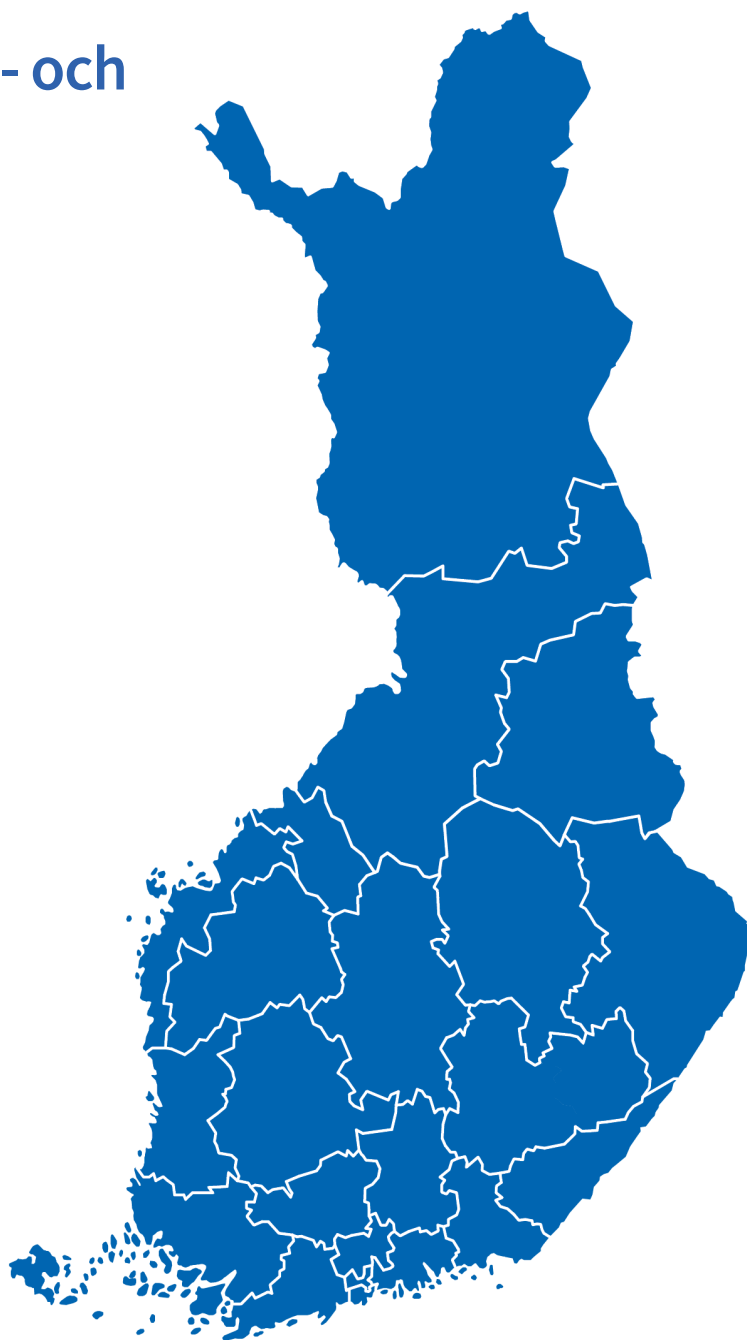


Från
**INFORMATION
TILL BEDÖMNING**
med bättre tjänster som målsättning

Ordnande av social- och hälsovård i Finland

Riksomfattande expertutvärdering, hösten 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 43/2023

© Författaren (författarna) och Institutet för hälsa och välfärd | Helsingfors 2023
ISBN 978-952-408-200-6 (webbpublikation), ISSN 1799-3946 (webbpublikation),
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-200-6>

Innehåll

Till läsaren	3
Slutsatser av Expertutvärderingen	4
Befolkning och verksamhetsmiljö	7
Kostnader, investeringar och finansiering	10
Åtgärder som främjar en jämlik tillgång till service, en tillräcklig personal och hantering av ekonomin	18
Metoder och kvalitetsrapport	25
Källor och bakgrundsmaterial som använts i utvärderingen	27

Till läsaren

Sedan början av 2023 har 21 välfärdsområden och Helsingfors stad ansvarat för ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Dessutom ansvarar HUS-sammanslutningen för ordnandet av specialiserad sjukvård i Nyland.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) har som lagstadgad uppgift att årligen utarbeta expertutvärderingar om ordnandet av social- och hälsovården per välfärdsområde, samarbetsområde och nationellt. Denna riksomfattande expertutvärdering för hösten 2023 ger en aktuell helhetsbild av hur välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens uppgift att ordna social- och hälsovård har inletts och hur reformerna framskrider.

I THL:s riksomfattande expertutvärdering granskas befolkningens servicebehov, välfärdsområdenas funktionella uppbyggnad samt tillgången till personal och personalens tillräcklighet. Dessutom granskas social- och hälsovårdens kostnader, finansiering och investeringar. De innehållsmässiga fokusområdena är åtgärder som främjar en jämlik tillgång till service, tillräcklig personal och hantering av ekonomin med vilka man svarar på social- och hälsovårdens riksomfattande och områdenas egna strategiska mål.

Vid utarbetandet av den riksomfattande expertutvärderingen har resultaten av de enskilda välfärdsområdenas expertutvärderingar samt observationerna från aktuella regionala och riksomfattande utredningar och undersökningar utnyttjats. THL publicerar den riksomfattande expertutvärderingen och utvärderingarna för de enskilda välfärdsområdena samtidigt.

Den riksomfattande expertutvärderingen av ordnandet av social- och hälsovården är avsedd att stöda nationella och regionala beslutsfattare, tjänsteinnehavare och sakkunniga. Expertutvärderingen stöder också verkställandet av välfärdsområdenas arbete genom att erbjuda aktuella observationer om centrala aspekter som berör ordnandet av service nationellt och i de olika områdena i landet. THL:s expertutvärderingar utgör också en stark grund för den riksomfattande redogörelse som social- och hälsovårdsministeriet årligen utarbetar om hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå.

Helsingfors, den 24 oktober 2023

Nina Knappe

Utvärderingsdirektör

Slutsatser av Expertutvärderingen

Utmaningarna med att ordna service är att befolkningen åldras och servicebehovet ökar

Utmaningar inom de välfärdsområden som inledde sin verksamhet den 1 januari 2023 är det ökade servicebehovet då befolkningen snabbt åldras och en samtidig allt större personalbrist. Dödligheten är större än nativiteten; ökningen av folkmängden i landet grundar sig på en positiv nettoinvandring. Det finns stora regionala skillnader i befolkningens sjuklighet och åldersstruktur. Befolkningen med främmande språk som modersmål fortsätter att öka och andelen är stor särskilt i huvudstadsregionen. Barns och ungas servicebehov ökar då utmaningarna med det psykiska välbefinnandet blir allt vanligare.

Personalbristen har försämrat tillgången till service. Enligt prognoserna kommer yrkesutbildad personal att fortsätta gå i pension under de närmaste åren. Under de följande fem åren går cirka en femtedel av social- och hälsovårdspersonalen i pension i mer än hälften av välfärdsområdena.

Välfärdsområdets organiseringsansvar möjliggör nya slags personallösningar

I övergångsskedet för organiseringsansvaret var välfärdsområdenas personalresurser starkt bundna till tidigare serviceanordnares produktionsstrukturer. Planeringen på välfärdsområdesnivå gör det möjligt att hitta lösningar som stöder personalens tillräcklighet samt tjänsternas tillgänglighet och kontinuitet i synnerhet i de områden där det tidigare fanns många olika serviceanordnare.

I välfärdsområdenas strategiska mål betonas åtgärder som lockar och engagerar personalen och som är nödvändiga för att säkerställa en jämlik tillgång till service för hela befolkningen. För att trygga den lagstadgade servicen har välfärdsområdena utökat sin personal och stärkt lösningarna med reservpersonal. Användningen av hyrd arbetskraft och köpta tjänster har ökat, vilket å andra sidan i en mer utvidgad form kan medföra en risk då det gäller att hantera välfärdsområdenas ekonomi och att trygga en tillräcklig egen serviceproduktion. Dessutom kan eventuella totala utkontrakteringar i områdena fördröja utvecklingen av välfärdsområdenas servicestrukturer.

Det är nödvändigt att förankra god praxis i hela välfärdsområdets verksamhet

Välfärdsområdena inledde sin verksamhet ur mycket olika utgångspunkter. Den nya organisationskulturen i områdena håller på att byggas upp. När välfärdsområdena bildades hade serviceanordnarna i landskapen möjlighet att utnyttja tidigare strukturer och system för ledning och beslutsfattande. I andra områden har man varit tvungen att kombinera många olika organisationers funktioner och system samt att skapa nya strukturer för kontaktytor.

De största utmaningarna vid organiseringen av välfärdsområdena gäller tjänster på bas- och specialnivå för barn, unga, familjer och äldre människor. Nettodriftskostnaderna för dessa tjänster ökade relativt sett mest under åren 2018–2022. Servicebehovet och kostnaderna kommer att öka även i fortsättningen särskilt på grund av den åldrande befolkningen.

Utvecklingen av tjänster för barn, unga och familjer fokuserar på tjänster med låg tröskel. Den elektroniska familjecentertjänsten har tagits i bruk och mentalvårdstjänsterna har stärkts. För att tjänsterna på basnivå och samordningen av dem ska kunna stärkas måste man utöver genomförda och pågående utvecklingsåtgärder även förankra god praxis i hela välfärdsområdet. De äldres möjligheter att bo hemma har förbättrats genom att utveckla tjänster som stöder detta. Det finns ett växande behov i synnerhet av tjänster för gemenskapsboende. Teknik som underlättar hemvården har tagits i bruk och antalet distansbesök har ökat.

Stora underskottsprognoser utgör en risk för balanseringen av ekonomin även under de kommande åren

År 2022 uppgick nettodriftskostnaderna för den social- och hälsovård som ordnas av kommunerna och samkommunerna till 21,2 miljarder euro. Välfärdsområdenas kostnader per invånare varierade från 3 168 euro till 4 923 euro.

Välfärdsområdenas budgetar för 2023 utarbetades med ett underskott på cirka 0,86 miljarder euro i en situation där Rysslands anfallskrig mot Ukraina och covid-19-pandemin fortfarande påverkade verksamhetsmiljön. Finansieringsnivån höjdes på grundval av de faktorer som ingår i lagen om välfärdsområdenas finansiering jämfört med nivån 2022. Finansieringskalkylerna preciseras ytterligare och trots en engångsersättning på 0,7 miljarder euro håller välfärdsområdenas sammanlagda underskott på att stiga till 1,1 miljarder euro.

