

De riksomfattande målen för ordnandet av social- och hälsovård 2023–2026

Innehåll

1	BAKGRUND	2
2	SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDENS NULÄGE	3
2.1	Befolkningen	4
2.2	Verksamhetsmiljön	5
2.3	Informationshantering och digitalisering	6
2.4	Ekonomi och kostnader	6
3	DE RIKSOMFATTANDE MÅLEN FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN	7
3.1	Förbättra tjänsternas kvalitet	7
3.1.1	Tjänsterna har ordnats jämlikt och de lagstadgade rättigheterna säkerställs	7
3.1.2	Funktionssäkerheten för i synnerhet basservicen stärks och integrationen ökas	8
3.1.3	Tillgången på yrkeskunnig personal säkerställs och social- och hälsovårdens drag- och hållkraftsfaktorer stärks	9
3.2	Öka verksamhetens effektivitet	10
3.2.1	Verksamheten är ekonomiskt hållbar	10
3.2.2	Kostnadsökningen i förhållande till det ökade servicebehovet bromsas upp och förebyggande arbete prioriteras	10
3.2.3	Effektivitetsbaserat grepp betonas i den nationella och regionala styrningen	11
3.3	Social- och hälsovården är en fungerande del av samhället	12
3.3.1	Välfärdsområdena och kommunerna samt de övriga aktörerna har fungerande samarbetsstrukturer och förfaranden	12
3.3.2	Beredskapsplanering och förberedelser genomförs utifrån nationellt enhetliga grunder	12
3.3.3	I verksamheten identifieras möjligheter till socialt, ekonomiskt och ekologiskt hållbara åtgärder samt metoder för att dämpa klimatförändringen	13
3.4	Öka informationens och forskningens betydelse	13
3.4.1	Forsknings- och utvecklingsverksamheten i anslutning till servicesystemet och primär- och socialvårdstjänsterna stärks	13
3.4.2	Den informationshantering och digitalisering som planerats nationellt och i samarbetsområdet stöder måluppfyllelsen och det kundorienterade förnyandet av verksamheten	14

1 Bakgrund

I lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) anges det att statsrådet fastställer riksomfattande mål för social- och hälsovården vart fjärde år. De mål som offentliggörs nu är de första riksomfattande målen för social- och hälsovården i enlighet med 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Ansvar för att ordna social- och hälsovården samt räddningsväsendet övergår till välfärdsområdena vid ingången av 2023. Helsingfors stad ansvarar som kommun för ordnandet av social- och hälsovården samt räddningsväsendet och HUS-sammanslutningen för ordnandet av specialiserad sjukvård i Nyland. De riksomfattande målen för social- och hälsovården är strategiska mål som gäller social- och hälsovårdens verksamhet i hela Finland. Målen är en väsentlig del av den nationella styrningen av social- och hälsovården. Genom målen kan man lyfta fram aktuella reformerings- och utvecklingsbehov inom tjänsterna.

Utgångspunkten för beredningen av de riksomfattande målen är de uppföljningsdata som avser befolkningens hälsa och välfärd och social- och hälsovårdens verksamhet och ekonomi. I målen beaktas även statsrådets finanspolitiska mål för den offentliga ekonomin som har fastställts i regeringsprogrammet, planen för de offentliga finanserna och statsbudgeten. I fortsättningen kommer de riksomfattande strategiska målen att basera sig på den redogörelse enligt 31 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård som utarbetas av social- och hälsovårdsministeriet, där det ingår en bedömning av hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå. Vid utarbetandet av de första målen har man som uppföljningsdata utnyttjat Institutet för hälsa och välfärds expertbedömningar från 2020 där social- och hälsovårdstjänsterna bedömdes för varje välfärdsområde.

Genomförandet av social- och hälsovårdens riksomfattande mål följs och bedöms årligen. För varje mål finns mätare som används för att följa hur målet framskrider. De riksomfattande målen beaktas i de årliga förhandlingar som social- och hälsovårdsministeriet för med välfärdsområdet om genomförandet av de social- och hälsovårdsuppgifter som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Välfärdsområdena ska beakta de riksomfattande målen för social- och hälsovården i sina servicestrategier. När nya riksomfattande mål fastställs utnyttjas uppföljnings- och bedömningsdata för de tidigare målen.

De riksomfattande målen för social- och hälsovården kan vid behov ändras under fyraårsperioden. En orsak till detta kan vara till exempel sådana betydande förändringar i verksamhetsmiljön som motiverar en ändring av tyngdpunkten i social- och hälsovårdens verksamhet och den nationella styrningen. Ett eller flera välfärdsområden kan föreslå en ändring av målen. Även social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriet kan ta initiativ till en ändring.

I 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård fastställs att de riksomfattande målen för social- och hälsovården ska omfatta

- 1) mål som tryggar en jämlik social- och hälsovård och som inom social- och hälsovården säkerställer verkningfullheten, samordningen av tjänster och de språkliga rättigheterna samt främjar jämställdheten mellan könen,
- 2) mål för främjandet av hälsa och välfärd samt för samarbetet mellan välfärdsområden, kommuner och andra aktörer i detta främjande,

- 3) mål för social- och hälsovårdens utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet och utvecklandet av social- och hälsovårdens informationshantering,
- 4) mål för samarbetet och arbetsfördelningen mellan välfärdsområdena och mellan samarbetsområdena för social- och hälsovården,
- 5) mål för att öka produktiviteten och kostnadsnyttoeffektiviteten inom social- och hälsovården,
- 6) allmänna riktlinjer för investeringar i social- och hälsovården, och
- 7) mål för att genomföra beredskap och förberedelser på regional och nationell nivå.

