

1 Barns och ungas välfärd och tillgång till vård

Revisionsnämndens utvärdering:

Östra Nylands välfärdsområde har vidtagit mångsidiga åtgärder för att stödja välfärden hos barn, unga och familjer. För att förbättra situationen betonas samarbetet med kommunerna på olika nivåer.

Det psykiska välbefinnandet, rusmedelsanvändningen, upplevelserna av våld och marginaliseringen hos barn och unga är mycket oroväckande. I många indikatorer är välfärden sämre än nivån för hela landet. Likaså är den sämre jämfört med de andra välfärdsområdena i Nyland. Elevhälsans tillgänglighet har försämrats och barn och unga får inte den hjälp och det stöd de behöver. Det är viktigt att erbjuda familjer tillräckligt stöd.

Bemötande:

Det finns flera bekymmer för barns och ungas välfärd. Problemen har dock inte återspeglats i någon större grad inom de korrigerande tjänsterna, där områdets behov är klart mindre än landets genomsnitt.

Antalet barnskyddsanmälningar om 0–17-åringar i Östra Nylands välfärdsområde var färre än i hela landet i genomsnitt (9,6 % år 2024, medan nivån i hela landet var 10,7 %) (Sotkanet). I området har antalet barnskyddsanmälningar dock ökat från år 2022 till år 2024 (en ökning på 5,1 %). År 2023 registrerades 3 787 barnskyddsanmälningar i välfärdsområdet och år 2024 registrerades 3 980 anmälningar.

Antalet brådskande placeringar är få i området. Barnfamiljer får mycket tidigt stöd och i området verkar aktiva organisationer som främjar välbefinnandet hos barn, unga och familjer.

Tillgängligheten till elevhälsan har baserat på dimensioneringen varit på en god nivå, med undantag för psykologer som haft en tillgänglighet på svag nivå under läsåret 2024–2025. Orsaken har varit rekryteringssvårigheter särskilt för skolor i de östra delarna av välfärdsområdet. Situationen förbättrades avsevärt under sommaren 2025 och den nya terminen 2025–2026 började med nästan fullständig psykologarbetskraft (19/21). Skolhälsovården har haft ett litet underskott inom andra stadiet (ett kalkylmässigt underskott på 0,5 årsverken). Skolläkarresurserna är knappa i området och behovet är större än vad de lagstadgade dimensioneringarna täcker.

Skolhälsovården gör bland annat en förutredning av neuropsykiatriska diagnoser. Situationen har åtgärdats genom Nepsy-projektteamets arbete. På grund av psykologbristen har kuratorsarbetet utökats med fyra extra kuratorer för viss tid. I området arbetar också sjukskötare som åker ut till skolorna och stöder i synnerhet unga i högstadiet och på andra stadiet vid sidan av aktörerna inom elevhälsan. Utmaningarna i den psykiska hälsan hos barn och unga i östra Nyland verkar vara vanligare (Skolhälsoenkäten 2023), vilket har ökat behovet av tjänster inom elevhälsan. De tjänster som erbjuds inom elevhälsan är dock för närvarande rätt väl dimensionerade enligt de lagstadgade bestämmelserna.

Terapigarantin för barn och unga trädde i kraft den 1 maj 2025. Välfärdsområdet kan redan relativt väl svara på de skyldigheter som terapigarantin innebär för unga, eftersom mentalvårds- och missbruksenheten Zemppi, som grundades 2024, redan har etablerat sin verksamhet. Det finns utmaningar i förverkligandet av terapigarantin och mentalvården för unga under 13 år på grund av bristen på resurser, men sommaren 2025 inrättades ett barnvårdsteam, som man

försöker utöka, i anslutning till familjerådgivningen. Vi utvecklar tjänsterna och utbildar personalen till metodexperter.

2 Uppnående av de bindande målen

Mål 5: Social- och hälsovårdstjänsterna identifierar klienter som behöver sektorsövergripande samarbete mellan tjänsterna.

Revisionsnämndens utvärdering:

En expertgrupp för sektorsövergripande klientrelationer har grundats, så i detta avseende har målet uppnåtts. Dock har ingen information presenterats om hur framgångsrik identifieringen av eller antalet klienter har varit. I detta avseende förblir uppnåendet av målet oklart.