Ökningen av finansieringen till välfärdsområdena har inte till fullo motsvarat nivån på inflationsutvecklingen eller den riksomfattande arbetsmarknadslösningen. Enligt delårsrapporterna har betydande budgetavvikelse också orsakats av att volymen köpta tjänster har ökat, av prishöjningar och av att det blivit allt vanligare att hyra in tillfällig arbetskraft. Lönesamordning har genomförts endast i en del av välfärdsområdena och för merparten är arbetet bara i startgröparna. De försämrade ekonomiska utsikterna försvårar täckandet av underskotten i välfärdsområdenas balansräkning före utgången av 2026.

En strikt finansieringsram förutsätter att åtgärderna påskyndas

Endast en del av välfärdsområdena har ställt upp kostnadsbesparingsmål för innevarande år, och även i dem verkar det osannolikt att sparmålen uppnås. I en del av områdena har man dessutom redan länge vidtagit åtgärder för att anpassa verksamheten och ekonomin, vilket gör det svårare att hitta nya spar- och effektiviseringsmetoder. Det ställs betydande anpassningskrav på åren 2024–2025. Endast två av områdena bedömde på våren 2023 att de har fulla förutsättningar att göra sin verksamhet ekonomiskt hållbar före 2025. Finansministeriet kan inleda ett utvärderingsförfarande i välfärdsområdet på social- och hälsovårdsministeriets initiativ eller på grundval av ekonomiska kriterier, om regionerna inte lyckas anpassa sin ekonomi inom utsatt tid.

De åtgärder som välfärdsområdena vidtagit och hur de framskrider ser för närvarande ut att vara otillräckliga i förhållande till finansieringen samt i förhållande till utmaningarna som gäller jämlikheten bland befolkningen och de ökade servicebehoven. Det är dock skäl att beakta att välfärdsområdena endast verkat i ett knappt år och att det tar tid att planera, fatta beslut och verkställa åtgärderna. Utvecklingen av servicesystemet försvåras samtidigt av den förvärrade personalbristen.

Sjukhusinvesteringarna har ökat välfärdsområdenas lånestock

Välfärdsområdena fortsätter sina planerade och pågående sjukhusinvesteringar samt nybyggnads- och ombyggnadsprojekt inom basservicen. Det investeras i förenhetligandet av kund- och patientdatasystemen särskilt i områden där systemen tidigare varit decentraliserade. I och med investeringarna förväntas välfärdsområdenas lånestock öka till 4,8 miljarder euro 2023. Störst är lånestocken per invånare i de välfärdsområden där det genomförts eller finns pågående sjukhusbyggnadsprojekt. I synnerhet dessa områden har små investeringsmöjligheter under de kommande åren.

Det krävs en funktionell reform av servicesystemet

Ordnandet av behovenliga tjänster och ekonomisk hållbarhet förutsätter en funktionell reform av servicesystemet i alla välfärdsområden. I områdena kartläggs som bäst alternativ för en effektiv och kostnadseffektiv organisering. Behovet av att förnya servicenätet och -kanalerna utreds och den egna tjänsteproduktionen jämförs med köpta tjänster. Avsikten är att ytterligare stärka det multiprofessionella samarbetet.

I enlighet med de strategiska målen strävar man efter att påverka det ökade behovet av och efterfrågan på vård och service genom rådgivning och handledning via flera kanaler samt genom att stöda egenvården. Klient- och patientflödet hanteras genom att förenhetliga och skärpa grunderna för tillgången till vård eller beviljande av service. I de flesta områdena har man också fortsatt det tidigare välbeprövade nätverksarbetet för att främja välfärd, hälsa och säkerhet.

Servicekanalernas balans håller ännu på att utformas

Flera välfärdsområden planerar att koncentrera verksamheten till större enheter och att stärka samordningen av tjänster på bas- och specialnivå. Samtidigt görs servicekanalerna mångsidigare i enlighet med befolkningens servicebehov till exempel genom att öka de mobila tjänsterna. Användningen av elektroniska tjänster utvidgas ytterligare och tekniken utnyttjas allt mångsidigare. Förväntningarna på fördelarna med elektroniska tjänster tenderar att vara stora, i synnerhet då man beaktar till exempel invånarna i landsbygdsområden och pensionärer som använder elektroniska tjänster mindre än andra befolkningsgrupper. Det är viktigt att i områdena hitta en lämplig balans mellan elektroniska tjänster och tjänster som tillhandahålls på verksamhetsställen.

Ett inkluderande strategiarbete ger en god grund för välfärdsområdets funktionella uppbyggnad

I välfärdsområdena har strategiarbetet i stor utsträckning genomförts genom att engagera invånare, personal, beslutsfattare och andra intressenter. De riksomfattande målen för social- och hälsovården har i regel beaktats väl i områdenas strategiska riktlinjer. I största delen av områdena styr välfärdsområdes- och servicestrategierna redan delvis utvecklingen av verksamheten, även om program och planer som verkställer strategierna fortfarande bereds. Välfärdsområdena har bättre förutsättningar än tidigare att förankra god praxis i hela området. Samarbetsområdena erbjuder å sin sida möjligheter att intensifiera samarbetet mellan välfärdsområdena till exempel i upphandlingar och utvecklingsarbete som gäller informationshantering och digitalisering.

Befolkning och verksamhetsmiljö

Nettoinvandringen ökade befolkningsmängden, nativiteten minskade

Vid utgången av 2022 hade Finland 5 563 970 invånare. Antalet födda minskade från året innan. Dödligheten har varit större än nativiteten sedan 2016. Den rekordartade nettoinvandringen har ökat befolkningsmängden. I Vanda och Kervo samt i Västra Nylands välfärdsområde och i Helsingfors var antalet födda fler än antalet avlidna, och i dessa områden ökade invånarantalet även till följd av en rekordstor nettoinvandring. Befolkningen ökade tack vare nettoinvandring även i Mellersta Nylands, Egentliga Finlands, Birkalands, Österbottens och Norra Österbottens välfärdsområden. Enligt prognosen kommer befolkningen att öka fram till år 2030, men börja minska år 2034. Befolkningen minskar särskilt i Södra Savolax, Kymmenedalens och Kajanalands välfärdsområden.

Andelen invånare med främmande språk som modersmål ökar. Störst är ökningen i Vanda och Kervo välfärdsområde och i Helsingfors. De flesta utländska medborgare som är bosatta i Finland kommer från Estland och Ryssland. Den svenskspråkiga befolkningens andel har inte förändrats under åren 2017–2022.

Ökad ångest och mobbning bland unga

Enligt enkäten Hälsa i skolan 2023 har ångesten bland eleverna i årskurserna 8–9 i den grundläggande utbildningen ökat och situationen har försämrats jämfört med pandemitiden. Drygt en femtedel av de unga har upplevt måttlig eller svår ångest, minst är andelen i Österbotten (19 %) och störst i Vanda och Kervo välfärdsområde (23 %). Andelen elever i årskurserna 8–9 i den grundläggande utbildningen som upplevt att det egna hälsotillståndet är dåligt har ökat och den är något över en fjärdedel. Situationen är sämst i Östra Nylands och Kajanalands välfärdsområden. Upplevelserna av mobbning har ökat.

Stora regionala skillnader i åldersstruktur, sjukfrekvens, arbetsoförmåga och förtida dödlighet

Andelen invånare i arbetsför ålder har minskat under åren 2017–2022. Minst är andelen arbetsföra i Södra Savolax och störst i Helsingfors. Andelen arbetslösa är störst i Norra Karelen och minst i Österbottens välfärdsområde. Den icke-åldersstandardiserade arbetsoförmågan var oförändrad åren 2019–2021. Störst är den i Kajanalands välfärdsområde och minst i Helsingfors. Befolkningens utbildningsnivå är högst i Helsingfors och lägst i Satakunta välfärdsområde. Den ekonomiska försörjningskvoten återgick år 2021 till samma nivå som före pandemin. I Helsingfors är den minst (109) och i Norra Karelen störst (167).

Sjukligheten minskade under åren 2019–2021. Störst är sjukligheten i Norra Savolax och minst i Västra Nyland. Den förtida dödligheten är störst i Kajanalands och minst i Österbottens välfärdsområde.

Finland är ett av de länder inom EU där befolkningen åldras snabbast

Andelen personer över 65 år av befolkningen har under de senaste tio åren ökat näst mest i Finland bland EU-länderna. Andelen har ökat med fem procentenheter. Av Finlands befolkning var 23 procent över 65 år

(år 2022). Det finns stora skillnader vad gäller den åldrande befolkningen i välfärdsområdena (figur 1). Antalet personer över 75 år är störst i Södra Savolax. I Nylands välfärdsområden och i Helsingfors är andelen personer över 75 år mindre än genomsnittet, även om ökningen i antal är stor.

Områdena inledde sin organiseringsuppgift ur mycket olika utgångslägen

De nya anordnarna av social- och hälsovård inledde sin verksamhet ur mycket olika utgångslägen. Åtta serviceanordnare som tidigare ordnat service på landskapsnivå hade redan delvis eller helt ordnat service i hela sitt landskapsområde. I dessa områden kunde man delvis utnyttja redan skapade strukturer för beslutsfattande och ledning. Arbetet var betydligt större när det kommunbaserade organiseringsansvaret överfördes till välfärdsområdet. Dessa välfärdsområden fokuserade under sina första verksamhetsmånader på en trygg övergång och på de kritiska uppgifterna. I den separata lösningen för Nyland fördelades organiseringsansvaret på fyra välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Verkställandet av den separata lösningen krävde att man utvecklade nya samarbetsstrukturer och en ny samarbetskultur mellan områdets sex anordnare.

Tillräcklig arbetskraft är en kritisk utmaning för ordnandet av service

Tillgången på yrkeskunnig arbetskraft är den största utmaningen för ordnandet av service i hela landet. Enligt uppgifterna i arbetskrafts- och näringsministeriets arbetskraftsfärdplan råder det fortfarande störst brist på närvårdare och sjukskötare. Dessutom råder det brist på hemvårdare inom hemservicen, läkare, tandläkare, specialsakkunniga inom socialt arbete och psykologer. Utländsk arbetskraft kan bäst tas emot att fungera som närvårdare, hemvårdare och tandläkare.

Enligt de femåriga pensionsprognoserna som KEVA utarbetat utifrån uppgifterna från mars 2023 går cirka en femtedel av hela personalen i pension i mer än hälften av välfärdsområdena. I fem välfärdsområden går drygt en femtedel av närvårdarna i pension. Av sjukskötarna går över en tiondel i pension inom alla områden. I tre välfärdsområden går cirka en tredjedel av de specialsakkunniga inom socialarbete i pension, i HUS-sammanslutningen nästan hälften. Allra mest går de anställda inom hemservicen i pension: i fyra områden går över hälften av dem i pension.

