

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PROMEMORIA Bilaga 1

Regeringsråd
Erkki Papunen

2.3.2023

FÖRSLAG TILL STATSRADETS FÖRORDNING OM INNEHÅLLET I OCH BEREDNINGEN AV SAMARBETSAVTAL MELLAN VÄLFÄRDSOMRÅDEN

1 Bakgrund

Riksdagen har antagit de centrala lagarna i reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet (RSv 111/2021 rd), och president Niinistö har stadfäst lagarna den 29 juni 2021. De lagar som gäller reformen har trätt i kraft stegvis. Ansvar för ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet övergår i sin helhet till välfärdsområdena den 1 januari 2023.

I Finland finns i fortsättningen 21 välfärdsområden som ansvarar för ordnandet av tjänster inom den lagstadgade social- och hälsovården och räddningsväsendet. Helsingfors stad kommer även i fortsättningen att ha ansvaret för att ordna social- och hälsovården och räddningsväsendet. HUS-sammanslutningen har ett särskilt organiseringsansvar för uppgifter i anslutning till den specialiserade sjukvården i Nyland. HUS-sammanslutningen inrättades i stället för Samkommunen Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, det vill säga sjukvårdsdistriktet, i och med reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Medlemmar i HUS-sammanslutningen är de fyra välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stad. HUS-sammanslutningens högsta beslutande organ är samkommunsstämman, där varje ägarkommun företräds av en representant.

Varje välfärdsområde hör till ett av fem samarbetsområden. Syftet med samarbetsområdet är att trygga tillgången till tjänster och avtala om arbetsfördelningen i uppgifter där det behövs regionalt samarbete för att säkerställa kompetensen eller för en kostnadseffektiv verksamhet. De välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen hör enligt 35 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) till olika samarbetsområden så att varje samarbetsområde har ett universitetssjukhus. HUS-sammanslutningen hör till Södra Finlands samarbetsområde. Välfärdsområdena i Södra Finlands samarbetsområde, HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad upprättar i likhet med de övriga samarbetsområdena ett samarbetsavtal.

De välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde upprättar ett samarbetsavtal mellan välfärdsområdena. Bestämmelser om innehållet i och beredningen av avtalet finns i 36 och 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 36 § 5 mom. och 37 § 5 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård får närmare bestämmelser om de frågor som det ska avtalas om i samarbetsavtalet samt bland annat om beredningen och tidtabellen för beredningen utfärdas genom förordning av statsrådet. De välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen sköter de administrativa uppgifter som sammanhänger med upprättandet av samarbetsavtalet. Välfärdsområden har enligt 1 § 3 mom. i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021) fram till utgången av 2025 tid att upprätta samarbetsavtal i samarbetsområdet.

Syftet med samarbetsavtalet är att säkerställa arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan de välfärdsområden som ingår i samarbetsområdet till den del detta behövs för att garantera skötseln av välfärdsområdenas lagstadgade uppgifter. Samarbetsavtalet ska främja kostnadsnyttoeffektivitet, produktivitet, kvalitet, klient- och patientsäkerhet, ändamålsenlighet, jämlik tillgång, språkliga rättigheter samt fungerande servicekedjor och servicehelheter inom social- och hälsovården. I avtalet ska 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.

Utöver samarbetsavtalet finns det två andra avtal mellan välfärdsområdena som förordningen om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden inte som sådan ska gälla. De tvåspråkiga välfärdsområdena ska ingå ett ömsesidigt samarbetsavtal för att trygga de svenskspråkiga invånarnas språkliga rättigheter i social- och hälsovården. Dessutom ingår HUS-sammanslutningen, välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stad ett inbördes avtal, som kallas organiseringsavtalet för HUS.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

I och med reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet uppstår det en helt ny självstyrelsenivå i Finland när välfärdsområdena inleder sin verksamhet som offentligt rättsliga samfund som är separata från kommunerna och staten. Bestämmelser om det inbördes samarbetet mellan välfärdsområdena i fortsättningen finns i 5 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Genom lagstiftningen om samarbetsområden strävar man efter att säkerställa att organiseringen av social- och hälsovårdshelheter som kräver specialkompetens inte ska vila på ett enskilt välfärdsområde, utan att ansvaret kan fördelas mellan samarbetsområdena. Bestämmelser om social- och hälsovårdshelheter som kräver särskild kompetens har tidigare funnits endast i substanslagar. Genom statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården (582/2017, nedan *centraliseringsförordningen*), som utfärdats med stöd av 45 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), har det till vissa delar föreskrivits om arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården och om regional centralisering av vissa uppgifter. Det bemyndigande att utfärda förordning som ingår i 33 a § i socialvårdslagen gör det möjligt att regionalt slå samman socialtjänster i anslutning till andra tjänster. Det har tills vidare inte utfärdats någon förordning med stöd av bestämmelsen, så avsikten är att det genom en förordning som utfärdas med stöd av 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska utfärdas bestämmelser om några kritiska sektorsövergripande tjänster och säkerställande av specialkompetensen på samarbetsområdesnivå. Inom socialvården behövs det en lika stark författningsgrund som det finns inom hälso- och sjukvården i fråga om särskilt krävande situationer. Detta kan göras genom att man utvecklar graderingen av socialvården och utfärdar en förordning om centralisering av socialvården.

Den föreslagna förordningen innehåller bestämmelser om den grundläggande strukturen för samarbetsavtal mellan välfärdsområden på strategisk nivå, i den mån innehållet i samarbetsavtalet i detta skede preciseras genom förordning. Det närmare innehållet i samarbetsavtalet är till betydande delar beroende av välfärdsområdenas inbördes avtal inom ramen för 36 och 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och andra bestämmelser som inverkar på samarbetsavtalet. Den del som regleras genom förordning kan kompletteras i framtiden, särskilt i fråga om 36 § 3 mom. 1–5 samt 8 och 11 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Avsikten är att förordningen även i framtiden ska samordnas med befintliga förordningar och förordningar som kräver beredning inom social- och hälsovården (till exempel när det gäller centralisering av social- och hälsovården och jourverksamhet).

Enligt 36 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska det i samarbetsavtalet bestämmas om den kostnadsfördelning mellan välfärdsområdena som sammanhänger med en ansvarsfördelning som bestämts med stöd av avtalet till de delar kostnadsfördelningen inte regleras i 57 § i lagen

om ordnande av social- och hälsovård. I förslaget till förordning föreslås inga bestämmelser om kostnadsfördelning mellan välfärdsområdena, vilket innebär att välfärdsområdena måste avtala om överföring av kostnaderna för en arbetsfördelning enligt förslaget i samarbetsavtalet.

