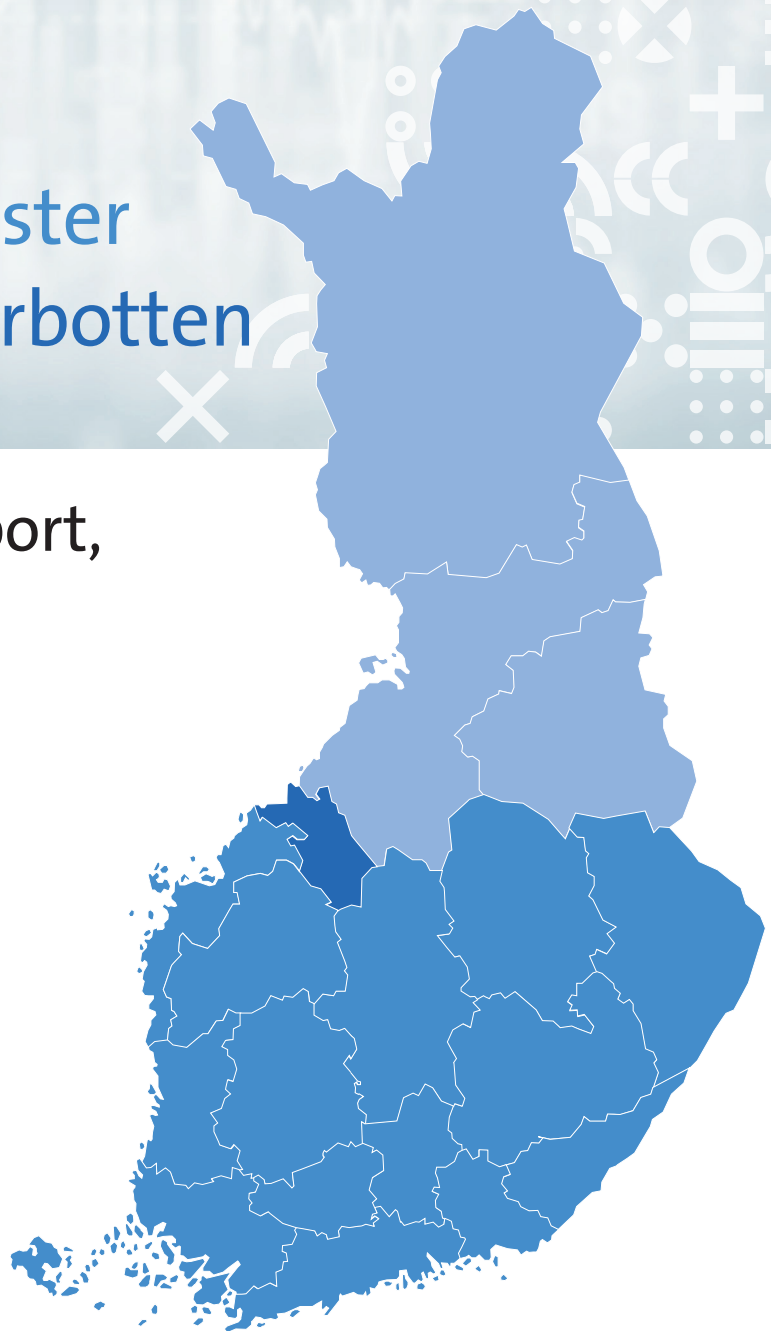


Från
**INFORMATION
TILL BEDÖMNING**
med bättre tjänster som målsättning

Social- och
hälsovårdstjänster
Mellersta Österbotten

Utvärderingsrapport,
våren 2018

THL:s Expertgrupp



Uppdrag och genomförande

Finansministeriet koordinerar en simuleringsövning för landskapens ekonomi som avslutas hösten 2018. Genom övningen testas landskapens ekonomi- och styrningsprocesser och fattande av ekonomiska beslut i det nya systemet. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för styrningen av landskapens social- och hälsovård i övningen.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) har sammanställt ett informationsunderlag som används i simuleringsövningen och ger i den här rapporten en expertvärdering av hur det framtida landskapet klarar av att ordna social- och hälsotjänster. **THL:s expertgrupp** har ansvarat för att producera expertvärderingen. Den information och de erfarenheter som fås genom övningen kommer att utnyttjas i utvecklingen av utvärderingen av landskapen. Utvärderingsövningen påverkar inte finansieringen av de framtida landskapen.

INNEHÅLLET I UTVÄRDERINGEN GRUNDAR SIG PÅ LAGSTIFTNING

Innehållet i utvärderingen grundar sig på olika dimensioner i landskapets prestationsförmåga, som är tillgång till tjänster, kvalitet och effektivitet, klientorientering och jämlikhet. I utvärderingen har man fördjupat sig i olika uppgiftshelheter inom social- och hälsovården och beaktat de mål som nämnts i paragraferna om syften i lagförslagen gällande landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen, målen i lagutkastet om valfrihet och de helheter som härrörs från centrala innehållslagar.

MÅNGSIDIGA INFORMATIONSKÄLLOR I UTVÄRDERINGEN

Som informationskällor för utvärderingen användes den information som landskapen producerat om beredningen av social- och hälsovården, förvaltningen av de framtida landskapen i egenskap av anordnare av tjänster samt om landskapens organisation och verksamhets sätt. Information från indikatorer samlades från THL:s, Statistikcentralens och vissa andra organisationers datalager. Indikatorerna kan granskas på sidan för [uppföljning och utvärdering av landskapen \(simuleringsövning\)](#) i tjänsten Sotkanet. Inom ramen för utvärderingen har THL:s experter besökt alla landskap ([se sidan med nyheter om utvärderingen](#)). Tillsynsmyndigheternas rapporter har inte utnyttjats eftersom tillräcklig landskapspecifik information inte fanns tillgänglig.

I ÖVNINGEN SAMMANSTÄLLS ERFARENHETER

THL:s målsättning med simuleringsövningen har varit att genomföra utvärderingen på ett så realistiskt sätt som möjligt. Den information som använts i utvärderingen har sammanställts av sådana jämförbara informationskällor som funnits tillgängliga. Det har varit fråga om en övning i att sammanställa och använda dataunderlaget, vilket innebär att resultaten av utvärderingen främst är riktgivande och fungerar som stöd för fortsatta diskussioner. Övningen lyfte fram utvecklingsbehov i anslutning till såväl utvärderingsprocessen som informationsunderlaget. I framtiden kan man genom ett mer heltäckande och aktuellt informationsunderlag nå noggrannare slutresultat i utvärderingen av landskapen. Inom THL:s projekt för utveckling av informationsunderlaget för social- och hälsovården arbetar man med dessa utmaningar.

Enligt utkastet till lag om ordnandet av social- och hälsovården (RP 15/2017, 30 och 31 §) kommer THL att få en lagstadgad uppgift att följa upp och utvärdera landskapens verksamhet. Den egentliga utvärderingen inleds våren 2018. I fortsättningen kommer utvärderingen att utgöra en viktig del av det nationella styrningssystemet och producera grundläggande information för landskapens egen styrningsverksamhet.

Pekka Rissanen
Utvärderingsdirektör

Vesa Syrjä
Utvecklingschef

Institute för hälsa och välfärd

Innehåll

Uppdrag och genomförande	1
Centrala iakttagelser	3
Allmänna förutsättningar för att ordna tjänster	4
Kostnader för social- och hälsotjänster	10
Utvärdering av serviceenheter	
Främjande av välfärd och hälsa	13
Förebyggande tjänster	14
Primärvård	15
Mentalvårds- och missbrukartjänster	16
Specialiserad sjukvård	18
Tjänster för barn, ungdomar och familjer	19
Socialservice för personer i arbetsför ålder	21
Tjänster för personer med funktionsnedsättning	22
Tjänster för äldre	23
Utvärdering av dimensioner	
Tillgänglighet	25
Kvalitet och effektivitet	26
Klientorientering	27
Jämlikhet	28
Nationella källor	29
Regionala källor	29

Professor Pekka Rissanen har ansvarat för uppföljningen och utvärderingen av landskapen. Utvärderingsarbetet har koordinerats av Kimmo Parhiala.

Följande personer har fungerat som regionala utvärderingschefer:

Jonsson, Pia Maria (Egentliga Finland, Satakunta, Österbotten)
Jousilahti, Pekka (Mellersta Finland, Norra Karelen, Norra Savolax, Södra Savolax)
Kovasin, Merja (Birkaland, Egentliga Tavastland, Södra Österbotten)
Kärkkäinen, Jukka (Päijänne-Tavastland, Kymmenedalen, Södra Karelen, Nyland)
Syrjä, Vesa (Kajanaland, Lappland, Mellersta Österbotten, Norra Österbotten)

Följande personer har varit med och författat avsnitten om de olika serviceenheterna och de olika dimensionerna:

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu; Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina; Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari; Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila; Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvii; Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvii; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna; Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Centrala iakttagelser

Det förekommer stora begränsningar i bedömningen, och resultaten av bedömningen kan främst betraktas som riktgivande. I simuleringsövningen bedömdes landskapets social- och hälso-tjänster samt främjandet av välfärd och hälsa. Kommunerna ordnar och producerar emellertid tjänster på olika sätt. Landskapets verksamhet kan bedömas på ett sanningsenligt sätt först när ansvaret för att ordna tjänsterna i området har överförts till landskapen.

Det informationsunderlag som använts vid bedömningen är ännu vad gäller många bedömningsdimensioner bristfälligt och uppgifterna härstammar från 2015–2017. På grund av den korta tid övningen pågick har man inte kunnat gå igenom allt innehåll i bedömningen tillsammans med landskapen. Bedömningen omfattar heller inte alla social- och hälso-tjänster. I fortsättningen kommer informationsunderlaget för bedömningen att utvidgas och man kommer att sträva efter att samla alla uppgifter om ekonomin och verksamheten för samma år. Inexaktheter på grund av skillnader i rapporteringspraxisen kommer i fortsättningen att minska då landskapen är medvetna om med vilka kriterier deras verksamhet bedöms.

Mellersta Österbotten har färre än 70 000 invånare och är därmed Fastlandfinlands minsta landskap. Största delen av befolkningen är koncentrerad till Karlebyregionen. Nio procent av landskapets befolkning är svenskspråkiga. Landskapet har en mångsidig näringsstruktur och ekonomin håller på att växa.

I befolkningsstrukturen framhävs den stora andelen barn och unga. Andelen äldre människor ligger nära landets medelvärde. Det förutspås att befolkningens mängden kommer att öka en aning under den prognosperiod som sträcker sig till 2030, men att antalet äldre proportionellt sett kommer att öka klart mer.

Sjukligheten är aningen högre i Mellersta Österbotten än i landet i genomsnitt. Flera andra indikatorer för välfärd och hälsobeteende visar att situationen för landskapets invånare ligger på en bra nivå i jämförelse med resten av landet. Den strukturella arbetslösheten och andelen unga som inte har en examen efter grundskolan ligger på en klart lägre nivå än landets medelvärde. Landskapets invånare har mindre problem med alkohol och droger än genomsnittet. Personer i arbetsför ålder upplever dock att de har sämre ork än i landet i genomsnitt.

Mellersta Österbotten har i god tid förberett sig för landskapsreformen. Social- och hälsovårdstjänsterna har sammanslagits under landskapets samkommun

Soite. Soite producerar rikligt med tjänster även utanför det egna landskapet. Ett centralt mål för landskapet är att bevara centralsjukhuset i Karleby även efter landskapsreformen. En del av sjukhusets kirurgiska verksamhet håller på att flyttas till Uleåborg, men antalet förlossningar är stort, vilket stärker sjukhusets ställning. Det lilla befolkningsunderlaget medför särskilda utmaningar för ordnandet av tjänster. Då ordnandet och produktionen separeras förutsätts att de redan knappa kompetensresurserna fördelas mellan olika organ.

Landskapet har börjat ändra servicestrukturen inom social- och hälsovården. Centrala riktlinjer är integration av tjänster, stärkande av närtjänster och centralisering av tjänster som kräver specialkompetens. Landskapet strävar efter att hejda kostnadsökningen redan innan landskapsreformen träder i kraft. De behovsstandardiserade utgifterna för social- och hälsovården låg aningen under landets medelvärde 2016. De behovsstandardiserade kostnaderna per invånare för den specialiserade somatiska sjukvården var dock åtta procent högre än genomsnittet. Enligt kalkylerna kommer statsfinansieringen efter övergångstiden för landskapsreformen att vara aningen mindre än nettoutgifterna för kommunerna i landskapet 2017.

Främjandet av välfärd och hälsa framskrider på genomsnittlig nivå i landskapets kommuner. Det görs färre besök inom primärvårdens öppna sjukvård och i synnerhet färre läkarbesök än i landet i genomsnitt. Tillgången till vård för dem som bokat en icke-brådskande mottagningstid är klart bättre än i landet i genomsnitt.

Antalet vårddygn och vårdperioder på bäddavdelningar inom den specialiserade sjukvården är mindre och vårdperiodernas längd kortare än genomsnittet. Antalet personer som väntade på vård var störst i en jämförelse mellan landskapen, medianen för väntetiden var emellertid aningen lägre än medianen för hela landet. Kvaliteten på den specialiserade sjukvården varierade beroende på åtgärd. Revisionsoperationer av ledproteser var vanliga och det var besvärligt för patienter med höftfraktur att få tillgång till operation.

I fråga om regelbunden hemvård inom tjänsterna för äldre ligger täckningen på landets medelnivå. En större andel av klienterna inom hemvården än genomsnittligt får intensiv hemvård, men tillgången till hemvård dygnet runt är sämre än i resten av landet. Landskapet är bra på att samla in klientrespons. Närstående vårdens täckning är lägre än i landet i genomsnitt, men närstående vårdarnas ork stöds i högre grad genom hemvårdens tjänster än i resten av landet.

De nationella rekommendationer som påverkar kvaliteten på tjänsterna för barn och familjer följs

måttligt i Mellersta Österbotten. Antalet klientrelationer inom barnskyddet och utnyttjandet av barnskydd ligger klart under landets medelnivå, medan utarbetandet av bedömningar av servicebehovet och klientplaner ligger på en ganska bra nivå. Vad gäller förekomsten av mentala problem och användningen av tjänster ligger Mellersta Österbotten på landets medelnivå. Missbrukartjänster anlitas i ringa grad.

Landskapet har i hög grad lyckats påverka den strukturella arbetslösheten och arbetslöshetsperiodernas längd genom aktiveringsåtgärder, som utnyttjas klart mer än i resten av landet. Tillgången till arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte är också ganska god

i landskapet. Utkomststöd utnyttjas i klart mindre utsträckning än i många andra landskap.

Mellersta Österbotten förbereder sig för landskapsreformen i god tid. Landskapet luckrar upp social- och hälsovårdens servicestruktur och försöker hejda kostnadsökningen. Den unga åldersstrukturen är Mellersta Österbottens styrka. Befolkningsunderlaget är emellertid det minsta i landet och resurserna är begränsade, vilket medför utmaningar för det framtida landskapet eftersom landskapets uppgift att ordna tjänster och separationen av ordnandet och produktionen kräver mycket resurser.

Allmänna förutsättningar för att ordna tjänster

Landskapet och dess befolkning

Mellersta Österbotten är såväl till folkmängd som areal det minsta landskapet i Fastlandsfinland. I slutet av 2016 hade landskapet 69 027 invånare. Landskapet består av centralorten Karleby och sju andra kommuner: Halsua, Kannus, Kaustby, Lestijärvi, Perho, Toholampi och Veteli. År 2016 hade Karleby nästan 48 000 invånare, vilket innebär att över två tredjedelar av landskapets befolkning bor på centralorten. I landskapet finns två ekonomiska regioner: den klart större Karleby ekonomiska region och den landsbyggsdominerade Kaustby ekonomiska region. Mellersta Österbotten är ett tvåspråkigt landskap – 88 procent av invånarna är finskspråkiga och nio procent svenskspråkiga. Den svenskspråkiga befolkningen är koncentrerad till kustområdet i Karleby.