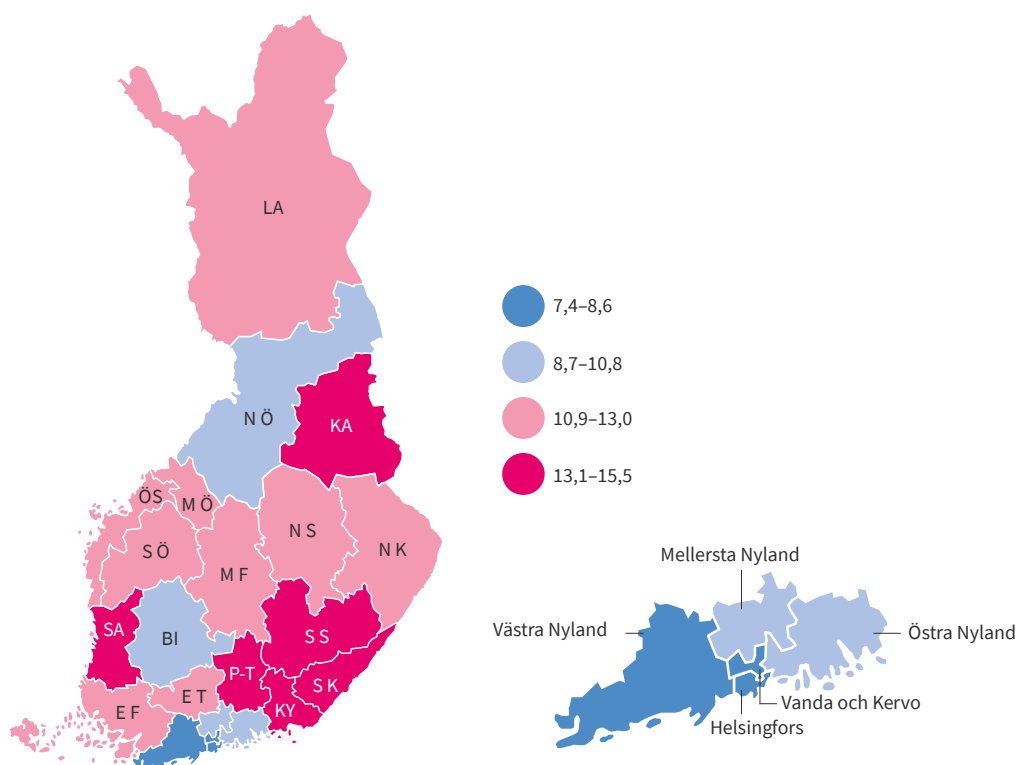
Klientavgifterna har förenhetligats

När verksamheten inleddes hade en del av välfärdsområdena kommunspecifika skillnader i klientavgifterna. Välfärdsområdena har förenhetligat sina klientavgifter. Det finns skillnader mellan välfärdsområdena i fråga om avgiftsfri och avgiftsbelagd service. Endast en del av områdena erbjuder avgiftsfria preventivmedel för personer under 25 år. Den specialiserade sjukvårdens sjukskötarmottagningar är i huvudsak avgiftsfria. Lapplands välfärdsområde har inte fastställt några avgifter för distansmottagningar med undantag av regelbunden hemvård. Helsingfors tar inte ut hälsovårdscentralavgifter. Grundavgifterna för mun- och tandvård är mycket enhetliga i hela landet.

Harmoniseringen av kund- och patientdatasystemen har fokuserat på samarbete med några systemleverantörer

Majoriteten av välfärdsområdena har börjat förenhetliga sina kund- och patientdatasystem (APTJ). Tio välfärdsområden på olika håll i landet har skaffat eller håller på att skaffa sitt kund- och patientdatasystem av enda leverantör av de viktigaste informationssystemen. Fem andra områden har skaffat kund- och patientdatasystem av två andra systemleverantörer. Upphandlingen av kund- och patientdatasystem pågår i några områden. På många områden utreds möjligheterna till gemensam upphandling inom samarbetsområdet, och några områden utvecklar kunskapsbaserad ledning genom samarbete som sträcker sig över samarbetsområdets gränser.

Figur 1. Andelen personer som fyllt 75 år av befolkningen i området



▲ Kartan visar andelen 75 år fyllda av befolkningen i välfärdsområdena och Helsingfors stad 2022. Av hela landets befolkning hade 10,8 procent fyllt 75 år 2022. De områden där landets medelvärde överskrids har färgats med röda nyanser och de områden där medelvärdet underskrids med blåa nyanser. Uppgifterna i figuren grundar sig på befolkningsuppgifterna i Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen (31.12.2022).

Kostnader, investeringar och finansiering

Stora regionala skillnader i social- och hälsovårdskostnaderna

År 2022 uppgick nettodriftskostnaderna för den social- och hälsovård som kommunerna ansvarade för att ordna till 21,2 miljarder euro, i genomsnitt till 3 817 euro per invånare (figur 2). Kostnaderna per invånare varierade från 3 168 euro i Västra Nyland till 4 923 euro i Södra Savolax.

Nettodriftskostnader som inte står i proportion till servicebehovet har under 2018–2022 reellt ökat med åtta procent enligt prisnivån 2022. Även om kostnaderna minskade mest i Kajanaland (-4 %) var de fortfarande högre än genomsnittet i landet 2022. Nettodriftskostnaderna ökade mest i Vanda och Kervo välfärdsområde och i Helsingfors (21 %), där de emellertid fortfarande var lägre än i landet i genomsnitt. Nivån på nettodriftskostnaderna påverkas av de coronaunderstöd som beviljades 2020–2021 samt av realiserade engångsposter 2022.

Som mest ökade de reella nettodriftskostnaderna inom socialvårdens öppenvårdstjänster för barn, unga och familjer och inom barnskyddet (18 %). Näst mest ökade kostnaderna för äldreomsorg (11 %).

Den tidigare modellen för ordnande av social- och hälsovård hade inget samband med nivån på de behovsstandardiserade kostnaderna

Enligt de beräkningar som THL uppdaterade 2023 var befolkningens servicebehov 2021 det lägsta i hela landet i Helsingfors (index 83, hela landet 100) och störst i Norra Karelen (index 123). De behovsstandardiserade kostnaderna, dvs. nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården i förhållande till servicebehovet, var det högsta i landet i Helsingfors (+14 %) och lägst i Norra Karelen (-12 %) (figur 3).

De behovsstandardiserade kostnaderna var större än genomsnittet i sju områden och lägre än genomsnittet i tio områden under 2019, 2020 och 2021. Nivån på de behovsstandardiserade kostnaderna hänförde sig inte konsekvent till områdets tidigare modell för ordnande av social- och hälsovård, befolkningens mängd eller åldersstruktur. Kundtillfredsställelsen och befolkningens tillfredsställelse med servicens tillräcklighet korrelerade inte heller med de behovsstandardiserade kostnaderna. Under perioden minskade det behovsstandardiserade kostnadsindexet mest i Vanda och Kervo och Västra Nyland och ökade mest i Södra Savolax och Södra Österbotten.

Den kraftigt åldrande befolkningen utmanar till att förnya servicestrukturerna i syfte att dämpa den förväntade kostnadsutvecklingen

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 vara i genomsnitt en procent per år fram till 2030. Ökningen förväntas vara störst i Nylands välfärdsområden. På motsvarande sätt förväntas ökningen vara minst i Kajanaland och Södra Savolax, där andelen äldre redan är den största i landet och där befolkningen minskar.

Befolkningstillväxten och i synnerhet åldrandet ökar servicebehovet och därmed social- och hälsovårdens kostnader inom äldreomsorgen och den specialiserade somatiska sjukvården (figur 4).

Samkommunerna upplöstes när organiseringsansvaret överfördes till välfärdsområdena

Då ansvaret för att ordna social- och hälsovård överfördes från kommunerna till välfärdsområdena och delvis till HUS-sammanslutningen, täckte medlemskommunerna i de tidigare lagstadgade samkommunerna underskotten i samkommunernas balansräkning. De största underskotten täcktes av medlemskommunerna i Mellersta Finland, Kymmenedalen, Norra Karelen och Södra Karelen. I övergångsskedet upplöstes också de kumulativa överskotten och investeringsreserverna i balansräkningen, av vilka de största genomfördes av Norra Österbottens och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Överföringen av organiseringsansvaret till välfärdsområdena bidrog till kommunernas vilja att sälja social- och hälsovårdsfastigheter. De mest omfattande försäljningsbesluten fattades av Uleåborg, Lahtis, Jyväskylä och Esbo stad.

Sjukvårdsdistriktens lånestock fortsatte att öka till 4,5 miljarder euro på grund av omfattande sjukhusinvesteringar. Lånestocken ökade mest i Helsingfors och Nylands, Egentliga Tavastlands, Norra Österbottens och Norra Savolax sjukvårdsdistrikt. I övergångsskedet överfördes de lagstadgade samkommunernas tillgångar och skulder till välfärdsområdena.

Välfärdsområdenas finansieringskalkyler kommer att preciseras ytterligare

Välfärdsområdenas finansiering grundar sig i huvudsak på statens finansiering med allmänna budgetmedel samt delvis på kund- och bruksavgifter. Finansieringen av social- och hälsovården grundar sig i varje område på befolkningens uppskattade servicebehov (80 %), invånarantalet och andra bestämningsfaktorer. Servicebehovet höjer den beräknade finansieringen per invånare särskilt i områden där befolkningen är relativt gammal, till exempel i Kajanaland, Norra Karelen och Södra Savolax. Av bestämningsfaktorerna får i synnerhet Lapplands och Kajanalands välfärdsområden finansiering på basis av befolkningstätheten (figur 5). Den kalkylerade finansieringen per invånare är minst i Nyland och Helsingfors stad, men den ökar emellertid på grund av den stora andelen personer med ett främmande språk som modersmål.

Enligt de beräkningar som finansministeriet publicerade i augusti 2023 uppgår finansieringen av välfärdsområdena och Helsingfors stads social-, hälsovårds- och räddningssektor för 2023 till sammanlagt 23,2 miljarder euro, varav finansieringen av social- och hälsovården utgör 22,7 miljarder euro. Utifrån finansministeriets enkät till kommunerna och samkommunerna har man i beräkningen korrigerat de poster som förvränger överföringskalkylerna för 2021 och 2022. I finansieringen har man beaktat ersättningarna för två samjourenheter med heldygnsomsorg för Lapplands och Södra Savolax välfärdsområden. Enligt beräkningarna ökar den beräknade finansieringen mest i Norra Karelen, Egentliga Finlands och Lapplands välfärdsområden och minskar i flera områden i Nyland i förhållande till de kostnader som överförs.