3 Specialmotivering

1 §. *Upprättande och verkställighet av samarbetsavtal mellan välfärdsområden.*

I 1 mom. föreslås en informativ hänvisning till annan lagstiftning som ska beaktas vid beredningen av samarbetsavtalet. Utöver lagen om ordnande av social- och hälsovård påverkas upprättandet av samarbetsavtal på ett centralt sätt särskilt av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen, i centraliseringsförordningen som utfärdats med stöd av den och i statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017). Utöver detta förslag till förordning finns eller kan det finnas bestämmelser som inverkar på samarbetsavtalet även i andra bestämmelser som utfärdats med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård. Bestämmelser som påverkar innehållet i samarbetsavtalet finns också åtminstone i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland (615/2021) och i lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen. Om det finns bestämmelser som inverkar på samarbetsavtalet i andra författningar än de som nämns ovan, ska de beaktas på basis av det inledande stycket i 36 § 3 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Fullgörandet av ett samarbetsavtal som godkänts i enlighet med 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård följs och utvärderas årligen vid förhandlingar mellan social- och hälsovårdsministeriet och välfärdsområdena i samarbetsområdet. Ett samarbetsavtal som godkänts i enlighet med 37 § ska vid behov ändras. Ändringen behövs om samarbetsavtalet till exempel inte främjar uppnåendet av de gällande riksomfattande mål som avses i 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I 2 mom. föreskrivs det att behovet av att ändra ett samarbetsavtal ska bedömas åtminstone när de ovannämnda riksomfattande målen har ändrats.

I 3 mom. föreskrivs det att ett godkänt samarbetsavtal ska lämnas in till social- och hälsovårdsministeriet inom en månad från avtalets ikraftträdande. Enligt 37 § 3 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård träder avtalet i kraft så snart samtliga välfärdsområdesfullmäktige har godkänt det. Avtalets laga kraft är således inte ett villkor för att avtalet ska träda i kraft eller lämnas in till social- och hälsovårdsministeriet.

2 §. *Social- och hälsovård som behövs sällan eller är särskilt krävande.* Syftet med paragrafen är att föreskriva om hur man genom samarbetsavtal kan ställa sådan specialkompetens inom social- och hälsovården som behövs mer sällan till förfogande för alla välfärdsområden. På samarbetsområdesnivå bör man avtala om verksamhetspraxis i särskilt krävande situationer, till exempel när det är fråga om gemensamma kunder och det samtidigt behövs stöd från både funktionshinderservicen, psykiatrin och barnskyddet. Den särskilda kompetens som avses i paragrafen och avtal i anslutning till den behövs i de allra mest komplexa socialvårdsfrågorna som ingen yrkesgrupp ensam har svar på och som berör mycket små klientgrupper. I fråga om dessa bör samordningsansvaret ligga på samarbetsområdet, eftersom det är möjligt att det inom samarbetsområdet och till och med i hela Finland finns endast ett fåtal specialsakkunniga för dessa tjänster. Det är inte enbart fråga om ömsesidigt samarbete inom social- och hälsovården utan också om samarbete med till exempel undervisningsväsendet, polisen, åklagaren och Brottsförhållningsmyndigheten.

I 1 mom. ges en närmare definition av vissa uppgifter och tjänster som avses i 36 § 3 mom. 6 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Avtalsskyldigheten i samarbetsavtalet ska gälla tjänster och uppgifter som uppfyller kriterierna enligt paragrafen till den del det inte redan föreskrivs någon annanstans om arbetsfördelningen vad gäller dem. När det gäller hälso- och sjukvården finns det bestämmelser om arbetsfördelning och samordning bland annat i centraliseringsförordningen och jourförordningen. Ansvaret för de specialtjänster som tagits med i avtalet och för den specialkompetens som hänför sig till dem bör tydligt anges i samarbetsavtalet, så att de tillhandahålls trots det varierande antalet kunder och deras behov. Alla välfärdsområden kommer sannolikt inte att bedöma att det är ekonomiskt och funktionellt lönsamt att producera dessa tjänster som sällan behövs och som kräver sektorsövergripande specialkompetens. I praktiken kan det i samarbetsavtalet avtalas om att tjänsteproduktion som hänför sig till nämnda tjänster ska skötas av till exempel ett av välfärdsområdena eller en organisation.

Enligt 1 mom. 1 punkten ska avtalsskyldigheten gälla säkerställande av det mest krävande barnskyddet och en ändamålsenlig socialvård som ingår i de mest krävande tjänsterna för barn, unga och familjer. När det gäller hälso- och sjukvården finns motsvarande bestämmelser i 4 § 4 punkten i centraliseringsförordningen. I och med den förslagna bestämmelsen är det möjligt att säkerställa att alla anställda i välfärdsområdena vid behov får stöd för att hantera de svåraste situationerna, såsom fall av bortföranden av barn och hjälp till offer för människohandel. En mycket begränsad del av det direkta kundarbetet inom den mest krävande servicen kan genomföras genom den struktur för serviceproduktionen som fastställs i samarbetsavtalet. Till dessa exceptionella tjänster hör till exempel tjänsterna vid enheterna Barnhus/Lasta samt tjänster på synnerligen krävande nivå för gravida mödrar och spädbarnsfamiljer med missbrukarproblem. Avtalsskyldigheten enligt 1 punkten gäller i synnerhet tjänsterna för barnskyddsklienter, eftersom de traditionella barnskyddstjänsterna enligt det nuvarande systemet inte är tillräckliga för alla klienter. Till exempel barn och unga som har allvarliga symtom på grund av berusningsmedel, brott eller våld eller som annars befinner sig i en mycket svår situation behöver ofta sektorsövergripande och multiprofessionellt intensivt stöd till exempel inom barnskyddets vård utom hemmet (såsom i tjänster inom särskild omsorg) samt tjänster som social- och hälsovården genomför i samarbete eller annars samtidiga tjänster för att kunna rehabiliteras och klara sig i sin vardag. För detta behövs centraliserad kompetens, samarbete och avtal om arbetsfördelning på samarbetsområdesnivå, för att tillhandahållandet av tjänsterna ska kunna tryggas. Det är till exempel motiverat att särskild omsorg inom barnskyddet tillhandahålls centraliserat på samarbetsområdesnivå, eftersom antalet klienter i varje välfärdsområde är litet, men tillgången till tjänster måste tryggas. Centraliserad kompetens behövs också för mycket krävande skilsmässor, som är en bakomliggande faktor i många krävande klientrelationer inom barnskyddet.

Enligt 2 punkten ska det i samarbetsavtalet avtalas om samarbete i fråga om den mest krävande funktionshinderservicen som kräver multiprofessionell kompetens och multiprofessionellt samarbete. I 2 punkten avses särskilt sådan krävande multiprofessionell hjälp och sådant krävande multiprofessionellt stöd som tillhandahålls gemensamt inom social- och hälsovården. Den mest krävande funktionshinderservicen som kräver multiprofessionell kompetens och multiprofessionellt samarbete är också särskilt krävande stöd för boendet, stöd för boendet för barn som ordnas utanför hemmet som funktionshinderservice samt vård och service för dem som är beroende av en livsuppehållande respirator. Tjänster och stödåtgärder ska ordnas för alla personer med funktionsnedsättning med stöd av lagstiftningen om funktionshinderservice. Tjänsterna i fråga ska i första hand tillhandahållas som närservice, där den specialkompetens som behövs tryggas genom samarbete mellan välfärdsområdena. En nätverksbaserad modell för produktion av tjänster är i många fall effektiv och kan bäst utnyttja lokala resurser som komplement till de mest krävande multiprofessionella resurserna.

Enligt 3 punkten ska välfärdsområdena i samarbetsområdet också avtala om samarbete inom specialomsorger som är oberoende av den åtalades vilja när det gäller en åtalad utvecklingsstörd och en utvecklingsstörd som inte har dömts till straff. Det är viktigt för ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus att i sin samordningsroll förstå den regionala servicen och kompetensresurserna inom alla välfärdsområden, också över samarbetsområdesgränserna (se 8 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård).

