

Från

INFORMATION TILL BEDÖMNING

med bättre tjänster som målsättning

Social- och hälsovårdstjänster i Finland 2020

STÖD FÖR BESLUT 4/2022







Expertutvärdering

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



Innehåll

Till läsaren	3
Expertutvärdering	4
 Befolkning och verksamhetsmiljö	6
 Datahantering och digitalisering	12
 Social- och hälsovårdstjänsternas kostnader, finansiering och investeringar	17
 Tillgången till social- och hälsovårdstjänster	21
Metoder och kvalitetsrapport	27
Källor och bakgrundsmaterial som används i bedömningen	29

Författare

Professor **Pekka Rissanen** som är överdirektör för informationstjänsterna har fungerat som ansvarig för utvärderingen och docent **Nina Knape** har fungerat som teamchef och samordnat utvärderingsarbetet.

Utvärderingen har gjorts av utvärderingscheferna **Tiina Hetemaa**, **Nina Knape**, **Jaana Leipälä**, **Hannele Ridanpää** och **Taru Syrjänen** samt utvecklingscheferna **Petra Kokko** och **Vesa Syrjä**. Kommunikationen om utvärderingen har skötts av kommunikationschef **Jari Kirsilä**, publiceringen av planerare **Päivi Kiuru** och informationsunderlaget av expert **Tuuli Suomela**.



Stöd för beslut 4/2022

ISBN: 978-952-343-845-3 (nätpublikation)

ISSN: 1799-3946 (nätpublikation)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-845-3>

Till läsaren

Institutet för hälsa och välfärd (THL) utvärderar årligen på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet ordnandet av social- och hälsovårdstjänster i hela landet och i dess olika områden. Enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) som trädde i kraft den 1 juli 2021 har THL i uppgift att årligen utarbeta en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena.

Denna nationella utvärdering från THL ger en lägesbild av social- och hälsovården för 2020 och början av 2021. I utvärderingen granskas befolkningens servicebehov, det aktuella läget och utvecklingstrenden för ordnandet av tjänster samt social- och hälsovårdens tjänster och kostnader. Lägesbilden för social- och hälsovårdstjänsterna innehåller både de synpunkter som regionerna själva lyft fram och andra nationellt betydelsefulla och aktuella synpunkter på lika tillgång till tjänster, tjänsternas kvalitet och samordningen. I utvärderingen granskas också det aktuella läget för datahanteringen och de elektroniska tjänsterna.

THL:s nationella utvärdering har bildats genom att kombinera lägesbilderna för landets olika regioner från 2020 och början av 2021. Dessutom har aktuella undersökningar och utredningar utnyttjats i granskningen.

Den nationella utvärderingen är inriktad på att stödja nationella och regionala beslutsfattare, tjänsteinnehavare och experter. Utvärderingen stöder också beredningen av verkställandet av välfärdsområdena genom att erbjuda information om centrala synpunkter på ordnandet av tjänster på riksnivå och i olika områden i landet.

Helsingfors 6.4.2022

Pekka Rissanen

Överdirektör för informationstjänsterna

Nina Knape

Teamchef

Expertutvärdering

Befolkningen åldras och internationaliseras

Finlands befolkning åldras, men internationaliseras också: Andelen personer med ett främmande språk som modersmål ökar snabbt. Andelen äldre är störst i de områden som förlorar mest befolkning. Hälften av dem som talar ett främmande språk som modersmål bor i huvudstadsregionen. För att förutse och beakta språkliga och kulturella behov behövs sektorsövergripande samarbete bland annat i åtgärder som stöder integrationen av personer med främmande språk som modersmål. För att minska ojämlikheten mellan olika befolkningsgrupper behövs också sektorsövergripande samarbete.

Psykiska problem har blivit vanligare bland unga

Efter att ha blivit vanligare under flera år ökade ångest- och depressionssymtomen bland unga kraftigare än tidigare. På grund av distansstudier sköt man upp hälsoundersökningar inom skol- och studerandehälsovården eller genomförde dem inte. Detta försämrade möjligheterna att identifiera behovet av tidigt stöd för barns och ungas uppväxt och utveckling samt psykiska problem. Under åren covid-19-pandemin varade ökade ensamheten mer bland äldre och personer med funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen.

Servicesystemet klarade av de extra uppgifter som coronaåren medförde genom att prioritera

Anordnarna av social- och hälsovårdstjänster har kunnat erbjuda tjänster ganska bra trots den extra belastning som covid-19-pandemin orsakat. Konsekvenserna för serviceproduktionen var mindre i områdena och under de perioder då sjukfrekvensen orsakad av covid-19 var lägre. Icke-brådskande tjänster inom social- och hälsovården inskränktes både inom basservicen och specialtjänsterna. När pandemin började våren 2020 överfördes resurser till de åtgärder som situationen krävde. Samtidigt utökades distanstjänsterna. När pandemin lättade avklarades vårdköerna, men service- och vårdskuld uppstod bland annat inom mun- och tandvården, icke-brådskande specialiserad sjukvård och i synnerhet inom basservicen för klienter i sårbar ställning.

Den långvariga covid-19-pandemin och den växande personalbristen inom hemvården ökade fördröjningarna i utvärderingarna av de äldres servicebehov och begränsade tillgången till hemvårdstjänster. Utvecklingen påskyndades delvis av att den lagstadgade personaldimensioneringen inom heldygnsomsorgen skärptes. Den försämrade tillgången till heldygnsomsorg syntes i många områden på att allt fler väntade på att få tillgång till omsorgstjänster. Utifrån de observationer som tillsynsmyndigheterna fått gällde oron personalens tillräcklighet, antal och kompetens i förhållande till behoven hos de klienter som omfattas av tjänsterna, både i fråga om tjänster som ges i hemmet och tjänster med heldygnsomsorg.

Tillgången till mentalvårdstjänster för barn och unga försämrades både inom basservicen och specialtjänsterna

Ökningen av affektiva störningar syntes både inom basservicen och specialtjänsterna. Den riksomfattande bristen på psykiatrer och psykologer har ytterligare försämrat tillgången till mentalvårdstjänster i rätt tid. Andelen patienter som väntat på specialiserad barnpsykiatrisk sjukvård i över 90 dygn fördubblades 2021 jämfört med 2019.

Antalet barnskyddsanmälningar har fortsatt att öka. Andelen barn som det har gjorts en barnskyddsanmälan om varierar dock kraftigt mellan olika områden i landet. Inom barnskyddets öppenvård har det relativa antalet barn minskat under flera år. En tredjedel av serviceanordnarna bedömde att utbudet av stödåtgärder inom barnskyddets öppenvård försämrades på grund av covid-19-pandemin.

Den riksomfattande bristen på experter i flera yrkesgrupper inom social- och hälsovården förvärrades

Bristen på arbetskraft inom social- och hälsovården har snabbt utvidgats till allt fler yrkesgrupper såsom sjukskötare och närvårdare. I takt med att den nuvarande arbetskraften går i pension verkar det bli allt svårare att behålla antalet anställda på en nivå som motsvarar den åldrande befolkningens servicebehov. Enligt prognosen kommer ungefär var femte i personalen i de framtida välfärdsområdena att gå i ålderspension före 2030. Proportionellt sett går mest personal i pension i norra och östra Finland.

Det är en växande utmaning för dem som ordnar social- och hälsovård att upprätthålla och stärka dragnings- och kvarhållningskraften när det gäller personalen. Man har också identifierat ett behov av att intensifiera samarbetet med privata serviceproducenter och organisationsaktörer.

Behov av att förenhetliga klient- och patientdatasystemen – den elektroniska ärendehantering har tagit fart

Klient- och patientdatasystemen är fortfarande splittrade och medför omfattande underhållskostnader i områden där det finns många serviceanordnare. Inom hälso- och sjukvården har datasystemen förenhetligats mer än inom socialvården. Flera välfärdsområden hade fortfarande inte fattat beslut om att förnya informationssystemen. Lösningar behövs omgående för att de skyldigheter som ålagts välfärdsområdenas informationsledning ska kunna uppfyllas.

Utvecklingen av den elektroniska ärendehantering har varit ett strategiskt nationellt mål, med vilket man också har strävat efter att stärka medborgarnas egenvård. Trots skillnader mellan regioner och anordnare har användningen av elektroniska tjänster blivit vanligare i och med covid-19-pandemin. De elektroniska tjänsterna har blivit mångsidigare och utvidgats till nya kundgrupper. För en betydande del av befolkningen innebär dock de elektroniska tjänsterna fortfarande ett bekymmer och ett hinder. Det måste anordnarna av social- och hälsovård beakta för att trygga en jämlik tillgång till tjänster för olika befolkningsgrupper.

De regionala skillnaderna i befolkningens servicebehov syns i kostnaderna

Nettodriftskostnaderna per invånare för de social- och hälsovårdstjänster som kommunerna ansvarar för att ordna varierar kraftigt mellan olika områden i landet, liksom kostnaderna i förhållande till befolkningens servicebehov. I och med de statliga coronastöden stärktes ekonomin i de kommuner som finansierar social- och hälsovården 2020 rekordartat mycket efter den kraftiga försämringen av den kommunala ekonomin föregående år. De statliga coronastöden stärkte även år 2021 resultaten för kommunernas och samkommunernas räkenskapsperiod. Coronastöd av engångskaraktär löser dock inte strukturella problem inom den kommunala ekonomin eller omfattande investeringsbehov.

Under de kommande åren kommer servicebehovet i hela landet att öka på grund av den åldrande befolkningen. Den största kostnadsökningen förutspås i Nyland, där antalet äldre ökar kraftigt. Utöver den åldrande befolkningen ökar trycket på att höja kostnaderna på grund av de nya och skärpta lagstadgade skyldigheterna och de extra kostnader som föranleds av att lönerna förenhetligas. Under det långvariga och intensiva sjukhusbyggandet har investeringarna till största delen finansierats med långfristiga lån som överförs till välfärdsområdena i början av 2023. När ansvaret för att ordna social- och hälsovård och räddningsväsendet överförs till välfärdsområdena påverkar lånestockens storlek regionernas möjligheter att genomföra nya investeringar.

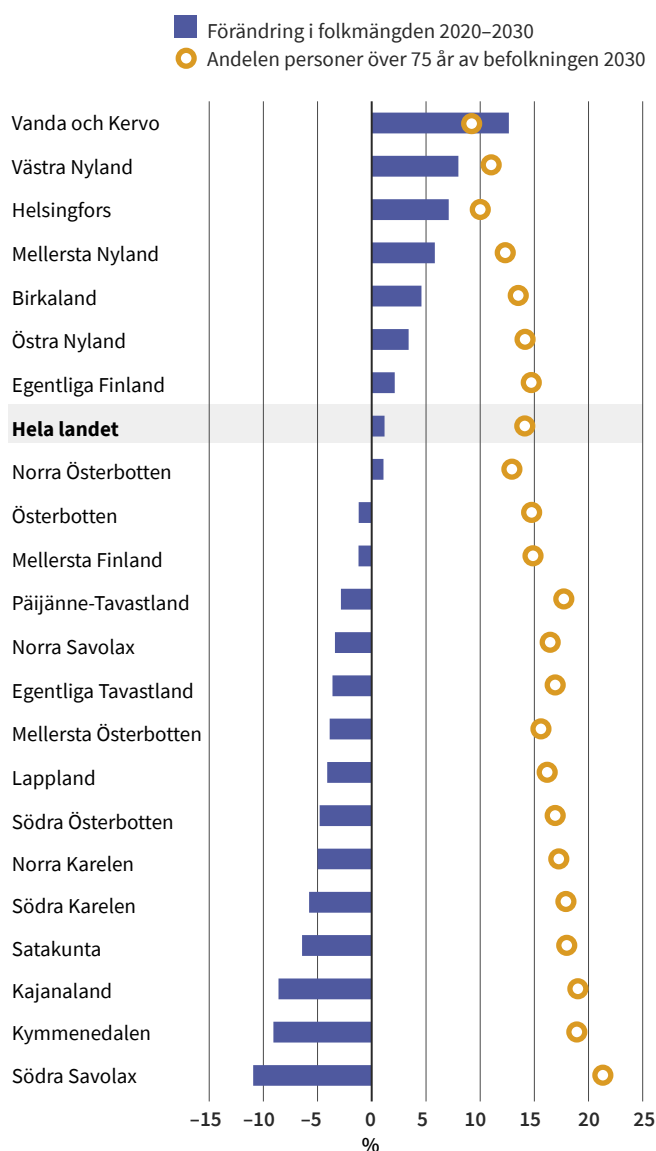


Befolkning och verksamhetsmiljö

Befolkning

I slutet av 2020 fanns det en stor regional variation i befolkningsutvecklingen i Finland med cirka 5,5 miljoner invånare. Dödligheten har varit högre än nativiteten sedan 2016, och befolkningstillväxten grundar sig helt och hållet på positiv nettoinvandring. I flyttningsrörelsen inom landet var förändringarna betydande jämfört med tidigare år. Nylands långvariga inflyttningsöverskott blev negativt 2021.¹ På motsvarande sätt minskade flyttningsförlusten i flera områden som förlorat befolkning. I Statistikcentralens befolkningsprognos som uppdaterades 2021 förutspås folkmängden dock öka endast i Nyland, Birkaland, Egentliga Finland och Norra Österbotten fram till 2030. Andelen äldre är störst i de områden som förlorar mest befolkning. Befolkningsutvecklingen är särskilt utmanande i Södra Savolax, Kymmenedalen och Kajanaländ. (Figur 1.)

Figur 1. Förändring i folkmängden 2020–2030 och andelen personer över 75 år enligt befolkningsprognosen för 2030; andelarna presenteras för varje välfärdsområde och på riksnivå.