Ändringen av finansieringen graderas genom ett övergångsutjämningsförfarande 2023–2029. Nio områden kommer att uppnå den beräknade finansieringsnivån under övergångsperioden. Vid utgången av övergångsperioden väntas de största tillsvidare permanenta övergångsutjämningsstilläggen kvarstå i finansieringen av Helsingfors stads, Kymmenedalens och Södra Savolax välfärdsområden. På motsvarande sätt väntas de största övergångsutjämningsavdragen kvarstå i finansieringen av Norra Karelen och Lapplands välfärdsområden.

Enligt en beräkning som finansministeriet publicerade i augusti uppgår den totala finansieringen för 2024 till 24,4 miljarder euro, av vilka 23,9 miljarder euro används för finansieringen av social- och hälsovården. En ny bestämningsfaktor i finansieringen för 2024 är universitetssjukhuslägget på 131 miljoner euro.

Bokslutsprognoserna uppvisar underskott

Budgetar utarbetades i ett mycket osäkert läge då Rysslands anfallskrig och covid-19-pandemin fortfarande påverkade verksamhetsmiljön. Velfärdsområdenas budgetar för 2023 hade med undantag av Norra Savolax utarbetats med underskott. Sammanlagt var det uppskattade underskottet cirka 860 miljoner euro. I början av året bedömde THL att engångsersättningen som betalas enligt bokslutsuppgifterna för 2022 skär ned en betydande del av underskottet. Enligt budgetplanerna förväntas emellertid en ekonomisk balans före utgången av 2025.

Nivån på finansieringen av social- och hälsovården höjdes jämfört med nivån 2022 enligt velfärdsområdesindexet (3,52 %) och det ökade servicebehovet (1,22 %) och med 0,25 miljarder euro för nya social- och hälsovårdsuppgifter, sammanlagt med 1,3 miljarder euro. Det sammanlagda underskottet i de bokslutsprognoser som områdena rapporterar kommer att öka till cirka 1,1 miljarder euro trots att finansieringen ökades med en engångsersättning på 0,7 miljarder euro. Ökningen av finansieringsnivån har emellertid inte till fullo motsvarat inflationsutvecklingens eller den riksomfattande arbetsmarknadslösningens nivå, vilket har ökat områdenas prognostiserade underskott ytterligare i förhållande till budgeten. Enligt delårsrapporterna beror de mest betydande budgetavvikelserna därtill på att volymen köpta tjänster har ökat och på prishöjningar samt på att det blivit allt vanligare att hyra in tillfällig arbetskraft.

De största underskottsprognoserna per invånare redovisas i Kajanalands, Södra Savolax, Kymmenedalens, Mellersta Finlands, Norra Savolax och Lapplands velfärdsområden. De lägsta underskottsprognoserna per invånare redovisas i Helsingfors stad och Mellersta Österbottens velfärdsområde.

Största delen av de områden som var organiserade i början av 2023 hade fördröjningar i inledandet av kundfaktureringen, cirkulationen av inköpsfakturer och lönebetalningen. Utmaningarna i utarbetandet av en uppdaterad och exakt bokföring avspeglas fortfarande i områdenas ekonomiska prognoser.

Kommun- och velfärdsområdesarbetsgivarna rf har uppskattat att löneharmoniseringen kommer att höja arbetskraftskostnaderna med cirka sex procent. I de områden som tidigare var organiserade per landskap, t.ex. i Södra Karelen, har löneharmoniseringen redan genomförts, men i en del av velfärdsområdena pågår harmoniseringen fortfarande. På motsvarande sätt är löneharmoniseringen ännu bara i startgroparna i områden där tjänsterna tidigare ordnades decentraliserat, såsom i Birkaland, Egentliga Finland, Västra Nyland och Norra Österbotten.

Flera velfärdsområden ansöker om tilläggsfullmakt att uppta lån

I juni 2023 beviljade statsrådet utifrån årsbidraget långfristig fullmakt att uppta lån för 2024 endast till Norra Karelens velfärdsområde. De övriga velfärdsområdena kan fortsätta tidigare investeringsprojekt på normalt sätt och lyfta de lån som anvisats dem, men de kan inte ta upp lån för nya projekt. Flera regioner har likväl ansökt om eller överväger en fullmakt för tilläggsupplåning.

Den största länestocken per invånare finns i Kajanalands, Norra Österbottens, Norra Savolax och Mellersta Finlands velfärdsområden, i vilka sjukhusbyggnadsprojekt har genomförts eller pågår. Minsta är länestocken per invånare i Kymmenedalens och Nylands velfärdsområden, där HUS-sammanslutningen genomför investeringar inom den specialiserade sjukvården för de senare nämnda. I Helsingfors genomför staden byggnadsinvesteringar och social-, hälso- och räddningssektorn hyr lokalerna internt. Helsingfors stads upplåningsrätt begränsas inte. I och med investeringarna förväntas velfärdsområdenas länestock öka till 4,8 miljarder euro 2023.

I investeringsplanerna betonas sjukhusbyggande samt förenhetligande av kund- och patientdatasystemen

Investeringsprojekten i välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens balansräkningar uppgår till sammanlagt 4,9 miljarder euro för budgetplanepreioden 2024–2027. Dessutom uppgår de avtal som motsvarar investeringarna, främst hyresavtalen, till 1,1 miljarder euro.

Välfärdsområdena fortsätter sina planerade och pågående sjukhusinvesteringar samt nybyggnads- och ombyggnadsprojekt inom basservicen. Investeringar för att förenhetliga kund- och patientdatasystemen görs särskilt i områden där tjänsterna tidigare ordnades decentraliserat. I investeringarna betonas dessutom e-tjänster och system för distansvård, men också system för kunskapsbaserad ledning samt datapooler.

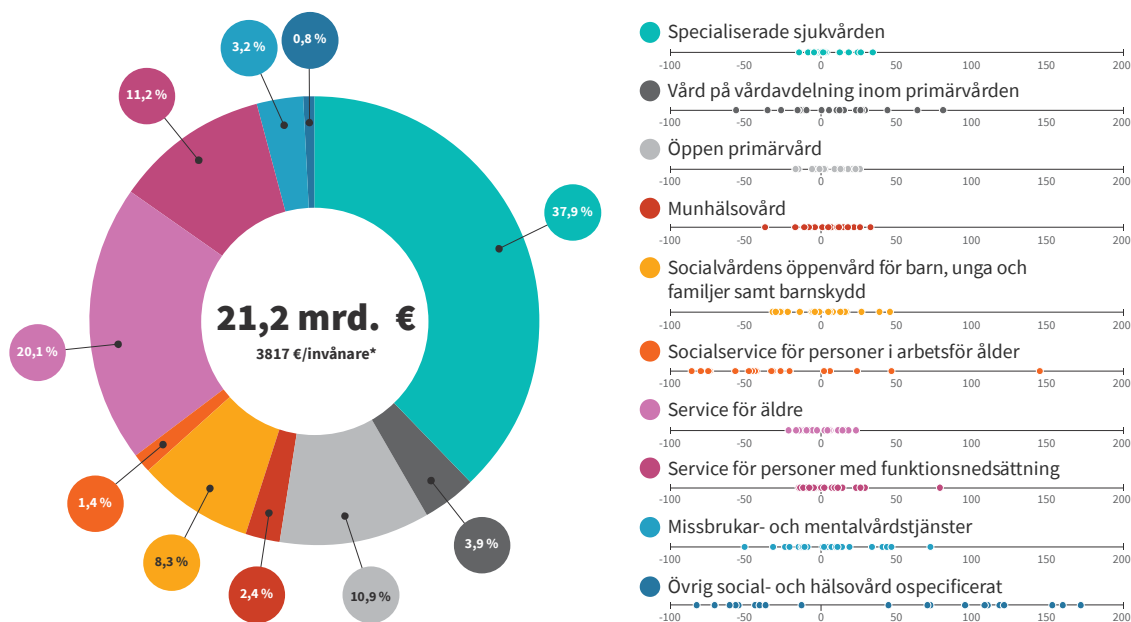
Det är nödvändigt att balansera ekonomin

Ordnanandet av behovsenliga tjänster och ekonomisk hållbarhet förutsätter en funktionell reform av servicesystemet i alla välfärdsområden. Områdena ska täcka underskottet i balansräkningen inom högst två år från ingången av följande år efter att bokslutet fastställdes, dvs. det underskott som uppstår 2023 ska täckas före utgången av 2026. Om det uppstår ett nytt underskott 2024, ska även det täckas före utgången av 2026. Om underskottet inte har täckts inom den lagstadgade tidtabellen kan området bli föremål för ett utvärderingsförfarande.

Före utgången av september hade elva områden ställt upp ett kostnadsbesparingsmål på sammanlagt 260 miljoner euro för 2023, men i flera områden verkar det osannolikt att målen uppnås. I Helsingfors eftersträvas dessutom i det första skedet åtgärdsförslag för anpassning av åtminstone 100 miljoner euro. Inom de nya områdena kommer sparmålen att preciseras i samband med att statsbudgeten 2024 upprättas. I en del områden har man under den långvariga anpassningen redan vidtagit många åtgärder, vilket gör det krävande att hitta nya sparobjekt. I andra områden planeras åtgärderna först nu.

Enligt den utredning som avses i 29 § i lagen om ordnanande av social- och hälsovård bedömde endast Västra Nyland och Norra Karelen att de har fulla förutsättningar att göra sin verksamhet ekonomiskt hållbar före 2025.