Enligt 4 punkten ska välfärdsområdena avtala om samordnings- och expertstöduppgifter för särskilt krävande boendeservice. Med boendeservice avses sådant boende enligt socialvårdslagen (1301/2014) som ordnas av ett välfärdsområde, såsom gemenskapsboende (21 b §) eller serviceboende med heldygnsomsorg (21 c §). Ett välfärdsområde ska ordna boendeservice också som en inriktad service för stödbehov till följd av missbruk av berusningsmedel eller annat beroendebeteende (24 a §) och i synnerhet som service som riktar sig särskilt till stödbehov till följd av försämrad psykisk funktionsförmåga (25 a §). Klienterna inom den boendeservice som avses i denna punkt har till exempel alkoholdemens, hjärnskada eller samtidig allvarlig psykisk sjukdom och minnesstörning, och det kan vara svårt att ordna lämpligt serviceboende på grund av klienternas ålder, beteendesymtom i anslutning till alkoholberoendet och bristande kompetens i anslutning till särskilda behov. Klienter med hjärnskada har samma typ av problem som de som lider av alkoholdemens, det vill säga ung ålder och beteendesymtom. Äldre personer som lider av allvarliga psykiska sjukdomar och som har svårt att klara av vanlig boendeservice för äldre eller för rehabiliteringsklienter inom mentalvården får inte enkelt tillgång till den boendeservice med integrerad kompetens som de behöver. Antalet klienter som behöver ovannämnda boendeservice och specialkompetens är så litet att det i samarbetsområdet vore befogat att samordna den regionala tillgången till servicen och säkerställa ett tillräckligt och ändamålsenligt expertstöd och personalens kompetens i serviceverksamheten i områdena.

Enligt 2 mom. svarar ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus för samordningen av beredningen och verkställigheten av samarbetsavtalet i de ärenden som avses i 1 mom. Samordningsuppgiften är väsentlig när det gäller sådana tjänster och uppgifter som förutsätter samarbete mellan den mest krävande socialvården och hälso- och sjukvården, särskilt den specialiserade sjukvården. I samordningsuppgiften ingår att säkerställa att avtalet säkerställer personalens kompetens i dessa tjänster och verksamheten, expertstöd, planering och regional samordning. Det är nödvändigt att ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus i sin samordningsuppgift i anknytning till verkställigheten förstår de regionala helheterna av tjänster och kompetensresurser. Samordningsuppgiften förutsätter också koppling till den regionala och nationella forsknings-, utvecklings-, utbildnings- och innovationsverksamhet (nedan *FoUUI*) som anknyter till 1–4 punkten i momentet och som även innefattar utveckling av särskild kompetens. Särskilt betydelsefullt är det att säkerställa att den utvecklingsverksamhet som anknyter till serviceverksamheten inom socialvården integreras i FoUUI-helheten i enlighet med 2 §.

3 §. Samordning av utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet. I paragrafen föreskrivs det om det avsnitt i samarbetsavtalet som handlar om samordning av FoUUI-verksamhet genom en precisering av det som nämns i 36 § 3 mom. 7 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Med stöd av den bestämmelsen ska man som en del av samarbetsavtalet avtala om den strategiska planen för utbildnings-, forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamheten och genomförandet av planen samt om samordnings-, styrnings- och rådgivningsuppgifterna rörande dessa funktioner hos det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. Den strategiska planen ska således utgöra en del av samarbetsavtalet eller ingå som separat bilaga till avtalet och samma förfarande ska iakttas vid utarbetandet av planen.

Enligt 1 mom. 1 punkten ska som en del av den strategiska plan som avses i 36 § 3 mom. 7 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård och genomförandet av planen avtalas om samordning av forsknings-, utbildnings-, utvecklings- och innovationsverksamheten inom välfärdsområdena i samarbetsområdet och av målen för dess genomförandestrukturer, samarbete och arbetsfördelning i fråga om verksamhetens innehåll och genomförandestrukturer samt om samordning av verksamheten till en helhet som stöder hela samarbetsområdet med beaktande av de riksomfattande målen för social- och hälsovården. De välfärdsområden som hör till samarbetsområdet ska utarbeta en gemensam strategisk plan för FoUUI-verksamheten utifrån de riksomfattande målen för och utvecklingsbehoven inom social- och hälsovården. I den strategiska planen ska det fastställas sådana prioriteringar och riktlinjer för FoUUI-verksamheten samt samarbetsstrukturer för samordning och utvärdering som stöder hela samarbetsområdet. Välfärdsområdena kan avtala om prioriteringarna i FoUUI-verksamheten mellan välfärdsområdena samt om gemensamma projekthelheter och finansieringen av dem.

Särskilt viktigt är det för det första att avtala om jämförbara genomförandestrukturer för uppgifterna och om målen för dem för att säkerställa att det finns identifierbara roller och ansvar för verksamheten och utnyttjandet av dess resultat i de olika välfärdsområdena i samarbetsområdet och att de prioriteringar som överensstämmer med de riksomfattande målen kan besvaras med stöd av dem. Genom riktlinjer som följer av lagen om ordnande av social- och hälsovård och de riksomfattande målen kan man till exempel till delområden inom social- och hälsovården rikta strukturer som är jämförbara och svarar mot serviceverksamhetens behov och som förenar praxis, utveckling, utbildning och forskning samt skapar ett system för produktion av undersökta arbetsmetoder. En del av detta är också att samarbetsområdets strukturer och ansvar ställs i relation till centraliserade uppgifter i lagstiftningen, till exempel samordning av utvecklingsarbetet för klient- och patientsäkerheten och det kunskapsunderlag som detta förutsätter, samt mer allmänt till utveckling av informationsledningen.

För det andra är det viktigt att samtidigt avtala om de huvudsakliga uppgiftshelheterna för olika nivåer i servicesystemet i förhållande till serviceuppgifterna. Genom avtalet kan man dra upp riktlinjer för hur de tjänster på specialnivå som samlats inom samarbetsområdet förhåller sig till FoUUI-uppgifter på samma nivå såväl i den lagstadgade styrnings- och samordningsuppgiften som i själva verksamheten. På motsvarande sätt kan man komma överens om hur uppgifterna på välfärdsområdesnivå, till exempel i fråga om serviceintegration och servicestigar, förhåller sig till FoUUI-uppgifter i samma syfte och stöder uppgifterna på verksamhetsenhetsnivå. På verksamhetsenhetsnivå kan man dra upp riktlinjer för uppgiftshelheter som till exempel möjliggör deltagande i forsknings- och utvecklingsverksamhet samt införande och förankring av ny praxis.

För det tredje är det viktigt att avtala om samordning av helheten på ett sådant sätt att den strategiska planen säkerställer att sådan FoUUI-verksamhet inom social- och hälsovården som bedrivs i olika välfärdsområden kan utnyttjas allmänt i hela samarbetsområdet och att överlappande projekt inte genomförs i onödan i samarbetsområdet. Välfärdsområdena i samarbetsområdet ska också avtala om spridningen av resultaten av FoUUI-verksamheten och god praxis till servicesystemet inom social- och hälsovården. Målet är att de servicehelheter, tjänster, produkter, tillvägagångssätt och metoder som utvecklats som ett resultat av FoUUI-verksamheten ska kunna utnyttjas i så stor utsträckning som möjligt inom alla välfärdsområden och på riksomfattande nivå inom social- och hälsovården. Vidare är det viktigt att avtala om uppföljningen av verksamhetens resultat inom samarbetsområdet. Som en del av den strategiska planen bereds också förverkligandet av genomförandet samt uppföljningen och utvärderingen av verksamhetens resultat. Med hjälp av uppföljningen säkerställs verksamhetens effektivitet och uppnåendet av de regionala målen som en del av bedömningen av hur de riksomfattande målen har uppnåtts. Härigenom ska det av planen framgå hur FoUUI-verksamheten i

samarbetsområdet som helhet ska organiseras som en övergripande stödstruktur för informationsledning, evidensbaserad verksamhet och kompetensledning.