Befolkningstätheten i Mellersta Österbotten är aningen mindre än i hela landet. Också landskapets tätortsgrad är lägre än i landet i genomsnitt, även om största delen av befolkningen bor i Karleby. Ungefär 22 procent av invånarna bor utanför tätorterna (15 % i hela landet). Avståndet från landskapets randområden till Karleby är cirka 100 kilometer och avståndet mellan Karleby och centralorten i Norra Finlands samarbetsområde, Uleåborg, är ungefär 200 kilometer.

Landskapets social- och hälso-tjänster ordnas på landskapsnivå. I början av 2017 inledde social- och hälsovårdssamkommunen Soite sin verksamhet. Alla åtta kommuner i landskapet och Kronoby kommun i landskapet Österbotten är medlemmar i samkom-

munen. Dessutom är Reisjärvi kommun i Norra Österbotten delmedlem i samkommunen och anlitar tjänster inom den specialiserade sjukvården och specialomsorgsdistriktet. Till följd av landskapsreformen överförs ansvaret för att ordna tjänster för Kronoby och Reisjärvi till Österbotten och Norra Österbotten. Utöver att producera tjänster för medlemskommunerna producerar samkommunen Soite också genom separata avtal tjänster för flera kommuner i de södra delarna av Norra Österbotten och för Jakobstad i Österbotten. Mellersta Österbottens centralsjukhus är geografiskt det närmaste centralsjukhuset för cirka 200 000 personer.

Mellersta Österbotten hör till Uleåborgs universitetssjukhus specialupptagningsområde. De övriga landskapen som hör till området är Norra Österbotten, Kajanaland och Lappland, som i samband med landskapsreformen kommer att bilda det norra samarbetsområdet.

Landskapets välstånd

Mellersta Österbotten har en mångsidig näringsstruktur i vilken primärproduktionen och industriverksamheten framhävs i högre grad än i resten av landet. Av de olika industrigrenarna har i synnerhet kemiindustrin och husbyggnadsindustrin fått ett starkt fotfäste i Mellersta Österbotten. Servicebranscherna har mindre betydelse än genomsnittligt. Mellersta Österbottens bruttonationalprodukt var femte högst av landskapen i en jämförelse från 2015. I synnerhet exportindustrins stora betydelse påverkar den höga placeringen. Kommunerna i området är emellertid skuldsatta och kommunerna får lägre skatteintäkter än i landet i genomsnitt.

Av landskapets två ekonomiska regioner placerade sig Karleby i en utredning från 2016 i den näst bästa

femtedelen och Kaustby i den tredje femtedelen av de ekonomiska regionerna i fråga om livskraft. Invånarnas utbildningsgrad har ökat, men andelen högutbildade av hela befolkningen är fortsättningsvis lägre än i hela landet i genomsnitt. I februari 2017 var arbetslöshetsprocenten i Mellersta Österbotten enligt ANM:s arbetsförmedlingsstatistik 10,8 procent, vilket var den fjärde lägsta siffran av alla landskap. Arbetslöshetsprocenten minskade i alla landskap jämfört med föregående år, i Mellersta Österbotten minskade den dock i mindre grad än i landet i genomsnitt. Landskapet har mindre långtidsarbetslöshet än genomsnittet. År 2016 var landskapets sysselsättningsgrad 73,1 procent, vilket var den nästa högsta graden efter Österbotten och klart högre än i hela landet (68,7). Trots den höga sysselsättningsgraden har den ekonomiska försörjningskvoten förblivit på en aningen lägre nivå än landets medelvärde, vilket beror på landskapets unga åldersstruktur. Enligt siffror från 2015 fanns det i Mellersta Österbotten 150 personer som inte arbetar för varje 100 personer som arbetar (143 i hela landet).

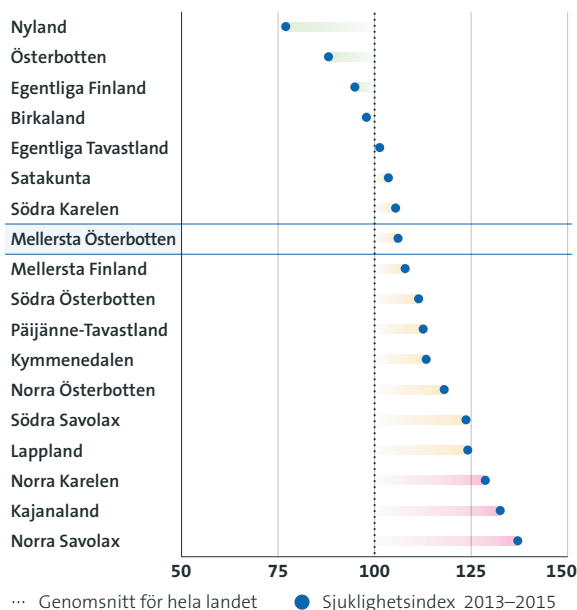
Befolkningsutveckling

Befolkningens medelålder är i Mellersta Österbotten tredje yngst i landet efter Norra Österbotten och Nyland. Andelen personer under 15 år är 19,1 procent, vilket är en klart större andel än i hela landet. Endast Norra Österbotten har en större andel barn och unga än Mellersta Österbotten. Andelen personer över 65 år i förhållande till den övriga befolkningen är 21,6 procent. Denna andel är mindre än i de flesta andra landskap, men ligger ändå nära landets medelvärde. År 2016 hade landskapet den näst högsta demografiska försörjningskvoten, 68,6, i en jämförelse mellan landskapen. Mellersta Österbotten avviker emellertid från de andra landskapen som har en hög demografisk försörjningskvot genom att kvoten höjs av den stora andelen barn och unga i stället för äldre människor.

Landskapets folkmängd har ökat en aning nästan alla år sedan 2005. Nativiteten har förblivit högre än mortaliteten, och precis som i de övriga landskapen är nettoinvandringen positiv. Antalet invånare med invandrarbakgrund är emellertid fortsättningsvis ringa jämfört med i många andra landskap. Befolkningsstillväxten bromsas av nettoflyttningen mellan landskapen, som för Mellersta Österbottens del redan länge har varit negativ. Invånare i arbetsför ålder flyttar till de stora landskapen i Södra Finland. Samma fenomen kan iaktas även i de andra landskapen i det norra samarbetsområdet. Enligt Statistikcentralens befolkningsprognos fortsätter dock landskapets invånarantal långsamt att öka och det förutspås att landskapet kommer att ha cirka 70 000 invånare 2030. I en

Figur 1

THL:s sjuklighetsindex, icke-åldersstandardiserat (2013–2015)



granskning av de olika åldersgrupperna kan konstateras att den mest betydande förändringen är att den proportionella andelen personer över 75 år kommer att öka avsevärt jämfört med nuläget. Andelen invånare i arbetsför ålder minskar.

Befolkningens välfärd och hälsa

THL:s sjuklighetsindex har för Mellersta Österbottens del varit aningen högre än i resten av landet under hela 2000-talet. Under tidsperioden 2013–2015 var det icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindexet 106 (100 i hela landet). Det åldersstandardiserade sjuklighetsindexet 105,4 var ungefär detsamma som det icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindexet. I PYLL-indexet som mäter förtida dödsfall var landskapet näst bäst efter Österbotten. Det finns flera indikatorer som visar att befolkningens välfärd är aningen bättre i Mellersta Österbotten än i resten av landet. Till exempel var andelen invånare som fick utkomststöd under året tredje lägst i Mellersta Österbotten, 5,8 procent (7 % i hela landet). I de österbottniska landskapens välfärdsbarometer som genomfördes 2017 kartlades hur yrkesutbildade inom olika branscher ser på befolkningens välfärd. En stor del av respondenterna i Mellersta Österbotten bedömde att välfärden kommer att förbli på samma nivå eller förbättras under de närmaste åren. Ensamhet, långtids- och ungdomsarbetslöshet samt hot om våld i hemmet uppskattades vara viktiga faktorer som försämrar välfärden.

Förutsättningar för servicesystemets funktion

Landskapets organisering

Förberedelserna med fokus på att kartlägga nuläget avslutades sommaren 2017 i Mellersta Österbotten. I landskapet utsågs ett organ med 13 medlemmar inom den tillfälliga förvaltningen. Organet består av representanter för de organisationer som överförs till landskapet. Organet ansvarar för de fortsatta förberedelserna för såväl landskapsreformen som social- och hälsovårdsreformen tills det att verksamheten blir lagstadgad. Organet och de förändringsledare som utsetts bildar ledningsgruppen för beredningen. En förändringsledare har utsetts för alla nio branscher. Beredningsarbetet styrs av en politisk styrgrupp som sammansatts utifrån resultaten av kommunalvalet. Den består av 59 medlemmar, det vill säga samma antal som det framtida landskapsfullmäktige. Styrelsen för Mellersta Österbottens landskapsförbund fungerar som administrativ myndighet för beredningen. Förändringsledaren för ordnandet av social- och hälsovården ansvarar för beredningen av social- och hälsovården.

Landskapsstrategin och servicestrategin för social- och hälso-tjänster som blir en del av den är för närvarande under beredning. Mellersta Österbotten anser att landskapet inledde landskapsreformen redan i samband med grundandet av landskapets social- och hälsovårdssamkommun Soite. Det strategiska arbetet utgår från den plan för ordnande av välfärdstjänster som Soite gjort upp. De strategiska principer som styr Soites verksamhet betraktas i stor utsträckning också som riktlinjer för det framtida landskapets social- och hälsovård. Sådana riktlinjer är integration av social- och hälsovården, klientorientering, förebyggande tjänster och tidigt stöd, satsning på klienthandledning, multiprofessionellt samarbete, utveckling av egenvården och elektroniska tjänster, närkompetens med tjänster som i första hand tillhandahålls i hemmet och centralisering av tjänster som kräver specialkompetens.

Vad gäller kostnaderna för tjänsterna är ett centralt mål att hejda kostnadsökningen redan innan landskapen inleder sin verksamhet. Ett viktigt mål med tanke på hela landskapets livskraft är att det jourhavande centralsjukhuset bevaras i landskapet. Innehållet i servicelöftet till landskapets invånare är ännu öppet och landskapet söker stöd genom att delta i delprojektet Servicelöfte inom spetsprojektet Kundorienterad service.

Arbetet för att bereda landskapskoncernen pågår. Det att ordnandet ska åtskiljas från produktionen betraktas som det största problemet i beredningen. Landskapets ringa resurser ska fördelas mellan organiseringsverksamheten och affärsverket. Det har ännu inte dragits upp några riktlinjer för hur ordnandet ska organiseras. Verksamheten för att främja välfärd och hälsa och landskapets utvecklingsverksamheten ska enligt planerna bedrivas vid en separat utvecklingsenhet inom landskapsorganisationen. Landskapet har ännu inte dragit upp riktlinjer för om det ska bolagisera en del av tjänsterna även om bolagiseringstvävet slopades i fråga om direktvalstjänster. Vad gäller direktvalstjänster är alternativt en egen nettobudgetenhet som är underställd affärsverket, ett separat affärsverk eller frivillig bolagisering. Soites fullmäktige har beslutat att grunda ett multiprofessionellt stöd-tjänstbolag på landskapsnivå. Bolagets verksamhetsområden är personal- och ekonomiadministration, ICT-tjänster och måltidstjänster. Kommunerna i landskapet kan bli delägare i bolaget. Bolagets verksamhet har ännu inte inletts, och behovet av verksamheten bedöms på nytt när servicecentralernas ställning i landet har klarnat.

En stor utmaning i beredningsarbetet är de tjänster som omfattas av valfriheten. Soite använder servicesedlar för tillfällig hemvård inom tjänsterna för äldre, fotvård, terapitjänster, boendetjänster för gravt handikappade samt för att ordna personlig assistans enligt handikappservicelagen och nu senast även för boendetjänster för rehabiliteringsklienter inom mentalvården. Soite ansökte våren 2017 om att få vara med i pilotprojektet för valfrihet och tänker komplettera sin ansökan sommaren 2018. Landskapet betraktar valfrihetsförsöken som ett viktigt hjälpmedel i förberedelserna för reformen.

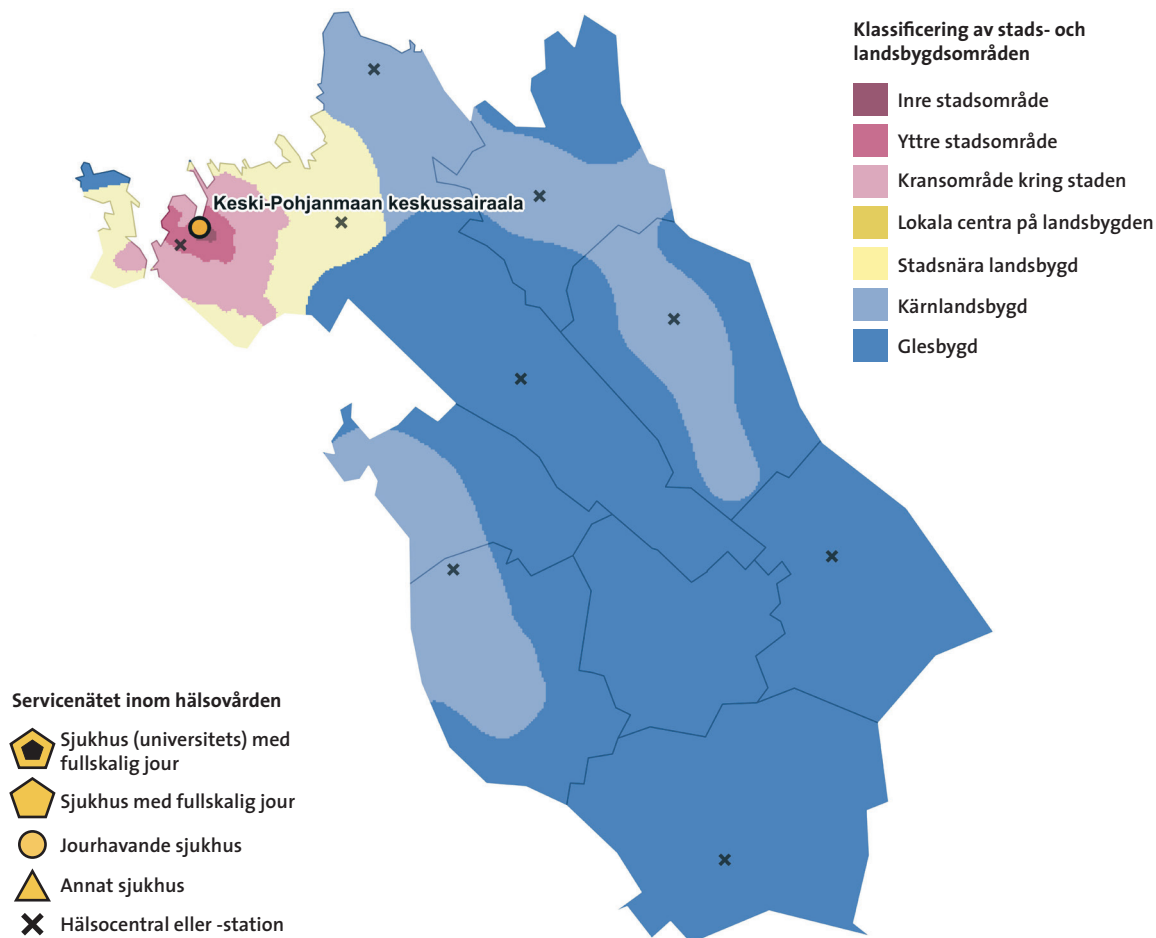
Mellersta Österbotten medverkar i programmet för utveckling av barn- och familjetjänster och i spetsprojektet Vagar in i arbetslivet för partiellt arbetsföra. Dessutom har landskapet en egen förändringsagent i spetsprojektet Hemvården för äldre utvecklas och närstående-vården för alla ålderskategorier förbättras, och dessutom deltar aktörer från landskapet i spetsprojektet för främjande av hälsa och välfärd.