Verksamheten inom expertgruppen för sektorsövergripande klientrelationer är viktig. Målet och indikatorn är dock i sin helhet oklara och mäter inte till exempel hur effektiva expertgruppens åtgärder är.

Bemötande:

En expertgrupp för parallella klientrelationer (MASA) har verkat inom välfärdsområdet. Verksamheten upphörde i slutet av 2024 men vi har fortsatt att fokusera på att tillgodose servicebehovet hos klienter med parallella tjänster och samtidigt strävat efter att svara på den förändrade verksamhetsmiljön (den nya lagen om funktionshinderservice trädde i kraft 1.1.2025).

Teamet MONI inrättades för att svara på målet som ledningsgruppen för social- och hälsovården ställt upp för att lyfta fram den allt starkare betoningen på socialvårdslagen enligt den nya lagen om funktionshinderservice. Teamet MONI började byggas den 16 oktober 2024 och det första klientmötet hölls i mars 2025.

Teamet YHTEISTYÖ inrättades för att svara på oklarheten om klientens servicebehov mellan social- och hälsovården och platsen för klientens egen kontaktperson. Idéfasen började redan i juni 2024, det första klientmötet hölls i april 2025.

Teamen MONI och YHTEISTYÖ, som inledde sin verksamhet 2025 och ersätter teamet MASA, är mer fokuserade och tar sin kompetens nära klienten, har satt upp mål och indikatorer för arbetet 2025. Uppföljningen görs med hjälp av en enkät i Webropol och synligheten för helheten fås via PowerBI.

Mål 6: Tillgången till vård och tjänster jämte tillgänglighet och kontinuitet tryggas

Revisionsnämndens utvärdering:

Enligt de tilläggsuppgifter som fått för utvärderingen: I genomsnitt fick man brådskande vård inom 1,1 dagar (2023: 3,0 dagar) och icke-brådskande vård inom 11,0 dagar (2023: 9,8 dagar). Vid läkarbesöken inom den öppna sjukvården var medelvärdet för COCI 0,36 (2023: 0,34). På en del av hälsostationerna har man börjat använda modellen med husläkare och/eller modellen med egna vårdteam, där en viss läkare eller hälsovårdare i regel sköter patientens ärenden. Syftet är att förbättra kontinuiteten i vården.

Digitala tjänster har utökats särskilt för att ta kontakt. Flera digitala vård- och servicevägar har också utvecklats. Andelen distansbesök i hela välfärdsområdet var 14,4 procent (2023: 13,3 %) av alla hälso- och sjukvårdstjänster. Andelen inom gemensamma hälsovårdstjänster var 31,1 procent (2023: 30,0 %) och inom familje- och socialtjänsterna var andelen 16,2 (2023: 15,5 %). Under året gjordes 4 964 symtomatiska bedömningar (2023: 3 277).

Bedömningar av servicebehovet ska göras inom 90 dagar och enligt den erhållna informationen har detta i regel skett. Brådskande bedömningar ska göras inom en (1) vecka och detta har också lyckats bra. Behandlingen av barnskyddsanmälningar har hållits inom de lagstadgade tidsgränserna.

Man får i genomsnitt tillgång till icke-brådskande vård inom elva dagar och till 80 procent inom 14 dygn. Resultatet på COCI-indexet mellan 0 och 1 är enligt utfallet dåligt. Vårdstogens smidighet från och med den första kontakten bör utvecklas. De digitala tjänsterna har utökats och enligt de erhållna uppgifterna har man i huvudsak hållit sig inom tidsgränsen för bedömningen av servicebehov. Utifrån dessa har målen delvis uppnåtts, men det finns fortfarande saker att utveckla. Tydligare målindikatorer för olika tjänster kan vara nödvändiga för att bedöma hur målen uppnås i alla tjänster inom hela välfärdsområdet.

Bemötande:

När man granskar COCI-indexet i Östra Nylands välfärdsområde förverkligas kontinuiteten dåligt i fråga om besök hos hälsovårdare, men däremot är kontinuiteten i läkarbesöken bland de bästa i landet i en riksomfattande jämförelse. Resultaten återspeglar bristen på tillgång till läkare, men också att hälsovårdarnas bedömning av vårdbehovet tillsvidare inte görs centraliserat i området.