◀ Figuren visar en prognos för förändring i folkmängden (%) åren 2020–2030 och prognosen för andelen personer över 75 år 2030 för varje välfärdsområde och på riksnivå. Uppgifterna bygger på befolkningsuppgifter från Statistikcentralens statistik över befolkningsstrukturen (31.12.2020) och Statistikcentralens befolkningsprognos som publicerades hösten 2021.



Andelen personer med främmande språk som modersmål ökar snabbt

Cirka fem procent av befolkningen har svenska som modersmål. Sju välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-koncernen är tvåspråkiga. 43 procent av landets befolkning bor i tvåspråkiga områden där social- och hälsovårdstjänsterna ska ordnas på både finska och svenska i alla kommuner i området. Nästan hälften av de svenskspråkiga bor i Nyland. Den svenskspråkiga befolkningens andel är störst i Österbottens välfärdsområde (51 %).

I Finland finns drygt 10 000 samer.² Av befolkningen i Lapplands välfärdsområde är cirka tre procent samer. Samerna har rätt till social- och hälsovårdstjänster på sitt eget språk i fyra kommuner inom samernas hembygdsområde. Över hälften av samerna bor dock utanför samernas hembygdsområde.

Andelen personer som inte talar finska, svenska eller samiska som modersmål ökar snabbt; 2020 utgjorde de nästan åtta procent av befolkningen. Andelen personer med ett främmande språk som modersmål är störst i Vanda och Kervo välfärdsområde (20 %). Även i Helsingfors och Västra Nyland är andelen personer med ett främmande språk som modersmål betydligt större än i hela landet. Av de olika språkgrupperna framhävs den ryskspråkiga befolkningens andel i de sydöstra områdena i Kymmenedalen och Södra Karelen.

Covid-19-pandemin hade negativa konsekvenser för befolkningens välfärd

Den förväntade livslängden för Finlands befolkning är högre än i EU-länderna i genomsnitt, och dessutom har den ökat snabbare än genomsnittet under en granskningsperiod på tio år. År 2020 var Finland och Danmark de enda EU-länderna där den förväntade livslängden ökade. Bland EU-länderna var antalet infektioner och dödsfall på grund av covid-19 det lägsta i Finland år 2020, och situationen fortsatte i samma riktning även 2021.³

När det gäller dödlighet som kunde undvikas med hälso- och sjukvårdsmetoder var Finland bättre än genomsnittet i EU-jämförelsen. Däremot låg dödlighet som kunde förebyggas i Finland på den genomsnittliga nivån för EU-länderna. I likhet med de flesta andra EU-länder är de socioekonomiska skillnaderna i dödligheten stora i Finland. När det kommer till riskfaktorerna för hälsan varierar utvecklingen i Finland i EU-jämförelsen. Färre röker än genomsnittet i EU-länderna och alkoholkonsumtionen ligger nära genomsnittet. Fetma är vanligare i Finland än EU-genomsnittet och blir snabbt allt vanligare.³

Covid-19-pandemin har haft flera negativa effekter på befolkningens välfärd.⁴ Ängest- och depressionssymtom bland unga hade redan ökat i flera år, men har under pandemin börjat öka allt kraftigare. Hos flickor har ångesten ökat mer än hos pojkar.⁵ Ensamhet bland äldre personer ökade, och hos en del äldre personer försämrades funktionsförmågan.⁴ Arbetslösheten ökade tydligt, men började minska hösten 2020. År 2021 var dock andelen långtidsarbetslösa av alla arbetslösa arbetssökande klart högre än före pandemin.

Verksamhetsmiljö

Modellerna för ordnande av social- och hälsovård varierade från enskilda kommuner till olika samarbetsformer. Antalet kommuner och samkommuner som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården ändrades inte under 2020–2021. Av de 293 kommunerna i Fastlandsfinland ordnade 74 kommuner själva social- och primärvårdstjänsterna, och det fanns 59 samarbetsområden enligt ansvarskommun- eller samkommunmodellen.⁶

Privata aktörer och organisationer kompletterade de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna. Anordnarna organiserar produktionsansvaret för tjänsterna både genom att lägga ut dem på entreprenad och genom att återta tjänster som de tidigare lagt ut på entreprenad. Produktionsansvaret förändrades också mellan kommunerna, samarbetsområdena och sjukvårdsdistrikten.



Landskapsbaserade samkommuner har de bästa utgångspunkterna i beredningen av välfärdsområdena

I reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet överförs ansvaret för att ordna tjänster i början av 2023 till 21 välfärdsområden, Helsingfors stad och delvis till HUS-koncernen. Områdenas utgångsläge inför övergången till välfärdsområden varierar avsevärt. Samkommunerna har de bästa utgångspunkterna för att inleda verksamheten. I Kymmenedalen, Södra Karelen, Norra Karelen, Mellersta Österbotten och Mellersta Nyland ordnar samkommunen social- och hälsovårdstjänster för alla kommuner i området. I Päijänne-Tavastland, Österbotten och Kajanaland har dessutom samkommunen på landskapsnivå ansvar för att ordna social- och hälsovårdstjänster i nästan alla kommuner.

I områden med splittrat organiseringsansvar är övergången till välfärdsområde svårare än i områden med samkommuner på landskapsnivå. Till exempel har servicenätet, klienthandledningen och servicekedjorna utvecklats på hela det område som samkommunerna ansvarar för. Klientavgifterna har förenhetligats och på flera områden har man också gjort framsteg i fråga om löneharmoniseringen för personalen. Dessutom har klient- och patientdatasystemen i huvudsak förenhetligats i samkommuner på landskapsnivå. Å andra sidan förutsätter integreringen av branschoberoende system och processer inom social- och hälsovården och räddningsverket betydande satsningar i nästan alla välfärdsområden oberoende av nuvarande organiseringsmodell. I Norra Karelen verkar social- och hälsovården och räddningsverket redan nu inom samma samkommunkoncern.

Den regionala beredningen av strukturreformen inom social- och hälsovården stöddes bland annat med statsunderstöd som beviljats av social- och hälsovårdsministeriet. De regionala skillnaderna i hur reformen framskrider hade fortsatt jämna ut sig i januari 2022.⁷

Förändringarna var små i det platsbundna servicenätet

Lägesbilden för reformen av servicenätet var mångfacetterad. Den allmänna bilden var att det platsbundna servicenätet var splittrat och inga betydande förändringar hade gjorts. Samkommunerna på landskapsnivå hade kommit längst när det gällde optimeringen. De ändringar som genomfördes i områden med splittrat organiseringsansvar var i huvudsak anordnarspecifika. Utvecklingen av servicenätet utmanades ställvis av kommunernas strävanden att trygga heltäckande närservice.

Servicenätets täthet varierade i olika delar av landet. Utifrån restiderna var hälsocentralernas geografiska tillgänglighet bäst i Nyland och i andra landskap med stor befolkning i södra Finland. Tillgängligheten var däremot sämst i Lappland, Kajanaland, Södra Savolax och Södra Karelen.⁸

Tjänsternas tillgänglighet säkerställdes av tidsbundna dispenser som social- och hälsovårdsministeriet beviljade. Det fanns gällande dispenser på olika håll i landet, i sammanlagt nio områden. Dispenserna gällde förlossningsverksamhet samt jour dygnet runt inom primärvården.



Bristen på personal inom social- och hälsovården berörde allt fler yrkesgrupper

Antalet anställda inom social- och hälsovårdstjänsterna har ökat med en tredjedel sedan 2000. Den offentliga sektorns andel som sysselsättare inom social- och hälsovården har minskat med nästan en femtedel i förhållande till företagen; förändringen syns särskilt i socialtjänsterna.⁹ Trots den ökade personalmängden finns det en betydande brist på arbetskraft inom branschen.¹⁰ Det förekom brist både i tjänsterna på basnivå och på specialnivå. Det förekom svårigheter särskilt i fråga om tillgången på vikarier, men i allt högre grad också i rekryteringen av ordinarie personal. Inom social- och hälsovårdsbranschen behövs uppskattningsvis 200 000 nya arbetstagare under de kommande 15 åren.¹¹

Tillgången till personal varierade mellan olika yrkesgrupper och områden.¹² Den relativt sett största bristen gällde socialarbetare och psykologer, och tillgången kommer enligt prognosen inte att bli bättre före 2030.¹³ Rekryteringssvårigheterna utvidgades till att gälla allt fler yrkesgrupper. Läkarbristen inom primärvården har hållit sig på samma nivå under de senaste åren; i oktober 2021 var cirka sju procent av uppgifterna oskötta. Flest hälsocentralläkare saknades i östra Finland, där minst var femte uppgift inte utfördes.¹⁴ Svårigheterna med att rekrytera personal framhövdes främst på enheter som låg längre bort från regionernas centralorter.

Covid-19-pandemin prövade personalens tillräcklighet och ork. Personalen utbildades och förflyttades till uppgifter som krävdes för att hantera pandemin, vilket tog resurser från andra funktioner. Coronakarantänerna och de skärpta anvisningarna om frånvaro försvårade personalsituationen ytterligare. Personalen belastades av många faktorer, såsom omfattande förändringar i arbetsuppgifterna och -praxisen samt att leva mitt under en utdragen pandemi.⁴ Sjukfrånvaron inom vårdbranschen ökade tydligt jämfört med året innan.¹⁵

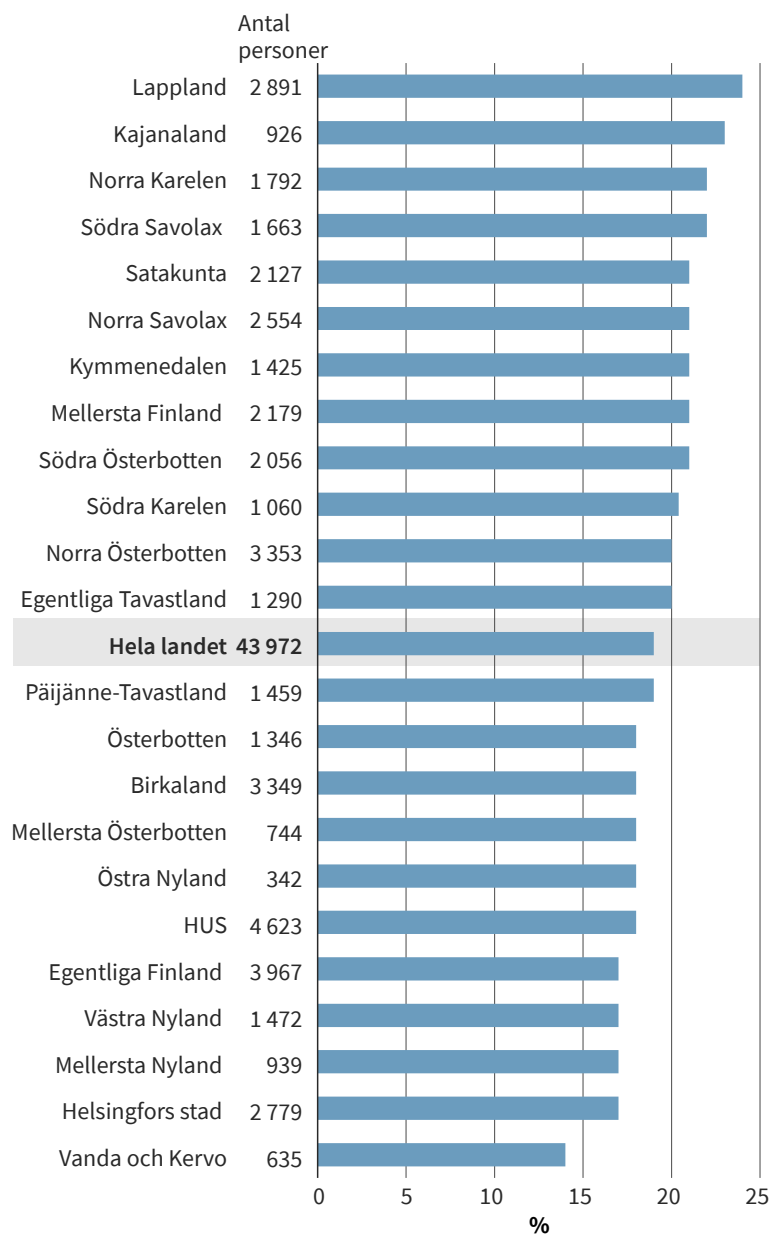
Utmaningarna i fråga om personalens tillräcklighet betonades inom hemvården för äldre. Enheterna hade oftast inte tillräckligt med personal, och övertid var vanligt förekommande. Rekryteringssituationen försvårades av att personaldimensioneringen inom heldygnsvården stegvis skärptes; den nya personaldimensioneringen reglerades i äldreomsorgslagen som trädde i kraft i oktober 2020.¹⁶ Bristen i personalens tillräcklighet och kompetens kom också till tillsynsmyndigheternas kännedom.¹⁷

Pensionsavgångar förvärrar rekryteringsutmaningarna

Inom den offentliga sektorn kommer pensionsavgångarna vara omfattande bland social- och hälsovårdspersonalen under innevarande decennium. Enligt prognosen kommer ungefär var femte i personalen i de framtida välfärdsområdena att gå i ålderspension före 2030. Proportionellt sett går mest personal i pension i norra och östra Finland. (Figur 2.) Dessutom övergår uppskattningsvis ungefär var tionde av den nuvarande personalen i antingen partiell eller full invalid- eller sjukpension. Den sammanlagda andelen för olika pensionsformer torde som mest stiga till över 30 procent av personalmängden bl.a. i Lappland, Kajanaland och Södra Savolax.



Figur 2. Antalet och andelen social- och hälsovårdspersonal som går i ålderspension per välfärdsområde och på riksnivå åren 2022–2030 enligt Kevas prognos.



