

Styrdokument

25.6.2025

VN/8128/2025

<input type="checkbox"/>	Föreskrift
<input checked="" type="checkbox"/>	Anvisning
<input type="checkbox"/>	Recommendation

Bestämmelser om utfärdandet av föreskrifter/anvisningar bygger på
Lag om ordnande av social- och hälsovård (612/2021)
Lag om välfärdsområden (611/2021)
Hälsa- och sjukvårdslag (1326/2010)
Socialvårdslag (1301/2014)
Statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden (309/2023)
Statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017)
Statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017)

Målgrupper
Välfärdsområdena, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen

Giltighetstid
18.6.2025–tills vidare

Tillämpningsanvisning för samarbetsavtal mellan välfärdsområden 2025

Postiosoite
Postadress
Postal Address
Social- och hälsovårdsministeriet

Käyntiosoite
Besöksadress
Office

Puhelin
Telefon
Telephone

Faksi
Fax
Fax

s-posti, internet
e-post, internet
e-mail, internet

PB 33
00023 Statsrådet

Sjötullsgatan 8
Helsingfors

0295 16001
+358 295 16001

02951 63415
+358 2951 63415

kirjaamo.stm@gov.fi
stm.fi/sv

Innehåll

1 Innehåll	3
1.1 Gällande lagstiftning som påverkar samarbetet	3
2 Tillämpningsanvisning för samarbetsavtal mellan välfärdsområden 2026–2029	4
2.1 Bedömning och prognostisering av befolkningens servicebehov och av social- och hälsovården	4
2.2 Jour inom socialvården samt inom hälso- och sjukvården	5
2.3 Uppgifterna vid centralen för prehospita akutsjukvård och samordning av den prehospitala akutsjukvården med övrig verksamhet	5
2.4 Ordnande och produktion av medicinska stödtjänster och andra stödtjänster	6
2.4.1 Medicinska stödtjänster	6
2.4.2 Andra stödtjänster	6
2.5 Säkerställande av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden	6
2.6 Centralisering av den specialiserade sjukvården	7
2.6.1 Planering och samordning av den specialiserade sjukvården på regional nivå	7
2.6.2 Specialiserad sjukvård som ska centraliseras regionalt	8
2.6.3 Underskridande av det föreskrivna antalet operationer per sjukhus.....	8
2.6.4 Ordnande av förlossningsverksamhet (50 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och 18 § i jourförordningen (583/2017))	8
2.7 Ordnande och produktion av social- och hälsovårdstjänster som behövs sällan eller är särskilt krävande	8
2.7.1 Samarbete vid stöd för barn, unga och familjer	8
2.7.2 Överenskommelse om funktionshindersservice i samarbete.....	9
2.8 Samarbete kring forsknings-, utbildnings-, utvecklings- och innovationsverksamhet	9
2.9 Ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården	10
2.10 Utvecklande av informationshanteringen och de elektroniska tjänsterna i social- och hälsovården samt användning av klient- och patientuppgifter	10
2.11 Beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden samt ordnande av verksamheten vid beredskapscentren	12
2.11.1 Beredskapscenter	13
2.12 Till sina effekter vittsyftande och ekonomiskt betydelsefulla investeringar	13
3 Övrigt	14

1 Innehåll

Denna tillämpningsanvisning av social- hälsovårdsministeriet (nedan SHM) gäller det innehåll som välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen (nedan välfärdsområden) i enlighet med lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) ska komma överens om i samarbetsavtalet mellan välfärdsområden.

Förpliktande bestämmelser om vissa saker som ska överenskommas i samarbetsavtalet ingår också i annan lagstiftning, särskilt i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och i förordningar som utfärdats med stöd av den. Dessa har ändrats och kommer att ändras under 2025, vilket förutsätter att samarbetsavtalen uppdateras. Strävan är att i detta dokument beakta även annan lagstiftning jämte ändringar på ett så heltäckande sätt som möjligt.

Mer omfattande arbetsfördelning, samarbete och samordning inom välfärdsområdenas social- och hälsovård stärker jämlika tjänster och välfärdsområdesekonomin. Genom att utöka samarbetet kan välfärdsområdena krympa sina kostnader och samtidigt göra tjänsternas effektivare, bl.a. genom att bli bättre på att dela högspecialiserad kompetens mellan områdena.

Alla välfärdsområden har ett gällande samarbetsavtal i januari 2025. Fullgörandet av samarbetsavtalet ska följas upp och utvärderas årligen i förhandlingar mellan SHM och välfärdsområdena i samarbetsområdet. I förhandlingarna deltar också finansministeriet (nedan FM) och inrikesministeriet (nedan IM). I februari 2025 har SHM bedömt avtalens innehåll i förhållande till de krav och mål som anges i lagen om ordnande av social- och hälsovård, statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden (309/2023, nedan förordningen om samarbetsområdena) och i annan lagstiftning om ordnandet av social- och hälsovård. Enligt SHM:s bedömning är de gällande samarbetsområdesavtalen ändå inte tillräckligt konkreta och de följer inte i tillräcklig grad paragraferna i lagen om ordnande av social- och hälsovård, förordningen om samarbetsområdena och övrig lagstiftning om ordnandet av social- och hälsovård.

När ett samarbetsavtal bereds måste det säkerställas att alla saker som förutsätts i olika författningar ingår i avtalet. Sålunda måste man samtidigt kontrollera flera olika lagar inklusive motivering och förarbeten (regeringens propositioner) samt förordningar och deras bakgrundspromemorior. Syftet med denna tillämpningsanvisning är att styra samarbetsavtalens innehåll med konkreta exempel. Om denna anvisning står i strid med någon lag eller är bristfällig, ska den gällande lagstiftningen iakttas.

1.1 Gällande lagstiftning som påverkar samarbetet

I 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ingår bestämmelser om samarbetsavtal mellan välfärdsområden. Samarbetsavtalet ska främja kostnadsnyttoeffektivitet, produktivitet, kvalitet, klient- och patientsäkerhet, ändamålsenlighet, jämlik tillgång, språkliga rättigheter samt fungerande servicekedjor och servicehelheter inom social- och hälsovården. Genom samarbetsavtalet ska det dessutom säkerställas att en verksamhetsenhet som tillhandahåller social- och hälsovård med stöd av avtalet har tillräckliga ekonomiska och personella resurser samt tillräcklig kompetens för att sköta uppgiften.