Den strategiska planeringen, verkställigheten och utvärderingen ska på det sätt som förutsätts i 32 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård genomföras i nära samarbete med kommunerna, universiteten, högskolorna, de nationella och regionala forskningsinstituterna, läroanstalterna och övriga utbildningsmyndigheter, kompetenscentrumen inom det sociala området, organisationerna, arbetskraftsförvaltningen, landskapsförbunden och näringslivet inom samarbetsområdet som en del av det övergripande uppnåendet av de riksomfattande målen. Till den del uppgifterna och planen gäller uppgifter för vilka samordning och stöd har sammanförts med stöd av annan lagstiftning, ska samarbete bedrivas också med de välfärdsområden eller andra aktörer som ansvarar för dessa uppgifter. Särskilda bestämmelser om utvecklingsrelaterade specialuppgifter enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård finns i 3 och 4 mom. Samtidigt är det viktigt att i enlighet med målstrukturen avtala om forbundna förfaranden för samarbetet med intressentgrupperna på olika nivåer.

Enligt 2 punkten i momentet ska verksamheten och målen för de kompetenscentrum inom det sociala området som avses i lagen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området (1230/2001) och som är verksamma i samarbetsområdet samordnas till en helhet som stöder hela samarbetsområdet och välfärdsområdenas verksamhet. De riktlinjer för verksamheten och målen som anges i planen ska gälla hur välfärdsområdena med stöd av den nämnda lagen definierar kompetenscentrumens verksamhet. I enlighet med vad som beskrivs i regeringens proposition RP 56/2021 rd är välfärdsområdena ansvariga för kompetenscentrumverksamheten inom det sociala området, och kompetenscentrumens uppgifter utgör för närvarande en central plattform och ett kluster för de FoUUI-uppgifter inom det sociala området som välfärdsområdet ansvarar för. Då säkerställer förslaget till förordning att den innehållsmässiga verksamheten vid kompetenscentrumen inom det sociala området kopplas till välfärdsområdenas FoUUI-verksamhet. Lagstiftningen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området förblir tills vidare oförändrad till övriga delar. De verksamhetsområden för kompetenscentrumen som anges i lagen om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området överensstämmer inte med samarbetsområdena, och därför är det nödvändigt med sådan samordning på samarbetsområdesnivå som avses i förslaget till förordning. Kompetenscentrumen inom det sociala området har till stor del ansvarat för FoUUI-verksamheten inom socialvården, och därför är det viktigt att deras kompetens och utvecklingsresurser synkroniseras med FoUUI-strukturerna på välfärds- och samarbetsområdesnivå. Planen bör till denna del beredas i nära samarbete med kompetenscentrumen inom det sociala området och de övriga ansvariga organisationerna bakom dem.

Enligt 3 punkten ska välfärdsområdena i samarbetsområdet komma överens om tillvägagångssätt för att styra den forskning som hör till välfärdsområdets uppgifter och utnyttjandet av forskningsrönen till verksamheten inom välfärdsområdena i samarbetsområdet. Forskning kan i detta sammanhang avse till exempel hälsoforskning, forskning i socialt arbete, forskning som hänför sig till socialt välbefinnande och forskning som främjar hälsa och välfärd. Tillvägagångssätten ska gälla såväl forskning som välfärdsområdena själva finansierar som forskning som baserar sig på utomstående finansiering och som bedrivs som en del av välfärdsområdets uppgifter. Dessutom bör man avtala om att forskningsrönen ska utnyttjas i verksamheten inom välfärdsområdena i samarbetsområdet. Social- och hälsovårdsverksamheten baserar sig på forskning och forskningsbaserad utveckling inom flera olika vetenskapsområden. I samarbetsavtalet och som en del av den strategiska planen ska det avtalas om samarbetsstrukturer och verksamhetsmodeller som säkerställer evidensbaserade metoder och praxis inom social- och hälsovården med stöd av forskning inom olika vetenskapsområden i hela samarbetsområdet. Dessutom säkerställs det att tjänsterna är kundorienterade och interoperabla med

stöd av multivetenskapligt, tvärvetenskapligt och interdisciplinärt forskningssamarbete. Universitet, högskolor, forskningsinstitut och kompetenscentrum inom det sociala området ska inom varje arbetsområde ha en fast delaktighet i utformningen av samsamarbetsstrukturer och verksamhetsmodeller samt i genomförandet av den forsknings- och utvecklingsverksamhet som bedrivs utifrån dem.

Enligt 4 punkten ska det avtalas om metoder för att skapa förutsättningar för samarbete mellan välfärdsområdena i samsamarbetsområdet och de aktörer inom samsamarbetsområdet som bedriver FoUUI-verksamhet samt för en gemensam bedömning och prognostisering av kompetensbehoven. I samsamarbetsavtalet avtalar man som en del av den strategiska planen om samsamarbetsstrukturer och verksamhetsmodeller för samarbetet inom undervisnings- och utbildningsverksamheten. Syftet med dessa är att säkerställa den kompetens och kontinuerliga yrkesmässiga utveckling som klient- och patientsäkerheten, kvaliteten och verkningsfullheten inom social- och hälsovården förutsätter. Avsikten är dessutom att bedöma och förutse kompetensbehoven inom hela samsamarbetsområdet. Vid bedömningen av kompetensbehoven bör man beakta hur man genom samarbete mellan välfärdsområdena och de aktörer som tillhandahåller utbildning kan säkerställa tillräcklig kompetens i synnerhet för att beakta minoritetsgruppers, såsom samernas, servicebehov och för att trygga de lagstadgade språkliga rättigheterna. Universitet, högskolor, forskningsinstitut, läroanstalter, kompetenscentrum inom det sociala området, arbetsförvaltningen och landskapsförbund ska inom varje samsamarbetsområde ha en fast delaktighet i utformningen av samsamarbetsstrukturer och verksamhetsmodeller samt i genomförandet av den undervisning och utbildning som bedrivs utifrån dem. Vid behov kan man i planen avtala till exempel om möjliggörande av så kallade dubbla tjänster för undervisningsverksamhet i välfärdsområdena samt till exempel om sammanförande av utbildningstjänster och gemensam planering av tjänsternas placering.

Enligt 2 mom. ska det i samsamarbetsavtalet dessutom avtalas om uppgifterna för ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus när det gäller att samordna FoUUI-verksamheten.

Enligt momentet ska det i samsamarbetsavtalet avtalas om samordning, styrning och rådgivning i arbetsfördelningen mellan välfärdsområdena i samsamarbetsområdet i de uppgifter som avses i 1 mom. 1 och 3 punkten. Syftet med samordningen, styrningen och rådgivningen är att stödja beredningen och genomförandet av den strategiska planen för FoUUI-verksamheten samt att säkerställa att välfärdsområdenas verksamhet är enhetlig, kvalitativ och verkningsfull i samsamarbetsområdet utifrån de riksfattande målen för och utvecklingsbehoven inom social- och hälsovården.

