortfarande huvudsakligen av kommunernas eller samkommunernas informationssystem. Flest elektroniska ärendeapplikationer fanns i Egentliga Finland (405) och minst i Östra Nyland (33).¹⁰ Distansärenden behandlas i kapitlet "Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet". I områden där anordnarna samarbetat endast i ringa utsträckning användes fortfarande flera olika kund- och patientdatasystem. Socialvårdens informationssystem förenhetligades bland annat i Södra Österbotten och Egentliga Tavastland.

Det har skapats en lägesbild över hur mogna välfärdsområdenas digitala social- och hälsovårdstjänster är att producera digitala tjänster. Välfärdsområdena hade kommit längst när det gäller att utveckla de digitala tjänsternas överensstämmelse med kraven och säkerhet. Nationellt sett fanns det mest att utveckla i fråga om verksamhetsmodeller för att producera digitala tjänster samt i funktionerna och processerna. Det förekom stora regionala variationer i de delområden som beskriver de digitala tjänsternas mognadsnivå.¹⁰ (Figur 2)

Vad gäller ICT-investeringar är de viktigaste projekten under de kommande åren kopplade till utvecklingen av e-tjänster, informationssystem och kunskapsbaserad ledning. Det riksomfattande målet på lång sikt är att betydande informationssystem genomförs på samarbetsområdesnivå.⁸ ICT-investeringarna betonades i välfärdsområdenas investeringsplaner.

Figur 2. Välfärdsområdenas egen bedömning av de digitala tjänsternas mognadsnivå hösten 2022



▲ I figuren visas de 21 välfärdsområdenas och Helsingfors stads egen bedömning av de digitala tjänsternas mognadsnivå enligt delområde på skalan 1–5. De vertikala pelarna visar landets medelvärde. Ju lägre värdet är, desto mer finns det att utveckla inom delområdet. Bollen anger enskilda välfärdsområden. Ju fler välfärdsområden som har fått samma värde, desto större är bollen. Den minsta bollen motsvarar ett välfärdsområde och den största bollen motsvarar sju välfärdsområden. Uppgifterna erhöles från välfärdsområdena i september–oktober 2022. Uppgifterna har hämtats från resultatrapporterna i rapportverktyget för välfärdsområdenas digitala social- och hälsovårdstjänster som upprätthålls av THL.

Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet

Välfrädsområdena inledde sin verksamhet med ett allt svårare personalunderskott

I början av 2023 överfördes nästan 200 000 arbetstagare från kommuner och samkommuner till välfärdsområdena. Samtidigt genomfördes den största överlåtelsen av rörelse i landets historia. Hösten 2022 var en central uppgift för de välfärdsområden som skulle inleda sin verksamhet att säkerställa en trygg övergång av servicen och personalen till välfärdsområdena. Överföringen av personalen till välfärdsområdena förlöpte enligt områdenas bedömning väl i det inledande skedet och det observerades inga stora problem till exempel i löneutbetalningarna.¹¹

En av största utmaningarna för välfärdsområdena genast i början av verksamheten är den svaga tillgången på yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården. Problemen med tillgången blev ännu värre under 2022. Enligt yrkesbarometern råder det brist på de flesta grupper av yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården i alla områden.¹² Särskilt svår är situationen i fråga om tillgången till psykiatrer och psykologer. Även tillgången till socialarbetare är fortsatt svår. Under de närmaste åren kommer rekryteringsutmaningarna att öka ytterligare på grund av att personalen avgår, eftersom cirka var femte anställd inom social- och hälsovården som arbetar inom den offentliga sektorn, det vill säga cirka 44 000 personer, går i ålderspension före 2030. Andelen personer av social- och hälsovårdsarbetskraften som går i pension stiger i vissa områden till cirka en tredjedel då även de som går i invalid- eller sjukpension eller partiell invalid- eller sjukpension räknas med. Av de stora yrkesgrupperna går i synnerhet många närvårdare i pension.¹³

Förvärrad läkarbrist på hälsovårdscentralerna

Enligt en utredning som Finlands Läkarförbund gjorde hösten 2022 hade läkarbristen vid hälsovårdscentralerna förvärrats något jämfört med året innan. Cirka åtta procent av vakanserna var obesatta, med det förekom stora skillnader mellan områdena. Situationen var svårast i Norra Karelen, där cirka en tredjedel av läkaruppgifterna inte sköttes.¹⁴ Läkarbristen försvårar välfärdsområdenas möjligheter att följa vårdgarantin för primärvården, som skärps till två veckor i september 2023. Enligt Finlands Tandläkarförbunds utredning har tandläkarunderskottet vid hälsovårdscentralerna ökat betydligt. Nästan var tionde tandläkartjänst var obesatt 2022 och underskottet har snabbt nästan fördubblats sedan 2020.¹⁵

Allt större utmaningar med tillgången till hemvårdspersonal

Till följd av den gradvisa höjningen av personaldimensioneringen enligt äldreomsorgslagen har antalet anställda inom heldygnsomsorgen för äldre ökat. Hösten 2022 uppfyllde cirka en tredjedel av enheterna den personaldimensionering som träder i kraft i december 2023 och som innebär 0,7 anställda per klient. En betydande del av rekryteringarna inom tjänsterna för äldre riktades till heldygnsomsorgen. Däremot minskade rekryteringarna inom hemvården och antalet besök hos hemvårdens klienter började enligt förhandsuppgifterna minska, vilket tyder på att personalbristen inom hemvården tillspetsas.¹⁶

Antalet anställda inom äldreomsorgen ökade i yrkesgruppen omsorgsassistenterna, men antalet närvårdare och sjukskötare var oförändrat. Utöver ändringarna i äldreomsorgslagen förutsätter ändringarna i barnskyddslagen åtgärder av välfärdsområdena. Antalet klienter per socialarbetare inom barnskyddet begränsas till högst 30 klienter i början av 2024, vilket ökar utmaningarna vad gäller rekrytering av socialarbetare.

Rekryteringen av utländsk arbetskraft utvidgas

En åtgärd som föreslagits som lösning på den försämrade tillgången till social- och hälsovårdspersonal har varit att öka rekryteringen av utländsk arbetskraft. I yrkesgrupperna allmänläkare, tandläkare och närvårdare har ungefär var tionde arbetstagare utländsk bakgrund. Vad gäller andra stora yrkesgrupper har dock endast cirka tre procent av sjukskötarna och cirka en procent av socialarbetarna utländsk bakgrund. I flera områden har man startat eller håller på att starta projekt för att rekrytera utländsk arbetskraft för att minska personalbristen i synnerhet inom tjänsterna för äldre. De som rekryteras arbetar oftast som närvårdare eller omsorgsassistenterna. Enligt arbets- och näringsministeriets utredning kan rekrytering från utlandet endast delvis lösa bristen på tillgång.¹⁷ Samarbetet med läroanstalterna är centralt för att främja den inhemska rekryteringen.

Personalens välbefinnande i spetsen av strategierna

Välfärdsområdena har i sina strategier lyft fram stärkandet av förmågan att locka till sig och hålla kvar personal som en strategisk hörnsten. Områdena tänker satsa på att utveckla personalens arbetshälsa och kompetens samt göra arbetet mer flexibelt. Även lönesystemen utvecklas så att de blir mer givande och harmoniseringen av lönerna höjer de lägsta lönerna i varje yrkesgrupp.

Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder

Lagen om ordnande av social- och hälsovård och de riksomfattande målen förutsätter integration

Välfärdsområdena ansvarar för att samordna kundernas social- och hälsovårdstjänster till helheter. De ska också identifiera vilka kundgrupper som behöver samordnade tjänster och definiera servicekedjor och -helheter. Tjänsterna ska också samordnas med kommunerna och staten samt andra aktörer.¹⁸ Statsrådets mål för ordnandet av social- och hälsovården säkerställer stöd för ökad integration på strategisk nivå.¹⁹

Strukturer och strategiska riktlinjer möjliggör integration

Välfärdsområdenas strukturella integration har genomförts från och med den 1 januari 2023. Välfärdsområdesfullmäktige och -styrelserna ansvarar för att samordna tjänsterna enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård. Områdenas organisationer har delvis formats traditionellt enligt professionerna inom social- och hälsovården, men en del har också verksamhets- och serviceområden som främjar samordning.