Med beaktande av vad som föreskrivs om saken i denna lag och annanstans, bestäms i samarbetsavtalet arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena

- 1) vid bedömningen och prognostiseringen av befolkningens servicebehov och vid uppföljningen och utvärderingen av ordnandet av social- och hälsovården;
- 2) vid socialjour och jour inom hälso- och sjukvården;
- 3) vid organiseringen av uppgifterna vid centralen för prehospital akutsjukvård och samordning av verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården med övrig verksamhet;
- 4) vid ordnande och produktion av medicinska stödtjänster och andra stödtjänster;
- 5) vid säkerställandet av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden för att trygga en ändamålsenlig tillgång och tillgänglighet i fråga om tjänsterna;
- 6) vid ordnande och produktion av sådana social- och hälsovårdstjänster som på grund av att de behövs sällan eller är särskilt krävande förutsätter upprepning eller specialkompetens inom flera områden för att tillräcklig kompetens och skicklighet ska kunna uppnås och upprätthållas eller betydande investeringar i anordningar, utrustning eller lokaler;
- 7) vid den strategiska planen för utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamheten och genomförandet av planen samt samordnings-, styrnings- och rådgivningsuppgifterna rörande dessa funktioner hos det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus;
- 8) vid fastställandet av de regionala principerna vid ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för principerna;

- 9) vid utvecklandet av informationshanteringen och de elektroniska tjänsterna i social- och hälsovården, vid användningen av klient- och patientuppgifter samt i skyldigheter enligt lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för dem;
- 10) vid skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden, vid den hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården som avses i 50 a § och vid ordnandet av verksamheten vid det beredscapscenter som avses i 51 § (*ändring av lagen HE 210/2024 vp., godkänd av riksdagen den 16 juni 2025, vilken träder i kraft den 1 augusti 2025*);
- 11) vid till sina effekter vittsyftande och ekonomiskt betydelsefulla investeringar och avtal som motsvarar sådana investeringar i den utsträckning det behövs med hänsyn till de frågor som avses i 1–10 punkten.

I samarbetsavtalet ska det dessutom bestämmas om den kostnadsfördelning mellan välfärdsområdena som sammanhänger med den överenskomna ansvarsfördelning till de delar kostnadsfördelningen inte regleras i 57 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård när det gäller kostnadsersättningar mellan välfärdsområden. Samarbetsavtalet kan omfatta också annat än arbetsfördelning, samarbete och samordning enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård vid ordnande och produktion av social- och hälsovård. Samarbetsavtalet ska samordnas med det samarbetsavtal mellan de tvåspråkiga välfärdsområdena som avses i 39 §. Närmare bestämmelser om de i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård avsedda frågor som ska ingå i samarbetsavtalet får utfärdas genom förordning av statsrådet.

I 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård föreskrivs det om beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande. I paragrafen sägs att när samarbetsavtalet upprättas ska välfärdsområdena ta hänsyn till de riksomfattande målen för social- och hälsovården enligt 22 §, befolkningens servicebehov och uppföljningsdata om befolkningens hälsa och välfärd.

Statsrådet utfärdade våren 2023 förordningen om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden (den s.k. förordningen om samarbetsområdena). Genom förordningen preciserades bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

I lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) finns det bestämmelser om ansvaret för att ordna social- och hälsovården i Nyland samt om ordnande av förvaltningen och ekonomin i anslutning till ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland. Organiseringsavtalet för HUS är ett inbördes avtal mellan välfärdsområdena i Nyland, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, där dessa avtalar om den inbördes arbetsfördelningen, samarbete och samordning av verksamheten när det gäller ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Utöver organiseringsavtalet för HUS får parterna avtala om andra typer av arbetsfördelning, samarbete och samordning som en del av samarbetsavtalet enligt 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I organiseringsavtalet för HUS ska beaktas vad som avtalats i ovan nämnda samarbetsavtal.

På innehållet i samarbetsavtal inverkar dessutom särskilt hälso- och sjukvårdslagen samt statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017, nedan centraliseringsförordningen) och statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017, nedan jourförordningen), som utfärdats med stöd av den lagen.

2 Tillämpningsanvisning för samarbetsavtal mellan välfärdsområden 2026–2029

Regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering innehåller flera föresatser som gäller starkare styrning av samarbetsområdena. Under regeringsförhandlingarna 2023 kom man överens om att en avtalsbaserad förstärkning av välfärdsområdenas samarbete utvärderas i samband med halvårsöversynen 2025 och vid behov stärks styrningen av samarbetsområdena genom lagstiftning.

Under regeringens halvtidsöversyn i april 2025 beslutade man i fråga om välfärdsområdena att de i fortsättningen styrs mot mer omfattande inbördes arbetsfördelning, samarbete och samordning genom samarbetsavtalen mellan välfärdsområden.

Det konkreta innehåll som SHM:s förutsätter av 2026 års samarbetsavtal mellan välfärdsområden beskrivs i följande avsnitt.

2.1 Bedömning och prognostisering av befolkningens servicebehov och av social- och hälsovården

I avtalet ska man komma överens om med vilka metoder, vilket kunskapsunderlag och vilka mätare/indikatorer befolkningens servicebehov, förändringar i befolkningsprofilen och förändringar i invånarantalet och befolkningens placering bedöms och prognostiseras i samarbetsområdet. I avtalet ska man komma överens om hur behovet och tillräckligheten av samt tillgången på personal och kompetens bedöms och prognostiseras.

I avtalet ska man komma överens om uppföljning av befolkningens användning av läkemedel och prognostisering av förbrukningsbehovet som ett led i beredskapen inom läkemedelsbehandlingen och läkemedelsförsörjningen. Som ett led i denna uppföljning ska man också bilda sig en förståelse för invånarnas behov av apoteksservice och bedriva nödvändigt samarbete med de nationella myndigheterna.

Ett gemensamt överenskommet kunskapsunderlag är viktigt när man planerar välfärdsområdenas arbetsfördelning och samarbete samt hur servicen ska ordnas i samarbetsområdet. Detta är av betydelse också när det gäller t.ex. samarbete med läroanstalter och utbildningsorganisationer i området och när man planerar bl.a. vittgående investeringar, såsom sjukhus.

2.2 Jour inom socialvården samt inom hälso- och sjukvården

I avtalet ska man komma överens om jouten och dess omfattning med beaktande av den prehospitla akutsjukvården, avstånden mellan joutpunkterna samt befolkningens servicebehov i området.

Välfärdsområdena ska avtala om jouten i enlighet med 50 § i hälso- och sjukvårdslagen och 29 § i socialvårdslagen så att de enheter som ordnar jour har tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att säkerställa vårdens och servicens kvalitet och klient- och patientsäkerheten samt med beaktande av vad som annars föreskrivs om dem.

I avtalet ska man för socialjoutens del beskriva enheterna för socialjour i områdets välfärdsområden, samt komma överens om samarbetsstrukturen mellan dem. Eftersom socialjouten och hälso- och sjukvården tillsammans tillhandahåller psykosocialt stöd, bör man i samarbetsavtalet också beskriva varje välfärdsområdes lösningar när det gäller akut krisarbete enligt 50 b § i hälso- och sjukvårdslagen, för att socialjouterna ska kunna stå för ledningsansvaret inom psykosocialt stöd enligt 29 a § i socialvårdslagen och samordningen av det psykosociala stödet i en brådskande situation.