Ekonomiska förutsättningar

Nettoutgifterna för social- och hälsovården i Mellersta Österbotten uppgick till 3 096 euro per invånare 2016, vilket var 2 procent mer än i hela landet i genomsnitt. Servicebehovet i området var emellertid aningen större än genomsnittet (behovskoefficient 1,02), och därför var de behovsstandardiserade utgifterna en

Figur 2

Servicenätet för hälso- och sjukvården i Mellersta Österbotten och klassificeringen stad–landsbygd (SYKE).



procent lägre än landets medelvärde¹. Om socialvården lämnas utanför granskningen var de behovsstandardiserade utgifterna 4 procent större än i hela landet i genomsnitt.

Enligt finansministeriets bedömning (10.3.2017) kommer statsfinansieringen per invånare i Mellersta Österbotten efter övergångsperioden för land-

¹ De behovsstandardiserade utgifterna visar var ett landskaps utgifter ligger i förhållande till andra landskaps utgifter eller landets medelvärde. Behovsfaktorer som beaktats är ålders- och könsstruktur, sjuklighet och den socioekonomiska ställningen.

Inga direkta slutsatser om hur kostnadseffektiv verksamheten är kan dras på basis av de behovsstandardiserade utgifterna. Den kalkylerade behovskoefficienten beaktar inte alla faktorer som påverkar utgifterna för social- och hälsovården. I beräkningen av de behovsstandardiserade utgifterna beaktas heller inte skillnader mellan områdena vad gäller tillgången till privata tjänster eller företagshälsovårdstjänster. Med andra ord, det att ett landskaps behovsstandardiserade utgifter är låga kan till exempel bero på effektivitet, dålig tillgång till offentlig service eller riklig användning av privata tjänster eller företagshälsovårdstjänster. Om landskapets behovsstandardiserade utgifter i betydande grad avviker från landets medelvärde, ska man med hjälp av andra indikatorer närmare granska vad detta kan bero på. De behovsstandardiserade utgifterna kan inte direkt jämföras med uppgifter från tidigare år.

skapsreformen att vara 32 euro mindre än områdets kommuners nuvarande nettoutgifter för social- och hälsovården per invånare. Förändringen innebär ett sparbehov på över två miljoner för landskapet. Efter övergångsperioden kommer finansieringen därmed att vara cirka en procent mindre än den kalkylerade utgångsnivån i Mellersta Österbotten. Kalkylen omfattar social- och hälsovården, miljö- och hälsoskyddet och räddningsväsendet.

Mellersta Österbotten har försökt att i tid reagera på övergången till den framtida behovsbaserade finansieringsmodellen. Under 2007–2014 ökade landskapets utgifter för social- och hälsovården med cirka 5–6 procent per år. Ökningstakten låg på landets medelnivå, men utgifterna steg ändå betydligt snabbare än prisindexet för offentliga utgifter.

I samband med grundandet av samkommunen Soite startades ett program för anpassning av verksamheten som auditerats av Nordic Healthcare Group (NHG). Syftet med programmet var att hejda ökningen av utgifterna för social- och hälsovården.

Enligt Soite har man på basis av det första året delvis lyckats med målet. Inbesparingar kan uppnås genom att man organiserar mottagningsverksamheten inom hälso- och sjukvården och minskar vårdperioderna på bäddavdelning. Inom omsorgstjänsterna har man genom att förflytta tyngdpunkten i tjänsterna för äldre och missbrukar- och mentalvårdstjänsterna från anstaltsboende och serviceboende med heldygnsomsorg till lättare serviceformer möjligheter att göra betydande inbesparingar. Soite har nått goda resultat inom verksamheten för effektiviserad hemrehabilitering och tack vare dessa har man kunnat förhindra att klienter måste tas in på anstalt efter sjukhusvård.

Landskapets viktigaste investering i social- och hälsovården är det nybyggnadsprojekt för 19 miljoner euro som för närvarande pågår vid Mellersta Österbottens centralsjukhus. Genom projektet ersätts hälsocentralens bäddavdelningar.

Servicevärdet

Mellersta Österbotten har påbörjat arbetet med att förnya servicevärdet. Socialservice tillhandahålls i regel i alla kommuner, men en del tjänster har centraliserats till Karleby. Vad gäller primärvård har samkommunen Soite fem välfärdsstationer som tillhandahåller mer omfattande service och som är öppna alla vardagar och åtta hälsostationer med ett mer begränsat serviceutbud och mer begränsade öppettider. Enligt en enkät av läkarförbundet har ungefär tio procent av hälsocentralernas läkaruppgifter utkontrakterats i Mellersta Österbotten. Denna andel ligger nära medianen för sjukvårdsdistrikten. Landskapet har inte utkontrakterat hälsostationer i sin helhet. Serviceboende för äldre finns tillgängliga i alla kommuner i området och en del av dessa är privata.

Enligt ANM:s branschrapport (hösten 2017) har Mellersta Österbotten minst privata serviceföretag inom hälso- och socialbranschen av alla landskap. Landskapet har dock observerat att stora företag som erbjuder hälsotjänster är intresserade av de fastigheter för social- och hälsovård som kommunerna äger.

Mellersta Österbottens centralsjukhus i Karleby producerar specialiserad sjukvård. Sjukhuset har tio specialiteter. Ungefär en fjärdedel av de tjänster Soite producerar riktas till kommuner i Norra Österbotten och Österbotten som inte är medlemmar i samkommunen. Centralsjukhuset i Karleby är ett jourhavande centralsjukhus enligt hälso- och sjukvårdslagen, men det hör inte till de tolv centralsjukhus som håller omfattande jour. Ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och nya förordningar om sjukhusens jourverksamhet, arbetsfördelningen och centralisering påver-

kar främst kirurgin i Mellersta Österbotten. Man är tvungen att flytta en del av de kirurgiska operationerna till Uleåborgs universitetssjukhus som är centrum för specialupptagningsområdet. Å andra sidan håller de förändringar som skett i verksamheten vid sjukhusen i de södra delarna av Norra Österbotten på att öka efterfrågan på akutpsykiatrisk verksamhet och förlossningsverksamhet från Norra Österbotten. Redan nu har landskapet klart fler förlossningar än andra små landskap, ungefär 1 500 förlossningar per år. Uleåborgs universitetssjukhus sörjer för vården på specialiserad nivå för invånarna i de fyra landskap som hör till Uleåborgs universitetssjukhus specialupptagningsområde. Dessutom producerar Norra Finlands laboratoricentral NordLab laboratorietjänster för landskapen inom specialupptagningsområdet.

På kartan visas i stora drag landskapets servicenät av specialiserad sjukvård och primärvård, exklusive den psykiatriska sjukvården, socialservicen och den privata tjänsteproduktionen. Kartan utnyttjar den klassificering av stad-landsbygd som utvecklats av Finlands miljöcentral och institutionen för geografi vid Uleåborgs universitet. Landskapsgränserna har bildats enligt regeringsproposition 15/2017.

Personalresurser

Personal från 15 organisationer, cirka 3 800 årsverken, kommer att flyttas till landskapet Mellersta Österbotten. Av dessa är uppskattningsvis 3 400 årsverken inom social- och hälsovården. Enligt yrkesbarometern som genomfördes hösten 2017 bedömdes att det inom social- och hälsovården i Mellersta Österbotten råder brist på allmänläkare, överläkare och specialister, sjukskötare och hälsovårdare samt specialskickade inom socialt arbete. I fråga om specialister är bristen särskilt påtaglig inom specialiteten neurologi. Den utredning av situationen gällande hälsocentralernas läkarbrist som läkarförbundet genomförde hösten 2017 gav en aningen positivare bild. Enligt den utredningen var läkarbristen inom primärvården i Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt endast ringa. Landskapets situation hör till de bästa i hela landet.

Yrkeshögskolan Centria, Karleby universitetscenter Chydenius, de österbottiska landskapens kompetenscenter inom det sociala området SoNet BOTNIA och Uleåborgs universitetssjukhus specialupptagningsområde är viktiga samarbetspartner inom forskning, utveckling, utbildning och innovationsverksamhet i Mellersta Österbotten. Centria ansvarar för utbildningen av sjukskötare, hälsovårdare och socio-nomer i området. Mellersta Österbottens yrkesinstitut ordnar yrkesutbildning på andra stadiet. Landskapen

i det norra samarbetsområdet måste komma överens om samarbetet inom FUI-verksamheten. Planeringen är ännu i startskedet.

ICT-lösningar

Landskapet medverkar i samarbetet för att förnya klient- och patientdatasystemen inom ramen för UNA-projektet. Till följd av att samkommunen för social- och hälsovård på landskapsnivå har grundats har också klient- och patientdatasystemen harmoniserats. Inom hälso- och sjukvården används TerveystEfficca och inom det sociala området har SosiaaliEf-

fica tagits i bruk. Ett problem som identifierats är de tjänster som köps av privata tjänsteproducenter, där anordnaren har svårt att få de uppgifter som behövs. För att förbättra tillgången till information tas ett avsnitt för köpta tjänster i bruk i systemet Effector. Inom landskapets ICT-beredning har nuläget kartlagts och förändringsbehov och utmaningar identifierats. Exempelvis har det konstaterats att personalresurserna inom ICT är ringa i de organisationer som överförs till landskapet. Landskapet har också saknat ett eget bolag för stödtjänster inom ICT, och därför beslutade samkommunen Soite hösten 2017 att grunda ett multiprofessionellt stödtjänstbolag på landskapsnivå.

Kostnader för social- och hälsotjänster

Social- och hälsotjänsternas kostnadsutveckling

Kostnaderna för socialservicen och hälso- och sjukvården har bedömts genom metoder som länge har använts för att utvärdera hur utgiftstrycket för dessa tjänster utvecklas enligt EU:s metodologi för fiskal hållbarhet. Metodologin omfattar i detalj strukturen för socialservice, hälso- och sjukvård och inkomstöverföringar. Kärnan i metodologin är kopplingen av utgifterna till olika åldersgrupper, varvid man utifrån befolkningsprognosen kan bedöma hur tjänsternas volym kommer att utvecklas i framtiden. Till bedömningen fogas också antaganden om hur de reella lönerna och inflationen kommer att utvecklas eftersom även de kopplas till den gemensamma EU-metodologin i bedömningen av den fiskala hållbarheten. EU-metodologin omfattar inte de beräkningsmodeller som använts, kanske för att det förekommer stora skillnader mellan de olika EU-länderna i fråga om beslut kring välfärdstjänster. I Finland utvärderas helheten av omsorgsområden och inkomstöverföringar genom SOME-modellen.

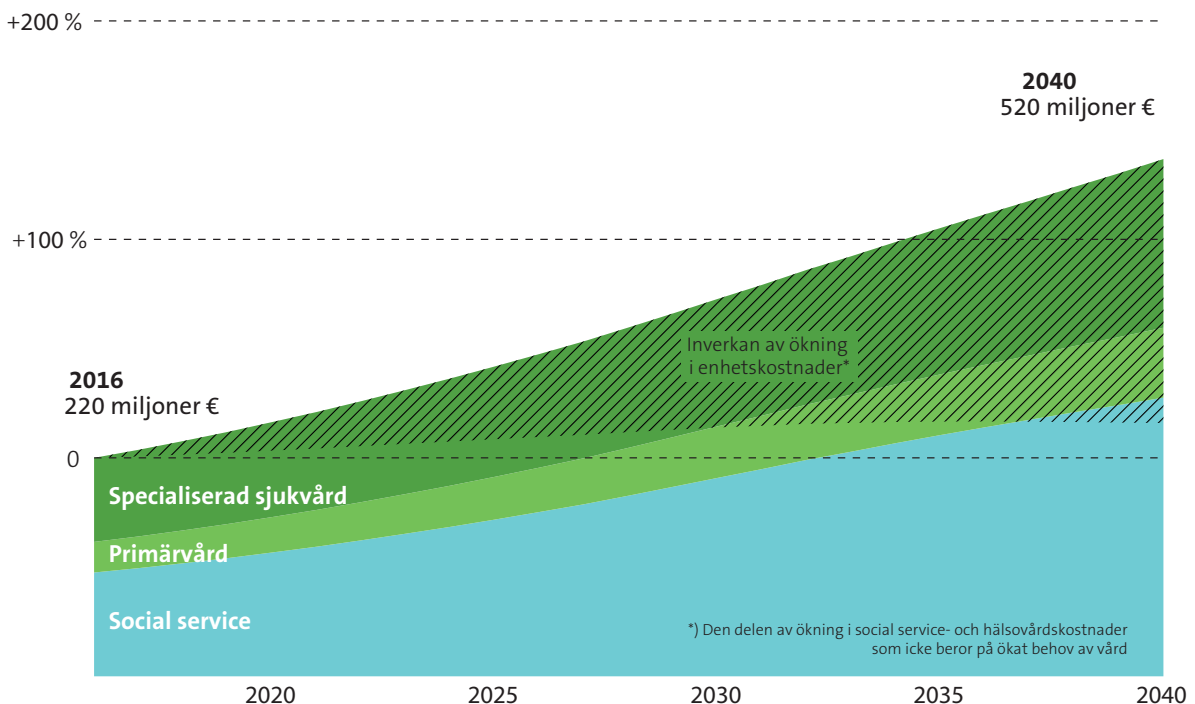
SOME-modellen har regionaliserats med tanke på simuleringsövningen, och till en början används den

för socialservice och hälso- och sjukvård och förbiser då inkomstöverföringar och bland annat pensioner. Utvärderingen omfattar centrala serviceformer för anstalts- och öppenvård samt olika former av primärvård och specialiserad sjukvård. I utvärderingen har använts de senaste kalkylerade uppgifterna om nettokostnader som sammanställts utifrån kommunstatistik och som omfattar 2016. De största utgiftsposterna på nationell nivå är sjukhusvård inom den specialiserade sjukvården (cirka 3 miljarder euro) och öppenvård (cirka 2,3 miljarder euro) samt olika grader av boende- och anstaltsvårdsservice för äldre människor och personer med funktionsnedsättning, vars kostnader sammanlagt ligger på nästan samma nivå som kostnaderna för den specialiserade sjukvården.

I det här skedet har modellen genomförts enligt den nuvarande landskapsindelningen; det finns aktuella uppgifter om landskapets kostnader. Områdesindelningen är förhållandevis enkel att uppdatera så att den motsvarar organiseringsansvaren. Däremot har det hittills inte funnits några täckande regionala uppgifter om hur olika åtgärder och kostnaderna för dem fördelas mellan olika åldersgrupper. Därför har det här antagits att fördelningen inom landskapen motsvarar fördelningen i hela landet. I praktiken innebär det att det i utvärderingen kan uppstå skillnader mellan landskapen endast till följd av förändringar i befolkningens åldersstruktur.

Figur 3

Uppskattning av hur kostnaderna för social- och hälsotjänster kommer att utvecklas i landskapet Mellersta Österbotten 2016–2040.



I figur 3 visas en uppskattning av hur kostnaderna för social- och hälso-tjänster kommer att utvecklas i Mellersta Österbotten under 2016–2040. Kostnaderna har sammanställts enligt huvudkategorier i figuren. Det utgås från antagandet att det årliga kostnadstryck som de reella lönerna och konsumentpriserna ger upphov till i alla huvudkategorier uppgår tillsammans till tre procent. Dessutom beskrivs den ökning som den förändrade åldersstrukturen i sig ger upphov till. Enligt dessa antaganden kommer kostnaderna i hela landet att öka med 77 procent och befolkningen med 4,6 procent före 2030; antalet äldre människor ökar med drygt 30 procent. Före 2040 kommer hela landets kostnader att öka med 150 procent medan befolkningen ökar med 6,4 procent och den äldre befolkningen med närmare 37 procent.

I Mellersta Österbotten förutspås kostnaderna för social- och hälso-tjänsterna öka med cirka 75 procent mellan 2016 och 2030 och med sammanlagt cirka 146 procent fram till 2040. Befolkningen i Mellersta Österbotten kommer att öka med drygt 1,5 procent under 2016–2030, och sedan utjämnas tillväxten på 2030-talet. Befolkningen ökar i långsammare takt än i landet i genomsnitt: under 2016–2030 kommer antalet invånare att öka med drygt 22 procent och ökningen ligger på ungefär samma nivå under 2030-talet. Detta innebär att kostnaderna i Mellersta Österbotten på 2030-talet främst kommer att öka på grund av inflation även om volymen bibehålls på ungefär samma nivå som i slutet av 2020-talet.