De riksomfattande målen för social- och hälsovården kan gälla även annat som behövs för att utveckla social- och hälsovården.

Beredningen av de riksomfattande målen för social- och hälsovården har gjorts vid social- och hälsovårdsministeriet och vid beredningen har de övriga ministerierna och välfärdsområdena hörts. Beredningsprocessen för de mål som offentliggörs nu inleddes sommaren 2022. Vid utarbetandet av de första målen har man utnyttjat befintliga strategier och handlingsprogram. Framöver kan man vid beredningen av de riksomfattande målen för social- och hälsovården i större utsträckning utnyttja de uppföljnings- och bedömningsdata som samlats in samt de årliga redogörelser som social- och hälsovårdsministeriet utarbetar. De första riksomfattande målen är snävare mål avsedda för övergångsskedet där man beaktar särdragen vid överföringen av organiseringsansvaret samt välfärdsområdenas verksamhetsmodeller och organisation som fortfarande är under arbete.

2 Social- och hälsovårdens nuläge

Institutet för hälsa och välfärd bedömer årligen ordnandet av social- och hälsovård. Från och med 2023 utarbetar Institutet för hälsa och välfärd årligen en expertbedömning av hur social- och hälsovården har ordnats i hela landet, i samarbetsområdena för social- och hälsovården och i välfärdsområdena. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken utarbetar därtill årligen utifrån de uppgifter som erhållits i samband med tillsynen en redogörelse för jämlikheten i social- och hälsovården i välfärdsområdena. Institutet för hälsa och välfärd använder dessa redogörelser när det utarbetar expertbedömningar.

Enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård granskas i expertbedömningarna bland annat befolkningens tillstånd i fråga om hälsa och välfärd enligt befolkningsgrupp, hur behovet av och tillgången på social- och hälsovård, vårdens kvalitet, verkningfullhet och jämlikhet har utvecklats och väntas utvecklas framöver, hur samordningen av kundernas tjänster har genomförts, behoven och effekterna av investeringar i social- och hälsovården samt kostnaderna, kostnadsutvecklingen och produktiviteten i social- och hälsovården. I rapporterna ska dessutom bedömas åtgärder som det är nödvändigt att genomföra i välfärdsområdet med hänsyn till kostnads- och informationshanteringen eller av någon annan anledning för att ändamålsenligheten, tillgången, kvaliteten, verkningfullheten och jämlikheten samt samordningen av kundernas tjänster i social- och hälsovården ska kunna tryggas genom statlig och annan intern finansiering.

Social- och hälsovårdsministeriet ska i fortsättningen årligen utarbeta en riksomfattande redogörelse där det ingår en bedömning av hur väl kravet på jämlikhet i social- och hälsovården uppfyllts och om finansieringen är på en tillräcklig nivå. Redogörelsen används vid utarbetandet av

de riksomfattande målen för social- och hälsovården. Vid utarbetandet av redogörelsen utnyttjas de expertbedömningar som skapats av Institutet för hälsa och välfärd. När de första målen utarbetas har en första årlig redogörelse ännu inte offentliggjorts. Som bakgrundsmaterial till de offentliggjorda målen har man använt Institutet för hälsa och välfärds expertbedömningar från 2020 som gjordes på riksnivå och separat för varje välfärdsområde ([Social- och hälsovårdstjänster i Finland 2020](#)). Avsnittet om social- och hälsovårdens nuläge grundar sig på bedömningarna från 2020.

De riksomfattande målen för social- och hälsovården har en konkret koppling till planeringen av de offentliga finanserna. Vid utarbetandet av de riksomfattande målen beaktas de finanspolitiska mål som har fastställts i regeringsprogrammet, planen för de offentliga finanserna och statsbudgeten. Dessutom beaktas i de riksomfattande målen de övriga mål och åtgärder som statsrådet fastställt, såsom regeringens sysselsättningsmål och åtgärderna i anslutning till dem. I planen för de offentliga finanserna bedöms tillräckligheten av välfärdsområdenas finansiering för att sköta uppgifterna, lagstiftningen om välfärdsområdenas skyldigheter och uppgifter samt välfärdsområdenas ekonomi.

2.1 Befolkningen

Finlands befolkning åldras och har ett större behov av tjänster än tidigare. Samtidigt minskar den andel av befolkningen som är i arbetsför ålder medan nativiteten sjunker och försörjningskvoten försämras. Genom att omstrukturera social- och hälsovården strävar man efter att säkerställa lika tillgång till tjänster i hela Finland. Det finns fortfarande stora skillnader i välfärd och hälsa mellan olika befolkningsgrupper och regioner. Välfärdsområdena ska planera verksamhetsmodeller och tjänster så att de motsvarar befolkningens behov.

Skillnaderna mellan befolkningsutvecklingen i välfärdsområdena är stora. År 2021 minskade utflyttningsöverskottet i många avfolkningsregioner medan inflyttningsöverskottet i Nyland blev negativt. I befolkningsprognosen förväntas folkmängden fram till 2030 öka endast i Nyland, Egentliga Finland, Norra Österbotten och Birkaland. Befolkningsutvecklingen i Södra Savolax, Kajanaland och Kymmenedalen präglas av särskilda utmaningar.