I avtalet bör man för varje specialområde komma överens om hur jouten inom den specialiserade sjukvården ordnas i samarbetsområdet vid olika sjukhus och verksamhetsenheter. I avtalet ska man för varje sjukhus och verksamhetsenhet komma överens om hur och i vilken omfattning tjänster inom den specialiserade sjukvårdens specialområden som står till befolkningens förfogande, inklusive joutens öppettider, joutformer, styrning av patientströmmarna mellan sjukhusen och andra hälso- och sjukvårdsenheter samt eventuella distanskonsultationer. Dessutom ska man komma överens om hur de sjukhus som avses i 50 § i hälso- och sjukvårdslagen stödjer andra enheter och beredskapen för specialsituationer. När man avtalar om jouten måste man beakta befolkningens behov, tjänsternas tillgänglighet, kostnadseffekten av tillhandahållandet av tjänster, personalens tillräcklighet, avstånden mellan joutenheterna och befolkningens språkliga behov i området (Regleringen kommer att preciseras till denna del genom de ändringar i 50 § som träder i kraft den 1 oktober 2025, se närmare även joutförordningen 583/2017). När man avtalar ska man dessutom beakta den prehospitla akutsjukvården i området och bland annat arrangemangen kring brådskande mottagningsverksamhet, mobila social- och hälsovårdstjänster samt social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls i hemmet och apoteksverksamheten i området.

När man avtalar om jouterna ska man bedöma personalens tillräcklighet för att ordna jour och för joutingar så att man inte i onödan orsakar behov av till exempel hyrd arbetskraft eller högre pris på arbetsinsatsen för att locka arbetstagare till jouten.

Dessutom ska man avtala om hur personalens tillräcklighet följs och hur man reagerar på tillgångsproblem – i sista hand t.ex. genom att ändra samarbetsavtalet.

2.3 Uppgifterna vid centralen för prehospitla akutsjukvård och samordning av den prehospitla akutsjukvården med övrig verksamhet

Välfärdsområdena ska avtala om hur samarbetsområdets central för prehospitla akutsjukvård organiseras i enlighet med 46 § i hälso- och sjukvårdslagen och 3 § i SHM:s förordning om prehospitla akutsjukvård (585/2017). Dessutom ska det ses till att centralen för prehospitla akutsjukvård stödjer alla anordnare av prehospitla akutsjukvård i området för att de homogena målen ska nås.

De fem centralerna för prehospitla akutsjukvård bereder tillsammans nationella anvisningar för den prehospitla akutsjukvården. I samarbetsavtalet bör det beskrivas hur centralen för prehospitla akutsjukvård är organiserad.

I samarbetsavtalet ska man avtala om hur den prehospitla akutsjukvården i samarbetsområdet planeras och genomförs i samarbete med områdets verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour så att så att dessa tillsammans med annan hälso- och sjukvård som ges som närservice i hemmet under jourtid bildar en regionalt sett funktionell helhet och obrutna servicekedjor. I denna planering ska beaktas samarbete över gränserna mellan samarbetsområdena, den riksomfattande läkarhelikopterverksamhetens enhetlighet, samarbete med andra behövliga myndigheter samt eventuell prehospital akutsjukvård över riksgrensarna och annat avtalsbaserat samarbete.

2.4 Ordnande och produktion av medicinska stödtjänster och andra stödtjänster

2.4.1 Medicinska stödtjänster

I avtalet ska man komma överens om hur välfärdsområdena i samarbete genomför den läkemedelsförsörjning, den instrumentvård, de diagnostiktjänster, såsom laboratorietjänster och bildiagnostiska tjänster, den förvaring av prover i anslutning till diagnoser och sådan eventuell användning av prover för forskning som verksamhetsenheterna behöver. Man måste komma överens om rutinerna för användning av prover för forskning, såsom de rutiner som ska tillämpas inom biobanksverksamhet. Läkemedelsförsörjning omfattar anskaffning, lagring och distribution av läkemedel, rådgivning, handledning och uppföljning i anslutning till läkemedelsbehandling samt olika farmaceutiska konsultationstjänster och konsultationstjänster inom klinisk farmakologi. Medicinska stödtjänster omfattar också odontologiska laborietekniska tjänster.

I avtalet ska man komma överens om farmaceutiska tjänster så att målet är ändamålsenligt organiserade tjänster i samarbetsområdet och ett tillräckligt nät av fysiska serviceställen i området. Genom avtalet ska det säkerställas att läkemedelsförsörjningens informationssystem i området är kompatibla och förmår producera information för behoven av uppföljning, utvärdering och styrning i fråga om förbrukningen av och kostnaderna för sjukhusläkemedel samt i fråga om läkemedelsbehandlingen i större utsträckning. Varje samarbetsområde ska avtala om principerna för hur läkemedelsförsörjningen inom socialvården ska organiseras i samarbete med apoteken i området. Särskilt uppmärksamhet ska fästas vid anskaffning av en maskinell dosdispenserings tjänst samt uppföljning, utvärdering och styrning av tjänsten jämte tjänstens egenkontroll.

I avtalet ska man komma överens om bedömningen av urvalet och användningen av sjukhusläkemedel samt om enhetliga tillvägagångssätt för styrning av läkemedelsförskrivningen. I avtalet ska man beakta målen för rationell läkemedelsbehandling och övriga nationella mål för läkemedelsbehandlingen.

I avtalet ska man komma överens om verksamhetsmodeller som säkerställer läkemedels säkerheten och om enhetliga strukturer för behandling av olika farliga och negativa händelser som iakttagits i olika tjänster med lärdomar och integrerad utveckling som mål. I anslutning till detta ska man i avtalet komma överens om gemensamma korrigerande och förebyggande åtgärder med beaktande av även de apotek som verkar inom den öppna vården i området.

2.4.2 Andra stödtjänster

I avtalet ska man komma överens om ordnande av sådana stödtjänster där välfärdsområdenas samarbete medför betydande nytta som påverkar kostnaderna. Sådana kan vara t.ex. upphandlingstjänster, transport- och lagringstjänster, tolk- och översättningstjänster samt reseservicecentralverksamhet.

2.5 Säkerställande av personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården inom olika specialområden

I avtalet ska man komma överens enligt vilka principer, i vilka situationer och på vilket sätt personalen och kompetensen i den specialiserade sjukvården säkerställs inom olika specialområden för att säkerställa befolkningens tillgång till tjänster och tjänsternas tillgänglighet i förhållande till det avtalade servicenätet. Till dessa metoder hör bland annat: överföring av personal eller styrning av kompetens mellan välfärdsområdena (personalpooler, andelslag), digitala tjänster, distanskonsultationer, hänvisning av patienter till ett annat välfärdsområde eller en annan verksamhetsenhet, anpassning av verksamhetsenheternas specialområdesspecifika serviceurval och delvis överföring av organiseringsansvaret.