Figur 2. Fördelning av nettodriftskostnaderna för social- och hälsovården per uppgift och skillnaden i områdena jämfört med landets medelvärde 2022

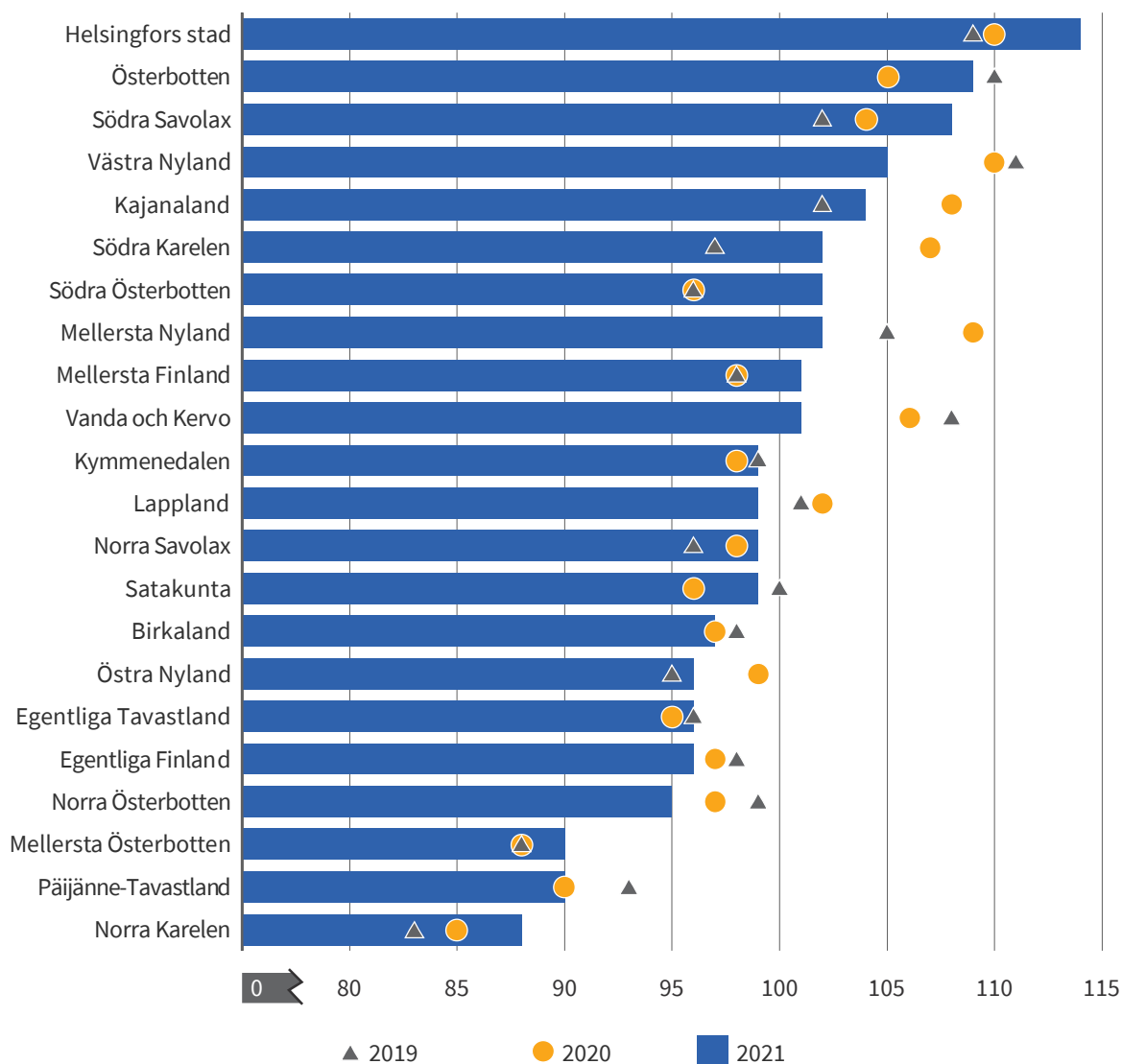


▲ I figuren till vänster presenteras de uppgiftsspecifika procentandelarna av social- och hälsovårdens nettodriftskostnader 2022 i hela landet. Till höger visas fördelningen av social- och hälsovårdens nettodriftskostnader per uppgift i proportion till befolkningen i de åldersklasser som använder tjänsterna. Om välfärdsområdets utgifter i förhållande till befolkningen är större än landets medelvärde, är områdets värde positivt. Nettodriftskostnaderna för service för äldre har ställts i relation till befolkningen över 75 år. Nettodriftskostnaderna för socialservicen för personer i arbetsför ålder har ställts i relation till befolkningen i åldern 18–65 år. Nettodriftskostnaderna för socialvårdens öppenvårdstjänster för barn, unga och familjer samt för barnskyddet har ställts i relation till befolkningen under 18 år.

Uppgifterna grundar sig på den ekonomiska information per serviceklass som kommunerna rapporterar till Statskontoret.

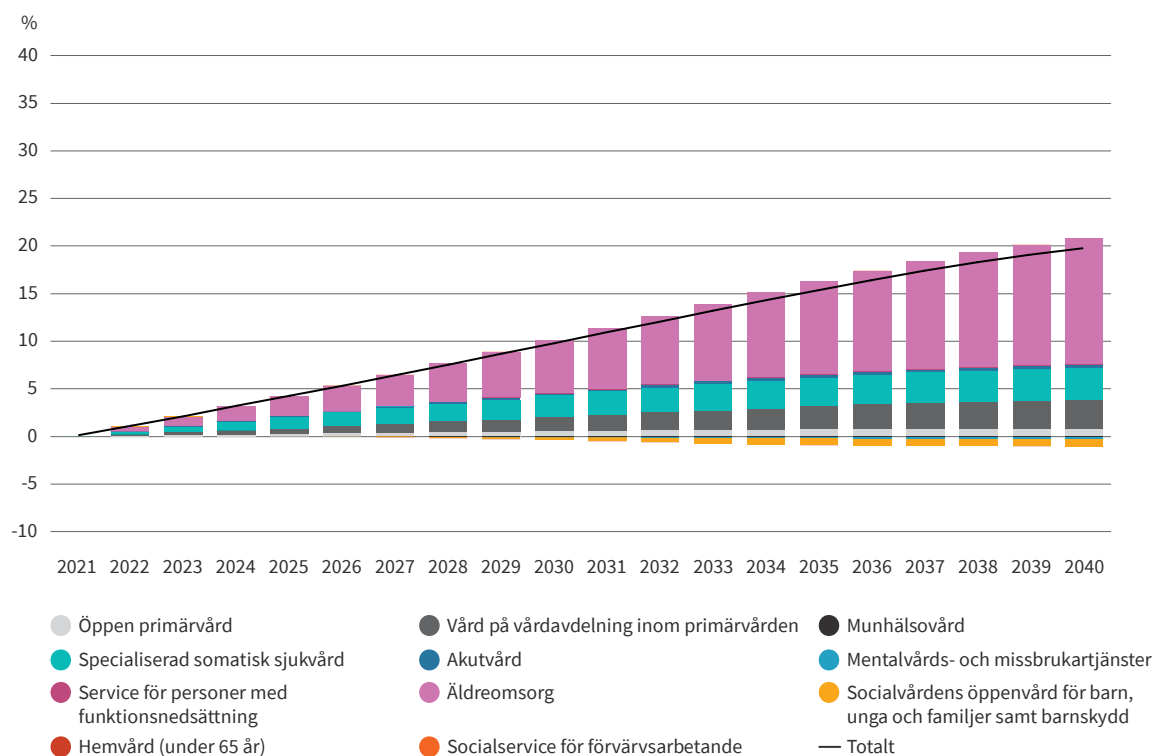
* Nettodriftskostnaderna avviker från den nivå som används i finansieringskalkylerna på grund av korrigeringsposterna i överföringskalkylerna samt på grund av det uppdaterade materialet.

Figur 3. Behovsstandardiserade kostnader 2019–2021, index (hela landet = 100)



▲ Figuren visar de behovsstandardiserade kostnadernas avvikelse från genomsnittet i hela landet per välfärdsområde (100). Ju längre balken som beskriver kostnaderna är från genomsnittet, desto mindre eller större är de behovsstandardiserade kostnaderna i området. Behovsfaktorer som beaktats är ålders- och könsstruktur, sjukfrekvens och socioekonomisk ställning. Uppgifterna grundar sig på de beräkningar för 2019–2021 som Institutet för hälsa och välfärd uppdaterade 2023.

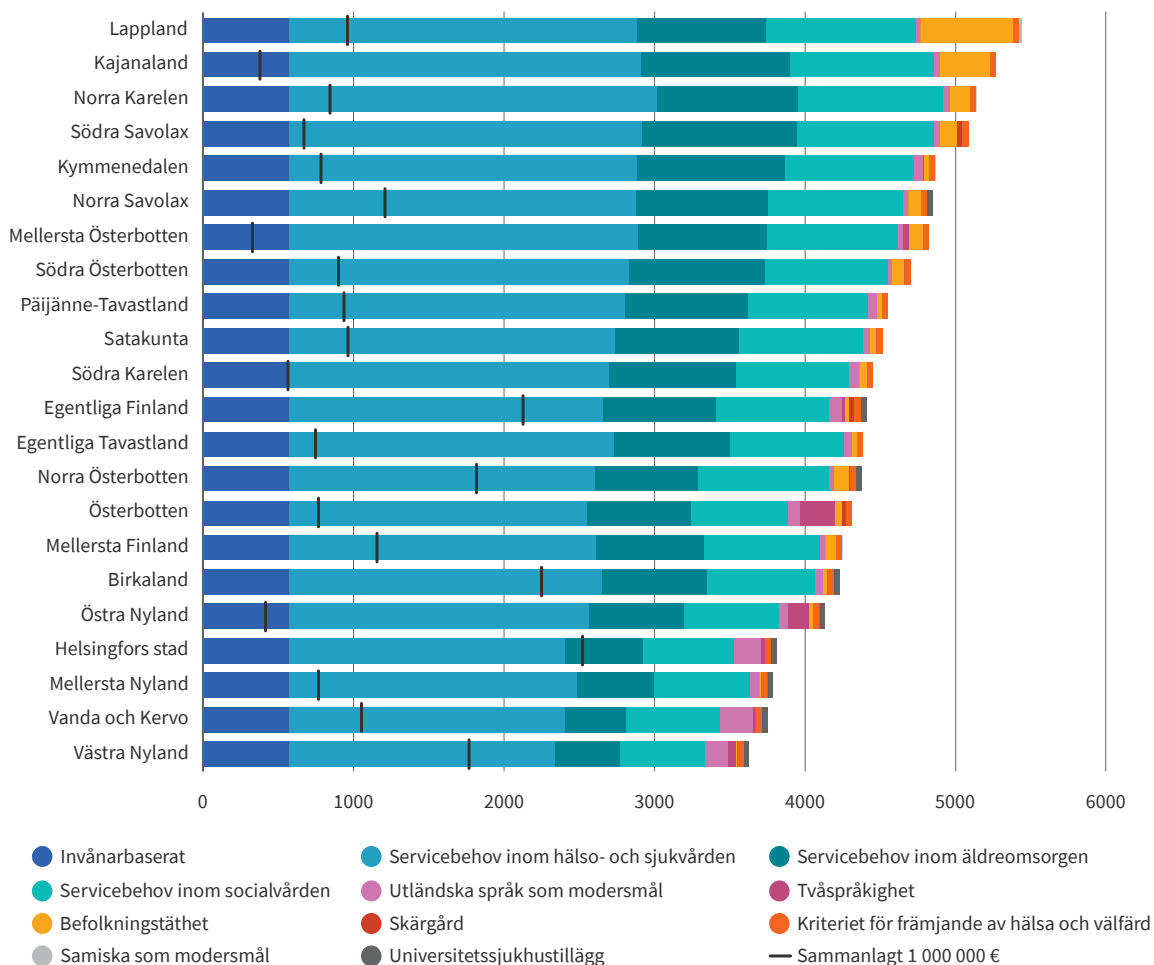
Figur 4. Den årliga effekten av förändringen i befolkningsstrukturen på den förväntade utvecklingen av social- och hälsovårdskostnaderna, i procent från 2021 till 2040



▲ Bedömningen av de årliga förändringarna i servicebehovet grundar sig på prognoserna i den långsiktiga modellen för analys av socialutgifter (SOME-modellen). Siffrorna anger i procent per uppgift hur mycket social- och hälsovårdstjänsternas volym i genomsnitt ökar årligen från år 2021 till 2040. Tillväxtprognosen beaktar inte förändringar i inflationen, produktiviteten, servicestrukturen eller befolkningens socioekonomiska ställning.