I samband med utarbetandet av den strategiska planen ska det säkerställas att ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus har faktisk beredskap att svara för den styrnings-, samordnings- och rådgivningsuppgift som anges i 36 § 3 mom. 7 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård – även i fråga om socialvården och främjandet av hälsa och välfärd. För närvarande finns det inga strukturer på samsamarbetsområdesnivå för socialvården eller främjandet av hälsa och välfärd när det gäller den ovannämnda uppgiften. Välfärdsområdet i fråga ska redan direkt med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård skapa strukturer och förfaranden för sin uppgift, men det är viktigt att i samarbete med välfärdsområdena avtala om närmare roller och ansvarsområden, om eventuella samlade ansvarsområden och förfaringsätt som krävs för uppgiften, dels inom hälso- och sjukvården och dels inom socialvården samt främjandet av hälsa och välfärd och även med beaktande av betydelsen av FoUUI-verksamhet i samband med samordningen av tjänsterna. Inom båda delområdena ska det finnas strukturer som kombinerar praxis, utveckling, utbildning och forskning och som tillgodoser behoven i serviceverksamheten samt ett system för produktion av undersökta arbetssätt. Välfärdsområdet i fråga har genom sin lagstadgade styruppgift en central roll i utvecklingen och samordningen av sådana strukturer och sådan verksamhet.

Enligt 3 mom. ska välfärdsområdena i Norra Finlands samarbetsområde avtala om samarbete vid utvecklandet av samiskspråkiga och kulturenliga social- och hälsovårdstjänster med beaktande av den riksomfattande utvecklingsuppgiften för Lapplands välfärdsområde enligt 33 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt den utvecklingsuppgift i fråga om tjänster på samiska som avses i 4 § 1 mom. 2 punkten i statsrådets förordning om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området (1411/2001). När avtalet upprättas ska förhandlingsplikten enligt sametingslagen (974/1995) beaktas.

Enligt 4 mom. ska tvåspråkiga välfärdsområden avtala om samarbete vid utvecklandet av svenskspråkiga social- och hälsovårdstjänster med beaktande av den riksomfattande utvecklingsuppgiften för Västra Nylands välfärdsområde enligt 33 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och uppgifterna för Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området som avses i 1 § 2 mom. i statsrådets förordning om kompetenscentrumverksamhet inom det sociala området.

4 §. *Samarbete om elektroniska tjänster och informationssystem.* I paragrafen föreslås bestämmelser om innehållet i välfärdsområdenas samarbetsavtal i fråga om utveckling och användning av elektroniska tjänster och informationssystem inom social- och hälsovården. De välfärdsområden som hör till samarbetsområdet ska i samarbetsavtalet avtala om de elektroniska tjänster och de informationssystem som ska användas vid behandlingen av klient- och patientuppgifter inom social- och hälsovården i fråga om vilka utveckling och användning sker i samarbete. Syftet med samarbetet inom ovan nämnda helheter är att stödja effektiviteten och verkningsfullheten i servicesystemet och serviceprocesserna för klienterna samt genomförandet av de riksomfattande riktlinjerna för social- och hälsovården inom hela samarbetsområdet. Genom förfarandet säkerställs också jämlik service för medborgarna. Det ska fortfarande vara möjligt att samarbeta också mellan välfärdsområdena i olika samarbetsområden, om det behövs till exempel med tanke på medborgarnas språkliga rättigheter.

De välfärdsområden som hör till samarbetsområdet ska i avtalet ta ställning till i vilka system och tjänster samarbete bedrivs med beaktande av de riksomfattande riktlinjerna och vad som föreskrivs någon annanstans i lagstiftningen. Samarbetsområdena ska med stöd av välfärdsområdenas gemensamma avtal till exempel göra gemensam upphandling när det är effektivt och verkningsfullt med tanke på servicesystemet. Upphandlingen kan gälla alla informationssystem, men i synnerhet klient- och patientdatasystemen. De välfärdsområden som hör till samarbetsområdet kan också utveckla gemensamma digitala lösningar med stöd av DigiFinland Oy:s tjänster.

Enligt paragrafen ska samarbetsområdena dessutom avtala om samordning av informationshanteringsmodellen enligt 5 § i lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen (906/2019) och de informationssäkerhetsåtgärder som avses i 12–17 § i den lagen. Syftet med informationshanteringsmodellen är att definiera och beskriva informationshanteringen i informationshanteringsenhetens verksamhetsmiljö. Enligt 36 § 3 mom. 9 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska det i samarbetsavtalet mer allmänt avtalas också om annat samarbete i fråga om skyldigheter enligt lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen. Sådana skyldigheter är till exempel de skyldigheter i fråga om informationssäkerhet som avses i 4 kap.

5 §. *Beredskap för störningar och undantagsförhållanden samt ordnande av verksamheten vid social- och hälsovårdens beredskapscenter.* Enligt 1 mom. ska det i samarbetsavtalet avtalas om arbetsfördelning, samarbete och samordning i fråga om beredskap för störningar och undantagsförhållanden samt om organisering av verksamheten vid de beredskapscenter som avses i 51 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 50 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska ett

välårsomsråe i samråd med kommunerna inom sitt område och de andra välårsomsrådena i samarbetsområdet för social- och hälsovården genom beredskapsplaner och andra åtgärder i förväg skaffa sig beredskap inför störningsituationer och undantagsförhållanden. I samarbetsavtalet avtalas närmare om det samarbete mellan välårsomsrådena som avses i 50 §. I avtalet ska det avtalas om till exempel beredskapsplanering inom social- och hälsovården, strukturer för skapandet av en lägesbild samt kontinuitetshandling av funktionerna inom samarbetsområdet. Flera av riskerna i de nationella och regionala riskbedömningarna är av sådan art att de har konsekvenser som överskrider välårsomsrådenas gränser och handlingen av dem kräver resurser och enhetliga tillvägagångssätt i fler än ett välårsomsråde. För att det ska vara möjligt att uppnå enighet förutsätts det att välårsomsrådena avtalar sinsemellan inom sitt samarbetsområde.

I det föreslagna 1 mom. föreskrivs om frågor som välårsomsrådena ska avtala om inom sitt samarbetsområde. De frågor som det avtalas om i samarbetsavtalet ska gälla samtliga välårsomsråden i samarbetsområdet och i Södra Finlands samarbetsområde även HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad. Enligt 1 punkten i momentet ska det i samarbetsavtalet avtalas om välårsomsrådenas enhetliga beredskapsplanering inom sitt samarbetsområde under ledning av ett välårsomsråde som är huvudman för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen. Ett välårsomsråde som är huvudman för ett universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen ska styra och samordna välårsomsrådenas beredskapsplanering i samarbetsområdet utifrån enhetliga planstrukturer samt beakta störningar som överskrider välårsomsrådenas gränser och användningen av gemensamma resurser för att hantera situationerna. Beredskapsplanerna ska utarbetas i samarbete och vid planeringen ska välårsomsrådenas särskilda risker och eventuella resurser som avviker från andra välårsomsråden beaktas. Närmare bestämmelser om principerna för beredskapsplaneringen och om beredskapsplanens innehåll utfärdas med stöd av 50 § 4 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård genom förordning av statsrådet.