I avtalet ska man också komma överens om förfarandena om det plötsligt uppstår svår personal- och kompetensbrist på ett sådant sätt att välfärdsområdena inte hinner avtala om saken på planerat sätt. En sådan situation kan uppstå t.ex. då verksamheten inom ett helt specialområde vid något sjukhus krisar och man trots försök inte lyckas värva kompetent personal. I avtalet ska man komma överens om att det välfärdsområde som är huvudman

för ett universitetssjukhus i sista hand ansvarar för att säkerställa att specialiserad sjukvård tillhandahålls i samarbetsområdet, om de andra välfärdsområdena inte förmår göra det inom ettvar specialområde, och om inte något annat avtalas.

I avtalet ska man komma överens om verksamheten inom de specialområden inom den specialiserade sjukvården beträffande vilka ett enskilt välfärdsområde de facto inte förmår fullgöra organiseringsansvaret. Härmed avses t.ex. en situation där ett välfärdsområde inte har någon tjänsteläkare inom ett specialområde och dennes kompetens inom specialområdet i fråga. I avtalet ska man komma överens om hur organiseringsansvaret fullgörs i en sådan situation t.ex. av ett annat välfärdsområde.

I avtalet ska man komma överens om principerna för hur personalens kompetens och arbetsinsats vid behov kan delas mellan välfärdsområdena för att upprätthålla ett sådant serviceutbud och en sådan jourberedskap inom den specialiserade sjukvården vid välfärdsområdets verksamhetsenheter som tryggar en lagenlig och ändamålsenlig tillgång och tillgänglighet inom olika specialområden. Likaså ska personal och kompetens inom den specialiserade sjukvården säkerställas i fråga om de verksamhetsenheter som överenskommit i samarbetsavtalet. Avsikten är att säkerställa att verksamhetsenheterna inom den specialiserade sjukvården även i händelse av personalbrist har förutsättningar att tillhandahålla kunderna specialkompetens inom den specialiserade sjukvården.

2.6 Centralisering av den specialiserade sjukvården

I 45 § i sjukvårdslagen gjordes den 1 januari 2025 och i 50 § i sammanlag görs den 1 oktober 2025 ändringar som förutsätter överenskommelse i samarbetsavtalet. Enligt 45 § i hälso- och sjukvårdslagen är utgångspunkten fortfarande att sådan operativ verksamhet som kräver operationssal eller liknande samt anestesi ska sammanställas till de sjukhus som har samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården, dvs. jour dygnet runt inom flera specialområden. Enligt 45 § kan dock en del av dagkirurgin och sådan operativ verksamhet inom olika specialområden som förutsätter endast kortvarig eftervård, när de kräver operationssal eller liknande samt anestesi, utföras också vid välfärdsområdenas sjukhus i Kemi, Oulainen, Salo, Nyslott eller Valkeakoski, eller vid HUS-sammanslutningens sjukhus, som inte har jour dygnet runt inom flera specialområden. Från och med den 1 oktober 2025 förutsätts dessutom att det har avtalats om saken i samarbetsavtalet. Att operativ verksamhet upprätthålls vid dessa sjukhus får inte äventyra personalens tillräcklighet vid universitetssjukhusen eller centralsjukhusen, eller välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens ekonomiska bärkraft eller fullgörandet av organiseringsansvaret i övrigt. Välfärdsområdet och HUS-sammanslutningen ska också säkerställa kompetensen, kvaliteten och patientsäkerheten.

Enligt övergångsbestämmelserna får dessutom primära protesoperationer i knä eller höft som dagkirurgi temporärt utföras vid dessa sjukhus, om det finns risk för att den längsta väntetid för att få vård överskrids i välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningens område och välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen inte kan skaffa dessa operationer i tillräcklig utsträckning från andra välfärdsområden. Sådana operationer får dock utföras vid de ovannämnda sjukhusen endast till och med den 30 juni 2028.

I 45 § i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs också om de förutsättningar under vilka operationer och vissa andra tjänster kan skaffas av privata tjänsteproducenter. Enligt den ska välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen i samarbetsavtalet komma överens om de principer i enlighet med vilka välfärdsområdet eller HUS-sammanslutningen kan skaffa operativ verksamhet från privata tjänsteproducenter.

SHM har berett ett utkast till statsrådets förordning om vissa operationer och medicinska åtgärder, där det föreskrivs närmare om ovannämnda operationer och åtgärder och anskaffningen av dem. Förordningen är på remiss under tiden 14 maj–25 juni 2025.

2.6.1 Planering och samordning av den specialiserade sjukvården på regional nivå

I specialiseringsförordningen föreskrivs att de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus och i Nyland HUS-sammanslutningen ska ha hand om vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården, planeringen av dem och samordningen av dem på regional nivå. I förordningen ingår en förteckning över uppgifterna. I samarbetsavtalet kan man också komma överens om andra sådana uppgifter.

I syfte att ändra centraliseringsförordningen har ett utkast till förordning sänts på remiss den 14 maj 2025, där dessa uppgifter ändras genom att precisera skyldigheten att utvärdera psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthålla kompetensen i fråga om dem i nationellt samarbete samt skyldigheten för de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen att inom sina samarbetsområden ha hand om planeringen och samordningen av den regionala arbetsfördelningen i fråga om användningen av metoderna i samarbete med välfärdsområdena inom sitt område. Fullgörandet av denna uppgift kan preciseras i samarbetsavtalet.

2.6.2 Specialiserad sjukvård som ska centraliseras regionalt

Utöver den specialiserad sjukvård som enligt centraliseringsförordningen ska centraliseras regionalt till universitetssjukhuset får man genom samarbetsavtalet också komma överens om centralisering och arbetsfördelning i fråga om andra funktioner inom den specialiserade sjukvården.

2.6.3 Underskridande av det föreskrivna antalet operationer per sjukhus

I samarbetsavtalet ska man komma överens om saken, om det föreskrivna minimiantalet operationer per sjukhus underskrivs i fråga om primära höft- och knäprotesoperationer och ryggkirurgiska operationer eller primära operationer i fråga om bröst-, ändtarms- och njurcancer, som enligt 7 § i centraliseringsförordningen ska centraliseras, men om det på grund av avstånden mellan jourmottagningarna samt befolkningens servicebehov anses ändamålsenligt med tanke på upprätthållandet av den kirurgiska jourberedskapen och tillgången till personal att dessa operationer utförs i områdets centralsjukhus. Annars ska dessa operationer centraliseras till universitetssjukhusen och centralsjukhus där operationsvolymen per sjukhus är den föreskrivna.