Mål 7: Förankring av verksamhetsmodellen för regional klientstyrning inom ansvarsområdena.

Revisionsnämndens utvärdering:

Enligt de tilläggsuppgifter som erhållits för utvärderingen har alla ansvarsområden centraliserad klientstyrning och bedömning av servicebehovet, det finns alltså en regional verksamhetsmodell. Servicebehovet bedöms enligt samma principer.

Enligt tilläggsuppgifterna har målet uppnåtts. Av målet, indikatorn eller utvärderingen framgår dock inte hur väl och enhetligt klienterna får handledning och rådgivning oberoende av var de bor. Det är också viktigt att ägna uppmärksamhet åt detta.

Bemötande:

Den centraliserade klienthandledningen inom tjänsterna för äldre inledde sin verksamhet i början av 2024. År 2024 har använts för att förankra den nya verksamhetsmodellen. Under

2024 har vi förenhetligt grunderna för beviljande och produktion av kommunspecifika tjänster. Det har dock ännu inte varit möjligt att få statistik över verksamheten till alla delar för 2024. Utvecklingen av enhetliga indikatorer och utvärderingsmodeller är nästa utvecklingsobjekt. Under 2025 strävar vi också efter att beskriva (IMS) alla klientprocesser och skapa en enhetlig uppfattning av alla tjänster för äldre.

Inom familje- och socialtjänsterna har den centraliserade klienthandledningen varit verksam i alla serviceuppgifter sedan 2023. Klienthandledningen och särskilt rådgivningen och handledningen med låg tröskel utvecklas ytterligare. Digitaliseringen har främjats inom klienthandledningen bland annat genom att de digitala servicestigarna utvidgats till socialservicen, och detta arbete fortsätter. Även digitala verktyg och verksamhetsmodeller som använts i HyVä-Digi börjar användas i tillämpliga delar också inom de fysiska tjänsterna.

Mål 9: Vi utvecklar och flyttar tyngdpunkten på boendeservicen till lättare boendeservice eller öppen service

Revisionsnämndens utvärdering:

Utvärderingen av utfallet kan inte göras ändamålsenligt med tanke på målet och indikatorn. Inom barnskyddets placeringar kan familjevårdens andel inte utvärderas på basis av bokslutet, eftersom uppgifterna inte har presenterats. Enligt uppgifterna som erhållits för utvärderingen är andelen 31 procent, vilket är mindre än 50 procent.

På basis av de tilläggsuppgifter som erhållits för utvärderingen har klientrelationerna inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna kunnat överföras till lättare tjänster. När det gäller de tunga tjänsterna inom boende med heldygnsomsorg för äldre kan antalet klientrelationer minska genom att kriterierna stramas åt och andra tjänster som ges hemma utökas. Utfallet kan inte till alla delar utvärderas på basis av de uppgifter som lämnats – målen har delvis uppnåtts.

Bemötande:

Inom tjänsterna för äldre har man utvecklat och börjat använda tjänster för lättare stöd, såsom distansdagverksamhet och social rehabilitering. Dessutom har välfärdsområdet inrättat en utvärderings- och rehabiliteringsenhet som kan effektivisera utskrivningen av klienter från hälsovårdscentralsjukhusets avdelningar och därigenom minska klienttrycket på avdelningarna. Utvärderings- och rehabiliteringsenheten har också en viktig roll när det gäller att stödja klienternas boende hemma och förebygga övergången till tyngre tjänster.

Tjänsterna för äldre har ökat gemenskapsboendet och denna service kommer också att konkurrensutsättas under 2025.

Man har börjat öka andelen familjevård inom barnskyddet i slutet av våren 2025. Målet är att man under 2025 ska kunna öka andelen med cirka 40 procent av alla placeringar. Förändringen sker alltid på klienternas villkor.

Inom mentalvårds- och missbrukarboendeservicen utförs ett systematiskt förändringsarbete för att producera tjänster i rätt tid och rätt dimensionerade för klienterna. Den egna

boendeenheten Koivula har ändrats till en enhet för stödboende och där har även en lokal byggts som motsvarar behovet av nödinkvartering.

3 Personal och användning av köpta tjänster och inhyrd arbetskraft

Revisionsnämndens utvärdering:

Tillgången på personal har varit en stor utmaning under hela verksamheten och utgör den största risken och osäkerhetsfaktorn inom social- och hälsovårdssektorn. Tillgången på personal påverkas av personalens sjukfrånvaro, personalomsättningen och rekryteringsutmaningarna. På grund av personalbristen är man tvungen att ersätta personal med köpta tjänster och inhyrd arbetskraft för att trygga tillgången till tjänster. Lagstiftningens personaldimensionering sätter press på resursfördelningen, även om de har mildrats.

Cirka hälften av personalen inom välfärdsområdet besvarade arbetshälsoenkäten. Alla viktiga frågor framkommer nödvändigtvis inte i enkäten. Det är viktigt att man ägnar uppmärksamhet åt den låga svarsprocenten och uppmuntrar till att svara. Resultaten har förbättrats en aning, men det finns fortfarande många objekt som klart behöver utvecklas. Till exempel insamlingen av klientrespons och utnyttjande av den i utvecklingen av arbetet och den övergripande ledningen. Det är särskilt viktigt att resultaten granskas på enhetsnivå och att åtgärder vidtas och följs upp.

Avgångsomsättningen är på en måttlig nivå, men antalet ofyllda uppgifter är fortfarande stort. Det finns ännu utmaningar i rekryteringen av läkare och vårdpersonal, trots att antalet sökande har ökat, samt av personal inom mun- och tandvården, psykologer och socialarbetare. Under året har personalen ökat med 220 personer och procentuellt sett har ökningen varit störst inom förvaltningen och ledningen. Vid sidan av hållkraftsfaktorerna ska särskild uppmärksamhet fortfarande ägnas åt attraktionsfaktorerna. Lojalitetspengen medförde inte de önskade resultaten. De anställdas svar på blanketten för avgångssamtal ska analyseras sammanställt för att identifiera och förbättra ledningen genom information och de centrala utvecklingsåtgärderna. Utvecklingen av de öppna uppgifterna ska följas upp och fyllandet av dem ska läggas till som en del av de bindande målen för verksamheten.

Inhyrd arbetskraft har använts i mycket stor utsträckning för att kompensera för personalbristen och detta medför fortfarande betydande kostnader för välfärdsområdet. Under året användes totalt 23,9 miljoner euro till inhyrd arbetskraft. Inom hälsovårdstjänsterna har kostnaderna stigit tydligt och inom familje- och socialtjänsterna har de sjunkit något. Användningen av inhyrd arbetskraft minskade i slutet av 2024 och utvecklingen ska följas upp aktivt. En minskning av användningen ska integreras i de bindande målen för verksamheten.

Mängden sjukfrånvaro bland personalen är fortfarande stor och ökade från året innan. Andelen lång sjukfrånvaro minskade något. Minskningen av antalet arbetsolyckor är en bra utveckling. Psykisk ohälsa och störningar i den psykiska hälsan är den största orsaken till sjukfrånvaron, på samma sätt som året innan. Utvecklingen av sjukfrånvaro ska följas upp i olika enheter och minskningen av sjukfrånvaron ska läggas till som en del av de bindande målen för

verksamheten. Hos cheferna har man identifierat brister i verksamheten för tidigt stöd samt i förståelsen för orsakerna till och konsekvenserna av sjukfrånvaro. Genom att förbättra ledningen av arbetsförmågan har man identifierat kostnadsbesparingseffekter. Cheferna ska ha tillräckliga färdigheter för att förutse personalens problem med arbetsförmågan och ingripa i dessa med låg tröskel. Man ska ägna uppmärksamhet åt att stödja i synnerhet unga arbetstagare.

Bemötande:

Utmaningarna med tillgången till personal har varit stora under hela välfärdsområdets verksamhet. HR-tjänsterna har utvecklat rekryteringsprocesserna och stärkt arbetsgivarbilden, men det finns fortfarande utmaningar särskilt i fråga om läkare, munhälsovården, psykologer och socialarbetare, och här finns också skillnader inom välfärdsområdet.

Vi strävar efter att påverka svarsprocenten för arbetshälsoenkäten genom kommunikation och chefsarbete. Behandlingen av resultaten på enhetsnivå och uppföljningen av åtgärderna är en del av utvecklingen av HR:s verksamhet.