◀ Figuren visar antalet och andelen social- och hälsovårdspersonal som går i ålderspension per välfärdsområde och på riksnivå åren 2022–2030. Procentandelarna har räknats ut från antalet försäkrade personer i Kevas medlemsorganisationer (31.12.2020). Uppgifterna bygger på Kevas pensioneringsprognos för den kommunala sektorn.



Dragningskraften och förmågan att hålla kvar personal stärktes med mångahanda metoder

Trots att personalsituationen försvårats av covid-19-pandemin strävade anordnarna efter att trygga tillgången på arbetskraft på lång sikt. Större uppmärksamhet fästes vid branschens attraktionskraft och förbättrade arbetsförhållanden. Rekryteringsmetoderna blev mångsidigare och i synnerhet sociala mediers betydelse som kanal för att hitta arbetskraft ökade. Arbetsgivarbilden förbättrades bland annat genom att satsa på handledning av studerande och introduktion i arbetet. Dessutom infördes åtgärder som stöder arbetshälsan och arbetsförmågan.

Samarbetet med läroanstalterna intensifierades på många ställen. I regionerna ordnades olika yrkesförberedande utbildningar som var skraddarsydda för lokala behov, och utbildningsplatserna och utbildningsansvaret utökades. Ställvis samarbetade man med utländska universitet. Dessutom stärktes sam användningen av personal både när det gällde enskilda anordnare och på samarbetsområdesnivå. Allmänt utnyttjades också hyrd arbetskraft och köpta tjänster, även om tillgången på dessa försämrades.

Ställvis sökte man också hjälp med personalsituationen genom att påskynda rekryteringen av utländsk vårdpersonal. Antalet uppehållstillstånd som beviljats på grund av arbete och EU-registreringar ökade. Arbetskraftsinvandringen inom social- och hälsovårdsbranschen var dock fortfarande obetydlig.¹⁸ Andelen skötare som fått utbildning utomlands var bland de lägsta i OECD-länderna 2019 (1,8 %).¹⁹ Social- och hälsovårdsministeriet inledde i slutet av 2021 ett tväradministrativt program för att trygga att personalen inom social- och hälsovården är tillräcklig och tillgänglig.²⁰



Datahantering och digitalisering

Beredningen av välfärdsområdenas datahantering har sedan början av 2021 styrts av skyldigheten att utarbeta en datahanteringsmodell som innehåller en beskrivning av informationssystemet.²¹ Att säkerställa att klient- och patientdatasystemen lämpar sig för kraven på datahantering har varit en betydande del av välfärdsområdenas förberedelser även för informationsledningen. Därför har informationssystemen förenhetligats på flera områden och nya system har införskaffats och införts. I sådana välfärdsområden där det finns många aktörer som anordnar tjänster, användes fortfarande flera klient- och patientdatasystem 2020.

År 2020 var informationssystemhelheterna mest strukturerade inom den specialiserade sjukvården och mest splittrade inom socialvården. Åtta välfärdsområden hade ett patientdatasystem som omfattade tjänster inom den specialiserade sjukvården, primärvården och mun- och tandvården. Socialvårdens informationssystem hade förenhetligats på fyra områden. I de övriga välfärdsområdena fanns det ett stort spektrum av datasystem, särskilt inom primärvården och socialvården.²²

Informationssystemlösningar fortfarande under beredning i flera välfärdsområden

I Södra Finlands samarbetsområde har informationssystemen i Södra Karelen, Kymmenedalens och Päijänne-Tavastlands välfärdsområden i huvudsak förenhetligats och områdena använder samma klient- och patientdatasystem. Före utgången av 2021 ersatte informationssystemet Apotti de tidigare huvuddatasystemen i Vanda och Kervo välfärdsområde, Helsingfors stad och HUS-koncernen. Mellersta Nylands välfärdsområde beslöt att skaffa ett nytt informationssystem och det tas i bruk före 2024.²³ I Västra och Östra Nylands välfärdsområden håller man på att förenhetliga informationssystemen.

I Västra Finlands samarbetsområde finns det många informationssystem i Egentliga Finlands, Satakunta och Österbottens välfärdsområden, men alternativ för förenhetligande har beretts till stöd för beslutsfattandet. I Östra Finlands samarbetsområde har informationssystemen förenhetligats i Norra Karelen välfärdsområde, men i Södra och Norra Savolax samt Mellersta Finlands välfärdsområden kartlägger man fortfarande lösningar. Av välfärdsområdena i Inre Finlands samarbetsområde har informationssystemen i Södra Österbotten förenhetligats, i Egentliga Tavastland och Birkaland pågår fortfarande förenhetligandet av socialvårdens informationssystem. I Norra Finlands samarbetsområde har Kajanalands och Mellersta Österbottens välfärdsområden redan enhetliga informationssystem. Som informationssystemlösning för Norra Österbottens välfärdsområde har man valt patientdatasystemet Esko, som tas i bruk för alla tjänster i Norra Österbotten 2023–2025.²⁴ En förenhetligande lösning saknas fortfarande i Lapplands välfärdsområde.

Avbrott i upphandlingen av informationssystem förändrade planerna för fyra välfärdsområden

Till upphandlingsringen för klient- och patientdatasystemet Aster hörde förutom samkommunerna i Vasa och Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt även samkommunerna för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax och Norra Karelen. Målet var att införa det nya klient- och patientdatasystemet 2025–2026. Den gemensamma upphandlingen avbröts hösten 2021 när samkommunen för Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt drog sig ur projektet.²⁵

Stor variation i beredningen av datasjöar

Datasjöar förbättrar lagring och säker hantering av välfärdsområdenas uppgifter samt deras användbarhet. I vissa välfärdsområden har en datasjö redan tagits i bruk och i vissa är användningen ännu under utredning. På samarbetsområdesnivå pågick utredningsarbetet och åtgärderna i anslutning till datasjöar i nästan alla områden. Inom Södra Finlands samarbetsområde kom fyra välfärdsområden överens med HUS-kon-



cernen om genomförandet av en datasjö under 2021.²⁶ HUS-koncernen bibehåller personuppgiftsansvaret och separata datalager på basis av särlösningen för Nyland.²¹

In-house-bolag har en viktig roll när informationssystemen förnyas

Förenhetligandet, utvecklingen och anskaffningarna av välfärdsområdenas klient- och patientdatasystem har stöttats av flera offentligt ägda in-house-bolag. UNA Oy är ett utvecklingsbolag som grundats av 20 sjukvårdsdistrikt och dess lösningar är i bruktagningsskedet. Ydin UNA och Lomake UNA används fullt ut i Norra Savolax välfärdsområde och införandet av Ydin UNA förbereds till exempel i Södra Österbotten, Egentliga Finland och Birkaland. Esko Systems Oy:s ägare finns i fem välfärdsområden. Bolaget utvecklar patientdatasystemet Esko för den specialiserade sjukvården så att det även lämpar sig för primärvården och kan integreras i socialvårdens klientdatasystem. Ägarna till 2M-IT Oy finns i sju välfärdsområden. Bolaget deltar i utvecklingen av informationssystem i 16 välfärdsområden.

Utvecklingen av e-tjänsterna har varit ett strategiskt mål

I de nationella strategierna Utnyttja social- och hälsovårdsinformation (2014–2020) och Strategi 2030 (2019–) sätts stärkandet av medborgarnas aktiva roll och tjänsternas ändamålsenlighet i centrum.^{27,28} Medborgarnas delaktighet i vård- och serviceprocesserna har varit ett mål för utvecklingen av den elektroniska ärendehantering och egenvården. I en del av Finland talar också långa avstånd till tjänsterna för att utveckla distanstjänsterna. I vissa välfärdsområdens digitala och tekniska lösningar har tvåspråkigheten beaktats, och behovet av tjänster på samiska har också identifierats.

Tjänster som utvecklats nationellt används mycket

Den nationellt utvecklade digitala tjänsten för social- och hälsovården omaolo.fi når redan cirka 80 procent av befolkningen.²⁹ Det elektroniska familjecentret utvecklas också nationellt.³⁰ År 2020 hade tjänsten [Hälsobyn.fi](https://halsobyn.fi), som utvecklats och upprätthålls av universitetssjukvårdsdistrikten, sammanlagt 7,7 miljoner besökare. Det har producerats cirka 160 digitala vårdvägar för patientgrupper inom olika specialiteter, och dessutom ingår olika chattar, chattbotar och symtomnavigatorer i serviceutbudet.³¹

Under 2021 hade 64 procent av befolkningen använt [Mina Kanta-sidor](https://minakanta.sidor.fi); användningen per välfärdsområde varierade mellan 55 och 71 procent.³² Slopandet av pandemirestriktionerna, mildrandet av skälen till coronatester bland barn och att man tittade på testresultat ökade inloggningen och antalet personer i tjänsten Mina Kanta-sidor betydligt i augusti 2020. På motsvarande sätt ökade läsningen och nedladdningen av uppgifter om coronapasset på Mina Kanta-sidor klart antalet användningar i augusti 2021.³³

Riksomfattande elektroniska tjänster är även [MittFPA](https://mittfpa.fi), [Suomi.fi](https://suomi.fi), [112 Suomi](https://112suomi.fi) och [Terveyskirjasto](https://terveyskirjasto.fi). Dessutom har privata hälsotjänstföretag egna elektroniska tjänster som även kunder på utkontrakterade hälsostationer kan använda om avtalen tillåter.

Skillnader mellan regioner och mellan anordnare i de elektroniska tjänsterna

Införandet av digitala tjänster och servicekanaler har framskridit i alla välfärdsområden, men serviceutbudet varierar. Tjänsterna har tidigare i huvudsak utvecklats separat för varje anordnare, men inom ramen för det nationella strukturreformprojektet 2020–2021 har e-tjänster, informationssystem och informationsledning utvecklats för varje enskilt välfärdsområde. Regionala elektroniska tjänster finns i flera välfärdsområden, till exempel [OmaTays](https://omatays.fi) vid Tammerfors universitetssjukhus, servicekanalen [OmaSote](https://omasote.fi) för Kajanalands välfärd och hälsa och den virtuella social- och hälsocentralen [Virtu.fi](https://virtu.fi) för omfattande service i Lapplands välfärdsområde.



Flera former av elektronisk ärendehantering används

De vanligaste elektroniska tjänsterna var att ta emot undersökningsresultat, granska sina egna patient- eller klientuppgifter och tidsbokning – cirka hälften av befolkningen hade använt dessa. Funktioner som användes mer sällan var att skicka egna uppgifter till en yrkesutbildad person, att få anvisningar av yrkesutbildade personer samt att ansöka om socialservice eller utkomststöd.³⁴

Distansvårdstjänsterna och distansmottagningarna utvecklades och ökade kraftigt. Distanstjänsterna har utvidgats till nya funktioner, såsom familjeträning, rehabilitering och terapitjänster. Dubbelriktad kommunikation via video eller chatt med sjukskötare eller socialhandledare blev vanligare, likaså chattbot-tjänster. Elektroniska tjänster såsom blanketter och tidsbokningar blev vanligare, men på grund av covid-19-pandemin begränsades ställvis möjligheten att boka tid elektroniskt till läkar- och skötarmottagningar.

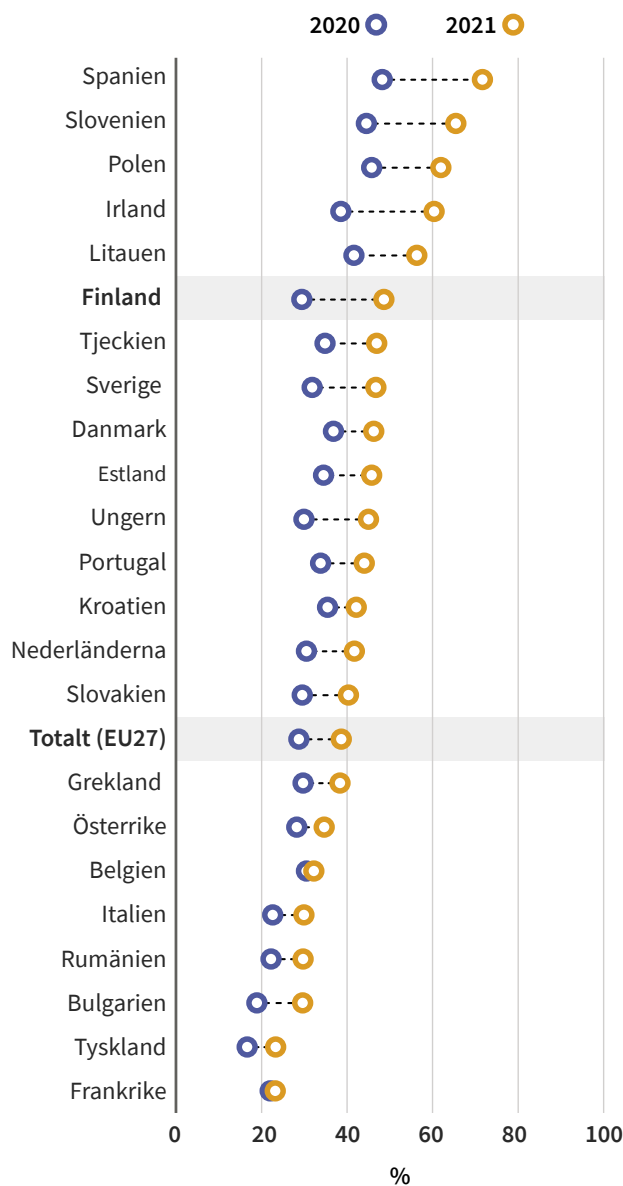
Digitaliseringen framskred också inom äldreomsorgen. Teknologi utnyttjades mer till exempel för läkemedelsdosering och uppföljning av invånarnas välbefinnande. Det blev också vanligare med läkartjänster som producerades på distans.

Covid-19-pandemin påskyndade användningen av elektroniska tjänster

Inom social- och hälsovårdstjänsterna blev de elektroniska tjänsterna mångsidigare, mer omfattande och vanligare under pandemin. När covid-19-pandemin började 2020 minskade både antalet fysiska mottagningsbesök och klientmöten och ersattes med distanstjänster. Man kunde också svara på det ökade servicebehovet till följd av coronapandemin med hjälp av distanstjänster. Enligt FinSote-enkäten 2020 hade fler än var fjärde som använt social- och hälsovårdstjänster utträttat sina ärenden elektroniskt; andelen varierade mellan 13 procent i Södra Savolax och 43 procent i Helsingfors.³⁵ Enligt en enkätundersökning som gjordes i EU-länderna var distanskontakt med läkare vanligare i Finland än i EU i genomsnitt, och det ökade ytterligare under pandemin.³⁶ (Figur 3.)



Figur 3. Andel av den vuxna befolkningen som haft distanskontakt med läkare åren 2020 och 2021 i EU-länderna.



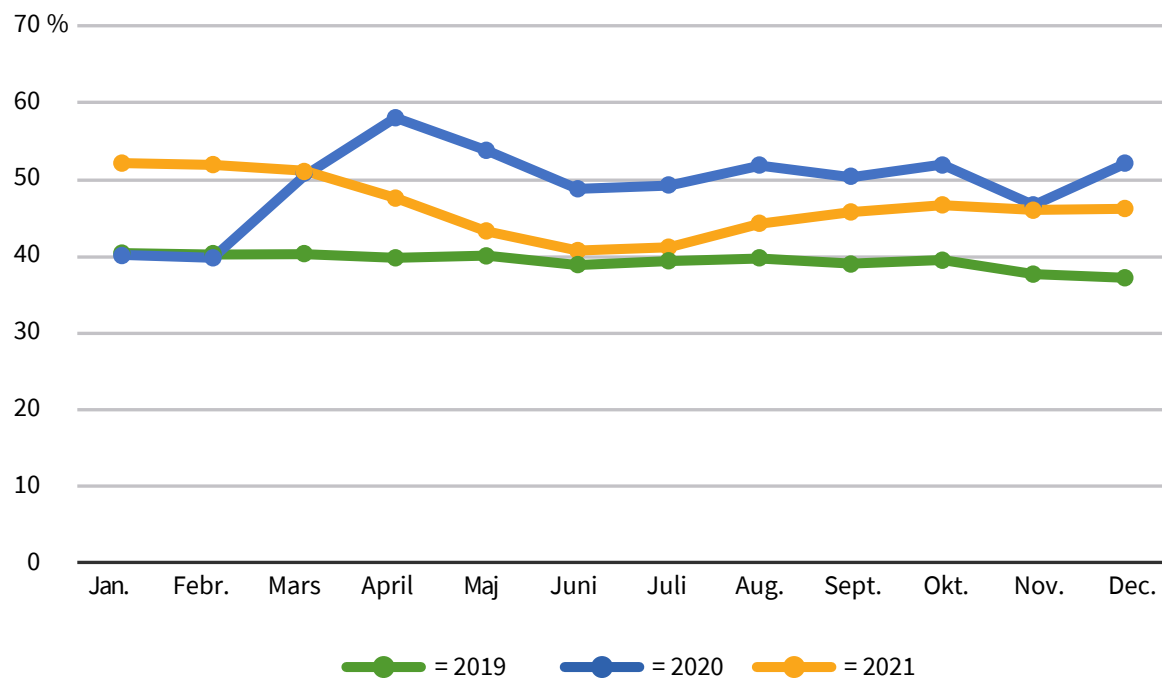
◀ Figuren visar andelen vuxna som haft distanskontakt med läkare i EU-länderna åren 2020 och 2021. På grund av låg reliabilitet saknas resultaten för Cypern, Lettland, Malta och Luxemburg. Uppgifterna bygger på enkäten Living, working and COVID-19 som riktades till personer över 18 år och genomfördes av Eurofound i juni-juli 2020 och februari-mars 2021.

Distanskontakterna* inom primärvårdens öppna sjukvård ökade från 2019 till 2021 med nästan en fjärdedel, från 6,4 miljoner till 8,4 miljoner. Före pandemin utgjorde distanskontakterna cirka 40 procent av ärendena inom den öppna sjukvården. När pandemin började minskade antalet fysiska besök på mottagningarna och var som lägst under pandemin i april 2020. Då ökade andelen distanskontakter till nästan 60 procent. (Figur 4.) Distanskontakt verkar ha etablerats som en verksamhetsform, eftersom nästan hälften av ärendena inom den öppna sjukvården genomfördes på distans i slutet av 2021, även om antalet fysiska mottagningsbesök hade återgått till nästan samma nivå som före pandemin. Även inom den specialiserade sjukvården ökade distanskontakten under pandemin. År 2020 var nästan en fjärdedel av besöken inom den specialiserade somatiska sjukvården inom öppenvården distansbesök.³⁷

*I Avohilmo består distanskontakterna av distanskontakt i realtid och distanskontakt utan kontakt i realtid (gamla kategorier: telefonkontakt, e-tjänster, brev) och i Hilmo av kontaktsättet annan kontakt inom öppenvården.



Figur 4. Andelen distansbesök av besöken inom primärvårdens öppna sjukvård åren 2019–2021



▲ Figuren visar andelen distansbesök av alla besök inom primärvårdens öppna sjukvård åren 2019–2021. Uppgifterna bygger på Institutet för hälsa och välfärds Vårdanmätningar inom den öppna primärvården (Avohilmo-uppgifter). Uppgifterna om är osäkra i och med att användningen av informationssystemet Apotti utvidgades i Nyland våren 2021.

Inom hemvården ökade distanskontakterna från 2019 till 2021 med hela 44 procent, men det motsvarade bara cirka tre procent av ärendena. Det finns inga heltäckande registeruppgifter om socialvården. Enligt en enkätundersökning hade betydligt färre i befolkningen utträttat ärenden elektroniskt inom socialvården än inom hälso- och sjukvården: Två procent av befolkningen hade skött sitt besök elektroniskt med en socialarbetare eller socialhandledare, till exempel via videoförbindelse eller chatt, men 17 procent hade utträttat ärenden elektroniskt med en läkare och 12 procent med en skötare.³⁴

Elektronisk ärendehantering fortfarande allmänt förknippad med bekymmer och hinder

Enligt befolkningsenkäten upplevde fyra av fem hinder och bekymmer när det gällde att använda elektroniska tjänster. Var femte upplevde att de behövde handledning för att använda social- och hälsovårdens webbtjänster; antalet varierade från 28 procent i Södra Österbotten till 14 procent i Helsingfors.³⁵ Olika användargrupper bör beaktas för att de elektroniska tjänsterna verkligen ska vara tillgängliga för alla. Hinder för elektronisk kommunikation kan till exempel utgöras av de kommunikationsmedel som befolkningen använder eller avsaknad av dem, kompetensnivån och delvis även de nätförbindelser som används.³⁸

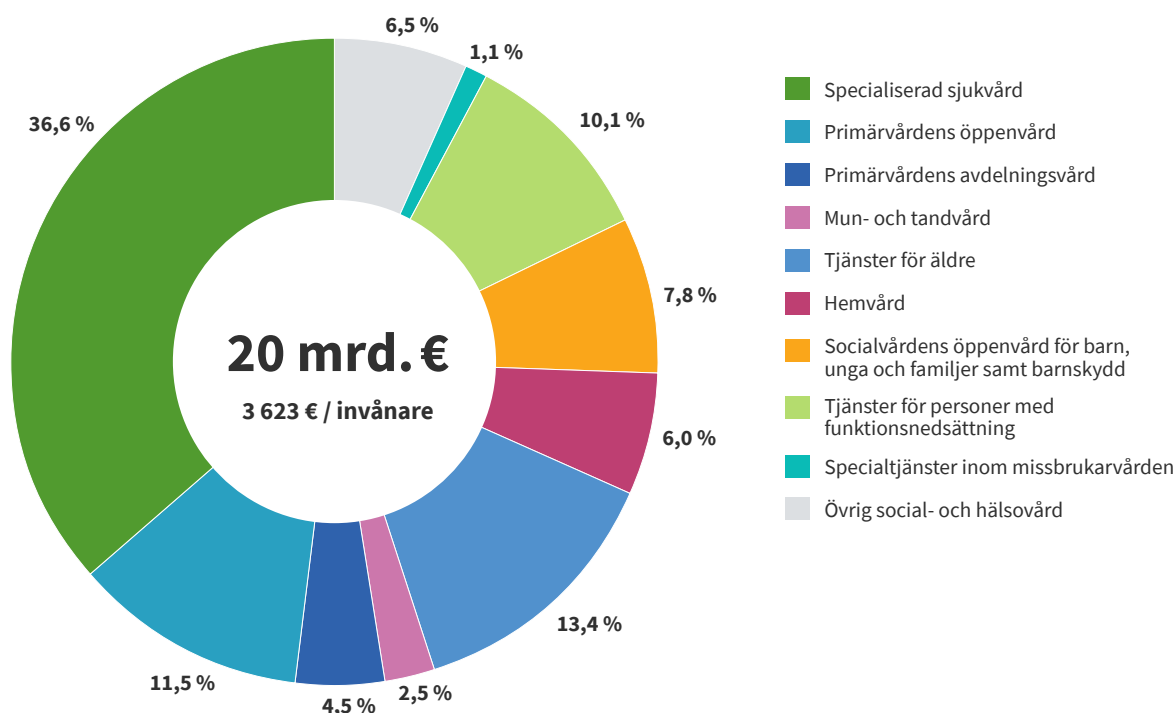


Social- och hälsovårdstjänsternas kostnader, finansiering och investeringar

Det förekom stora regionala skillnader i social- och hälsovårdsväsendets kostnader. År 2020 var nettodriftskostnaderna för socialväsendet och hälso- och sjukvården som kommunerna ansvarar för att ordna 20,0 miljarder euro. Ökningen från föregående år var cirka 800 miljoner euro. Kostnaderna per invånare varierade från 3 081 euro i Västra Nyland till 4 788 euro i Kajanaland (3 623 euro i hela landet). (Figur 5.) Nästan 60 procent av nettokostnaderna för kommunernas driftsekonomi hänförde sig till social- och hälsovården, vilket motsvarar nivån under tidigare år.³⁹

Nettodriftskostnaderna per invånare för social- och hälsovården, då de inte proportionerats till servicebehovet, ökade 2016–2020 reellt med i genomsnitt 6,9 procent enligt prisnivån 2020. Kostnadsökningen per invånare var minst i Päijänne-Tavastland (1,9 %) och Norra Karelen (3,0 %). Social- och hälsovårdstjänsterna har ordnats på landskapsnivå i båda områdena sedan 2017. Ökningen av social- och hälsovårdskostnaderna per invånare var störst i Kajanaland (16,4 %).

Figur 5. Fördelning av nettodriftskostnaderna för hela landets social- och hälsovårdsväsende per uppgift 2020, %



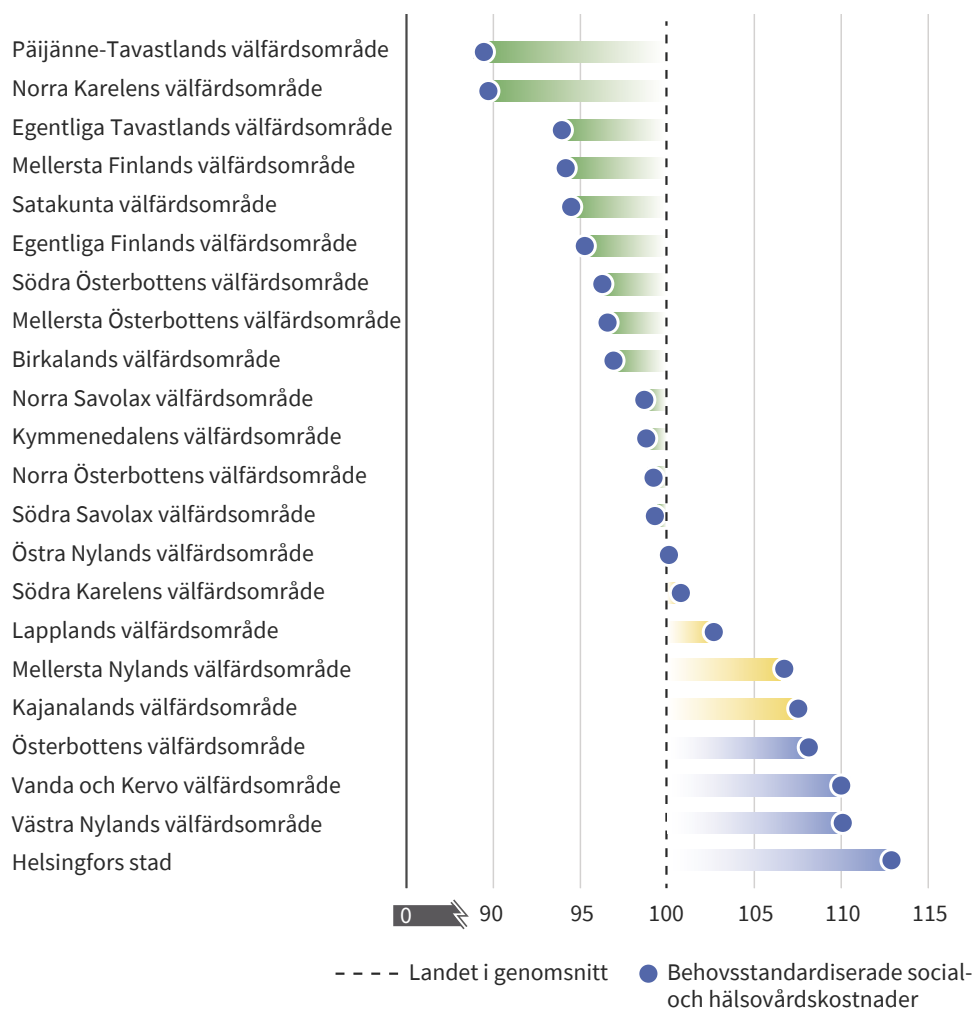
▲ Figuren visar uppgiftsspecifika procentandelar av nettodriftskostnaderna för social- och hälsovårdsväsendet i hela landet år 2020. Uppgifterna bygger på Statistikcentralens statistik Kommunekonomi.



Kostnaderna i förhållande till invånarnas servicebehov förblev lägst i Norra Karelen och Päijänne-Tavastland

Nivån på kostnaderna för de social- och hälsovårdstjänster som kommunerna ansvarar för att ordna påverkas bland annat av skillnaderna mellan områdena i fråga om utbudet av företagshälsovård och tjänster inom den privata sektorn samt skillnaderna i befolkningsstrukturen. Servicebehovet som beaktar befolkningens ålders- och könsstruktur, socioekonomiska ställning och sjukfrekvens är störst i Södra Savolax, där det är en fjärdedel större än i landet i genomsnitt.⁴⁰ I Västra Nyland är servicebehovet på motsvarande sätt lägst i landet: En knapp fjärdedel lägre än i landet i genomsnitt. Social- och hälsovårdskostnaderna i förhållande till servicebehovet har under flera år varit de lägsta i landet i Norra Karelen och Päijänne-Tavastland. På motsvarande sätt är kostnaderna i Nyland i förhållande till servicebehovet, med undantag av Östra Nylands område, högre än genomsnittet för hela landet. (Figur 6.)

Figur 6. De behovsstandardiserade kostnadernas avvikelse från genomsnittet för landet per välfärdsområde år 2020, %



▲ Figuren visar de behovsstandardiserade kostnadernas avvikelse från genomsnittet för landet per välfärdsområde (100). Ju längre bort balken som beskriver kostnaderna är från genomsnittet, desto mindre eller större är områdets behovsstandardiserade utgifter. Behovsfaktorer som beaktats är ålders- och könsstruktur, sjukfrekvens och socioekonomisk ställning. Uppgifterna bygger på Statistikcentralens statistik Kommunekonomi 2020 och de behovskoefficienter för 2019 som Institutet för hälsa och välfärd producerat.



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 hälsovårdstjänsterna i hela landet bli i genomsnitt 1,4 procent per år fram till 2030. Den största kostnadsökningen förutspås i Helsingfors stads och Nylands välfärdsområden, där befolkningen är yngre än genomsnittet. Den långsammaste reella kostnadsökningen förutspås i Kajanaland, Kymmenedalen och Södra Savolax, där andelen äldre för närvarande är störst i landet. Dessutom har löneharmoniseringen för personalen som överförs till välfärdsområdena bedömts öka kostnaderna för social- och hälsovården avsevärt i olika delar av landet, särskilt om samordningen genomförs i enlighet med nivån på topplönerna.⁴¹

Långvarigt sjukhusbyggande påskyndade ökningen av samkommunernas lånebestånd

Samkommunernas investeringar har hållits på en hög nivå under flera års tid. År 2019 ökade investeringarna exceptionellt kraftigt och mer än 80 procent av ökningen av lånebeståndet förklarades av sjukvårdsdistriktens verksamhet.⁴² År 2020 avtog investeringsökningen.

Byggandet av sjukhus har länge varit intensivt på olika håll i Finland och det har ökat sjukvårdsdistriktens relativa skuldsättning. Till exempel i Norra Savolax, som har ett mindre befolkningsunderlag än andra universitetssjukvårdsdistrikt, har sjukvårdsdistriktets relativa skuldsättning ökat snabbt under de senaste åren. År 2020 var den relativa skuldsättningsgraden 76,5 procent, vilket var större än de övriga universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt.⁴³ Nettoinvesteringarna i hela landet ökade med cirka 135 miljoner euro till över 870 miljoner euro 2020. På motsvarande sätt ökade sjukvårdsdistriktens lånestock med knappt 680 miljoner euro till sammanlagt över 2,7 miljarder euro.⁴²

Betydande byggnadsinvesteringar inom social- och hälsovården genomförs och bereds också i kommunerna. Till exempel beviljades år 2021 dispens för en investering gällande Dals samsjukhus som Helsingfors stad och HUS berett. Kostnadsberäkningen för den är 838 miljoner euro.⁴⁴

Välfärdsområdenas investeringsplaner bedöms i förhållande till lånefullmakterna

När ansvaret för att ordna social- och hälsovård och räddningsväsendet överförs till välfärdsområdena, ska de åläggas en lagstadgad skyldighet att årligen utarbeta en investeringsplan för de ministerier som ansvarar för styrningen. Investeringsplanen får inte stå i konflikt med välfärdsområdenas lånefullmakt.⁴⁵

Ekonomi i de kommuner som finansierar social- och hälsovårdstjänster stärktes i och med coronastöden

År 2020 stärktes kommunernas ekonomi avsevärt. Årsbidraget, som beskriver balansen i driftsinkomsterna och -utgifterna, var rekordhögt och räckte till för att täcka både avskrivningarna och nettoinvesteringarna. Det fanns endast två kommuner med negativt årsbidrag – året innan var antalet 65.⁴² Kommunernas årsbidrag stärktes av den måttliga utvecklingen av nettoutgifterna och den kraftiga ökningen av skattefinansieringen. I synnerhet statsandelarna ökade exceptionellt mycket, eftersom staten riktade ekonomiska stödåtgärder till kommunsektorn för att hantera covid-19-pandemin. Höjningen av utdelningen av samfundsskatten med tio procentenheter för 2020 och 2021, som var en del av coronastödet, ökade kommunernas skatteinkomster.⁴² Dessutom höjde över 50 kommuner sin skatteprocent för 2020.

Räkenskapsperiodens resultat 2020 var negativt i tio sjukvårdsdistrikt och deras sammanlagda resultat för räkenskapsperioden var cirka 117 miljoner euro negativt. Räkenskapsperiodens andel för samkommunerna för Södra Karelen, Kymmenedalens och Birkalands sjukvårdsdistrikt var cirka 92 miljoner euro. Ett år tidigare hade resultatet för räkenskapsperioden i 15 sjukvårdsdistrikt varit negativt med en totalsumma på cirka 70 miljoner euro.⁴²



Utifrån den preliminära bokslutsanalysen för kommunekonomin förblev räkenskapsperiodens resultat starka även 2021. Kommunernas och samkommunernas utgifter ökade på grund av covid-19-pandemin, men inkomstutvecklingen hängde med i utgiftsutvecklingen. Kommunernas skatteutveckling var god och inkomsterna ökade till följd av coronastöden. De motsvarade de direkta utgifter social- och hälsovårdsväsendet haft på grund av corona till deras fulla belopp.⁴⁶

De välfärdsområdesspecifika finansieringskalkylerna preciseras ytterligare

Den framtida finansieringen av välfärdsområdena grundar sig på statlig finansiering med allmän täckning. Som bestämningsgrund för finansieringen av social- och hälsovården betonas befolkningens servicebehov i regionerna; andelen för det är cirka 80 procent.⁴⁷ Som kriterium för bestämmandet av räddningsväsendets finansiering betonas på motsvarande sätt invånarantalet (65 %). På finansiering med allmän täckning tillämpas i fortsättningen ett övergångsutjämningsförfarande, genom vilket man strävar efter att jämna ut effekterna av skillnaden mellan de kostnader som överförs och den kalkylerade finansieringen för välfärdsområdena. Enligt de kalkyler som finansministeriet publicerade hösten 2021 skulle den kalkylerade finansieringen öka mest i Norra Karelen och Lappland och på motsvarande sätt minska i flera områden i Nyland.⁴⁸

Kommunernas budgetuppgifter för 2022 om nettokostnaderna för social- och hälsovården och räddningsväsendet utgör grunden för finansieringen av välfärdsområdena. De överförda kostnaderna påverkar också de välfärdsområdesspecifika finansieringskalkylerna samt kommunernas finansieringsanalyser och inkomstskattesatserna som skärs ner från kommunerna.⁴⁹ Enligt en budgetenkät riktad till kommunerna uppgår nettokostnaderna för social- och hälsovården till cirka 20,7 miljarder euro och räddningsväsendets nettokostnader till cirka 500 miljoner euro. Enligt den senaste uppskattningen uppgår kostnaderna som överförs till välfärdsområdena till sammanlagt cirka 21,2 miljarder euro. Detta är cirka 600 miljoner euro mer än i den tidigare uppskattningen från 2021.⁴⁹



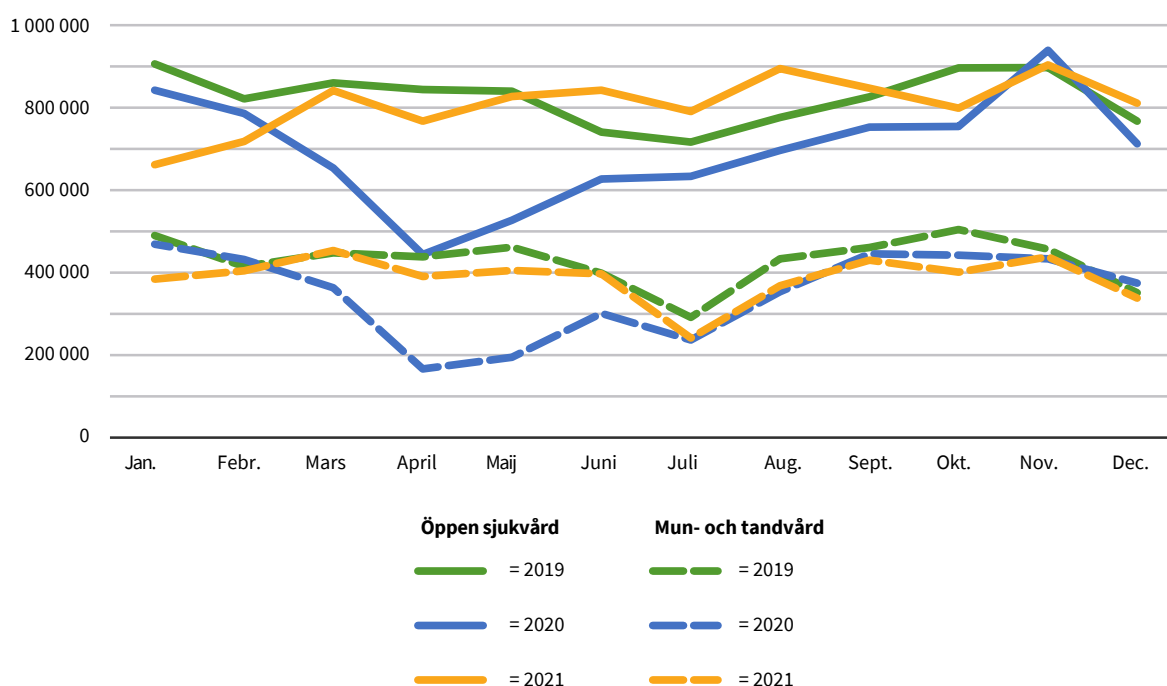
Tillgången till social- och hälsovårdstjänster

Primärvården klarade av de extra uppgifter som coronaåren medförde genom att prioritera

Covid-19-pandemin påverkade primärvårdens verksamhet i stor utsträckning. Antalet mottagningsbesök rasade våren 2020, delvis på grund av hälso- och sjukvården och delvis på grund av kunderna. Personal överfördes till andra uppgifter, såsom provtagning, spårning och vaccinationer, i syfte att stävja och hantera pandemin. En del av kunderna vågade inte använda tjänsterna när pandemin började. Distanstjänster togs snabbt i bruk både för att ersätta mottagningarna och för att svara på den ökade efterfrågan på tjänster. Den utdragna situationen orsakade oro, i synnerhet vad gäller personalens ork och tillräcklighet, men också på grund av den kostnadsökning som pandemin orsakade. Inom primärvården har man dock klarat av den förändrade och ökade arbetsmängden ganska bra.⁵⁰ Den brådskande vården har kunnat ordnas under hela pandemin.⁵¹

Den öppna sjukvården är den mest omfattande av hälsovårdscentralernas tjänster. År 2020 hade den öppna sjukvården 2,9 miljoner kunder och sammanlagt 9,9 miljoner besök.⁵² Jämfört med året innan minskade de fysiska besöken på mottagningarna med cirka 15 procent, medan distansbesöken ökade med 30 procent. År 2021 gjordes nästan lika många besök på mottagningarna som före pandemin. (Figur 7.)

Figur 7. Mottagningsbesök inom öppna sjukvården och mun- och tandvården åren 2019–2021



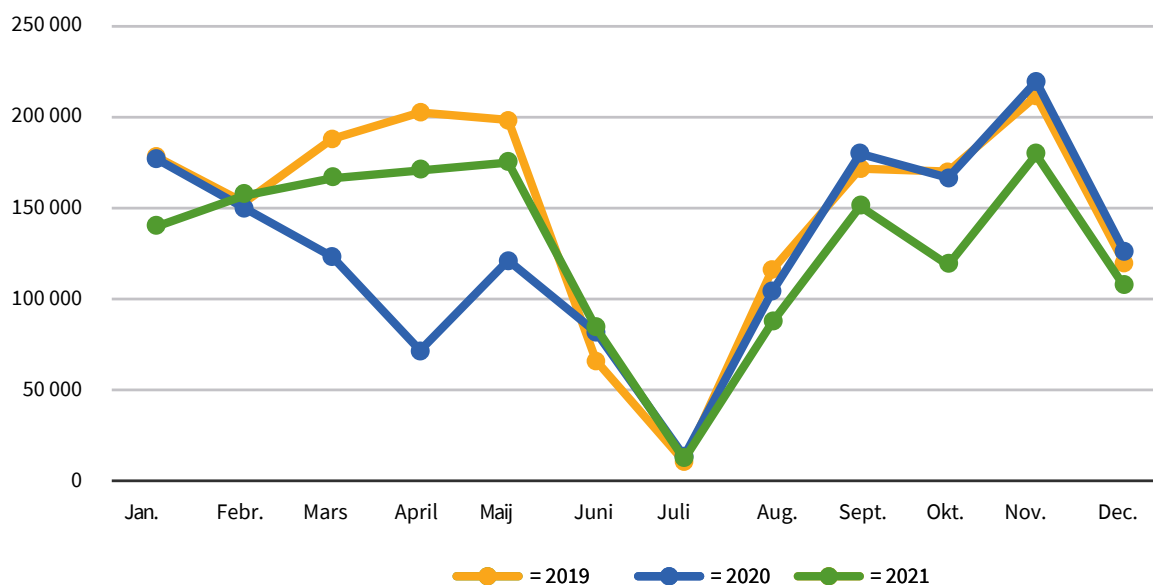
▲ Figuren visar antalet mottagningsbesök inom öppna sjukvården och mun- och tandvården i hela landet månadsvis åren 2019, 2020 och 2021. Uppgifterna bygger på Institutet för hälsa och välfärds Vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo-uppgifter). Uppgifterna om öppen sjukvård är osäkra i och med att användningen av informationssystemet Apotti utvidgades i Nyland våren 2021.



Besöken på mödra- och barnrådgivningarna var år 2021 på samma nivå som år 2019 före covid-19-pandemin, och under det första pandemiåret 2020.^{53,54} Antalet besök inom skolhälsovården minskade betydligt i mars 2020, när skolorna övergick till distansundervisning. (Figur 8.)

Under läsåret 2020–2021 gjordes en omfattande hälsoundersökning inom skolhälsovården endast för cirka hälften av barnen enligt uppgifterna i Avohilmo.⁵⁵

Figur 8. Antalet mottagningsbesök inom skolhälsovården i hela landet månadsvis åren 2019–2021



▲ Figuren visar antalet mottagningsbesök inom skolhälsovården i hela landet månadsvis åren 2019, 2020 och 2021. Uppgifterna bygger på Institutet för hälsa och välfärds Vårданmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo-uppgifter). Uppgifterna om är osäkra i och med att användningen av informationssystemet Apotti utvidgades i Nyland våren 2021.

På hälsovårdscentralerna har man kunnat producera tjänster nästan normalt och tillgången har i huvudsak varit god.⁵¹ De läkarbesök som genomförts efter vårdgarantitiden (3 mån.) var mindre än en halv procent av de icke-brådskande besöken både i mars och oktober 2021, och mindre än en procent 2020. Under en vecka fick 65 procent av patienterna komma till läkarmottagningen på icke-brådskande besök i mars 2021. I oktober var siffran 61 procent. I mars var fler än varannan person tvungen att vänta på vård i över en vecka i endast tre välfärdsområden och i oktober i endast åtta. Enligt befolkningsenkäten 2020 upplevde var femte att de fått otillräckliga läkartjänster; mest nöjda var man i Norra Savolax och i Södra och Mellersta Österbotten.⁵⁶ På motsvarande sätt upplevde var sjunde person att de fått otillräckliga tjänster av sjukskötare. Sammantaget var kunderna nöjda med tidtabellen för genomförandet av tjänsterna och kundresponserna 2020 varierade knappt alls mellan välfärdsområdena.



Enligt Avohilmo-uppgifterna var de vanligaste orsakerna till läkarbesök inom den öppna sjukvården (ICD-10) blodtryckssjukdom, akuta infektioner i de övre luftvägarna och ryggvärk 2019, 2020 och 2021.⁵⁷ Det är inte meningsfullt att jämföra besöksorsaker för 2021 med tidigare år, eftersom uppgifterna om Helsingfors, Grankulla, Kervo och Vanda är bristfälliga på grund av problem med dataöverföringen. År 2021 var det även första gången som uppgifter och diagnoser från den privata hälso- och sjukvården ingick i Avohilmo, och dessa åtskildes inte från uppgifterna om den offentliga hälso- och sjukvården. Jämfört med 2019 blev diagnoser med anknytning till affektiva störningar, såsom depression, ångest och sömnstörningar, vanligare som besöksorsaker 2020. Som väntat blev akut infektion i de övre luftvägarna klart vanligare som besöksorsak 2020. Vuxendiabetes minskade däremot som besöksorsak med nästan 9 procent från 2019 till 2020. Även om motsvarande minskning inte observerades för alla sjukdomar, till exempel blodtryckssjukdom, uppstod service- och vårdskuld i vården av kroniska sjukdomar och dessutom i de tjänster där det fanns flest restriktioner, såsom mun- och tandvården samt skol- och studerandehälsovården. (Figurerna 7 och 8.)

Långvarig vårdskuld inom mun- och tandvården

År 2020 hade tandläkarbesöken inom mun- och tandvården minskat med 18 procent jämfört med året innan.⁵² Undantaget i besöken var störst våren 2020 jämfört med åren 2019 och 2021. (Figur 7.) Vårdskuld uppstod och största delen av den riktades till de områden där pandemiläget hade varit som värst. Av dem som behövde tandläkartjänster varierade andelen som fått otillräckliga tjänster från 14 procent i Södra Östernbotten till 33 procent i Helsingfors enligt befolkningsenkäten 2020.⁵⁶ År 2020 var andelen i genomsnitt 24 procent; 2018 var den 19 procent. Vårdköerna avklarades när pandemin lättade och de var i genomsnitt kortare 2020 och 2021 än 2019. I mars 2021 var över hälften av dem som väntade på vård tvungna att vänta på vård i över tre veckor i sju välfärdsområden och i oktober 2021 i tio välfärdsområden. I Kajanalund och Östra Nyland var situationen utmanande vid båda tidpunkterna.

Icke-brådskande vård inom den specialiserade sjukvården enligt covid-19-pandemiläget

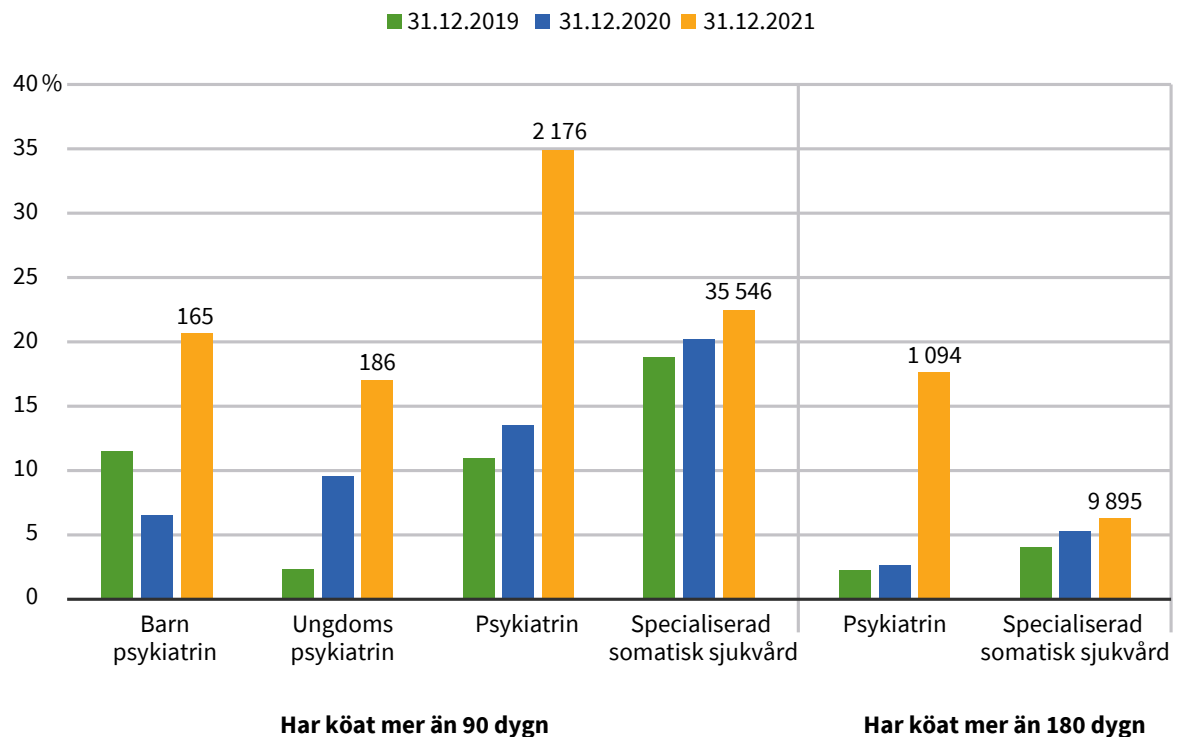
Inom den specialiserade sjukvården ledde den obligatoriska beredskapen för epidemin våren 2020 till en kraftig nedkörning av den icke-brådskande vården, och även patienterna flyttade fram sina besök.^{50,51} Genom att utöka distansmottagningsverksamheten ersattes öppenvårdsbesöken.⁵¹ Den brådskande vården inom den specialiserade sjukvården har i huvudsak fungerat bra.^{50,51} Medianen för väntetiden för personer som väntade på specialiserad sjukvård (50 procent) ökade i nästan alla sjukvårdsdistrikt från 2019 till 2021. Service- och vårdskuld uppstod för en del av specialiteterna, särskilt för kirurgi, ögonsjukdomar, tand-, mun- och käksjukdomar och öron-, näs- och halssjukdomar.⁵¹ Den icke-brådskande vården har blivit lidande i varierande grad och alla service- och vårdskulder syns inte i köerna.⁵⁰ Besöken inom den specialiserade somatiska sjukvårdens öppenvård och avdelningsvård minskade under hösten 2021 jämfört med 2019 och 2020, i synnerhet avdelningsvården. Den minskade användningen av tjänster sedan 2020 och i synnerhet från före pandemin 2019 observerades även inom mentalvårdstjänsterna.⁵⁸ Andelen personer som väntat över 180 dygn på vård av alla som väntat på vård ökade enligt uppgifterna om köerna under 2021 särskilt inom de psykiatriska specialiteterna. I slutet av 2021 fanns det 1 094 patienter inom psykiatrin och 9 895 inom den specialiserade somatiska sjukvården som hade överskridit vårdgarantitiden och väntat över 180 dygn på vård. (Figur 9.)



Problem med tillgången till mentalvårdstjänster för barn och unga både på basnivå och inom den specialiserade sjukvården

I början av covid-19-pandemin minskade remisserna till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska sjukvården när primärvårdens möjligheter att identifiera behovet av hjälp och remittera till fortsatt vård försämrades. Senare har antalet remisser ökat eller förblivit oförändrat i största delen av landet. Det har varit brist på avdelningsplatser i en del områden. Det totala antalet remisser ökade med cirka fyra procent jämfört med föregående år.⁵¹ År 2021 var andelen patienter som väntat på ungdomspsykiatrisk specialiserad sjukvård i över 90 dygn cirka 9 gånger större än 2019. Andelen patienter som väntat på specialiserad barnpsykiatrisk sjukvård i över 90 dygn fördubblades från år 2019 till 2021. (Figur 9.) Enligt en enkät som skickats till verksamhetsdirektörerna inom psykiatrin beror problemen med tillgången till tjänster inte enbart på covid-19-pandemin, utan det är också andra orsaker i anslutning till servicesystemet som har lett fram till dem. Den psykiatriska specialiserade sjukvården för barn och unga har också haft kvalitativa utmaningar. Vårdens innehåll har blivit snävare när gruppträffar inte har kunnat genomföras.⁵¹

Figur 9. Antalet och andelen som stått i kö till den specialiserade sjukvården i mer än 90 och mer än 180 dygn i slutet av 2019, 2020 och 2021



▲ Figuren visar antalet personer som stått i kö till den specialiserade psykiatriska och somatiska sjukvården i mer än 90 och mer än 180 dygn (31.12.2021) och andelen som stod i kö i slutet av 2019, 2020 och 2021. Uppgifterna grundar sig på Institutet för hälsa och välfärds uppgifter om tillgången till specialiserad sjukvård.



Antalet barnskyddsanmälningar och placeringar utom hemmet har ökat

Antalet barnskyddsanmälningar har ökat i flera år. År 2020 gjordes en barnskyddsanmälan om 8,1 procent av alla barn och unga under 18 år. Det varierade mellan 5,7 procent i Österbotten till 10,7 procent i Vanda och Kervo. Hösten 2020 inleddes utvärderingar av servicebehovet inom barnskyddet i olika områden i landet (97–100 %) och de färdigställdes (86–100 %) inom de lagstadgade tidsfristerna liksom under tidigare år. Den relativa andelen barn inom barnskyddets öppenvård har minskat under flera år, men andelen barn som placerats utom hemmet har ökat. I THL:s enkäter till kommunerna bedömde en tredjedel av de kommunala aktörerna att tillhandahållandet av stödåtgärder inom barnskyddets öppenvård hade försämrats på grund av covid-19-pandemin.⁵⁹ Barnskyddets familjearbete och andra stödåtgärder hade också genomförts på distans i större utsträckning än tidigare.

Behovet av förmåner i anslutning till arbetslöshet och låga inkomster varierade under pandemin

Antalet arbetslösa arbetssökande ökade i början av pandemin, och även om antalet sjönk tydligt mot slutet av 2020, var antalet arbetslösa arbetssökande dock över hundratusen fler än i början av året. Under 2021 minskade arbetslösheten i relativt jämn takt, men i december 2021 var antalet arbetslösa cirka 23 600 fler än i början av 2020.⁶⁰ Behovet av utkomstskydd för arbetslösa och grundläggande utkomststöd minskade eller förblev oförändrat 2021 jämfört med året innan.⁶¹ Behandlingen av ansökningar om grundläggande utkomststöd vid FPA inom sju vardagar lyckades bra i alla välfärdsområden 2019–2021. På motsvarande sätt lyckades behandlingen av ansökningar om utkomststöd som riktats till kommunerna inom sju vardagar i genomsnitt bra; det förekom utmaningar i Kymmenedalen, Södra Österbotten och Mellersta Nyland 2021.

Tillgången till service för personer i arbetsför ålder som befinner sig i en svår social situation försvårades när pandemin drog ut på tiden

Inom socialservicen försvårades den personliga servicen när tjänsterna 2020 stängdes eller ändrades så att de fungerar med distansförbindelse och digital förbindelse. Bland annat inom socialservicen för personer i arbetsför ålder blev tjänster som tillhandahållits per telefon och digitalt vanligare, och gruppverksamhet och service som ges ansikte mot ansikte minskade. Social rehabilitering och arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte började genomföras på distans och även gruppverksamhet flyttades till nätet. I Socialbarometern 2020 bedömde socialarbetarna att förändringen genomfördes väldigt smidigt – möjligheten att utträta ärenden ansikte mot ansikte hade till största delen bevarats.⁶² I Socialbarometern 2021 bedömde socialarbetarna däremot att alla som behövde det inte kunde erbjudas service i form av personliga möten. Endast en femtedel av socialarbetarna bedömde att servicebehovet hos personer som inte omfattas av distans- eller digitala tjänster tillgodosågs väl eller ganska väl.⁶³

Övergången till distanstjänster försämrade tillgången till service och utträttandet av ärenden i synnerhet för personer som befinner sig i en svår social situation, såsom rehabiliteringsklienter inom mental- och missbrukarvården, bostadslösa och personer med nedsatt funktionsförmåga. Vid sidan av den offentliga sektorn erbjöds betydande hjälp av aktörer inom tredje sektorn. Samarbetet med dem intensifierades.^{51,63} Inom socialservicen stärktes uppsökande och mobilt arbete samt tjänster som tillhandahålls i hemmet. Det gjordes hembesök hos klienterna och möten ordnades utomhus i stället för på byrån. Socialarbetet med personer som bor utomhus och personer med svag anknytning till tjänsterna var mer omfattande än vanligt och måltidstjänsterna för bostadslösa utökades.^{50,63}

Enligt en utvärdering som gjordes i slutet av 2020 genomfördes socialservicen relativt bra, trots att man särskilt på grund av begränsningarna i gruppverksamheten och de personliga mötena upptäckte ett serviceunderskott.^{50,51} År 2021 fanns det en del brister i tillgången till service för personer i arbetsför ålder och i personalens tillräcklighet, särskilt i slutet av mars 2021.⁵¹ Det har rapporterats att socialjourernas arbetsmängd har ökat särskilt i de områden som drabbats hårdast av pandemin.⁵¹



Färre sociala kontakter ökade ensamheten särskilt bland personer med funktionsnedsättning

Ensamheten ökade bland personer med funktionsnedsättning och de sociala kontakterna minskade mer än bland den övriga befolkningen år 2020. Konsekvenserna framhövdes särskilt för personer med svår funktionsnedsättning som fick personlig assistans för att möjliggöra ett självständigt liv. Ett otillfredsställt servicebehov förekom inom många tjänster som är viktiga för personer med funktionsnedsättning, såsom fysioterapitjänster, personlig assistans och färdtjänster.⁵¹

Andelen äldre som får heldygnsomsorg minskade

Inom boendeservicen för äldre har servicestrukturen lättats upp i enlighet med de riksomfattande målen. Användningen av serviceboende med heldygnsomsorg har ökat nästan oavbrutet på 2000-talet och institutionsvården på ålderdomshem och hälsovårdscentralernas vårdavdelningar har minskat på motsvarande sätt. Enligt THL fick knappt 17 procent av dem som fyllt 75 år tjänster för äldre i slutet av 2020. 8,7 procent av åldersgruppen omfattades av regelbunden hemvård, där hembesök görs minst sex dagar under en period på 60 dygn.⁶⁴ 7,3 procent av de äldre bodde på serviceboende med heldygnsomsorg, 0,6 procent på ålderdomshem och 0,1 procent fick långtidsvård på hälsocentralernas vårdavdelningar. Sammanlagt fick 8 procent av dem som fyllt 75 år heldygnsomsorg i slutet av 2020. År 2000 var andelen tio procent.⁶⁴ Under motsvarande tidsperiod ökade antalet personer som fyllt 75 år med 61 procent.

Serviceunderskott inom tjänster för äldre som tillhandahålls dygnet runt

Under covid-19-pandemin uppstod ett serviceunderskott inom äldreomsorgen, då servicenätverken generellt utformades genom att minska antalet platser med heldygnsomsorg. Utvecklingen har delvis påskyndats av att den lagstadgade personaldimensioneringen inom heldygnsomsorgen har skärpts och av att bristen på utbildade vårdare har förvärrats nationellt. Den försämrade tillgången till heldygnsomsorg syntes i många områden på att allt fler väntade på att få tillgång till omsorgstjänster. Verksamhetspraxisen inom vård som tillhandahålls dygnet runt ändrades också i en mer institutionsliknande riktning.⁵¹ I många områden har man satsat allt mer på att utveckla social och intermediär boendeservice för att svara på servicebehovet som beror på det ökade antalet äldre.

Allt oftare fördröjningar i utvärderingarna av äldre personers servicebehov och svårare att få tillgång till hemvårdstjänster

Hemvården för äldre och servicen som tillhandahålls i hemmet har stärkts i enlighet med de riksomfattande målen i hela landet. Den långvariga covid-19-pandemin och den växande personalbristen inom hemvården ökade dock fördröjningarna i utvärderingarna av servicebehovet och begränsade tillgången till hemvårdstjänster.⁵¹ På samma gång fördröjdes utvecklingen av hemvården och hemservicen i många områden. Å andra sidan påskyndade pandemin införandet av distanstjänster och teknik även inom tjänsterna för äldre. En stor del av de äldre behöver dock stöd och handledning i användningen av dessa tjänster och begränsningar i funktionsförmågan kan försvåra användningen av distanstjänster.⁶⁵

I och med att servicestrukturen för äldre har lättats upp har vårdbehoven hos hemmaboende klienter ökat. Detta har påskyndat utvecklingen av tjänster och akuttjänster som tillhandahålls i hemmet i en del av landet. Man har lyckats hejda äldre från att söka sig till jouten genom att social- och hälsovårdspersonalen gör en bedömning av vårdbehovet hemma hos klienten. Denna verksamhet har stärkts bland annat i Päijänne-Tavastland och Kymmenedalen.^{66,67} Åtgärder som främjar upprätthållandet av de äldres funktionsförmåga har blivit vanligare och till exempel hemrehabiliteringen har utvidgats i olika områden i landet. Å andra sidan var det avbrott under pandemin i många verksamheter som upprätthöll funktionsförmågan, och de som fick äldreomsorg rörde sig ute i liten utsträckning.⁵¹

Metoder och kvalitetsrapport

Utvärderingens informationsunderlag

Expertutvärderingen som Institutet för hälsa och välfärd (THL) utarbetat grundar sig på både kvantitativ information och kvalitativt material. Det centrala informationsunderlaget för utvärderingen utgörs av diskussioner som fördes med representanterna för de områden som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården våren och sommaren 2021. Det kvantitativa informationsunderlaget för utvärderingen grundar sig på de nationella indikatorerna för kostnadseffektivitet inom social- och hälsovården (KUVA). Lägesbilden som ligger till grund för expertutvärderingen har utvidgats genom att utnyttja dokumentmaterial om anordnarnas förvaltning, verksamhetssätt, planer och beslut. I utvärderingen har man dessutom utnyttjat Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovårdens Valviras och regionförvaltningsverkens tillsynsobservationer samt andra nationella myndigheters kalkyler och utredningar.

I utvärderingarna av välfärdsområdena 2020 granskades ordnandet av tjänster inom de specialteman som områdena definierat och som fastställts av social- och hälsovårdsministeriet. Utöver välfärdsområdets två specialteman bedömdes befolkningens servicebehov, nuläget och utvecklingsriktningen för ordnandet av tjänster samt social- och hälsovårdens kostnader, finansiering och investeringar. Dessutom sammanställdes en lägesbild av datahanteringen och digitaliseringen inom social- och hälsovården i utvärderingarna. Man kan bekanta sig med alla regionala expertutvärderingar på THL:s webbplats för utvärdering av välfärdsområden. Den nationella expertutvärderingen av social- och hälsovårdstjänsterna 2020 sammanställer en lägesbild för hela landet av förändringarna i befolkningen och verksamhetsmiljön, datahanteringen och digitaliseringen, social- och hälsovårdens kostnader, finansiering och investeringar samt tillgången till social- och hälsovårdstjänster. Bakgrunden till den nationella lägesbilden framställs med hjälp av observationer från regionala expertutvärderingar samt undersökningar och utredningar som gäller hela landet. Lägesbilden jämförs också med internationell information i tillämpliga delar.

Nationella KUVA-indikatorer och webbtjänsten Sotekuva

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

Sotekuva (tidigare Datafönstret) är en webbtjänst som utvecklats och upprätthålls av THL och där KUVA-indikatorerna presenteras för varje enskilt välfärdsområde. Webbtjänsten plockar ut indikatorerna som ingår i KUVA med hjälp av det öppna gränssnittet i THL:s statistik- och indikatorbank Sotkanet. Sotekuva riktar sig särskilt till experter och representanter för välfärdsområdena som deltar i uppföljnings-, styrnings- och utvärderingsarbetet av social- och hälsovårdens servicesystem, men är öppen för alla användare som är intresserade av KUVA-indikatorerna.

I webbtjänsten finns två olika informationsunderlag för KUVA-indikatorerna: Ett informationsunderlag som uppdateras och ett som är fryst. De svarar på två olika användningsbehov. I informationsunderlaget som uppdateras uppdateras indikatorerna fritt under året och av indikatorerna framgår alltid de senaste tillgängliga siffrorna. I det frysta informationsunderlaget har uppdateringarna av indikatorerna avbrutits i So-

tekuva för att beskriva situationen vid den tidpunkt då THL:s expertutvärdering inleddes: Av indikatorerna presenteras för ett års tid de siffror som var tillgängliga när informationsunderlaget frystes. Tjänsten finns på tre språk: finska, svenska och engelska.

Informationsunderlagets öppenhet, tillgänglighet och kvalitet

Utvärderingen grundar sig i regel på offentligt och öppet tillgänglig information. Uppgifterna i det kvalitativa dokumentmaterial som använts finns i källförteckningen. De indikatoruppgifter som används finns på THL:s Sotekuva (KUVA-indikatorerna) och Sotkanet (THL:s alla indikatorer). Övriga statistikuppgifter har markerats med separata referenser. Valvras och regionförvaltningsverkens tillsynsrapporter finns öppet tillgängliga på utvärderingens webbplats. Till skillnad från det övriga informationsunderlaget är diskussioner som förts med områdena och deras material inte offentliga. Genom gemensamma diskussioner har regionernas representanter deltagit i utvärderingarna, och de har också haft möjlighet att kommentera de färdiga utvärderingstexterna.

Målet är att de indikatoruppgifter som används i utvärderingarna ska vara tillförlitliga och aktuella. THL följer upp att uppgifterna i KUVA-indikatorerna är aktuella med hjälp av en aktualitetsindikator. I juni 2021, när informationsunderlaget frystes, var cirka 70 procent av indikatorernas uppgifter från 2020 eller 2021. I februari 2022 var motsvarande siffra 80 procent när den nationella utvärderingen utarbetades. Vid uppföljningen av aktualiteten bör man beakta att alla KUVA-indikatorer inte uppdateras årligen; de flesta indikatorer som baserar sig på enkätmaterial uppdateras vartannat år. Fördröjningar i de indikatorer som uppdateras årligen beror ofta på svårigheter att leverera uppgifterna.

I utvärderingarna för 2020 fästes särskild uppmärksamhet vid kvaliteten på de indikatoruppgifter som användes. Indikatorer med betydande kvalitetsbrister har inte använts i utvärderingen av området. Detta har begränsat möjligheterna att utnyttja uppgifter i en del områden. Det är social- och hälsovårdsaktörernas gemensamma mål att ha högklassig och aktuell information. Kvaliteten på uppgifterna och vad de täcker i de tre registren i vårdanmälningsystemet (vårdanmälningsregistret för socialvården, vårdanmälningsregistret för hälso- och sjukvården och vårdanmälningsregistret för den öppna primärvården, dvs. Avohilmo) varierar mellan olika områden. Kvalitetsbristerna beror både på svårigheter med att lämna och ta emot information. Det förekommer regionala begränsningar i svarens täckning för de indikatorer som baserar sig på enkätundersökningar. Tillförlitligheten i statistiken över verksamheten inom socialservicen påverkas å sin sida av hur exakta uppgifter som lämnats in till statistiken samt kommunernas svarsaktivitet; om stora kommuner låter bli att meddela uppgifter om verksamheten påverkar detta indikatorernas siffror i förhållande till befolkningen och snedvrider jämförelsen mellan regionerna.