Sju välfärdsområden samt Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen är tvåspråkiga, vilket innebär att social- och hälsovårdstjänsterna ska ordnas på både svenska och finska. Cirka tre procent av befolkningen i Lapplands välfärdsområde talar samiska. Kunden har enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård rätt att använda samiska i social- och hälsovårdstjänster som produceras i kommuner som hör till samernas hembygdsområde samt inom Lapplands välfärdsområdes område i sådana social- och hälsovårdstjänster som produceras endast vid verksamhetsenheter som finns utanför hembygdsområdet.

Finlands befolkning blir allt mer internationell och den andel av befolkningen som talar ett annat språk än finska, svenska och samiska ökar. År 2020 talade nästan åtta procent av befolkningen ett främmande språk. Andelen utlänningar av befolkningen var avsevärt större i Vanda och Kervo samt i Västra Nylands välfärdsområde och Helsingfors än i de övriga välfärdsområdena. Andelen ryskspråkiga är störst i de sydöstra regionerna.

2.2 Verksamhetsmiljön

Alla välfärdsområden har tagit sig an reformen ur olika utgångslägen. Utvecklingsbehoven påverkas förutom av skillnaderna i befolkningsstrukturen och välfärden och hälsan i välfärdsområdena även av hur social- och hälsovården har ordnats tidigare. I de områden som grundat sig på samkommuner har utgångspunkterna varit bättre. I de här områdena har många funktioner utvecklats för hela området redan tidigare.

Service nätverkets täthet varierar i de olika områdena. År 2020 var tillgängligheten till tjänster bäst i Nyland och i de övriga till befolkning sett största områdena i Södra Finland. Sämst var tillgängligheten i Lappland, Kajanaland, Södra Savolax och Södra Karelen.

Tillgängligheten till i synnerhet mentalvårdstjänster för barn och unga är utmanande både inom den specialiserade sjukvården och på basnivå. Mottagningsmängderna inom primärvården rasade år 2020 på grund av coronapandemin. Service- och vårdskuld uppstod i synnerhet inom vården av kroniska sjukdomar och inom de tjänster som berördes av flest restriktioner, såsom skol- och studenthälsovården. Långvarig vårdskuld förekommer framför allt inom mun- och tandvården. Inom den specialiserade sjukvården har vård- och serviceskuld uppstått endast inom vissa specialområden och den icke-brådskande vården har drabbats i varierande grad.

Coronapandemin har haft många olika negativa effekter för befolkningens välfärd. Ängest- och depressionssymptomen bland unga har ökat allt kraftigare. Ensamheten bland äldre samt personer med funktionsnedsättningar har ökat mer än hos den övriga befolkningen.

Inom socialvårdstjänsterna har barnskyddsanmälningarna och placeringarna utanför hemmet ökat. Även tillgången på tjänster för personer i arbetsför ålder försämrades i och med att den personliga servicen försvårades då tjänster stängdes eller omvandlades till distanstjänster. Övergången till distanstjänster försämrade möjligheterna att få tjänster och uträtta ärenden i synnerhet för de personer som befann sig i en svår social situation.

Andelen äldre som fick heldygnsomsorg minskade. Tillgången på tjänster inom heldygnsomsorg har försämrats i många regioner och köerna till omsorgstjänster har blivit längre. Som en följd av det har funktionsförmågan hos de kunder som bor hemma blivit sämre.

Utmaningarna med att få personal inom social- och hälsovården har ökat. Det finns en stor arbetskraftsbrist inom social- och hälsovården när det gäller både bas- och specialservicen. Tillgången på personal varierar beroende på område och yrkeskategori. Rekryteringsutmaningarna förvärras av att allt fler anställda går i pension. Relativt sett sker flest pensioneringar i Norra och Östra Finland. Enligt prognosen kommer ungefär en femtedel av personalen i de blivande välfärdsområdena att gå i pension före 2030.

Coronapandemin belastade social- och hälsovården hårt. Det tog sig uttryck i synnerhet i utmaningar med personalens tillräcklighet och ork. Man har försökt säkerställa tillgången på arbetskraft med många olika metoder, i många fall genom att öka branschens attraktivitet och förbättra arbetsförhållandena. Att upprätthålla drag- och hållkraften för personalen är en allt större utmaning för välfärdsområdena. Man har även identifierat ett behov av att intensifiera samarbetet med organisationsaktörer och serviceproducenter.

2.3 Informationshantering och digitalisering

Genom en smidig överföring av social- och hälsovårdsuppgifter mellan olika aktörer säkerställs en enhetlig helhet för kunderna. Mångsidiga uppgifter om social- och hälsovårdstjänsterna gör det möjligt att utveckla servicen och verksamheten. Inom all utveckling bör man beakta informationssäkerheten och de nationella informationsstrukturerna. Kund- och patientdata samt data om personalen, ekonomin och tjänsterna samlas in från många källor för olika ändamål. Man bör gradvis avveckla överlappande och separat informationsinsamling, automatisera arbetskedena inom informationsproduktionen och hitta gemensamma verksamhetsätt.

I många regioner har man redan standardiserat informationssystem och skaffat och tagit i bruk nya system. Trots det har man i synnerhet i de regioner där samarbetet på landskapsnivå tidigare varit anspråkslöst använt flera kund- och patientdatasystem. De mest organiserade informationssystemen år 2020 fanns inom den specialiserade sjukvården medan de mest splittrade systemen fanns inom socialvården. Också i övrigt har informationssystemen inom hälso- och sjukvården standardiserats i högre grad än inom socialvården. Under de senaste åren har den regionala utvecklingen av elektroniska tjänster, informationssystem och informationsledning ökat i stället för utvecklingen av specifika system.