2.6.4 Ordnande av förlossningsverksamhet (50 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och 18 § i jourförordningen (583/2017))

I 18 § i jourförordningen ingår bestämmelser om de förutsättningar som ska vara uppfyllda för att SHM ska kunna bevilja tillstånd att sköta förlossningar, trots att antalet förlossningar vid sjukhuset är färre än cirka 1000 per år. En förutsättning är att de andra välfärdsområdena som hör till samarbetsområdet i fråga samt, i Södra Finlands samarbetsområde, HUS-sammanslutningen och de andra välfärdsområdena än välfärdsområdena i Nyland förordar att förlossningar ordnas vid det sjukhus för vilket tillstånd söks. Ett utkast till förordning om ändring av jourförordningen sändes på remiss den 14 maj 2025. Genom en ändring av förordningens 18 § förenklas förfarandet, så att när undantagstillstånd söks för att antalet förlossningar vid sjukhuset underskrider det föreskrivna räcker det att man i samarbetsavtalet har kommit överens om att förlossningar ordnas vid sjukhuset i fråga i stället för att välfärdsområdesfullmäktige i de andra välfärdsområdena som hör till samma samarbetsområde måste förorda det.

I avtalet ska man komma överens om i vilka sjukhus förlossningar ordnas i samarbetsområdet med beaktande av antalet förlossningar per sjukhus och hur det utvecklas samt befolkningens servicebehov. När man avtalar om saken ska man beakta att den personal som förlossningsverksamheten förutsätter räcker till i samarbetsområdet. Om den ändring som är på remiss genomförs, och man i samarbetsavtalet har kommit överens om ordnandet av förlossningar vid de olika sjukhusen tolkas en ansökan om undantagstillstånd som att de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet förordar ansökan.

2.7 Ordnande och produktion av social- och hälsovårdstjänster som behövs sällan eller är särskilt krävande

2.7.1 Samarbete vid stöd för barn, unga och familjer

I avtalet ska man komma överens om ordnande och produktion av samordnade s.k. hybridenheter för barnskydd och psykiatri. I avtalet ska man komma överens om att den barn- och ungdomspsykiatriska specialiserade sjukvården tillhandahåller barnskyddsenheten stöd, och att de barn som är placerade där och som behöver krävande vård ska tillhandahållas psykiatriska öppenvårdstjänster. Man ska samarbeta med den kommun där enheten är placerad bl.a. så att barnens utbildningsmässiga rättigheter tillgodoses under placeringen. I avtalet ska man komma överens om att i samarbetsområdet finns minst en enhet för vilken universitetssjukhuset producerar psykiatrisk service.

I avtalet ska man komma överens om ordnandet av Barnahus-verksamhet så att det i varje samarbetsområde finns minst en rättspsykologisk och rättspsykiatrisk enhet för barn och unga. När ett barn undersöks måste det säkerställas att barnet får det stöd det behöver. Stödet för barn och insamlingen av uppgifter om barn måste säkerställas genom att skapa ett systematiskt samarbete mellan enheten och varje välfärdsområde. Enheterna producerar utbildning och konsultation för välfärdsområdets arbetstagare när det gäller att identifiera våld mot barn och om hur man ska agera i en eventuell brottsituation.

I avtalet ska man komma överens om hur specialkompetens i fråga om tjänster för mammor och spädbarnsfamiljer som använder droger ska tryggas och om samordning av servicestigarna på samarbetsområdesnivå. I avtalet ska man komma överens om hur den mest krävande servicen inom arbetet med missbruk och beroende ska ordnas genom att utnyttja nätverket av mödrahem. I avtalet ska man komma överens om hur den mest krävande servicen inom arbetet med missbruk och beroende för barn och unga ordnas på samarbetsområdesnivå så att den är förenlig med de mentalvårdstjänster som välfärdsområdet ordnar för barn och unga.

I avtalet ska man komma överens om hur familjegrupphemsservice för minderåriga som kommit till landet utan vårdnadshavare (22 a § i socialvårdslagen) ordnas vid behov på samarbetsområdesnivå.

2.7.2 Överenskommelse om funktionshinderservice i samarbete

I avtalet ska man komma överens om ordnande av funktionshinderservice som förutsätter krävande kompetens. Placeringen av multiprofessionell och särskild sakkunskap i området bör identifieras i samarbete. I avtalet bör experternas möjlighet till samarbete och konsultation över välfärdsområdesgränserna säkerställas och överenskommas om fungerande rutiner för krävande multiprofessionellt stöd och service.

I avtalet bör man i fråga om funktionshinderservice komma överens om samarbete och arbetsfördelning inom åtminstone följande uppgifter som förutsätter krävande kompetens:

- bedömning av behovet och ordnande av specialomsorger oberoende av viljan för personer med intellektuell funktionsnedsättning
- ordnande av långvarig boendeservice för särskilt krävande klienter
- krävande tjänster för akuta krissituationer och undersökningsperioder för personer med intellektuell funktionsnedsättning
- vård av personer med intellektuell funktionsnedsättning som inte kunnat dömas för brott
- rehabilitering och boende för barn som ordnas som funktionshinderservice utanför hemmet, dock så att barnet kan bo så nära barndomshemmet som möjligt och så att kontakt med föräldrarna kan ombesörjas
- sällsynta sjukdomar och syndrom
- komplexa och sammansatta klientsituationer med flera aktörer inblandade och hur de ska lösas, såsom samtidigt behov av flera specialtjänster, t.ex. service för personer med intellektuell funktionsnedsättning, service inom arbetet med missbruk och beroende och psykiatrisk service
- svåra beteendestörningar och utredning av orsakerna till dem
- utvecklingspsykologiska specialfrågor
- diagnostikrelaterat utredningsarbete
- specialfrågor i anslutning till läkemedelsbehandling för personer med intellektuell funktionsnedsättning

2.8 Samarbete kring forsknings-, utbildnings-, utvecklings- och innovationsverksamhet

I avtalet ska man komma överens om hur forsknings-, utbildnings-, utvecklings-, innovations- och kompetensverksamheten (FUUIK) genomförs inom samarbetsområdet. Syftet med avtalet är att FUUIK-verksamheten ska stödja social- och hälsovårdens utveckling, producera effektiva lösningar för servicesystemet och främja uppnåendet av de nationella målen.

I avtalet ska man komma överens om FUUIK-strategin och samordningen i samarbetsområdet. I samarbetsområdet ska man utarbeta en gemensam strategi, som styr FUUIK-verksamheten i hela området i linje med de nationella målen; för samordningen svarar det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. I avtalet ska man komma överens om arbetsfördelningen i samarbetsområdet och gemensamma tillvägagångssätt för FUUIK-verksamhetens del. I avtalet ska man komma överens om en klar arbetsfördelning mellan olika aktörer och gemensamma rutiner för hur forsknings-, utvecklings-, och utbildningsresultaten kan utnyttjas inom hela servicesystemet. Alla områden bör ha en gemensam uppfattning om vilka slags strukturer som förenar forskningen, utbildningen, utvecklingen och servicen i verksamheten som finns att tillgå på olika nivåer inom servicesystemet.