Pågående utvecklingsarbete

Den kunskapsbaserade ledningen utvecklas och produktionen av information förnyas i det pågående Toivo-programmet (Kunskapsbaserad ledning som stöd för beslutsfattandet och utvecklingen av tjänster-na). I projektet Virta som ingår i programmet utvecklas den kunskapsbaserade ledningen i välfärdsområdena och ett minimidatainnehåll som förenar den regionala lägesbilden och är nationellt jämförbart fastställs. Inom projektet Valtava utvecklas de nationella myndigheternas informationsproduktion. Inom projektet utvecklas socialvårdens register, insamlingen av ekonomisk information och personalinformation, rapporteringen samt informationsproduktionen inom den prehospitala akutsjukvården, tillgången till vård och tillsynen utöver mycket annat. Under 2021–2023 utvecklas KUVA-indikatorerna i sin helhet inom projektet Valtava så att de bättre än tidigare motsvarar behoven av effektivitetsbaserad styrning och utvärdering. Som en del av projektet har man utvecklat en webbtjänst för rapportering av KUVA-indikatorer: I början av 2022 infördes en ny och mångsidigare webbtjänst för social- och hälsovården.

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

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

Indikatorvärden i Sotekuva: sotekuva.fi/sv

Statistik- och indikatorbanken Sotkanet: sotkanet.fi

Källor och bakgrundsmaterial som används i bedömningen

Befolkning och verksamhetsmiljö

1. Finlands officiella statistik (FOS): Förhandsuppgifter om befolkningen [nätpublikation] ISSN=1798-8381. December 2021, Tabellbilaga 2. Preliminära uppgifter om befolkningsförändringarna efter landskap år 2021 och förändringen jämfört med de slutliga uppgifterna för år 2020, kvartal I-IV. Helsingfors: Statistikcentralen. [Internetkälla](#) [Läst: 4.3.2022]
2. Sametinget. Befolkningsregistercentralen. Samernas antal i Sametingsvalet 2019. [Internetkälla](#)
3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2021. Finland: Hälsoprofil 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [Internetkälla](#)
4. Kestilä, L., Jokela, M., Härmä, V. & Rissanen, P. (red.) 2021. COVID-19-epidemiaan vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Expertutvärdering, våren 2021. Institutet för hälsa och välfärd. Rapport 3. [Internetkälla](#)
5. Aalto-Setälä, T., Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Kiviruusu, O. 2021. Pandemia ja nuorten mielenterveys – Kouluterveyskysely 2021. Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors. [Internetkälla](#)
6. Kommunförbundet. Kommunernas social- och hälsovårdsförvaltning. Organiseringen av primärvård och socialtjänster 2021. [Internetkälla](#)
7. Social- och hälsovårdsministeriet. Social- och hälsovårdsreformen. Lägesbild av genomförandet januari 2022. [Internetkälla](#)
8. Forskningsprojektet STN IMPRO (2021). Puolet suomalaisista tavoittaa perusterveydenhuollon palvelut 20 minuutissa joukkoliikenteen avulla. [Internetkälla](#)
9. Virtanen, A. (2021). Institutet för hälsa och välfärd. Statistikrapport 47/2021. Personalen inom social- och hälsovården 2018. [Internetkälla](#)
10. Peltonen, J. (2020). Verksamhetsställes rekrytering av arbetskraft 2020. ANM-analys 106/2021. [Internetkälla](#)
11. Arbets- och näringsministeriet. Översikt av personalen i social- och hälsovården: Granskning av aktuella förändringar i verksamhetsmiljön och på längre sikt. ANM Branschrapporter 2021:2. [Internetkälla](#)
12. Arbets- och näringsministeriet. Yrkesbarometern: Utsikter för sysselsättningen i olika yrken. II/2021. [Internetkälla](#)
13. Keva. Kuntien työvoimaennuste 2030. Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. [Internetkälla](#)
14. Läkarförbundet. Terveyskeskusten lääkärtilanne 2021. [Internetkälla](#)
15. Arbetshälsoinstitutet (2021). Arbetstlivskunskap. Det fanns betydande skillnader i sjukfrånvaron mellan olika yrkesgrupper inom kommunsektorn under det första coronaåret. [Internetkälla](#)
16. Kehusmaa, S. & Alastalo, H. (2022). Vanhuspalvelujen työvoimapula kärjistyy kotihoidossa – neljännes yksiköistä tekee joka viikko töitä riittämättömällä henkilöstöllä ja ylityöt ovat yleisiä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2022. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors. [Internetkälla](#)

17. Valvira. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården. Promemoria 18.6.2021. Valviran aluekohtainen valvontahavaintoraportti sen valtakunnalliseen tehtävään liittyen vuodelta 2020 THL:n sote-asiantuntija-arviointien tueksi.
18. Arbets- och näringsministeriet. Pipa Turvanen. Sosiaali- ja terveysalan kansainvälisen rekrytoinnin kehittäminen. Kielitaito on yhteinen asia. Webinarium 2.2.2022.
19. OECD (2021). Health at a Glance. OECD Indicators. [Internetkälla](#)
20. Social- och hälsovårdsministeriet (2021). Programmet för social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet och tillgänglighet inleds. Pressmeddelande 321/2021. [Internetkälla](#)

Datahantering och digitalisering

21. Statsrådet (2021) Välfärdsområdenas referensarkitektur. [Internetkälla](#)
22. Kommunförbundet. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien tilannekuva ja sen analyysi 2020. Slutrapport 11.6.2020. [Internetkälla](#)
23. Mellersta Nylands samkommun för social- och hälsovård. Fullmäktiges protokoll 16.12.2021 § 55. [Internetkälla](#)
24. Projektet POPsote. Mötesprotokoll från den breda politiska ledningsgruppen 5.2.2021 punkt 4. [Internetkälla](#)
25. Samkommunen för Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt. Fullmäktiges protokoll 15.10.2021 § 7. [Internetkälla](#)
26. Samkommunen för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Fullmäktiges protokoll 10.6.2021 § 19. [Internetkälla](#)
27. Social- och hälsovårdsministeriet (2014). Utnyttja social- och hälsovårdsinformationen strategi fram till 2020. Information som stöd för välfärden och de reformerade tjänsterna. [Internetkälla](#)
28. Social- och hälsovårdsministeriet. Strategi 2030. Ett samhälle med sammanhållning och hållbar välfärd. [Internetkälla](#)
29. Omaolo.fi-tjänsten. [Internetkälla](#)
30. Projektet Elektroniskt familjecenter. [Internetkälla](#)
31. Tjänsten Hälsobyn. [Internetkälla](#)
32. Vehko T., Kyytsönen M., Jormanainen V., Hautala S., Saranto K., Vänskä J., Keränen N. & Reponen J. (2021). Kanta-palvelut terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa sekä väestön Omakannan käyttö. THL – Forskning i kortet 67/2021. [Internetkälla](#)
33. Coronaepidemins konsekvenser för välfärden, servicen och ekonomin. THL:s uppföljningsrapport, veckorna 47–48/2021, 8.12.2021. Jormanainen V., Helin A. & Sairanen T. Omakantaan kirjautumiset ennätyslukemissa. [Internetkälla](#)
34. Kyytsönen M., Aalto A.-M. & Vehko T. (2021). Den elektroniska ärendehanteringens inom social- och hälsovården 2020–2021. Befolkningens erfarenheter. [Internetkälla](#)
35. Parikka S., Koskela T., Ikonen J., Kilpeläinen H., Hedman L., Koskinen S. & Lounamaa A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. [Internetkälla](#)
36. Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin. [Internetkälla](#)
37. Kyrölä A. & Järvelin J. Statistikrapport 35/2021, 14.10.2021. THL. Finlands officiella statistik, Somatisk specialiserad vård. [Internetkälla](#)
38. Virtanen L., Kaihlanen A.-M., Kouvonon A., Safarov N., Laukka, Valkonen P. & Heponiemi T. Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi – 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi. Som stöd för beslutet 1/2022. THL. [Internetkälla](#)

Social- och hälsovårdstjänsternas kostnader, finansiering och investeringar

39. Statistikcentralen (2021). Kommunekonomi 2020. [Internetkälla](#)
40. THL (2021a). Behovsstandardiserade kostnader 2019. [Internetkälla](#)
41. KT Kommunarbetsgivarna (2021). Pressmeddelande 23.4.2021. Löneharmonisering enligt högsta nivå hotar finansieringsbasen i vårdreformen. [Internetkälla](#)
42. Finansministeriet (2021a). Preliminära bokslutsuppgifter för 2020 för kommunkoncerner, kommuner och samkommuner i Fastlandsfinland. [Internetkälla](#)
43. Samkommunen för Östra Savolax sjukvårdsdistrikt (2021). Utvärderingsberättelse 2020. [Internetkälla](#)
44. Helsingfors stad (2022). Dals samsjukhus. [Internetkälla](#)
45. Lagen om välfärdsområden 611/2021. [Internetkälla](#)
46. Kommunförbundet (2022). Kommunernas och samkommunernas bokslutsprognoser 2021. [Internetkälla](#)
47. THL (2020). Behovsstandardisering av social- och hälsovårdsfinansieringen. THL rapport 6/2020. [Internetkälla](#)
48. Finansministeriet (2021b). Kommunernas och välfärdsområdenas finansieringskalkyler. [Internetkälla](#)
49. Finansministeriet (2022). Uppgifterna från kommunernas budgetenkät 2022 har publicerats. [Internetkälla](#)

Tillgången till social- och hälsovårdstjänster

50. Kestilä, L., Härmä V. & Rissanen, P. (red.) (2020). COVID-19-epidemiaan vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Expertutvärdering, hösten 2020. [Internetkälla](#)
51. Kestilä, L., Jokela M., Härmä V. & Rissanen, P. (red.) (2021). COVID-19-epidemiaan vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Expertutvärdering, våren 2021. [Internetkälla](#)
52. THL (2021a). Öppenvårdsbesöken inom primärvården och mun- och tandvården 2020. Coronaepidemin minskade antalet fysiska besök på hälsovårdscentralen – distanskontaktorna ökade med nästan 21 procent. Statistikrapport 11/2021. [Internetkälla](#)
53. Reissell, E., Lindberg, P. & Rissanen, P. (2022). Besök på mödra- och barnrådgivningen. Tjänster och förmåner. Coronaepidemins konsekvenser för välfärden, servicen och ekonomin. [Internetkälla](#) [läst 6.3.2022]
54. Jormanainen, V. (2021). Tjänster. Besök på mödra- och barnrådgivningen. Coronaepidemins konsekvenser för välfärden, servicen och ekonomin. THL:s uppföljningsrapport, veckorna 47–48/2021. [Internetkälla](#)
55. THL (2022a). Utfallet av hälsoundersökningar och andra besök på mödra- och barnrådgivningen 2020 samt inom skolhälsovården läsåret 2020–2021. Statistikrapport 03/2022. [Internetkälla](#)
56. Parikka S., Koskela T., Ikonen J., Kilpeläinen H., Hedman L., Koskinen S. & Lounamaa A. Kansallisen terveysterveystien ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. [Webbpublikation](#)
57. THL (2021b). Besöksorsaker bland klienterna inom primärvårdens öppna sjukvård 2020. Statistikrapport 12/2021. [Internetkälla](#)
58. Reissell, E. & Rissanen P. (2022). Tillgången till tjänster inom den specialiserade psykiatriska sjukvården. Tjänster och förmåner. Coronaepidemins konsekvenser för välfärden, servicen och ekonomin. [Internetkälla](#)
59. Eriksson, P., Nelimarkka, S., Paasivirta, A., Tiili, A. & Yliruka, L. (2021a). Koronan vaikutukset lastensuojeluun - osa 2. THL – Forskning i korthet 16/2021. [Internetkälla](#)
60. Coronaepidemins konsekvenser för välfärden, servicen och ekonomin. Honkatukia J. & Kestilä L. (2022). Väestön hyvinvointi, terveystien ja elinolot. [Internetkälla](#)
61. Korpela T. (2022). Etuuskien saajat vuonna 2021. Fpa. [Internetkälla](#)

62. Eronen, A., Hiilamo, H., Ilmarinen, K., Jokela, M., Karjalainen, P., Karvonen S., Kivipelto, M., Koponen, E., Leeman, L., Londén, P. & Saikku, P. (2020). Socialbarometern 2020. Helsingfors: SOSTE Finlands social och hälsa rf. [Internetkälla](#)
63. Eronen, A., Hiilamo, H., Ilmarinen, K., Jokela, M., Karjalainen, P., Karvonen S., Kivipelto, M., Knop, J. & Londén, P. (2021). Socialbarometern 2021. Helsingfors: SOSTE Finlands social och hälsa rf. [Internetkälla](#)
64. THL (2021c). Institutionsvård och boendeservice inom socialvården 2020. Statistikrapport 39/2021. [Internetkälla](#)
65. Virtanen, L., Kaihlanen, A.-M., Kouvonen, A., Safarov, N., Laukka, E., Valkonen P. & Heponiemi T. (2022). Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi – 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi. Institutet för hälsa och välfärd. Som stöd för beslutet 1/2022. [Internetkälla](#)
66. THL (2022b). Social- och hälsovårdstjänster inom Päijänne-Tavastlands välfärdsområde 2020. Som stöd för beslutet 21/2021. [Internetkälla](#)
67. THL (2022c). Social- och hälsovårdstjänster inom Kymmenedalens välfärdsområde 2020. Som stöd för beslutet 13/2021. [Internetkälla](#)