Välfärdsområdena har sedan början av 2021 haft skyldighet att utarbeta en informationshanteringsmodell. De nya kraven på kund- och patientdatasystem har bidragit till att underlätta välfärdsområdenas beredskap för informationsledning. Tack vare den insamlade informationen kan man förutse konsekvenserna av olika åtgärder och händelser. Informationsledning gör det möjligt att utveckla verksamheten och anvisa resurserna så att de ger största möjliga nytta. Välfärdsområdena behöver korrekt och uppdaterad information om befolkningens välfärd och hälsa samt om social- och hälsovårdstjänsternas kostnader och verkningsfullhet så att de kan tillhandahålla de rätta tjänsterna för sina invånare.

Det digitala serviceutbudet varierar stort mellan välfärdsområdena. Olika distansvårdtjänster och distansmottagningar har utvecklats, utvidgats och blivit mycket vanligare. Tjänsterna har även utvidgats till nya funktioner. Utvecklingen och införandet av tjänsterna har snabbats upp av coronapandemin. De elektroniska tjänsterna är fortfarande förknippade med olika hinder och oro från användarnas håll. Vid utvecklingen av tjänsterna gäller det därför att beakta de olika användargrupperna.

2.4 Ekonomi och kostnader

Välfärdsområdenas finansiering grundar sig i huvudsak på statlig finansiering, och de har inte beskattningsrätt. Välfärdsområdena får utöver den statliga finansieringen även kundavgifter och olika verksamhetsintäkter. Välfärdsområdenas finansiering har allmän täckning. Finansieringen fördelas till välfärdsområdena utifrån kalkylmässiga kriterier. Finansieringen med allmän täckning bestäms till stor del genom faktorer som beskriver servicebehovet och omgivningsfaktorerna för välfärdsområdenas uppgifter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet. Dessutom bestäms en del av finansieringen enligt invånarunderlaget och enligt ett kriterium för främjande av välfärd och hälsa. Om nivån på den beviljade finansieringen äventyrar ordnandet av social- och hälsovårdens och räddningsväsendets tjänster har välfärdsområdet rätt att få tilläggsfinansiering för att säkerställa tjänsterna.

Institutet för hälsa och välfärd har gjort beräkningar av den reella ökningen av social- och hälsovårdstjänsternas kostnader, och den förväntas vara i snitt 1,4 procent per år fram till år 2030. Beräkningarna grundar sig på ändringarna i befolkningens åldersstruktur. Kostnadsökningen varierar beroende på region. Förutom ändringarna i befolkningens åldersstruktur ökar kostnaderna i de olika områdena avsevärt av löneharmoniseringen för den personal som övergår till välfärdsområdena.

Välfärdsområdet ska varje år utarbeta en investeringsplan för de investeringar som påbörjas under de följande fyra räkenskapsperioderna efter nästa räkenskapsperiod och för de avtal som motsvarar investeringarna samt för finansieringen av dem. Ett förslag till investeringsplan ska lämnas till finansministeriet, social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet. Beslut om att godkänna förslaget fattas i enlighet med 26 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och 11 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet.

Samkommunernas investeringar har i flera år legat på en hög nivå, men år 2020 avtog investeringstakten. Sjukhusbyggen har ökat sjukvårdsdistriktens skuldsättning. Byggnadsinvesteringar inom social- och hälsovården har planerats och genomförts även i kommunerna. När välfärdsområdena inleder sin verksamhet uppskattas investeringsutgifterna ligga på en högre nivå än vanligt. Det beror på olika stora projekt som pågår för närvarande. Investeringsprognosen preciseras i välfärdsområdenas investeringsplaner.

3 De riksomfattande målen för social- och hälsovården

Det finns sammanlagt elva riksomfattande mål för social- och hälsovården. För varje mål har man fastställt en bakgrund och ett syfte som preciserar målets innehåll och eventuella åtgärder som gör det möjligt att uppnå målet. För målen har även fastställts mätare av vilka en del är indikatorer. Av de mätare som grundar sig på indikatorer är största delen indikatorer för social- och hälsovårdens mätare av kostnadseffektivitet (KUVA). En del av mätarna är enkla ja/nej-mätare.

Social- och hälsovårdens mål har grupperats under fyra överordnade principer. De överordnade principerna åskådliggör och förtydligar målens centrala teman. De överordnade principerna är att förbättra tjänsternas kvalitet, öka verksamhetens effektivitet, se till att social- och hälsovården är en fungerande del av samhället och öka informationens och forskningens betydelse.

3.1 Förbättra tjänsternas kvalitet

3.1.1 *Tjänsterna har ordnats jämlikt och de lagstadgade rättigheterna säkerställs*

Genom att omstrukturera social- och hälsovården strävar man efter att säkerställa jämlika tjänster för hela befolkningen. I tjänsterna beaktas olika kundgruppers behov och främjas likvärdigheten för olika grupper på ett målinriktat och planmässigt sätt.

Alla kundgrupper ska få högklassiga social- och hälsovårdstjänster. Det innebär att kunden får den service han eller hon behöver i rätt tid och på rätt plats. Serviceanvändarnas självbestämmanderätt stärks och särskild uppmärksamhet riktas på utvecklingen av tjänster för de personer som behöver sektorsövergripande tjänster eller många tjänster.

Skillnaderna i välfärd och hälsa minskas och befolkningens välfärd, hälsa, funktions- och arbetsförmåga och sociala trygghet främjas och upprätthålls. När skillnader i välfärd och hälsa minskas beaktas regionala skillnader.

Finlands nationalspråk är finska och svenska. Dessutom har samerna enligt grundlagen rätt att använda samiska hos myndigheterna. Tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna stöds och stärks i synnerhet på svenska, samiska och teckenspråk, och därtill beaktas de övriga språkgrupperna och de regionala särdragen. I Finland används också flera minoritetsspråk och mångfalden av språk som används i vårt land har ökat under de senaste åren. Utmaningar är tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna, de minskade möjligheterna att använda språk och språkens livskraftighet.

Jämställdheten mellan könen ska tillgodoses i social- och hälsovårdstjänsterna och jämställdheten ska främjas aktivt. I välfärdsområdena ska en funktionell och personalpolitisk jämställdhetsplan beredas, och den ska utarbetas i samarbete med representanter för personalen i enlighet med jämställdhetslagen.

Målet följs upp med hjälp av sju mätare:

- Väntetid på över 7 dygn från bedömningen av servicebehovet för icke brådskande läkarbesök i den öppna sjukvården inom primärvården, % av genomförda besök
- Mentalvårdstjänster för barn och unga, antal som väntat längre än 90 dygn %, psykiatris specialområden sammanlagt
- 75 år fyllda kunder som bedömts enligt RAI-systemet, (%) av befolkningen i motsvarande ålder
- Specialiserad sjukvård, antal som väntat längre än 6 månader/10 000 invånare
- Bedömningar av servicebehov inom barnskyddet som färdigställt inom den lagbestämda tidsfristen på 3 månader under tiden 1.10–31.3, %
- Behandling av ansökningar om utkomststöd som lämnats in till välfärdsområdena inom 7 vardagar, % av ansökningarna
- Utarbetandet av en funktionell och personalpolitisk jämställdhetsplan har inletts 2023 och personalen har inkluderats i utarbetandet av jämställdhetsplanen i enlighet med jämställdhetslagen (ja/nej)

3.1.2 Funktionssäkerheten för i synnerhet basservicen stärks och integrationen ökas

Tillgången på tjänster och tillgången till vård varierar inom social- och hälsovårdstjänsterna i hela landet. I synnerhet primärvården och socialtjänsterna ska vara tillgängliga för alla i rätt tid och med hög standard, även om coronapandemin ytterligare har ökat vård-, rehabiliterings- och serviceskulden.

Social- och hälsovårdstjänsternas funktionssäkerhet ska stärkas ytterligare. Tjänsternas funktionssäkerhet tryggas när organiseringsansvaret överförs och välfärdsområdena inleder sin verksamhet. Funktionssäkerheten ska tryggas särskilt vid störningssituationer och undantagsförhållanden.

Genom att integrera social- och hälsovårdstjänsterna eftersträvas bättre smidighet och kontinuitet för tjänsterna samt ökat samarbete mellan social- och hälsovårdspersonalen. Inom de integrerade social- och hälsovårdstjänsterna får kunderna en helhetsbild av vilka tjänster de behöver. Genom samarbetet mellan räddningsväsendet och hälsovården kan man säkerställa högklassiga prehospitalkrävsjukvårdstjänster. Digitala lösningar möjliggör en snabb och smidig tillgång till information och service när det inte finns behov av fysisk service. Informationshanteringen och informationssystemen stöder genomförandet av smidiga och kundorienterade social- och

hälsovårdstjänster, bland annat genom att öka kundernas och minska personalens roll i de tjänster där det är möjligt.

Det är särskilt viktigt att utveckla basservicen. Servicesystemet omstruktureras och nya sektorsövergripande och multiprofessionella verksamhetsmodeller införs i syfte att främja människornas hälsa och välfärd. Man utökar utbudet av lågröskeltjänster som bättre motsvarar behoven hos de människor som befinner sig i en utsatt ställning. Social- och hälsovårdspersonalens arbetsfördelning, verksamhetsmetoder och samarbete utvecklas.

Invánarnas aktivitet, medvetenhet och delaktighet i frågor som gäller deras liv, hälsa samt arbets- och funktionsförmåga stärks. Serviceprocesser och servicestigar görs smidigare och effektiviseras på ett kundorienterat sätt.

Målet följs upp med hjälp av fyra mätare:

- Sjukhusvårdperioder på bäddavdelningen inom primärvården och den specialiserade sjukvården som inletts via jouren och som kan undvikas genom öppenvård
- Kontinuiteten i vården av samsjukliga (COCI) när det gäller besök hos läkare eller vårdare i öppen sjukhusvård inom primärvården
- Upplevde att servicen var smidig, (%) av dem som anlitat sociala tjänster
- Andel hemvårdskunder som fyllt 75 år med sjukhusperioder som inletts via jouren, % av hemvårdskunder i motsvarande ålder

3.1.3 Tillgången på yrkeskunnig personal säkerställs och social- och hälsovårdens drag- och hållkraftsfaktorer stärks

Tillgången på yrkeskunnig personal inom social- och hälsovården medför utmaningar i framtiden. Utan yrkeskunnig personal kan social- och hälsovårdstjänster inte ordnas på ett högklassigt sätt. En välmående personal bidrar med välfärd för kunderna. För att säkerställa tillgången på social- och hälsovårdspersonal och stärka drag- och hållkraftsfaktorerna inom social- och hälsovården behövs både nationella och internationella åtgärder och samarbete kring dem.

Tillgången på personal samt personalens tillräcklighet och beständighet säkerställs och åtgärder vidtas för att säkerställa en tillräcklig personal. Social- och hälsovårdsutbildning spelar en viktig roll när det gäller att säkerställa att personalens mängd och kompetens motsvarar befolkningens servicebehov.

Drag- och hållkraftsfaktorerna i social- och hälsovården förbättras. Åtgärder som ökar arbetsmotivationen tas i bruk. Personalens delaktighet ökas och personalens kompetens och vision utnyttjas vid utvecklingen av verksamheten.

Inom social- och hälsovården riktas särskild fokus på arbetsvillkoren, arbetsförhållandena, arbetshälsan och ledarskapet. Personalens arbetsförhållanden ska vara hållbara. Det inkluderar arbete för att minska psykosociala riskfaktorer och öka arbets säkerheten.

Målet följs upp med hjälp av sex mätare:

- Personaldimensioneringen säkerställs i serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård för äldre
- Andelen obesatta läkaruppdrag (läkarbrist) av alla läkaruppdrag vid hälsocentralerna, %

- Vålfärdsområdet använder en regelbunden, omfattande enkät/utredning som beskriver social- och hälsovårdspersonalens arbetshälsa (ja/nej)
- Vålfärdsområdet följer upp den yrkesutbildade social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet inom servicehelheterna per yrkesgrupp (ja/nej)
- Regionala brister och utvecklingsutsikter för yrken inom social- och hälsovården (Yrkesbarometern)
- Personalberättelsens fem nyckeltal:
 - Årsverke
 - Personalens åldersstruktur
 - Den ordinarie personalens omsättning
 - Sjukfrånvaro
 - Utveckling av personalens kompetens/utbildningsdagar

3.2 Öka verksamhetens effektivitet

3.2.1 Verksamheten är ekonomiskt hållbar

Vålfärdsområdenas kalkylerade och allmänna statliga finansiering skapar ramar för verksamheten. Den kalkylerade finansieringsmodellen inkluderar ett mål om att bromsa kostnadsökningen. Genom att sörja för de offentliga finansernas hållbarhet säkerställs högklassiga tjänster även för kommande generationer. Från och med 2025 kommer finansieringen för budgetåret inte att vara fullskalig i förhållande till den beräknade ökningen av befolkningens servicebehov.

Finansieringsmodellen skapar förutsägbara utsikter för finansieringens framtida nivå och säkerställer tillräckliga social- och hälsovårdstjänster, utveckling av verksamheten och ändamålsenliga investeringar.

Genom att i efterhand justera kostnaderna i finansieringen säkerställer man att den kalkylerade finansieringen inte skiljer sig från de faktiska kostnaderna. Områdena har rätt till tilläggsfinansiering.

I vålfärdsområdenas investeringar beaktas de möjligheter som samarbetet mellan vålfärdsområdena medför och en tillräcklig förmåga att finansiera investeringarna säkerställs. De investeringar prioriteras som tack vare nya verksamhetsmetoder möjliggör kostnadsfördelar, förbättrar tillgången på tjänster och främjar samarbetet mellan vålfärdsområdena.

Målet följs upp med hjälp av tre mätare:

- Räkenskapsperiodens överskott/underskott, 1 000 euro
- Årsbidrag, % av avskrivningar
- Den kalkylerade finansieringens förhållande till vålfärdsområdets nettodriftskostnader

3.2.2 Kostnadsökningen i förhållande till det ökade servicebehovet bromsas upp och förebyggande arbete prioriteras

Utgifterna för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster utgör en betydande andel av de offentliga utgifterna som helhet. I takt med att befolkningen åldras och nativiteten förblir låg försämras försörjningskvoten, vilket skapar utmaningar för vålfärdsstatens finansieringsunderlag.

Högklassiga och jämlika social- och hälsovårdstjänster produceras så effektivt och ekonomiskt som möjligt. Strävan är att bromsa upp kostnadsökningen i förhållande till det ökande servicebehovet genom att hitta effektivare sätt att ordna och producera tjänster samt rikta tjänsterna så ändamålsenligt och effektivt som möjligt. Genom att öka verksamhetens effektivitet i synnerhet i fråga om rehabilitering och missbruks- och mentalvårdstjänster samt förbättra tillgången till vård och förebygga folksjukdomar förbättras invånarnas välbefinnande och minskas behovet av social- och hälsovårdstjänster. Digitaliseringens möjligheter utnyttjas.

Förebyggande arbete och hälsofrämjande är centralt när det gäller att bromsa kostnadsökningen. Tyngdpunkten flyttas till tidig lösning och förebyggande av problem. Det förebyggande arbetet görs på ett kundorienterat sätt och i samarbete med alla aktörer, dvs. kommuner, företag och tredje sektorn. De effektiva förebyggande tjänsterna och tjänsterna för tidigt ingripande stärks.

Målet följs upp med hjälp av fem mätare:

- De förebyggande tjänsternas andel av de sammanlagda kostnaderna (förebyggande/korrigerande)
- Institutet för hälsa och välfärds sjuklighetsindex, inte åldersstandardiserat
- Andel som röker dagligen (%)
- Andel som missbrukar alkohol (AUDIT-C) (%)
- Social- och hälsoverksamhetens nettodriftskostnader (exkl. småbarnspedagogiken 2015–), euro/invånare

3.2.3 Effektivitetsbaserat grepp betonas i den nationella och regionala styrningen

Syftet med den effektivitetsbaserade styrningen är att inom ramen för de begränsade resurserna skapa en servicestruktur som tjänar befolkningens hälsa och funktionsförmåga så bra som möjligt. För att styra effektiviteten behövs information om tjänsternas effekter. Med hjälp av effektivitetsinformation kan man i styrningen allt bättre beakta de mål som fastställts för social- och hälsovårdstjänsterna och rikta tjänsterna och åtgärderna på ett ändamålsenligt sätt.