I avtalet ska man komma överens om FUUIK-verksamhetens strukturer och resurser i samarbetsområdet. Detta förutsätter att man på samarbetsområdesnivå skapar strukturer och verksamhetsmodeller som förenar utvecklingen, forskningen och utbildningen, samt kommer överens om en transparent fördelning och gemensamt utnyttjande av resurserna i hela området.

I avtalet ska man komma överens om utbildnings- och forskningssamarbetet i samarbetsområdet. Välfärdsområdena och forsknings- och utbildningsorganisationen kommer överens om samarbetsstrukturerna och prognostiseringen av kompetensbehoven samt om genomförandet av FUUIK-strategin som stöd för utvecklingen av social- och hälsovården.

I avtalet ska man komma överens om kompetenscentrum inom det sociala området som en integrerad del av samarbetsområdets verksamhet. I avtalet ska man också komma överens om kompetenscentrumens roll, mål och uppgifter som en del av FUUIK-verksamheten i välfärdsområdena i samarbetsområdet och hur deras sakkunskap och resurser utnyttjas och den information och de innovationer som de producerar kan användas i stor utsträckning i hela samarbetsområdet.

2.9 Ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården

De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus och i Nyland HUS-sammanslutningen ska komma överens om de regionala principerna vid ibruktagande, användning och tagande ur bruk av metoder inom social- och hälsovården med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna för principerna. I avtalet ska man komma överens om bedömning och ibruktagande av nya metoder, om det inte har getts eller kommer att ges en nationell rekommendation om dem. Bedömningen ska göras multiprofessionellt och med överenskomna metoder (t.ex. genom att använda bedömning på åtminstone s.k. mini-HTA-nivå, (health technology assesement). Dessutom ska man komma överens om verksamhetsmodeller som samstämmigt säkerställer att metoderna inriktas utifrån bevisning eller att användningen av metoderna upphör.

I avtalet ska man komma överens om centralisering av den regionala användningen och om arbetsfördelningen i fråga om nya metoder som är dyra eller kräver specialkompetens, t.ex. centralisering av vissa läkemedelsbehandlingar, centraliserad upphandling av dyr utrustning, t.ex. strålbehandling, bildiagnostik, robotkirurgi osv.

I avtalet ska man komma överens om psykoterapeutiska och psykosociala metoder inom hälso- och sjukvården som en del av planeringen och samordningen av den regionala helheten enligt centraliseringsförordningen. Samordningsuppgiften ankommer på de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus och på HUS-sammanslutningen. Som ett led i denna samordningsuppgift ska de regionalt ombesörja att primärvården och den specialiserade sjukvården i enlighet med befolkningens behov har tillgång till psykoterapeutiska och psykosociala metoder som visat sig vara effektfulla samt ombesörja utbildning och metodhandledning i anslutning till dem. Uppgiften gäller alla åldersgrupper, patientkategorier och hälso- och sjukvårdens olika nivåer. Man ska avtala om helheten och fördelningen av kostnaderna för den.

I avtalet ska man komma överens om vilka psykosociala metoder som används inom primärvården för dem som är under 23 år och vilka metoder som används som psykosocialt stöd inom socialvården (tillgång till korttidspsykoterapi inom primärvården och till strukturerade korttidsinterventioner inom social- och hälsovården, dvs. den s.k. terapigarantin för barn och unga). SHM har meddelat en separat anvisning om bestämmelser om psykosociala metoder för barn och unga¹ och THL har på sina sidor sammanställt i huvudsak metoder som lämpar sig för primärvården samt beskrivit vilka av dem som också lämpar sig för socialvården².

2.10 Utvecklande av informationshanteringen och de elektroniska tjänsterna i social- och hälsovården samt användning av klient- och patientuppgifter

I samarbetsavtalet ska man komma överens om samordning av dataadministrationens och informationshanterings tjänster och system före 2035. För att verifiera detta bör avtalet innehålla en plan och en färdplan som beskriver målen, föremålen och faserna i fråga om samordningen av dataadministrationen och informationshanteringen. Av planen och färdplanen ska framgå samordningsfaserna, som gäller åtminstone dataadministrationen; den informationshantering som stödjer informationsledningen och FUI-verksamheten; digitala tjänster och stöd i anslutning därtill; klient- och patientdatasystemen inom social- och hälsovården; informationssystemen för stödfunktioner, IKT-infrastrukturen samt IKT-felhanteringen och cybersäkerheten.

Vid samordningen och utvecklandet av dataadministrationen och informationshanteringen ska man beakta informationssystemens kompatibilitet, modularitet och utbyttbarhet samt minskning av leverantörsriskerna.

Dataadministration

I avtalet ska man komma överens om förenhetligande och samordning av dataadministrationen så att dataadministrationen stödjer genomförandet av samarbetsområdets tjänster som överenskommits på andra ställen och de informationshanteringslösningar som hänför sig till dem.

I avtalet ska man komma överens om samarbete samt utarbeta och upprätthålla gemensamma planer och rutiner, som gäller bl.a. informationshantering och digitala tjänster, gemensam referensarkitektur, gemensamma gränssnitt, gemensamma verksamhetsmodeller och rutiner, system- och dataspecifikationer samt inloggningspraxis inom social- och hälsovården.

I avtalet ska man komma överens om samordning av IKT-investeringsplanerna och om årlig uppföljning av dem.

¹ [Anvisning: Bestämmelser om tillgång till korttidspsykoterapi inom primärvården och till strukturerade korttidsinterventioner inom social- och hälsovården för barn och unga under 23 år \(terapigaranti\).](#)

² [Lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuus ja käyttöympäristöt](#)

Informationsledning och FUI

I avtalet ska man komma överens om hur samarbetsområdet ska främja åtgärder för att utveckla informationsledningen och annan sekundär användning av data på ett kostnadseffektivt sätt och i samarbete (under avtalsperioden och på längre sikt)

Saker som man ska komma överens om och beskriva gemensamt är bl.a.

- informationsledningens processer, samarbetsstrukturer och färdplan
- informationsledningsmodeller på samarbetsområdesnivå
- samarbetsrådets informationsledning roller, ansvar och resursfördelning (man ska komma överens om gemensamt utnyttjande av kritiska resurser för att uppnå volymfördelar, säkerställa att finansieringen räcker till samt dela specialkompetens)
- gemensamma begreppsmodeller
- informationsledningsarkitekturen på samarbetsområdesnivå
- gemensamma datasjö- och informationsresurslösningar
- gemensam lägesbild, gemensamma mätare och indikatorer för verksamheten och ekonomin

Digitala tjänster

I avtalet ska man komma överens om utvecklingen av digitala tjänster med utgångspunkt i behovet av att för enhetliga de regionala verksamhetsmodellerna. Vid upphandlingen av digitala servicelösningar ska välfärdsområdena samarbeta så att det är möjligt att utveckla verksamhetsmodellerna och de digitala servicestigarna i samma riktning. Om välfärdsområdena använder samma tjänsteproducenters digitala servicelösningar, ska man undvika att verksamhetsmodellerna och de digitala servicestigarna utvecklas i olika riktning. Särskilt när tekniskt mer krävande digitala servicelösningar prövas och utvecklas bör välfärdsområdena dela på arbetet och kompetensen bör utnyttjas mellan välfärdsområdena så att de lösningar som utvecklats kan tas i bruk i de andra välfärdsområdena.