Integrationsansvaret har också fastställts i områdenas förvaltningsstadgor. Merparten av områdena har delegerat ansvar även till andra organ och chefer än välfärdsområdesstyrelsen. Det förekommer dock betydande skillnader mellan områdena i fråga om hur ansvaret har fördelats mellan flera förvaltningsnivåer. Några av välfärdsområdena har inrättat en tjänst eller enhet som ansvarar för integrationen.

I regel inbegriper alla välfärdsområdesstrategier en tanke om att samordna kundens behovsbaserade tjänster; den kan synas i strategin till exempel som ett mål eller en framgångsfaktor. I strategierna betonas tydligt temat samarbete inom organisationen och i kontaktytorna. Några områden har också fastställt indikatorer för att följa upp det sektorsövergripande samarbetet. En del av ekonomi- och verksamhetsplanerna för 2023 innehåller redan integrerande åtgärder på praktisk nivå som är riktade till exempelvis kunder som behöver många tjänster. I några områden har man startat coachingprogram för chefer och personal där man utvecklar en samordnande ledning eller främjar en multiprofessionell arbetskultur. Genomförandet av integrationen kräver förutom starkt stöd av ledningen även växelverkan mellan olika yrkesgrupper samt smidigt samarbete.

Målnivån för integrationen har ännu inte uppnåtts – inom hälso- och sjukvårdstjänsterna har man kommit längst

Nivån på integrationen av tjänsterna varierade fortfarande mycket i välfärdsområdena. De välfärdsområden där ansvaret för beredningen låg hos anordnare på landskapsnivå hade nytta av att integrationen redan tidigare hade utvecklats långsiktigt och att många integrationsrutiner hade hunnit finslipas i servicesystemet. Trots att dessa välfärdsområden hade ett bättre utgångsläge än andra framkom det dock brister i integrationen även i dessa områden, och i synnerhet vårdkedjorna mellan basservicen och

specialtjänsterna måste ännu utvecklas. I de övriga välfärdsområdena främjades integrationen genom att man utarbetade förenhetligande planer och ordnade projekt för att pilottesta modeller.

I alla välfärdsområden hade integrationen utvecklats mest inom hälso- och sjukvårdstjänsterna.²⁰ Integrationen säkerställdes ofta av vårdkedjor mellan primärvården och den specialiserade sjukvården som grundar sig på planerna för ordnande av hälso- och sjukvård. Antalet vårdkedjor, deras kvalitet och användning varierade fortfarande mycket och uppdateringar gjordes tidvis. I områdena infördes olika konsultationsmodeller och elektroniska system som stöder genomförandet av integrationen.

För en stor del av välfärdsområdena kommer det ännu att ta länge att uppnå serviceintegrationen enligt målen, och detta syns i form av variationer i kundernas jämlikhet och tjänsternas kvalitet. Förankringen och uppföljningen av god praxis är avgörande för att säkerställa integrationen. Effekterna av serviceintegrationen ska utvärderas och även uppdateras så att de motsvarar det kommande servicebehovet.

Den sektorsövergripande aspekten ökade i tjänsterna – kontaktyornas potential ännu outnyttjad

I välfärdsområdena var integrationen av tjänster för äldre samt barn, unga och familjer redan delvis sektorsövergripande.²⁰ I bakgrunden för utvecklingen av tjänsterna för äldre verkade spetsprojektet I&O, inom vilket den påbörjade utvecklingen av integrationen fortsatte i områdena. Integrationen av tjänsterna för barn, unga och familjer stöddes av att LAPE-programmet kopplades till programmet Framtidens social- och hälsocentral. I områdena grundades nya familjecenter, vilket ökade de multiprofessionella och sektorsövergripande tjänsterna. I programmet Framtidens social- och hälsocentral utvecklades också social- och hälsovårdens gemensamma mottagnings- och konsultationsverksamhet, kundhandledning och samarbetet mellan socialvårdens tjänster. Samarbetet med tjänster för skötsel av sysselsättningen och bildningsväsendets tjänster ökade också.²¹ Projektet stärkte social- och hälsocentralernas verksamhet och utmanade samtidigt andra aktörer att utveckla sin beredskap att samordna tjänsterna.

Hösten 2021 använde endast några välfärdsområden sig av en gemensam verksamhetsmodell för att bedöma arbetslösa personers behov av stöd för arbets- och funktionsförmågan. I något fler områden höll en modell på att utvecklas.²¹ Samarbetet med FPA stärktes och områdena hade goda utgångspunkter för att samarbeta med miljöhälsovården.^{20, 22} Trots den intensiva utvecklingen av multiprofessionella och sektorsövergripande verksamhetsmodeller i områdena hade en stor del av planerna fortfarande inte färdigställts eller tagits i bruk.²⁰

Byggandet av kontaktytor mellan olika kundsegment torde fortsätta länge i områdena. Vad gäller att identifiera servicehelheter samt bygga och ta i bruk servicekedjor framskrider arbetet i olika takt i områdena.

Vårdkontinuiteten försämrades

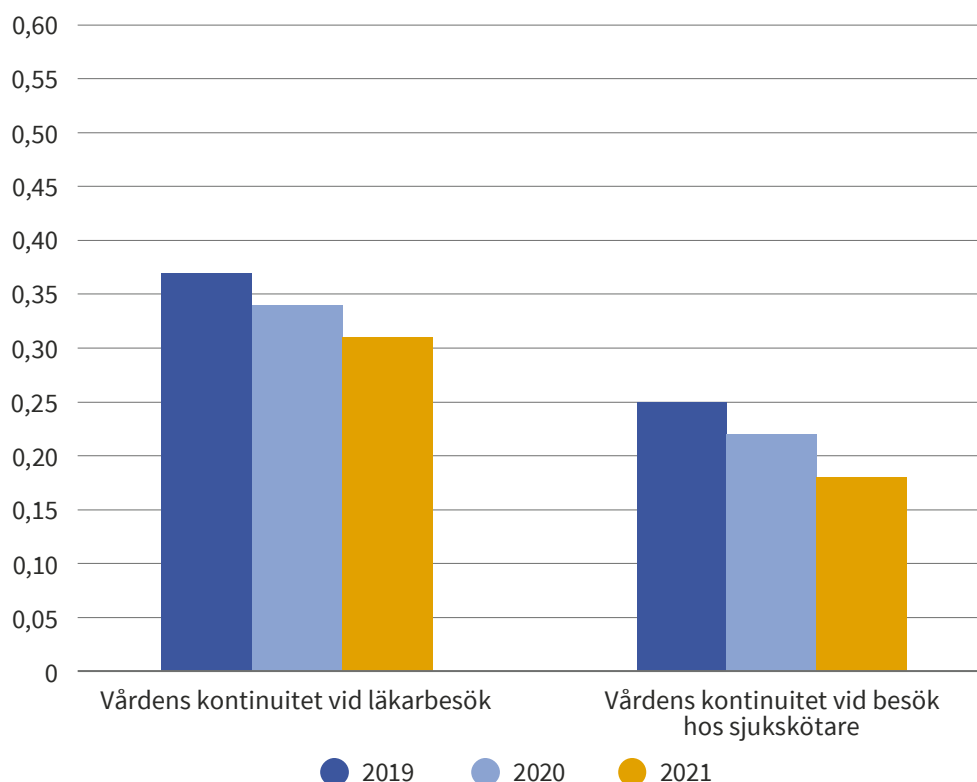
Kontinuiteten i kundens vård främjar integrationen av social- och hälsovårdstjänsterna på basnivå. Särskilt personer som behöver mycket service och vård har nytta av en långvarig vårdrelation, till exempel ett eget arbetspar bestående av en sjukskötare och läkare eller ett multiprofessionellt team. På riksnivå har kontinuiteten i primärvården (Figur 3) klart försämrats under ett par år och en kund med flera sjukdomar besöker numera flera olika yrkesutbildade personer.

Den öppna vården av personer med långtidssjukdom (astma, diabetes, KOL och hjärtsvikt) har utvecklats och avdelningsvården har minskat under de senaste åren. Det har dock funnits stora skillnader mellan välfärdsområdena. I Södra Karelen förekom flest avdelningsperioder på grund av hjärtsvikt, nästan dubbelt så många jämfört med hela landet. Öppenvård av astma lyckades bäst i Päijänne-Tavastland.