Social- och hälsovårdstjänsterna skapas och styrs så att tjänsterna är effektiva både ur individens och samhällets synpunkt. Med ett effektivitetsbaserat grepp avses att verksamheten styrs med hjälp av information som samlats in om verksamheten. Effektivitetsbaserad styrning görs på både nationell och regional nivå genom kunden och patienterna. Genomförandet av de fastställda målen följs upp och utvärderas med utgångspunkt i effektivitetsinformationen.

På regional och nationell nivå skapas verksamhetsmodeller och strukturer som möjliggör effektivitetsbaserad styrning.

Målet följs upp med hjälp av tre mätare:

- I välfärdsområdets interna styrning utnyttjas mätare av effektiviteten (ja/nej)
- Välfärdsområdet är med i ett effektivitetsnätverk (ja/nej)
- I välfärdsområdet planeras/pågår pilotprojekt för effektiviteten (ja/nej)

3.3 Social- och hälsovården är en fungerande del av samhället

3.3.1 *Välståndsområdena och kommunerna samt de övriga aktörerna har fungerande samarbetsstrukturer och förfaranden*

Välståndsområdena och kommunerna samt de övriga aktörerna har flera kontaktytor där samarbetsstrukturerna och de gemensamma förfarandena möjliggör ett effektivt samarbete vid främjandet av hälsan, arbets- och funktionsförmågan, säkerheten och välfärden samt vid ordnandet av tjänster.

Ett fungerande samarbete mellan välståndsområdena samt mellan välståndsområdena och kommunerna och de övriga aktörerna är viktigt. På så sätt säkerställs smidiga och kompatibla tjänster. I synnerhet i början av övergången då förvaltningen och strukturerna förändras behövs nya verksamhetsmodeller, ledarskap och samarbete mellan välståndsområdena och kommunerna samt de övriga aktörerna. Mellan välståndsområdena och kommunerna samt de övriga aktörerna skapas fungerande samarbetsstrukturer och avtalas om förfaranden.

I arbetet för att främja välfärden, hälsan och säkerheten behövs omfattande samarbete mellan olika aktörer, regionala samarbetsstrukturer och gemensamt överenskomna förfaranden. Främjandet av välfärden, hälsan och säkerheten är helhetsbetonat och inkluderar de olika områdena inom välfärd, hälsa och säkerhet i vardagen samt påverkan av bakgrundsfaktorer i enlighet med de befintliga strategiska riktlinjerna. I arbetet beaktas särdragen i områdena.

Målet följs upp med hjälp av fyra mätare:

- Samarbetsstrukturer och verksamhetsmodeller finns (ja/nej)
- Områdena har ingått ett samarbetsavtal (ja/nej)
- Aktivitet för kommunernas arbete för att främja välfärden och hälsan inom ramen för TEA-viisari
- Området använder kontrollistan för rådgivning om levnadsvanor (ja/nej)

3.3.2 *Beredskapsplanering och förberedelser genomförs utifrån nationellt enhetliga grunder*

Befolkningen garanteras de social- och hälsovårdstjänster som är väsentliga för hälsan och funktionsförmågan och en sund livsmiljö under alla omständigheter. Social- och hälsovårdsministeriet leder, övervakar och samordnar social- och hälsovårdens beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden.

En övergripande lägesbild av social- och hälsovårdens beredskap fås med hjälp av modellen för fem beredskapscenter, och om alarmeringsarrangemang och justering av lägesbilden avtalas mellan välståndsområdena i samarbetsområdet, mellan beredskapscentren och tillsammans med social- och hälsovårdsministeriets beredskapsenhet.

I enlighet med de nationella principerna för social- och hälsovården skapas för samarbetsområdet strukturer för styrningen av beredskapsplaneringen och förberedelserna i samarbete med social- och hälsovårdens beredskapscenter.

I välståndsområdet inrättas och arbetar en arbetsgrupp för beredskap och förberedelser. Välståndsområdets beredskapsplan förs in på Valsu-portalerna och beredskapsnivåerna beaktas i beredskapsplanerna.

Välfärdsområdena sörjer för de kritiska informationssystemens funktionssäkerhet och säkerhet på ett riskbaserat sätt genom att utnyttja bästa praxis i branschen och myndigheternas anvisningar.

Målet följs upp med hjälp av två mätare:

- Beredskapsplaneringen grundar sig på nationellt enhetliga grunder (ja/nej)
- Beredskapen grundar sig på nationellt enhetliga grunder (ja/nej)

3.3.3 I verksamheten identifieras möjligheter till socialt, ekonomiskt och ekologiskt hållbara åtgärder samt metoder för att dämpa klimatförändringen

I social- och hälsovårdens verksamhet och beslutsfattande är det viktigt att beakta balansen mellan den sociala, ekonomiska och ekologiska hållbarheten. Välfärdsekonominns metoder möjliggör en samtidig ökning av den hållbara välfärden och den ekonomiska tillväxten.

Välfärdsområdena har möjlighet att vidta lokala åtgärder som är socialt, ekonomiskt och ekologiskt hållbara. Dessa åtgärder förutsätter ofta samarbete över förvaltningsgränserna samt lokalt samarbete med kommunerna och de övriga aktörerna. Social- och hälsovårdsaktörerna anpassar sin egen verksamhet och beaktar den sociala, ekonomiska och ekologiska hållbarheten i offentliga upphandlingar.

Klimatförändringen har såväl direkta som indirekta konsekvenser för befolkningens välfärd och hälsa. Inom social- och hälsovården bereder man sig för klimatförändringens välfärds- och hälsokonsekvenser och identifierar eventuella hotbilder och utsatta grupper. Det är viktigt att bedöma fördelarna och kostnaderna av social- och hälsovårdens anpassningsåtgärder och kartlägga informationsbehoven i anslutning till dem. De regionala särdragen för anpassningen till klimatförändringen beaktas och metoder fastställs för att kunna beakta anpassningen till klimatförändringen i verksamheten.

Målet följs upp med hjälp av två mätare:

- Den sociala, ekonomiska och ekologiska hållbarheten har beaktats i offentliga upphandlingar (ja/nej)
- Den sociala, ekonomiska och ekologiska hållbarheten har beaktats i välfärdsområdenas strategier (ja/nej)

3.4 Öka informationens och forskningens betydelse

3.4.1 Forsknings- och utvecklingsverksamheten i anslutning till servicesystemet och primär- och socialvårdstjänsterna stärks

Forsknings- och utvecklingsverksamheten i social- och hälsovården stärker informationsunderlaget för beslutsfattandet och gör det möjligt att utnyttja informationen systematiskt vid utvecklingen av social- och hälsovårdstjänsterna. Informationsunderlaget består av mångsidig information från olika källor. Målet med forsknings- och utvecklingsverksamheten är att stärka grunden till välfärden, säkerställa välfärd för alla och främja en sund och trygg livsmiljö.

Genom att stärka forskningen, utvecklingen och effektiviteten framför allt i anslutning till servicesystemet och basservicen kan man stödja den sektorsövergripande verksamheten och främja samordningen av tjänster, tjänsternas verkningsfullhet samt kund- och patientsäkerheten. I

forsknings- och utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården stärks forskningen och utvecklingen framför allt i anslutning till basservicen, primärvården och socialvården.

Utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamheten inom social- och hälsovården organiseras på olika nivåer och i brett samarbete i form av stödstrukturer för informationsledning, evidensbaserad verksamhet och kompetensledning. Samtidigt säkerställs forbundna förfaranden för samarbetet och samverkan med högskolorna, läroanstalterna, forskningsinstitutionerna, kompetenscentren inom socialvården och de organisationer som producerar social- och hälsovårdstjänster.

Målet följs upp med hjälp av tre mätare:

- Verksamhetsmodeller för basservicen har skapats för forsknings-, utbildnings-, utvecklings- och innovationsverksamheten på a) nationell och b) regional nivå (ja/nej)
- Regionala samsamarbetsstrukturer har skapats mellan intressentgrupperna för att stödja genomförandet av den strategiska planen på samsamarbetsnivå inom utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamheten (ja/nej)
- Kund- och patientsäkerhetsmätare har tagits i bruk i välfärdsområdet (ja/nej)

3.4.2 Den informationshantering och digitalisering som planerats nationellt och i samsamarbetsområdet stöder måluppfyllelsen och det kundorienterade förnyandet av verksamheten

Utvecklingen av informationshanteringen och digitaliseringen stöder den utveckling av tjänster och verksamhet som social- och hälsovårdsaktörerna genomför nationellt och framför allt regionalt. De bidrar till att uppnå de övriga nationella innehålls- och utvecklingsmässiga målen inom social- och hälsovården och bildar en enhetlig helhet för kunderna.

Utvecklingen av informationshanteringen inom social- och hälsovården genomförs i samsamarbete med nationella och regionala aktörer samt aktörer i samsamarbetsområdet med utgångspunkt i de nationella informationssystemtjänsterna och områdenas gemensamma tjänster (i synnerhet de tjänster som tagits fram av DigiFinland Oy). Välfärdsområdena i samsamarbetsområdet utarbetar som en del av samsamarbetsavtalet en gemensam plan för hur de anskaffningar och idrifttagningar som behövs för att förnya informationssystemen genomförs i samsamarbete.

Det långsiktiga målet är att genomföra viktiga informationssystem gemensamt inom samsamarbetsområdena. Samsamarbete behövs i synnerhet när kund- och patientdatasystem förnyas i bred skala.

Den nationella och regionala produktionen av social- och hälsovårdsinformation utvecklas så att den möjliggör myndigheternas uppföljnings-, bedömnings-, styrnings- och övervakningsarbete samt välfärdsområdenas effektivitetsbaserade ledning. Vid utvecklingen av IKT-lösningar i anslutning till informationsledningen eftersträvas ett så brett samsamarbete som möjligt.

Vid all utveckling beaktas informationssäkerheten.

Målet följs upp med hjälp av fyra mätare:

- I samsamarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet, välfärdsområdena och de centrala riksomfattande aktörerna har en gemensam färdplan utarbetats fram till 2030 och en handlingsplan för 2023–2026.

- Valfärdsområdena i samarbetsområdet har utarbetat en gemensam plan för upphandling och ibruktagning av viktiga informationssystem och avtalat om detta i samarbetsavtalet. En plan utarbetas före 31.12.2023 (ja/nej)
- Valfärdsområdet utnyttjar de lösningar som utvecklats nationellt och i samarbete mellan områdena (ja/nej)
- Mognadsnivån för de digitala tjänsterna mäts som en del av den mätare för mognadsnivå som tagits fram av Institutet för hälsa och välfärd inom ramen för genomförandet av programmet för hållbar tillväxt i Finland