I avtalet ska man komma överens om att enhetliga verksamhetsmodellerna för digitala tjänster och enhetliga digitala servicestiger ska främjas i samarbete under avtalsperioden. Härigenom eftersträvas lika möjligheter till digitala tjänster för kunderna i hela landet. I avtalet ska man komma överens om hur upphandlingen av digitala servicelösningar främjas i samarbete under avtalsperioden.

Stöd för digitala tjänster och digitala färdigheter

I avtalet ska man komma överens om utvecklandet av digitalt stöd för invånarna och om utvecklandet av yrkesutbildade personers kompetens när det gäller att utnyttja digitala tjänster.

Social- och hälsovårdens informationssystem

I avtalet ska man komma överens om hur upphandlingen och ibruktageandet av informationssystem kan genomföras i samarbete så att de stödjer den inom samarbetsområdet överenskomna eller nationellt styrda arbetsfördelningen vid ordnandet och genomförandet av social- och hälsovårdstjänster. Vid upphandlingen av informationssystem ska man beakta den tillgång till och möjlighet att använda klient- och patientuppgifter med hjälp av t.ex. Kanta-tjänsterna som arbetsfördelningen förutsätter.

Inom det regionala utvecklandet av informationshanteringen inom läkemedelsbehandlingen och läkemedelsförsörjningen ska man identifiera och förbinda sig till den nationella färdplanen för utveckling, som sträcker sig till 2030-talet. Man måste förbinda sig till tidtabellerna för införandet av nationellt enhetliga nya funktioner samt till verksamhetsmodellerna så att aktuella läkemedelsbehandlingsuppgifter och integrationen av olika organisationer är möjlig (läkemedelsbehandlingen och läkemedelsdistributionens helhetsarkitektur, utvecklingskonceptet för informationshanteringen för läkemedelsbehandlingen).

Informationshanteringen för stödfunktioner / HR- och ekonomiförvaltning

I avtalet ska man komma överens om gemensam utveckling, konkurrensutsättning och upphandling av data-teknik för stödfunktioner i samarbete i samarbetsområdet eller inom ramen för något annat omfattande samarbete, om samarbete på samarbetsområdesnivå inte är det bästa och mest kostnadseffektiva alternativet med tanke på verksamheten och ekonomin. Exempel på stödfunktioner är system och tjänster för personal- och ekonomiförvaltningen, logistiktjänster och logistiksystem, kommunikationstjänster och kommunikationssystem osv.

IKT-infrastruktur

I avtalet ska man komma överens om gemensam utveckling, konkurrensutsättning och upphandling av IKT-infrastruktur i samarbete i samarbetsområdet eller inom ramen för något annat omfattande samarbete, om samarbete på samarbetsområdesnivå inte är det bästa och mest kostnadseffektiva alternativet med tanke på verksamheten och ekonomin.

Felhantering och cybersäkerhet

I avtalet ska man komma överens om gemensamma rutiner med vilkas hjälp riskhanterings iakttagelser delas för cyberexperternas användning samt som stöd för genomförandet av NIS 2-cybersäkerhetslagen och bekämpningen av hot. Som stöd för riskhanteringen och nätverksarbetet kan man utnyttja de lägesbilder för cybersäkerheten som upprätthålls i välfärdsområdena (t.ex. Myndigheten för digitalisering och befolkningsdatas lägesbildtjänster).

I avtalet ska man komma överens om:

- Gemensamma rutiner och åtgärder för utvecklande av IKT-felhanteringen samt förbereda sig på att stödja varandra i IKT-felsituationer, med betoning på prognostisering, reaktion och resiliens.
- Åtgärder för att utveckla IKT-beredskapen, vilka säkerställer att servicen fortsätter i olika störningssituationer.
- Övervakning av IKT-infrastrukturen, såsom informationsnät, tillsammans som stöd för genomförandet av NIS 2-cybersäkerhetslagen.

2.11 Beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden samt ordnande av verksamheten vid beredskapscentren

En lagändring som gäller beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden har just godkänts av riksdagen vid tidpunkten för publiceringen av denna tillämpningsanvisning. Lagen träder i kraft den 1.8.2025. Efter att lagen trätt i kraft, ska man i samarbetsavtalet komma överens om

- Gemensamma nivåer på regleringen av beredskapen (rekommendation: grundberedskap, höjd beredskap, full beredskap) och förfarandena på de olika nivåerna.
- De mekanismer som det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus använder för att stödja de andra välfärdsområdena eller övertar ledningen i en störningssituation.
- De principer enligt vilka resurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas inom ett annat samarbetsområde.
- Ordnande av verksamheten vid samarbetsområdets beredskapscenter (inkl. kostnadsfördelning, alarmarrangemang, beredskapscentrets stöd till alla välfärdsområden).

Den nya 50 a § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ålägger samarbetsområdena starkare skyldighet att ha gemensamma planer och strukturer för hanteringen av störningssituationer och undantagsförhållanden. Dessa avsnitt av samarbetsavtalet bereds i samarbete mellan välfärdsområdena och SHM. Vid ministeriet samordnas den nationellt enhetliga beredskapen av beredskapsenheten.

Enligt 50 a § ska man i samarbetsavtalet för det första komma överens om de gemensamma nivåerna på regleringen av beredskapen och om alarmarrangemangen och förfarandena för dessa. De allmänt använda beredskapsnivåerna inom social- och hälsovården är grundberedskap, höjd beredskap och full beredskap, och det rekommenderas att dessa används nationellt. Alarmarrangemangen ska överenskommas lokalt och som stöd för alarmeringen kan användas t.ex. olika kommunikationssystem. Man måste dock se till att sekretessbelagda eller säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter inte förmedlas i oskyddade system. Man bör också komma överens om mekanismerna för övergång från en beredskapsnivå till en annan och hur verksamheten i samarbetsområdet och i praktiken i välfärdsområdena förändras när man övergår från en beredskapsnivå till en annan. Områdets beredskapscenter styr välfärdsområdenas beredskapsplanering och stödjer dem också vid planeringen i anslutning till nivåerna på regleringen av beredskapen.

I avtalet ska man komma överens om det stöd och den styrning som det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad ska ordna för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet vid störningssituationer som ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga resurser för att hantera. Man ska också komma överens om hur de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet kan stödja det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, och det inte har tillräckliga resurser. Det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus har en stödjande och samordnande roll, men själva det konkreta stödet kan också komma från de andra välfärdsområdena. Det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus ska förutom hjälpa också utreda de andra välfärdsområdenas möjligheter att fungera som stöd. 50 b § 1 mom. 3 punkten gäller hjälp mellan välfärdsområdena, men inbegriper ingen överföring av ledningsansvaret. För allvarigare störningssituationer finns 50 b § 1 mom. 5 punkten, där ledningsansvaret i en

allvarliga störningssituation enligt gemensamt överenskomna mekanismer kan överförs till det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. Det bör påpekas att i dessa situationer gäller det ledningsansvar som överförs till det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus endast ledning av hanteringen av den föreliggande störningssituationen, och varje välfärdsområde leder fortfarande sina egna resurser och svarar för sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning.