Personer med allvarliga psykiska störningar återvände mer sällan än tidigare till sjukhuset efter att ha skrivits ut. Det finns dock fortfarande välfärdsområden där situationen har varit den motsatta. Andelen patienter som kommit tillbaka till en avdelning inom en månad ökade särskilt i Kajanaland och Lappland. Utvecklingstrenden visas att det finns ett behov av att stärka integrationen av tjänsterna i dessa områden.

Den svaga integrationsnivån återspeglas också av att hemvårdsklienter vårdas på sjukhus under långa perioder. Den allvarliga personalbristen inom äldreomsorgen har försvårat situationen ytterligare. På riksnivå syntes detta också i form av ett ökat antal jourbesök inom primärvården bland personer som fyllt 75 år.

Figur 3. Kontinuitet i vården av multisjuka personer (COCI) inom primärvårdens öppna sjukvård



▲ Indexet Continuity of Care (COCI) anger den genomsnittliga kontinuiteten i vårdrelationen och interaktionen mellan patienten och den yrkesutbildade personen i fråga om multisjuka patienter. Som multisjuka betraktas de kunder som enligt registeruppgifterna har minst två kroniska sjukdomar som hör till olika sjukdomsgrupper. Indexet beskriver om kunden i allmänhet träffar samma yrkesutbildade person/personer eller om kunden oftast tas emot av olika personer.

HUS-sammanslutningen stöder integrationen

I HUS-sammanslutningen som grundats av Helsingfors stads och Nylands välfärdsområden kommer man överens om ansvaret och samarbetet vad gäller att ordna tjänster inom den specialiserade sjukvården genom ett organiseringsavtal. HUS-sammanslutningen ansvarar också för universitetssjukhusets tjänster i Södra Finlands samarbetsområde.

HUS-sammanslutningens organisation och strategi stöder starkt integrationen. Sammanslutningens styrelse ansvarar för samordningen av tjänsterna och närservice- och integrationsnämnden för målen för serviceintegrationen. HUS-sammanslutningen har många kontaktytor vars verksamhet sammanslutningen säkerställer med hjälp av en enhet för kundrelationer.²³ I strategin betonas integreringen av tjänsterna till kundorienterade helheter.²⁴ HUS har redan i flera år finansierat regionala integrationsprojekt, vilket syns genom att antalet elektroniska tjänster, mobiltjänster och vårdkedjor har ökat i området. Vårdkedjorna varierar enligt välfärdsområde, vilket försämrar kundernas jämlikhet. I såväl Nyland som i samarbetsområdet är det stora antalet anordnare samt de splittrade kund- och patientdatasystemen en utmaning för genomförandet av integrationen. Med hjälp av starka regionala strukturer gör HUS-sammanslutningen det möjligt att följa upp tjänsterna och förutse servicebehovet även med tanke på att utveckla integrationen.

Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet

Tjänsternas tillgänglighet har främjats i nationella projekt

Välfärdsområdet ska planera och genomföra social- och hälsovård vars innehåll, omfattning och kvalitet är sådana som kundernas behov förutsätter.²⁵ I servicestrategin som är en del av välfärdsområdesstrategin fastställs mål för tillgången och tillgängligheten.²⁵

Regionala utvecklingsprojekt inom programmet Framtidens social- och hälsocentral (2020–2023) har stärkt servicen på basnivå och flyttat tyngdpunkten till förebyggande arbete i enlighet med regeringens mål.²⁶ Ett av målen med Finlands program för hållbar tillväxt är att utveckla den vård-, rehabiliterings- och serviceskuld som uppstått till följd av Covid-19-pandemin genom att förbättra tillgången till tjänster och tjänsternas kostnadseffektivitet.²⁷ I programmet har man främjat införandet av nya digitala tjänster samt sektorsövergripande och multiprofessionella verksamhetsmodeller. Man har strävat efter att försnabba tillgången till vård, i synnerhet primärvård. Dessutom har man genom tjänster med låg tröskel strävat efter att svara på behoven hos personer i utsatt ställning.

När välfärdsområdena inledde sin verksamhet försämrades tillgången till tjänster ytterligare av den vård- och serviceskuld som orsakats av Covid-19-pandemin samt av personalbrist. Välfärdsområdena inledde i huvudsak sin verksamhet i befintliga lokaler, så det skedde inga betydande förändringar i tillgången till platsbundna tjänster. Mätt i restid var tillgången till tjänster bäst i välfärdsområdena med stor befolkning i Södra Finland.²⁸ Förenhetligandet av tjänsterna och grunderna för beviljande av dem samt centraliseringen av tjänsterna ökade kundernas jämlikhet.

Under de senaste åren har tillgången till tjänster förbättrats genom att man ökat mängden köpt arbetskraft och användningen av servicesedlar i hela landet. Enskilda tjänster, servicehelheter och verksamhetsställen har också lagts ut på entreprenad. Dessutom har tillgången och tillgängligheten förbättrats genom att man ökat antalet mobila och elektroniska tjänster. Personalärenden behandlas i avsnittet ”Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet”.

Service på svenska och samiska tryggas genom lag

För att trygga de språkliga rättigheterna för svenskspråkiga ska tvåspråkiga välfärdsområden inom social- och hälsovården ingå ett samarbetsavtal som Egentliga Finlands välfärdsområde koordinerar. Västra Nylands välfärdsområde stöder utvecklingen av svenskspråkiga social- och hälsovårdstjänster och Lapplands välfärdsområde stöder utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster på samiska i hela landet.²⁵

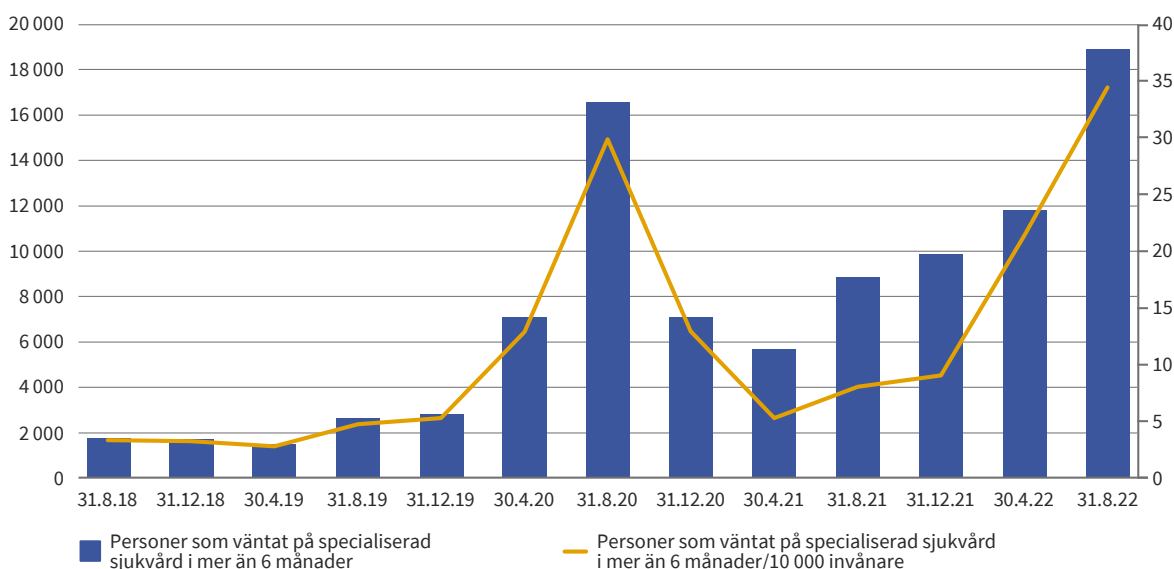
Man har rätt att använda samiska i social- och hälsovårdstjänster som produceras i kommunerna inom samernas hembygdsområde, i de av Lapplands välfärdsområdes tjänster som produceras endast vid verksamhetsenheter som ligger utanför de kommuner som hör till hembygdsområdet samt i tjänster som välfärdsområdet har anvisat invånarna i kommunerna inom hembygdsområdet på basis av tjänsternas tillgänglighet.²⁵ Det förekom fortfarande brister i tillgången till tjänster på samiska och enligt samisk kultur.²⁹

Väntetiden till den specialiserade sjukvården har förlängts

I slutet av augusti 2022 väntade över 152 000 patienter på att få icke-brådskande specialiserad sjukvård vid enheter för specialiserad sjukvård inom primärvården eller sjukvårdsdistriktens sjukhus.³⁰ Av dessa hade nästan 19 000 patienter väntat i över sex månader på det senare, medan antalet året innan hade varit över hälften färre (Figur 4). Flest personer väntade på kirurgi (10 422), vård av ögonsjukdomar (3 768) och psykiatri (1 831). Proportionellt sett hade flest personer väntat över ett halvt år i Norra Savolax och Norra Karelen sjukvårdsdistrikt och medan antalet var minst i Södra Karelen sjukvårdsdistrikt.³⁰

Medianen för väntetiden (50 procents poäng) ökade i nästan alla sjukvårdsdistrikt från 2019 till 2020 och ytterligare till 2021. Utöver den vårdskuld som hopats försvårades situationen på arbetsmarknaden under 2022 eftersom den utdragna arbetskonflikten försämrade tillgången till vårdpersonal. Det att övergången från specialiserad sjukvård till fortsatt vård inom basservicen har blivit långsammare har delvis överbelastat jourerna och vårdavdelningarna.