Behovsstandardiserade utgifter och produktivitet inom den specialiserade somatiska sjukvården

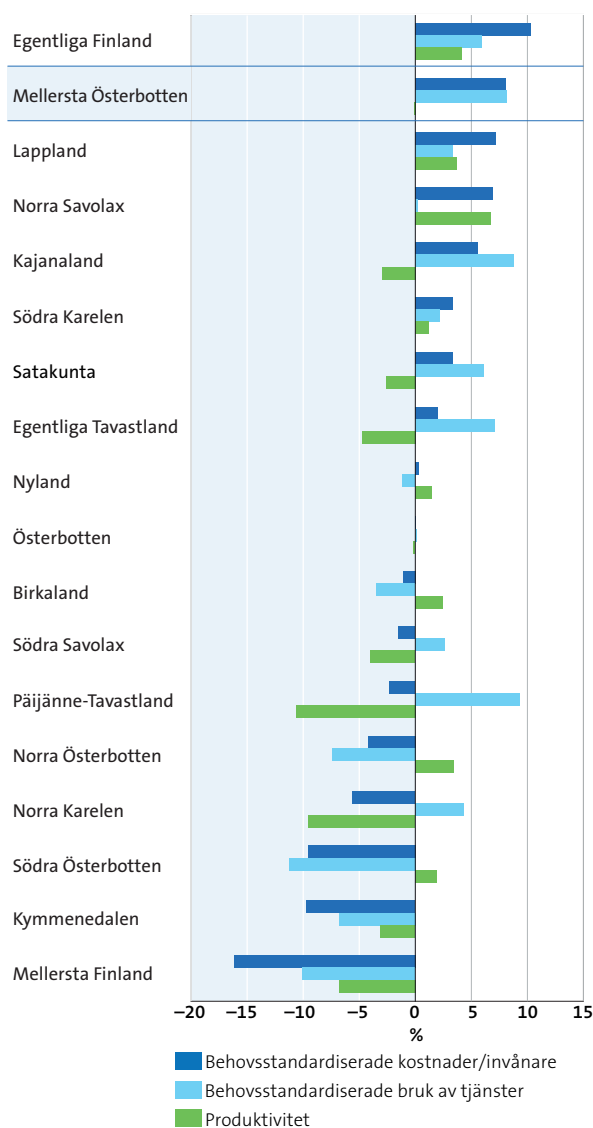
Kostnaderna för den specialiserade sjukvården per invånare kan granskas i förhållande till områdenas servicebehov. De faktorer som påverkar den specialiserade somatiska sjukvården kan delas in i två delar: användning av tjänster och produktivitet. Med användning av tjänster avses i vilken utsträckning befolkningen i området har anlitat tjänster i förhållande till landets medelnivå. Användningen av tjänster mäts genom så kallade viktade vårdepisoder¹, som beaktar områdenas olika patientstrukturer. Produktiviteten beskriver hur förmånligt patienterna i landskapet har vårdats. Produktiviteten mäts genom kostnaderna för viktade episoder.

Genom behovsstandardiseringen beaktas skillnaderna mellan de olika områdena i fråga om åldersstruktur, sjuklighet och vissa socioekonomiska faktorer. Behovet av specialiserad sjukvård förklaras

delvis av olika faktorer såsom det allmänna behovet av social- och hälsovård, och det har beräknats med olika behovskoefficienter². Genom att dela de kalkylerade kostnaderna (per invånare) med behovskoefficienten för den specialiserade sjukvården får man de behovsstandardiserade kostnaderna för den specialiserade sjukvården per invånare. När dessa kostnader sedan delas med produktiviteten³ får man de viktade episoderna per invånare, det vill säga den behovsstandardiserade användningen av specialiserad sjukvård.

Figur 4

Avvikelse från landets medelvärde (%) i fråga om behovsstandardiserade utgifter för den specialiserade somatiska sjukvården samt användning av tjänster och produktivitet enligt landskap 2016.



² Vaalavuo, M. m fl. (2013) utifrån forskningsmaterial.

³ Produktivitet = de kalkylerade kostnaderna €/episod, index för hela landet = 100

¹ Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

År 2016 hade Egentliga Finland de högsta behovsstandardiserade utgifterna för den specialiserade sjukvården räknat per invånare (figur 4). I Egentliga Finland överskred kostnaderna landets medelnivå med tio procent. I euro innebär detta att man i Egentliga Finland på ett år använde cirka tio procent mer pengar per invånare för specialiserad somatisk sjukvård än i landet i genomsnitt; detta beror på att tjänster anlätades sex procent mer än genomsnittet och att produktiviteten var fyra procent sämre. I Mellersta Finland var motsvarande kostnader 15 procent lägre än medelnivån för hela landet, och där är orsaken såväl att tjänster användes i mindre utsträckning än

genomsnittet och bättre produktivitet. Ju större positivt procenttal, desto högre än kostnaderna i jämförelse med landets medelnivå. Om produktiviteten är bättre än landets medelnivå syns detta genom att procenttalet är negativt.

I Mellersta Österbotten var behovet av specialiserad somatisk sjukvård tre procent större än landets medelvärde. De behovsstandardiserade kostnaderna per invånare för den specialiserade somatiska sjukvården var dock åtta procent större än i landet i genomsnitt. Likaså var den behovsstandardiserade användningen av specialiserad sjukvård åtta procent högre än i landet i genomsnitt.

Främjande av välfärd och hälsa

Enligt besöket i landskapet under temat främjande av hälsa och välfärd hösten 2017 framskrider beredningen av främjandet av välfärd och hälsa (HYTE) på medelnivå i landskapet. HYTE-verksamheten planeras bli en del av landskapets centralförvaltning. I landskapsberedningen har inte utsetts någon separat grupp för planering av HYTE-verksamheten, däremot har en HYTE-koordinator utsetts.

Vi bedömer landskapets *verksamhet* för främjande av välfärd och hälsa med tanke på det arbete som utförts i kommunerna i Mellersta Österbotten: vilka är de funktionella och organisatoriska utgångspunkterna då landskapets HYTE-verksamhet inleds i området? Med detta i åtanke har det också valts indikatorer som nedan kommer att användas som grund för bedömningen. I indikatorerna betonas hälsosektorn eftersom de indikatorer inom socialväsendet som tills vidare står till förfogande främst beskriver verksamheten inom servicesystemet, varvid det är svårare att definiera den önskade målnivån än till exempel i fråga om ett hälsotillstånd.

I sju av kommunerna i området har fullmäktige godkänt en välfärdsberättelse. Sex kommuner har antingen en egen (3) eller en för flera kommuner gemensam (3) välfärdskoordinator eller -planerare. I fyra kommuner har fullmäktige fått en rapport om hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper. I fyra kommuner har fattats ett beslut om att utnyttja förhandsbedömningar vid beredning av beslut som påverkar kommuninvånarnas välfärd och hälsa. För att främja delaktighet har fyra av kommunerna i området beskrivit kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka på sin webbplats. Inom primärvården hade 38/10 000 klienter (i hela landet 26,7/10 000) fått handledning eller råd kring motion av en läkare, skötare, fysioterapeut eller ergoterapeut.

Behovsfaktorerna inom landskapets HYTE-verksamhet har bedömts med hjälp av nyckeltal som har en tydlig koppling till invånarnas välfärd och hälsa; även landskapet och kommunerna kan tillsammans påverka dessa faktorer. En del effektiva åtgärder är av sådan karaktär att de förutsätter sektorsövergripande samarbete medan det för en del behövs regionalt samarbete antingen mellan kommunerna och landskapet eller mellan kommunerna. De svåraste fenomenen som ger upphov till ett behov av HYTE-verksamhet kräver samarbete mellan alla parter. Sådana fenomen är till exempel strukturell arbetslöshet och marginalisering från utbildning. Sammanlagt fyra procent av

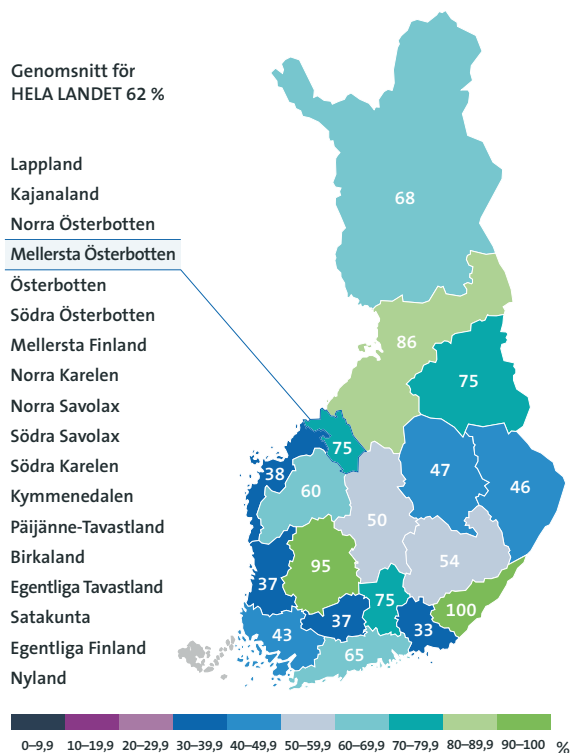
15–64-åringarna har drabbats av strukturell arbetslöshet, det vill säga är svårssysselsatta (6,2 % i hela landet). Andelen 17–24-åringar som inte har en examen efter grundskolan ligger under sex procent (8,3 % i hela landet). Andelen ARA-bostäder i landskapet beskriver andelen bostäder av hela bostadsbeståndet som grundar sig på social ändamålsenlighet och ekonomiskt behov. I landskapet utgör denna andel tio procent av bostadsbeståndet, vilket är aningen mindre än medeltalet för alla landskap (12,1 % i hela landet).

Andelen överviktiga vuxna är 21 procent (i hela landet 18 %), och elva procent har stora svårigheter att springa en sträcka på hundra meter (12 % i hela landet). Hela 23 procent av personerna med hög utbildning (15 % i hela landet) och 34 procent av personerna med låg utbildning (36 % i hela landet) uppger att de sannolikt inte kommer att orka arbeta ända tills de får ålderspension.

I den här granskningen har antalet konstaterade klamydiainfektioner i området valts som nyckeltal för smittsamma sjukdomar. I landskapet förekommer 180 fall av klamydia per 100 000 invånare, vilket ligger klart under det nationella genomsnittet (242 fall/100 000 invånare).

Figur 5

Kommuner som har en HYTE-koordinator eller -planerare, % av landskapets kommuner



Under landskapsberedningen organiserar landskapet sin verksamhet och bygger upp samarbetet med bland annat kommunerna i området i syfte att förbättra invånarnas delaktighet, välfärd, hälsa och trygghet. Landskapet kommer att vara en central aktör i den här verksamheten. Mot bakgrunden av de nyckeltal som nu valts för bedömningen (i simuleringsövningen) verkar det som om behovsfaktorerna i området är på den bättre sidan av landets medeltal. Endast orken i arbetet avviker i betydande grad från de övriga landskapen; den är sämre än vanligt

i synnerhet bland högutbildade. Enligt jämförelsen framskrider beredningen av HYTE-verksamheten på medelmåttig nivå i landskapet. Vid beredning av viktiga kommunbeslut och i framtiden landskapsbeslut ska man i HYTE-verksamheten fästa uppmärksamhet såväl vid att minska riskfaktorerna för uppkomsten av sjukdomar och sociala problem som vid att främja delaktighet, minska ojämlikheten mellan olika befolkningsgrupper och ta i bruk metoder för förhandsbedömning av konsekvenser.

Förebyggande tjänster

De förebyggande tjänsterna inom social- och hälsovården spelar en central roll i stödandet av befolkningens hälsa och välfärd. Grundpelaren i de förebyggande tjänsterna är mödra- och barnrådgivningen och skolhälsovården, som når hela åldersklassen i fråga. Vad gäller ungdomar har studerandehälsovården – som når största delen av åldersklassen – en viktig roll. Genomförandet av dessa tjänster har bedömts ur perspektivet för hälsoundersökningar i avsnittet om tjänster för barn, ungdomar och familjer. Här bedöms dock om elevhälsotjänsternas psykolog- och kuratorsresurser är tillräckliga. Även om ansvaret för att ordna psykolog- och kuratorsresurser har planerats ligga på kommunen, ska de beaktas vid bedömning av hur väl de elevhälsotjänster som ordnats av landskapet fungerar.

I det här kapitlet beskrivs med hjälp av några nyckeltal genomförandet av mottagningsverksamhet inom primärvården och mun- och tandvård. I fråga om screeningar fanns ännu inga lämpliga indikatorer tillgängliga, och de uppgifter som lämpar sig för bedömning av de förebyggande tjänsterna inom socialvården är för närvarande under uppbyggnad eftersom strukturerade uppgifter inom socialvården är under utveckling. Helheten av förebyggande tjänster för äldre är omfattande. Inga uppgifter om till exempel rådgivningstjänster för äldre, ändringsarbeten i bostaden eller rehabilitering finns tillgängliga. Den här bedömningen omfattar endast hemvård för personer som får närståendevård.

Vid bedömning av situationen bör tas i beaktande hur eventuella olikheter vad gäller praxisen för registrering i patientdatasystemet påverkar hur täckande uppgifterna är.

I området har gjorts färre strukturerade kartläggningar av användningen av alkohol och droger och tobak än i resten av landet. År 2017 gjordes tio kartläggningar per 10 000 invånare (21/10 000 i hela landet). Enligt registreringar inom primärvården gjordes 2017 en hälsoundersökning av 5,2 procent av de arbetslösa, vilket är klart mer än i landet i genomsnitt (1,3 %). Hälsoundersökningar för arbetslösa borde genomföras i betydligt större utsträckning, enligt en expertbedömning för cirka 30–40 procent per år.

Orken hos närståendevårdare till personer över 75 år stöds genom hemservice inom närståendevården i större utsträckning än i landet i genomsnitt. Sammanlagt 61,7 procent av de personer som får närståendevård är också klienter inom hemvården (37 % i hela landet).

Mun- och tandhälsan hos barn och unga granskas hos en munhygienist eller tandskötare i årskurs ett, fem och åtta, i övriga fall enligt behov. 0–17-åringarna i området har gjort 479 besök hos hälsocentralens munhygienist per 1 000 invånare i åldern i fråga under ett år, vilket är mer än i landet i genomsnitt (464/1 000). I den här åldersgruppen utför munhygienister i regel förebyggande arbete (beroende på den lokala arbetsfördelningen) samt ortodontiska behandlingar.

Elevhälsotjänsternas psykologers arbetsinsats är 0,8 timmar per hundra elever och vecka, vilket är betydligt mindre än i hela landet i genomsnitt (3,1 timmar/100 elever). Elevhälsotjänsternas kurators arbetsinsats ligger på 7,9 timmar per hundra elever per vecka, vilket i sin tur är mer än i hela landet i genomsnitt (4,8 timmar/100 elever).

Primärvård

Tillgången till service utvärderas med hur tjänsterna används och vårdgarantin efterlevs. Antalet besök hos den öppna sjukvården var 1,8 per invånare i Mellersta Österbotten, vilket är 14 procent lägre än i landet i genomsnitt (antalet besök justerat med sjuklighetsindexet från medeltalet). Antalet läkarbesök var upp till 18 procent lägre och andra än läkarbesök 9,8 procent lägre än det ovan nämnda kalkylerade antalet besök. Bland dem som hade bokat icke-brådskande mottagningstid blev emellertid 68 procent mottagna av läkare inom en vecka (i hela landet 42 %, variationsintervall 25–69 %). Den maximala tid som fastställs i vårdgarantin (3 mån.) överskreds vid 0,1 procent av alla besök inom primärvårdens öppna sjukvård (i hela landet 2,1 %, variationsintervall 0–11 %).