Beräkningsmodellen grundar sig på THL:s registermaterial från 2019 samt beträffande socialvårdens öppenvård på direkta begäran om material.

Figur 5. Den beräknade finansieringen av social- och hälsovården per invånare per bestämningsfaktorer samt finansieringen per välfärdsområde 2024



▲ I figuren presenteras den beräknade finansieringen per invånare av social- och hälsovården per bestämningsfaktorer enligt välfärdsområdenas finansieringskriterier samt finansieringen för 2024 enligt område. Den beräknade finansieringen avviker från den faktiska finansieringen på grund av övergångsutjämningsförfarandet som minskar eller ökar finansieringen av området under övergångsperioden åren 2023–2029.

Åtgärder som främjar en jämlik tillgång till service, en tillräcklig personal och hantering av ekonomin

Välfräidsområdenas strategier svarar på de riksomfattande målen

Välfräidsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen har i uppgift att ordna befolkningens tjänster jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i välfräidsområdet. I servicestrategin ställer välfräidsområdena upp mål för genomförandet av social- och hälsovårdstjänsterna.

I december 2022 fastställde statsrådet de riksomfattande strategiska målen för social- och hälsovården om att ordna en jämlik, högklassig och kostnadseffektiv social- och hälsovård. Målen har i regel beaktats väl i välfräidsområdenas strategiska riktlinjer.

Målen för en ekonomiskt hållbar verksamhet och en uppbromsad kostnadsökning i förhållande till det ökade servicebehovet konkretiserades kraftigt redan när välfräidsområdena inledde sin verksamhet. För varje välfräidsområde samt för Helsingfors stad och HUS uppvisar bokslutsprognosen ett underskott för det första året.

Ungefär hälften av områdena har en plan för balansering av ekonomin och verksamheten

Ungefär hälften av områdena samt Helsingfors stad och HUS har redan beslutat om riktlinjer och åtgärder för en balansering av ekonomin och verksamheten som en del av strategierna eller som separata planer och program. Vissa områden har redan strategiska riktlinjer för servicenätet, medan andra kommer att dra upp riktlinjerna i slutet av 2023 samtidigt med planen för balansering av ekonomin och verksamheten. En del av områdena kommer att fatta beslut först 2024.

Målen för att balansera ekonomin och verksamheten är mycket likartade i de områden som fattat beslut. I varje plan beaktas bland annat målen om att bromsa upp det ökade vård- och servicebehovet, om att trygga en jämlik tillgång till vård och service som är tillgänglig samt tillgången till och en tillräcklig personal. Många planer innehåller också ett mål för funktionell integration. Det anses vara en förutsättning för en kostnadseffektiv samt kund- och patientorienterad verksamhet.

Ökningen av vårdbehovet och användningen av tjänster hålls i styr

I de flesta områdena har man fortsatt det tidigare välbeprövade nätverksarbetet för att främja välfärd, hälsa och säkerhet. I arbetet med kontaktytor eftersträvas ett allt effektivare partnerskap. Tydligast är uppgiftsfördelningen med kommunerna inom miljö- och hälsoskyddet och bildningstjänsterna. Samarbetet är fortfarande otydligast inom integration och boende.

Man strävar efter att stävja efterfrågan på vård och tjänster genom rådgivning och handledning via flera kanaler, vilket redan är centraliserat i enskilda områden. Invånarna vägleds starkt att på eget initiativ

upprätthålla och förbättra sitt välbefinnande och sin funktionsförmåga. Det finns fortfarande mycket lite centraliserad multiprofessionell rådgivning och handledning.

Ett sätt att hantera kund- och patientflödet är att förenhetliga och skärpa grunderna för tillgången till vård eller beviljande av service. Dessutom kan inledandet av en kundrelation vara förknippat med till exempel en utvärderingsperiod, under vilken kundens egna resurser och andra eventuella stödmöjligheter kartläggs.

Balans mellan egen produktion och köpta tjänster

För att balansera ekonomin och verksamheten söker man förutom långsiktiga effekter även snabba lösningar. Även om antalet enheter eller platser har minskat redan tidigare på grund av personalbrist, har man i vissa områden beslutat att ändra till exempel de traditionella vårdavdelningarna inom primärvården till utvärderings- och rehabiliteringsenheter och samtidigt minska antalet platser. Strävan är till exempel att göra verksamhetskulturen vid enheterna mer multiprofessionell. Bland annat flyttas personal från vårdavdelningen till hemsjukhuset, effektiviserad hemrehabilitering eller till annan service som stöder boende hemma.

Utöver de ekonomiska realiteterna beaktar områdena i sina planer även de risker och utmaningar som hänför sig till verkställandet av ändringarna. Till exempel leder ordnandet av behovsbaserade tjänster till en omorganisering av områdets interna funktioner och en förändring av de invanda närservicekoncepten. En del av områdena har bedömt åtgärdernas inverkan på kunderna, personalen eller serviceverksamheten.

Områdena använder också en analys av produktionssättet för att hitta det mest kostnadseffektiva sättet att ordna tjänsterna. Användningen av en mångproducentmodell är dock krävande på grund av fluktuationerna på marknaden och stigande priser. Under välfärdsområdenas första verksamhetsår har hanteringen av ekonomin försvårats av den ökade användningen av hyrd arbetskraft som är dyrare än egen produktion. På grund av personalbristen är man också i övrigt allt oftare tvungen att anlita köpta tjänster.

Serviceområdet omfattar dock lagstadgade uppgifter där områdets egen verksamhet är nödvändig. En del av uppgifterna har också med tanke på effektiviteten och övervakningen konstaterats vara förnuftiga att producera själv, till exempel verksamheten vid mottagningsenheterna inom barnskyddet och utvärderings- och rehabiliteringsverksamheten för äldre. För att minska vårdköerna har man använt servicesedlar som riktas till exempel till episodklienter. Inom socialserviceområdet är användningen av servicesedlar redan betydligt vanligare.

Inom hälso- och sjukvården har de elektroniska tjänsterna ökat

Den allt svårare bristen på arbetskraft i välfärdsområdena har försämrat tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster. Väntetiderna vid läkarmottagningar inom primärvården har blivit längre under de senaste åren och välfärdsområdena har ännu inte kunnat avhjälpa detta problem (figur 6). Personalbristen återspeglas också i tillhandahållandet av icke-brådskande vård inom den specialiserade sjukvården. Andelen personer som väntat på vård i över sex månader har varit särskilt stor i fem områden (figur 7).

Välfärdsområdes- och servicestrategierna styr redan delvis utvecklingen i regionerna. Flera program och planer som förankrar strategierna är emellertid fortfarande under beredning, dvs. strategierna styr ännu inte tjänsterna fullt ut. Områdena har också fortsatt med åtgärder som förenhetligar tjänsterna och som säkerställer tillgången och integrationen.

Ett av välfärdsområdenas vanligaste strategiska mål har varit att förbättra tillgången till service med hjälp av elektroniska tjänster. Effekterna av åtgärderna kan redan ses, eftersom allt fler ärenden och kontakter med den yrkesutbildade social- och hälsovårdspersonalen har skett via den elektroniska kanalen. De elektroniska kanalerna har dessutom utvidgat möjligheterna till egenvård och erbjudit vård på digitala vårdvägar. Samtidigt har arbetstagarnas tid frigjorts för direkt kundarbete och tjänsternas tillgänglighet har förbättrats.

Fler tjänster än tidigare med låg tröskel för barn, unga och familjer

Antalet besök inom skolhälsovården har minskat och upplevelserna av att servicen är otillräcklig har ökat bland barn och unga. Det föga antalet tjänster med låg tröskel har lett till att behovet av korrigerande tjänster är stort. Antalet klienter inom barnskyddet ökade med två procent jämfört med året innan. Samtidigt har de minskade socialarbetarresurserna ökat antalet klienter per arbetstagare över det tillåtna antalet i nästan alla områden. I områdena arbetar personer som endast har vikariebehörighet. Deras andel inom servicen var 28 procent på våren 2023. Bristen på kompetenta socialarbetare har försämrat möjligheterna att hålla tidsfristerna inom barnskyddet och fördröjt tillgången på service (figur 8).

Utvecklingen av tjänster för barn, unga och familjer fokuserar på tjänster med låg tröskel. I flera regioner har man tagit i bruk en elektronisk familjecentertjänst och mentalvårdstjänsterna har stärkts med Cool Kids- och IPC-metoderna. Även antalet olika kontaktkanaler med låg tröskel har ökat. Servicevägarna har utvecklats multiprofessionellt och branschövergripande för flera behov. Personalbristen har emellertid fördröjt utvecklingen, vilket utgör en utmaning då det gäller tjänsternas tillräcklighet också i framtiden. För att trygga tillräckliga tjänster har områdena allt oftare anlitat köpta tjänster och ökat användningen av hyrd arbetskraft.

Hemvården stärks

En åldrande befolkning tillsammans med brist på arbetskraft är en stor utmaning vid ordnandet av service. Största delen av välfärdsområdena har klarat av att bedöma äldre personers servicebehov relativt väl, men det har varit en utmaning att ordna service som motsvarar behovet. Enligt THL:s utredning har omfattningen av den viktigaste servicen för äldre, med undantag av närståendevården, försvagats under de senaste åren. Enligt serviceanordnarna har de största bristerna gällt serviceboendet, medan man bäst kunnat tillgodose en tillräcklig hemvård. Det har varit svårt att uppfylla personaldimensioneringen enligt äldreomsorgslagen och det har försämrat tillgången till service.