Figur 4. Personer som väntat på specialiserad sjukvård i över sex månader 2018–2022



▲ I figuren presenteras antalet personer som väntat på specialiserad sjukvård i över sex månader och antalet i förhållande till 10 000 invånare 31.8.2018–31.8.2022. Uppgifterna grundar sig på THL:s uppgifter om tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården. Siffrorna inkluderar inte personer som väntat på att få komma till en enhet för specialiserad sjukvård inom primärvården.

Mindre än hälften var tvungna att vänta på en tid till en hälsocentralläkare i över en vecka

I oktober 2022 genomfördes 42 procent av de icke-brådskande läkarbesöken inom primärvårdens öppna sjukvård mer än en vecka efter att vårdbehovet bedömts. Andelen varierade mycket mellan olika välfärdsområden (27–68 %) (Figur 5).

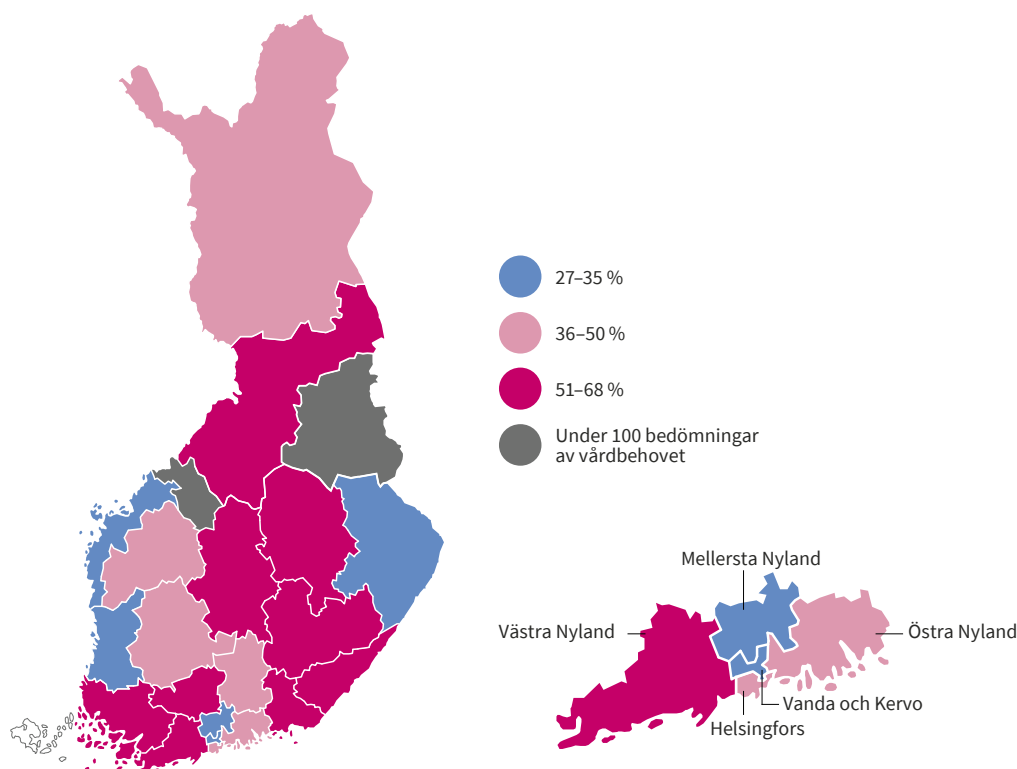
Om även distanskontakter beaktas genomfördes 44 procent av besöken efter mer än en vecka och 33 procent efter mer än två veckor. Endast 10 procent av patienterna fick vänta över en vecka på att komma till en sjukskötare eller hälsovårdare.³¹ I oktober 2022 överskreds vårdgarantitiden (3 månader) sällan (0,6 %)

på läkarmottagningarna. Enligt en befolkningsenkät upplevde var femte år 2020 att de fått otillräckliga läkartjänster; mest nöjd var man i Norra Savolax och i Södra och Mellersta Österbotten.³²

Nästan var fjärde person upplevde att hen fått otillräckliga tandläkartjänster, i Kajanaland och Helsingfors cirka var tredje.³² I oktober 2022 genomfördes ett icke-brådskande tandläkarbesök för 84 procent av patienterna inom tre månader från att vårdbehovet bedömts. Vårdgarantitiden (6 månader) överskreds mer i oktober (4 %) än i mars (3 %).³¹

De verksamhetssätt som utvecklats inom programmet Framtidens social- och hälsocentral i syfte att förbättra tillgången till vård hade våren 2022 ännu inte utvidgats till att gälla hela välfärdsområden, så deras inverkan var ännu liten.³³

Figur 5. Genomförandet av mottagningsbesök inom den öppna sjukvården mer än sju dagar efter att vårdbehovet bedömts i oktober 2022



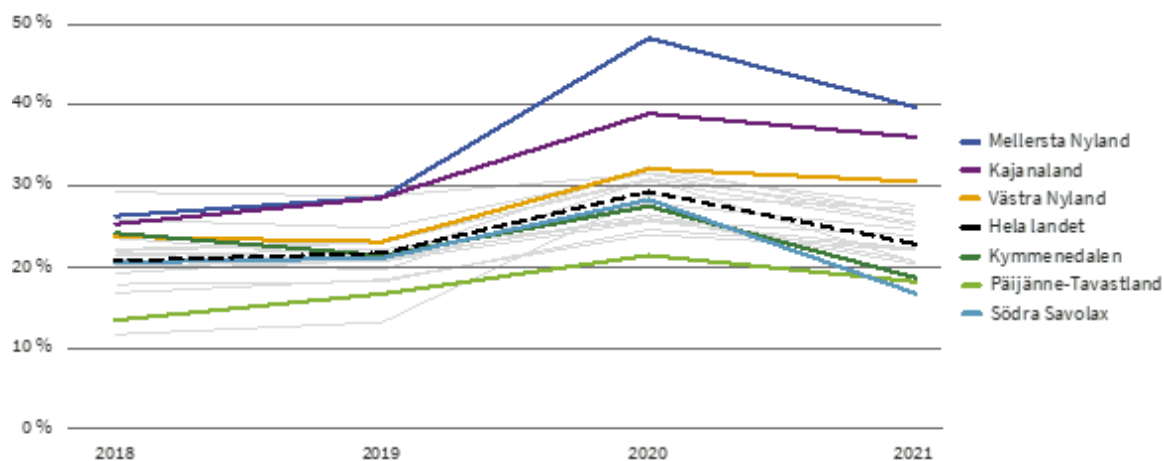
▲ På kartan presenteras per välfärdsområde procentandelarna för icke-brådskande besök hos läkare inom primärvårdens öppna sjukvård som genomfördes mer än sju dagar efter att vårdbehovet bedömts i oktober 2022. Uppgifter presenteras inte för områden där det hade gjorts färre än hundra bedömningar av vårdbehovet. Uppgifterna grundar sig på THL:s uppgifter om vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo).