Utifrån enkätmaterialen hade 23 procent av dem som behövde tjänster inte fått tillräckligt med tjänster av hälsocentralläkare (variationsintervall 21–34 %). Av klienterna tyckte bara 20 procent att de kunde delta i sin egen vård (i hela landet 28 %, variationsintervall 19–34 %). 41 procent upplevde att allt hade skötts smidigt och att informationen hade fungerat inom personalen (i hela landet 46 %, variationsintervall 32–55 %). Enligt 77 procent hade de haft en verklig möjlighet att välja hälsostation – det här är den högsta andelen i hela landet (i hela landet 67 %, variationsintervall 57–77 %). Endast 19 procent var nöjda med den mängd information som låg till grund för valet – bland annat om kötider och kvalitet – vilket är lägst bland landskapen.

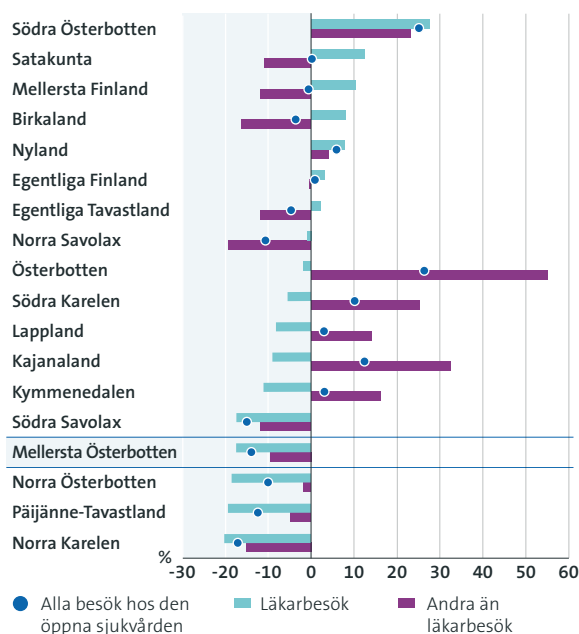
Andelen klienter som bytt hälsostation bland dem som använt servicen under 12 månader var lägst i Mellersta Österbotten (variationsintervall 0,6–5,3 %).

Av de klienter som besökt vårdarens mottagning besökte 44 procent läkarens mottagning inom tre dygn. Variationen mellan landskapen var stor (0,2–56,8 %) – värdet beskriver skillnaden i verksamhets sätt. Av patienterna besökte 0,64 procent hälsocentralläkarens mottagning mer än 10 gånger per år, andelen varierar mellan landskapen från 0,58 till 2,04 procent.

Vårdpraxisens kvalitet utvärderades genom granskning av förskrivningar av mikrobläkemedel för behandling av specifik övre luftvägsinfektion:

Figur 6

Avvikelse från landets medeltal i antalet besök inom primärvårdens öppna sjukvård, justerat med sjuklighetsindexet i landskapet, det totala antalet besök inom den öppna sjukvården, läkarbesök och andra än läkarbesök.



Andelen patienter som förskrevs antibiotika varierade mellan landskapen från 9,8 till 31,7 procent. I Mellersta Österbotten var andelen 24 procent, nästan densamma som i landet i genomsnitt (23 %).

Driftskostnader för öppen vård inom primärvården (exkl. mun- och tandvård) var 27 milj. euro. Räknat per invånare är det 397 euro. Landets medeltal var 359 euro (variationsintervall 293–489 euro).

I Mellersta Österbotten var antalet besök hos den öppna sjukvården i primärvården 14 procent lägre än i landet i genomsnitt: läkarbesöken var upp till 18 procent färre och övriga besök 10 procent färre. Vårdgarantin efterlevdes emellertid väl. Av klienterna upplever 23 procent att de fått otillräcklig service av hälsocentralläkaren. 77 procent anser att de har haft en verklig möjlighet att välja hälsostation, vilket är den högsta andelen bland alla landskap, men andelen som bytt är lägst. Man var inte nöjd med den mängd information som låg till grund för valet.

Mentalvårds- och missbrukartjänster

Mentalvårdsindikatorerna har valts så att de skapar en bild av hur allmänt förekommande mentala problem är samt av tillgången till och användningen av olika mentalvårdstjänster i landskapet. Det fanns knappt om indikatorinformation om vårdens kvalitet, men i fråga om psykosjukdomar granskades aspekter såsom vård oberoende av patientens vilja, användning av tvångsåtgärder och långvarig sjukhusvård.

Indikatorerna för missbrukartjänster ger en allmän bild av användningen av alkohol och droger bland områdets vuxna befolkning och av anlitaandet av tjänster för alkohol- och drogproblem och sjukdomar som orsakats av alkohol och droger. Alkoholödligheten som centralt påverkar de socioekonomiska hälsoskillnaderna granskas utifrån antalet förlorade levnadsår på grund av alkoholkonsumtion i den lägsta inkomstklassen (PYLL, uppgifter från 2013) eftersom förändringar i alkoholkonsumtionen i högre grad är synliga i den lägsta inkomstklassen än i de övriga inkomstklasserna. Granskningen omfattar också två indikatorer som beskriver kvaliteten på och behovet av förebyggande missbruksarbete.

Ingen indikatorinformation om tjänsternas klientorientering och jämlikhet eller om personalen fanns tillgänglig för den här bedömningen.

Mentala störningar är lika vanliga i Mellersta Österbotten som i landet i genomsnitt. Sammanlagt 1,7 procent av befolkningen har rätt till specialersättning för läkemedel mot psykos (1,8 % i hela landet) och andelen personer i åldern 25–64 år av befolkningen i samma ålder som får sjuk- eller invalidpension på grund av mentala störningar eller beteendestörningar är densamma som medelvärdet för hela landet. Andelen vuxna som får sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa är emellertid högre än i landet i genomsnitt. Andelen personer som upplever psykisk påfrestning är i landskapet lägre än i landet i genomsnitt.

Anlitaandet av mentalvårdstjänster inom öppenvården ligger nära landets medelvärde. Landskapets vuxna invånare gjorde 502 öppenvårdsbesök inom mentalvården per tusen 18 år fyllda invånare (518 i hela landet) medan antalet öppenvårdsbesök inom den specialiserade sjukvården var 354 per tusen 18 år fyllda invånare och antalet öppenvårdsbesök inom primärvården 115 per tusen invånare (i hela landet 340 respektive 144).

Antalet vårddygn inom den psykiatriska anstaltsvården ligger nära landets medelvärde i åldersgruppen 18–24 år, aningen högre än landets medelvärde i åldersgruppen 25–64 år och lägre än landets med-

elvärde bland personer som fyllt 65 år. Andelen 18 år fyllda personer som förordnats till vård oberoende av sin vilja per 1 000 personer i samma ålder motsvarade andelen för hela landet. Även användningen av tvångsåtgärder oberoende av patientens vilja under en vårdperiod låg nära landets medelnivå. Andelen psykiatriska patienter som varit inlagda på sjukhus i mer än 90 dagar utan avbrott var aningen större än genomsnittet för hela landet.

Andelen klienter på psykiatriska rehabiliteringshem i proportion till hela befolkningen är aningen större än landets medelvärde i fråga om tjänster med stöd dygnet runt och lägre i fråga om tjänster som inte tillhandahåller stöd dygnet runt.

Antalet personer som får psykoterapi som ersätts av FPA ligger nära landskapets medelvärde; andelen är aningen högre bland 16–24-åringarna och aningen lägre bland 25–64-åringarna. Det gjordes klart färre besök vid privata psykiatriska enheter som ersattes av FPA än i landet i genomsnitt.

I det stora hela ligger såväl förekomsten av mentala problem som anlitaandet av mentalvårdstjänster nära landets medelvärde i Mellersta Österbotten. Den enda aspekt som väckte uppmärksamhet bland indikatorinformationen var det antal vårddygn som 25–64-åringar var intagna på en anstalt i förhållande till hela landets medelvärde (325 per tusen invånare i samma ålder, medan motsvarande siffra för hela landet var 258). Också antalet över 90 dygn långa vårdperioder på sjukhus överskred landets genomsnitt en aning. Genom mångsidiga öppenvårdstjänster och boendeservice med tillräckligt stöd kan behovet av sjukvårdsvård minskas.

Sammanlagt 15,6 procent av den vuxna befolkningen i Mellersta Österbotten röker dagligen (16,6 % i hela landet), 29,4 procent använder för mycket alkohol (andelen personer vars poäng överskrider riskgränsen enligt AUDIT-C-indikatorn; 33,2 % i hela landet) och 2,5 procent har använt cannabis under det senaste året (4,4 % i hela landet). I landskapet uppdagades 8,9 nya hepatit C-infektioner som i regel smittat genom injektion av droger per 100 000 invånare (20,8 i hela landet).

Öppenvård för personer med alkohol- och drogproblem ordnas främst inom primärvården. Missbruksarbetet inom primärvårdens öppenvård har fler patienter (8,4/1 000 invånare) än i övriga delar av landet (6,2) medan missbrukarvårdens öppenvård har betydligt färre klienter (0,8/1 000 invånare) än i landet i genomsnitt (8,2). Också den specialiserade sjukvårdens öppenvård har färre patienter med anledning av alkohol och droger (3,4/1 000 invånare) än i hela landet (5,4).

Vård dygnet runt av personer med alkohol- och drogproblem anlitas i mindre utsträckning än i landet

i genomsnitt. Det finns färre patienter med anledning av alkohol och droger på sjukhusens och hälsocentralernas bäddavdelningar (1,7/1 000 invånare) än i resten av landet (2,8). Likaså har avgiftnings- och rehabiliteringsenheterna inom missbrukarvården färre klienter (0,7/1 000 invånare) än i resten av landet (2,4), och även boendeservicen inom missbrukarvården har färre klienter (0,5/1 000 invånare) än i landet i genomsnitt (1,1).

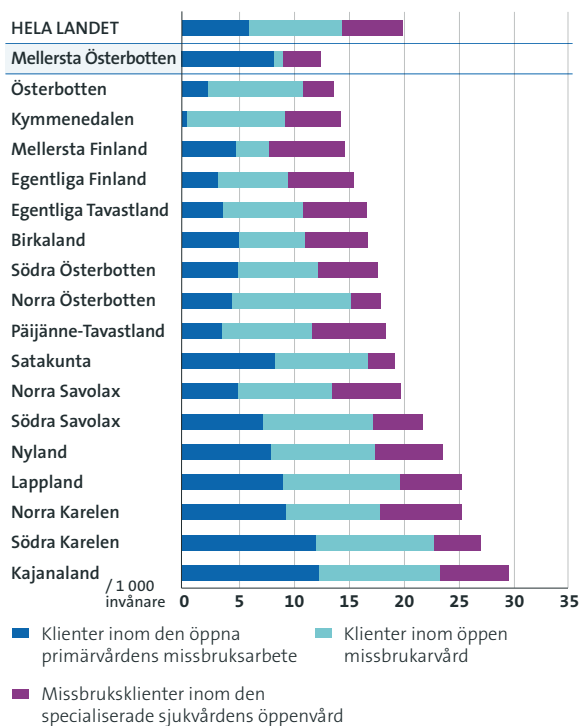
De 25–80-åringar som har de allra lägsta inkomsterna förlorar betydligt färre levnadsår på grund av alkoholdödlighet (PYLL) (1 933/100 000 personer i samma ålder) än i hela landet (3 261).

I endast 12,5 procent av kommunerna i området har utsetts ett organ som ansvarar för det förebyggande missbruksarbetet (44,1 % i hela landet). Eleverna i årskurserna 8 och 9 i högstadieskolorna i Mellersta Österbotten är i aningen mindre utsträckning ordentligt berusade minst en gång i månaden (8,2 %) än eleverna i hela landet (10,2 %).

Sammantaget använder landskapets vuxna befolkning betydligt mindre alkohol och droger och anlitar betydligt färre tjänster för alkohol och drogproblem än genomsnittet i landet, förutom vad gäller missbruksarbete inom primärvårdens öppenvård. Inom öppenvården för personer med alkohol- och drogproblem ligger betoningen på primärvården, och den utnyttjas i större utsträckning än i resten av landet. Också antalet förlorade levnadsår på grund av alkoholdödlighet bland de personer som har de lägsta inkomsterna är klart lägre än på andra håll i landet. Endast få kommuner i landskapet har utsett ett organ som ansvarar för det förebyggande missbruksarbetet, så landskapet bör satsa på att förbättra koordineringen av det förebyggande missbruksarbetet.

Figur 7

Antal patienter som vårdades på grund av alkohol- och drogrelaterade sjukdomar inom den öppna primärvårdens missbruksarbete, inom den öppna missbrukarvårdens särskilda service och inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård/1 000 invånare 2016



ÖVNING

Specialiserad sjukvård

Mot bakgrunden av sjuklighetsindexet och indexet för folksjukdomar har befolkningen i Mellersta Österbotten ett medelmåttigt behov av tjänster. Sjukhusvård på grund av skador och förgiftningar behövs dock mer sällan än genomsnittligt. Antalet förlossningar är exceptionellt stort i området.

I Mellersta Österbotten har den specialiserade somatiska sjukvården koncentrerats till centralsjukhuset i Karleby. Patienter vårdas färre dagar och kortare perioder än genomsnittet på sjukhusets bäddavdelningar. Vårdperiodernas längd ligger under genomsnittet för hela landet, nämligen tre dygn (3,3 dygn i hela landet). I landskapet görs ganska många besök inom öppenvården, 1,7 besök per invånare (1,54 i hela landet). Indexet för användningen av tjänster inom den specialiserade somatiska sjukvården är detsamma som för hela landet, det vill säga 100. Antalet vårdperioder med åtgärder ligger på landets medelnivå i jämförelsen (7,46/1 000 invånare), liksom också andelen jouroperationer av alla åtgärder (22,7 %). Andelen dagkirurgiska patienter utgjorde 50,8 procent av alla kirurgiska åtgärder, det vill säga ungefär samma andel som i hela landet. År 2016 var antalet förlossningar 1 523, varav 14,7 procent var kejsarsnitt, vilket är mindre än genomsnittet i landet (16 %). Det görs näst mest kontrastmedelsundersökningar av kranskärlet (8,77/1 000 invånare) och ballongutvidgningar (4,26/1 000 invånare) av alla landskap (motsvarande siffror för hela landet är 6,5 och 2,8).

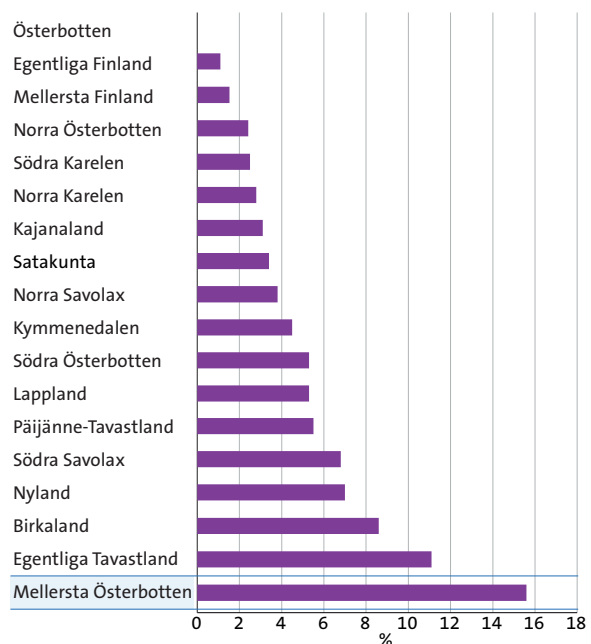
Den stora andelen vårdperioder som inleds under jourtid och genom första hjälpen kan vara ett uttryck för brister i den övriga hälso- och sjukvårdsverksamheten i landskapet eller långa väntetider till planerad vård. I Mellersta Österbotten görs många jourbesök, 226/1 000 invånare (185 i hela landet), och i ungefär hälften av fallen inleds en oplanerad vårdperiod (47,7 %, samma som landets medeltal). Sammanlagt 24,2 procent av patienterna uppsöker vård utan remiss (23,9 % i hela landet) medan vård på remiss av en privatläkare uppsöks i mindre grad än på andra håll i landet (samma procentandel som i Norra Savolax, dvs. 11,4 %, i hela landet 16,5 %). I augusti väntade fler invånare än i något annat landskap på specialiserad sjukvård, det vill säga 47,9/1 000 invånare (20,3/1 000 i hela landet). Medianen för väntetiden ligger dock på måttfulla 39 dygn (46 i hela landet, variationsintervall 31–63). Väntetiderna för starr- och endoprosoperationer motsvarar de genomsnittliga siffrorna för landet.