Ledningen av arbetsförmågan stärks genom utbildning av cheferna och genom att förankra modellen för tidigt stöd samt genom samarbete med serviceproducenten för företagshälsovården och Keva. Analysen av orsakerna till sjukfrånvaro och uppföljningen per enhet är en del av HR:s helhet av ledning genom information som ska vidareutvecklas.

Svaren på blanketterna för avgångssamtala behandlas genast när de inkommit och man har identifierat ett behov av att analysera responsen systematiskt varje år för att kunna identifiera utvecklingsobjekt utifrån den. Uppföljningen av antalet lediga tjänster och förbättringen av fyllnadsgraden läggs till i HR:s operativa mål.

Användningen av inhyrd arbetskraft följs aktivt upp och flera åtgärder för att minska användningen pågår både inom HR (t.ex. för att stärka de egna rekryteringskanalerna och utveckla ledningen av arbetsförmågan) och inom tjänsterna. Kostnaderna för personalinhyrningen har kunnat sänkas under 2025 bland annat i och med konkurrensutsättningen av inhyrd personal. Möjligheterna att använda köpta tjänster har skärpts och nu pågår optimering av arbetsskiftsplaneringen för att balansera personalresurserna. Vårdardimensioneringen inom serviceboende med heldygnsomsorg minskades enligt lagändringen och detta har delvis lett till ett mindre behov av inhyrd personal. Behovet av kortvarig inhyrd personal har också minskat på grund av områdets interna vikariepool som inrättades i maj 2025.

Användningen av lojalitetspengen inom hälso- och sjukvårdstjänsterna bidrog till att vi lyckades anställa närvårdare till avdelningarna så att en del avdelningar kunde sluta använda inhyrd arbetskraft helt och hållet. Användningen av lojalitetspengen bidrog också till att vi lyckades anställa munhygienister, varvid vi efter att i början av 2024 haft en brist på nästan hälften av dessa yrkespersoner i slutet av året endast hade en brist på en femtedel.

Inom familje- och socialtjänsterna har tillgången till personal förbättrats avsevärt under våren 2025 och vi lyckades göra många nya rekryteringar även inom de kritiska yrkesgrupperna (psykologer och socialarbetare).

Närchefernas arbete är särskilt betydelsefullt med tanke på arbetshälsan, och permanenta chefer klarar också bättre av att leda arbetsförmågan. Situationen är på väg mot det bättre, även om arbetsgemenskaperna belastas av ganska stor sjukfrånvaro på vissa enheter. Arbetshandledningen har upplevts spela en viktig roll i arbetshälsan inom socialvårdsenheterna, och på grund av det svaga ekonomiska läget har man varit tvungen att dra in på anslagen. Inom familje- och socialtjänsterna används inhyrd arbetskraft endast i boendeenheterna inom funktionshindervisnaden. Även dessa enheter har kunnat halvera användningen av inhyrd arbetskraft.

4 HUS ägarstyrning och ekonomi

Revisionsnämndens utvärdering:

HUS har förbättrat sin ekonomi bättre än väntat. Kostnaderna hölls på samma nivå som året innan och verksamheten effektiviserades så att operationsköerna kunde arbetas bort.

Remisser till HUS har returnerats till välfärdsområdet i stor utsträckning, och särskilt de ungas tillgång till specialiserad psykiatrisk sjukvård har försvårats. Orsakerna till att HUS remisser returneras måste utredas och nödvändiga åtgärder vidtas.

HUS har ackumulerat ett mycket stort underskott som ska täckas och Östra Nylands välfärdsområde är litet i fråga om ägarstyrningen, vilket innebär att möjligheterna att påverka den totala styrningen är begränsade. I ägarstyrningen betonas samarbetet med andra ägare och hörandet av alla parter för att hitta de bästa lösningarna. Man behöver också ägna uppmärksamhet åt välfärdsområdesstyrelsens samarbete med välfärdsområdesfullmäktige i ägarstyrningen och dess öppenhet.

Bemötande:

Remisser som returneras från HUS till välfärdsområdet innehåller ofta anvisningar för fortsatt vård och i praktiken innebär detta att returnerade remisser inte alltid enbart betyder returnering av klienter som inte får tillgång till vård. Tillgången till psykiatrisk sjukvård har försvårats av den riksomfattande bristen på specialläkare inom psykiatrin.