Distanskontakterna har ökat under de senaste åren – lång väg kvar till målet

Distanstjänsterna har utvecklats, utvidgats och blivit betydligt vanligare, men serviceutbudet varierar mycket mellan olika välfärdsområden.^{34, 31} E-tjänsterna är fortfarande förknippade med olika hinder och bekymmer för användarna.^{34, 35} Målet är att 35 procent av kontakterna ska ske på distans år 2025. Inom

öppenvården ökade distanskontakterna från 8,4 miljoner till 11,3 miljoner mellan 2018 och 2021, då deras andel av besöken inom öppenvården utgjorde 23 procent. Den regionala variationen var dock stor (17–40 %). Andelen distanskontakter var som störst 2020 (29 %), då mottagningsverksamheten hade skurits ner på grund av Covid-19-pandemin. (Figur 6).

Figur 6. Andelen distanskontakter av besöken inom primärvårdens öppenvård enligt välfärdsområde och i hela landet 2018–2021



▲ I figuren visas uppgifter från hela landet samt de välfärdsområden som hade de största eller minsta andelarna. Uppgifterna grundar sig på THL:s uppgifter om vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo). Figuren innehåller inte uppgifter från Helsingfors stad eller Vanda och Kervo välfärdsområde, eftersom det på grund av bytet av patientdatasystem finns brister i uppgifterna från Vanda (från och med 2019), Helsingfors och Kervo (från och med 2021).

Barnskyddsanmälningar har blivit vanligare och personaldimensioneringen blir strängare

Antalet barnskyddsanmälningar ökade ytterligare 2021, då en anmälan gjordes om 8,6 procent av alla personer under 18 år. Andelen per välfärdsområde varierade från 6,2 procent till 12,1 procent. Nästan alla (97 %) bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet inleddes under tiden 1.10.2021–31.3.2022 inom utsatt tid (7 vardagar), men en mindre andel (92 %) slutfördes inom utsatt tid (3 månader). Båda tidsfristerna överskreds oftast i Vanda och Kervo samt Mellersta Österbottens välfärdsområden.

Bristen på socialarbetare inom barnskyddet gäller hela landet, men är särskilt svår i en del välfärdsområden och dessa har lyckats sämre med att hålla tidsfristerna. Enligt barnskyddslagen få den socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter från och med 2022 ansvara för högst 35 barn och från och med 2024 minskar antalet till 30.³⁶ I november 2022 överskreds antalet klienter hos cirka hälften av socialarbetarna i Österbottens (54 %) och Päijänne-Tavastlands (46 %) välfärdsområde.³⁷ Det maximala antalet klienter överskreds i 15 välfärdsområden. På grund av personalbristen har vissa områden köpt socialarbete inom barnskyddet av privata serviceproducenter.

En betydande del av kunderna ansåg att de tjänster de fått var otillräckliga

Det har förekommit problem med tillgången till skolkurator och skolhälsovårdare. År 2021 fick var tionde inte en tid hos skolkuratoren och cirka var tjugonde hos skolhälsovårdaren trots att de försökt.³⁸ Situationen varierade något mellan välfärdsområdena.

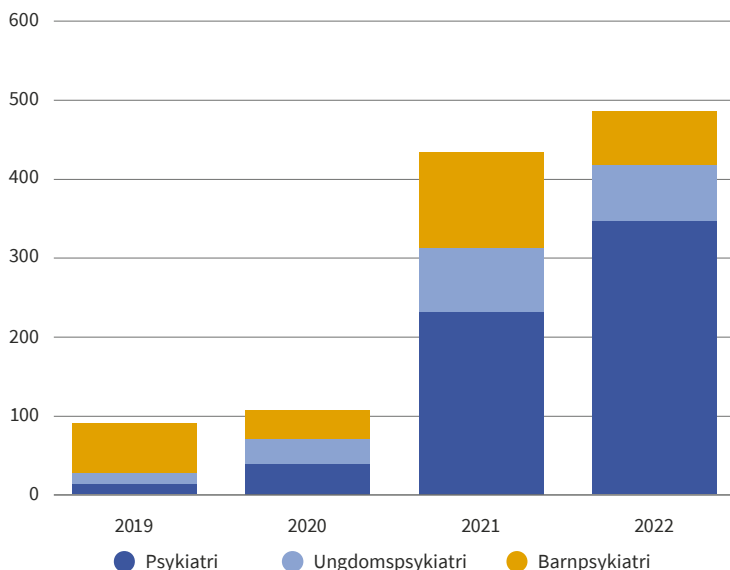
Enligt befolkningsenkäten från 2020 upplevde över en tredjedel av dem som behövde tjänster för barnfamiljer eller hemvårdstjänster för äldre att de fått otillräckliga tjänster medan nästan hälften av dem som behövde tjänster inom socialarbetet eller tjänster för personer med funktionsnedsättning upplevde samma sak.³² Den mest kritiska responsen gällande otillräckliga tjänster kom från Helsingfors, Mellersta Finland och Egentliga Tavastland.

Antalet barn och unga som väntat över tre månader på psykiatrisk vård har femdubblats

Antalet personer under 23 år som väntat över tre månader på vård inom de psykiatriska specialiteterna har femdubblats jämfört med 2019 och 2020 (Figur 7).

Mentalvårdstjänsterna för barn och unga har koncentrerats till den specialiserade sjukvården även om det finns fler klienter inom primärvården, vilket återspeglar den nuvarande oändamålsenliga graderingen av vården. År 2020 var antalet patientbesök inom den specialiserade sjukvården (median för besöken 8) större än inom primärvården (median för besöken 2). Det finns stora regionala skillnader i utbudet och användningen av tjänster, till exempel i fråga om huruvida 18–22-åringar hänvisas till ungdoms- eller vuxenpsykiatri.³⁹

Figur 7. Antalet personer under 23 år som väntat över tre månader på vård inom de psykiatriska specialiteterna 2019–2022



▲ Uppgifterna för 2022 är från slutet av november, uppgifterna för övriga år är från slutet av december. Uppgifterna grundar sig på THL:s uppgifter om tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården.

Svårare att få tillgång till hemvård och boendeservice

Den åldrande befolkningens ökade servicebehov, den ackumulerade serviceskulden och personalbristen har försämrat tillgången till tjänster i rätt tid och enligt behov. Man har varit tvungen att stänga platser för heldygnsvård och det har blivit svårare att få hemvård och boendeservice.³⁴ Den lagstadgade tidsfristen överskreds i september 2022 för en del av dem som väntade på boendeservice med heldygnsvård och dessutom var antalet hemvårdsbesök för första gången färre än året innan.⁴⁰

I september 2021 fick äldre personer i regel tid till en socialarbetare eller -handledare inom mindre än sju vardagar, i fem välfärdsområden inom 9–14 vardagar.³³ I fortsättningen främjas klienternas jämlikhet av införandet av RAI-bedömningssystemet i alla regelbundna tjänster för äldre.

Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering

Stora regionala skillnader i social- och hälsovårdskostnaderna

År 2021 uppgick nettodriftskostnaderna för den social- och hälsovård som kommunerna i Fastlandsfinland ansvarade för att ordna till 20,0 miljarder euro*, i genomsnitt 3 620 euro per invånare (Figur 8). Kostnaderna per invånare varierade från 2 970 euro i Västra Nyland till 4 676 euro i Södra Savolax. Ökningen från föregående år var cirka 500 miljoner euro.**