Personalbristen har försämrat hemvårdstjänsterna, och antalet klienter inom den regelbundna hemvården har minskat. Områdena har strävat efter att förbättra tillgången till hemvård och utvecklat rådgivnings- och handledningstjänsterna. Inom hemvården har man tagit i bruk teknologi som underlättar arbetet och distansbesöken har ökat. Då hemsjukhus- och akutvårdstjänsterna förankrats i kundernas hem har besöken på akutavdelningen minskat.

Gemenskapsboende för äldre är på väg att bli en mellanform för hemmaboende och serviceboende med heldygnsomsorg. Områdena och kommunerna utvecklar servicekoncepten tillsammans med andra aktörer.

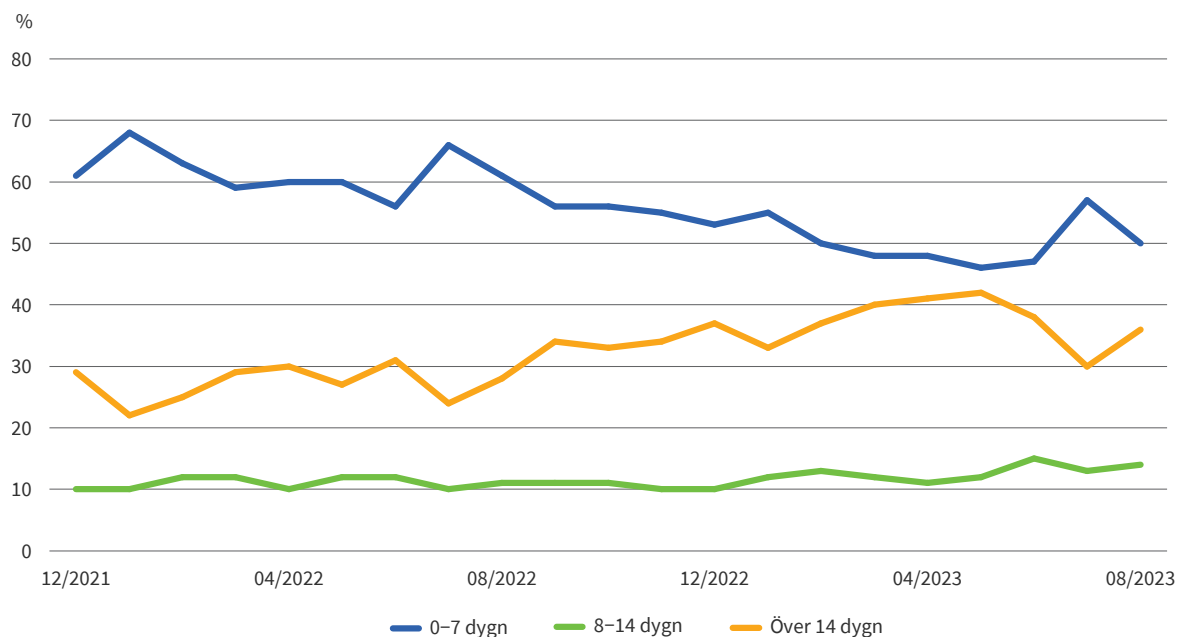
Åtgärder som främjar en tillräcklig personal

I redogörelsen enligt 29 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård bedömdes de sämsta förutsättningarna nationellt sett gälla tryggheten av tillgången på kompetent personal. Å andra sidan bedömdes att en jämlik tillgång till tjänster kommer att förverkligas nästan fullt ut fram till 2025.

En del av områdena har ännu inte färdigställt en personalstrategi eller ett personalprogram. De strategiska riktlinjerna som redan gjorts fokuserar starkt på att förbättra förändringsledningen på olika organisationsnivåer och det övergripande målet är att förnya organisationskulturen. Från den hierarkiska ledningsmodellen vill man övergå till coachande ledarskap och gemenskapsstyrning, som förutsatt att de lyckas kommer att öka personalens arbetshälsa och engagemang. Personalen erbjuds även möjligheter att avancera i sin karriär.

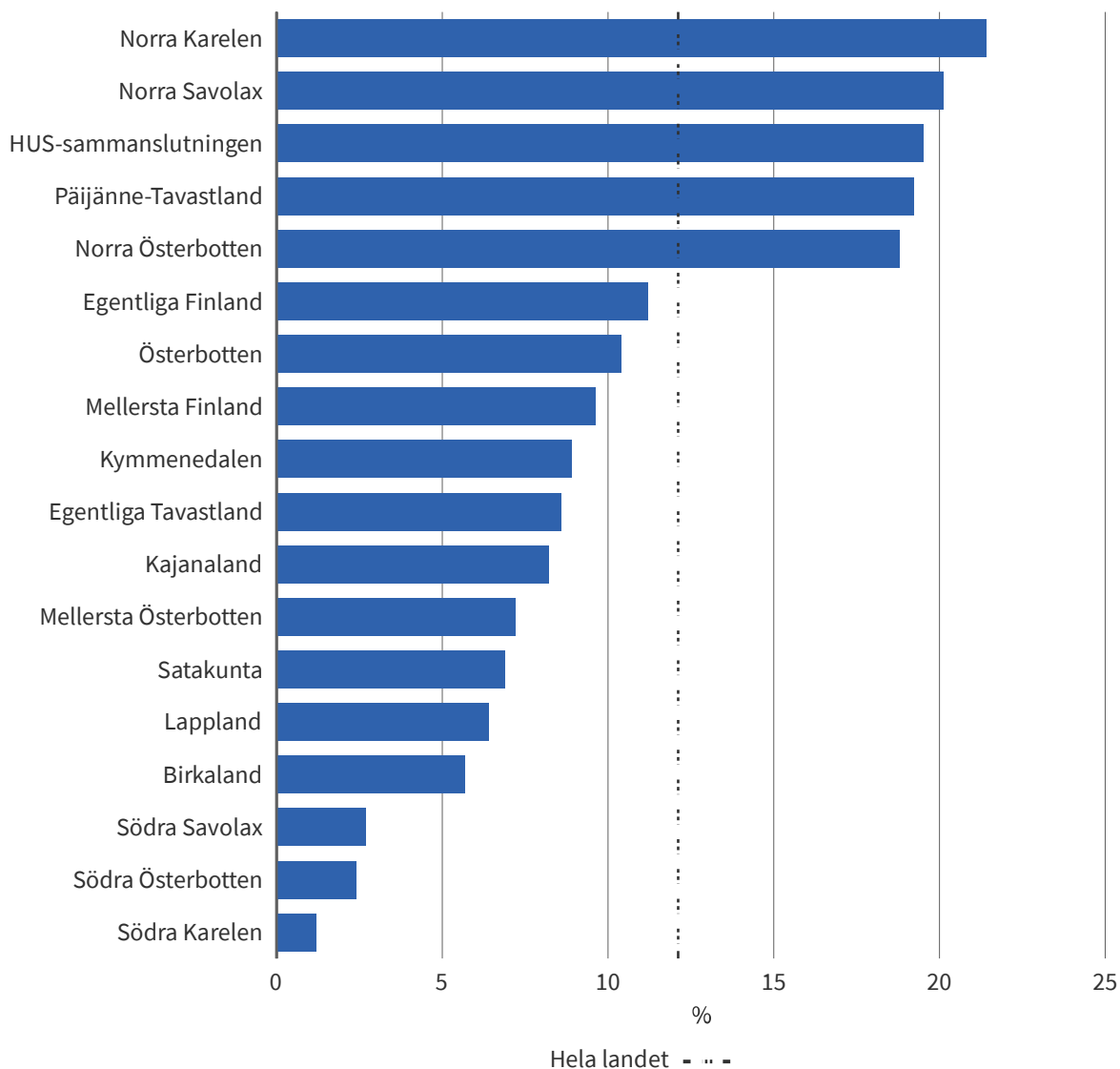
Tillgången till och tillräcklig personal eftersträvas också genom åtgärder som har effekter redan på kort sikt. Utredningar om arbetsfördelningen pågår och i en del områden har bland annat stödpersonalen redan utökats. Reservpersonal anställs eller så utökas det nuvarande antalet anställda. Det används olika ekonomiska incitament och verksamhetsmodeller som främjar arbetshälsan. De program som verkställs för att förnya ekonomin och verksamheten innehåller också riktlinjer för servicestrukturen och -nätet, vilka är nödvändiga för att säkerställa tillräckliga personalresurser.

Figur 6. Väntetider för tillgång till vård vid icke-brådskande läkarbesök inom primärvårdens öppna sjukvård 2021–2023 (%)



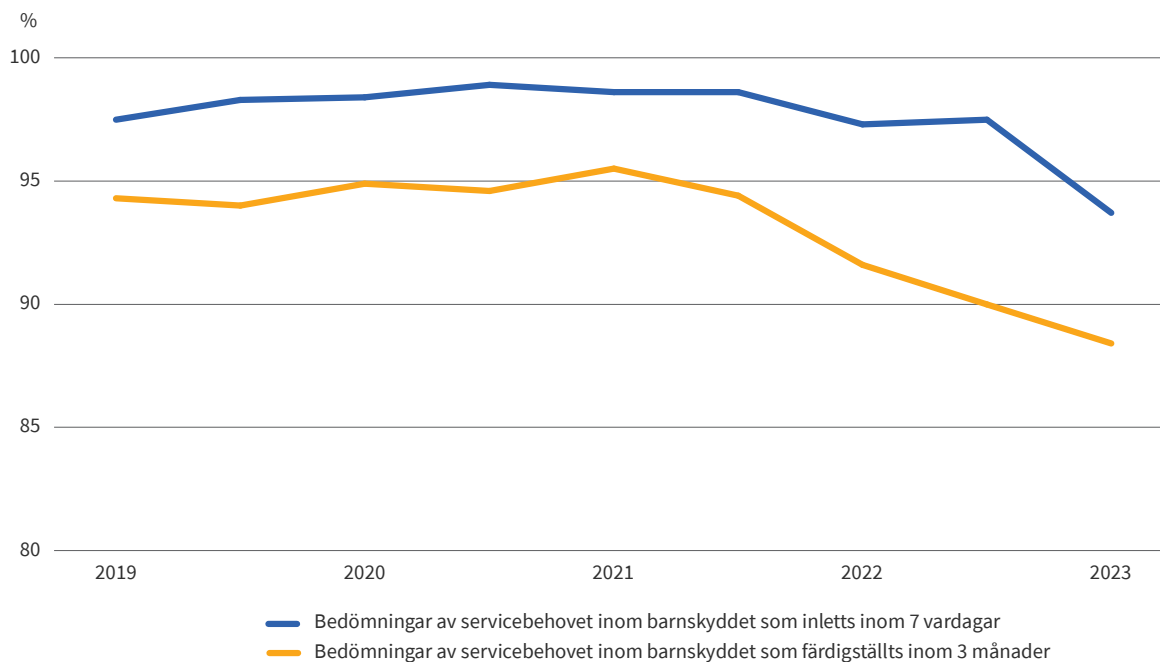
▲ I figuren presenteras andelen personer som väntat på icke-brådskande mottagningsbesök hos läkare inom primärvårdens öppna sjukvård i välfärdsområdena i 0–7, 8–14 och över 14 dygn under perioden december 2021–augusti 2023. Uppgifterna grundar sig på THL:s uppgifter om vårdanmälningar inom den öppna primärvården. Uppgifterna uppdateras på THL:s webbplats en gång i månaden.

