

TYÖPAPEREITA

MAUNO KONTTINEN, RIITTA HAAHTI (RED.)

Annus Medicus Fenniae 2008

Nordisk medicinaldirektörmöte
Mariehamn, Finland 21.–22. augusti 2008



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.). Annus Medicus Fenniae 2008. Nordiskt hälsodirektörs-
möte. Mariehamn, Finland 21.–22. augusti 2008. Stakes, Diskussionsunderlag 25/2008. 40 sidor,
pris 10 €.

© Stakes

Layout: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2198-7 (inb.)

ISSN 1795-8091 (inb.)

ISBN 978-951-33-2199-4 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsingfors 2008

Valopaino Oy

Helsingfors 2008

FÖRORD

Stora förändringar inom både statsförvaltningen och kommunerna

MAUNO KONTTINEN, GENERALDIREKTÖR

Statsförvaltningen skakas om kraftigt inom social- och hälsovården. När detta skrivs har man sänt ut ett förslag till en ny hälsovårdslag på en remissrunda. Folkhälsoinstitutet (KTL) och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) sammanslås till ett nytt statligt ämbetsverk, likaså sammanslås Rättsskyddscentralen för hälsovården TEO och Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV). Också statens läkemedelsförvaltning omorganiseras.

Folkhälsolagen från 1972 och lagen om specialiserad sjukvård från 1989 skall slås samman till en ny lag om hälso- och sjukvård. Syftet med sammanslagning är att stärka ett nära samarbete mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården samt att främja samarbetet mellan dessa. Patienternas möjligheter att välja hälsovårdstjänster över kommungränserna skulle öka. Patienten får också rätt att välja vårdande läkare eller skötare. I förslaget till ny lag ingår två alternativ för hur hälsovårdstjänsterna kunde organiseras. Enligt det ena alternativet skulle kommunerna eller s.k. samarbetsområdena och delvis samkommunerna (sjukvårdsdistrikten) ha organiseringsansvar för tjänsterna för specialiserad sjukvård. Enligt det andra alternativet kunde kommunerna bilda ett hälsodistrikt i stället för ett samarbetsområde. Distriktet skulle svara för både folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården. Att lagförslaget omfattar två olika organisationssätt, kommer att väcka mycken diskussion bl.a. om kommunal autonomi och demokrati när det i sinom tid behandlas i riksdagen. I varje fall kommer antalet förtroendevalda i kommunerna att minska.

Projektet för kommun- och servicestrukturen, som vi rapporterade om i Sigtuna senaste sommar skakar om kommunerna. Statsrådet startade PARAS -projektet på våren 2005 i syfte att reformera kommun- och servicestrukturen. Målsättningen är att trygga att invånarna också i framtiden får de välfärdstjänster för vilka kommunerna ansvarar. Den s.k. ramlagen förpliktar kommunerna att ordna primärvården och åtminstone en del av socialvården på en befolkningsbas om ca 20 000 invånare. Över hälften av kommunerna har redan medverkat i utredningarna av kommunindelningen. Vid ingången av 2009 genomförs åtminstone 14 kommunsammanslagningar som berör 46 kommuner. Antalet kommuner minskar därigenom med 32, dvs. från 416 till 384. Antalet kommunala hälsocentraler krymper till mindre än hälften av nuvarande, med andra ord från cirka 230 till under ett hundra. Detta medför för primärhälsovården stora utmaningar förknippade med förvaltning och ledning. Delvis av denna orsak håller man på att grunda ett utvecklingscenter för primärhälsovården inom Stakes. Det ska genom att bilda nätverk med hälsocentralerna på bästa sätt stödja de kommunala hälsocentralerna under de stora omvandlingarna.

Innehåll

Förord <i>Mauno Konttinen, generaldirektör</i>	
Forskningen och övervakningen av social- och hälsoområdet omorganiseras <i>Mauno Konttinen, generaldirektör</i>	7
Hälsofrämjande, hur gör man i de olika nordiska länderna? Vad gör vi i Finland? <i>Kaarina Wilskman, projektchef</i>	9
Projektet Perfect..... <i>Ilmo Keskimäki, direktör för resultatområdet, Unto Häkkinen, forskningsprofessor</i>	14
Sammandrag av några böcker som utgivits 2007–2008 av Stakes	17
Några pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet	23
Några pressmeddelanden från Stakes.....	35

FORSKNINGEN OCH ÖVERVAKNINGEN AV SOCIAL- OCH HÄLSOOMRÅDET OMORGANISERAS

MAUNO KONTTINEN, GENERALDIREKTÖR

Forsknings-, utvecklings- och övervakningsverksamheten inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde skall koncentreras. Målet är att effektivisera verksamheten och samarbetet, förbättra produktiviteten samt garantera kvaliteten på servicen och få till stånd en enhetlig praxis i hela landet. Enligt planerna skall inga personer avskedas i och med omorganiseringen.

Social- och hälsoområdet skall utvecklas gemensamt

Avsikten är att sammanslå verksamheten vid Folkhälsoinstitutet (KTL) och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes). De båda nuvarande institutionerna skulle läggas ned och i stället skulle en ny utvecklingscentral grundas. Verksamheten vid den nya organisationen skulle starta den 1 januari 2009, och centralen skulle finnas i Helsingfors. Organisationen skulle ha regionala enheter på orter där institutionerna redan nu har verksamhet (Åbo, Vasa, Uleåborg, Jyväskylä, Tammerfors, Kuopio). Målsättningen är att de regionala verksamhetsenheterna skulle specialisera sig på vissa områden och få ta emot nationella uppgifter. Den nya institutionen sysselsätter 1 300–1 400 personer.

Det nuvarande Folkhälsoinstitutet arbetar traditionellt med forskning som berör bl.a. infektionssjukdomar, vaccineringar, stora folksjukdomar och befolkningens hälsotillstånd samt med miljöhygien. Stakes starkaste kompetens är å sin sida statistik och register över social- och hälsovården, hälsoekonomi, utvärdering av hälsovårdens metoder, forskning om och utveckling av social- och hälsovårdstjänster samt samhälls- och välfärdsforskning. Gemensamma verksamhetsområden för vardera institutionen är forskning om alkohol och droger samt mentalvårdsarbete. Synergieffekter av fusionen bedöms uppkomma främst inom dessa områden.

Arbetsfördelningen mellan grundforskningen och sektorforskningen skall förtydligas. Den grundforskning som för tillfället utförs vid institutionerna skulle förflyttas till universiteten. Den s.k. sektorforskningen är i huvudsak tillämpad forskning som stöder verkställandet av samhällspolitiken. Den forskningen vill man behålla bland annat som en resurs för det politiska beslutsfattandet.

Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) har grundat ett stort antal olika arbetsgrupper för att förbereda grundandet av den nya institutionen. Den nya institutionens strategi är redan klar och för närvarande skisseras institutionens organisation. Den lagstiftning som beror institutionen håller man också på att utarbeta. Det praktiska arbetet leds av en konsultbyrå som rekryterats av ministeriet, och dess ”projektbyrå” hetsar oupphörligt arbetsgrupperna till förnyelsearbete i forcerat tempo. Samordningen av de två institutionernas arbetsätt och arbetskultur kommer att vara en av de största utmaningarna i höst. Andra betydande utmaningar är samordningen av datasystemen och sammanslagningen av personaladministrationen och ekonomiförvaltningen.

Mer enhetlig styrning och tillsyn

Enligt förslaget skulle övervakningen, styrningen och tillståndsförvaltningen för social- och hälsovården förstärkas. Detta innebär att verksamheten vid Rättskyddscentralen för hälsovården (TEO) och Produkttillsynscentralen för social- och hälsovården (STTV) skulle slås samman.

Också denna nya organisation skulle inleda sin verksamhet från och med början av nästa år. Huvudkontoret skulle placeras i Helsingfors medan viss verksamhet skulle regionaliseras.

Det nya ämbetsverket skulle fungera i samarbete med social- och hälsoavdelningarna vid länsstyrelserna. Förhandlingarna om förvaltningsmodellen sker som en del av Projektet att reformera landets regionförvaltning år 2010. Målsättningen är att rikta sådana resurser som frigörs inom det nya ämbetsverket framförallt till övervakningen av socialtjänsterna. Tyngdpunkten skulle starkare än tidigare ligga på förebyggande tillsyn.

Läkemedelsförsörjning

För tillfället pågår också en utredning om verksamheten vid de myndigheter som svarar för läkemedlen och läkemedelsförsörjningen i landet. En utredningsperson har utvärderat hur resurserna kunde omfördelas och hur verksamheten kunde effektiveras vid social- och hälsovårdsministeriet, Läkemedelsverket, Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling samt vid KTL och Stakes. Utvärderingen av läkemedlens terapeutiska och ekonomiska värde borde ordnas på ett rationellt sätt.

HÄLSOFRÄMJANDE, HUR GÖR MAN I DE OLIKA NORDISKA LÄNDERNA? VAD GÖR VI I FINLAND?

KAARINA WILSKMAN, KOMMUNPROJEKTET HÄLSA 2015, PROJEKTCHEF

I Finland är välfärds- och hälsofrämjandet samarbete, i vilket stat, kommuner och organisationer deltar på ett centraliserat sätt.

Staten producerar verktyg för informationsstyrning och styr verksamheten också genom lagstiftning. Välfärds- och hälsofrämjande ses som en riktlinje och ett samarbete som berör hela den offentliga förvaltningen. Det är inte en fråga som endast ingår i social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde (Health in All Policies). Samarbetet mellan olika ministerier och aktörer samordnas av Folkhälsodelegationen vid social- och hälsovårdsministeriet.

Kommunerna ansvarar för största delen av välfärds- och hälsofrämjandet genom serviceverksamhet. Organisationer är en viktig aktörsgrupp när det gäller att nå invånarna. Finansieringen är en del av den normala finansieringen av service, fastän den fått avsevärda projektbidrag på senare år.

I det följande granskas frågan ur statens och kommunernas perspektiv.

Historia, några milstolpar

1972

Folkhälsolagen godkändes. Enligt 1 § i folkhälsolagen avses med folkhälsoarbete främjande av hälsan, inbegripet förebyggande av sjukdomar och olycksfall, som är inriktat på individen, befolkningen och livsmiljön, samt sjukvård till individen.

1986

Folkhälsoprogrammet Hälsa för alla år 2000 godkändes av riksdagen.

1990

Mentalvårdslagen godkändes. I 1 § i mentalvårdslagen fastställs att mentalvårdsarbete avser främjande av individens psykiska välbefinnande och hans/hennes handlingsförmåga och personlighetsutveckling samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Till mentalvårdsarbetet hör också åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

1995

Kommunallagen reviderades. Enligt 1 § ska kommunerna sträva efter att främja sina invånares välfärd och en hållbar utveckling inom sitt område.

1996

Tar Finland upp frågor om mental hälsa i EU.

1999

I *grundlagen* fastställs att det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Finlands EU-ordförandeskap lyfter fram frågor om mental hälsa till ett centralt hälsotema.

2001

Statsrådet fattade ett principbeslut om *folkhälsoprogrammet Hälsa 2015* (social- och hälsovårdsministeriet 2001). Enligt programmet ligger strategins tyngdpunkt på hälsofrämjande. Nödvändiga åtgärder sträcker sig över förvaltningsgränserna, eftersom folkhälsan till stor del definieras av frågor utanför hälstjänster: levnadsvanor, livsmiljö, produkternas kvalitet, faktorer som stödjer eller äventyrar samhällets hälsa. I programmet presenteras fem åldersgruppsvisa hälsopolitiska mål och tre mål som är gemensamma för alla.

2001

Kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänster (SHM 2001). Tanken är att kvalitetsrekommendationen inom mentalvårdsarbetet ska vara ett verktyg för strategisk planering, för utvecklingsarbete, för uppföljning av verksamhet och för inbördes utvärdering. I rekommendationen föreslås det att varje kommun utarbetar ett välfärdspolitiskt program och i anslutning till det en helhetsplan för mentalvårdsarbetet. Man föreslår att målet att främja mental hälsa integreras i de olika förvaltningsnämndernas verksamhetsplaner omformat till en del av de egna målen.

2005

Folkhälsolagen reviderades. Enligt 1 § i folkhälsolagen avses med folkhälsoarbete främjande av hälsan, inbegripet förebyggande av sjukdomar och olycksfall, som är inriktat på individen, befolkningen och livsmiljön, samt sjukvård till individen. Enligt 14 § ska kommunen följa hur kommuninvånarnas hälsotillstånd och de faktorer som inverkar på hälsotillståndet utvecklas i de olika befolkningsgrupperna, sörja för att hälsoaspekter beaktas i alla kommunala verksamheter samt vid främjande av hälsan samarbeta med andra offentliga och privata instanser som är verksamma i kommunen.

Finland anordnar tillsammans med WHO/EURO, EU och Europarådet ett stort ministermöte om frågor som rör mental hälsa. Mötet är en fortsättning på EU:s behandling av frågor om mental hälsa.

2006

Finland lanserar HIAP-temat (Health in All Policies) som sitt tema för EU-ordförandeskapet. I ministermötets HIAP-teman ingår också mental hälsa.

Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa utkom (SHM 2007). Kvalitetsrekommendationen stödjer genomförandet av programmet Hälsa 2015 i kommunerna. Tanken är att rekommendationen ska vara ett verktyg för utveckling, planering, uppföljning och utvärdering av hälsofrämjande.

I rekommendationen delas hälsofrämjande in i sex verksamhetslinjer, av vilka var och en innehåller fyra till åtta rekommendationer. Kvalitetsrekommendationens huvudlinjer är

- verksamhetspolitiken för och ledningen av hälsofrämjandet,
- hälsofrämjande livsmiljöer,
- hälsofrämjande samarbete och deltagande,
- kompetens inom hälsofrämjande,
- tjänster som främjar hälsan,
- uppföljning och utvärdering av hälsofrämjande åtgärder.