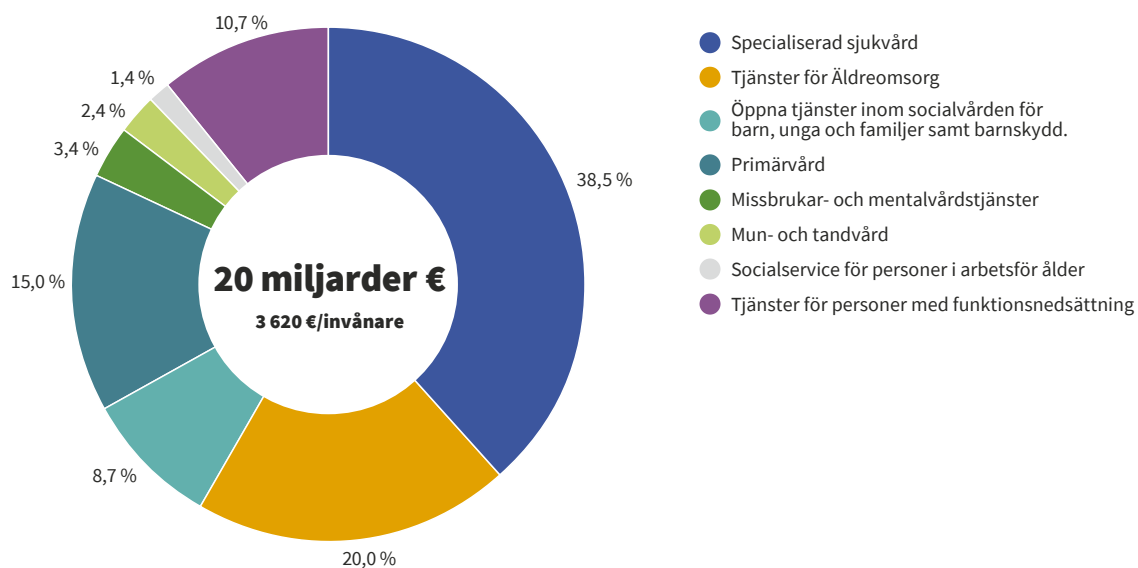
Nettodriftskostnaderna ökade reellt enligt prisnivån 2021 med sammanlagt 7,6 procent 2017–2021. Den måttligare tillväxten under de senaste åren förklaras bland annat av de coronaunderstöd som staten beviljat. Utan dem skulle nettodriftskostnaderna ha ökat reellt med 14,4 procent (Figur 9). Tack vare coronaunderstöden minskade de reella nettodriftskostnaderna särskilt inom primärvårdens öppenvård 2021 och ökade måttligt inom den specialiserade sjukvården 2020–2021. Nedsärningarna i verksamheten påverkade i synnerhet verksamhetsintäkterna inom mun- och tandvården och verksamhetskostnaderna inom service för personer med funktionsnedsättning 2020. Mest ökade de reella nettodriftskostnaderna inom socialvårdens öppenvårdstjänster för barn, unga och familjer och barnskyddet (24 %), vilket förklaras av det ökade antalet barn som placerats utanför hemmet.

De reella nettodriftskostnaderna per invånare ökade minst i Västra Nyland (2,3 %) och Egentliga Finland (3 %) och mest i Södra Savolax (13,5 %).

* Nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården inbegriper inte uppgifter om Åland. Miljö- och hälsoskyddet beaktas inte i nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården.

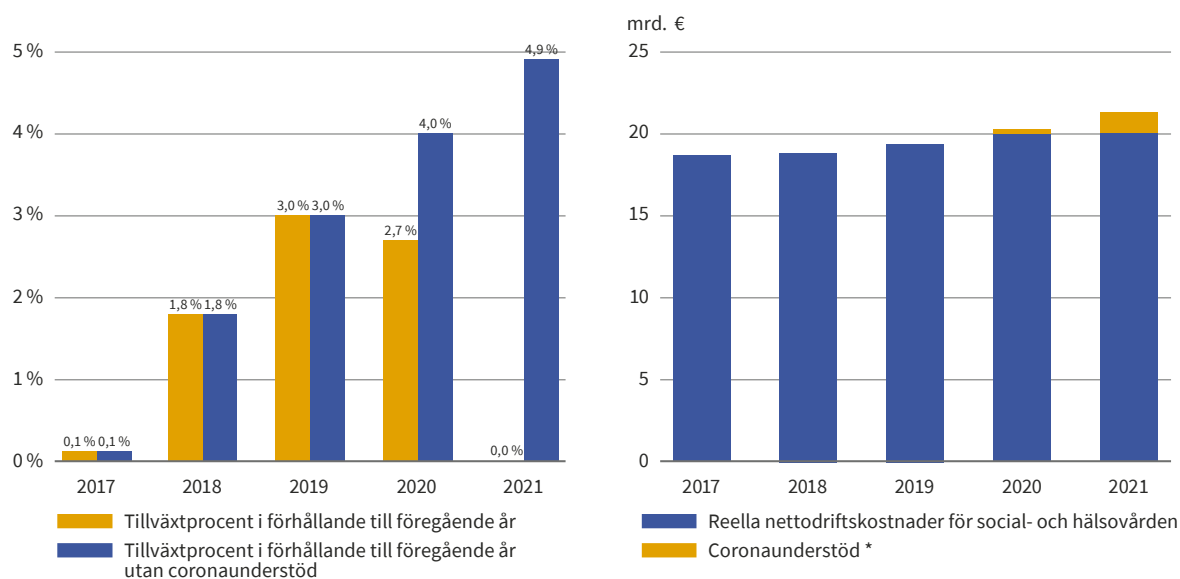
** Förnyelsen av statistiken över kommunekonomin orsakade ändringar i serviceklassificeringen inom social- och hälsovården. För 2017–2020 har man i nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården beaktat tjänster som stöder sysselsättningen med avdrag för arbetsmarknadsstödet kommunandel.

Figur 8. Fördelning av nettodriftnkostnaderna för social- och hälsovården i Fastlandsfinland enligt servicehelhet 2021



▲ Figuren visar uppgiftsspecifika procentandelar av nettodriftnkostnaderna för social- och hälsovården i Fastlandsfinland år 2021. Uppgifterna grundar sig på den information som kommunerna rapporterat till Statskontoret.

Figur 9. Reella nettodriftskostnader och förändringsprocenter för social- och hälsovården i Fastlandsfinland 2017–2021



▲ Figuren visar de reella nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården i Fastlandsfinland 2017–2021 och förändringen jämfört med föregående år i procent. Nettodriftskostnaderna grundar sig på de uppgifter som kommunerna rapporterat till Statskontorets informationstjänst.

* Coronaunderstöden omfattar finansministeriets understöd till sjukvårdsdistrikten 2020–2021, social- och hälsovårdsministeriets understöd för social- och hälsovårdens kostnader på grund av Covid-19-epidemin 2021 samt understöd som beviljats för hälsosäkerheten vid gränserna.

Prognosen för kostnadsökningen inom social- och hälsovården är störst i Nyland

Enligt THL:s prognoskalkyler som baserar sig på förändringar i befolkningens åldersstruktur beräknas den reella ökningen av kostnaderna för social- och hälsovården i hela landet bli i genomsnitt en procent per år fram till 2031. Ökningen förutspås vara störst i Helsingfors stad och Nylands välfärdsområden och minst i Kajanaland och Södra Savolax, där andelen äldre för närvarande är bland de största i landet.

Kommunernas ekonomi stöddes på många sätt

År 2021 var den kommunala ekonomin precis som året innan bra tack vare den positiva utvecklingen av skatteinkomster och statens coronastöd. I största delen av kommunerna räckte årsbidraget till för att täcka avskrivningarna, endast i åtta kommuner var det negativt. Höjningen av utdelningen av samfundsskatten med tio procentenheter för 2020 och 2021, som var en del av coronastödet, ökade kommunernas skatteinkomster.

Enligt den preliminära bokslutsanalysen för kommunernas ekonomi var den kommunala ekonomin knäppt i balans 2022. Kommunernas utgifter ökade snabbt och det positiva resultatet påverkades främst

av exceptionella engångsposter, såsom försäljningsvinster från försäljning av social- och hälsovårdsfastigheter.⁴¹

Sjukvårdsdistriktens lånestock ökade

Sjukvårdsdistriktens resultat förbättrades jämfört med året innan, endast Mellersta Finlands, Norra Karelen och Vasa sjukvårdsdistrikt uppvisade ett underskott 2021. På grund av omfattande sjukhusinvesteringar ökade sjukvårdsdistriktens lånestock med en halv miljard till 3,9 miljarder euro precis som året innan. Lånestocken ökade mest i Helsingfors och Nylands samt Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt.

Den svaga tillgången på arbetskraft och vårens arbetsstridsåtgärder återspeglades 2022 i flera sjukvårdsdistrikts produktion och orsakade problem även i kommunfaktureringen. Sjukvårdsdistriktet och andra samkommuner inom social- och hälsovården överfördes till välfärdsområdena jämte tillgångar och skulder i början av 2023. När samkommunernas verksamhet upphörde var medlemskommunerna i flera områden tvungna att täcka underskotten i balansräkningen i enlighet med lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården. Beslut om att minska grundkapitalet har fattats i Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt som en del av täckningen av underskottet i balansräkningen.⁴² Lapplands välfärdsområde har anfört kommunalbesvär över beslutet av Länsi-Pohja social- och hälsovårdstjänster och fullmäktige för samkommunen för sjukvårdsdistriktet om att underskottet ska täckas genom att minska grundkapitalet.⁴³

I investeringsplanerna betonas sjukhusinvesteringar och kund- och patientdatasystem

Investeringsprojekten som genomförs i välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens egen balansräkning uppgår till sammanlagt 3,7 miljarder euro för budgetplanperioden 2023–2025.⁴⁴ Enligt områdenas investeringsplaner är största delen av investeringarna (63 %) byggnadsinvesteringar och även en betydande andel (21 %) av anskaffningarna av utrustning och inventarier har ett nära samband med byggnadsinvesteringar. Välfärdsområdena fortsätter sina planerade och pågående sjukhusinvesteringar samt nybyggnads- och ombyggnadsprojekt inom basservicen.