Figur 7. Personer som väntat på icke-brådskande specialiserad sjukvård i över sex månader enligt välfärdsområde 2023



▲ I figuren presenteras andelen personer som väntat på icke-brådskande specialiserad sjukvård i över sex månader i välfärdsområdena och HUS-sammanslutningens område under perioden januari-juli 2023. Uppgifterna grundar sig på THL:s uppgifter om tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården. Uppgifterna uppdateras på THL:s webbplats en gång i månaden.

Figur 8. Behandlingstiderna för bedömningar av servicebehovet som inletts som ett barnskyddsärende eller ett ärende för barn i behov av särskilt stöd 2019–2023



▲ I figuren presenteras andelen bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet som inletts som ett barnskyddsärende eller i ett ärende som gäller ett barn i behov av särskilt stöd inom lagstadgade sju vardagar och andelen bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet som färdigställts inom lagstadgade tre månader åren 2019–2023. THL samlar in uppgifterna två gånger per kalenderår av dem som ordnar tjänsterna.

Metoder och kvalitetsrapport

Informationsunderlag för utvärderingen

Institutet för hälsa och välfärds (THL) riksomfattande expertutvärdering innehåller en samlad lägesbild för hela landet som i huvudsak utgår från iakttagelserna i de regionala expertutvärderingarna. Expertutvärderings kvantitativa informationsunderlag grundar sig på indikatorerna för kostnadseffektivitet inom social- och hälsovården (KUVA) som består av cirka 500 mätare. Syftet med KUVA-indikatorerna är att säkerställa att de uppgifter som används i social- och hälsovårdsministeriets (SHM) styrning och THL:s expertutvärderingar är enhetliga och att det finns förutsättningar för en gemensam lägesbild. Utvärderingens kvantitativa informationsunderlag stärks genom att man i tillämpliga delar också utnyttjar THL:s databasrapporter, av vilka en del uppdateras varje månad.

Nivåerna i de indikatorer som används i den riksomfattande utvärderingen är välfärdsområdena och hela landet. Indikatoruppgifterna 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-sammanslutningen i den regionala utvärderingen. Indikatoruppgifterna för hela landet jämförs i tillämpliga delar också med internationella uppgifter. I utvärderingens informationsunderlag ingår även uppföljningsindikatorerna för de riksomfattande målen för social- och hälsovården för 2023–2026.

Som källmaterial för expertutvärderingen utnyttjas dessutom välfärdsområdenas redogörelser om social- och hälsovårdens och ekonomins tillstånd samt annat dokumentmaterial, i synnerhet angående välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens strategier, ekonomiska handlingar samt program för verkställande och utveckling. En del av utvärderingens kunskapsunderlag utgörs också av de utredningar som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira och regionförvaltningsverken utarbetat om en jämlik social- och hälsovård i områdena samt andra nationella myndigheters beräkningar, statistik och utredningar. En annan viktig informationskälla i de regionala expertutvärderingarna är de utvärderingsdiskussioner som förts med företrädare för områdena.

Informationsunderlagets öppenhet, tillgänglighet och kvalitet

KUVA-indikatorerna och annat informationsunderlag kan öppet granskas. De KUVA-indikatoruppgifter som använts i utvärderingen finns i webbtjänsten Sotekuva (sotekuva.fi/sv) på riksomfattande nivå (inkl. Åland), per välfärdsområde och kommun. Även andra mätuppgifter som använts utöver KUVA-indikatorerna finns tillgängliga i statistik- och indikatorbanken Sotkanet (sotkanet.fi) och i THL:s databasrapporter (thl.fi/databasrapporter). Övriga statistikuppgifter och uppgifter om det kvalitativa dokumentmaterial som använts i utvärderingen finns i källförteckningen. Valviras och regionförvaltningsverkens tillsynsrapporter har publicerats på myndigheternas webbplatser. I den riksomfattande expertutvärderingen har man dessutom utnyttjat förhandsuppgifterna i pensionsprognosen för den offentliga sektorn 3/2023 (KEVA) som skickats till THL för bedömning och som inte var tillgängliga när rapporten skrevs. Diskussionerna med områdenas representanter är inte offentliga.

Målen för THL:s indikatorproduktion som behövs i utvärderingen är aktualitet och kvalitet. Kvalitetsbrister följs upp med indikatorspecifika tilläggsuppgifter. Indikatorer med kända betydande kvalitetsbrister har inte använts i utvärderingen. KUVA-indikatorerna uppdateras i regel årligen. I maj 2023 hade 88 procent av KUVA-indikatorernas mätare uppdaterats med nya uppgifter för utvärderingen av den social- och hälsovård som välfärdsområdena ordnar. I september, då den riksomfattande expertutvärderingen utarbetades, hade 95 procent av mätarnas uppgifter uppdaterats. Produktionen av KUVA-indikatorerna i rätt tid har förbättrats under uppföljningsperioden som inleddes 2018.

Förnyelsen av datainsamlingen om ekonomin som genomfördes 2021 påverkar villkoren för bedömning av ekonomin även i de expertutvärderingar som publiceras hösten 2023. De indikatorer och statistikkuber som utnyttjades i bedömningen av den offentliga ekonomin inom social- och hälsovården 2022 grundar sig på serviceklassspecifika uppgifter som kommunerna och samkommunerna har rapporterat till Statskontorets informationstjänst mellan den 1 maj och den 16 augusti 2023. Den ekonomiska information som publicerades den 21 augusti 2023 finns på THL:s [webbplats](#) (på finska).

Ändringar i serviceklassificeringarna i den ekonomiska statistiken och ospecificerade serviceklasser påverkar uppgifternas jämförbarhet mellan områdena och mellan åren 2021 och 2022. I de KUVA-indikatorer som användes i utvärderingen har detta beaktats genom att granska uppgifterna på en grövre nivå, det vill säga genom att bilda summavariabler som i tillämpliga delar motsvarar de gamla uppgiftsklasserna. För kommunernas och samkommunernas räkenskapsperiod 2022 har dessutom flera avvikande poster registrerats, vilket påverkar uppgifternas jämförbarhet. Dessa gäller bland annat täckning av samkommunernas underskott och återbetalning av överskott samt överlåtelsevinster från försäljning av aktier och kommunala social- och hälsovårdsfastigheter. Siffrorna avviker till denna del från det informationsunderlag som använts i finansieringskalkylerna. Informationens kvalitet beskrivs närmare i statistikens [kvalitetsbeskrivning](#) (på finska).

Källor och bakgrundsmaterial som använts i utvärderingen

Eurostat (2022), februari 2023. [Internetkälla](#)

Forsell M. och Kuoppala T. (2023). Behandlingstiderna inom barnskyddet 1.10.2022–31.3.2023. De lagstadgade behandlingstiderna missas allt oftare (hela rapporten på finska). Statistikrapport 41/2023. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla](#)

Kauppinen, S., Forsius, P. och Kainiemi, E. (2023). Situationen för ordnande av äldreomsorg när välfärdsområdena inleder sin verksamhet. Resultat av anordnarenkäten för Uppföljning av äldreomsorgslagen 2014–2022 (hela rapporten på finska). Rapport 4/2023. Institutet för hälsa och välfärd. [Internetkälla](#)

Keva (2023). Pensionsprognos för anställda inom kommunsektorn 3/2023 (preliminär information)

Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna. Välfärdsområdenas kostnader för löneharmonisering uppgår till minst 680 miljoner. Pressmeddelande 3.2.2022. [Internetkälla](#)

Pekola-Sjöblom M. och Jurmu L. (2023). Enkäter om lägesbilden gällande kommunernas och välfärdsområdenas kontaktytor 2023 (på finska) Resultat av de enkäter som genomfördes i kommunerna på våren 2023. September 2023. Kommunförbundet och Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy. [Internetkälla](#)

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira. Utredningar och statistik om tillsynen över social- och hälsovården. [Internetkälla](#) [läst 6.9.2023]

Social- och hälsovårdsministeriet (2023). Färdplan 2022–2027. Tryggandet av personalens tillräcklighet och tillgången till arbetskraft inom social- och hälsovården (på finska) Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2023:8. [Internetkälla](#)

Statistikcentralen (2023). Syntyvyys laski ennätyksellisen alas – kokonaishedelmällisyysluku mittaushistorian matalin (endast på finska) Nyhet 26.1.2023 [Internetkälla](#)

Statistikcentralen (2023). Befolkningsstatistik 2023 [Internetkälla](#)

Arbets- och näringsministeriet. Arbetskraftsfärdplan 29.6.2023. [Internetkälla](#)

Statskontoret. Jämförelserapport över välfärdsområdenas budget- och planeringsuppgifter. [Internetkälla](#) [läst 31.8.2023]

Statskontoret. Jämförelserapport över välfärdsområdenas bokslutsprognoser (på finska). [Internetkälla](#) [läst 31.8.2023]

Statsrådet. Möjlighet för ett välfärdsområde att ta upp ytterligare lån. Pressmeddelande 1.6.2023. [Internetkälla](#)

Finansministeriet. Välfärdsområdenas finansieringskalkyler. 31.8.2023. [Internetkälla](#) [läst 4.9.2023]

Finansministeriet. Utkast. Nettokostnaderna för social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet överförs från kommunerna till välfärdsområdena (på finska). 31.8.2023. [Internetkälla](#) [läst 4.9.2023]

Vehko, T., Kyytsönen, M., Ikonen, J., Koskela, T., Kainiemi, E. ja Parikka, S. (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten vastaanottopalveluiden käyttö kaupunki-maaseutualueuokituksen mukaan Suomessa (endast på finska) Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 14(3), 309–325. [Internetkälla](#)