Kommunen har till uppgift att stödja levnadsförhållanden, arbetsförhållanden, servicens funktion och möjligheten att göra hälsosamma val, så att individers och grupperns möjligheter att främja sin egen och närmiljöns hälsa förbättras. Att förbättra befolkningens hälsa och att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper bör i varje kommun vara en av verksamhetsprioriteringarna.

2007

Ramlagen om en kommun- och servicestrukturreform. Enligt 5 § ska primärvård och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården tillhandahållas i alla kommuner med utgångspunkt i ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare. Enligt lagen måste samkommuner som upprättas främja inom sitt område beaktandet av hälsa, funktionsförmåga och social trygghet. Detta minskar inte kommunernas skyldigheter och därför är samarbete mycket viktigt.

Politikprogrammet för hälsofrämjande stärker innehåll och strukturer

I regeringsprogrammet för 2007 lyftes välfärds- och hälsofrämjande fram på ett synligt sätt. *Politikprogrammet för hälsofrämjande* hänger samman med regeringsprogrammet (statsrådets kansli 2007). Till sin karaktär är det en rekommendation och dess syfte är att förbättra befolkningens hälsotillstånd och att minska befolkningens hälsoskillnader.

Den centrala uppgiften i politikprogrammet är att främja och stärka hälsosynpunkter, det samhälleliga beslutsfattandet och servicesystemet – inom såväl den statliga och regionala som den lokala förvaltningen – samt inom näringslivet, på arbetsplatserna, i organisationer och på det individuella planet.

Konkreta mål på kommunnivån är bland annat att

- varje kommun kommer överens om vilka mål som ställs och vilka åtgärder som vidtas för att främja invånarnas hälsa och välbefinnande samt följer upp hur dessa mål uppfylls,
- den bebyggda miljön, trafikarrangemang, cykelleder, skolgårdar och närliggande motionsplatser utvecklas så att de är trygga och tillgängliga för alla,
- rådgivningsbyråer, skolor, hälsovårdscentraler och företagshälsovård får stöd för sina mål att främja sundare levnadsvanor – minskad övervikt, mer motion, hälsosammare kost, rökfrihet och minskat alkoholbruk,
- man på arbetsplatserna ska fästa särskild uppmärksamhet vid främjande av den psykiska hälsan och tidigt ingripande,
- varje människa har både rätt och möjlighet till delaktighet, samhörighet och fritidsintressen.

Programmet har nära anknytning till minskning av hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper, om vilket ett verksamhetsprogram utkommer 2008.

Till regeringsprogrammet hör också *Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd*. Grunden för hälsa och välfärd skapas under barndomen och ungdomstiden. Prioritetsområden för politikprogrammet är förebyggande arbete och tidigt ingripande. I den reviderade barnskyddslagen framhävs tidigt ingripande samt betydelsen av förebyggande barnskydd.

Observationer om nuläge och framtida utmaningar

I Finland stödjer den nationella hälsopolitiken välfärds- och hälsofrämjande genom lagstiftning, starkt programarbete, rekommendationer, utbildningar och projektfinansiering. Det är i huvudsak kommunerna som verkställer välfärds- och hälsofrämjandet.

För många måls del har det gjorts framsteg, men det verkar också som om frågorna inte riktigt avancerat i kommunerna som väntat. Enligt en kommunenkät 2007 (Wilskman m.fl. 2008) har utvecklingen av lagstiftningen och rekommendationernas budskap ännu inte nått kommunerna särskilt väl. Mål med anknytning till välfärds- och hälsofrämjande syns ganska väl i kommunernas strategier på allmän nivå, men genomförandet och strukturerna över förvaltningsgränserna är fortfarande rätt blygsamma. Tre av fyra kommuner följer regelbundet upp befolkningens sjuklighet, levnadsförhållanden och levnadsvanor, men rapporteringen och beaktandet av uppgifter behöver ännu förbättras. Det verkar också som om genomförandet av lagstiftning och informationsstyrning måste uppmärksammas mer.

Detta behov uppfylls delvis av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008–2011 (SHM 2008a), som godkändes av statsrådet i januari 2008. Ett av de centrala målen i programmet är att förnya tillvägagångssätten på ett sådant sätt att de mer än tidigare främjar välfärd och hälsa. Målet är att

- kommuninvånarnas delaktighet ökar och deras marginalisering minskar,
- kommuninvånarnas välfärd och hälsa ökar och skillnaderna i välfärd och hälsa minskar,
- kvaliteten och genomslagskraften för och tillgången till service för kommuninvånarna förbättras och de regionala skillnaderna minskar.

Målen är sammankopplade med 19 indikatorer. De återspeglar de frågor som betraktas som utmaningar i Finland, till exempel

- antalet barn som placerats utanför hemmet i förhållande till åldersgruppen börjar minska,
- andelen 18–24-åriga unga som länge varit mottagare av utkomststöd halveras inom den motsvarande åldersklassen,
- långtidsarbetslösheten minskar så att den understiger 30 000 personer,
- den totala konsumtionen av alkoholhaltiga drycker minskar till 2003 års nivå,
- de överviktigas andel bland personer i arbetsför ålder återgår till 1998–2001 års nivå,
- andelen 16–18-åringar som röker minskar med fem procentenheter,
- de äldres åldersstandardiserade funktionsförmåga förbättras,
- dödsfall på grund av hem- och fritidsolyckor och allvarliga olycksfall minskar med 10 procent,
- regelbunden behovsbaserad hemvård erbjuds 14 procent av dem som är över 75 år.

Dessutom håller social- och hälsovårdsministeriet på att utarbeta en nationell plan för psykisk hälsa och missbruksarbete, i vilken man drar upp riktlinjer samt skapar verksamhetsmodeller för mentalvårds- och missbrukartjänster samt tillhandahållande av jour i anslutning till dem. Planen blir färdig 2008.

EU utarbetade på grundval av frågor som rör mental hälsa en strategi, som vid ministermötet blev en ”mental healthpact”.

Den nya lagen om hälso- och sjukvård skapar förutsättningar

I Finland förbereds en sammanslagning av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård till en lag om hälso- och sjukvård (SHM 2008b). Det har föreslagits att den ska innehålla en paragraf om hälsofrämjande (17 §). Den skulle förplikta kommunerna att agera mer målmedvetet än hittills. Enligt förslaget ska kommunen

- följa hur kommuninvånarnas hälsotillstånd och de faktorer som inverkar på hälsotillståndet utvecklas i de olika befolkningsgrupperna,
- se till att hälsoaspekter beaktas i alla kommunala verksamheter,
- utarbeta ensam eller tillsammans med flera kommuner en plan för åtgärder och service som främjar kommuninvånarnas välfärd och hälsa och förebygger hälsoproblem samt för de resurser som måste reserveras för detta. Planen kan vara separat eller en del av kommunplanen, och den godkänns i varje kommuns fullmäktige och granskas minst en gång vart fjärde år,
- koppla ihop genomförandet av planen med utarbetandet av kommunens strategi och ekonomiska plan samt koppla ihop beslutsfattande och uppföljning med kommunens övergripande utvärderings- och uppföljningssystem,
- avtala om samarbete över förvaltningsgränser och om samarbete vid främjande av välfärd och hälsa med andra myndigheter samt mellan sammanslutningar och organisationer som tillhandahåller service inom välfärds- och hälsofrämjande,
- avtala om samarbete med primärkommunernas andra förvaltningsområden, om social- och hälsovårdstjänsterna tillhandahålls gemensamt av flera kommuner.

En remissrunda om förslaget startar inom kort. Målet är att lagen ska träda i kraft 2010.

Stakes och Folkhälsoinstitutet (senare det nya institutet) samt Arbetshälsoinstitutet, vilka är underställda social- och hälsovårdsministeriet, har till uppgift att stödja kommunerna och regionerna i genomförandet av välfärds- och hälsofrämjande. Det sker genom att undersöka och producera information om befolkningens välfärd och hälsa, genom att utbilda, genom att utveckla uppföljningssystem, genomförandestrukturer, arbetsmetoder och verktyg och genom att fungera som experter och utbildare.

Källor

- SHM 2001. Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Helsingfors 2001. 36 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050: 2001:5) ISBN 952-00-0981-7. <http://www.terveys2015.fi/halsa2015.pdf>.
- SHM 2001. Kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänster. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2001:12. Helsingfors 2002.
- SHM 2006. Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:16. Helsingfors 2008.
- SHM 2008a. Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården – KASTE 2008–2011. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:8, ISSN 1236-2050, ISBN 978-952-00-2556-4 (nid), 978-952-00-2557-1 (PDF). <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/15361/index.htm>.
- SHM 2008b. Pressmeddelande 172/2008: Förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård har blivit färdigt. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/15340/index.htm>.
- Statsrådets kansli. 2007. Hälsofrämjande – regeringens politikprogram. <http://www.government.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/sv.jsp>.
- Wilskman Kaarina, Ståhl Timo, Muurinen Seija, Perttilä Kerttu. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. [Främjande av befolkningens välfärd och hälsa i kommunerna. Rapport om enkäten till kommundirektörer 2007.] Stakes. Diskussionsunderlag 16/2008. 56 sidor, pris 16 €, Helsingfors 2008. ISBN 978-951-33-2145-1.

PROJEKTET PERFECT

ILMO KESKIMÄKI, DIREKTÖR FÖR RESULTATOMRÅDET OCH
UNTO HÄKKINEN, FORSKNINGSPROFESSOR

I projektet Perfect (PERFormance, Effectiveness and Cost of Treatment Episodes) utarbetas indikatorer och modeller. Genom dem kan man sedan med utgångspunkt i register- och statistikdata systematiskt följa de tjänster som ingår i vårdkedjorna inom den specialiserade sjukvården samt tjänsternas effektfullhet, kvalitet och kostnadseffektivitet när det gäller olika regioner, sjukhus och befolkningsgrupper. Dessutom utvärderas vilka faktorer som ligger bakom regionala och vårdgivarspecifika skillnader.

I projektet intresserar man sig särskilt för faktorer som hälsopolitiken kan påverka. Exempel på sådana är ibruktagande av nya metoder och läkemedel samt väntetider, hälso- och sjukvårdssystemets struktur och ekonomiska incitament med koppling till strukturen.

Till projektet valdes stora sjukdomsgrupper eller sjukdomsgrupper med höga kostnader där den specialiserade sjukvården har en viktig roll: hjärtinfarkt, höftfraktur, vård av prematurer med låg vikt, stroke, bröstcancer, ledproteskirurgi, kranskärlsoperationer och schizofreni.

I de olika delprojekten har patientdatan standardiserats när det gäller patienternas ålder och kön, associerade sjukdomar och andra faktorer som t.ex. sjukdomens spridning. Syftet med denna riskstandardisering är att förbättra jämförbarheten av olika regioners vårdgivare.

Perfect är ett samprojekt, som sjukvårdsdistrikten med universitetssjukhus, Stakes centrum för hälsoekonomi (Chess) och Folkpensionsanstalten inlett och som finansieras av Finlands Akademi, Teknologiska utvecklingscentralen (Tekes), Jubileumsfonden för Finlands självständighet (Sitra) och Europeiska unionen.

I projektet Perfect har tidigare beskrivits metoder för och publicerats resultat från behandling av hjärtinfarkt och från prematurvård. Resultaten från dessa analyser har nu uppdaterats med de nyaste tillgängliga data. Det förekommer fortfarande stora regionala skillnader i kostnaderna för sjukhusvård, dödlighet och vårdinnehåll vid behandling av hjärtinfarkt. År 2005 varierade de genomsnittliga vårdkostnaderna för hjärtinfarktpatienter i de olika sjukvårdsdistrikten från 7 100 euro till 14 200 euro, och årets dödlighet från 19 procent till 33 procent. Skillnader i vårdinnehållet förekom bland annat när det gäller i vilket skede och en hur stor andel av infarktpatienterna som genomgår en ballongutvidgning eller bypassoperation.

Under de senaste åren har vårdpraxisen vid hjärtinfarkt snabbt förändrats och dessutom på olika sätt i olika sjukvårdsdistrikt. Detta har ökat kostnadsskillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten. Enligt preliminära analyser finns det ändå ingen enskild faktor som ligger bakom de regionala skillnaderna i dödligheten hos hjärtinfarktpatienter. Till exempel höga kostnader eller operativ vård hade inte en direkt koppling till en låg dödlighet.

I Perfect observerades också i vården av prematurer betydande regionala skillnader i hur den organiseras, hur länge sjukhusvården varar, hur mycket den kostar och i vårdens effektfullhet mätt i dödlighet. Exempelvis år 2005 varierade ett års dödligheten från 3,2 procent till 18,1 procent, även om man tog hänsyn till prematurernas olika bakgrundsfaktorer. [Resultaten från Perfect har hittills lett till auditering av utvecklingsåtgärder i vårdssystemet vid ett universitetssjukhus.]

Nya resultat i projektet Perfect

Under det senaste året har man i Perfect färdigställt och publicerat indikatorer, genom vilka man bedömer vårdkostnader vid schizofreni och stroke samt vårdkostnader, innehåll och effektivitet vid knä- och höftprotesoperationer.

I fråga om schizofreni visar Perfect-indikatorerna längden på och kostnaderna för sjukhusvård vid sidan av bland annat sjukdomens regionala förekomst, sjukhusets inkomststatus, associerade sjukdomar, läkemedelsbruk och läkemedelskostnader samt patienternas tidigare psykiatriska sjukhusvård. Som indikatorer för effektiviteten har i preliminära analyser använts bland annat total självmordsdödlighet och självmordsdödlighet samt återkomst till institutionsvård.

I sjukhusvården och läkemedelsbehandlingen av schizofreni samt kostnaderna för detta förekommer det stor regional variation. Skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten är avsevärda både när det gäller den första sjukhusperiodens längd, institutionsvård under året efter insjuknandet, andelarna för dem som återvänder hem efter den första vårdperioden och i genomförandet av behandling med psykläkemedel. De genomsnittliga kostnaderna för institutionsvård av schizofreni varierade beroende på sjukvårdsdistrikt från 12 000 euro till över 30 000 euro. Sjukhus- och läkemedelskostnaderna för schizofrenipatienter har ökat kraftigt efter mitten av 1990-talet, men vårdens effektivitet har förbättrats rätt lite. Även kostnaderna för vårddygn varierar kraftigt mellan sjukvårdsdistrikten och hängde inte samman med skillnaderna i effektivitet.