Nettodriftskostnaderna för den specialiserade somatiska sjukvården i landskapet var 1 052 euro per invånare, det vill säga lägre än landets genomsnittsnivå. Kostnadsindexet är 100. Personalens andel av verksamhetskostnaderna är 53,9 procent och de köpta tjänsternas andel 30,7 procent; kostnadsposterna motsvarar de genomsnittliga nivåerna för hela landet, 52,3 procent och 30,8 procent. Vad gäller resurser förekommer beklagliga inexaktheter i landskapens rapportering, men Mellersta Österbotten har fler vårdplatser än de övriga landskapen (3,68 vårdplatser/1 000 invånare, motsvarande tal för hela Finland är 2,2). Antalet årsverken har inte rapporterats.

Vad gäller de kvalitetskriterier som valts för granskningen varierar landskapets resultat och det finns områden som bör förbättras: andelen personer som väntat över två dagar på operation på grund av en höftfraktur av alla patienter med höftfraktur är störst i hela landet, det vill säga 15,3 procent (4,2 % i hela landet), dödligheten 30 dagar efter hjärtinfarkt är dock mindre än genomsnittet i landet, det vill säga 7 procent (8,8 % i hela landet) och 15,3 procent av dessa patienter blir intagna på sjukhus på nytt (13,3 % i hela landet, variationsintervall 9,1–20 %). Antalet bakteriemier orsakade av *Staphylococcus aureus*/1 000 vård dygn är minst i hela landet (0,03). I detta fall begränsas granskningen av bristen på referensdata.

Figur 8

Andelen personer (justerad) som väntat över två dagar på operation på grund av höftfraktur



Tjänster för barn, ungdomar och familjer

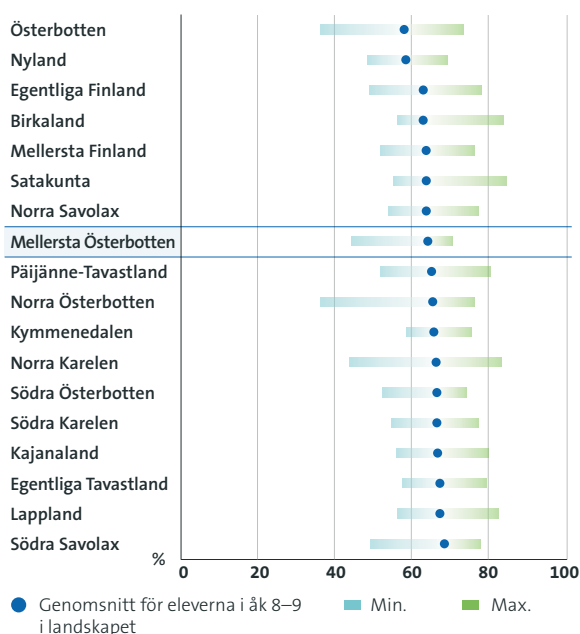
Det finns mycket som behöver utvecklas i fråga om klientorienteringen i tjänsterna för barn och familjer i Mellersta Österbotten. De nationella rekommendationerna, som påverkar kvaliteten på tjänsterna för barn och familjer, har iakttagits måttligt. Brister på registreringen gör det svårt att bedöma om omfattande hälsoundersökningarna genomförs i jämlikt sätt.

I Mellersta Österbotten finns aspekter som bör utvecklas i genomförandet av såväl mödra- och barnrådgivningens tjänster som skol- och studerandehälsovården, och resultaten underskrider landets medelnivå. Antalet klienter inom barnskyddet hörde till de lägsta i landet gällande såväl öppenvård som vård utom hemmet. I synnerhet kostnaderna för familje- och anstaltsvård var påfallande små.

De indikatorer som använts i utvärderingen beskriver endast en del av tjänsterna för barn och ungdomar. Utvärderingen omfattade inte några indikatorer som beskriver behovet av tjänster.

Figur 9

Genomförande av hälsoundersökningar utgående från eleven, landskapets genomsnitt och spridning mellan kommunerna



Familjecentralernas tjänster

Alla kommuner i Mellersta Österbotten uppgav att de ordnar en omfattande hälsoundersökning för alla barn och alla som väntar barn. Åtminstone barnets ena förälder deltar i den omfattande hälsoundersökningen, som genomförs i samarbete mellan en hälsovårdare och en läkare. Enligt anteckningarna med patientuppgifter ordnas emellertid en omfattande hälsoundersökning endast för en tredjedel av barnen i åldern 4 månader och 4 år. De motstridiga resultaten beror på klientdatasystemens egenskaper och brister i registreringen.

Enligt en enkät om klienttillfredsställelsen var klienterna nöjda med barnrådgivningens tjänster, vilket är fallet även på nationell nivå. Antalet hälsovårdare på mödra- och barnrådgivningarna motsvarade rekommendationerna om personalantal medan antalet läkare inte var tillräckligt.

I Mellersta Österbotten ordnas i omfattande utsträckning kontroller av munhälsan för förstföderskor. En ringa andel av erkännandena av faderskap hade gjorts på mödrarådgivningen under graviditeten.

Antalet familjer som omfattades av familjearbete enligt socialvårdslagen motsvarade för Mellersta Österbottens del landets medelnivå. Nettodriftskostnaderna för socialservicen för barn och familjer (exklusive barnskydd) var emellertid högre än landets medelvärde.

Skol- och studerandehälsovård

I landskapet Mellersta Österbotten hade hälsocentralerna (100 %) i sin verksamhetsplan inkluderat de tre lagstadgade omfattande hälsoundersökningarna för elever inom den grundläggande utbildningen. Den lärarbedömning av hur eleven klarar sig och mår i skolan som enligt planen ska ingå i de omfattande hälsoundersökningarna ingick dock i endast 49 procent av skolorna (variationsintervall mellan landskapen 35–90 %). I registreringen av de omfattande hälsoundersökningarna förekommer stora brister som beror antingen på praxisen eller tekniska problem. Endast sex procent av de omfattande hälsoundersökningarna för elever i årskurs 8 hade registrerats i Avohilmo-registret.

Eleverna bedömde att den senaste hälsoundersökningen varit av hög kvalitet lika ofta som eleverna i landet i genomsnitt – 47 procent av eleverna i årskurserna 4–5 (49 % i hela landet) och 60 procent av eleverna i årskurserna 8–9 (60 % i hela landet) var av den åsikten.

Mellersta Österbotten hade den svagaste personaldimensioneringen i hela landet gällande skolläkare. Antalet elever per skolläkarårsverke var 3,7 gånger fler än den nationella dimensioneringsrekommendationen (2 100 elever). Bristerna i personaldimensioneringen påverkar oundvikligen hela verksamheten, till exempel hälsoundersökningarnas längd samt deras kvalitet och den nytta de medför.

I Mellersta Österbotten hade 45 procent av eleverna i årskurserna 8 och 9 besökt hälsovårdaren även vid andra tillfällen än hälsoundersökningarna. Denna andel är störst av alla landskap och klart större än genomsnittet för hela landet (38 %). Det kan finnas flera orsaker till det stora antalet besök hos hälsovårdaren, till exempel större behov av tjänster än i resten av landet, brist på andra elevhälsotjänster, svagheter vad gäller genomförandet av de periodiska hälsoundersökningarna eller enbart att tjänsterna är lättillgängliga och möter barnens och ungdomarnas behov med en mycket låg tröskel. En lokal orsak kan vara de svaga resurserna vad gäller skolläkare i Mellersta Österbotten.

Alla hälsocentraler i landskapet (100 %) hade i sina planer inkluderat en läkarundersökning inom studerandehälsovården under studietiden för alla studerande vid gymnasier och yrkesläroanstalter. Trots att dessa undersökningar är lagstadgade tas de inte med i planerna i alla landskap (variationsintervallet mellan landskapen är 80–100 % för gymnasier och 50–100 % för yrkesläroanstalter).

Tjänster på specialiserad nivå

I Mellersta Österbotten hade 98 procent av bedömningarna av servicebehovet inom barnskyddet färdigställt inom tre månader, vilket visar att kraven i lagen uppfylls. Antalet klientrelationer inom barnskyddets öppenvård hörde till de minsta av alla landskap. Antalet klientplaner inom barnskyddet i förhållande till antalet klientrelationer inom öppenvården (70/100) var stort i jämförelse med de övriga landskapen. Det bör dock beaktas att lagen förutsätter att en klientplan görs upp i alla klientrelationer. Barnskyddets intensifierade familjearbete omfattade avsevärt färre familjer än landskapens genomsnitt. Det hade gjorts färre brådskande placeringar än i landskapen i genomsnitt. Andelen omhändertagna barn av alla barn i samma ålder var lägre än medelnivån. Kostnaderna följde de låga klientantalen: nettodriftskostnaderna för både tjänsterna inom barnskyddets öppenvård och i synnerhet familje- och anstaltsvården höll sig under medelnivån.

0–17-åringarna i Mellersta Österbotten vårdades klart fler dygn på sjukhus än i landet i genomsnitt. Inte en enda klient i Mellersta Österbotten var tvungen att vänta mer än de lagstadgade tre månaderna på ungdoms- eller barnpsykiatrisk vård vid uppföljningstidpunkterna 2017. Vanligen var klienterna dock tvungna att vänta cirka tre veckor på att få komma till barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Invånarna var ganska nöjda med förlossningssjukhusets tjänster, även om Mellersta Österbottens centralsjukhus fick de sämsta klientnöjdhetspoängen i hela landet i fråga om stöd vid utskrivning.

Socialservice för personer i arbetsför ålder

Socialservicen för personer i arbetsför ålder är ämnad att stödja klienter i arbetsför ålder i ärenden som berör livskompetens, arbete, utkomst och studier samt att minska ojämlikhet. I denna utvärdering granskas socialservicen för personer i arbetsför ålder utifrån arbetslöshet, ojämlikhet och tillgänglighet.

I kommunerna i Mellersta Österbotten är den strukturella arbetslösheten 4,4 procent, vilket är lägre än det nationella genomsnittet (6,2 %) och tredje lägst bland landskapsområdena. Aktiveringsgraden bland arbetslösa (39,7 %) är klart högre än det nationella genomsnittet (31,6 %) och det högsta i den nationella jämförelsen. Deltagandet i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte bland 15–64-åringar (16,2 %) är mycket högt (genomsnitt 11,6 %). Arbetslöshetsperioden var över 12 månader bland 9,3 procent av de arbetslösa; det är lägre än det nationella genomsnittet (11,9 %). Hur stort arbetsmarknadsstödet som kommunen delfinansierar är talar om hur kommunen har klarat av att hänvisa långtidsarbetslösa till sysselsättningsfrämjande tjänster. År 2016 betalade kommunerna i Mellersta Österbotten tillbaka 3 035 655 euro av det arbetsmarknadsstöd som beviljats invånarna i området, vilket är 1 945 euro för varje långtidsarbetslös i Mellersta Österbotten (genomsnittet i landet 1 978 euro).

I Mellersta Österbotten har man lyckats påverka den strukturella arbetslösheten och arbetslöshetsperiodernas längd med aktiveringsåtgärder. Tillgången på arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte har också varit ganska god. Det arbetsmarknadsstödsbelopp som betalas tillbaka till staten verkar något högt med tanke på läget.

Antalet bostadslösa i Mellersta Österbotten är 0,1 promille, vilket är klart mindre än i landskapsområdena i genomsnitt (genomsnitt 1,2 ‰, median 0,3 ‰). Det beviljades 64 euro i utkomststöd per invånare, vilket är minst av alla landskapsområden (genomsnitt 136 euro/invånare). 1,3 procent av 25–64-åringarna hade fått utkomststöd under lång tid, vilket är klart mindre än i landet i genomsnitt (2,4 %) och tillsammans med Satakunta lägst i jämförelsen mellan landskapsområdena. Av 18–24-åringarna fick 2,1 procent utkomststöd under lång tid, vilket också är klart mindre än genomsnittet (3,6 %) och det lägsta talet i jämförelsen mellan landskapsområdena. I Mellersta Österbotten beviljades i genomsnitt 497 euro i

kompletterande utkomststöd och 369 euro i förebyggande utkomststöd per invånare som fick stöd 2016. Motsvarande genomsnitt för hela landet var 551 euro (kompletterande stöd) och 632 euro (förebyggande stöd). I synnerhet förebyggande stöd beviljades i lägre utsträckning än genomsnittet, siffran var näst lägst bland landskapsområdena.

I Mellersta Österbotten är det få som har fått utkomststöd under lång tid, vilket också märks på hur mycket utkomststöd som beviljas. Med hjälp av kompletterande och förebyggande stöd kan en persons olika behov och omständigheter tas i beaktande och självständighet främjas. I synnerhet förebyggande stöd har dock beviljats i liten utsträckning.

Socialservicens tillgänglighet utreddes utifrån resultaten av ATH-undersökningen 2017. I hela landet ansåg 79,8 procent av de som svarade att klientavgifterna eller resorna inte har försvårat servicens tillgänglighet. På landskapsnivå var antalet personer som besvarade enkäten litet. Eftersom så få besvarade enkäten gällande socialservicens tillgänglighet i Mellersta Österbotten kan ingen utvärdering göras.

Figur 10

Strukturell arbetslöshet och de arbetslösas aktiveringsgrad i Mellersta Österbotten



EK = Södra Karelen; EP = Södra Österbotten; ES = Södra Savolax; Kai = Kajanaland; KH = Egentliga Tavastland; KP = Mellersta Österbotten; KS = Mellersta Finland; Kym = Kymmenedalen; Pir = Birkaland; Poh = Österbotten; PK = Norra Karelen; PP = Norra Österbotten; PS = Norra Savolax; PH = Päijänne-Tavastland; Sat = Satakunta; Uus = Nyland; VS = Egentliga Finland

Tjänster för personer med funktionsnedsättning

Personer som har en funktionsnedsättning på grund av en skada eller sjukdom kan utöver de allmänna tjänsterna behöva särskild service som stöd för det dagliga livet. Här granskas tjänster enligt handikappservicelagen och specialomsorgslagen utifrån uppgifter från 2016. De tjänster som beviljats ger en överblick över servicesystemet.

I figuren nedan granskas servicehelheten för personer med funktionsnedsättning som en helhet. Figuren visar det totala antalet enskilda tjänster i proportion till antalet invånare i området (enligt statistik från 2016). Antalen berättar inget om hur många personer som omfattas av tjänsterna utan beskriver de tjänster som getts eller beviljats. Granskningen inbegriper följande tjänster: *ändringsarbeten i bostad samt anskaffning av redskap och anordningar till bostaden, antal klienter som får personlig assistans, antal personer med utvecklingsstörning i olika typer av boendeservice och serviceboende för personer med grav funktionsnedsättning, antal personer som omfattas av verksamhet som stöder sysselsättningen samt arbets- och dagverksamhet, antal hushåll med personer med funktionsnedsättning som fått hemvårdshjälp, antal beslut om stöd för närståendevård av personer under 65 år samt färdtjänst enligt handikappservicelagen.*

Figuren visar också antalet personer till vilka FPA betalat förmåner på grund av funktionsnedsättning i proportion till antalet invånare per tusen invånare. I hela landet beviljades cirka 50 personer (49,9) per tusen invånare handikappförmåner. Antalet tjänster som beviljades på grund av funktionsnedsättning var cirka 65 (65,2) per tusen invånare. I landskapet Mellersta Österbotten var motsvarande siffror följande: 65 (64,8) personer per tusen invånare fick handikappförmåner och antalet beviljade tjänster var 48 (48) per tusen invånare. Grunderna för beviljande av tjänster och kriterierna för att få handikappförmåner avviker från varandra och därför kan antalet personer som får handikappförmåner inte direkt likställas med antalet personer som behöver tjänster. Det kan antas att det bland de personer som får handikappförmåner finns många sådana personer som inte får någon service. Dessa personer kan emellertid få andra tjänster, till exempel på grundval av socialvårdslagen. Vad gäller tjänsternas omfattning skulle det behövas en större utredning samt en behovsbedömning.

De två största servicehelheterna bland de tjänster som beviljats är personlig assistans och service som stöder rörligheten.

I hela landet fick 383 personer per 100 000 invånare personlig assistans. I Mellersta Österbotten var

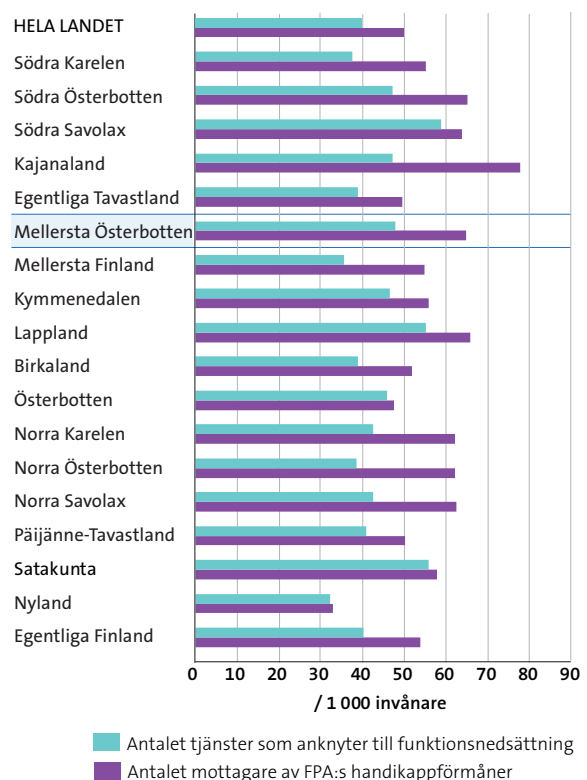
motsvarande antal 546. Antalet klienter berättar ingenting om hur mycket personlig assistans var och en beviljats och om servicen varit tillräcklig och effektiv.

Service som stöder rörligheten inbegriper många olika typer av tjänster. Behovet av särskild service påverkas av de regionala förhållandena, tillgängligheten och servicestrukturen samt givetvis av den enskilda människans behov av att röra på sig. I Mellersta Österbotten fick 2 354 personer per 100 000 invånare färdtjänst enligt handikappservicelagen. Motsvarande antal var 1 783 för hela landet. I Mellersta Österbotten fick 46 personer per 100 000 invånare färdtjänst enligt socialvårdslagen, medan motsvarande siffra var 391 för hela landet.

Under granskningsåret (2016) utgjorde *utgifterna för tjänster och ekonomiska stödåtgärder enligt handikappservicelagen* 117 euro per invånare i hela landet. I Mellersta Österbotten var motsvarande belopp 118 euro, medan det största beloppet var 170 euro/invånare. Det lägsta beloppet bland landskapen var 92 euro/invånare. I analysen av de totala kostnaderna bör beaktas åtminstone kostnaderna för tjänster enligt handikappservicelagen samt information om situationen vad gäller de allmänna tjänsterna och tillgängligheten i området. Lättillgängliga och fungerande tjänster minskar behovet av särskild service.

Figur 11

Antal personer som fick handikappförmåner och tjänster på grund av funktionsnedsättning i förhållande till befolkningen 2016



Tjänster för äldre

För Mellersta Österbotten finns inget index som mäter den äldre befolkningens funktionsförmåga. I hela landet har 25 procent av alla personer som fyllt 75 år stora svårigheter att klara av vardagssysslorna. Säsongsinfluensavaccinets täckning, som är sämre än landets genomsnitt för personer som fyllt 65 år i Mellersta Österbotten, beskriver verksamheten inom de förebyggande hälsotjänsterna och uppföljningen av riskgrupperna. I Mellersta Österbotten var 60 procent ovaccinerade, medan siffran för hela landet var 53 procent.

Målet inom tjänsterna för äldre är att äldre ska kunna bo hemma så länge som möjligt. I Mellersta Österbotten fick tolv procent av alla kvinnor som fyllt 75 år och nio procent av alla män som fyllt 75 år regelbunden hemvård i november 2016. Täckningen är därmed på samma nivå som landets medeltal. I Mellersta Österbotten får en klient inom hemvården i genomsnitt elva hembesök per vecka, vilket är färre än genomsnittet i landet (13). Ökad hemvård förutsätter att man vid behov kan få också intensiv vård, över 60 hemvårdsbesök per månad, samt hemvård dygnet runt. I hela landet fick 33 procent av alla 75 år fyllda klienter inom hemvården intensiv vård, i Mellersta Österbotten var motsvarande siffra 42 procent. Av hemvårdsklienterna i Mellersta Österbotten hade 59 procent möjlighet att få hemvård dygnet runt, medan motsvarande siffra var 78 procent för hela landet.

Minnessjuka personer är den största klientgrupp som anlitar tjänster för äldre. Inom hemvården har endast var tredje klient normal kognition, men alla personer med symtom har inte en diagnostiserad minnessjukdom. Sammanlagt 18 procent av klienterna inom regelbunden hemvård i Mellersta Österbotten hade en diagnostiserad minnessjukdom (20 % i hela landet). Satsningen på identifiering av minnessjukdomar inom hemvården ligger därmed på genomsnittsnivå. Det nationella täckningsmålet för stödet för närståendevård är fem procent av befolkningen över 75 år. I Mellersta Österbotten ligger täckningen för närståendevård under målet (3 %), men en klart större andel (42 %) av dem som fick närståendevård fick hemvårdens stödtjänster jämfört med resten av landet.

Servicestrukturen vad gäller tjänster för äldre har blivit lättare i hela landet, vilket har inneburit att antalet personer som anlitar hemvårdens tjänster och utgifterna för hemvård har ökat. I Mellersta Österbotten har 33 procent av utgifterna för tjänsterna för äldre använts för hemvårdens tjänster (jfr 32 % i hela landet). Kostnadsbördan inom hemvården är aningen

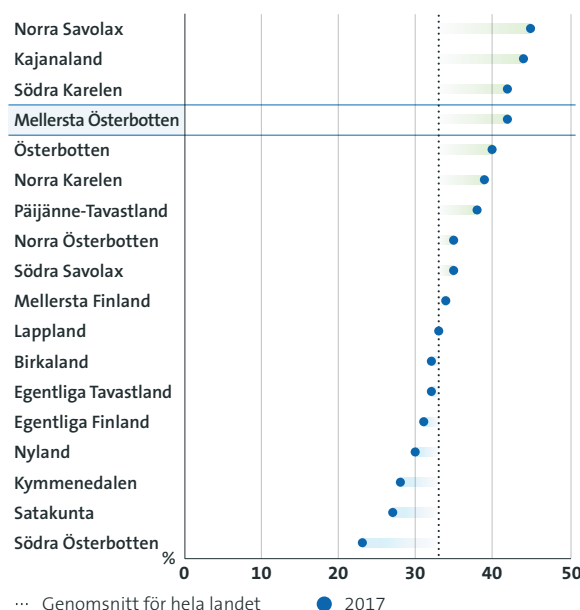
tyngre i Mellersta Österbotten än i resten av landet. Nettodriftskostnaderna inom hemvården (euro/invånare) var 220 euro i Mellersta Österbotten och 172 euro i hela landet. Utgifterna för hemvård i Mellersta Österbotten höjs på grund av den stora andelen intensiv hemvård.

Största delen av de anställda inom hemvården är närvårdare. Det förekommer inga skillnader mellan landskapen vad gäller andelen närvårdare. Däremot varierar antalet sjukskötare mellan olika landskap (9,6–18,5 %). Mellersta Österbotten har betydligt fler sjukskötare (18 %) än genomsnittet för hela landet (13 %), och sjukskötarnas andel direkt arbetstid av den totala arbetstiden är högre i Mellersta Österbotten än genomsnittet i landet (41 % jämfört med 37 %). Det kan därmed uppskattas att tillgången till sjukskötartjänster inom hemvården är bättre i Mellersta Österbotten än i landet i genomsnitt. Vad gäller närvårdare ligger den direkta arbetstiden (58 %) aningen under landets genomsnitt.

Genom målinriktad rehabilitering strävar man efter att personer som får hemvård hålls så aktiva som möjligt och har en så bra livskvalitet som möjligt. Merparten av hemvårdens klienter borde ha fått en rehabiliteringsplan. I Mellersta Österbotten gör hälften (52 %) av hemvårdens verksamhetsenheter systematiskt upp en rehabiliteringsplan för sina klienter, vilket är en större andel än genomsnittet i landet. Hemvårdspersonalen i Mellersta Österbotten har

Figur 12

Andelen klienter inom hemvården som får intensiv vård (%)



bättre kunskaper i smärtbehandling än landets medeltal. Sammanlagt 58 procent av klienterna får tjänster av en verksamhetsenhet som har ”goda” kunskaper i smärtbehandling – i hela landet är andelen 44 procent (variationsintervall 8–85 %). Klientrespons samlas in av varierande grad in av klienter, anhöriga och personalen (variationsintervall 41–94 % beroende på gruppen i fråga). I Mellersta Österbotten samlas respons in av en stor del av klienterna (81 %), medan motsvarande andel är 76 procent för hela landet.

I Mellersta Österbotten pågår en uppluckring av servicestrukturen och satsningen på att stödja äldre att bo hemma ligger på medelnivå. Det har satsats på intensiv hemvård, som tillhandahålls mer än i landet i genomsnitt. Däremot tillhandahålls hemvård dygnet runt i mindre utsträckning än i landet i genomsnitt och likaså erbjuds färre hemvårdsbesök per vecka. Satsningen på identifiering av minnessjukdomar inom hemvården ligger på genomsnittsnivå. Hemvården måste utvecklas på ett mångsidigt sätt för att det

ska vara möjligt att bo hemma och övergången till tyngre tjänster ska kunna senareläggas. Närståendevårdens täckning ligger i Mellersta Österbotten under det nationella målet, men en klart större andel av de klienter som får närståendevård får hemvårdens stöd-tjänster än i landet i genomsnitt.

Mellersta Österbotten har betydligt fler sjukskötare än genomsnittet för hela landet, och sjukskötar-nas andel direkt arbetstid av den totala arbetstiden är högre i Mellersta Österbotten än genomsnittet i landet. Det kan därmed uppskattas att tillgången till sjuksköartjänster inom hemvården är bättre än i landet i genomsnitt. Dessutom ligger hemvårdspersonalens kunskaper i smärtbehandling och utarbetandet av rehabiliteringsplaner för klienterna på en högre nivå i Mellersta Österbotten än i landet i genomsnitt. En rehabiliteringsplan borde emellertid vid behov göras upp för alla klienter inom hemvården, så här finns ännu mycket att utveckla. Man är också bra på att samla in klientrespons.

Tillgänglighet

I utvärderingen av landskapen granskas tillgången och tillgängligheten med hjälp av fem teman. I granskningen används uppgifter om tillgången till vård, utarbetandet av bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet och utbudet av service nattetid inom hemvården samt resultaten av en befolkningsundersökning.

Inom primärvården har tillgången utvärderats genom en granskning av hur snabbt patienter får tid till en läkare med anledning av ett icke-brådskande ärende. Som indikator valdes hur många procent av patienterna som får en tid inom en vecka efter att vårdbehovet bedömts. Dessutom har genomförandet av vårdgarantin inom primärvården behandlats i ett stycke specifikt för primärvården.

Vad gäller specialiserad sjukvård har antalet patienter som fått vänta längre än den lagstadgade tidsfristen för att få vård (6 månader) i förhållande till hela befolkningen granskats. Som indikator för tjänsterna för äldre har i den här utvärderingsomgången använts utbudet av service nattetid inom hemvården. Bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet borde färdigställas inom den lagstadgade tidsfristen

på tre månader; andelen bedömningar som uppfyller detta granskas som en indikator på tillgång.

Inom socialservicen för vuxna används som indikatorer för tillgänglighet de bedömningar som utretts i THL:s befolkningsundersökning gällande huruvida klienterna upplever att socialservicen är lättillgänglig och huruvida tillgängligheten påverkas av besvärligt läge och höga klientavgifter. I utvärderingen har endast i fråga om socialservice behandlats hur tillgängliga tjänsterna varit i verkligheten och hur de stått till klienternas förfogande med tanke på klientavgifter, avstånd eller öppettider. Den fysiska tillgängligheten granskades inte i detta sammanhang.

I **Mellersta Österbotten** ligger tillgången till läkare inom primärvården med anledning av ett icke-brådskande ärende på en bra nivå: över två tredjedelar av patienterna får träffa en läkare inom en vecka. I fråga om specialiserad sjukvård finns det en del patienter som fått vänta över ett halvår. Tillgången till omsorg dygnet runt inom hemvården är måttlig, näst sämst av landskapen. Vad gäller bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet har landskapet lyckats bra eftersom nästan alla bedömningar görs inom den utsatta tiden på tre månader. Socialservicens tillgänglighet kan inte bedömas eftersom för få människor i Mellersta Österbotten besvarade enkäten.

Figur 13

Tillgången till tjänster i Mellersta Österbotten

	Tillgången till vård inom primärvården*	Tillgången till hemvård dygnet runt	Bedömning av servicebehov av barnskydd färdigställt i tid	Tillgänglighet i socialtjänster**	Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården***
Södra Karelen	■	●	●	■	●
Södra Österbotten	■	●	▼	●	■
Södra Savolax	●	●	●	▼	●
Kajanaland	—	●	▼	▼	●
Egentliga Tavastland	●	●	■	●	●
Mellersta Österbotten	●	■	●	—	■
Mellersta Finland	■	●	●	▼	▼
Kymmenedalen	●	●	●	■	▼
Lappland	▼	■	■	▼	●
Birkaland	■	■	●	■	■
Österbotten	▼	●	▼	■	■
Norra Karelen	▼	●	●	■	■
Norra Österbotten	■	●	▼	▼	■
Norra Savolax	▼	●	●	▼	■
Päijänne-Tavastland	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Nyland	■	●	●	■	▼
Egentliga Finland	▼	■	■	■	■

● Bra ■ Medelmåttigt ▼ Kräver uppmärksamhet — Inga uppgifter

* Icke-brådskande läkarbesök
** Befolkningsundersökning
*** Väntetid över 6 mån.

Kvalitet och effektivitet

I utvärderingen av landskapen granskas kvaliteten och effektiviteten med hjälp av fem teman: primärvård, specialiserad sjukvård, perspektivet för förebyggande, socialservice och klienttillfredsställelse inom hälso- och sjukvården. För varje område har 1–3 indikatorer valts. Kvalitet och effektivitet är omfattande begrepp som inbegriper många olika aspekter och i den här granskningen rapporteras om kvaliteten och effektiviteten endast utifrån de valda indikatorerna.

Kvaliteten på primärvården har utvärderats enligt hur många patienter som ordinerats antibiotika för behandling av en ospecifik övre luftvägsinfektion. Det finns inga grunder för att ordinera antibiotikabehandling utan en klar diagnos, men ibland ordineras antibiotika om sjukdomen blir långvarig utan ordentliga indikationer. Indikatorn ger information om genomförande av rationell läkemedelsbehandling.

Vad gäller specialiserad sjukvård har man valt att granska antalet revisionsoperationer av höft- och knäledsprotoser under en två år lång uppföljningstid. Ju bättre kvaliteten är, desto färre revisionsoperationer behöver göras.