Enligt 2 punkten ska det i samarbetsavtalet avtalas om användningen, styrningen och ledningen av välårsomsrådenas resurser för social- och hälsovården vid störningar eller under undantagsförhållanden som överskrider resurserna för ett välårsomsråde. I samarbetsavtalet ska det avtalas om användningen, styrningen och ledningen av välårsomsrådenas social- och hälsovårdsresurser vid störningar eller under undantagsförhållanden som överskrider resurserna för ett välårsomsråde och tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet på det sätt som föreskrivs i 51 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Med en situation som överskrider resurserna för ett välårsomsråde avses antingen en situation som överskrider välårsomsrådets geografiska gränser eller en situation som uppstår inom välårsomsrådet, men områdets personalresurser eller andra resurser räcker inte till för att hantera situationen. Det kan till exempel vara fråga om en olycka eller uppsåtlig gärning som riktar sig mot välårsomsrådets centrala funktioner (till exempel centralsjukhuset) eller en situation som berör till exempel en betydande del av befolkningen och personalen i välårsomsrådet (kärnkraftverksolycka, pandemi, storolycka som ger upphov till betydande antal offer).

Enligt 3 punkten ska det i samarbetsavtalet avtalas om inrättandet av en grupp som styr beredskapen inom social- och hälsovården och om gruppens verksamhet. Den grupp som styr beredskapen ska behandla och bereda enhetliga principer genom vilka samarbetsområdet och välårsomsrådenas verksamhet tryggas vid störningar och under undantagsförhållanden. Gruppen stöder och utvecklar social- och hälsovårdens beredskap inom samarbetsområdet. Den grupp som ska bildas stöder såväl samarbetet mellan välårsomsrådena och samarbetsområdena som samarbetet mellan olika aktörer inom områdena. I gruppens sammansättning ska man beakta att primärvården, den specialiserade sjukvården, socialvården och räddningsväsendet är representerade och har tillräcklig kompetens samt behövlig sakkunskap om miljö- och hälsoskyddet och om beredskapen hos kommunerna i området.

Utöver de som nämns ovan ska den privata och tredje sektorn beaktas i all beredskaps- och förberedelseverksamhet.

Enligt 4 punkten ska välfärdsområdena i samarbetsområdet avtala om strukturerna och verksamhets-sätten för de beredskapscenter för social- och hälsovården som avses i 51 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård så att beredskapscentren är verksamma på ett nationellt enhetligt sätt och vid behov kan stödja eller ersätta beredskapscentrens uppgifter i andra samarbetsområden. I samarbetsavtalet ska det avtalas om resurser, strukturer och verksamhetssätt för att genomföra de uppgifter för beredskapscentren som definieras närmare i bestämmelsen, särskilt för att samla in den information som behövs för att skapa en regional lägesbild och för att sprida informationen inom samarbetsområdet. Dessutom ska det i avtalet avtalas om den praxis enligt vilken beredskapscentret stöder välfärdsområdena inom sitt samarbetsområde i beredskapsplaneringen, övningsverksamheten och hanteringen av störningssituationer.

I 2 mom. finns en informativ hänvisning till att bestämmelser om innehållet i välfärdsområdenas beredskapsplanering och beredskapsplaner finns i statsrådets förordning om beredskap för störningssituationer inom social- och hälsovården (x/x).

Enligt 3 mom. ska beredskapscentret för social- och hälsovården betjäna hela samarbetsområdet. De administrativa uppgifterna vid beredskapscentren sköts av de fyra välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus och inom Södra Finlands samarbetsområde av HUS-sammanslutningen. För att beredskapscentrens uppgifter ska kunna skötas i syfte att skapa en lägesbild krävs det att samtliga välfärdsområden i samarbetsområdet och i Södra Finlands samarbetsområde även Helsingfors stad deltar. Beredskapscentret är funktionellt sett ett gemensamt organ för aktörerna i samarbetsområdet, och därför deltar välfärdsområdena i samarbetsområdet och Helsingfors stad också i styrningen av centret. Styrningsformerna är beroende av inbördes avtal mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet.

Enligt 4 mom. ska samarbetsavtalet beredas i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet så att samarbetsavtalen grundar sig på nationellt enhetliga principer och bildar en nationellt enhetlig helhet av beredskapen inom social- och hälsovården. Till skillnad från de övriga punkterna i samarbetsavtalet ska beredskapsfrågor beredas tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet, och inte bara informeras ministeriet. På detta sätt säkerställs det att innehållet i de fem samarbetsavtalen möjliggör en nätverksbaserad modell med fem beredskapscenter och att beredskapscentren vid behov kan stödja och ersätta andra beredskapscenter i olika störningssituationer.

6 §. Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens uppgifter. I paragrafen föreskrivs det att till den del de uppgifter som i 1 och 2 § i förordningen anvisats ett välfärdsområde som är huvudman för ett i 34 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård avsett universitetssjukhus, sköter HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad gemensamt dessa uppgifter inom Södra Finlands välfärdsområde. Den föreslagna bestämmelsen behövs eftersom de uppgifter som i 1 och 2 § anvisats ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus omfattar både social- och hälsovårdsuppgifter. HUS-sammanslutningen har enligt 5 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt räddningsväsendet i Nyland (615/2021, nedan Nylandslagen) organiseringsansvaret för en betydande del särskilt av den specialiserade sjukvården. Enligt 7 § i Nylandslagen ska HUS-sammanslutningen dessutom ha en sådan primärvårdsenhet som i enlighet med vad som överenskommits i det i 9 § avsedda organiseringsavtalet för HUS stöder samordningen av tjänster mellan den specialiserade sjukvården och primärvården samt socialvården. Sålunda finns det inom Södra Finlands välfärdsområde inte en enda aktör som kan ansvara för alla de uppgifter som i 1 och 2 § anvisas ett välfärdsområde som är

huvudman för ett universitetssjukhus. I propositionen föreslås det att Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen ska sköta dessa uppgifter gemensamt. HUS-sammanslutningen ska ansvara för de uppgifter som hör till dess organiseringsansvar med stöd av 5 och 7 § i ovannämnda Nylandslag. Till övriga delar ska Helsingfors stad svara för skötseln av uppgifterna. Om Helsingfors stad genom ett i 9 § avsett organiseringsavtal har överfört organiseringsansvaret för skötseln av en uppgift på HUS-sammanslutningen, svarar HUS-sammanslutningen också för de uppgifter som avses i denna paragraf. Den 5 § som nämns i paragrafen beaktar en noggrannare definition av den primärvårdsenhet som avses i 7 § i Nylandslagen och av uppgifter som anknyter till den i det organiseringsavtal som avses i 9 § i Nylandslagen.

4 Konsekvenser

Förslaget till förordning anses inte ha några betydande självständiga ekonomiska konsekvenser i förhållande till vad som föreskrivs i 36 och 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. När det gäller de tjänster som regleras i förslaget till förordning är det inte fråga om välfärdsområdenas nya uppgifter, nya kundgrupper eller specialtjänster som kräver ny finansiering. Således har den finansiering som förslaget till förordning förutsätter redan anvisats som en del av välfärdsområdenas icke-öronmärkta finansiering. Med tanke på genomförandet av 3 § i förslaget till förordning är det positivt att regeringen har dragit upp riktlinjer för universitetssjukhusstillägget i välfärdsområdenas icke-öronmärkta finansiering. Enligt utkastet till proposition utökas systemet med 116 miljoner euro för skötseln av särskilda uppgifter för områden med universitetssjukhus. Dessutom har det i tilläggsbudgeten för våren 2023 anvisats en betydande mängd ekonomiska resurser för ändringskostnader i välfärdsområdena och dessa resurser kan anslås till inledande av verksamhet med anknytning till samarbetsområdena.

Arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen enligt samarbetsavtalet och enligt förslaget till förordning kan ha konsekvenser för kostnadsfördelningen mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet jämfört med den statliga finansiering till välfärdsområdena som avses i lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021). Såsom det konstateras ovan föreskrivs det inte om denna kostnadsfördelning i anslutning till välfärdsområdenas ansvar, utan välfärdsområdena i samarbetsområdet kommer sinsemellan överens om den i samarbetsavtalet. Förslaget till förordning kan ha positiva effekter för välfärdsområdenas ekonomi, om man genom en arbetsfördelning enligt samarbetsavtalet kan minska välfärdsområdenas överlappande verksamhet och införa allt mer kostnadseffektiva verksamhetsätt.

Upprättandet av ett samarbetsavtal enligt vad som beskrivs i förslaget till förordning bedöms ha endast ringa konsekvenser för välfärdsområdenas, social- och hälsovårdsministeriets och finansministeriets verksamhet. Processen bedöms inte medföra något behov av fler årsverken, eftersom det regionala samarbetet och stödjandet av det redan med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård hör till välfärdsområdenas och ministeriernas uppgifter.

Paragraf 2 § i förslaget till förordning kan ha positiva effekter för tjänsternas kvalitet och lika tillgång till tjänster. De positiva effekterna förutsätter att man med hjälp av samarbetsavtalet kan minska överbelastningen av servicesystemet genom att bättre än tidigare tillgodose behoven hos de kunder som använder mycket tjänster. För att effekterna ska uppnås krävs det att varje välfärdsområde i och med samarbetsavtalet inte själv behöver producera alla specialtjänster som behövs sällan och expertstöd. De positiva effekterna bedöms särskilt drabba svårt funktionshindrade och utvecklingsstörda samt särskilt utsatta barn, unga och familjer. Propositionen bedöms trygga barns, ungas och familjers rätt

till de tjänster de behöver samt mer allmänt tillgodoseendet av rättigheterna i internationella mänskorskorättskonventioner, såsom FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 59–60/1991). Exempelvis barnskyddet klarar inte ensamt av att möta behoven hos barn, unga och familjer som behöver krävande sektorsövergripande och multiprofessionellt stöd, vilket innebär att det krävs ett fungerande samarbete mellan tjänsterna för att tillgodose deras servicebehov och deras rättigheter till social- och hälsovård. Samarbetsavtalet är ett viktigt verktyg för att säkerställa ett fungerande samarbete.

Förslaget till förordning bedöms ha positiva effekter för personalens kompetens, stresshantering och arbetshälsa och därigenom på serviceproduktionens kvalitet, ändamålsenlighet och rättidighet. Genom centraliserad kompetens och samordnat expertstöd i anslutning till de mest krävande social- och hälsovårdstjänsterna och situationer som förekommer mycket sällan kan man stödja yrkesutbildade personer inom välfärdsområdena och närservice, vilket gynnar såväl dem som använder tjänsterna som arbetstagarna. På längre sikt bedöms arbetsfördelningen enligt samarbetsavtalet dessutom förbättra personalresursernas och andra resursers tillräcklighet i välfärdsområdet, när de befintliga resurserna kan fördelas enligt samarbetsområde på ett mer kostnadseffektivt sätt än tidigare. Det faktiska genomförandet av propositionen är beroende av det praktiska genomförandet av samarbetsavtalet. Om man inom samarbetsområdet inte kan enas om de föreslagna frågorna eller om de inte genomförs på det sätt som avses i förslaget till förordning, kommer de positiva effekter som eftersträvas genom förordningen inte att uppnås.

Den FoUUI-verksamhet enligt 3 § i förslaget till förordning som samordnats på samarbetsområdesnivå bedöms ha positiva effekter för flera kundgrupper och tjänster, eftersom den stärker spridningen av bästa evidensbaserade praxis till social- och hälsovårdens servicesystem. De positiva effekterna av 3 § i förslaget berör särskilt de samiskspråkiga, eftersom de stärker de samiskspråkiga kundernas rätt att få social- och hälsovårdsservice på sitt modersmål i enlighet med 5 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård och samiska språklagen. Förslaget till förordning har inga konsekvenser för tillgången till svenskspråkig service, eftersom förslaget inte gäller ett samarbetsavtal som de tvåspråkiga välfärdsområdena har ingått enligt 39 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård för att garantera att de svenskspråkigas språkliga rättigheter tillgodoses.

Det bedöms att 4 § i förslaget till förordning främjar utvecklandet, anskaffningen och användningen av elektroniska tjänster och klient- och patientdatasystem som stöder effektiviteten och verkningsfullheten i servicesystemet och serviceprocesserna för klienterna i form av ett samarbete mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet. Om välfärdsområdena i ett samarbetsområde planerar och genomför utvecklandet och upphandlingen av e-tjänster och informationssystem i samarbete, är det möjligt att genomföra sådana informationssystemlösningar och e-tjänster som stöder serviceprocesserna på samarbetsområdesnivå. Invånarna i samarbetsområdet får tillgång till jämlika e-tjänster. Vid utvecklandet och beredningen av upphandling undviks överlappande arbete och resurserna i välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas effektivt. Samarbetet främjar också samarbetet med informationshanteringen i räddningsväsendet och beredskapscentren som redan är organiserade i fem områden. Dessutom kan en större upphandlingsorganisation ha en bättre förhandlingsposition vid konkurrensutsättning. Samarbetet vid utarbetandet av en informationshanteringsmodell stöder samordningen av informationshanteringen och informationssystemen i samarbetsområdena och kan bidra till att identifiera vilka ärendehanteringstjänster och informationssystem det lönar sig att utveckla och skaffa tillsammans.

Bestämmelserna i 5 § i förslaget till förordning bedöms avsevärt förbättra den riksomfattande enhetligheten i beredskapen hos anordnare och tjänsteproducenter inom social- och hälsovården när beredskapsplaneringen har gjorts utifrån enhetliga principer. Det bedöms också att förmågan hos social-

och hälsovårdens servicesystem att upptäcka störningssituationer, skapa en gemensam lägesbild och reagera på större störningar eller störningar i samband med undantagsförhållanden på ett enhetligt sätt som förenar resurserna förbättras avsevärt. Dessutom bedöms propositionen stödja välfärdsområdenas samarbete när det gäller beredskapen för störningar under normala förhållanden och för undantagsförhållanden.

5 Beredningen av förordningen

Förslaget till förordning har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. I beredningen har deltagit en stödgrupp som består av företrädare för samarbetsområdena och som har sammanträtt fem gånger innan förslaget till förordning sändes på remiss. Förslaget till förordning har behandlats i delegationen för social- och hälsovård den 26 oktober 2022.

6 § Yttranden

Förslaget till förordning var på remiss den 18 november–23 december 2022. Det kom in sammanlagt 58 utlåtanden. Av utlåtandena lämnades 12 av välfärdsområdena, 5 av sjukhus eller sjukvårdsdistrikt, 5 av högskolor, 5 av kommuner eller samkommuner, 4 av kompetenscentrum, 6 av statliga ämbetsverk eller inrättningar, 18 av föreningar eller sammanslutningar och 3 av bolag eller företag.

Flest utlåtanden gällde 2 § (i fortsättningen 3 §) om FoUI-verksamhet i förordningsutkastet. Sammanlagt 45 utlåtanden om detta lämnades in (77,5 procent av remissvaren). Näst mest utlåtanden gällde 1 § (37 utlåtanden) i förordningsutkastet, som gäller social- och hälsovård som behövs sällan eller är särskilt krävande. I 18 utlåtanden uttalade man sig om 3 § (i fortsättningen 4 §, som gäller elektroniska tjänster och informationssystem) och 4 § (i fortsättningen 5 §, som gäller beredskap för störningar och undantagsförhållanden) i förordningsutkastet. Minst utlåtanden gällde de mer tekniska paragraferna i förordningsutkastet. I sex utlåtanden (10,3 procent av utlåtandena) kommenterades 6 § (i fortsättningen en del av 1 §) i förordningsutkastet. I åtta utlåtanden kommenterades 5 § (i fortsättningen 6 §) som gäller Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens uppgifter.

Välfärdsområdenas utlåtanden gällde mest 1, 2 och 4 § i förordningsutkastet, och var och en av dessa kommenterades i 11 utlåtanden. I alla utlåtanden från sjukhus och sjukvårdsdistrikt uttalade man sig särskilt om 1 § (gäller social- och hälsovård som behövs sällan och är särskilt krävande). Högskolornas, kompetenscentrumens, kommunernas och samkommunernas samt föreningarnas och sammanslutningarnas utlåtanden gällde i synnerhet 2 §, som gäller FoUI-verksamhet (fem utlåtanden från högskolor, fyra utlåtanden från kompetenscentrum, fyra utlåtanden från kommuner eller samkommuner och 14 utlåtanden från föreningar eller sammanslutningar). Utlåtandena från statliga ämbetsverk och inrättningar gällde mest 1 och 2 § (fyra utlåtanden). Bolagen och företagen yttrade sig närmast om 1, 2 och 3 §, och var och en av dem kommenterades i två utlåtanden.

I flera utlåtanden fästes uppmärksamhet vid de regleringstekniska utgångspunkterna i förslaget till förordning. Allmänt taget önskades det att regleringen skulle vara mer bindande och detaljerad och i praktiken leda till enhetliga slutresultat och likalydande samarbetsavtal inom alla fem samarbetsområden. Å andra sidan ansågs det i vissa utlåtanden att förslaget till förordning redan för närvarande alltför mycket inskränker välfärdsområdenas verksamhetsmöjligheter. I förslaget till förordning har målet varit att trygga möjligheten att utnyttja provningsmöjligheten som grundar sig på välfärdsområdenas självstyre. Regleringstekniskt är bestämmelserna i förslaget således i regel av ramnatur. Å andra sidan är samarbetsområdena sinsemellan olika såväl i fråga om utgångsläge som servicebehov. Det är således motiverat att områdena kan upprätta samarbetsavtal som är ändamålsenliga ur deras synvinkel inom ramen för lagen om ordnande av social- och hälsovård och förslaget till förordning.

Detta kan i praktiken leda till att vart och ett av de fem samarbetsavtalen är olika sinsemellan. Å andra sidan kan det bedömas att förslaget till förordning inte oskäligt inskränker välfärdsområdenas verksamhetsmöjligheter i förhållande till bestämmelserna i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Således har det utifrån remissvaren inte gjorts några ändringar i de grundläggande utgångspunkterna för förslaget till förordning.

I flera utlåtanden föreslogs det att det till förordningen fogas bestämmelser om frågor som blir en del av samarbetsavtalet i synnerhet via hälso- och sjukvårdslagen och de förordningar av statsrådet som utfärdats med stöd av den, såsom centraliseringsförordningen. Därför har det i början av förslaget till förordning tagits in en informativ förteckning över andra bestämmelser som ska beaktas när samarbetsavtalet upprättas. Samtidigt har förordningens struktur ändrats så att bestämmelserna om beredningsprocessen har tagits in i den nya 1 §. På basis av remissvaren har den tidigare föreslagna tidsmässiga samordningen av beredningen av samarbetsavtalet med de riksomfattande målen slopats. Däremot har till förordningsförslaget fogats en bestämmelse om att en ändring av samarbetsavtalet ska bedömas åtminstone i det fall att de riksomfattande målen har ändrats. På grund av de ändringar som beskrivs ovan har också de föreslagna övergångsbestämmelserna strukits.

I remissvaren fästes det stor vikt vid att definitionerna i den föreslagna 1 § (i fortsättningen 2 §) är inexakta och lämnar rum för tolkning. I synnerhet i anslutning till denna paragraf föreslogs det i remissvaren att frågor som blir en del av samarbetsavtalet läggs till genom hälso- och sjukvårdslagen och förordningar av statsrådet som utfärdats med stöd av den. Till dessa delar har de föreslagna kompletteringarna inte genomförts. Utifrån remissvaren har man i 2 § (tidigare 1 §) korrigerat ordalydelsen i 1 punkten som gäller barnskyddet och 2 punkten som gäller krävande funktionshinderservice samt kompletterat motiveringen.

I fråga om 2 § i förslaget till förordning (i fortsättningen 3 §) fästes i remissvaren särskild uppmärksamhet vid att det inom socialvården inte finns motsvarande forskningsstrukturer som inom hälso- och sjukvården och att bestämmelserna i förslaget till förordning inte kan byggas på ett sådant antagande. I flera utlåtanden fästes det vidare uppmärksamhet vid att det inom socialvården utöver det gemensamma gränssnittet med hälso- och sjukvården också finns betydande självständig forskning, och att bestämmelserna i förslaget till förordning inte får leda till att all statligt finansierad forskningsverksamhet inom socialvården kopplas ihop med hälso- och sjukvården. I remissvaren noterades det också bland annat att rollen för kompetenscentrumen inom det sociala området förblir delvis oklar i förslaget, att samordningsrollen för de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus inte preciseras och att det utöver den uppgift att utveckla samiskspråkiga tjänster som avses i 33 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård också ska nämnas motsvarande uppgift att utveckla svenskspråkiga tjänster i 3 § (nuvarande) i förslaget till förordning. På grundval av det som anförts ovan har 3 § i förslaget till förordning och motiveringen till paragrafen omarbetats kraftigt.

I remissvaren fästes särskild uppmärksamhet vid bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna av förslaget till förordning. I den konsekvensbedömning som var på remiss framfördes att förslaget till förordning inte har några oberoende ekonomiska konsekvenser. Remissinstanserna ansåg i stor utsträckning att de åtgärder som föreslås i förslaget till förordning inte kan genomföras utan särskild tilläggsfinansiering. På grundval av remissvaren har bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna av förslaget till förordning kompletterats. Remissvaren gav dock inte anledning att ändra det tidigare antagandet, enligt vilket förslaget till förordning inte innehåller sådana nya uppgifter eller skyldigheter som inte kan härledas ur bestämmelserna i lagen om ordnande av social- och hälsovård och som således är en del av den kostnadsbas som överförs från kommunerna.

Utöver det som nämns ovan har det utifrån remissvaren gjorts vissa andra ändringar och kompletteringar i förslaget till förordning och dess motivering samt ett flertal korrigeringar av teknisk natur.

7 Ikraftträdande

Förordningen föreslås träda i kraft den 1 juli 2023.