När det gäller behandling av cerebral infarkt, visar Perfect-indikatorerna bland annat antal patienter efter sjukvårdsdistrikt och sjukhus, vård på olika typer av institutioner inom ett år efter insjuknandet, åtgärder och läkemedelsbehandling samt kostnader för sjukhusvård och läkemedelsbehandling. Effektiviteten granskas i fråga om dödlighet på kort och lång sikt, upprepad infarkt samt utskrivning från institutionsvård. Liksom i de andra av Perfects sjukdomsgrupper kan indikatorerna för behandling av cerebral infarkt granskas också som en tidsserie. På 2000-talet har längden på den totala behandlingen av cerebral infarkt förblivit rätt oförändrad, men de genomsnittliga kostnaderna per patient ökade med cirka 15 procent 1999–2005. Effektiviteten vid behandling av cerebral infarkt förbättrades på nationell nivå. Åren 1999–2005 minskade den riskstandardiserade ett års dödligheten från 23,7 procent till 21,0 procent. I fråga om vårdens effektivitet förekom det dock avsevärda regionala skillnader. I de olika sjukvårdsdistrikten varierade ett års dödligheten efter cerebral infarkt från 11 procent till 31 procent. Längden på den totala vården och kostnaderna för den hängde inte samman med vårdens effektivitet.

I fråga om ortopedisk kirurgi har man i Perfect granskat knä- och höftprotesoperationer samt behandling av höftfrakturer. Som indikatoruppgifter används regional och sjukhusvis förekomst, uppgifter om vårdinnehållet och vårdplatsen samt vårdkostnader. När det gäller ledprotesoperation rör uppgifterna om effektiviteten bland annat reoperation samt luxerad protes och protesinfektion, och vid höftfraktur dödlighet samt hur man klarar sig vid hemvård och/eller på vårdhem.

När det gäller höftfrakturer har vårdens effektivitet nationellt sett utvecklats positivt. Åren 1999–2005 ökade antalet utskrivna under fyra månader från 60 procent till 65 procent. De regionala och sjukhusvisa skillnaderna hade också allmänt sett minskat, men de var fortfarande avsevärda och i vissa sjukvårdsdistrikt hade vårdresultaten till och med försämrats. Även inom endoproteskirurgi var utvecklingen av vården och dess effektivitet i huvudsak positiv. Åren 1999–2005 minskade vårdtiden nationellt sett inom knäproteskirurgi från 12,8 till 9,3 dygn och andelen reoperationer från 4,5 procent till 3,7 procent. Enligt preliminära analyser hade korta vårdtider inget samband med risken för reoperation, vilket innebär en avsevärd möjlighet att effektivisera verksamheten. Vid enstaka sjukhus konstaterades mycket höga risker för reoperation, vilket bör undersökas ytterligare.

Slutsatser

Projektet Perfect har producerat ny och delvis också internationellt sett unika benchmarkinguppgifter om världens regionala och sjukhusvisa kostnader och effektfullhet. Projektet har också fått praktiska konsekvenser och i några sjukvårdsdistrikt har resultaten lett till att vården omorganiserats.

Vårdens effektfullhet har förbättrats i nästan alla sjukdomsgrupper som granskats av Perfect, men inom vården förekommer det fortfarande avsevärda skillnader regionalt och mellan olika sjukhus såväl i fråga om kostnader som också effektfullhet, och skillnaderna har allmänt sett inte minskat. Vårdskillnaderna verkar delvis bero på skillnader i vårdresurserna, men de beror delvis också på lokal vårdpraxis och vårdkultur, som inte nödvändigtvis hänger samman med kostnaderna för vården. Det är uppenbart att verksamheten kan effektiveras genom att utveckla vårdkedjan. Projektresultaten visar också tydligt att uppgifter på mikronivå om enskilda åtgärders kostnadseffektivitet (utvärdering av teknologi) inte i sig räcker till för att utvärdera hälso- och sjukvårdens prestationsförmåga. Det behövs också evidensbaserad information om hela vårdkedjans kostnader och effektfullhet.

Indikatorerna för hälso- och sjukvårdens prestationsförmåga (performance indicators) har i många länder blivit viktiga verktyg inom styrning och ledning. I Finland följer man i det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) med hjälp av Perfect-indikatorer regionala skillnader i den specialiserade sjukvårdens effektfullhet. Tillvägagångssättet kan utvidgas till andra betydelsefulla sjukdomar. Det att det inte finns registerdata om öppenvårdsbesök inom primärvården utgör en betydelsefull begränsning i granskningarna. Därför kan endast sjukdomsgrupper där vården i huvudsak sker på sjukhus granskas på ett tillförlitligt sätt. Metoderna kan emellertid också tillämpas på annan institutionsvård. Vid Stakes har tillvägagångssättet tillämpats på utvärdering av kostnader för och effektfullheten av vårdkedjorna inom äldreomsorgen.

Ibrukttagandet av elektroniska patientjournaler kommer att rätta till den nuvarande avsaknaden av öppenvårdsdata och också i övrigt effektivera möjligheterna att genomföra granskningar av Perfect-typ när det gäller vårdens innehåll, effektfullhet och kostnader. I utvecklingen av den elektroniska patientjournalen bör man ta hänsyn till att de begrepp och klassificeringar som används i systemet kan utnyttjas vid analys av kostnadseffektiviteten på befolkningsnivå.

Ett centralt problem i metoden är kvaliteten på datan i vårdanmälningsregistret. Trots att kvaliteten på vårdanmälningar förbättrats, är registreringen av diagnos- och åtgärdsuppgifter fortfarande bristfällig. Om registreringen vore bättre, kunde hälso- och sjukvårdsindikatorer utarbetas på grundval av material av Perfect-typ. I dessa material skulle data från andra administrativa register inom hälso- och sjukvårdssektorn ha samkörts med data från vårdanmälningsregistret (HILMO). I vissa länder utarbetas hälso- och sjukvårdsindikatorerna med stöd av separat insamlade uppgifter för kvalitetsregister om vården av enskilda hälsoproblem.

I granskningar av Perfect-typ är uppgifternas aktualitet ett problem. De flesta uppgifter om effektfullhet finns att få till exempel först ett år efter uppföljningen, vilket oundvikligen fördröjer skapandet av material. Vid vissa sjukdomar, som schizofreni, bröstcancer och ledproteskirurgi, förutsätter valida uppgifter om effektfullhet ofta en uppföljningsperiod på flera år.

Att mäta övergripande effektfullhet är möjligt endast genom omfattande register, eftersom mätningen kräver att alla patienter följs upp. Även granskning av ett års uppgifter om effektfullhet drabbas ofta av slumpmässiga faktorer. Därför bör det finnas möjlighet till att förena material som omfattar flera år. Att utveckla indikatorer för effektfullhet är en fortgående verksamhet, i vilken bland annat vårdformernas utveckling bör beaktas. Man bör utveckla indikatorerna tillsammans med kliniska experter på olika fackområden.

Sammandrag av några böcker som utgivits 2007–2008 av Stakes

STATISTISK ÅRSBOK OM SOCIALVÅRD OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD 2007 Stakes, Finlands officiella statistik, socialskydd

Statistisk årsbok om socialvård och hälso- och sjukvård 2007 är en handbok, som innehåller de viktigaste statistiska uppgifterna om Finlands social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt deras personal och kostnader. Därutöver innehåller årsboken uppgifter om reproduktiv hälsa, alkohol, narkotika och utkomststöd. Uppgifterna presenteras ur de olika patientgruppernas synvinkel och som så långa, jämförbara tidsserier som möjligt. Uppgifterna har huvudsakligen tagits ur Stakes statistik och register. Årsboken inleds med en kort allmän översikt över utvecklingen inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Årsbokens statistikområden presenteras mer detaljerat i sina respektive FOS-samlingspublikationer. År 2007 utkommer Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2007, Äldreomsorgen 2005 och Privat serviceproduktion inom socialvården och hälso- och sjukvården 2004. I den statistiska årsbok om socialvård och hälso- och sjukvård som utkommer 2008 kommer man att sammanställa mer övergripande uppgifter än tidigare från olika ämnesområden, eftersom man inte kommer att publicera andra samlingspublikationer.

Årligen utkommer ett statistikmeddelande om vart och ett av Stakes statistikområden. Statistikmeddelandena är gratis och kan skrivas ut från Stakes webbplats (<http://www.stakes.fi/SV/tilastot>). På webbplatsen finns också mer detaljerad information om Stakes statistik och statistikmeddelanden.

De viktigaste statistikuppgifterna finns också i indikatorbanken SOTKANet (<http://www.sotkanet.fi>). Den innehåller uppgifter från statistik, register och enkäter om socialvård och hälso- och sjukvård samt om befolkningens välfärd och hälsa. Indikatorbanken är helt gratis. Den har utvecklats som stöd för experter på social-, hälso- och sjukvårdsområdet vid planering, uppföljning och fattande av beslut.

SOTKANet innehåller långa tidsserier indelade efter kommuner, regioner och hela landet. Uppgifterna kan fås som både absoluta tal eller uppgifter i relation till något. De kan också fås i form av grafiska bilder och kartor. Indikatorerna har grupperats i datauppsättningar för olika målgrupper och ändamål.

Årsboken har sammanställts med gemensamma krafter vid Stakes resultatområde Stakes-information. Resultatområdet upprätthåller och utvecklar statistik och register på riksnivå samt bearbetar och förmedlar information med utgångspunkt i olika användargrupperns behov. Utvecklingschef Sari Kauppinen, specialplanerare Tapani Niskanen och planerare Sirpa Virtanen har ansvarat för redigeringsarbetet av årsboken.

STATISTISK ÅRSBOK OM ALKOHOL OCH NARKOTIKA 2007

Stakes, Finlands officiella statistik, socialskydd

Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2007 är ett allmänt verk om alkohol och narkotika och innehåller de viktigaste statistikuppgifterna om alkohol- och narkotikasituationen i Finland samt ger en helhetsbild av hur den utvecklats. Dessutom innehåller årsboken uppgifter om bruket av alkohol och narkotika i andra länder.

Statistisk årsbok om alkohol och narkotika utkommer för tionde gången. För alkoholstatistikens del är den en fortsättning på den alkoholstatistiska årsbok (Alkoholitilastollinen vuosikirja) som Alko gav ut från och med 1932, vilket gör det möjligt att följa alkoholsituationens utveckling genom långa jämförbara tidsserier ända sedan 1930-talet. År 1995 utvidgades årsbokens innehåll till att även omfatta narkotika och läkemedel som använts i berusningssyfte. År 2008 omarbetas Stakes statistikpublikationer och den statistiska årsboken om alkohol och narkotika utkommer inte. Därför kommer centrala uppgifter om alkohol och narkotika att publiceras i Statistisk årsbok om socialvård och hälso- och sjukvård i stället.

Statistisk årsbok om alkohol och narkotika är resultatet av samarbete mellan Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) och Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV). Ansvariga redaktörer för årsboken är planerarna Jouni Vihmo och Sirpa Virtanen vid Stakes samt Lennart Wahlfors, som är chef för dataförvaltningsenheten vid STTV. Specialplanerare Merja Hietala vid STTV och specialforskare Esa Österberg, utvecklingsschef Kristiina Kuussaari och specialplanerarna Ari Virtanen och Sanna Rönkä, planerarna Aino Alha och Paula Ruuth och dataplanerare Raili Lindgren vid Stakes har deltagit i utarbetandet av årsboken.

Johanna Hirvonen

VÄNTETIDENS INVERKAN PÅ HÄLSOTILLSTÅNDET OCH ANVÄNDNINGEN AV TJÄNSTER

En prospektiv och randomiserad undersökning bland höft- och knäprotespatienter
Doktorsavhandling

Stakes, 2007

Sammandrag

De allt längre väntetiderna till icke-brådskande vård, de regionala skillnaderna i väntetiderna samt problemen beträffande tillgången till vård har väckt beslutsfattarna i såväl Finland som i många andra västländer att söka metoder för att förbättra vårdtillgängligheten och förkorta väntetiderna. En bekräftelse på detta är bl.a. de maximitider för ordnande av icke-brådskande vård som trädde i kraft i Finland år 2005. Motiveringarna för den köpolitik som tillämpas verkar internationellt sett vara tämligen likriktade: de allt längre väntetiderna försätter medborgarna sinsemellan i en ojämlig ställning, undergräver hälsovårdens målsättningar avseende jämlikhet samt ger upphov till mer kostnader i och med att de hälsomässiga nackdelarna ökar. Trots detta finns det endast mycket lite undersökta fakta om sambandet mellan väntetiden och patientens hälsotillstånd.

Syftet med denna randomiserade multicenterundersökning är att studera den hälsorelaterade livskvaliteten, smärtförmåmelserna och rörligheten under tiden i operationskön bland patienter i kö för primär ledprotesoperation i höft- och knäled samt att uppskatta väntetidens inverkan på hälsan och användningen av hälso- och socialtjänster. Dessuom jämfördes patienternas hälsorelaterade livskvalitet med den finska befolkningen i motsvarande ålder.

Patienterna rekryterades till undersökningen mellan augusti 2002 och november 2003. I samband med att patienterna ställdes i kö, indelades de randomiserat i en test- eller kontrollgrupp: 1) patienter som får vård snabbt (short waiting time), vilka köade högst tre månader för åtgärden och 2) patienter som får vård i normal ordning (non-fixed waiting time), vilka opererades inom ramen för sjukhusets normala tidtabell.

Patienternas hälsorelaterade livskvalitet mättes i samband med att de ställdes i kö samt när de togs in på sjukhus. Som mätare användes den i Finland utvecklade 15D-metoden för mätning av livskvaliteten. Smärtförmåmelserna och rörligheten mättes med sjukdomsspecifika modifierade Harris Hip Score och Knee Score-mätare. Användningen av tjänster mättes med en enkät som utarbetats för undersökningen och som innehöll uppgifter om vilka hälsovårdstjänster i hemmet, rehabiliteringstjänster, stödtjänster inom hemvården, läkarbesök samt vård på bädavdelning som patienten använt.