I fråga om förebyggande verksamhet granskas genomförandet av vaccinationsserien med tre doser av det femvalenta vaccinet (DTaP-IPV-Hib), som hör till vaccinationsprogrammet för småbarn. Eftersom det är mycket ovanligt att det finns en medicinsk orsak som förhindrar att vaccinationsserien inleds eller genomförs till slut, beskriver indikatorn kvaliteten på rådgivningsarbetet och registreringen av vaccinationer. För nästan alla barn i landet inleds en serie av det femvalenta vaccinet som skyddar mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och infektioner som orsakas av Hib-bakterien. Barnet behöver hela serien för att ha ett bra skydd mot dessa livshotande sjukdomar. Flockimmunitet skyddar inte mot till exempel stelkramp. Ju större täckningen för serien bestående av tre doser är, desto bättre är verksamhetens kvalitet och effektivitet.

Vad gäller socialservice har antalet klientplaner för klienter inom barnskyddet valts som indikator. Enligt lagen ska alla klienter inom barnskyddets öppenvård få

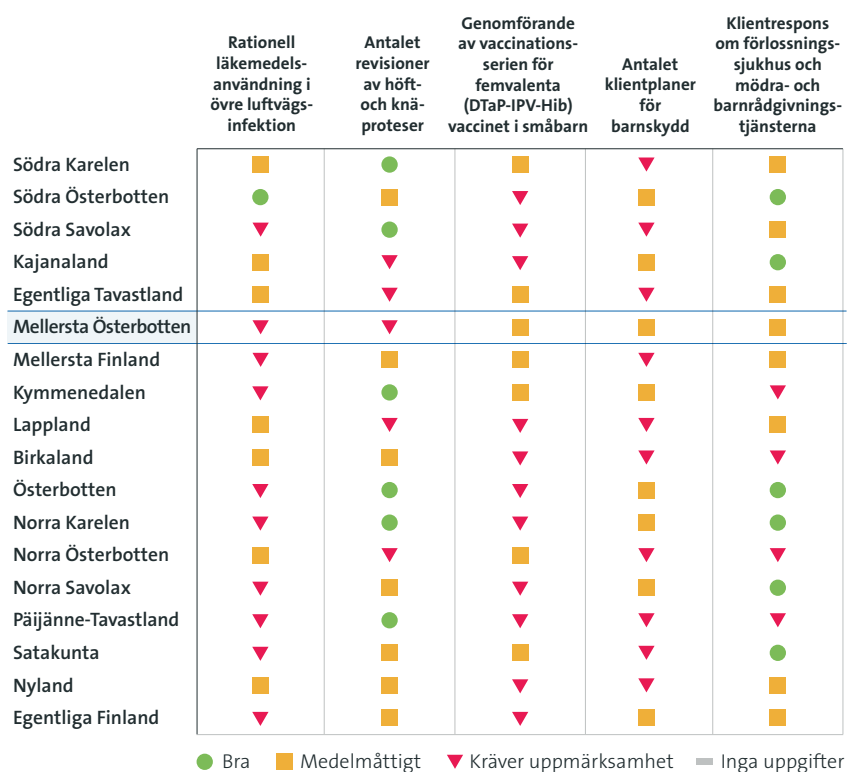
en klientplan. Syftet med klientplanen är att se till att servicen är systematisk och att dess resultat utvärderas regelbundet. Det förekommer stora skillnader mellan landskapen vad gäller utarbetandet av klientplaner, men i det här skedet görs planer ännu inte upp enligt målet i ett enda landskap.

I fråga om klienttillfredsställelse har man beaktat det sammanlagda vitsord klienter gett sjukhuset i en enkät om förlossningssjukhus samt frågor som mäter nyttan med servicen och kundtjänsten i barn- och mödrarådgivningsenkäter.

I Mellersta Österbotten hade ungefär var fjärde patient med ospecifik övre luftvägsinfektion ordinerats antibiotika. Andelen var 10–32 procent i de olika landskapen. Antalet revisionsoperationer av ledproteser var klart större än i landet i genomsnitt. Sammanlagt 95,8 procent av barnen födda 2014 hade fått hela vaccinationsserien av det femvalenta vaccinet. Vaccinationsserien hade inletts för 98,9 procent av barnen, och landskapet bör utreda om serien blev på hälft utan giltiga grunder eller om det är fråga om problem vid registrering eller informationsöverföring. För två av tre klienter hade en klientplan inom barnskyddets öppenvård gjorts upp, vilket är klart fler än i landskapen i genomsnitt. Enligt lag ska en klientplan dock göras upp för alla klienter. Klienttillfredsställelsen låg på landets medelnivå.

Figur 14

Tjänsternas kvalitet och effektivitet i Mellersta Österbotten



Klientorientering

Hälsotjänsternas klientorientering utvärderas med hjälp av tre indikatorer som grundar sig på en befolkningsundersökning. Förutsättningarna för valfrihet utvärderades genom en fråga som kartlägger åsikterna om möjligheterna att välja hälsostation samt genom en summavariabel som beskriver hur tillräcklig informationen för jämförelse av olika vårdplatser inom hälso- och sjukvården är. Smidigheten vad gäller serviceprocesserna inom olika hälsotjänster har bedömts genom att fråga vilka erfarenheter respondenten har av hur smidigt det går att sköta ärenden och av informationsgången mellan de yrkesutbildade inom hälsotjänsterna. I tolkningen av resultaten bör beaktas att enkätmaterialen baserar sig på små nationella urval: det är inte tillförlitligt att generalisera resultaten och tillämpa dem på enskilda landskap. Dessutom beskrivs klientorienteringen med en indikator som baserar sig på TEAviisari och som beskriver invånarnas delaktighet. I indikatorn summeras om kommunerna 2017 har fastställt mål, åtgärder, resurser och ansvar för att främja invånarnas delaktighet. Kommuninvånarnas

möjligheter att på kommunens webbplats hitta information om möjligheter och sätt att delta och påverka samt om huruvida det i kommunen gjorts upp ett delaktighetsprogram granskades separat. I tolkningen av resultaten av TEAviisari ska tas i beaktande att det är fråga om administrativa åtgärder som i sig inte berättar något om hur invånarnas och serviceanvändarnas delaktighet förverkligas i praktiken.

I **Mellersta Österbotten** bedömde invånarna allmänt taget att de har möjlighet att välja hälsostation medan de referensdata som finns tillgängliga ansågs vara otillräckliga – till och med i högre grad än i hela landet. Enligt invånarna i Mellersta Österbotten genomförs serviceprocesserna inom hälso- och sjukvården förhållandevis ofta på ett smidigt sätt, om också detta är fallet aningen mer sällan än i landet i genomsnitt. Främjandet av invånarnas delaktighet ligger i Mellersta Österbotten nära medelnivån för hela Finland. Dessutom har över hälften (55 %) av kommunerna i området information om kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka på sin webbplats. Tills vidare har inte en enda kommun gjort upp ett separat delaktighetsprogram.

Figur 15

Tjänsternas klientorientering i Mellersta Österbotten

	Möjlighet att välja hälsostation*	Jämförelseinformation om tjänster*	Befolkningen upplever tjänster som smidiga*	Främjande av delaktighet
Södra Karelen	●	▼	▼	●
Södra Österbotten	■	■	■	▼
Södra Savolax	■	▼	▼	■
Kajanaland	■	▼	▼	▼
Egentliga Tavastland	■	▼	■	■
Mellersta Österbotten	●	▼	■	■
Mellersta Finland	■	▼	■	●
Kymmenedalen	●	▼	■	▼
Lappland	■	■	■	■
Birkaland	■	▼	■	■
Österbotten	■	▼	■	■
Norra Karelen	■	▼	■	▼
Norra Österbotten	●	▼	■	■
Norra Savolax	■	▼	■	■
Päijänne-Tavastland	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Nyland	■	▼	■	●
Egentliga Finland	■	▼	■	■

● Bra ■ Medelmåttigt ▼ Kräver uppmärksamhet □ Inga uppgifter

* Befolkningsundersökning

Jämlikhet

I utvärderingen granskas jämlikhet å ena sidan på grundval av jämställdhetslagen och diskrimineringslagen och å andra sidan utifrån de skillnader i välfärd och hälsa som ojämlikheten i samhället ger upphov till.

Det första temat i utvärderingen är landskapets funktionella utgångspunkter vad gäller främjande av jämlikhet och jämställdhet mellan könen. Kommunernas utarbetande av planer för att genomföra diskrimineringslagen och jämställdhetslagen och rapporteringen om hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper har använts som indikatorer för granskningen. Det andra temat i utvärderingen är ordnandet av särskild service för utsatta grupper. I den här utvärderingsomgången har man granskat tjänster riktade till personer med funktionsnedsättning och arbetslösa i syfte att öka möjligheterna till jämlik delaktighet och minska hälsoskillnader på grund av ojämlikhet. Information om tillgången till tjänster för personer med funktionsnedsättning samlas in genom enkäter som riktas till hela befolkningen, men enkäterna omfattar så lite erfarenheter av tjänster för personer med funktionsnedsättning att det för alla landskap inte går att göra ens en riktig bedömning av tillgängligheten. Statistikföringen av hälsoundersökningar för arbetslösa varierar stort mellan olika kommuner, så uppgifterna är endast riktiga.

Det tredje temat i utvärderingen är hur jämlikhet och jämställdhet tillgodoses i tjänster som riktas till hela befolkningen. Som exempel har här använts de tjänster som tillhandahålls av hälsocentralläkare. I granskningen har även utvärderats skillnader mellan män och kvinnor samt mellan olika ålders- och utbildningsgrupper i situationer där tjänsterna upplevts otillräckliga. Ju äldre åldersgrupp det var fråga om, desto mindre var andelen personer i alla landskap som upplevde att tjänsterna var otillräckliga. Kvinnor ansåg oftare än män att tjänsterna var otillräckliga; i fråga om utbildningsgrupper varierade ordningen mellan olika landskap. Syftet är att i fortsättningen utvärdera om tillgången till tjänster är jämlik samt tjänsternas tillgänglighet och kvalitet även utifrån andra diskrimineringsgrunder som gäller en person i enlighet med diskrimineringslagen och jämställdhetslagen. Då kan man granska bland annat personer med

utländsk bakgrund och olika språkgrupper. Granskningen av jämlikhet är tills vidare endast riktigvande. I fortsättningen måste informationsunderlaget för att utreda utsatta gruppers servicebehov utvidgas.

I **Mellersta Österbotten** låg andelen kommuner som gjort upp en jämställdhets- och jämlikhetsplan och lämnat en rapport om hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper till fullmäktige av alla kommuner i området som besvarat enkäten på medelnivå. Kommunerna i Mellersta Österbotten hade registrerat fler hälsoundersökningar för arbetslösa inom primärvården än genomsnittet (0,3–5 % av de arbetslösa arbetssökande i hela landet). Skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper i fråga om hur många som ansåg att de inte fått tillräckligt med tjänster av hälsocentralläkaren med tanke på behovet låg på medelnivå. Landskapets placering varierade beroende på vilken bakgrundsvariabel som granskades: skillnaderna mellan olika åldersgrupper var stora, skillnaden mellan könen var liten och skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper låg på medelnivå. För Mellersta Österbotten minskar den låga andelen unga utanför utbildning, den låga graden av strukturell arbetslöshet och det faktum att endast en liten andel av befolkningen talar ett annat språk än de inhemska språken som modersmål utmaningarna i fråga om att främja jämlikhet.

Figur 16

Jämlikheten av tjänsterna i Mellersta Österbotten

	Jämlikhets- och jämställdhetsplaner	Rapportering av hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper till fullmäktige	Otillräcklig tillgång till tjänster för funktionshindrade*	Hälsoundersökningar för arbetslösa	Skillnader mellan kön, ålders- och utbildningsgrupper i tillgång till läkare vid hälsocentralläkare*
Södra Karelen	▼	●	■	●	●
Södra Österbotten	▼	▼	■	●	▼
Södra Savolax	●	●	▼	▼	●
Kajanaland	●	■	—	●	▼
Egentliga Tavastland	▼	▼	—	▼	●
Mellersta Österbotten	■	■	—	●	■
Mellersta Finland	▼	■	●	■	●
Kymmenedalen	▼	▼	—	▼	■
Lappland	●	●	—	■	■
Birkaland	■	●	■	●	■
Österbotten	▼	▼	—	▼	■
Norra Karelen	■	■	●	●	▼
Norra Österbotten	●	●	■	■	●
Norra Savolax	■	●	▼	▼	●
Päijänne-Tavastland	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Nyland	■	■	▼	▼	▼
Egentliga Finland	●	▼	●	▼	▼

● Bra ■ Medelmåttigt ▼ Kräver uppmärksamhet — Inga uppgifter

* Befolkningsundersökning

Nationella källor

- Arbets- och näringsministeriet, Sysselsättningsöversikt <http://tem.fi/sv/sysselsattningsoversikt>
- Arbets- och näringsministeriet: Alueellinen matkailutilinpitö. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.
- Arbets- och näringsministeriet: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.
- Arbets- och näringsministeriet (Repo, Joonas): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyyseja 78/2017
- Arbets- och näringsministeriet Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017 – Regionala utvecklingsutsikter” <http://tem.fi/sv/regionala-utvecklingsutsikter>
- Arbets- och näringsministeriet Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveys- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.
- Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>
- Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloiden tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveiden ja hyvinvoinnin laitosp.
- Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>
- Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017
- Nybondas-Kangas, Henrika & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>
- Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenveto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.
- Statistikcentralen, www.stat.fi
- Population
 - Nationalekonomi
 - Hälsa
 - Utbildningsnivå
- THL: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL statistikuppgifter, www.sotkanet.fi
- Projekt- och uppföljningsindikatorer, övervakning och utvärdering av landskapen (simuleringsövning)
 - THL:s sjuklighetsindex
- Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Yrkesbarometer, <https://www.ammattibarometri.fi/?kieli=sv>

Regionala källor

- Diskussioner med de ansvariga beredarna*
- Promemorior från möten, kartläggningar av nuläget, beredningsmaterial och arbetsgruppernas rapporter från följande webbplatser:*
- Mellersta Österbottens förbund <http://www.keski-pohjanmaa.fi/>
- Keski-Pohjanmaan maakuntasuunnitelma 2040 ja maakuntaohjelma 2018–2021 http://www.keski-pohjanmaa.fi/Data/Upload/bc7b724a-8a32-4a93-bf1c-53b223d393b1_MASU%202040%20MAKO%202018-2021.pdf
- Mellersta Österbottens landskapsreform <http://www.meidan-keskipohjanmaa.fi/sv/eusivu-se/>
- Koosteraportti maakuntauudistuksen esivalmistelusta Keski-Pohjanmaalla <http://www.meidankeskipohjanmaa.fi/materiaalit/esivalmisteluvaihe/>
- Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite http://soite.fi/sivu/sv?page_id=kpshe-etusivu
- Plan för ordnande av välfärdstjänsterna 2017–2018 http://www.soite.fi/sivu/media/Jarjestamissuunnitelma_2017-2018_-_sve.pdf/format-pdf
- Toiminta- ja taloussuunnitelma 2018–2020 http://soite.fi/sivu/media/valtuusto_netiversio_Toiminta_ja_taloussuunnitelma_2018_2020_Soite.pdf/format-pdf
- Soite - Selvitys laaditun ja toteutettavan sote-strategian riittävydestä suhteessa valtion tarveperusteiseen raamibudjettiin. Nordic Healthcare Group. Presentation 3.10.2017
- Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri – Soite-toimenpideohjelman validointi. Nordic Healthcare Group. 20.5.2016
- Andra regionala källor:*
- Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Pohjanmaan maakuntien hyvinvointibarometri 2017. De österbottniska landskapens kompetenscenter inom det sociala området SONet BOT-NIA och yrkeshögskolan Seinäjoen ammattikorkeakoulu [http://www.keski-pohjanmaa.fi/Data/Upload/bd0e16d0-a6c2-497e-9422-fa5e1450166c_Hyvinvointibarometri%202017%20\(1D%206585\).pdf](http://www.keski-pohjanmaa.fi/Data/Upload/bd0e16d0-a6c2-497e-9422-fa5e1450166c_Hyvinvointibarometri%202017%20(1D%206585).pdf)

Institutet för hälsa och välfärd
PB 30 (Mannerheimvägen 166)
00271 Helsingfors

ISBN 978-952-343-074-7 (nätpublikation)
ISSN 1799-3946 (nätpublikation)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-074-7>

www.thl.fi/julkaisut