ICT-projekten utgör cirka 15 procent av investeringarna under investeringsplanperioden 2023–2027. De består av branschbundna system (54 %), infrastruktur och infrastruktursystem (17 %), branschberoende system (12 %) samt andra ICT-investeringar (18 %). Investeringar för att förenhetliga kund- och patientdatasystemen görs särskilt i områden där det inte tidigare fanns en anordnare på landskapsnivå. I investeringarna betonas dessutom e-tjänster och system för distansvård, men också system för kunskapsbaserad ledning samt datareservoarer.

På basis av investeringsplanerna beviljades tilläggsfullmakt att uppta lån till Norra Savolax, Egentliga Tavastland, Norra Österbotten och HUS-sammanslutningen, vilket ökade fullmakten att uppta långfristiga lån med sammanlagt cirka 1,3 miljarder euro. Kajanalands välfärdsområde har ingen fullmakt att uppta lån, så där ska investeringar genomföras med kassamedel. I och med investeringarna förväntas välfärdsområdenas lånestock öka till 4,8 miljarder euro 2023.⁴⁴

Välfärdsområdenas finansieringskalkyler preciseras ytterligare

Välfärdsområdenas finansiering grundar sig i huvudsak på statens finansiering med allmänna budgetmedel samt delvis på kund- och bruksavgifter. Den slutliga finansieringen för 2023 granskas utifrån bokslutsuppgifterna för 2022. Riksdagen godkände regeringens proposition (RP 328/2022) om att staten beviljar Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden ersättning för kostnaderna för två samjoursenheter med jour dygnet runt.⁴⁶ Riksdagen godkände också regeringens proposition (RP 322/2022), där en ny bestämningsfaktor, universitetssjukhus tillägget, läggs till modellen med finansiering med allmänna budgetmedel.⁴⁷

Enligt de kalkyler som finansministeriet publicerade i november 2022 uppgår finansieringen till välfärdsområdena och Helsingfors stads social- och hälsovårds- samt räddningsväsende för 2023 till sammanlagt 22,5 miljarder euro, av vilka finansieringen av social- och hälsovården utgör 22,0 miljarder euro.⁴⁸ Finansieringen av social- och hälsovården bestäms på basis av det uppskattade servicebehovet (80 %) hos områdets befolkning samt språkliga och andra omständigheter. Enligt kalkylerna skulle den kalkylerade finansieringen öka mest i Norra Karelen, Egentliga Finland och Lappland och minska i flera områden i Nyland. Ändringen av finansieringen graderas 2023–2029 genom ett övergångsutjämningsförfarande, så områdena har tid att anpassa sig till den förändrade finansieringen.

Budgetarna för 2023 uppvisar underskott

Välfärdsområdenas budgetar för 2023 har med undantag av Norra Savolax utarbetats med underskott. Områdenas sammanlagda underskott uppgår till cirka 860 miljoner euro. Enligt ekonomiplanerna uppnås dock balans i huvudsak 2024–2025.⁴⁴ I den första tilläggsbudgetpropositionen för 2023 föreslog regeringen att områdenas finansiering ska stärkas med sammanlagt 500 miljoner euro. Av finansieringen skulle 150 miljoner euro vara förskott på den rättelsepost för finansieringen som ska betalas 2024,⁴⁹ som i sin helhet torde täcka en betydande del av det uppskattade underskottet.

Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT har bedömt att harmoniseringen av lönerna ökar arbetskraftskostnaderna med cirka 6 procent.⁵⁰ I områden som tidigare organiserats på landskapsnivå, såsom Södra Karelen, har en harmonisering av lönerna redan genomförts, men för en del pågår den fortfarande. På motsvarande sätt är harmoniseringen av lönerna endast i startgropparna i områden där tjänsterna tidigare har ordnats decentraliserat, såsom i Birkaland, Egentliga Finland, Västra Nyland och Norra Österbotten.

Metoder och kvalitetsbeskrivning

Informationsunderlag för utvärderingen

Institutet för hälsa och välfärds (THL) expertutvärdering av ordnandet av social- och hälsovården grundar sig på ett kvantitativt och kvalitativt informationsunderlag som i regel är offentligt och tillgängligt för alla. Det kvantitativa informationsunderlaget för utvärderingen utgörs av de nationella indikatorerna för kostnadseffektivitet inom social- och hälsovården (KUVA). Den lägesbild som ligger till grund för expertutvärderingen har utvidgats genom att man även utnyttjat andra indikatoruppgifter samt regionalt och riksomfattande dokumentmaterial. I utvärderingen har man också utnyttjat Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovårdens Valvira och regionförvaltningsverkens tillsynsobservationer samt andra nationella myndigheters kalkyler och utredningar. En annan viktig informationskälla i de regionala expertutvärderingarna är de utvärderingsdiskussioner som förts med företrädare för områdena.

I den riksomfattande expertutvärderingen sammanställs en lägesbild som gäller hela landet i huvudsak utifrån regionala expertutvärderingar. I expertutvärderingen granskas dessutom hur statsrådets riksomfattande mål har genomförts. Nivåer för de indikatorer som används i den riksomfattande bedömningen är välfärdsområdena och hela landet. Indikatoruppgifter för hela landet innehåller motsvarande uppgifter även för Åland. I enlighet med lagen om ordnande av social- och hälsovård utvärderas välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS i den regionala utvärderingen. Indikatoruppgifterna för hela landet jämförs i tillämpliga delar också med internationella uppgifter.

Informationsunderlagets öppenhet, tillgänglighet och kvalitet

KUVA-indikatorerna kan granskas i webbtjänsten Sotekuva

KUVA-indikatorerna är en helhet bestående av cirka 500 indikatorer som skapats i samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet och en omfattande expertgrupp. Syftet med indikatorerna är att säkerställa att de uppgifter som används vid styrningen, utvärderingen och uppföljningen av ordnandet av social- och hälsovården enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) är enhetliga, vilket är en förutsättning för att en gemensam lägesbild ska uppstå.

De KUVA-indikatoruppgifter som använts i utvärderingen är tillgängliga för alla i THL:s webbtjänst Sotekuva på riksnivå (inkl. Åland), per välfärdsområde och kommun. Utöver indikatorerna finns även andra indikatoruppgifter som använts tillgängliga i statistik- och indikatorbanken Sotkanet (THL:s alla indikatorer). Övriga statistikuppgifter har markerats med separata referenser.

Uppgifterna i det kvalitativa dokumentmaterial som använts finns i källförteckningen. Valvira och regionförvaltningsverkens tillsynsrapporter finns tillgängliga för alla på utvärderingens webbplats (endast på finska). Till skillnad från det övriga informationsunderlaget är diskussionerna med regionernas representanter inte offentliga. De diskussioner som förts med områdena och THL:s experter fördjupar och kompletterar tolkningen av välfärdsområdenas lägesbild.

Målet med produktionen av indikatorer är kvalitet och aktualitet

Målet är att de indikatoruppgifter som används i utvärderingarna ska vara tillförlitliga och aktuella. Alla KUVA-indikatorer uppdateras dock inte årligen; de flesta indikatorer som baserar sig på enkätmaterial uppdateras vartannat år. Fördröjningar i de indikatorer som uppdateras årligen beror ofta på svårigheter att leverera uppgifterna och brister i kvaliteten.

I utvärderingarna fästs särskild uppmärksamhet vid kvaliteten på de indikatoruppgifter som används. Kvalitetsbrister följs upp med indikatorspecifika tilläggsuppgifter. Indikatorer med betydande kvalitetsbrister har inte använts i utvärderingen. På grund av allvarliga kvalitetsbrister till följd av att rapporteringen om kommunekonomin förnyats samt tidtabellen för publicering av uppgifterna ändrats blev uppgifterna om nettodriftskostnaderna för 2021 inte klara i tid innan de välfärdsområdesspecifika expertutvärderingarna som publicerades hösten 2022 skrevs. Uppgifterna ingår dock i den riksomfattande expertutvärderingen.

Pågående utvecklingsarbete

Åren 2021–2024 utvecklas KUVA-indikatorhelheten så att den bättre än tidigare motsvarar behoven av effektivitetsbaserad styrning och utvärdering och samtidigt förnyas också produktionen, hanteringen och rapporteringen av indikatorerna.

Mer information om utvärderingen och informationsunderlaget: thl.fi/arviointi

Indikatorvärden i Sotekuva: sotekuva.fi/sv

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet: sotkanet.fi

Källor och bakgrundsmaterial som används i utvärderingen

Befolkning och servicebehov

1. Statistikcentralen (2023). Preliminära uppgifter över befolkningsstruktur 2022. Uppdaterad 26.1. [Internetkälla](#).
2. Statistikcentralen (2023). Syntyvyys laski ennätöksellisen alas – kokonaishedelmällisyysluku mittaus-historian matalin. Uutinen 26.1. [Internetkälla](#).
3. OECD/European Union (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. [Internetkälla](#).
5. Arbets- och näringsministeriet (2022). Sysselsättningsöversikt. December 2022. [Internetkälla](#).
6. Manderbacka K, Lindell E, Suomela T, Lumme S, Koskinen S, Martelin T & Parikka S (2021). Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet Suomessa 2017–2019. Tutkimuksesta tiiviisti 56/2021. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla](#).

Välfärdsområdenas administrativa och funktionella uppbyggnad

6. Lagen om ordnande av social- och hälsovård 612/2021. [Internetkälla](#). Hämtad 27.1.2023.
7. Lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021). [Internetkälla](#). Hämtad 27.1.2023.
8. Statsrådet (2022). De riksomfattande målen för social- och hälsovården 2023–2026. [Internetkälla](#). Hämtad 27.1.2023.
9. Statsrådet (2023). Toimeenpanon tilannekuva. [Internetkälla](#). Hämtad 10.2.2023.
10. Institutet för hälsa och välfärd (2023). Hyvinvointialueiden digitaaliset sosiaali- ja terveystalvet. [Internetkälla](#). Hämtad 31.1.2023.

Tillgången till yrkeskunnig personal och personalens tillräcklighet

11. Statsrådet (2023). Toimeenpanon tilannekuva. 10.2.2023. [Internetkälla](#).
12. ANM arbetsförmedlingsstatistik (2022). Yrkesbarometern: Utsikter för sysselsättningen i olika yrken. September 2022. [Internetkälla](#).
13. Keva/Aula Research (2021). Kuntien työvoimaennuste 2030. Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistar-peista. 16.2.2021. [Internetkälla](#).
14. Finlands Läkarförbund (2023). Terveyskeskusten lääkäritilanne. 26.1.2023. [Internetkälla](#).
15. Finlands Tandläkarförbund (2023). Terveyskeskusten hammaslääkäritilanne lokakuussa. Työvoima-selvitys 2022. 27.1.2023. [Internetkälla](#).

16. Institutet för hälsa och välfärd (2023). Personalmängden inom heldygnsomsorgen för äldre ökar, men inom hemvården har klientbesöken och rekryteringarna börjat minska. Meddelande. 2.2.2023.

[Internetkälla.](#)

17. Larja L & Peltonen J (2023). Työvoiman saatavuus, työvoimapula ja kohtaanto-ongelmat vuonna 2022. Työvoimatietokartat hankkeen loppuraportti. TEM-analyseja 113/2023. Arbets- och näringsministeriet. 16.1.2023.

[Internetkälla.](#)

Nuläget för integrationen av tjänster och utvecklingsåtgärder

18. Lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021), 4 §. Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet [Internetkälla.](#)

19. Social- och hälsovårdsministeriet (2022). De riksomfattande målen för social- och hälsovården 2023–2026. [Internetkälla.](#)

20. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystakeskus -ohjelman arvioinnin väliraportti. 6/2022. [Internetkälla.](#)

21. THL (2022). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystakeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. [Internetkälla.](#)

22. Kommunförbundet (2022). Sote-tilannekuvakysely kuntien ja hyvinvointialueiden yhdyspinnoista. [Internetkälla.](#)

23. HUS-sammanslutningens stämma 7.7.2022 § 2. Godkännande av förvaltningsstadgan. [Internetkälla.](#)

24. Luonnos HUS-yhtymän strategiaksi vuosille 2023–2027. [Internetkälla.](#)

Tillgången till jämlika tjänster och tjänsternas tillgänglighet

25. Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021. [Internetkälla.](#)

26. Framtidens social- och hälsocentral 2020–2023: Program och projekthandbok. [Internetkälla.](#)

27. Finlands program för hållbar tillväxt. Projektguide för SHM:s andra ansökningsomgång för statsunderstöd under 2023–2025. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2022:14. [Internetkälla.](#)

28. Forskningsprojektet STN IMPRO (2021). Puolet suomalaisista tavoittaa perusterveydenhuollon palvelut 20 minuutissa joukkoliikenteen avulla. [Internetkälla.](#)

29. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Lapin hyvinvointialueella. Päätösten tueksi 19/2022. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla.](#)

30. Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa 31.08.2022: Hoitovelka kiireettömään erikoissairaanhoitoon kasvoi edelleen elokuussa. Tilastoraportti 37/2022. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla.](#)

31. Hoitopääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2022. Terveystakeskusten kiireettömistä lääkärikäynteistä vajaa 60 prosenttia toteutui viikossa syksyllä 2022. Tilastoraportti 46/2022. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla.](#)

32. Parikka S, Koskela T, Ikonen J, Kilpeläinen H, Hedman L, Koskinen S & Lounamaa A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. [Internetkälla.](#)

33. Koivisto J, Muurinen H & Parviainen L (2022). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystakeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Kevät 2022. Työpaperi 40/2022. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla.](#)

34. De riksomfattande målen för social- och hälsovården 2023–2026. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2022:19. [Internetkälla.](#)
35. Kyytsönen M, Piirainen M, Latvanen M, Muuri A & Vehko T (2022). Sähköinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa – ketkä tarvitsevat opastusta ja keille palvelut eivät ole esteettömiä? Tutkimuksesta tiiviisti 5/2022. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla.](#)
36. Barnskyddslagen. [Internetkälla.](#)
37. Lastensuojelun sosiaalityön henkilöstömitoitus marraskuussa 2022. Tilastoraportti 2/2023 [Internetkälla.](#)
38. Kouluterveyskyselyn tulokset. [Internetkälla.](#)
39. Forsell M (2022). Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020. Tilastoraportti 21/2022. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla.](#)
40. THL:n kysely: ympärivuorokautista asumispalvelua voi joutua odottamaan lakisääteistä määräaika pidempään (2022). Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla.](#)

Social- och hälsovårdens kostnader, investeringar och finansiering

41. Kommunförbundet. Pressmeddelande 8.2.2023. [Internetkälla.](#)
42. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallitus. Pöytäkirja 16/2022 § 257. 28.12.2022. [Internetkälla.](#)
43. Lapin hyvinvointialueen aluehallitus 3. Pöytäkirja 7.2.2023 § 51. [Internetkälla.](#)
44. Statskontoret (2023). Hyvinvointialueiden talousarvio- ja suunnitelma. [Tutkihallintoa.fi.](#) 10.2.2023. [Internetkälla.](#)
45. HUS-sammanslutningen. Yhtymähallitus 7/2022. Pöytäkirja 14.11.2022 § 42. [Internetkälla.](#)
46. Riksdagen (2023). 28.2.2023. [Internetkälla.](#)
47. Riksdagen (2023). 27.2.2023. [Internetkälla.](#)
48. Finansministeriet (2022). 17.11.2022. [Internetkälla.](#)
49. Finansministeriet (2023). Pressmeddelande 2.2.2023. Regeringen lämnade en tilläggsbudgetproposition till riksdagen. [Internetkälla.](#)
50. Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat ry (2022). Pressmeddelande 3.2.2022. Välfärdsområdenas kostnader för löneharmonisering minst 680 miljoner. [Internetkälla.](#)