Enligt undersökningsresultaten var den hälsorelaterade livskvaliteten bland dem som köat längre inte sämre när de togs in på sjukhuset än bland dem som fått vård snabbt. Trots att det inte inträffat någon förändring i patienternas hälsotillstånd under tiden i kö, var den hälsorelaterade livskvaliteten bland dem som köade till en operation betydligt sämre än bland jämförelsebefolkningen i motsvarande ålder. Utöver de fysiska dimensionerna led patienterna av depression, ångest samt utmattning, trötthet och kraflöshet.

Användningen av social- och hälsovårdstjänster var under tiden i kö ringa och väntetiden hade inget samband med tjänsternas användning. Av tjänsterna användes mest rehabiliteringstjänster samt inofficiell hemhjälp av de anhöriga. I väntan på vård tydde sig patienterna endast sällan till yrkesmässig behandling och omvårdnad. Däremot försökte patienterna reda sig i sina normala sysslor med hjälp av sina närstående utan att anlita offentliga eller privata social- och hälsovårdstjänster.

I framtiden borde inverkan av väntetiden granskas också inom andra patientgrupper. Jämförelsematerialet kan utnyttjas vid utvecklandet av praxis för köhantering samt jämförande, generiska mätare av livskvaliteten som beaktar patientens kondition och livssituation för att fastställa den optimala behandlingstidpunkten.

Kristian Wahlbeck, Kristiina Manderbacka, Lauri Vuorenkoski,
Hannamaria Kuusio, Minna-Liisa Luoma, Eeva Widström

TILLGÅNG TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD PÅ LIKA VILLKOR HealthQUEST-projektets landsrapport från Finland

Stakes, 2008

Sammandrag

Detta är Finlands landsrapport för det europeiska projektet HealthQUEST. Syftet med projektet är att utvärdera hälsovårdens tillgänglighet i åtta EU-stater med särskild betoning på tre grupper som löper risk för social utslagning, dvs. invandrare, svaga åldringar och personer med mentala

problem. Projektet initierades av Europeiska kommissionens generaldirektorat för sysselsättning, socialpolitik och lika möjligheter år 2007 och koordinerades av European Health Management Association (EHMA). Landsrapporten baserar sig på en analys av relevant litteratur, programdokument och lagstiftning samt på intervjuer med sakkunniga och representanter för ovannämnda riskgrupper.

Finlands hälso- och sjukvårdssystem kan allmänt taget sägas stöda jämlikhetsmål, men en närmare granskning visar att systemet ur rättvisesynpunkt är behäftat med vissa strukturella brister. Enligt grundlagen har alla människor som bor i Finland rätt till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. En viktig orsak till olika villkor när det gäller tillgången till vård är det faktum att det existerar tre olika stigar till hälsovården i Finland: kommunal hälsovård, privat hälsovård och företagshälsovård. Den kommunala hälsovården är den huvudsakliga tillhandahållaren av tjänster, men i och med att den privata hälsovården och företagshälsovården fått allt större betydelse har rättvisepincipen inom den finländska hälsovården samtidigt försvagats. Höjda klientavgifter skapar potentiella hinder för fattiga att komma under vård inom den kommunala hälsovården.

Forskning visar att det i Finland förekommer en geografisk ojämlikhet, dvs. regionala skillnader, i utbudet av hälsovårdstjänster, liksom även innehålls-, kvalitets- och resultatmässiga socio-ekonomiska skillnader i den vård sjukhuspatienterna får. Tillämpningen av avgiftstak för klientavgifter inom den offentliga hälsovården samt för läkemedels- och reseutgifter främjar i viss mån tillgången till hälsovård, men avgiftstaken är förmodligen ändå för höga för dem som är värst utsatta.

Åtgärder som förbättrat tillgången till hälsovård är bl.a. införandet av en vårdgaranti inom hälsovårdssektorn samt utvidgningen av den allmänna tandvården till alla åldersgrupper. Servicecenter för arbetskraft som grundats inom ramen för ett sektoröverskridande samarbete samt hälsokontroller för arbetslösa kan ha stor betydelse för vissa utsatta grupper, t.ex. för människor med psykisk ohälsa.

Invandring är ett tämligen nytt fenomen i Finland och detta återspeglar sig i den obetydliga hälsovårdsforskning som fokuserar på invandrare. Kulturkänsligt bemötande är en utmaning för hälsovården i Finland. I princip har invandrare och minoritetsgrupper samma tillgång till hälsovård, men för invandrare som inte anses vara fast bosatta i Finland är tillgången begränsad. Antalet invandrare som använder hälsovårdssystemet ökar och ställer därmed nya krav på tillhandahållandet av hälsovårdstjänster.

Tyngdpunkten för hälso- och socialvårdstjänsterna för äldre har förflyttats till den öppna vården från sjukhus och anstalter. Möjligheterna till en jämlik tillgång till hälsovårdstjänster för äldre främjas för närvarande genom en mera omfattande och enhetlig bedömning av det individuella servicebehovet. Varje person som fyllt 80 år bör i icke-brådskande fall inom sju dagar bedömas av ett team sakkunniga inom hälso- och socialvården. Problem finns när det gäller att fylla äldre människors behov av vård och tjänster, särskilt när det gäller behandling av sömnstörningar, depression, smärta och demens samt förebyggande av fall. Det splittrade utbudet av tjänster utgör ett hinder för tillgången till vård för äldre och av den anledningen är reformer för att samordna hälso- och socialvården mycket viktiga.

Mortalitetsstatistiken visar många dödsorsaker som skulle kunna undvikas bland personer med psykisk ohälsa i Finland. Det finns dock inga uppgifter om den allmänna sjukvårdens tillgänglighet för denna utsatta grupp och detta tyder på en otillräcklig medvetenhet om problemet. Centralförbundet för Mental Hälsa har påtalat de bristfälliga möjligheterna för personer med psykisk ohälsa att få behandling för fysiska sjukdomar. Egenkostnaderna och de offentliga tjänsternas höga klientavgifter är ett problem speciellt för personer med psykisk ohälsa, eftersom deras situation i många fall kompliceras av överlappande utsatthet och diskriminerade ersättningsystem. Stakes utvärderar som bäst nya metoder med personliga ombud som kunde främja tillgången till tjänster och förhindra social utslagning bland unga män.

Det är viktigt att beslutsfattare och forskare är medvetna om behoven av programåtgärder och forskning som tryggar en rättvis tillgång till hälsovård av god kvalitet för alla.

Minna Harjajarvi, Irma Kiikkala, Sami Pirkola

ETT OCH ETT HALVT ÅR EFTER TSUNAMIN

Den psykosociala vården i Finland av följderna efter naturkatastrofen i Asien

Stakes, 2007

Sammandrag

I rapporten återges hur de som transporterades hem med evakueringsflyg från flodvågsområdena efter den 26 december 2004 mår psykiskt samt vilka tjänster de utnyttjat. I studien utredes om det bland de hemtransporterade förekommer ett förlängt behov av psykosociala eller andra tjänster, vilka faktorer som verkar hänga samman med detta framträdande behov, hur de hemtransporterade har klarat sig, hur de mår för närvarande samt hurdana erfarenheter de har av naturkatastrofen i Asien, av hjälpbehovet och av erhållen hjälp. Dessutom kartlades de hemtransporterades erfarenheter av och tankar om hur personer som hamnat i en kris borde hjälpas. Forskningsmaterialet samlades in genom ett frågeformulär, vilket per post sändes till 2 075 personer som vid tidpunkten för händelsen var myndiga. Genom formulären samlade man in ett strukturerat forskningsmaterial samt ett kvalitativt material, som kompletterades genom telefonintervjuer. Dessutom använde man sig av registerdata i studien. Enkätens svarsprocent var 36 procent. För jämförelse använde man som kontrollmaterial justerat material från studien Hälsa 2000.

Av de svarande ansåg 85 procent att de befunnit sig i de egentliga katastrofområdena. Var femte (20 procent) hade fått somatiska skador. Ungefär var fjärde (26 procent) svarande hade på eget initiativ sökt hjälp efter återkomsten till Finland. Endast 54 procent av de svarande hade blivit kontaktade av någon myndighet, och 88 procent av dessa svarande hade uppfattat kontakten som en mycket eller ganska positiv erfarenhet. Cirka var femte svarande (19 procent) hade på grund av psykiska problem utnyttjat hälso- och sjukvårdstjänster under det senaste året, medan motsvarande siffra i det justerade Hälsa 2000-materialet var 7 procent. Av dem som utnyttjat tjänster hade 41 procent besökt en läkares eller psykologs privatmottagning. Via företagshälsovården hade 31 procent sökt hjälp, medan 30 procent hade sökt hjälp via mentalvårdsbyrån. Av de hemtransporterade som utnyttjat tjänster under det senaste året upplevde 59 procent att de fått antingen mycket eller ganska mycket hjälp av den vård de fått, och 87 procent ansåg att de fått hjälp i åtminstone någon mån. Enligt de svarande hade bland annat möjligheten att få prata och att bli hörd, helhetsbetonad hjälp, stöd av andra personer i samma situation, information, egen bearbetning samt en ny resa till området bidragit till att de klarat av situationen. Den egna familjen, släktingar, vänner och kollegor uppgavs som personer som gav det bästa stödet.

Vid tidpunkten för enkäten uppgav 18 procent av de svarande att de behöver psykosocial hjälp eller psykosocialt stöd antingen för sig själv, sin maka eller make, sina barn, hela familjen eller någon annan närstående person. Nästan en tredjedel (30 procent) av de svarande led av nedsatt psykiskt välbefinnande och ångest (GHQ-12), medan motsvarande siffra i det justerade Hälsa 2000-materialet var 24 procent. Ungefär en fjärdedel av de svarande hade antingen höga eller ganska höga poäng för depressionssymtom (BDI), men i detta fall var skillnaden till det justerade Hälsa 2000-materialet obefintlig. Vid granskning av medelvärdena framgick det att de som transporterats hem från flodvågsområdena som väntat hade högre poäng i den påståendeserie som mätte nedsatt psykiskt välbefinnande och ångest, men att de hade lägre poäng i påståendeserien

som mätte depressionssymtom. Enligt preliminära analyser av registermaterialet hade 69 personer (3 procent av de hemtransporterade) haft sjukledigt på grund av stressyndrom (eller en annan reaktiv störning). Sjukledighet som beviljats på grund av stressyndrom varade i snitt 9 dagar, men längden varierade mellan 1 och 271 dagar. Totalt 50 personer (2 procent av de hemtransporterade) hade haft sjukledigt på grund av diagnostiserad depression. Sjukledighet som beviljats på grund av depression varade i snitt 44 dagar, men längden varierade mellan 2 och 175 dagar.

De svarande fick också svara på frågor om hur barnen klarat sig och hur de mår. Föräldrarna kunde i de öppna svaren inte på ett entydigt sätt bedöma vilka förändringar i barnets beteende som berodde på flodvågsupplevelserna och vilka som berodde på annat, som åldersrelaterade faktorer.

De svarande föreslog som hjälp för en person som hamnat i kris att kommunen eller ett annat offentligt system aktivt skulle ta kontakt. Det lades fram önskemål om att kontakt skulle tas så snart som möjligt efter en olycka, så att hjälpsökandet inte skulle hänga på personen själv i en situation där han eller hon inte nödvändigtvis själv kan bedöma sin egen situation och sitt eventuella behov av hjälp. Dessutom önskades det att man skulle följa upp en tid hur de som hamnat i kris mår. Stöd av personer i samma situation upplevdes som viktig hjälp och av det offentliga systemet ville man få hjälp med att få kontakt med dessa personer. Man ville också att tjänsterna skulle vara mer flexibla. Även mer information efterlystes, liksom omvårdnad av de anhöriga. Dessutom lades det fram att reseledare och ambassadpersonal på platsen borde ha bättre beredskap att agera i krissituationer.

Några pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet

Pressmeddelande 309/2007

Minister Risikko: Enhetligheten inom den kommunala social- och hälsovården måste bevaras

”Jag är oroad över enhetligheten inom social- och hälsovården. Enligt många kommuners planer verkar det som om tjänsterna inom social- och hälsovårdssektorn är på väg att gå isär gällande administrationen. Ur medborgarnas synvinkel försvårar detta tjänsternas tillgänglighet. Dessutom försvagas produktiviteten, kostnaderna kan till och med stiga och ansvarsfördelningen fördunklas”, sade omsorgsminister Paula Risikko till ledningen för den kommunala social- och hälsovården i Helsingfors i dag den 9 oktober.

Närmare 300 beslutsfattare från kommunernas och samkommunernas social- och hälsovårdssektorer deltog i det nationella arbetsmötet som arrangerades av social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund. Målet med mötet är att få till stånd en gemensam bedömning av läget och en gemensam linjedragning för kommunerna och centralförvaltningen för att gå vidare med kommun- och servicestrukturreformen i enlighet med den genomförandeplan för social- och hälsovården som blev klar i augusti.

I ett gemensamt kommunbrev förra våren underströk SHM och Kommunförbundet kraftigt att tjänsterna inom primärhälsovården och den sociala verksamheten måste organiseras till en helhet.

Enligt Risikko är Paras-lagen en tidsbunden ramlag som styr planeringen och som preciseras då speciallagstiftningen om social- och hälsovården förnyas.

”Paras-ramlagen fastslår den miniminivå som skall eftersträvas för att trygga servicen. Enligt grundlagen måste den offentliga makten se till att alla erbjuds jämlika och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster och att befolkningens hälsa främjas. Grundlagens jämlikhetsbestämmelse ser till att serviceutbudet och sättet på vilket servicen organiseras inte blir för olika”, poängterade Risikko.

Risikko underströk att även om det grundas samverkansområden, för att organisera social- och hälsovårdstjänsterna, ligger ansvaret för organiserandet fortfarande på kommunerna och statsandelarna betalas också till kommunerna.

”Social- och hälsovårdens andel av kommunernas driftskostnader är ungefär 53 procent. Hur social- och hälsovårdstjänsterna i praktiken organiseras är av avgörande betydelse för hur Paras-reformen förverkligas och även för det kommunala självstyret. De offentliga social- och hälsovårdstjänsterna kommer också på första plats ur medborgarnas synvinkel. De hör till vår vardag”, underströk Risikko.

Den respons som statsrådet ger hösten 2007 är det första skedet av den dialog som förs med kommunerna, då planerna preciseras och det kommunala beslutsfattandet framskrider.

”Styrningsarbete förekommer också i basserviceprogrammet, det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården samt i och med att speciallagstiftningen förnyas. Förändringen befinner sig i en inledningsfas. Vi har alla chanser att lyckas”, sade Risikko.

Pressmeddelande 315/2007

Servicesedeln i bruk också inom hemsjukvården

Systemet med servicesedlar utvidgas till att gälla anskaffning av kortvarig eller fortgående sjukvård som vid behov kunde kombineras med hemservice från och med början av år 2008. Eftersom många klienter behöver både hemservice och hemsjukvård har hälften av kommunerna förenat dem till hemvård. I och med utvidgandet av systemet med servicesedlar skulle lagstiftningen om servicesedlar gälla såväl hemsjukvården som hemvården överlag. Regeringen föreslog lagarna för stadfästade torsdagen den 11 oktober. Republikens president har för avsikt att stadfästa lagarna på fredag.

Systemet med servicesedlar är ett sätt att ordna hemsjukvårdstjänster och komplettera kommunernas egen serviceproduktion. I systemet betonas klientens valfrihet och å andra sidan också ansvar för priset på tjänsterna.

Pressmeddelande 316/2007

Arbetsgrupp föreslår att biobanker skall inrättas i Finland

En effektiv användning av provsamlingar av mänskligt ursprung gagnar alla. Därför borde det inrättas biobanker i Finland. I biobankerna skulle man samla, behandla och förvara provsamlingar av mänskligt ursprung samt lagra information om provsamlingarna för framtida forskning. Provsamlingarna från biobankerna kunde också enligt avtal användas för produkter och utveckling av service som främjar folkhälsan, till exempel som ett samarbete mellan akademisk forskning och företagsverksamhet. Det föreslår biobanksarbetsgruppen i sin rapport som överlämnades till omsorgsminister Paula Risikko fredagen den 12 oktober.

Då provsamlingar organiseras i biobanker effektivteras forskningen och utvecklingen av nya innovationer som är viktiga för folkhälsan. Verksamhetsmodellen skapar dessutom nya samarbetsmöjligheter mellan aktörer, förstärker Finlands konkurrenskraft och klargör förutsättningarna för ett deltagande i internationellt samarbete. Biobanksverksamheten förutsätter ändå ökad tillsyn och mer information. Det är också viktigt att eftersträva mer enhetliga handlingsätt.

Medborgarnas datasekretess tryggas med samtycke och information

Enligt arbetsgruppens förslag måste givaren ge sitt samtycke till att överlåta prover till biobanken. Samtycket baserar sig på information om vad biobankernas allmänna användningssyfte är. Provgivaren har rätt att få veta hur det egna provet används och möjlighet att påverka användningen. Givarens datasekretess betonas genom allmän informationsplikt om biobanksverksamheten, transparenta arbetsformer och myndighetstillsyn.

Diagnostiska prover och forskningsprover som redan existerar och som har insamlats för konstaterande och behandling av sjukdom kan överlåtas till en biobank antingen med samtycke av givaren eller med tillstånd av Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO). Arbetsgruppen föreslår att det grundas en biobanksnämnd, vars uppgift är att ansvara för den etiska bedömningen av biobanksverksamheten.

Ett offentligt biobanksregister främjar tillgången till information

Arbetsgruppen föreslår att det grundas ett registersystem i två nivåer för medborgarna, forskarna och myndigheterna. Rättsskyddscentralen för hälsovården ansvarar för den övre nivåns nationella biobanksregister, som innehåller information om alla biobanker i Finland. Informationssystemet

mets andra nivå består av provsamlingsregister för de enskilda biobankerna. Medborgarna och forskarna som letar efter information kunde använda sig av båda registren.

Bakgrund

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 14 juni 2006 en arbetsgrupp för att främja utnyttjandet av provsamlingsregister av mänskligt ursprung för medicinska ändamål. Biobanksarbetsgruppens slutrapport, Biopankit, yhteinen etu. Ihmisperäisten näytekokielmien hyödyntämistä selvittäneen työryhmän loppuraportti, finns att läsa på finska på ministeriets hemsida www.stm.fi > Julkaisut. Rapporten innehåller ett referat på svenska.

Pressmeddelande 340/2007

MASTO-projektet skall minska arbetsförmögenhet som orsakas av depression

Social- och hälsovårdsministeriet har startat ett projekt för att minska antalet personer som blir arbetsförmögna på grund av depression. Med projektet vill man stöda arbetshälsan och den mentala hälsan, förebygga depressioner, effektivisera vården av deprimerade och utveckla rehabilitering samt god praxis för sjukfrånvaro. Syftet med projektet är att stöda människorna så att de orkar jobba och att de kan återvända till arbetet efter att de har drabbats av en depression.

En stor del av de sjukdomar och fall av arbetsförmögenhet som drar ut på tiden samt för tidspensioneringar kunde undvikas med tidig intervention, god vårdpraxis och en fungerande rehabilitering.

Koordineringsgruppen består av inflytelserika personer

Social- och hälsovårdsminister Liisa Hyssälä är ordförande för MASTO-projektets koordineringsgrupp. Från regeringen sitter omsorgsminister Paula Risikko, arbetsminister Tarja Cronberg och kultur- och idrottsminister Stefan Wallin med i koordineringsgruppen.

Andra medlemmar är överombudsman Esko Aho, Sitra, verkställande direktör Leif Fagernäs, Finlands Näringsliv EK, ordförande Michael Hornborg, MTK, generaldirektör Jorma Huuhtanen, Folkpensionsanstalten, ordförande Lauri Ihalainen, FFC, arbetsmarknadsdirektör Markku Jalonen, Kommunala arbetsmarknadsverket, verkställande direktör Jussi Järventaus, Företagarna i Finland, arbetsmarknadsdirektör Teuvo Metsäpelto, Statens arbetsmarknadsinstitut, ordförande Mikko Mäenpää, FTFC, styrelseordförande Jorma Ollila, Näringslivets delegation EVA, ärkebiskop Jukka Paarma, verkställande direktör Risto Parjanne, Finlands Kommunförbund, generaldirektör Pekka Puska, Folkhälsoinstitutet, verkställande direktör Jukka Rantala, Pensionsskyddscentralen, verksamhetsledare Marita Ruohonen, Föreningen för mental hälsa i Finland, ordförande Pekka Sauri, Centralförbundet för mental hälsa, verkställande direktör Esa Swanljung, Arbetspensionsförsäkrarna TELA, generaldirektör Vappu Taipale, Stakes, generaldirektör Harri Vainio, Arbetshälsoinstitutet, ordförande Matti Viljanen, AKAVA, avtalsdirektör Risto Voipio, Kyrkans arbetsmarknadsverk. Från social- och hälsovårdsministeriet sitter statssekreterare Terttu Savolainen, kanslichef Kari Välimäki och överdirektör Tarmo Pukkila med i koordineringsgruppen.

Docenten i psykiatri, Teija Honkonen från Arbetshälsoinstitutet, utnämns till projektets generalsekreterare. Ett verksamhetsprogram sammanställs inom ramen för projektet och parterna förbinder sig att förverkliga programmet.

För tillfället pågår många nationella program och projekt som kan inverka på att antalet personer som blir arbetsförmögna på grund av depression minskar. MASTO-projektet har ett tätt samarbete med dessa utvecklingsprojekt.

Bakgrund

Förändringar i vardagen och arbetslivet kan vara faktorer som bidrar till arbetsförmåga orsakad av depression. Det visar en färsk undersökning från den konsultativa kommissionen för invaliditetsärenden. Enligt undersökningen har depression som sjukdom inte blivit mer allmän under de senaste årtiondena. Fastän andelen personer som har insjuknat i depression inte har stigit blir människor sjuklediga och förtidspensionerade märkbart oftare än förr.

År 2006 blev omkring 4 000 personer invalidpensionerade på grund av depression. Över hälften av dem var kvinnor. Invalidpensioner orsakade av depressioner började öka i mitten av 1990-talet. Pensionsutgifterna för invalidpensioner förorsakade av depression var 324,4 miljoner euro år 2006. (Siffran preciserades i ett senare skede: 408,8 miljoner euro år 2006).

Pressmeddelande 348/2007

De nordiska social- och hälsovårdsministrarna diskuterade om gemensam läkemedelsmarknad

Social- och hälsovårdsminister Liisa Hyssälä inbjöd på begäran av Islands hälsominister Guðlaugur Þór Þórðarson sina kolleger till ett ministermöte i samband med Nordiska rådets session den 1 november i Oslo. Temat för mötet var en gemensam hälso- och läkemedelsmarknad i Norden.

Enligt minister Hyssälä är läkemedelsfrågorna aktuella på många sätt. Till exempel har alla de nordiska länderna problem med läkemedelskostnader som ökar i snabb takt. Vid mötet diskuterade ministrarna bland annat om samnordiska läkemedelsförpackningar samt gemensamma inköp av läkemedel till de nordiska sjukhusen och vårdanstalterna.

Både i Finland och de övriga nordiska länderna utvecklas som bäst system med elektroniska recept. Enligt minister Hyssälä skulle det i princip vara bra om de nordiska länderna tog i bruk ett gemensamt system för elektroniska recept. Ministern konstaterade ändå att det är mer ändamålsenligt att bygga upp systemen i de egna länderna först.

“Det har visat sig vara en tämligen utmanande uppgift att bygga upp nationella system för elektroniska recept. På grund av detta befarar jag att ibruktageandet av ett gemensamt system skulle fördröja processen att ta i bruk systemen i det egna landet”, sade minister Hyssälä.

Pressmeddelande 3/2008

Minister Risikko: Vi måste förstärka primärhälsovården tillsammans

”Nu är det dags att förstärka primärhälsovården. Enligt en ny utredning har antalet läkare vid hälsovårdscentralerna minskat, samtidigt som det finns fler läkare i arbetsför ålder än någonsin förr. Hälsocentralarbetet upplevs som väldigt hektiskt och det är svårt att kontrollera sitt eget arbete. Enligt en annan undersökning har stödet för att utveckla primärhälsovården varit otillräckligt. Nu vidtar vi de åtgärder som finns inskrivna i regeringsprogrammet för att förstärka primärhälsovården”, sade omsorgsminister Paula Risikko då hon talade vid öppningen av Läkardagarna i Helsingfors söndagen den 6 januari.

För att utveckla primärvårderna krävs att lagstiftningen förnyas och detta görs bland annat genom att sammanslå folkhälsolagen och specialistsjukvårdslagen.

”Dessutom behövs attitydförändringar och verksamhetssätten måste också förändras. Jag inbjuder fackorganisationerna, de medicinska fakulteterna och framförallt de allmänmedicinska institutionerna till ett gemensamt projekt för att förstärka hälsovårdscentralerna. Kommunarbetsgivarna och Kommunförbundet behövs då arbetsfördelningen vid arbetsplatserna skall utvecklas och då man skall se till att arbetstagarna orkar och trivs bättre på sina jobbplatser. Vi gör upp ett åtgärdsprogram för primärvårderna med de andra aktörerna under våren”, sade minister Risikko.

Att förflytta tyngdpunkten i hälsovårdstjänsterna i riktning mot hälsovårdscentralerna lyckas inte utan konkreta redskap och ett ökat kunnande. Dessutom måste resurserna tryggas.

”En utvecklingsenhet för primärvårderna grundas vid Stakes. Enheten skall tillsammans med hälsovårdscentralerna, universiteten och andra inrättningar stöda det vardagliga arbetet vid hälsovårdscentralerna, koordinera utvecklingsverksamheten på en nationell nivå samt hjälpa till att sprida och inpräglade god praxis”, berättade minister Risikko.

Minister Risikko betonade att akutavdelningarna och rehabiliteringsavdelningarna fortfarande behövs vid hälsocentralssjukhusen men att verksamheten vid långvårdsavdelningar måste ses över.

”Serviceboendet och vårdtjänsterna bör utvecklas så att varje åldring livet ut bor vid ett annat ställe än hälsocentralens bäddavdelning. Det är framförallt fråga om livskvalitet och välmående. Långvården vid hälsocentralerna måste förnyas djupgående genom att förändra såväl strukturerna som tillvägagångssätten”, preciserade minister Risikko.

Pressmeddelande 4/2008

Dagens ungdomar röker och dricker mer sällan än förr

Det hälsofrämjande arbetet bland unga under 2000-talet verkar ha lett till resultat. De unga är allt äldre då de provar på att röka för första gången och de börjar också röka dagligen i ett senare skede än förr. Allt fler 12–16-åringar låter dessutom bli att dricka alkohol och unga dricker allt mer sällan för att bli berusade. 18-åriga pojkar utgör ett undantag. Resultaten kommer fram i en studie om ungdomars hälsobeteende som har gjorts vid Tammerfors universitet. 5 840 personer i åldern 12–18 svarade på förfrågningen våren 2007.

Allt färre röker

Att testa på tobaksrökning har minskat i alla åldersgrupper. Rökning och tobaksprodukter har inte samma betydelse för dagens unga som för generationen före dem. Tack vare att tobaksrökningen har begränsats på ett synligt sätt och kunskapen om tobakens hälsofaror har ökat uppfattas rökning inte längre lika ofta som en symbol för vuxenhet. Allt fler unga anser dessutom att det bara är förlorare som röker. Av 12-åringarna har var åttonde i dagens läge rökt någon gång, då varannan hade gjort det år 1977. Av 18-åringarna har var fjärde aldrig rökt.

Andelen personer som röker dagligen har minskat i åldersgruppen 14–18 år. Den positiva trenden har ändå i huvudsak betytt att de unga börjar röka regelbundet lite senare i livet. Fortfarande använder nästan var tredje 18-åring (30 procent av pojkarna och 29 procent av flickorna) dagligen tobaksprodukter, det vill säga cigaretter eller snus. Åtgärderna för att minska tobaksrökningen bör fortsätta, så att också utvecklingen fortsätter gå i rätt riktning.

Exponeringen för cigarettök har också minskat. År 1991 tillbringade var tionde 12-åring dagligen åtminstone en timme i utrymmen med tobaksrök. I dag gör bara 1–2 procent av 12-

åringarna det. Exponering för tobaksrök har även minskat bland de äldre ungdomarna, eftersom de offentliga utrymmena är så gott som rökfria nuförtiden. Förbudet att röka i restauranger, som trädde i kraft sommaren 2007, har underlättat situationen. Rökning hemma kan anses som den mest betydanden orsaken till exponering för cigarettök bland barn och unga.

Snus användningen bland flickor verkar öka

Fler pojkar än flickor prövar och använder snus. Användning av snus bland flickor kan ändå vara på väg att öka. Av alla 16–18-åriga flickor snusar två procent sporadiskt eller regelbundet. Andelen har inte varit lika hög sen år 1981 då dylika studier började göras. Försäljning av snus är förbjuden inom hela EU på grund av hälsoskäl, förutom i Sverige som har ett specialtillstånd. Den svenska snusindustrin har på ett aggressivt sätt försökt främja försäljningen bland annat genom produktutveckling riktad framförallt till kvinnor. Det finns en risk att användandet av snus bland flickor och kvinnor ökar även i Finland på grund av att kunskapen om hälsoskadorna är bristfälliga, speciellt bland unga. För att förebygga ett ökat användande av snus bör övervakningen av illegal försäljning effektiviseras. Dessutom bör införseln av snus från Sverige brytas genom att begränsa import av snus för så kallat eget behov.

De yngsta är nyktra, allt fler äldre dricker för att bli berusade

Under hela 2000-talet har allt fler unga i åldern 12–16 valt att inte dricka alkohol. Under samma period har allt fler slutat dricka för att bli fulla. Då 16 procent av de 14-åriga flickorna år 1999 meddelade att de dricker för att bli mycket berusade minst en gång i månaden, låg samma siffra på 6 procent förra året. Bland pojkarna har siffran under motsvarande period sjunkit från 11 procent till fyra procent.

Den positiva trenden under de senare åren har ändå i huvudsak bara betytt att de unga börjar dricka alkohol i ett senare skede av sitt liv. 41 procent av de 18-åriga pojkarna och 30 procent av flickorna dricker för att bli berusade åtminstone en gång i månaden. Sänkningen av alkoholskatten och sloandet av begränsningarna av alkoholimporten år 2004 ledde till att allt fler 18-åriga pojkar började dricka i syfte att bli berusade. I denna åldersgrupp är 12 procent berusade varje vecka. Om denna trend inte kan vändas, till exempel genom att höja alkoholskatten, kommer alkoholskadorna att öka bland de unga vuxna.

Pressmeddelande 17/2008

Ojämligheten i hälsa har fortsatt att öka i Finland

Finländarnas hälsotillstånd har förbättrats, men hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna har bibehållits eller till och med vuxit under de senaste tjugo åren. Social- och hälsovårdsministeriets nya publikation rapporterar om förändringar i de socioekonomiska hälsoskillnaderna mellan olika grupper samt om orsaker till dessa förändringar och förklaringsmodeller åren 1980–2005. I de flesta fall har man forskat om den socioekonomiska ställningen genom att se på utbildning, men även yrkesbaserad socialgrupp, inkomstnivå och sysselsättningsstatus.

I ljust av uppgifterna från åren 2003–2005 var det förväntade antalet levnadsår för 35-åriga högre manliga tjänstemän 6,1 år längre än för manliga arbetare. För kvinnor var motsvarande skillnad 3,3 år. På basis av uppgifter över dödligheten från 1990-talet vet man att det förväntade antalet friska levnadsår varierar efter utbildningsgrupp ännu mer än det förväntade antalet levnadsår. I de lägsta utbildnings- och socialgrupperna är långtidssjukdomar ungefär 50 procent

vanligare än i de högsta grupperna. Skillnaderna i självskattad hälsa, funktionsförmåga och självskattad arbetsförmåga har varit tydliga under hela granskningsperioden.

Skillnader i levnadsvanor och användning av hälso- och sjukvårdstjänster

I hälsorelaterade levnadsvanor förekommer betydande socioekonomiska skillnader särskilt när det gäller personer i arbetsför ålder. Rökning, storkonsumtion av alkohol och berusningsdrickande är vanligare i de lägre grupperna. Personer i högre ställning har oftare rekommendationsenliga matvanor är personer i lägre ställning, men skillnaderna i användning av fett och grönsaker har ändå minskat. Motionerandet bland personer i arbetsför ålder har hela tiden varit vanligast i de högsta socioekonomiska grupperna. De socioekonomiska skillnaderna är fortfarande stora när det gäller folksjukdomars riskfaktorer som orsakar mest dödsfall, dvs. blodtryck, kolesterolnivå och övervikt.

Även användningen av hälso- och sjukvårdstjänster visar socioekonomiska skillnader. Med hänsyn till servicebehovet utnyttjar höginkomsttagare både mer företagshälsovårds- och privatläkartjänster än låginkomsttagare. Däremot har låginkomsttagare mer hälsovårdscentralbesök än höginkomsttagare. Besök hos tandläkare visar motsvarande skillnader, som dock har minskat bl.a. genom tandvårdsreformen.

Minskning av hälsoskillnader förutsätter samarbete mellan olika sektorer

Ända sedan år 1986 har alla nationella hälsopolitiska program haft som mål att minska hälsoskillnaderna, och detta är en av de svåraste utmaningarna för hälsopolitiken. Att minska hälsoskillnader förutsätter samhälls- och hälsopolitiska åtgärder samt samarbete mellan olika sektorer. Alla åtgärder och strukturer som påverkar folkhälsan borde utvecklas så att hälsan förbättras mest i de stora befolkningsgrupper där hälsoproblem är mest vanliga. På det här sättet kan man samtidigt avsevärt förbättra den genomsnittliga hälsan hos hela befolkningen.

Pressmeddelande 21/2008

De nordiska länderna oense om tillverkning av influensavaccin

De nordiska social- och hälsovårdsministrarna vill att det gemensamma beredskapsarbetet mot en eventuell pandemi fortsätter. Diskussionerna fortsatte på basis av nya utredningar om en gemensam nordisk produktion av vaccin mot fågelinfluensa vid ett möte som ordnades av Nordiska ministerrådet i Stockholm i dag, tisdagen den 29 januari. Tillsvidare har de nordiska länderna inte lyckats arbeta fram en modell som alla kan enas om. Social- och hälsovårdsminister Liisa Hyssälä representerade Finland vid mötet.

”Finland var fortfarande intresserat av att samarbeta kring en offentligt kontrollerad vaccinproduktionsmodell som kunde försnabba införskaffandet av specifikt vaccin till Finland, ifall en influensapandemi bryter ut”, konstaterade minister Hyssälä.

Minister Hyssälä föreslog, att de danska planerna skulle ha kunnat kompletteras med en utomstående riskanalys och tilläggsplan om hur produktionsmetoderna kunde utvecklas. Sverige meddelade däremot vid mötet att landet i dagsläget inte är berett att starta en samnordisk vaccinproduktion. Efter detta beslut konstaterade Danmark att det inte finns förutsättningar för en samnordisk vaccinfabrik.

KTL anskaffar prepandemiskt influensavaccin till Finland

Folkhälsoinstitutet (KTL) beslöt den 25 januari att anskaffa prepandemiskt H5N1-influensavaccin, det vill säga vaccin som ges innan en pandemi bryter ut. Enligt avtalet producerar det internationella läkemedelsföretaget GlaxoSmithKline 5,2 miljoner vaccindoser för Finlands behov. Riksdagen har beviljat medel för inköp av vacciner i tilläggsbudgeten för år 2007.

Pressmeddelande 20/2008

KASTE främjar medborgarnas hälsa och välbefinnande

Huvudsyftet för utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE 2008–2011) är att öka kommuninvånarnas delaktighet, minska utslagningen, förbättra befolkningens välfärd och hälsa samtidigt som hälsoskillnaderna skall bli mindre. Programmet vill dessutom förbättra vårdkvaliteten, tillgången till vården och göra vården mer effektiv samt minska de regionala skillnaderna. Målen har delats upp i mätbara delmål, vilka skall uppnås med hjälp av konkreta åtgärder på lokal nivå. Staten stöder verksamheten bland annat med hjälp av förnyad lagstiftning, rekommendationer och statsbidrag. Statsrådet godkände KASTE-programmet torsdagen den 31 januari.

”För att uppnå förändringar krävs varierande åtgärder i kommunerna men dessa förändringar kan inte enbart uppnås med hjälp av den kommunala social- och hälsovården. Med programmet vill vi bland annat minska andelen omhändertagna barn i förhållande till åldersgruppen, sänka helhetskonsumtionen av alkohol till samma nivå som år 2003 och se till att högst tre procent av dem som är över 75 år befinner sig i långvarig institutionsvård”, räknar omsorgsminister Paula Risikko upp då hon beskriver KASTE-programmets målsättningar.

Utmaning att konstruera en enhetlig servicehelhet

Det kan vara svårt för personer som använder social- och hälsovårdstjänster att hitta tjänster som är rätt för just deras problem. KASTE förbättrar klientens ställning genom att utvidga systemet med servicesedlar och genom att skapa handlingsmöjligheter för mötesplatser enligt lågtröskelprincipen. Exempelvis skall de tjänster som stöder, förebygger och förbättrar situationen för barn, unga och barnfamiljer slås samman över de nuvarande sektorgränserna. Tjänsterna skall bli tillgängliga i det egna hemmet, i dagvården, skolan och fritidsverksamheten samtidigt som institutionstänkandet skall luckras upp. Klientens ställning förbättras också genom att systematisera enkäter om klientbelåtenhet och genom att göra det lättare att utträta ärenden elektroniskt.

Kommun- och servicestrukturreformen förändrar social- och hälsovårdens verksamhetsmiljö. Organisationsansvaret för social- och hälsovårdstjänsterna skall klargöras och gränserna mellan olika förvaltningsområden skall avlägsnas. Dessutom skall utvecklingen av primärhälsovården och socialvården förstärkas. Syftet är att trygga såväl den kontinuerliga utvecklingen inom social- och hälsovården som partnerskapet mellan den offentliga, privata och tredje sektorn samt läroverk, universitet, forskningsinrättningar, kompetenscentren inom det sociala området och ministeriet. Goda rutiner som har utvecklats på olika håll sprids med hjälp av ett nätverk.

Användningen av personalresurser tryggas, likaså en tillräckligt stor personal. Med hjälp av KASTE-programmets åtgärder förstärks även arbetstagarnas kunnande, ledningspraxisen förnyas och välbefinnandet på arbetsplatserna utvecklas.

De hälsofrämjande strukturerna förnyas

Befolkningens välbefinnande och hälsa främjas på bästa sätt då social- och hälsoaspekter tas i beaktande i beslutsfattandet inom alla förvaltningsområden samt då man ingriper i problemen i ett tidigt skede. KASTE erbjuder experthjälp till kommunerna och samarbetsområdena så att de kan utveckla hälsofrämjande strukturer och handlingsmönster. Bestämmelserna angående nya strukturer och ledningsansvar inkluderas i lagstiftningen. Experter från bland annat Folkhälsoinstitutet och Stakes stöder kommunerna då de förnyar strukturerna som skall främja välbefinnande och hälsa.

KASTE strävar också efter att förebygga problem genom att införa tidig intervention som en del av hela det kommunala beslutsfattandet, stöda utvecklingen bland barn och unga och förbättra tjänsterna samt stöda rehabiliteringen för dem som har svårt att få jobb.

Tidigare utvecklingsarbete som grund då utvecklingspengar utdelas

KASTE-programmet skall förnya processerna men stöder sig också på det befintliga utvecklingsarbetet. Omkring 100 miljoner euro i stadsbidrag finns till förfogande under programperioden och pengarna riktas till kommunernas och samarbetsområdenas utvecklingsarbete. Kommunerna bör utnyttja det utvecklingsarbetet som har utförts i området tidigare så att god praxis kan tas i bruk ordentligt. Förhoppningen är att kommunerna, organisationerna och andra lokala aktörer kan planera omfattande, gemensamma projekt, att riktningen går från kortvariga projekt mot ett hållbart utvecklingsarbete och att det kommunala utvecklingsarbetet förstärks.

Pressmeddelande 84/2008

Apotekstjänsterna tryggas även i glesbygderna

Läkemedelsverket skall på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet sammanställa ett förslag om hur filialapotekens ställning bör utvecklas. Filialapoteken skall kunna fungera också då befolkningsunderlaget är litet. Målsättningen är att trygga apotekstjänster med fullständigt sortiment i så omfattande utsträckning som möjligt, även i regioner som inte har ekonomiska förutsättningar att upprätthålla egentliga apotek. Lösningarna gällande filialapotekens öppethållningstider, lokaler och läkemedelssortiment kunde vara mer flexibla än nu. Förutsättningen för att få ett apotekstillstånd kunde också vid behov vara att upprätthålla ett filialapotek. Det finns omkring 200 filialapotek och 600 egentliga apotek i Finland.

Uppdraget baserar sig på de förslag som apotekarbetsgruppen presenterade i augusti förra året. På samma gång arbetar Läkemedelsverket fram nya bestämmelser och direktiv utgående från arbetsgruppens övriga förslag. Det kommer också att göras upp nationella bestämmelser och direktiv om läkemedelshandeln på Internet.

Läkemedelsverket måste dessutom noggrannare definiera förutsättningarna att få upprätta medicinskåp. Målsättningen är att öka antalet medicinskåp i en moderat takt och förbättrar tjänsterna. I medicinskåp, som ofta finns i anslutning till bybutiker, får det i dagens läge endast säljas receptfria mediciner. I framtiden kunde finländarna få köpa även receptbelagda mediciner från medicinskåpen. Detta skulle göras möjligt genom att klienten lämnar sitt läkarrecept i skåpet, varifrån det förmedlas till apoteket. Klienten kunde sedan omgående hämta sina mediciner från medicinskåpet. På samma gång måste man se till att klienten får information om läkemedlet till exempel per telefon.

Kommunerna skall få en mer central roll då det gäller att utvärdera hur läkemedelsdistributionen fungerar i regionen. Om läkemedelsförsörjningen i regionen inte är tryggad bör kommunen ge förslag om att upprätta nya apotek, filialapotek eller medicinskåp till Läkemedelsverket.

Pressmeddelande 159/2008

Cancerdrabbade bör få vård i ett tidigare skede

Det tar onödigt lång tid innan cancerdrabbade i Finland får vård. Enligt uppgifter från Finsk förening för terapeutisk radiologi och onkologi varierar den genomsnittliga tiden mellan operation och läkemedelsbehandling med 40–95 dygn och mellan operation och strålbehandling med 28–67 dygn. Enligt rekommendationer bör patienten få strål- eller läkemedelsbehandling 4–6 veckor efter operationen. Då det handlar om cancertyper som växer snabbt bör patienten få vård senast två veckor efter diagnosen. Omsorgsminister Paula Risikko har inbjudit direktörerna för klinikerna för cancersjukdomar till ett möte den 23 juni 2008. På mötets agenda står fördröjningarna i cancervården och olika lösningsalternativ.

Många cancerformer utvecklas långsamt under årens lopp. I dylika fall inverkar inte en fördröjning med några veckor på slutresultat av vården för enskilda patienter. Då det är fråga om akut leukemi och den allra mest elakartade formen av hjärncancer kan däremot även en kort fördröjning ha en negativ inverkan.

Alla som har drabbats av cancer vill få vård utan dröjsmål och väntan på vården orsakar ångest och vånda. Många av dem som är i vårdköen är sjuklediga. Cancervården kostar dessutom mera och vårdresultaten är sämre om canceren hinner växa. Förutom mänskligt lidande förorsakar köerna alltså onödiga kostnader.

Cancerpatienter får ofta vänta en tid på vård efter att de har fått sin diagnos, eftersom patologen först måste analysera vävnadsbiten för att typisera canceren noggrannare. Läkarna måste dessutom göra till exempel magnet- och röntgenundersökningar. Detta kan ibland ta flera veckor. Analysen är viktig eftersom vården ofta baserar sig på cancerformen och cancerens biologiska egenskaper. Spridningen av canceren bör utredas noggrant, eftersom vården av lokal cancer och utspridd cancer kan vara fullständigt olika.

”Finland, Norge, Sverige och Schweiz har de bästa vårdresultaten för cancer i Europa. Vi vill göra situationen ännu bättre. Därför är det viktigt att upptäcka cancer i ett så tidigt skede som möjligt och att ge ändamålsenlig vård”.

”Cancervård är alltid så kallad brådskande vård. Därför är det dags att ingripa”, konstaterar minister Risikko.

Pressmeddelande 172/2008

Förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård har blivit färdigt

Arbetsgruppen som har haft i uppgift att bereda sammanslagningen av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård har i dag överlämnat sitt förslag till ny lag om hälso- och sjukvård till omsorgsminister Paula Risikko. Förslaget gäller den hälsovård som omfattas av kommunernas organisationsansvar. Syftet är att stärka ett nära samarbete mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården samt att främja samarbetet mellan dessa på regional nivå.

Patienterna får större valfrihet, utbudet av närtjänster ökar

Enligt arbetsgruppens förslag skulle möjligheterna att välja hälsovårdstjänster över kommungränserna öka. Patienternas valfrihet då det gäller vid vilken hälsovårdsenhet han eller hon skall undersökas blir märkbart större. Det skulle bli möjligt för patienten att tillsammans med den vårdande läkaren välja vid vilken enhet inom specialansvarsområdet han eller hon skall få vård. Patientens eller klientens ställning skulle också förstärkas då han eller hon får rätt att välja vårdande läkare eller skötare.

Arbetsgruppen vill dessutom förbättra patientens ställning då det gäller att få specialvårdstjänster närmare boningsorten, vid till exempel hälsovårdscentraler. Vid en och samma enhet skulle det finnas primärhälsovårds- och specialvårdsverksamhet på basnivå, till exempel poliklinisk konsultation och dagkirurgi. På så vis skulle tjänsterna vid hälsocentralerna bli mångsidigare och hälsocentralerna mer lockande som arbetsplats.

För att få enhetligare servicekedjor skulle det grundas ett gemensamt register för behandling av patientuppgifter. Registret skulle bestå av information ur patientregistret över kommunernas primärhälsovård och specialvård. Om vårdansvaret för patienten inom den offentliga sektorn förflyttas från en enhet för primärhälsovård till en enhet för specialiserad sjukvård eller tvärtom, behövs inget skilt medgivande från patienten. Fastän det gemensamma registret skulle användas över de administrativa organisationsgränserna skulle datasekretessen tryggas.

Den förebyggande verksamheten och primärhälsovården förstärks

Främjandet av hälsa och välfärd och förebyggande av hälsoproblem betonas i arbetsgruppens förslag. Den enskilda kommunen eller flera kommuner tillsammans bör göra upp en plan om åtgärder för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd, förebyggande av hälsoproblem samt om tjänsterna och de resurser som reserveras. Detta skall genomföras som en del av det beredningsarbete som hänför sig till kommunens strategi- och ekonomiplanering.

För att förstärka primärhälsovården bör arbetssätten vid hälsovårdscentralerna förnyas och arbetsförhållandena samt ledarskapet utvecklas. Exempel på metoder är bland annat läkare och vårdare som arbetspar, begränsning av befolkningsansvaret till mindre befolkningsunderlag samt förbättrad kunskap inom allmänmedicin.

Två alternativ för hur tjänsterna kunde organiseras

I förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård ingår två alternativ för hur hälsovårdstjänsterna kunde organiseras. Arbetsgruppen har använt begreppen hälsodistrikt och sjukvårdsdistrikt för samkommuner med ett brett befolkningsunderlag i enlighet med PARAS-ramlagen. Detta på grund av att arbetsgruppens förslag enligt uppdraget endast gäller hälsovårdssystemet.

Enligt det ena alternativet skulle kommunerna eller samarbetsområdena och delvis samkommunerna med ett brett befolkningsunderlag (sjukvårdsdistrikten) ha organiseringsansvar för tjänsterna för specialiserad sjukvård. Då patienten har fått en remiss till sjukvårdsdistriktet, förflyttas organisationsansvaret från kommunerna eller samarbetsområdena till sjukvårdsdistriktet. Vid hälsovårdscentraler eller samarbetsområden skulle det förutom primärhälsovård finnas specialiserad sjukvårdsverksamhet på basnivå, så som poliklinikmottagningar, mindre åtgärder och dagkirurgi. Minimibefolkningsunderlaget för sjukvårdsdistrikten skulle vara omkring 150 000 invånare. Inom kommunen eller samarbetsområdet som svarar för primärhälsovården, bör det finnas minst cirka 20 000 invånare.

Enligt det andra alternativet kunde kommunerna bilda ett hälsodistrikt i stället för ett samarbetsområde. Distriktet skulle svara för både folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården. I huvudsak skulle detta alternativ gälla för landskap med under 150 000 invånare.

Det kunde finnas max 20 samkommuner med brett befolkningsunderlag (sjukvårdsdistrikt) och hälsodistrikt i Finland. För att få organisera krävande specialiserad sjukvård skulle dessa höra till ett specialansvarsområde. För att garantera kvaliteten skulle tjänster som kräver specialkunnande centraliseras i högre grad än förr. Detta innebär att andelen sjukvårdsdistrikt skulle minska eller att samarbetet mellan specialansvarsområdena skulle bli tätare.

Organiseringsansvaret för primärvårdstjänster skulle förflyttas från kommunerna till samkommuner med brett befolkningsunderlag eller hälsodistrikten. På samma gång skulle innehållet

i tjänsterna definieras noggrannare och tjänsterna skulle i högre grad integreras till en del av jourverksamheten vid sjukhusen.

Social- och hälsovården skall ses som en enhetlig helhet

Båda alternativen skulle förverkligas på ett sätt som stöder samarbetet och de gemensamma strukturerna mellan hälsovården och socialvården. I samkommuner med brett befolkningsunderlag skulle samarbetet mellan primärhälsovården och socialvården förverkligas i samarbetsområdet eller kommunen. Den specialiserade sjukvården skulle förverkligas enligt hur kommunerna kommer överens. I hälsodistriktet skulle socialvården och handikappomsorgen skötas i enlighet med kommunernas beslut.

I lagförslaget ingår en allmän förordning som förpliktigar till samarbete mellan social- och hälsovården. Lagstiftningen som hänför sig till socialvården bör reformeras så att den i sin tur stöder ett enhetligt regionalt samarbete och organiseringshelheten för social- och hälsovårdstjänsterna i enlighet med ramlagen.

Några pressmeddelanden från Stakes

26.2.2008

Finländarnas välfärd fortsätter att öka – välfärdsskillnaderna likaså

Enligt Stakes rapport om finländarnas välfärd 2008 mår befolkningen allt bättre. Hälsan har förbättrats i alla socioekonomiska grupper, levnadsnivån har stigit och låginkomsttagarnas realinkomster har ökat. Försörjningsproblemen, arbetslösheten och ungdomarnas bruk av alkohol och andra droger har minskat. Men Finland har också blivit allt mer ojämnt. Välfärdsskillnaderna har fortsatt att öka både när det gäller hälsa och inkomster.

Välfärdsskillnaderna ökar, eftersom låginkomsttagarnas och de lågutbildades inkomster och hälsa inte har förbättrats lika snabbt som höginkomsttagarnas och de utbildades. Inkomstskillnaderna har ökat till samma nivå som i början av 1970-talet. Att slås ut ur arbetslivet är fortfarande vanligt, vilket till stor del förklarar ökningen av skillnader. Att skillnaderna vuxit är delvis en följd av den politik som bedrivits. Inkomstöverföringar och en progressiv beskattning utjämnar allt mindre inkomstskillnaderna.

På 2000-talet verkar ökningen av de regionala välfärdsskillnaderna ha avstannat, trots att befolkningen fortsätter att tränga ihop sig i tillväxtcentrum. Psykiska och sociala problem är vanligast i de största städerna, medan försörjningsproblem är vanligast i glesbygden. Landsbygd i närheten av städer är det bästa bostadsområdet när man utgår från materiellt och subjektivt värderad välfärd.

Majoriteten, dvs. nio av tio finländare i arbetsför ålder, är nöjd med sitt liv. Trots att andra än materiella faktorer allt mer blivit de faktorer som omger finländarnas välfärd, så är det fortfarande faktorer med koppling till arbete och utkomst som definierar välfärden. Av de enskilda riskfaktorerna var arbetslöshet tydligast kopplad till välfärd och brist på välfärd.

Undersökningen visar också att finländarna fortfarande har en stark tilltro till välfärdsstaten och att de vill bevara den mer eller mindre i samma form nu. Största delen av finländarna är i stort sett nöjda med både den sociala servicen och hälso- och sjukvården. Fler än tidigare anser att nivån på den sociala tryggheten är för låg. Av den här åsikten är såväl hög-, medel- som låginkomsttagare.

Rapporten om finländarnas välfärd 2008 bygger på en omfattande befolkningsenkät, som Stakes genomfört. I den intervjuades per telefon 4 530 finländare i slutet av 2006. I enkäten ställdes frågor om de svarandes välfärd. Dessutom ville man ha synpunkter på den sociala servicen och hälso- och sjukvården. Svarsprocenten var 84 procent. Enkäten var den andra i sitt slag. Den föregående genomfördes 2004.

9.5.2008

Enkelt att ta fram nyckeltal om europeiska länder i SOTKANet

Innehållet i Stakes indikatorbank SOTKANet (www.sotkanet.fi) har utvidgats med centrala uppgifter om socialvården och hälso- och sjukvården i europeiska länder.

Indikatorbanken SOTKANet upprätthålls av Stakes. Tanken är att den ska vara till nytta för beslutsfattare och experter inom social-, hälso- och sjukvårdssektorn när de planerar, följer upp och fattar beslut. SOTKANet innehåller uppgifter från och med år 1990 om befolkningens välfärd och hälsa i Finlands alla kommuner.

En ny helhet i indikatorbanken är uppgifter om europeiska länder. Uppgifterna har i huvudsak sammanställts med utgångspunkt i sociala indikatorer och hälsoindikatorer som Eurostat, Europeiska kommissionens generaldirektorat för hälso- och konsumentfrågor samt Nordiska socialstatistikkommittén (Nososko) utarbetat.

Du hittar information om följande ämnesområden:

- Befolkningsdata och socioekonomiska variabler
- Hälsotillstånd
- Bestämningsfaktorer för hälsan
- Konsumtion av hälso- och sjukvård
- Resurser i socialvården och hälso- och sjukvården

Du hittar de nya indikatorerna genom att på söksidan välja Europeiska indikatorer i rullgardinsmenyn ”Välj indikatorgrupp”. De europeiska uppgifterna kan åskådliggöras genom alla grafiska funktioner utom kartfunktionen. Det indikatorpaket som nu publicerats kompletteras ännu under vårens lopp.

När olika länder jämförs med varandra är det viktigt att komma ihåg att statistikföringsätten kan avvika mycket från varandra.

21.5.2008

TERVE-SOS 2008 i Jyväskylä 21.–22.5.2008: Alkoholprogrammet 2008–2011 stärker regionernas ansvar och kunnande

En central riktlinje för verksamheten i det förnyade programmet är särskilt att ingripa allt tidigare och mer fokuserat i föräldrars och ungdomars alkoholbruk. Det regionala ansvaret stärks. Stakes ser tillsammans med länsstyrelserna och de övriga samarbetspartnerna till att den regionala och den lokala nivån har tillräckliga sätt och verktyg att genomföra programmet. Sätten är bland annat miniintervention, stödjande av god praktik, näringslivs- och alkoholtillsyn, förebyggande av störningar och våld samt information, upplysning och stärkande av kulturell förändring.

Enligt statsrådets principbeslut ska förvaltningsområden, kommuner, kyrkor, organisationer och näringsliv samarbeta inom ramen för alkoholprogrammet för att förebygga och minska alkoholrelaterade skadeverkningar. Programmet stödjer sig mer än tidigare på ett större regionalt ansvar, som i sin tur stöds genom utveckling av kunnandet och kvaliteten. Regionala aktörer erbjuder verktyg, och god praktik sprids på den lokala nivån. Arbetet får stöd via information och kommunikation. Alkoholprogrammet samarbetar med regeringens politikprogram.

Det regionala arbetet med att minska alkoholskador utförs i nätverk. Innehållet och ansvarsfördelningen i dessas partnerskapsavtal kommer att fastställas allt mer konkret i fortsättningen. Partnerskapsavtalen görs till ett systematiskt styrsätt för det nationella, regionala och lokala arbetet. Med hjälp av avtalen kan man också följa hur framgångsrikt programmet är. Tillsammans med koordinatörer, som anställs i länen, hjälper Stakes kommunerna att förbereda och verkställa partnerskapsavtalen. Avtalen sluts fortfarande med social- och hälsovårdsministeriet. I fortsättningen ansvarar Stakes för alkoholprogrammets webbplats samt för publiceringen av alkoholprogrammets gratispublikationer.

Målet är att före utgången av programperioden minska den totala alkoholkonsumtionen, öka det regionala kunnandet om förebyggande av alkoholskador samt identifiera god praktik inom förebyggande och korrigerande missbruksarbete och ställa den till olika aktörers förfogande. Ett centralt mål är också att man inom basservicen klarar av att identifiera och ingripa i alkoholbruk

mer effektivt än tidigare. ”Hela byn” måste engageras i att göra dryckeskulturen nyktrare, dvs. alla möjliga aktörers stöd ska användas för att målen ska nås. Icke-statliga organisationer och andra aktörer inom den tredje sektorn samt föräldrar till barn och ungdomar har i detta hänseende utfört ett förtjänstfullt arbete.

Enligt omsorgsminister Paula Risikko krävdes strukturella förändringar för att alkoholprogrammet skulle kunna fortsätta under den nuvarande regeringsperioden.

Social- och hälsovårdsministeriet inledde omedelbart tillsammans med finansministeriet beredningsarbetet för att höja alkoholskatten. Alkoholprogrammet effektiviserades med hjälp av Stakes resurser och tyngdpunkten förflyttades medvetet mot en lokal nivå. ”Alkoholprogrammet verkar i fortsättningen i högre grad än förr där skadorna uppstår, det vill säga så nära vardagslivet som möjligt”, konstaterade ministern.

30.5.2008

Kortare vårdköer inom mun- och tandhälsovården

Antalet personer som köat till tandvård över ett halvår har mer än halverats på ett år. Enligt en hälsovårdscentralenkät som genomfördes av Stakes i mars i år hade 11 800 personer köat över ett halvår vid 42 hälsovårdscentraler, när antalet varit 25 300 personer ett år tidigare.

Enligt uppföljningen hade situationen förbättrats mest i Kymmenedalens och i Norra Karels sjukvårdsdistrikt. I relation till befolkningen var situationen sämst i Birkaland och näst sämst i Vasa sjukvårdsdistrikt. Vid hälsovårdscentralerna i Södra Savolax och i Östra Savolax sjukvårdsdistrikt fanns det ingen som köat över sex månader. Inom mun- och tandhälsovården tillåter lagstiftningen att tidsfristen på tre månader för att ge vård överskrids med högst tre månader.

Vid 88 procent av hälsovårdscentralerna bedömdes vårdbehovet vanligen omedelbart när kontakt tas. Trots det hade 18 hälsovårdscentraler fortgående problem med att säkerställa tillgången till vård.

Endast 13 procent av hälsovårdscentralerna räknade med att tillgången till vård skulle förbättras i slutet av 2008. Totalt 28 procent trodde att situationen skulle försämrats. Väntetiderna till tandläkare och munhygienist hade förlängts lite. I mars fick man en tandläkartid för icke-akut vård inom mindre än tre månader vid 63 procent av hälsovårdscentralerna, medan motsvarande tal varit 69 procent ett halvår tidigare. Vid varannan hälsovårdscentral fick man en tid till en munhygienist inom mindre än tre veckor, medan väntetiden vid nästan alla andra hälsovårdscentraler kunde vara till och med tre månader.

Det förekom fortfarande problem med veckoslutsjouren, trots att situationen hade förbättrats. I mars hade var tredje hälsovårdscentral ingen söndagsjour, medan varannan inte hade det för ett år sedan.

Endast en femtedel av befolkningen var bosatt i områden där hälsovårdscentralernas personalbrist inte stör genomförandet av vårdgarantin. Totalt 62 procent av hälsovårdscentralerna uppgav att bristen på tandläkare försvårar genomförandet. Situationen hade försämrats sedan oktober 2007. Det fanns för få munhygienister vid 20 hälsovårdscentraler, medan 13 procent av hälsovårdscentralerna hade för få tandskötare. Majoriteten av hälsovårdscentralerna använde hyrd personal och/eller köpte tjänster. Servicesedeln användes vid en hälsovårdscentral. Endast en femtedel av hälsovårdscentralerna hade ingen utomstående personal.

Uppgifterna bygger på en enkät, som besvarades av 207 hälsovårdscentraler (89 procent). Den genomfördes av Stakes i mars 2008 och uppgifterna täcker 97 procent av befolkningen. Stakes sammanställer på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet uppföljningsuppgifter om tillgången till vård, och enkäten genomförs med sex månaders mellanrum. Vårdgarantin har varit i kraft i tre år, dvs. från och med mars 2005.

30.5.2008

Fortfarande vårdgarantiproblem vid hälsovårdscentralerna

Över en tredjedel av befolkningen är bosatt i hälsocentralområden där det tidvis är svårt att få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen. Trots det sker bedömningen av vårdbehovet i regel inom tre vardagar i hela landet. I fråga om icke-akut läkarvård måste man vanligen vänta över två veckor.

Vid en del hälsovårdscentraler händer det dagligen att det inte finns läkartider, trots att vårdbehovet fastställts. Totalt 12 procent av befolkningen är bosatt inom sådana hälsocentralområden. Situationen har emellertid förbättrats sedan mars 2007, när motsvarande befolkningsandel var 26 procent.

Enligt folkhälsolagen ska en patient kunna få kontakt med hälsovårdscentralen omedelbart, men det fungerar bristfälligt. Över en tredjedel av befolkningen är bosatt i områden där det tidvis är svårt att få omedelbar kontakt t.ex. per telefon.

Att bedöma vårdbehovet inom tre vardagar genomfördes i samma utsträckning (95 procent) som vid tidigare uppföljningar. Elva hälsovårdscentraler hade tidvis problem med att bedöma vårdbehovet inom lagstadgad tid.

Över en tredjedel (37 procent) av befolkningen var bosatt i ett område där man måste vänta över 14 dagar för att få träffa en läkare, utom om behovet är akut. På två år hade situationen försämrats, eftersom motsvarande tal var 19 procent i februari 2006.

Sämst var situationen i Södra och Östra Savolax, Mellersta och Norra Österbotten, Kajana-land samt Länsi-Pohja där 70 procent av befolkningen måste vänta i över två veckor på icke-akut läkarvård. I dessa områden var bristen på hälsocentralläkare stor. Bäst var situationen i Norra Savolax och Lapplands sjukvårdsdistrikt där cirka 60 procent av befolkningen fick en icke-akut läkartid inom en vecka.

Det var i alla fall mer sällsynt än tidigare att inga läkartider fanns att ge. I april 2008 var cirka en fjärdedel (27 procent) av befolkningen bosatt i ett område där patienten alltid fick en läkartid när ett vårdbehov konstaterats. Ett år tidigare var motsvarande andel 16 procent. Fortfarande var 12 procent av befolkningen bosatt i områden där det dagligen händer att det inte finns någon mottagningstid att få. I förhållande till befolkningen var situationen sämst i Östra Savolax och bäst i Birkaland.

Hälsovårdscentraler med brist på läkartider hade vidtagit olika åtgärder för att säkerställa tillgången på mottagningstider: 43 procent uppgav att de har hyrd personal och 36 procent att de köper tjänster. Andra åtgärder var bland annat att styra patienterna till jouren och att förlänga arbetstiden.

Uppgifterna bygger på en enkät som Stakes skickade till hälsovårdscentralerna i april 2008 och som besvarades av 192 hälsovårdscentraler (83 procent). Uppgifterna täcker 95 procent av befolkningen. Vårdgarantin har varit i kraft sedan mars 2005. Dess genomförande följs var sjätte månad.

18.6.2008

Tillgången till specialiserad vård har avsevärt förbättrats

Kösituationen inom specialiserad sjukvård förbättrades avsevärt i början av året. I slutet av april fanns det 4 563 patienter som väntat på vård i över ett halvår i sjukvårdsdistrikten. Antalet var nästan sju procent av alla patienter som väntade på vård. På fyra månader hade antalet som väntat i över ett halvår halverats.

Särskilt i Birkalands, Centrala Tavastlands, Helsingfors och Nylands, Egentliga Finlands, Norra Österbottens och i Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt hade tillgången till vård förbättrats. Också i andra sjukvårdsdistrikt hade kösituationen antingen förbättrats eller förblivit nästan oförändrad. De här uppgifterna är tagna ur Stakes utredning om sjukvårdsdistriktens kösituation inom den specialiserade sjukvården den 30 april 2008. Den föregående uppföljningen gjordes den 31 december 2007.

Av dem som väntat på vård i över ett halvår, köade nästan 60 procent till kirurgisk vård, 13 procent till behandling av ögonsjukdomar och 8 procent till behandling av öron-, näs- och halssjukdomar. Trots att vårdköerna inom specialiteten kirurgi fortfarande är de längsta, hade även de halverats vid årsskiftet. Operationsköerna till ortopedi och plastikkirurgi var de längsta.

Inom specialiteten ögonsjukdomar hade tillgången till vård förbättrats avsevärt. Antalet personer som väntat över ett halvår hade minskat med 71 procent till drygt 600 personer. Man kom till exempel snabbare till starroperation än tidigare.

Antalet personer som väntat i över ett halvår på behandling av öron-, näs- och halssjukdomar hade minskat med 62 procent till 375 patienter. Det här betyder bland annat att äldre personer får hörapparat snabbare än tidigare.

I förhållande till folkmängden var antalet personer som köat till vård i över ett halvår störst i Östra Savolax, Länsi-Pohja och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

Tre procent av de remisser som anlände till sjukvårdsdistrikten under perioden 12.1.–30.4.2008 behandlades först över tre veckor efter mottagandet.

Stakes samlar också in uppgifter om hur länge man måste vänta på att få göra det första besöket. För 76 procent av patienterna var det första besöket inom tre månader, medan 8 procent måste vänta över ett halvår. Skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten var avsevärda. Motsvarande uppgifter har också samlats in om väntetiderna vid första besök som redan gjorts.

Publikationer som utkommit i serien Diskussionsunderlag

2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto, Hannele Palosuo. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveysterojen näkökulmasta

Työpapereita 24/2008 Tilausnro T24/2008

Pertti Korteniemi, Pekka Borg. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä?

Työpapereita 23/2008 Tilausnro T23/2008

Mariann Kylmäniemi, Outi Töytäri. Vammaispalvelulain mukaiset apuvälinepalvelut. Selvitys apuvälinepalveluiden toteutumisesta Suomessa vuonna 2006

Työpapereita 22/2008 Tilausnro T22/2008

J. Hiitola. Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista

Työpapereita 21/2008 Tilausnro T21/2008

Tuula Kekki, Pia Kajander. Päihdestrategia työnohjaajana. Toimijoiden kokemuksia kirjoitusprosessista ja strategian toimeenpanosta

Työpapereita 20/2008 Tilausnro T20/2008

Hannele Hyppönen (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspäivät 2008

Työpapereita 19/2008 Tilausnro T19/2008

Reijo Sund, Merja Juntunen, Peter Lüthje, Tiina Huusko, Matti Mäkelä, Miika Linna, Antti Liski, Unto Häkkinen. PERFECT – Lonkkamurtuma. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla

Työpapereita 18/2008 Tilausnro T18/2008

Minna Kivipelto. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin

Työpapereita 17/2008 Tilausnro T17/2008

Kaarina Wilskman, Timo Ståhl, Seija Muurinen, Kerttu Perttilä, Matti Rimpelä. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007

Työpapereita 16/2008 Tilausnro T16/2008

Anna Kokko. Valistusta vauvaperheille. Raportti Meille tulee vauva -opaskirjaseen uudistustyöstä 2005–2006

Työpapereita 15/2008 Tilausnro T15/2008

Anu Leinonen. Sosiaalipalvelut muutoksessa – Paras vai palveluaukko? Tutkimussuunnitelma ParasSos-tutkijaryhmälle

Työpapereita 14/2008 Tilausnro T14/2008

Maritta Vuorenmaa & Lasse Löytty. Kohti pohjalaista hyvinvointia. Arviointinäkökulmia Pohjanmaa-hankkeen ensimmäiseen toimintakauteen vuosina 2005–2007

Työpapereita 13/2008 Tilausnro T13/2008

Lauri Vuorenkoski, Mauno Konttinen, Minna Sinkkonen (toim.). Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2008

Työpapereita 12/2008 Tilausnro T12/2008

Sopimusohjauksen kehittämistyöryhmä: Suositus sopimusohjauksen toteuttamiseksi

Työpapereita 11/2008 Tilausnro T11/2008