Man ska också komma överens om hur social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas inom ett annat samarbetsområde. Härmed avses t.ex. att mobila kirurgiteam, grupper för taktisk prehospital akutsjukvård eller grupper för psykosocialt stöd och krisarbete som samlats ihop från samarbetsområdets olika välfärdsområden sänds till ett annat samarbetsområde. Förutom personalresurser kan man också överföra t.ex. material. I avtalen ska man beakta särskilt den gemensamt samordnade hjälp av de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus tillhandahåller varandra. I samarbetsavtalet bestäms dessutom hur resurser ska användas nationellt på det sätt som överenskomms med en statlig myndighet. Användningen av nationella resurser planeras tillsammans med SHM:s beredskapsenhet.

Förutom i samarbetsavtalet ska man förvaltningsstadgorna i välfärdsområdena i samarbetsområdet och särskilt i det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus beakta 50 a § 2 mom., enligt vilket en tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus ska fatta beslut om ibruktagande av de åtgärder som avses i 1 mom. 3–6 punkten, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller av någon annan motsvarande anledning. Grunderna för användning och ibruktagande av befogenheten ska överenskommas i samarbetsavtalet. Om en sådan brådskande eller omfattande grund inte föreligger, vidtas åtgärderna genom de normala beslutsförfarandena. Dessa tjänsteinnehavare i de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus som utövar exceptionell befogenhet är samma tjänsteinnehavare som hör till den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård enligt 50 c §. Det är tänkt att den tjänsteinnehavare som utses ska vara välfärdsområdesdirektören, som har befogenhet att leda social- och hälsovårdsväsendet samt räddningsväsendet. Beroende på störningssituationens eller undantagsförhållandenas karaktär kan det vara ändamålsenligt att delegera ledningsansvaret till t.ex. den högsta tjänsteinnehavaren med ansvar för socialvården, den högsta tjänsteinnehavaren med ansvar för hälso- och sjukvården eller tjänsteinnehavaren med ansvar för beredskapen. I Södra Finlands samarbetsområde är ansvaret delat mellan HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad så att HUS-sammanslutningens tjänsteinnehavare har ledningsansvaret för den specialiserade sjukvården och Helsingfors stads tjänsteinnehavare ledningsansvaret för primärvården och socialvården. De tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgorna ska också ha en tillräcklig vikariekedja, så att det alltid går att hitta en beslutsför tjänsteinnehavare.

2.11.1 Beredskapscenter

Enligt 51 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen för att upprätta och upprätthålla en lägesbild för samarbetsområdet ha ett beredskapscenter för social- och hälsovården. Utöver lägesbildsfunktionen har beredskapscentret till uppgift att inom sitt samarbetsområde styra beredskapsplaneringen för social- och hälsovården i enlighet med enhetliga riksomfattande principer.

I samarbetsavtalet om beredskapscentrets verksamhet ska man komma överens om åtminstone följande helheter:

- Ledningen av beredskapscentrets verksamhet
- Fördelningen av kostnaderna för beredskapscentrets verksamhet
- Beredskapscentrets roll i störningssituationer och under undantagsförhållanden, t.ex. i fråga om regleringen av beredskapsnivån, ledningens stöd osv.
- Förmedling av välfärdsområdenas lägesbild och störningsmeddelanden till beredskapscentret i enlighet med 51 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och förmedling av lägesbilderna från beredskapscentren till välfärdsområdena
- Säkerställande av beredskapscentrets fortsatta verksamhet i störningssituationer och under undantagsförhållanden
- Beredskapscentrets tillgänglighet och verksamhet dygnet runt, jour/beredskapsarrangemang

2.12 Till sina effekter vittsyftande och ekonomiskt betydelsefulla investeringar

I samarbetsavtalet ska man komma överens om upphandlingen av den mest krävande och dyraste utrustningen för den specialiserade sjukvården, som det inte är ändamålsenligt att skaffa till alla sjukhus. Man ska då beakta centraliseringen av den specialiserade sjukvården, bibehållen specialkompetens vid de sjukhus där det är ändamålsenligt samt utnyttjandegraden i fråga om motsvarande utrustning inom samarbetsområdet. Härigenom förhindras oändamålsenlig kapprustning mellan sjukhusen.

Planeringen och bedömningen av investeringar styrs närmare i separat samarbete mellan FM, SHM och IM. Det har publicerats en handbok om utarbetande av välfärdsområdenas investeringsplan. Dessutom bereds processbeskrivningar av styrningen av investeringar samt en modell för utarbetande av en kostnadsnyttoanalys.

SHM kan låta bli att godkänna välfärdsområdets delplan för investeringar i social- och hälsovården, om den strider mot samarbetsavtalet.

3 Övrigt

I samarbetsavtalet kan man för kännedom sammanställa sådana avtal som är av betydelse för samarbetet och som de olika välfärdsområdena har om samarbete med välfärdsområden i andra samarbetsområden, nationellt, med den privata sektorn eller över statsgränserna.

I avtalet ska man komma överens om strukturer, ansvariga aktörer, förfaranden och tidtabeller för hur välfärdsområdena följer och bedömer hur avtalet fullföljs, samt förfaranden för hur avtalet eller dess bilagor uppdateras och för hur man går vidare om samarbetsavtalet inte verkställs eller iaktas på det sätt som parterna förbundit sig till. En sådan situation kan t.ex. uppstå om ett välfärdsområde genomför operativ verksamhet som man inte har kommit överens om och som äventyrar tillräcklig personal för den överenskomna verksamheten i andra områden. Ett annat exempel är en situation där ett välfärdsområde skaffar tjänster eller hänvisar patienter till ett annat samarbetsområde på ett sätt som äventyrar ett ändamålsenligt genomförande av de överenskomna tjänsterna i samarbetsområdet.

Mer information

Mer information lämnas av
Andreas Blanco Sequeiros, direktör, förnamn.efternamn@gov.fi

Kanslichef	Veli-Mikko Niemi
Direktör	Andreas Blanco Sequeiros

Bilagor Napsauta tähän hiirellä ja kirjoita liitteiden nimet kukin omalle rivilleen. Rivinvaihto enterillä.

Sändlista

För kännedom

VN/8128/2025-STM-4

Seuraavat henkilöt ovat allekirjoittaneet tämän asiakirjan sähköisesti /

Följande personer har undertecknat denna handling elektroniskt /

This document has been signed electronically by the following persons: