

MAUNO KONTTINEN, MILLA ROOS (RED.)

Annus Socialis et Medicus Fenniae 2006

Nordiskt social- och hälsodirektörsmöte
Grønland 22.–24. augusti 2006



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

TYÖPAPEREITA 24/2006

Mauno Konttinen, Milla Roos (red.)

Annus Socialis et Medicus Fenniae 2006

Nordiskt social- och hälsodirektörmöte

Grønland 22.–24. augusti 2006

© Stakes

Layout: Christine Strid

ISBN 951-33-1727-7 (inb.)

ISSN 1795-8091 (inb.)

ISBN 951-33-1728-5 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Valopaino Oy
Helsingfors 2006



Forsknings- och utvecklingscentralen för
social- och hälsovården

Helsingfors 2006

Innehåll

Förord.....	5
<i>Vappu Taipale, Generaldirektör</i>	
Kommun- och servicestrukturreformen avancerar	6
<i>Markku Pekurinen, Udviklingschef, CHESS</i>	
Den nationella projektet för trygghet av hälso- och sjukvården 2002–2007	9
<i>Mauno Kontinen, Överdirektör</i>	
Det riksomfattande utvecklingsprojektet för det sociala området inleder sitt fjärde verksamhetsår.....	10
<i>Matti Heikkilä, Överdirektör</i>	
Nationella kvalitetsrekommendationer som styrmedel	13
<i>Maijaliisa Junnila, Direktör för resultatområdet, Tjänster för kommuner</i>	
Samarbetscentrum för mental hälsa i Finland	23
<i>Juha Lavikainen, Chefen för samarbetscentret</i>	
Social- och hälsovårdsberättelse 2006, Social- och hälsovårdsministeriet.....	25
Sammandrag av några böcker som utgivits 2005–2006 från Stakes	39
Sammandrag av några böcker som utgivits 2005–2006 från social- och hälsovårdsministeriet	48
Somliga pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet	50

FÖRORD

Från sommaren 2005 till sommaren 2006 – förändringstryck på välfärdssamhället

VAPPU TAIPALE

Alla nordiska länder har på sistone fått njuta av positiv uppmärksamhet med anledning av deras topplaceringar i internationella utvärderingar och på rankinglistor av olika slag. Även Nordiska rådet har gjort ett sammandrag över det nordiska välfärdssamhällets starka sidor, och de är ju rätt många. För oss finländare är det speciellt svårt att ta emot beröm av det här slaget. Exempelvis resultaten för OECD:s PISA-undersökning, där Finland toppade statistiken, publicerades hos oss som en alldeles liten nyhet, och ministern fick svara på den skarpa frågan varför de toppkompetenta hos oss inte var ännu bättre. I Finland finner vi oss bättre till rätta i kris eller krig, mitt i en katastrof, och därför omger vi oss alltid med en känsla av överhängande krishot. Även det gångna året har klart präglats av krisstämningar.

Statsförvaltningen har startat ett s.k. produktivetsprogram, som utgår ifrån tanken att endast ökad produktivitet kan i fortsättningen rädda vår ekonomi. Trycket riktas särskilt mot den offentliga förvaltningen. Eftersom det är svårt att mäta produktiviteten inom den offentliga förvaltningen, har man fattat beslut att skära ned antalet anställda inom statsförvaltningen med 9 600 årsverken före utgången av år 2011. Personalminskningarna är fördelade på de olika förvaltningsgrenarna och social- och hälsovårdsministeriets andel är cirka 340 årsverken. Som bäst förbereds också inrättandet av statens servicecentraler, och i de nya centralerna vill man särskilt koncentrera anställda inom ekonomi- och personalförvaltningen. En del av centralerna kommer att förläggas i glesbygder, vilket bidrar till att förbättra sysselsättningen i dessa områden.

Vad gäller Stakes och social- och hälsovårdsministeriets övriga forskningsanstalter pågår just nu två utredningar. Den ena utredningen handlar om spelreglerna för extern finansiering – i dagens läge skaffar ju Stakes cirka 40 procent av sin budget från externa finansieringskällor – medan den andra gäller förslaget att ombilda forskningsverksamheten till ett affärsverk. Finansministeriet vill utreda om det är möjligt att flytta 200 forskare från Stakes, Folkhälsoanstalten och Arbetshälsoinstitutet till ett separat affärsverk. Arbetet inleddes i början av sommaren 2006. Vem köparna kan vara och vad vi har att marknadsföra återstår alltså att se.

I Finland är också kommun- och servicestrukturen föremål för politisk debatt, vilket även artiklarna i Annus visar. Små kommuner med hög medelålder kommer förr eller senare att drabbas av ekonomiska svårigheter, och nu skall detta på något sätt förebyggas. Denna gång riktas blickarna mot Danmark. När man länge följt med det nordiska samarbetet och utvecklingen i systerländer och systerämbetsverk, kan man i utvecklingen urskilja en pendelrörelse som går från decentralisering till centralisering och tillbaka igen, eller från litet är vackert-ideologin till betoningen av stordriftsfördelar och tillbaka igen. För inte alltför länge sedan drev Danmark på den s.k. tredje decentraliseringen, som siktade på att lämna makten direkt till medborgarna, medan vi i dag däremot diskuterar ett förslag att öka kommunstorleken. I detta sammanhang kommer man också att fråga sig om olika länder i allmänhet tar lärdom av varandra? Tar vi fasta på grannarnas erfarenheter? Vi i Norden har ju förutsättningar att göra detta eftersom alla nordiska länder har en likartad samhällelig anda, serviceinriktning och modell för välfärdssamhället.

Likväl är det alltid inspirerande och lärorikt att träffas och utbyta erfarenheter!

KOMMUN- OCH SERVICESTRUKTURREFORMEN AVANCERAR

MARKKU PEKURINEN

Projektet för en reform av den finländska kommun- och servicestrukturen, som inleddes våren 2005, övergick i följande fas då den politiskt representativa, projektledande strukturgruppen färdigställde sitt förslag till ramlag den 28 juni. Ramlagen innehåller riktlinjerna och tidsschema för den fortsatta kommun- och servicestrukturereformen.

Ramlagens syfte är att förstärka kommun- och servicestrukturen med utgångspunkt från det kommunala folkväldet. Målsättningen är att förbättra produktiviteten, stävja kommunernas utgiftsökning, utveckla styrningen av den kommunala servicen samt säkerställa tillgången till högklassiga tjänster för medborgarna i hela landet. Tjänsterna inom social- och hälsovårdssektorn har en central plats i reformen.

Den nya kommun- och servicestrukturen

Kommunstrukturen förstärks genom att sporra kommunerna att gå samman och införliva kommundelar med andra kommuner. De framtida kommunerna bör utgöras av pendlingsområden. Avsikten är dock inte att påbjuda sammanslagning, utan kommunerna skall självständigt få besluta om eventuell samgång. Samgången kommer att stödjas ekonomiskt. Det ekonomiska stödet utformas så, att det sporrar kommunerna att gå samman i invånarantalsmässigt betydligt större enheter än i dag. Något mål för kommunernas invånarantal kommer dock inte att preciseras.

Ramlagen förutsätter bredare samarbete mellan kommunerna inom social- och hälsovårdssektorn än hittills. För att stärka samarbetet kan kommunerna bilda samarbetsområden. Det enda invånarantalsbundna förslaget gäller primärhälsovården och socialväsendet, för vilka kommunen eller samarbetsområdet bör ha minst 20 000 invånare. Detta invånarantal fordrar cirka 15 läkarvakanser inom primärhälsovården.

För arrangemang av tjänster som fordrar ett brett befolkningsunderlag, såsom specialistsjukvården och vården av utvecklingsstörda, indelas landet i samkommuner med utgångspunkt från de 20 existerande sjukvårdsdistrikten. Kommunerna kan även överföra andra uppgifter till samkommunerna, vilket möjliggör olika verksamhetsmodeller. Bland dessa kan nämnas de social- och hälsovårdsdistrikt som planeras inom vissa områden och som ansvarar för produktionen av alla hälsovårds- (primärhälsovården och specialistsjukvården) och socialtjänster (inklusive äldreomsorgen) till områdets invånare. Varje kommun bör ingå i en samkommun.

Därtill utreds hur samkommunernas finansiering kunde realiserats så, att plötsliga kostnadsvägningar till följd av dyr vård kan undvikas och att totalkostnadsutvecklingen på förhand kan preciseras mer bindande än hittills.

Vissa delar av behandlingen på specialnivå inom sjukvården koncentreras rikstäckande till vissa specialansvarsområden (universitetssjukhus). Regeringen fastställer genom förordningar vilka undersökningar och behandlingsåtgärder samt vilken vård som omfattas av specialistsjukvården.

Huvudstadsregionen och landskapscentra

Kommunerna inom huvudstadsregionen bör utarbeta en plan för harmonisering av markanvändningen, boendet och trafikarrangemangen samt för bland annat kommungränsöverskridande social- och hälsovård.

Landskapscentra (motsvarar i huvudsak de nuvarande sjukvårdsdistriktens centralstäder) bör, i samarbete med grannkommunerna, utarbeta en plan för harmonisering och utveckling av servicen (inklusive social- och hälsoservicen).

Kommuner med svag ekonomi

Kommuner med särskilt svag ekonomi kartlägger, i samarbete med staten, möjligheterna att trygga servicen till invånarna. Om utredningarna visar att åtgärderna är otillräckliga, kan regeringen påbjuda kommunsammanslagning.

Åtgärder från kommunernas sida

Varje kommun bör presentera en särskild realiseringsplan avseende kommun- och servicestrukturen för regeringen. Planen bör omfatta de åtgärder som kommunen avser vidta för att uppnå en livskraftig, funktionsduglig och enhetlig kommunstruktur samt kommunens åtgärder för att stärka samarbetet bland annat för att ordna social- och hälsoservice.

Som bas för realiseringsplanen bör varje kommun göra en analys av befolkningsunderlaget och servicebehovet fram till åren 2015 och 2025. Kommunerna bör även göra upp en plan för stabilisering av ekonomin. Realiseringsplanen bör innehålla en utredning om servicenätets omfattning, arrangemangen av de centrala funktionerna, bland annat social- och hälsovårdstjänsterna, samt om dimensioneringen och utvecklingen av de personella resurserna.

Statens kommunpolitik och kommunernas finansiering

Kommunernas finansierings- och statsandelssystem revideras. Kommunernas skatteunderlag förstärks genom att överföra skatteavdrag till staten. Hindren för sammanslagning och samarbete avlägsnas. Vid kommunsammanslagningen tryggas statsandelarna för fem år framåt. Målsättningen är en sammanslagning av statsandelarna enligt förvaltningsområde (t.ex. social- och hälsovårdsväsendet, undervisningsväsendet). Statsandelarna beaktar kommunernas varierande förhållanden och servicebehov. Reformen förändrar inte kostnadsfördelningen mellan kommunerna och staten.

Arrangemangs- och finansieringsansvaret för bland annat hälsovårdstjänsterna för utomlands bosatta finländare, utredningarna av sexuellt utnyttjande av barn och de rättspsykiatriska utredningarna, som idag ligger hos kommunerna, överförs till staten. Beredningen av uppgiftsöverföring av bland annat andningsförlamade patienter och handikapptjänster pågår.

Personalens ställning

De i ramlagen definierade arrangemangen görs i samråd med kommunernas personalrepresentanter. Personal får inte sägas upp av ekonomiska eller produktionsmässiga orsaker under en period om fem år.

Regeringens redogörelse

Regeringen avlåter en redogörelse om realiseringen av målsättningarna i ramlagen till riksdagen år 2009. Redogörelsen omfattar en bedömning av resultaten från kommun- och servicestrukturens första fas.

Tidsschema för reformen

- Regeringens proposition om ramlag avläts till riksdagen i september 2006
- Lagen träder i kraft i början av år 2007
- Planerna för etablering av kommun- eller samarbetsområden färdigställs före ingången av juni år 2007
- Kommunernas planer för arrangemang av tjänsterna (inklusive social- och hälsovårdstjänsterna) färdigställs före ingången av september år 2007
- Kommunerna i huvudstadsregionen, landskapscentra samt de omgivande kommunerna färdigställer sina samarbetsplaner (inklusive social- och hälsovårdstjänsterna) före ingången av september år 2007
- Besluten om kommunsammanslagningen år 2009 fattas före utgången av år 2007
- Sammanslagningförslagen avseende kommuner med svag ekonomi presenteras före utgången av mars år 2008
- Regeringens redogörelse om realiseringen av målsättningarna i ramlagen avläts till riksdagen år 2009
- Ramlagen upphör att gälla vid utgången av år 2012

Bedömning av reformen

Kommunerna har ett centralt ansvar för genomförandet av kommun- och servicestrukturreformen. Ramlagen ger inte landets regering ökade befogenheter, men anger riktlinjerna och tidtabeller för processen samt ställer målen för reformen.

Reformen enligt ramlagen är betydligt moderat än de mål som ställdes upp då projektet inleddes. Ramlagen, som är resultatet av flera politiska kompromisser, representerar väl den revideringskonsensus som är typisk för den finländska politiken. Det är inte uteslutet att processen måste påskyndas och finslipas senast i samband med regeringens redogörelse år 2009.

Anmärkningsvärt är att reformprocessen har föregåtts av en bred politisk beredning, som även har omfattat oppositionspartierna. Tillvägagångssättet förankrar reformen hos alla de viktiga politiska partierna och säkerställer reformens framtid även efter ett eventuellt regeringskifte.

Den flexibla ramlagen ger möjlighet att genomföra olika slags och mycket varierande servicestrukturer inom social- och hälsovårdssektorn. Lagen innehåller i praktiken inga tvångsmedel för kommunsammanslagning och inte heller för reformering av servicestrukturen, utan lovar kommunerna ekonomiskt stöd för uppnående av de uppställda målen. Ansvar för realiseringen av reformen ligger i stor utsträckning hos kommunernas politiska beslutsfattare. Beslutsfattarnas kreativitet, mod och färdigheter avgör hur väl kommun- och servicestrukturreformen faller ut.

Eftersom kostnaderna för social- och hälsovården redan idag utgör över hälften av kommunernas utgifter, beror reformutfallet i stor utsträckning på hur väl de kommunala beslutsfattarna lyckas balansera det ökande behovet av social- och hälsovårdstjänster mot målet att stävja kostnadsökningen.

DET NATIONELLA PROJEKTET FÖR TRYGGANDE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN 2002–2007

MAUNO KONTTINEN

Vid några nordiska hälsodirektörsmöten har vi rapporterat om det finska nationella hälsoprojektet för tryggnad av hälso- och sjukvårdens framtid, senast i Tórshavn i augusti 2005. Projektets uppföljningsgrupp har utvärderat verksamheten under år 2005. Rapporten är uppföljningsgruppens sjunde utvärdering om hur hälsoprojektet avancerar.

Uppföljningsgruppen anser det bra att man i hälsoprojektets slutfas fäster särskild uppmärksamhet vid hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård. Satsning på främjandet av barns och ungdomars hälsa och välbefinnande lyfts fram. Uppföljningsgruppen anser det viktigt att nya innovativa metoder eftersöks och utnyttjas i det förebyggande arbetet och att projektfinansieringen inriktas på projekt som syftar till att främja hälsan.

Uppföljningsgruppen fäster uppmärksamhet vid en systematisk uppföljning av tillgång till vård som bygger på uppföljningsdata, som har samlats in på pålitliga och överensstämmande sätt. Gruppen förutsätter att tidsfrister för tillgång till vård och tidsfristernas utveckling följs upp på det planerade sättet. Utmaningen är att informera om uppföljningsdata per enhet och att följa upp och analysera väntetiderna på det nationella planet genom samarbete mellan det nationella hälsoprojektet och forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes). I fortsättningsarbetet skall betonas stärkande av primärvårdens ställning samt utveckling av arbetsmiljön.

Uppföljningsgruppen anser det viktigt att trygga tillgång till och utbud på personal samt personalens kompetens. Utbildningens innehåll skall motsvara arbetslivets behov. Tjänsternas produktionsätt skall utvecklas så att personalens arbetsinsats inriktas på rätt uppgifter. Mobilteknologi och andra nya servicekanaler skall utnyttjas effektivt. I fråga om vårdpersonalen bör man fästa särskild uppmärksamhet vid belöning, arbetsmiljö samt flexibla arbetstider. Utvärderingsgruppen uppmärksammar också hur viktigt det är med regionalt föregripande samt allokering av intagningsplatser i enlighet med regionernas behov. Uppföljningsgruppen anser det viktigt att de nödvändiga lagreformerna inleds på basis av arbetsfördelningsprojekt. En snabb lansering av ledarskapsutbildning på olika nivåer är nödvändigt.

Uppföljningsgruppen betonar att det fortfarande behövs modiga och djupgående strukturella reformer för att åstadkomma rationella och ekonomiska verksamhetshelheter samtidigt som kommunernas finanser blir stramare och hälso- och sjukvårdens kostnadstryck ökar. Positivt har varit att diskussionen om en reform av kommun- och servicestrukturen har inspirerat flera regioner att försöka minska klyftorna mellan den specialiserade sjukvården, primärvården och socialförvaltningen. I olika delar av landet har man upprättat eller planerar att upprätta hälsovårdsdistrikt eller social- och hälsovårdsdistrikt, som organiseras på olika sätt.

Uppföljningsgruppen betonar att social- och hälsovårdsministeriets och länsstyrelsernas kriterier för projektfinansiering samt projektutvärderingen skall utvecklas vidare så att projekt genomförs som samarbete mellan flera förvaltningsområden och som mer omfattande och bättre inriktade programpaket. Därtill skall kommunerna fästa större uppmärksamhet vid planering, förpliktelse, innovativitet, organisering och resursallokering i projekten.

DET RIKSOMFATTANDE UTVECKLINGSPROJEKTET FÖR DET SOCIALA OMRÅDET INLEDER SITT FJÄRDE VERKSAMHETSÅR

MATTI HEIKKILÄ

Utvecklingsprojektet för det sociala området är ett redskap för ledning av den landsomfattande reformen av socialtjänsterna i Finland. Samtidigt har man startat programmet Valfärd 2015 och inlett långsiktig utveckling av det sociala området.

Utvecklingsprojektet för det sociala området genomförs åren 2003-2007. Projektet verkställer statsrådets principbeslut om trygghet av framtiden inom det sociala området. Principbeslutet bygger på regeringsprogrammet för Matti Vanhanens regering och på förslag som våren 2003 lämnades av utredare som utsetts av det rikstäckande utvecklingsprojektet för det sociala området.

Utvecklingsprojektet för det sociala området bistår kommunerna när de förnyar sina tjänster, och projektets mål är att skapa bestående förändringar. Projektet samarbetar intensivt med det nationella hälsoprojektet på alla nivåer.

Utvecklingsprojektet för det sociala området består av 4 projekthelheter och 23 delprojekt. Kommunerna har startat över 400 regionala projekt med anknytning till utvecklingsprojektet.

För att förbättra tillgången till service tryggar man klientens rätt att få en bedömning av sitt servicebehov inom socialvården i kommunen. I den första fasen framarbetades lagförslag om tillgången till service och social omsorg för äldre.

I juni 2005 lämnade regeringen till riksdagen en proposition om ändring av socialvårdslagen så att en precisering av äldres rätt att få sitt behov av socialvårdsservice bedömt tas in i lagen. Riksdagen antog lagen i november 2005. Enligt lagen är kommunen skyldig att tillhandahålla bedömning av behovet av socialservice för personer som fyllt 80 år samt för personer som får specialvårdbidrag från Folkpensionsanstalten. Bedömningen skall utföras senast sju dagar efter att personen kontaktat kommunens socialmyndighet i ärendet. Lagen trädde i kraft den 1 mars 2006.

Stakes har utrett vilka instrument för bedömning av funktionsförmåga kommunerna använder när de bedömer äldres servicebehov och hur väl lämpade dessa instrument är för bedömning av servicebehovet. Rapporten har nu kommit ut (Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa, Stakes, Raportteja 7/2005, sammandrag på svenska). Utifrån denna utredning fick kommunerna rekommendationer som gör förfarandena enhetligare.

Nödvändiga lagändringar om rätten till bedömning av servicebehovet inom den kommunala socialvården är under beredning.

Programmet Valfärd 2015

Utvecklingsprogrammet för det sociala området har som mål att tillgodose de mest brådskande kortsiktiga utvecklingsbehoven, medan programmet Valfärd 2015 är inriktat på långsiktig utveckling inom det sociala området. Programmet förbereds på bred front i avsikt att hitta medel att ordna framtidens tjänster så att de bättre motsvarar omgivningens förändrade krav. Programmet kommer att lyfta fram bland annat barnens och familjernas problem, det ökande behovet av vård och omsorg i takt med att antalet äldre ökar samt de problem som orsakas av den ökande användningen av berusningsmedel. Programmet är särskilt inriktat på effektivisering av tidig intervention och förebyggande av sociala problem, och det lyfter också fram frågor som

gäller försörjning och utkomst. Avsikten med programmet är vidare att hitta hållbara lösningar med tanke på det sociala området ökande utgifter och behovet av långsiktig kostnadskontroll.

Programmet Valfärd 2015 lanseras hösten 2006. För planeringen av programmet svarar en ledningsgrupp som social- och hälsovårdsministeriet tillsatt.

I anslutning till programmet tar Stakes fram material på följande områden:

1. Prioriteringar och gränser beträffande den offentliga sektorns ansvar för välfärden, olika aktörers roller, allmän socialpolitik
2. Rättigheter och skyldigheter, förhållande till de grundläggande fri- och rättigheterna, rättsliga aspekter
3. Rättvisaspekter när det gäller inriktningen av social- och hälsovårdstjänster
4. Kostnader för omsorgstjänsterna

Totalrevision av barnskyddslagen

En arbetsgrupp som berett barnskyddslagen lämnade sitt förslag till revision av barnskyddslagen till omsorgsminister Liisa Hyssälä den 16 maj 2006. Arbetsgruppen föreslår en helt ny barnskyddslag. Ordförande för arbetsgruppen var utvecklingschef Sirpa Taskinen från Stakes.

Centrala mål för totalrevisionen av barnskyddslagen är att klargöra och förnya barnskyddslagen så att barnskyddet fungerar klientorienterat och att barnens fördel beaktas när lagen tillämpas. Målet är också att begränsa tolkningsproblemen i den nya lagen till ett minimum.

Barnskyddet får veta om behovet av barnskydd antingen genom att familjen ber om hjälp, genom annan kontakt eller via barnskyddsanmälan. Arbetsgruppen föreslår att klientrelationens första skede preciseras bland annat vad gäller anmälningskyldigheten. Avsikten är att göra det lättare för myndigheterna att inleda samarbete så att det blir möjligt att utreda barnets behov av stöd och erbjuda nödvändigt stöd i ett tillräckligt tidigt skede.

Barnskyddet erbjuder primärt tjänster inom den öppna vården. Med tillräckliga och rättidiga stödåtgärder inom den öppna vården kan man förebygga behovet av tyngre barnskyddsåtgärder. Som ny verksamhetsmetod föreslår arbetsgruppen utredning av behovet av barnskydd inom utsatt tid. Barnets behov utreds grundligt även i andra situationer än i situationer som kräver brådskande åtgärder senast tre månader efter att barnskyddet kontaktats i detta ärende.

Målet är att reformera systemet för beslutsfattning inom barnskyddet och förbättra barnens och föräldrarnas rättsskydd. Enligt förslaget flyttas ansvaret för beslut vid omhändertagande som parterna motsätter sig från socialnämnderna till förvaltningsrätten. I övrigt fattar kommunens tjänsteinnehavare besluten i det första skedet. I ärenden som har stor betydelse för barnets och familjens rättsskydd, exempelvis omhändertaganden som parterna inte motsätter sig, fattas besluten i två steg. Enligt förslaget skiljs beredningen av ärendet och besluten åt, så att socialarbetaren bereder ärendet och hans eller hennes chef fattar beslutet. Tjänsteinnehavarens beslut kan överklagas i förvaltningsrätten.

Kommunerna får mer ansvar vid rehabilitering av långtidsarbetslösa

Den totala arbetslösheten i Finland har sjunkit samtidigt som sysselsättningsgraden har långsamt stigit. Vad gäller långtidsarbetslöshet har utvecklingen däremot stampat på stället. Trots den ekonomiska politiken som stödjer ökad sysselsättning har man inte kunnat stoppa utvecklingen inom långtidsarbetslöshet. I januari 2005 fanns det fortfarande 118 000 arbetslösa som fick arbetsmarknadsstöd. Enligt de senaste uppgifterna från arbetsministeriet minskar emellertid antalet

mottagare av arbetsmarknadsstöd. Å andra sidan har antalet personer som på olika grunder klassificeras som kroniskt arbetslösa stabiliserats på en nivå på 155 000–170 000 personer.

Arbetsmarknadsstödet har med tiden blivit en permanent och central del av det utkomstskydd som beviljas i sista hand, trots att detta inte var avsikten när systemet infördes. Problematiskt är dessutom att en betydande del av dem som får arbetsmarknadsstöd även får kompletterande utkomststöd.

I början av innevarande år förändrades lagarna om arbetsmarknadsstöd och utkomststöd så att kommunernas skyldigheter inom och intresse för rehabilitering av arbetslösa ökar. I anslutning till reformen blev arbetslöshetskyddet (arbetsmarknadsstödet), som tidigare varit orsaksbaserat, klart vederlagsbaserat, och de effektiverade aktiva åtgärderna flyttades till ett relativt tidigt skede av processen, samtidigt som aktörer som svarar för kommunens minimiskydd som beviljas i sista hand mobiliserades i arbetet för ökad sysselsättning. I praktiken fick kommunerna delat kostnadsansvar (med staten) för arbetsmarknadsstöd som blivit långvarigt. Samtidigt började staten betala hälften av utgifterna för det kommunala utkomststödet.

NATIONELLA KVALITETSREKOMMENDATIONER SOM STYRMEDEL

MAIJALIISA JUNNILA, MAARIT OUTINEN, OUTI RÄIKKÖNEN, PÄIVI VOUTILAINEN

Kvalitetsrekommendationer på 1990-talet

Stakes bildade ett nationellt kvalitetsråd för den nationella hälsovården för åren 1993–1994. I kvalitetsrådet ingick representanter för centrala organisationer och myndigheter som främjade hälsovårdens kvalitet. Rådets centrala uppgift var att skapa den kvalitetspolicy för hälsovården som utkom år 1994¹. Kvalitetspolicyns uppgift var att styra producenter av hälsovårdstjänster, myndigheter och organisationer i syfte att utveckla kvaliteten samt att ställa kvalitetsrelaterade strategiska mål.

I social- och hälsovårdsministeriets (SHM) nationella plan för åren 1995–1998 ingick att upprätta en rekommendation om ordnandet av kvalitetsledning för social- och hälsovården. Rekommendationen publicerades år 1995². I rekommendationen ingick även en kvalitetsordlista som upprättades i samarbete med Centralen för teknisk terminologi.

SHM inledde en justering av rekommendationen tillsammans med Stakes och Finlands Kommunförbund år 1998. Då konstaterades att erfarenheterna av den första rekommendationens grundläggande riktlinjer – betoning av klientens ställning, styrning genom information, inledning av kvalitetsarbetet i ett samarbete samt frihet att välja egna kvalitetsledningsmetoder och angreppssätt – var goda. Under de gångna tre åren hade kvalitetsledningen tagit ett stort steg framåt. Social- och hälsovården var föregångare inom kvalitetsledning i kommunerna. Kvalitetsledningens utveckling var dock ojämn. Beaktandet av klientens åsikter och utnyttjandet av insamlad respons var till exempel bristfällig. Det fanns variationer i verksamhetsrutinerna som inte förklarades av klientens olika behov utan som berodde på bostadsorten och serviceproducenterna. Yttre och inre utvärdering samt systematisk kvalitetsledning hade ökat i långsam takt. Inom kvalitetsledningen önskades klarare riktlinjer och tydligare styrning.

Statsrådets ställningstagande om utvecklandet av de offentliga tjänsternas kvalitet ingick i det principbeslut som fattades i april 1998 och slog fast de förvaltningspolitiska riktlinjerna³. Omedelbart innan färdigställdes *Kvalitetsstrategi för den offentliga servicen*⁴ som tillkom i ett bredbasigt samarbete och ingick i det nationella programmet Produktivitet för framtiden som inrättades av Ekonomiska rådet och genomfördes åren 1996–1999. En central utgångspunkt för kvalitetsstrategin var att kommunerna och staten gemensamt drog upp riktlinjerna för kvaliteten i den offentliga servicen. Samtidigt utarbetades även europeiska kvalitetsstrategier för den offentliga förvaltningen och speciellt för hälsovården. Stakes deltog i detta arbete och resultaten kunde utnyttjas vid reformen av kvalitetsledningsrekommendationen.

1 Terveysthuollon laatupolitiikka. Suuntaviivat laadun jatkuvalle kehittämiselle (Stakes 1994).

2 Kvalitetsledning för social- och hälsovården. Riksomfattande rekommendation för social- och hälsovårdens ordnande och innehåll. Stakes 1995

3 Högklassig service, god förvaltning och ett ansvars-kännande medborgarsamhälle. Förvaltningspolitikens riktlinjer. Statsrådets principbeslut. Helsingfors 1998.

4 Kvalitetsstrategi för den offentliga servicen. Projektet Kvalitetsstrategi för den offentliga servicen. Finlands Kommunförbund, finansministeriet. Helsingfors 1998.

Kvalitetsrekommendationer på 2000-talet

Syftet med den år 1999 reformerade riksomfattande rekommendationen för social- och hälsovårdens kvalitetsledning⁵ är att svara mot utmaningarna inom 2000-talets kvalitetsledning för den finländska social- och hälsovården. Syftet med denna är att gynna kundcentrerad verksamhet, beskriva hur god serviceverksamhet stöds genom kvalitetsledning, främja att kvalitetsledning inleds och utvecklas inom social- och hälsovårdens samtliga områden, precisera den föregående rekommendationen som publicerades år 1995 och sporra till samverkan enligt godkända mål och principer för kvalitetsledning.

Rekommendationen är avsedd både för offentlig och privat social- och hälsovårdsservice. Viktiga aktörer vid sidan av serviceproducenterna är klient- och fackorganisationer, intressenter som svarar för kvalitetsledningen inom utbildning samt alla som bedriver kvalitetsledningsforskning.

Rekommendationen uppmuntrar till att låta klienterna delta i kvalitetsledningen. Ledningen ses som en lots inom kvalitet och personalen som en förutsättning för god kvalitet. Större uppmärksamhet har fästs vid kvalitetsledningen än i den föregående rekommendationen även inom den förebyggande verksamheten samt vid främjandet av välmående och hälsa. I kvalitetsarbetet framhålls hanteringen av interna och externa processer samt ett systematiskt tillvägagångssätt. Detta kan utvecklas med många olika metoder och tekniker. Kunskapens betydelse betonas fortsättningsvis när kvaliteten utvärderas och när en förbättring av kvaliteten skall åstadkommas. Kvalitetskriterierna lyfts fram som verktyg för kvalitetsledning och övervakning.

Genomförandet av rekommendationen för kvalitetsledning utvärderas både genom att utnyttja existerande kunskapsreserver och genom olika utredningar och undersökningar. En utvärdering av effekterna av rekommendationerna från år 1999 pågår. Utvärderingen utförs av Stakes på uppdrag av SHM. Resultaten av utvärderingen kommer att finnas tillgängliga hösten 2006.

Servicespecifika kvalitetsrekommendationer

Upprättandet av servicespecifika kvalitetsrekommendationer bygger på rekommendationen för kvalitetsledning från år 1999, i vilken konstaterades att social- och hälsovården kommer att behöva egna verksamhetsrekommendationer och kvalitetsrekommendationer under de närmaste åren bland annat för äldreservice, mentalvårdsservice, missbrukarvårdsservice och service för barnfamiljer. I syfte att säkra ett tillräckligt engagemang rekommenderades att en bred grupp aktörer deltar när dessa utarbetas. På detta sätt önskade man garantera en sakkunnighet och branschkännedom som beaktade olika aspekter tillräckligt mångsidigt.

Upprättandet av kvalitetsrekommendationerna inkluderades i SHM:s mål- och verksamhetsprogram för åren 2000–2003. SHM och Stakes har kommit överens om att årligen ingå ett resultatavtal som anger vilka kvalitetsrekommendationer upprättas under respektive år. Kvalitetsrekommendationerna är utarbetade servicespecifikt med ur servicens synvinkel sett mycket olika typer av processer och för varierande behov. Sakkunniga och intressegrupper inom respektive område har deltagit i upprättandet av dessa rekommendationer under Stakes ledning. Kvalitetsrekommendationerna har ingen enhetlig struktur, men 1999 års rekommendation för kvalitetsledning styr samtliga.

⁵ Kvalitetsledning för social- och hälsovården på 2000-talet. Landsomfattande rekommendation: Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes och Finlands Kommunförbund. Stakes 1999.

Sex servicespecifika kvalitetsrekommendationer är färdigställda och visas här i den ordning de har upprättats

- Kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre (2001)
- Kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänsterna (2001)
- Kvalitetsrekommendationer för missbrukarvården (2002)
- Kvalitetsrekommendation för boendeservice för handikappade människor (2003)
- Kvalitetsrekommendation för hjälpmedelstjänster (2003)
- Kvalitetsrekommendation för skolhälsovården (2004)

Följande är under arbete eller håller på att färdigställas

- Kvalitetsrekommendationer för hälsofrämjandet (2006)
- Mielenterveyskuntoutujan asumispalvelujen laatusuositus (Kvalitetsrekommendation för boendeservice från rehabiliteringsproducenter för mentalvård)
- Asunnottomien asumispalvelujen laatusuositus (Kvalitetsrekommendation för boendeservice för bostadslösa)

Dessutom är följande dokument verktyg som motsvarar kvalitetsrekommendationer

- Kvalitetskriterier för förebyggande missbruksarbete (2006)
- Grunderna för planen för småbarnsfostran (VASU)

Tre kvalitetsrekommendationer berör stora kundgrupper, dvs. kvalitetsrekommendationerna som avser tjänster för äldre personer, mentalvårdstjänster och småbarnsfostran. Övriga rekommendationer berör mindre kundgrupper. Kvalitetsrekommendationer för till exempel primärhälsovården och specialhälsovården saknas helt. Kvalitetsrekommendationerna avser socialservice, förutom kvalitetsrekommendationerna för skolhälsovården och hälsofrämjandet.

Enligt överenskommelse ingår även uppföljningen av kvalitetsrekommendationernas verkställande samt utvärderingen av effektiviteten i Stakes uppgifter. Utvärderingen har inletts servicespecifikt och samtidigt planeras en täckande allmän utvärdering av kvalitetsrekommendationernas betydelse som styrmedel. Kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre färdigställdes först och utvärderingen av rekommendationens effekter har även kommit längst.

Vissa preliminära resultat i utvärderingen av funktionaliteten hos kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre

Bakgrund

Kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre bereddes som en del i Mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården (2000–2003) under en fastställd period på tre månader pådriven av en livlig medborgar- och mediadebatt. Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund utfärdade rekommendationen i april 2001. Indikatorsystemet IKI utarbetades som stöd för uppföljningen av kvalitetsrekommendationens genomförande. Dessutom utarbetades stödmaterial för genomförandet av rekommendationen. Länsstyrelserna och läroanstalterna arrangerade många olika kurser och informationsmöten för kommunerna. Samtidigt inleddes projekt som stödde rekommendationens introduktion.

Kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre betonar det gemensamma ansvaret hos en kommuns samtliga förvaltningsnämnder för stödet av äldre kommuninvånarens boende och möjligheter att klara sig på egen hand. I denna rekommenderas att kommunerna upprättar en egen äldrepolitisk strategi i samarbete med övriga aktörer.

Ett särskilt ansvar tilldelas social- och hälsovårdsmyndigheterna för anordnandet av en högklassig akut- och långvård samt service i rätt tid för äldre kommuninvånare.

I detta syfte borde kommunerna upprätta ett konkret utvecklingsprogram för servicestrukturen som en del i den äldrepolitiska strategin. Rekommendationen betonar klientorientering och serviceproducenternas kompetens i serviceverksamheten samt klienternas, närståendes och i allmänhet kommuninvånarnas deltagande i planeringen av framtida tjänster. För kommunerna rekommenderas en ännu aktivare uppföljning av att ställda mål uppnås samt information till och dialog med kommuninvånarna. Rekommendationen är avsedd för beslutsfattarna och ledningen i kommunen, som ansvarar för de funktionella linjedragningarna samt för resursernas allokering till verksamheten.

Preliminära resultat

Enligt kvalitetsrekommendationens centrala innehåll har kommunerna upprättat äldrepolitiska strategier och, som en del i dessa, ett utvecklingsprogram för servicestrukturen. En utredning om äldrepolitiska strategiers befintlighet som utfördes redan år 2002 visade 80 % av kommunerna hade upprättat eller höll på att utarbeta äldrepolitiska strategier. De kommuner som till befolkningen var större, över 10 000 invånare, hade upprättat strategier i större utsträckning än mindre kommuner. Av de färdigställda strategierna var 70 procent fastställda av kommunalfullmäktige och en femtedel av kommunstyrelsen eller social- och hälsovårdsnämnden. Analysen av innehållet i de äldrepolitiska strategierna (n = 60) pågår och slutförs i augusti 2006. Analysens preliminära resultat visar att strategierna och utvecklingsprogrammen för servicestrukturen, som är en konkretisering av strategierna, hålls på rätt abstrakt nivå. Endast ett fåtal konkreta numeriska mål har ställts. Av denna orsak är uppföljningen och utvärderingen av en strategis genomförande samt utvärderingsresultatets information till kommuninvånarna besvärlig. De personer i kommunen, som har deltagit i strategiarbetet, är i regel representanter för social- och hälsovårdsväsendet. Representanter för kommunens övriga sektorer, organisationer, församlingar och företag har endast deltagit i mindre utsträckning i strategiarbetet. Likaså har representanter för äldre person, t.ex. via äldreråden, deltagit i rätt liten utsträckning. En utvecklingsutmaning är att öka medborgarnas deltagande. Enligt de preliminära resultaten verkar det fortfarande vara en stor utvecklingsutmaning att få möjligheterna till ett gott åldrande att bli hela kommunens och alla viktiga aktörers gemensamma uppdrag.

Kvalitetsrekommendationens centrala mål var att stöda boende i eget hem och att prioritera öppen service. Enligt utredningen bor något under 90 % av de personer som fyllt 75 år hemma och andelen har varit nästan lika under hela 2000-talet. Under de senaste 15 åren (1990–2005) har den öppna servicens omfattning minskat, t.ex. hjälp att sköta hemmet och stödtjänster samt regelbunden hemvård. Omfattningen av stödet till närståendevård har dock ökat, speciellt under 2000-talet. Serviceboendets volym har tredubblats under en 15 års undersökningsperiod, men ökningen har mattats av under 2000-talet. Cirka hälften av serviceboendet gäller dygnet runt, s.k. effektiverat serviceboende. Trots att hemservicens och hemsjukvårdens klientantal har minskat så har servicens intensitet (besöken per vecka) ökat.

Storleken på den personal som arbetar med äldre har ökat i långsam takt, men i förhållande till det växande antalet äldre personer är takten mycket måttlig. Den personal som arbetar inom hemservicen har ökat mest.

Personalen vid åldringshemmen ökade med nästan 700 årsverken mellan år 1990 och år 2004, men minskade i förhållande till de klienter som fyllt 75 år. Under samma tidsperiod ökade personalen vid primärhälsovårdens bäddavdelningar med över 120 årsverken. Sedan år 2001 har antalet årsverken stigit även i förhållande till de personer som fyllt 75 år. Parallellt med den kommunala personalen förekommer privat serviceproduktion särskilt inom hemservicen och

äldringshemsvården. I relation till varje tusental 75-åringar har personalen ökat både inom den privata hemservicen och vid privata äldreboenden.

Personalens yrkesstruktur inom social- och hälsovården har ändrats under 1990-talet i och med att andelen utbildad personal växte. Samma förändring kan även ses inom äldreboendevården där en satsning på höjd utbildningsnivå har gjorts under det gångna årtiondet. Antalet sjukskötare, primärskötare/närvårdare och fysioterapeuter har ökat kraftigt. Antalet sjukhus- och vårdbiträden som saknade grundexamen inom social- och hälsovårdssektorn minskade. Personalens storlek varierar i relation till klienternas antal vid institutionsvården för äldre. Dimensioneringen av personalen vid äldreboenden är lägre än vid hälsovårdscentralernas baddavdelningar, vilket torde avspejla skillnaderna i klienternas vårdberoende. Vid äldreboendena i Finland var medeldimensioneringen 0,52 år 2004 (beräknad enligt statistiskt material, i siffran ingår inte anstaltsbiträden). Enligt kvalitetsrekommendationen är genomsnittsdimensioneringen 0,5–0,6. Om personalen skulle öka till genomsnittets övre gräns i rekommendationen, dvs. till 0,6 skulle detta innebära nyanställning av 1875 vårdare. Genomsnittsdimensioneringen vid hälsovårdscentralerna i Finland är 0,66 när endast långvårdsavdelningarna har tagits med i beräkningen. En god dimensionering enligt kvalitetsrekommendationen är 0,8 eller högre. Om personalstorleken skulle öka till undre gränsen för god dimensionering, dvs. 0,8, skulle detta innebära cirka 331 nyanställda vårdare.

Insamlingen av data som klarlägger kvalitetsrekommendationen betydelse som redskap för informationsstyrning fortsätter ännu till augusti–september 2006. Hittills har det varit möjligt att utgående från intervjuerna fastställa att åsikterna är delade. Med en grov generalisering kunde man säga att enbart kvalitetsrekommendationen inte är ett tillräckligt redskap, men det ansågs vara ett redskap i rätt riktning för att förbättra kvaliteten i äldreboendevården.

Sammantaget kan man konstatera att rekommendationen satte igång utvecklingen av äldreboendevården i kommunerna. Rekommendation kan sägas ha varit en social beställning. Upprättandet av äldrepolitiska strategier inleddes livligt. Inom ramen för fyra års statistiskt material (2001–2004) är det ännu svårt att säga i vilken omfattning de äldrepolitiska strategierna har åstadkommit förändringar i det centrala innehållet som rekommendationen anger: stöd till äldre personers boende hemma, den öppna servicens prioritering och tillräcklig mängd kompetent personal. Omfattningen av den regelbundna vården av äldre personer i hemmet sjunker, men serviceintensiteten ökar vilket tyder på ändringar i vårdens inriktning. Personalstorleken växer, en positiv förändring har inträffat i personalstrukturen sedan 1990-talet. Personalstrukturen har stor inverkan på vårdens kvalitet.

Några preliminära resultat som visar effekterna av de riksomfattande kvalitetslednings-rekommendationerna för social- och hälsovården

Bakgrund

Kvalitetsledningsrekommendationernas effekter inom social- och hälsovården har utretts med hjälp av enkäter åren 1999 och 2004. Syftet med undersökningarna var att få en bild av i vilken riktning kvalitetsledningen har utvecklats i de finländska social- och hälsovårdsorganisationerna,⁶ Enkätformuläret bygger på blanketter framtagna av forskare vid Nivel i Holland^{7,8}, som har modifierats för att passa det finländska systemet för social- och hälsovårdstjänster. Här rapporteras några preliminära resultat av rekommendationernas effekter. De egentliga resultaten av undersökningen blir klara hösten 2006.

6 Mäki, T., Siikander, S., Outinen, M., Liukko, M. (2001). Laatu kannattaa – mikä kannattaa laatutyötä? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aiheita 8/2001, Stakes Helsinki.

7 Wagner, C. (1999). Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care institutions. Thesis Vrije Universiteit Amsterdam. Nivel, Utrecht

8 Wagner, C., Bakker, D. de, Groenewegen, P. (1999). A Measuring instrument for evaluation of quality systems. International Journal of Quality in Health Care 11(2):119–130.

De områden som undersöktes i utredningen var kvalitetspolicy och –strategi, personal, metod- och verksamhetsanvisningar, kvalitetsledningens metoder och verktyg, samarbete och servicekedjor, klienter/patienter, positiva och negativa effekter, kvalitetskostnader, organisationskultur och –struktur samt användningen av kriterier för kvalitetsledning.

Enkäten omfattar alla offentliga och privata social- och hälsovårdstjänster. Svartsprocenten var 54 % år 2004. Svartsprocenten har minskat betydligt jämfört med år 1999 (83–47 %) inom specialistsjukvården och ökat något inom äldre servicen (53–56 %). Av de svarande tillhörde över hälften (64 %) den högsta ledningen, cirka 20 % var kvalitetsansvariga och resten tillhörde övriga grupper.

Preliminära resultat

Upprättande av kvalitetsledningsdokument 1999 och 2004

- o Upprättandet av kvalitetsledningsdokument har ökat inom *hälsovården*. Upprättandet av skriftliga visioner, kvalitetsledningsplaner för en hel organisation och kvalitetshandböcker har ökat både vid hälsovårdscentraler, sjukvårdsdistrikt och inom den privata hälsovården. Upprättandet av kvalitetsledningsplaner på enhetsnivå sker ännu endast i liten utsträckning inom sjukvårdsdistrikten men har blivit något allmännare (7 % → 34 %) inom den privata hälsovårdsservicen (5 % → 27 %).
- o Inom *socialtjänstsektorn* har upprättandet av skriftliga dokument förutom kvalitetsandelen i verksamhetsberättelsen ökat mellan åren 1999 och 2004. Upprättandet av kvalitetsledningsdokument har ökat särskilt inom den offentliga äldre servicen och nästan alla efterfrågade dokument har blivit vanligare. Inom de privata äldre serviceorganisationerna har upprättandet av kvalitetshandböcker ökat (13 % → 31 %). Vid rehabiliteringsanstalterna hade upprättandet av produkt-/servicebeskrivningar (76 % → 91 %) och kvalitetshandböcker (44 % → 82 %) blivit vanligare.

Skriftliga förfarings-, verksamhets- eller arbetsanvisningar 1999 och 2004

- o Antalet anvisningar har ökat mellan åren 1999 och 2004 inom *hälsovården*. De anvisningar som är viktiga för vård- och serviceprocessernas kvalitet har ökat både vid hälsovårdscentralerna och inom den privata servicesektorn (29 % → 41 % och 35 % → 55 %).
- o Antalet skriftliga anvisningar hade ökat inom *socialvården*. Endast för vissa klientgrupper förekom ingen ökning i upprättade anvisningar. Anvisningar som styr samarbetet med andra serviceproducenter hade minskat (46 % → 37 %). Antalet anvisningar ökade speciellt inom den offentliga äldre servicen.

Processbeskrivningar över förfaringssätt som överskrider servicegränssnitten vid hälsovårdscentraler och i den offentliga äldre servicen år 2004

- o Vid mer än varannan hälsovårdscentral (58 %) har processbeskrivningar utarbetats för åtminstone något förfaringssätt som överskrider servicegränssnitten. Inom organisationerna för offentlig äldre service har endast var tredje organisation (33 %) gjort sådana beskrivningar. Var tionde hälsovårdscentral (10 %) har utarbetat beskrivningar över de flesta förfaringssätten som överskrider servicegränssnitten. Motsvarande värde för den offentliga äldre servicen var 6 %.

Specialarrangemang för stöd av verksamhet som bygger på konkreta resultat år 2004

Inom alla hälsoservicesektorer hade majoriteten av organisationerna utfört specialarrangemang för att stöda den verksamhet som bygger på konkreta resultat (84–100 %). Användningen av vårdrekommandationer/-program var allmän inom hälsoservicesektorerna förutom vid de privata

läkarstationerna där drygt hälften använde sådana (54 %). Mål för den verksamhet som bygger på konkreta resultat hade ställts i verksamhetsplanen eller –strategin vid något över hälften av specialsjukvårdsorganisationerna (57 %) och vid hälften av de privata läkarstationerna (50 %). De övriga sektorerna ställde mål mer sällan (25–42 %).

- o Inom *socialtjänstsektorn* var specialarrangemang för att stöda verksamhet som bygger på konkreta resultat vanligare vid rehabiliteringsanstalter (82 %) än inom andra sektorer (60–69 %). Inom alla sektorer var uppställningen av mål i verksamhetsplanen eller -strategin för den verksamhet som bygger på konkreta resultat vanligast bland de efterfrågade specialarrangemangen.

Användningen av metoder och verktyg för kvalitetsledning 1999 och 2004

- o Utvecklingssamtal som kvalitetsledningsmetod användes mest inom *hälsovårdsorganisationerna*. Dessa organisationers andel hade ökat (40 % → 67 %). Mindre än hälften av de som svarade använder undersökningar om personaltillfredsställelse eller metoder för hantering av klagomål som kvalitetsledningsmetod. Dessa organisationers andel hade ändå nästan fördubblats (28 % → 44 % och 26 % → 45 %). Bland de verktyg som användes i mindre utsträckning ökade utvärderingen av det egna arbetet inom yrkesgrupperna (7 % → 16 %), intern utvärdering av kvalitetssystemet (7 % → 20 %), besök mellan inrättningar (5 % → 10 %), managementdatasystem (12 % → 22 %), användningen av balanserade mätarsystem (2 % → 22 %) samt undersökningar av tillfredsställelsen hos de som skickar personer för vård eller andra aktörer i vård- och servicekedjan (7 % → 13 %). Användningen av metoder och verktyg inom kvalitetsledningen ökade mest i sjukvårdsdistrikten.
- o Inom *socialvården* hade utvecklingssamtalens användning som kvalitetsledningsmetod ökat (52 % → 66 %), likaså hade undersökningarna av serviceanvändarnas tillfredsställelse (32 % → 46 %), undersökningarna av personalens tillfredsställelse (35 % → 42 %) och metoderna för hantering av klagomål (20 % → 31 %) ökat. Bland de verktyg som användes i mindre utsträckning ökade användningen av balanserat mätsystem (3 % → 10 %), utvärdering/besök mellan inrättningar (4 % → 10 %), managementdatasystem (8 % → 14 %), utvärdering av det egna arbetet inom yrkesgrupper (8 % → 16 %) och intern utvärdering av kvalitetssystemet (10 % → 18 %).

Information som ledningen använder vid utvärdering och inriktning av kvalitetspolicyn 1999 och 2004

- o Inom *hälsovården* ökade användningen av avgångsintervjuer med personal och både interna och externa utvärderingsresultat vid utvärderingen och inriktningen av kvalitetspolicyn, men denna är fortfarande rätt begränsad (17 % → 33 %, 22 % → 39 % och 17 % → 30 %). Användningen av löpande kundresponns ökade klart (56 % → 70 %) och är redan på rätt god nivå. Användningen av klienters/patienters avskedsintervjuer har blivit allmännare men är fortfarande rätt liten (22 % → 30 %).
- o Bland den information som ledningen i *socialvårdsorganisationer* använder blev undersökningar av serviceanvändarnas och de anställdas tillfredsställelse mer allmän (66 % → 79 % och 68 % → 76 %). Denna ökade användning kunde också ses i den offentliga äldreservicens organisationer (56 % → 77 % och 63 % → 76 %).

Användningen av kvalitetsuppföljnings- och utvärderingsmätare 1999 och 2004

- o I *hälsovården* angav 85 % av de svarande år 1999 och 92 % av de svarande år 2004 att organisationen använder uppföljnings- och utvärderingsmätare för kvalitet. Användningen av uppgifter om de anställdas sjukfrånvaro och personalomsättningen hade blivit något vanligare (74 % → 84 %). Även informationen om fel och komplikationer användes oftare (45 % → 55 %).

- o Användningen av mätare blev vanligare vid *socialvårds*inrättningarna (70 % → 80 %). Bland de enskilda mätarna användes oftast uppgifterna om de anställdas sjukfrånvaro och personalomsättningen (72 % → 82 %), klienternas/patienternas klagomål (52 % → 65 %) och informationen om fel och komplikationer (21 % → 31 %). Dessa förändringar hade även inträffat inom den offentliga äldreservicen (motsvarande siffror: 69 % → 82 %, 39 % → 60 % och 16 % → 25 %). Användningen av uppgifter om de anställdas frånvaro och personalomsättningen ökade även inom rehabiliteringsanstalterna (67 % → 87 %). Användningen av information om vårdens/servicens resultat och effekter minskade vid *socialvårds*inrättningarna (47 % → 34 %). På sektornivå kunde förändringen ses i den privata äldreservicen (52 % → 31 %).

Gemensamma kvalitetsledningsförfaranden avseende servicekedjor 1999 och 2004

- o Andelen organisationer inom *hälsovården*, som utnyttjade gemensamma metoder för kvalitetsledning tillsammans med samarbetspartners ökade något (40 % → 45 %). Gemensam registreringspraxis ökade som den enda gemensamma kvalitetsledningsmetoden (22 % → 43 %).
- o Andelen organisationer inom *socialvården*, som utnyttjade gemensamma metoder för kvalitetsledning tillsammans med samarbetspartners ökade något (30 % → 38 %). Även inom den offentliga äldreservicen ökade andelen som utnyttjade gemensamma metoder för kvalitetsledning tillsammans med samarbetspartners något (27 % → 36 %). En gemensam kvalitetsutvärderingsmetod och gemensam skriftlig vision med samarbetspartners blev även något allmännare (10 % → 29 % ja 16 % → 33 %). Gemensamma verksamhetsanvisningar om vårdansvarets överföring har däremot minskat (64 % → 47 %).

Kvalitetsledningens positiva effekter 1999 och 2004

- o Knappt en tredjedel av svararna inom *hälsovårds*organisationer ansåg år 2004 att möjligheterna att leda och styra organisationen hade ökat tack vare kvalitetsledningen (17 % → 29 %). Enligt cirka en fjärdedel av svararna hade organisationen till följd av kvalitetsledningen profilerats bättre (15 % → 26 %). Kvalitetsledningens övriga positiva effekter hade inte ökat.
- o Inga nämnvärda förändringar hade inträffat i de positiva effekterna inom *socialvården*. Personalens verksamhetsmetoder förenhetligades mest vid rehabiliteringsanstalter (62 %). Även serviceprocessernas kvalitet hade förbättrats mest vid rehabiliteringsanstalterna (73 %). Klientorienteringen i den privata servicen för äldre personer hade enligt utredningen minskat (43 % → 26 %).

Kvalitetsledningens negativa effekter 1999 och 2004

- o Antalet *hälsovårds*organisationer som hade erfarit åtminstone några negativa effekter av kvalitetsledningen hade ökat (43 % → 53 %). Verksamhetens flexibilitet hade minskat något i organisationerna (1 % → 6 %), likaså hade andelen organisationer som upplevde en ökad arbetsmängd på grund av kvalitetsledningen tilltagit (36 % → 48 %). Var femte svarande inom specialsjukvården ansåg år 2004 att kostnaderna hade stigit på grund av kvalitetsledningen (0 % → 20 %). Både inom den privata sektorn och i specialsjukvården upplevde man att kvalitetsledningen hade minskat flexibiliteten i verksamheten (privat: 0 % → 18 % och specialsjukvård: 0 % → 11 %).
- o Andelen *socialvårds*organisationer där kvalitetsledningen inte medförde negativa effekter hade minskat mellan år 1999 och år 2004 (66 % → 52 %). De negativa effekterna hade ökat inom den offentliga äldreservicen (26 % → 44 %). Ökad arbetsmängd till följd av kvalitetsledningen hade blivit vanligare inom socialserviceorganisationerna (27 % → 43 %) samt särskilt inom äldreservicen (offentlig: 18 % → 38 % och privat: 23 % → 39 %).

Kvalitetskostnader

- o Över hälften av *hälsovårdsorganisationerna* saknade kännedom om kvalitetskostnaderna och den andel organisationer som kände sina kvalitetskostnader hade minskat jämfört med år 1999. Endast 21 % av hälsovårdscentralerna och 12 % av de specialläkarledda hälsovårdscentralsjukhusen angav att de kände sina kvalitetskostnader. Inom den privata sektorn var kostnaderna för korrigerande av låg kvalitet något bättre kända (33 %) än inom den offentliga sektorn. 10 % av hälsovårdscentralerna, 17 % av specialsjukvårdsenheterna meddelade att de kände kostnaderna för korrigerande av dålig kvalitet. Kostnaderna för kvalitetsutvärdering var bättre kända inom sjukvårdsdistrikten och den privata sektorn (26 %) än vid hälsovårdscentralerna (16 %).
- o Kännedomen om kvalitetskostnaderna var inte heller allmän inom *socialvårdssektorerna* och den andel som kände kvalitetskostnaderna hade minskat jämfört med år 1999. 66 % av rehabiliteringsanstalter meddelade att de kände sina kvalitetskostnader. Inom övriga sektorer var andelen av sådana organisationer mindre (26 % → 40 %). Rehabiliteringsanstalterna kände även bäst kostnaderna för kvalitetsutvärderingen (46 %). Inom den offentliga äldre vården var kunskapen om kostnaderna för korrigerande av dålig kvalitet bäst (20 %). Inom äldre vården var kunskaperna om förebyggande av dålig kvalitet sämre (offentlig 11 % och privat 7 %).

Kriterier som används inom kvalitetsledningen

Använda modeller eller kriterier	Hälsotjänster (n = 223) %	Socialtjänster (n = 351) %	Totalt (n = 574)
Europeiska kvalitetspriset/Suomen laatupalkinto (Finlands kvalitetspris)	17	16	16
ISO 9000 -standarderna	33	20	25
Kvalitetsprogram för social- och hälsoservice SHQS (Efektia Oy)	9	16	13
ITE-metoden för en arbetsenhets självutvärdering och kvalitetsledning	28	43	37
PIENET-modell för kvalitetssystem (Stakes och Finlands Kommunförbund)	2	11	7
Ackreditering av laboratorier	36	2	15
Patologian laatutunnus (Patologisk kvalitetsmarkering)	9	0	4
Radiologisk klinisk auditering (Qualisan Oy)	64	1	26
Någon annan	11	26	20

Enligt tabellen har ITE-självutvärderingskriterierna använts mest för förbättring av kvalitetsledningen. Enligt enkäten känner man dock inte till i vilken utsträckning de har använts internt i organisationerna.

Kvalitetsledningens externa utvärderingsmetoder 1999 och 2004

- o Utnyttjandet av externa utvärderingar minskade inom *hälsovården*. Drygt var tionde hälsovårdscentral använde alla efterfrågade utvärderingsmetoder år 2004 (10 % → 14 %). Bland specialvårdsenheterna hade hälften (52 %) använt oberoende organ som utvärderare och var femte enhet utvärdering mellan organisationer (19 %).
- o De externa utvärderingarna inom *socialserviceorganisationerna* hade avtagit och mest externa konsulter utvärderingar (25 % → 9 %). Andelen värderingar mellan organisationer, liksom även organisationer som utnyttjat besök arrangerade av köpare/finansierare hade minskat (14 % → 6 % och 27 % → 18 %). Endast omfattningen på utvärderingar utförda på uppdrag av oberoende organ hade bevarats lika mellan åren 1999 och 2004 (10 % → 10 %).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att kvalitetsledningsplaner endast uppgörs i cirka en tredjedel av social- och hälsovårdsorganisationerna. Enligt utredningen har de flesta rehabiliteringsanstalterna utarbetat produkt- och servicebeskrivningar samt kvalitetshandbok. Skriftliga anvisningar som är viktiga för vård- och serviceprocessernas kvalitet finns inom cirka hälften av de hälsovårdsorganisationer som svarat. Även inom socialservicen har anvisningarna ökat. Processbeskrivningar som överskrider servicegränssnitt har knappast alls upprättats. Inom samtliga hälsovårdssektorer och rehabiliteringsanstalter hade specialarrangemang upprättats för att stöda verksamhet som bygger på konkreta resultat.

Utvecklingssamtal som kvalitetsledningsmetod användes i större omfattning både inom social- och hälsovårdens organisationer. Enkäter om personalens tillfredsställelse och hantering av klientklagomål användes i knappt hälften av organisationerna. Inom social- och hälsovårdsorganisationerna används fortfarande bland annat utvärdering av det egna arbetet, intern utvärdering av kvalitetssystemet och managementdatasystem i rätt liten utsträckning. Förekomsten av systematisk utvärdering av kvalitetspolicyn är liten men håller på att öka.

Användningen av löpande klientrespons är rätt omfattande och har ökat inom båda sektorerna. De vanligaste mätarna för kvalitetsuppföljning och -utvärdering var de anställdas sjukfrånvaro och personalomsättningen samt klienternas klagomål och förekomsten av fel eller komplikationer. Gemensamma kvalitetsledningsförfaranden med samarbetspartners ökade något både inom social- och hälsovårdsservicen.

Endast var tredje svarande ansåg att kvalitetsledningens effekter var positiva för organisationens ledning. Andelen svarande med negativ inställning till kvalitetsledning hade ökat inom hälsovården och socialvården. Speciellt inom äldreservicen upplevdes ökade negativa effekter. Kvalitetsledningen ansågs öka kostnaderna och arbetsmängden samt minska flexibiliteten. Kännetecknen om kvalitetskostnaderna var dock svaga inom social- och hälsovårdsorganisationerna, bäst vid rehabiliteringsanstalterna.

Utvärderingar av kvalitetssystemet som omfattar hela organisationen används i rätt liten utsträckning (16–20 %) Som stöd för kvalitetsledningen används oftast självutvärderingar. Användningen av externa utvärderingar har minskat både inom social- och hälsoservicen.

Hur går vi vidare?

Följande regeringsprogram är under beredning och enligt de preliminära planerna kommer verkställandeplanering att betonas i stället för programledning. Reformerna kommer att genomföras när den pågående reformen av kommun- och servicestrukturen övergår i verkställandefasen. I fortsättningen kommer målen och mätarna att definieras så att framgången kan fastställas. Även tyngdpunkterna inom övervakning och styrning kommer att omdefinieras. Det ser ut som om rekommendationsstyrning utan bindning kommer minska i betydelse.

Följande generation av kvalitetsledning innebär antagligen definition av ett täckande indikatorsystem som beskriver servicesystemets funktionalitet. Riskhantering, felfri vård samt smidiga processer och fungerande servicehelheter kommer att utgöra kvalitetsledningens fokus.

SAMARBETSCENTRUM FÖR MENTAL HÄLSA I FINLAND

JUHA LAVIKAINEN

Bakgrund

Finland har deltagit i det internationella mentalvårdsarbetet och dess systematiska utveckling sedan länge. Tjänstemän och experter från Finland har medverkat i branschen inom ramen för Världshälsoorganisationen WHO och sedermera även i ärenden som tillhör Europeiska unionens behörighetsområde, och organisationerna i Finland har gjort ett viktigt och synligt arbete inom sina områden.

Ett bevis på den uppskattning detta arbete fått och även ett tecken på en fast föresats att fortsätta arbetet är WHO:s samarbetscentrum för mental hälsa, som nyligen grundats i vårt land. WHO Collaborating Centre for Mental Health Promotion, Prevention and Policy inledde sin verksamhet i början av 2006. Centrumet, som är ett resultat av Stakes, Folkhälsoinstitutets och Arbetshälsoinstitutets långsiktiga arbete och gemensamma ansökan, är en viktig del av det internationella nätverket av samarbetscentra som stöder WHO:s program på alla nivåer.

Grunderna för samarbetscentrumets verksamhet

Enligt WHO kan ett samarbetscentrum ha som uppgift att främja WHO:s verksamhet, arbeta för organisationens prioriterade områden och samordna funktioner inom ett bestämt område. Prioriterade insatsområden för samarbetscentrumet i Finland är frågor i anslutning till främjande av mental hälsa, förebyggande av psykisk ohälsa och utveckling av mentalvårdspolitiken.

I Europa finns även andra samarbetscentra som är specialiserade på mentalvård, men centrumet i Finland har ett unikt uppdrag. En viktig del av dess verksamhet är att medverka vid genomförandet av WHO:s åtgärdsplan för mental hälsa, som antogs 2005.

Samarbetscentrumet fungerar både internationellt och nationellt: centrumets internationella verksamhet omfattar i huvudsak samarbete med WHO:s regionkontor i Europa och dess nätverk av samarbetscentra samt medverkan i projekt som finansieras av EU:s kommission och i bilaterala projekt. Nationellt samarbetar centrumet med ett stort antal aktörer på alla plan (riksomfattande, regionalt, lokalt). Nätverksbygge med experter är ett väsentligt inslag i centrumets verksamhet.

I WHO:s ”uppdaterade” nätverk av samarbetscentra tilldelas en del av centren en s.k. ledande roll inom ett bestämt verksamhetsområde. För Finland har man planerat en ledande roll till exempel inom främjande av barns och ungdomars psykiska hälsa och arbetsrelaterad mental hälsa. Åtgärder i anslutning till dessa krävande uppgifter planeras som bäst.

Produktion och spridning av information, redskap, utbildning

En av centrumets uppgifter är att producera och sprida förmedla information om Finland till det internationella fältet och tvärtom. I anslutning till detta har man särskilt betonat vikten av evidensbaserade goda förfaranden inom främjandet av mental hälsa. En betydande mängd information om förfaranden av detta slag har under de senaste åren samlats in exempelvis i anslutning till EU-finansierade projekt, men i många EU-länder möter man dock vissa hinder och problem vid införandet av dessa förfaranden.

Vad gäller utvecklingen av nya metoder är ett av målen att ta fram en ”verktyglåda” som gör det möjligt att införa goda förfaranden för främjande av mental hälsa exempelvis i skolor och

på arbetsplatser. För närvarande planeras också innovativa och detaljerade utbildningsmoduler för främjande av mental hälsa. Modulerna kan enkelt kopplas till inhemska och internationella utbildningsprogram.

Centrumets framtid

Tiden att arbeta för mental hälsa är just nu. Att psykisk hälsa har stor betydelse för individer, samhällen och nationer börjar vara ett erkänt faktum, liksom även att god psykisk hälsa påverkar det mänskliga, sociala och ekonomiska kapitalet.

Utgående från WHO:s verksamhetsplan för mentalvårdsarbete kommer samarbetscentrumet att arbeta aktivt i Finland och utomlands exempelvis genom att öka allmänhetens kunskaper om främjandet av mental hälsa och förebyggandet av psykisk ohälsa. För att sköta sitt krävande uppdrag måste samarbetscentrumet vara aktivt, delta i den offentliga debatten, och arbeta målmedvetet för att främja mental hälsa.

Social- och hälsovårdsberättelse 2006, Social- och hälsovårdsministeriet

SAMMANDRAG

Publikationer 2006:4

Social- och hälsovårdsberättelsen beskriver det nuvarande tillståndet för Finlands medborgare i fråga om hälsa och välbefinnande samt åtgärder som vidtagits för att bevara och förbättra detta. Berättelsen publiceras vart fjärde år. Berättelsen lämnas till riksdagen som bilaga till regeringens redogörelse.

Sådana faktorer som väsentligt inverkar på social- och hälsovårdspolitiken är den demografiska utvecklingen, flyttningsrörelsen inom landet, den ekonomiska utvecklingen, samsättningsläget och förändringarna i arbetets karaktär samt vissa särskilda drag till följd av EU-medlemskapet.

Finländarnas funktionsförmåga och hälsotillstånd har förbättrats. Även arbetsförhållandena har förbättrats och folk är idag något äldre än förr när de går i pension. De största hoten mot den positiva utvecklingen är spridningen av hälsovådliga levnadsvanor och sjukdomar: fetma har blivit allmännare, alkoholkonsumtionen såväl som allergier och diabetes har ökat. Den sociala välfärden har förbättrats i och med att den genomsnittliga inkomstnivån har stigit men samtidigt har inkomstskillnaderna ökat. Systemet med inkomstöverföringar är dock fortfarande en effektiv utjämnare av inkomstskillnader och antalet människor med låg inkomst är i Finland internationellt sett relativt litet. Långtidsarbetslösheten, bostadslösheten, alkoholkonsumtionen och narkotikan utgör fortfarande en utmaning för välfärden. Dessutom kan ökat behov av barnskydd och rekrytering av hälsovårdspersonal vålla problem. Socialutgifterna har ökat måttligt och ligger på en genomsnittlig EU-nivå.

Förutom de olika sektorernas verksamhet och utveckling i fråga om social- och hälsovårdsservice beskrivs i berättelsen vad som har gjorts för att förebygga problem. Man har strävat efter att uppnå social- och hälsovårdspolitikens centrala strategiska mål genom flera specialprogram av vilka det Nationella hälso- och sjukvårdsprojektet, folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 och Utvecklingsprojektet för det sociala området är de mest centrala. Berättelsen redogör för nuläget och utvecklingsperspektiven för programmen.

Förutom genom åtgärderna inom social- och hälsovårdens förvaltningsområde påverkas befolkningens hälsa och välbefinnande även av beslut och åtgärder inom flera andra förvaltningsområden. Berättelsen beskriver de mest centrala av dessa. Som ett exempel beskrivs hur hjärthälsa främjas genom samarbete mellan ett flertal sektorer. Berättelsen avslutas med en översikt av de viktigaste framtida utmaningarna för social- och hälsovårdsväsendet. Här betonas särskilt utjämning av hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupper och förebyggande av utslagningen. Avgörande för den framtida utvecklingen av befolkningens hälsa och välfärd är att man lyckas åstadkomma en relativ förbättring i ställningen för den lågutbildade och socialt riskbenägna befolkningsdelen.

Nyckelord: folkhälsa, hälsovårdspolitik, hälso- och sjukvårdstjänster, socialpolitik, social trygghet, socialservice, välfärd

Social- och hälsorapporten 2006

(angående åren 2002–2005)

RESUMÉ

Omvärlden förändras

Finlands befolkningsstruktur har förändrats under en längre tid. Befolkningen blir äldre och den förväntas minska i slutet av 2020-talet. Fler personer lämnar arbetsmarknaden redan idag än vad som kommer in på den. Det ökande antalet pensionärer utgör inte enbart en belastning utan pensionärerna som är friskare än någonsin kan bidra till samhället på många sätt.

Befolkningen flyttar i stigande grad till tillväxtcentrum. Flyttningsrörelsen gäller särskilt unga som till största delen söker sig till tillväxtcentrum för att studera och stannar kvar på studieorten eller i dess omedelbara närhet efter att studierna är avslutade. Å andra sidan flyttar unga till tillväxtcentrumens kranskommuner när de skall bilda familj.

Arbetslivet förändras snabbt. Användningen av informationsteknik ökar och team, nätverk och projekt utgör allt oftare arbetsformer. Korttid-sjobben har ökat. Hårdare produktionskrav förutsätter ett så effektivt utnyttjande av resurser som möjligt. Även den offentliga sektorn har reformerat sina lönesystem i syfte att förbättra arbetets produktivitet och kvalitet.

Den europeiska unionens inverkan på den nationella hälsopolitiken har utvidgats på grund av lagstiftning och rättspraxis. De omfattande strategierna inom EU, i synnerhet Lissabonstrategin, gäller i tilltagande grad även hälsa. Det gjordes försök att förtydliga fördelningen av uppgifterna mellan EU och medlemsländerna i förslaget till nytt konstitutionellt fördrag för EU som dock förkastades i folkomröstningarna i Frankrike och Holland. Regleringen av den inre marknaden angående tobak, vilken baserar sig på folkhälsan, har förstärkts. EU:s nya smittskyddsmyndighet (ECDC) inrättades för bekämpning av smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsorisker. EG-domstolen har betonat principerna för de fyra grundläggande rättigheterna i sina beslut som gäller ersättning för hälsovårdstjänster som har erhållits i ett annat medlemsland. EG-domstolens beslut har lett till ändringar av lagstiftningen även i Finland. Som en del av EU:s inre marknads politik avspeglar sig även regleringen av upphandlingarna i social- och hälsovårdstjänsterna.

Den tilltagande äldre befolkningen är också ny slags resurs

Urbaniseringen fortsätter

Arbetslivet är mer utmanande än tidigare

EU:s inflytande över den nationella hälsovårdspolitiken ökar

Förordningen om samordning av social trygghet reformerades. Stödsystemet för hemvård i Finland och grunderna för betalning av underhållsstöd ändrades för att vara i enlighet med ovan nämnda förordning: Stöd för hemvård och underhållsstöd betalas nu även till personer som bor i en annan EU- eller EES-stat. Det politiska samarbetet i fråga om socialpolitik fortsatte inom EU och förflyttades från utvecklande och spridning av nya verksamhetsmodeller till att effektivisera ibruktagandet av dessa. Sysselsättning och ekonomisk tillväxt lyftes fram som medelpunkter för den reformerade Lissabonstrategin.

Det första jämställdhetsdirektivet, som gäller lika behandling av män och kvinnor utanför arbetslivet, trädde i kraft. Europaparlamentet godkände grundandet av ett jämställdhetsinstitut för EU. Med hjälp av EU:s femte verksamhetsprogram avseende jämställda möjligheter för könen stöddes projekt med avseende på jämställdhet mellan könen. Det s.k. Pekingprogrammet om förbättring av kvinnornas ställning följdes upp och utvecklades.

Privata tjänster, tjänster producerade av organisationer eller tjänster som baserar sig på företagsverksamhet har skapats vid sidan av hälso- och sjukvårdstjänster som kommunerna producerar. De privata tjänsterna utgör ca en fjärdedel av socialservicen och en knapp femtedel av hälso- och sjukvårdstjänsterna. Organisationernas tjänster har kompletterat kommunernas tjänster för små målgrupper, vid behov även specialkompetens, och på områden där företagsmässig tjänsteproduktion har saknats. Organisationerna producerar en övervägande del av de privata socialtjänsterna, företagen av hälso- och sjukvårdstjänsterna. Företagens andel av produktionen ökar i och med att organisationerna tvingas delta i konkurrensutsättningen av tjänsterna i stället för samarbete som baserades på partnerskap mellan organisationer och kommuner. En ökning av antalet serviceproducenter förutsätter effektivare övervakning.

Reformen av kommun- och servicestrukturen förväntas ge hållbara lösningar för att säkerställa en hållbar grund för tjänsteproduktionen. Målet är att de tjänster som kommunen idag ansvarar för skall få en tillräckligt stark strukturell och ekonomisk grund och att man beaktar kvalitet, inflytande, tillgång och effektivitet samt teknikutvecklingen när man producerar och ordnar tjänsterna. Samtidigt utvärderas styrnings- och utvecklingssystem för tjänsterna samt forskning. Avsikten är att besluta om framtida riktlinjer på sommaren 2006.

Det politiska samarbetet bland EU:s medlemsländer blir tätare inom socialpolitiken

Åtgärder för främjande av jämställdhet mellan män och kvinnor ökar också inom EU

Tjänster som producerats av organisationer och privata producenter kompletterar kommunernas serviceproduktion

Kommun- och servicestrukturen är under planering

Riktlinjer för utvecklingen av social välfärd och hälsa

Befolkningens hälsotillstånd har alltså förbättrats. Finländarnas förväntade livslängd ökar kontinuerligt. Det ökade antalet år består i regel av friska levnadsår. Skillnaden i förväntad livslängd mellan män och kvinnor har avtagit men skillnaderna mellan socialgrupperna har ökat. Den upplevda hälsan bland äldre människor förbättras ständigt och åtminstone hos personer under 80 år har funktionsförmågan även objektivt sett förbättrats.

Dödligheten hos personer i arbetsför ålder till följd av blodcirkulationssjukdomar och vissa cancersjukdomar, särskilt lungcancer hos män, har minskat men dödsorsaker som hänför sig till alkoholkonsumtionen har ökat. Störningar i den mentala hälsan har inte ökat men dessa är numera den viktigaste orsaken till invalidpension medan andra orsaker, främst blodcirkulationssjukdomar, har minskat. En fjärdedel av finländarnas sjukdomsörda och antalet sjukdagar beror på störningar i den mentala hälsan. Antalet personer som lider av demens har ökat.

Även munhälsan har förbättrats. Karies och tandlöshet har minskat. En utmaning för munhälsan är stödjevävnadssjukdomar som redan är vanligt förekommande hos personer i medelåldern. Skillnaderna mellan befolkningsgrupperna är stora även i fråga om munhälsa. Den positiva utvecklingen fram till 1990-talet av munnens hälsotillstånd hos barn och unga har avstannat på grund av ändrade levnadsvanor och dålig egenvård.

Hälsan hotas särskilt av ökad fetma hos befolkningen och till följd av detta ökat antal fall av typ 2-diabetes, rökning samt alkohol och narkotika. Samma faktorer inverkar även på ökningen av sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, alkohol och narkotika genom olycksfall. Den positiva utvecklingen för riskfaktorer när det gäller blodcirkulationssjukdomar har avstannat. Astma och allergier ökar. Ökad användning av alkohol och narkotika kommer sannolikt att leda till ökade problem både när det gäller den mentala hälsan och sociala problem. Hoten från SARS och influensapandemin har visat att smittsamma sjukdomar inte har besegrats såsom man trott under de senaste decennierna.

Ökningen i inkomstskillnaderna bröts i början av 2000-talet men inkomstskillnaderna ökade igen år 2003. Effekten av systemet med inkomstöverföringar som utjämnar inkomstskillnader har avtagit. Antalet personer med små inkomster ökade kraftigt i slutet av 1990-talet men ökningen bröts i början av 2000-talet.

Befolkningens hälsa blir bättre men skillnader i hälsa mellan befolkningsgrupperna ökar

Folksjukdomarna förändras

Munhälsan hos barn och unga förbättras inte

Fetma, ringa motion, rökning och användning av alkohol och narkotika utsätter befolkningens hälsa för fara

Utjämnningen av inkomstskillnaderna avtog – ökningen av antalet personer med små inkomster avtar

Den positiva utvecklingen av sysselsättningen har fortsatt. Sysselsättningsgraden har stigit även om den fortfarande är ca sju procentenheter lägre än år 1990. Antalet arbetstillfällen har ökat i hela landet med undantag för Lapplands län. Sysselsättningsläget förbättrades mest inom bygnadsbranschen och socialservicen. En majoritet av de nya arbetstillfällena var dock tillfälliga och på deltid. Arbetslösheten och långtidsarbetslösheten minskar fortfarande men klart långsammare än tidigare.

Sysselsättningsläget förbättrades, bostadslösheten minskade...

Trots att Finland är ett av världens tryggaste länder har känslan av otrygghet ökat hos befolkningen. Även om rädslan för att bli utsatt för våldsbrott har minskat har människorna ökat sin beredskap inför våld betydligt. Antalet våldsbrott inom familjen, misstänkta fall av sexuellt utnyttjande av barn samt utnyttjande av barn som kommit till polisens kännedom har ökat. En svag ekonomisk situation i familjen försvagar barnets fysiska och psykiska hälsa, framgång i skolan och föräldrarnas omsorg. Ensamboendet ökar ensamheten bland äldre, känslan av otrygghet och servicebehovet.

...men otryggheten ökade

Man har kunnat minska bostadslösheten men situationen för personer som har svårast att få bostad har blivit sämre. Det finns inte tillräckligt med särskilda tjänster avsedda för personer med flera problem (personer med missbruks- och mentala problem).

Bostadslösheten har minskat

Importbegränsningarna för alkohol togs bort år 2004 i enlighet med EU:s anslutningsfördrag vilket förutspåddes genom att man sänkte alkoholskatten med i 33 procent i genomsnitt. Som en följd av detta ökade alkoholkonsumtionen till 10,3 liter 100-procentig alkohol per invånare. Följden har varit ökade sociala och hälsoproblem. Användningen av narkotika håller däremot på att plana av.

Alkoholkonsumtionen och dess följder ökade

Social- och hälsovården

Enligt OECD:s uppskattning är kostnaderna för den offentliga hälso- och sjukvårdens servicesystem, 7,4 % av bruttonationalprodukten, väl under kontroll. Hälso- och sjukvårdstjänsternas kvalitet är bra, den förebyggande hälso- och sjukvården har framhävt och personalen har kompetens. Åtgärderna inom ramen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet är enligt OECD bra men inte tillräckliga. OECD uppmanar Finland att reformera hälso- och sjukvårdssystemets strukturer för att säkerställa en hållbar finansiering och effektiv användning av resurserna och kritiserar också den ojämlika tillgången till vård.

OECD: Service-systemet är bra och utvecklas i rätt riktning men det är inte tillräckligt

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 och världshälsoorganisationen WHO:s rekommendationer om hälsofrämjande på 1990-talet har styrts hälsofrämjandet. Den reformerade folkhälsolagen styr kommunerna till att beakta hälsa och hälsofrämjande inom samtliga verksamhetssektorer också i kommunen. Till folkhälsolagen tillades en möjlighet att utfärda en förordning i fråga om vissa frågor som gäller förebyggande hälsovård.

Hälsofrämjande till en del av kommunens verksamhet inom samtliga sektorer

De mest omfattande projekten inom hälsofrämjande har gällt ingripande i problemanvändningen av alkohol i samband med hälsovårdsservice och förebyggande av typ 2-diabetes. Vaccinationsprogrammet reformerades och beredskapen inför en världsomfattande influensapandemi ökades. Vid Folkhälsoinstitutet inrättades en enhet för att göra förebyggandet av olycksfall i hemmet och på fritiden effektivare.

Vaccinationsprogrammet reformerades

Vårdgarantin är den mest betydelsefulla reformen inom hälso- och sjukvården. I lagstiftningen inskrevs maximitider inom vilka tillträde till vården skall ordnas. Hälsovårdscentralerna skall erbjuda befolkningen möjlighet att få telefonkontakt och en bedömning av vårdbehovet av en yrkesutbildad person inom tre arbetsdagar. Inom den specialiserade sjukvården skall en bedömning av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen har anlänt och den nödvändiga vården skall ordnas senast sex månader efter att vårdbehovet har bedömts. För att trygga tillgången till vård har man utarbetat enhetliga kriterier för icke-brådskande vård. De första resultaten av uppföljningen avseende tillträde till den specialiserade sjukvården är positiva.

Vårdgarantin trädde i kraft

Man har på olika sätt eftersträvat att ordna primärhälsovård för ett större befolkningsunderlag än tidigare. Svårigheterna med att värva läkare och tandläkare till primärhälsovården är ett problem när det gäller att flexibelt producera tjänster. Det har gjorts försök att förbättra situationen genom att göra sjukskötarens arbetsuppgifter mer omfattande och självständigare än tidigare. Även telefonrådgivningen har utökats. Det finns fortfarande stora regionala skillnader när det gäller tillgång till läkarmottagningen. Periodiska undersökningar på rådgivningsbyråer för mödravård och för barnvård och hälsoundersökningar inom skolhälsovården varierar till innehåll och antal. Genom en rekommendation om barnrådgivningsbyråer och en kvalitetsrekommendation om skolhälsovården har man eftersträvat att utjämna regionala skillnader i fråga om kommunernas verksamhetsmetoder och verksamhetens innehåll och omfattning.

Man utvecklar primärhälsovårdens verksamhetsätt genom ett flertal projekt

Den specialiserade sjukvårdens andel av den kommunala hälso- och sjukvårdens utgifter har hållit sig på ca en tredjedel. Den specialiserade sjukvården utvecklas mer och mer mot öppenvård. Andelen utgifter för tjänster inom den specialiserade sjukvården för personer i arbetsför ålder uppgår till över hälften, till vård av personer i pensionsåldern används ca en tredjedel. Genom vårdgarantin har antalet personer som står i kö för åtgärder inom den specialiserade sjukvården sjunkit snabbt.

Tillträde till åtgärder inom den specialiserade sjukvården har påskyndats

Efterfrågan på mentalvårdstjänster inom öppenvården har kontinuerligt ökat. Den barnpsykiatriska institutionsvården har ökat vilket delvis kan bero på ökat statligt stöd. Det råder stora regionala skillnader när det gäller tillgången till tjänster och personalbristen inom öppenvården försvårar produktionen av tjänsterna. Privata serviceproducenter har i regel producerat boendeservicen för rehabiliteringsklienter inom mental hälsa vilket ökar betydelsen av myndigheternas övervakning. Man har utvecklat nya verktyg för att främja barnens mentala hälsa.

Behovet av mentalvårdstjänster ökar – nya verktyg för främjande av barnens mentala hälsa

Genom att ta bort åldersgränserna omfattas nu hela befolkningen av den offentliga tandvården och ersättningarna via sjukförsäkringen. Något fler än tidigare besökte tandvården och förändringen gällde särskilt de åldersgrupper som inte tidigare omfattades av tjänsterna till reducerat pris. Besöken ökade särskilt i gruppen där minst två år hade förflutit efter det senaste besöket hos tandläkaren. Munhälsovården har utvecklats genom ändringar i yrkesgruppernas arbetsfördelning.

Uppskattningsvis omfattas 1,9 miljoner arbetstagare, ca 92 procent av samtliga löntagare, av företagshälsovården. Särskilt verksamhet som upprätthåller arbetsförmågan har utökats. Inom företagshälsovården vårdas var tredje av de arbetsföra som besöker öppenvården.

I rehabiliteringen av personer i arbetsför ålder har man eftersträvat att hålla kvar folk i arbetet eller stödja återgången till arbetslivet. Reformen med yrkesinriktad rehabilitering som hänför sig till pensionsreformen trädde i kraft vid ingången av år 2004. Arbetspensionsanstaltens andel av den yrkesinriktade rehabiliteringen har ökat. Tack vare åtgärder och förbättrat sysselsättningsläge har sysselsättningsgraden hos äldre åldersklasser förbättrats. Man eftersträvar att aktivera långtidsarbetslösa vid servicecentralerna för arbetskraft. Folkpensionsanstaltens andel av samtliga rehabiliteringstjänster har ökat. Den specialiserade sjukvårdens rehabiliteringsverksamhet och i synnerhet hjälpmedelstjänsterna har utvecklats som en del av det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet.

Tjänsterna för äldre personer har inte i alla avseenden utvecklats i enlighet med de nationella målen: allt färre får hemtjänst och skillnaderna i serviceutbudet mellan kommuner är stora. Servicestrukturen har dock förändrats i riktning mot att främja öppenvården i enlighet med målen för servicestrukturen på 1990-talet: antalet personer som får närståendevård har ökat och den långvariga institutionsvården har ersatts genom effektivare boendeservice.

Servicesedeln togs i bruk inom hemtjänsten och som ett gemensamt täckningsmål för hemservicen sattes upp 25 procent för personer som fyllt 75 år. Närståendevårdarnas ställning förbättrades genom ändringarna i klientavgiftslagen och genom att höja indexskyddet för vårdarvoden. Vid ingången av år 2006 inleddes utvecklingsprojektet för institutionsvård och lagen om rätt till bedömning av servicebehovet för personer som har fyllt 80 år och personer som uppstår FPA:s vårdbidrag för pensionstagare trädde i kraft i mars 2006.

Behovet av socialservice och behovet av att intensifiera samarbetet mellan social-, hälsovårds-, bostads, arbets- och undervisningsväsendet samt familjerna och den privata sektorn har ökat. Blandmissbruket av alkohol och narkotika har blivit vanligare, antalet klienter på familjerådgivningsbyråer och barn som placerats utom hemmet har ökat och psykosociala utvecklingsstörningar hos barn har tilltagit betydligt. Samtidigt har de regionala skillnaderna när det gäller ordnande av socialservice vuxit.

Den offentligt stödda munhälsovården omfattar idag hela befolkningen

Företagshälsovårdens omfattning har förbättrats

Rehabiliteringstjänsterna stöder folk att hålla sig kvar i arbete och en återgång till arbetet

Andelen av institutionsvård för de äldre har minskat men resurserna inom öppenvården är ännu inte tillräckliga

Rätten till bedömning av servicebehovet träder i kraft år 2006

Verksamhetssätten inom socialvården utvecklas för att vara förebyggande, förstärkande och basera sig på partnerskap

Barndagvården har mer än tidigare koncentrerats till daghem och familjedagvården har minskat med ungefär en tredjedel. Det finns fortfarande regionala skillnader i barndagvård som erbjuds kvällar, nätter och veckoslut och tillgången på dagvård för barn i behov av särskilt stöd. Förskoleundervisningen genomförs huvudsakligen inom dagvården men det finns grupper även i skolan. I många kommuner ordnas förskoleundervisningen i form av samarbete mellan förvaltningar.

Inom socialarbetet har förändringarna i servicestruktur, klienternas servicebehov och verksamhetsmiljö ökat behovet av att utveckla utbildningen i socialarbetet och förbättra verksamhetssätten för att dessa bättre skall motsvara klienternas behov. Man påbörjade arbetet med beredningen av en bestämmelse om klientens rätt inom socialarbetet att få tillträde till bedömning av servicebehovet. Man har strävat efter att svara mot utmaningar som gäller socialservice genom utvecklingsprojekt som förebygger, förstärker, påverkar och baserar sig på partnerskap. Anordnandet av socialjourer i kommunerna framskrider konstruktivt.

Man har aktivt utvecklat nya barn- och familjecentrerade arbetsmetoder. Arbetsmetoderna för tidigt ingripande har etablerats som en del av det grundläggande arbetet och detta har också rönt uppskattning inom olika yrkesgrupper. Via familjerådslag har man säkerställt situationen för barnskyddets klient och hans eller hennes närmaste krets när det gäller att finna en lösning på deras problem. Inom Familjeprojektet strävar man efter att förnya samarbetet mellan rådgivningsbyrån, dagvården och skolan och skapa familjecenter som baserar sig på aktörernas partnerskap.

Barnombudsmannen inledde sin verksamhet. Barnombudsmannens uppgift är att förbättra barnets röst i samhället bl.a. genom att följa barns och ungdomars levnadsförhållanden och tillvarata deras rättigheter samt rapportera årligen om detta till statsrådet.

Dagvårdsplatser för alla behövande – skillnader mellan kommunerna i fråga om vård på kvällar, nätter och veckoslut

Rätten till bedömning av servicebehovet för en klient inom socialarbetet fastställs genom bestämmelser

Arbetsmetoderna för tidigt ingripande har etablerats som en del av det grundläggande arbetet

Barnombudsmannen tillvaratar barnens rättigheter

Socialutgifterna ökade måttligt. Särskilt utgifterna för pensioner och hälso- och sjukvård bidrog till ökningen av utgifterna. Bland pensionsutgifterna ökade utgifterna för ålderspension mest och bland utgifterna för hälso- och sjukvården utgifter för läkemedel och tandvård. Till utgiftsökningen inom tandvården bidrog utvidgningen av tandvården till att omfatta hela befolkningen. Till ökade läkemedelsutgifter ledde bland annat satsningar på hemvård, ikraftträdandet av vårdgarantin för hälso- och sjukvården och läkemedelsbehandlings utveckling. Socialutgifternas finansieringsandelar förblev näst intill konstanta men den förhöjda arbetspensionsavgiften som togs i bruk vid ingången av år 2005 höjde finansieringsandelarna för arbetsgivare och försäkrade. Statsandelsprocenten som staten betalar till kommunerna har stigit årligen från och med år 2001. Statsandelar som staten betalar till kommunerna har också höjts genom statsandelar som beviljats för olika utvecklingsprojekt. Kommunekonomin finansieringssituation var fortsatt ansträngd men situationen förväntas bli klart bättre åren 2007–2009. Finansieringsstrukturen för socialutgifterna reformeras under år 2006. Sjukförsäkringen delas upp i en arbetsinkomstförsäkring och en sjukvårdsförsäkring. Reformen bidrar till att göra FPA:s finansiering tydligare och ökar FPA:s inkomster från försäkringsavgifter.

Antalet personal inom den kommunala social- och hälsovården har tilltagit med 8 700 personer under 2000-talet. Endast cirka en fjärdedel av de nyanställda har permanent tjänsteförhållande. Merparten av personalen arbetar inom hälso- och sjukvården. De flesta av hälso- och sjukvårdens personal arbetar inom den specialiserade sjukvården och de flesta av socialvårdens personal inom barndagvården och i servicehus och -lägenheter. Inom den kommunala hälso- och sjukvården har läkarbristen hållit sig nästan oförändrad på 2000-talet. Läkarbristen är större inom primärhälsovården än inom den specialiserade sjukvården. Tandläkarbristen i hälsocentralerna har däremot ökat beständigt. Bristen på vårdpersonal (sjukskötare, primärskötare och närvårdare) är betydligt mindre. Inom socialvården finns det brist på socialarbetare som uppfyller behörighetskraven samt på svenskspråkig dagvårdspersonal. Återflyttning av sjukskötare till Finland har tilltagit, medan läkarnas migration utomlands fortsätter. 43 procent av dem som år 2003 arbetar inom den kommunala social- och hälsovården beräknas att pensionera sig innan 2020. Man försöker bereda sig till pensionsbortfallet genom att utöka nybörjarplatser i läkar- och tandläkarutbildningen samt i den yrkesinriktade grundutbildningen och yrkeshögskoleutbildningen inom social- och hälsovården.

Ökningen av socialutgifterna hålls tillbaka med hjälp av nya finansieringsarrangemang och utvecklingsprojekt avseende social- och hälsovård

Antalet anställda inom social- och hälsovården har tilltagit, men bristen på läkare, tandläkare och socialarbetare har ökat

Man bereder sig till personalens pensionsbortfall genom att utöka nybörjarplatser inom utbildningen

Revideringen av pensionssystemet syftar till att öka sysselsättning och förebygga fattigdom och utslagning. Arbetspensionsreformen medför en mer flexibel pensionsålder och ökat pensionstillväxt för att motivera folk att orka i arbetet. Därtill ackumulerar pension även under studietiden eller vård av ett barn under tre år. Detta bekostas av staten. Fattigdom och utslagning förebyggs genom en ny lag som föreskriver att långtidsarbetslösa som är födda 1941–1947 har en möjlighet till fast pensionsstöd utan skyldighet att söka arbete. I folkpensionerna gjordes en indexförhöjning, en nivåförhöjning på sju euro samt en förhöjning på fem euro som genomförs år 2006. I arbetspensionssystemet gjordes lönekoefficient- och indexändringar. Ändringarna i sjukförsäkringssystemet främjar sammanjämkning av arbets- och familjeliv samt förebygger fattigdom. Fäderna fick möjlighet att ta ut föräldradagpenning i en månad utan avbrott, föräldradagpenningen kan nu beräknas enligt de inkomster som låg till grund för den tidigare föräldradagpenningen och arbetsgivarnas vikariekostnader under föräldradagpenning kompenseras genom att höja semesterersättningen. Därtill höjdes nivån på sjukdagpenningen, föräldradagpenningarna och rehabiliteringspenningen samt den inkomst som ligger till grund för inkomstrelaterad dagpenning kan beräknas redan från en månads inkomster. Ändringarna i utkomstskyddet för arbetslösa skall höja sysselsättningsnivån och motivera till arbete. Omställningsskyddet syftar till att försnabba den uppsagdes tillträde till nytt arbete och revideringen av arbetsmarknadsstödet förebygger långvarig arbetslöshet. Ändringarna i det övriga utkomstskyddet främjar sammanjämkning av arbets- och familjeliv och förbättrar familjeförmånernas nominella nivå och säkerställer deras realvärde. Partiell vårdpenning för stöd för barnavården höjdes och rätten till stödet utvidgades även att omfatta familjer där det första barnet är på klass 2 eller 3 i grundskolan. Stöd för vård av familjens första barn och stöd för privat vård av barn samt barnbidragets tillägg till ensamförsörjare höjdes. Ändringarna i utkomstskyddet syftar till att öka sysselsättning. Utkomstskyddets prioriterade inkomst höjdes till 150 euro, en indexförhöjning gjordes till utkomstskyddet, boendeutgifternas självriskandel på sju procent avskaffades och reformen av arbetsmarknadsstödet medför till utkomstskyddet element som motiverar till arbete. Höjningen av bostadsbidragets justeringsgräns syftar till att främja sysselsättning och de arbetslösas tillträde till arbetsmarknaden. Därtill höjdes nivån på bostadsbidrag och de godtagbara vatten- och vårdutgifterna.

Ändringarna i utkomstskyddssystemet motiverar till arbete, ökar sysselsättning, främjar sammanjämkning av arbets- och familjeliv, förebygger fattigdom och tryggar en hållbar pensionspolitik

Den positiva utvecklingen av antalet arbetsolyckor utjämnades under högkonjunkturen vid sekelskiftet, men trenden har sedan dess fortsatt att vara positiv. Enligt den arbetarskyddsstrategi som social- och hälsovårdsministeriet bekräftade år 1998 är arbetarskyddets särskilda tyngdpunktområden, i tillägg till den traditionella olyckspreventionen, förebyggandet av sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, främjandet av psykiskt välbefinnande, ork i arbetslivet samt kontroll över sitt eget arbete. Veto-programmet för år 2003–2007 syftar till att främja arbetslivets dragningskraft. Arbetarskyddslagstiftningen moderniserades genom lag om företagshälsovård som trädde i kraft år 2002 och arbetarskyddslag som trädde i kraft år 2003.

Antalet arbetsolyckor fortsätter att minska
Arbetarskyddslagstiftningen har moderniserats

Verksamheten inom miljö- och hälsoskyddet bygger först och främst på den kommunala miljö- och hälsoskyddsverksamheten. Kommunernas resurser har emellertid minskat. För att förebygga denna ogynnsamma utveckling har statsrådet antagit ett principbeslut om utveckling av övervakning inom miljö- och hälsoskyddet. Övervakningen skall enligt beslutet samlas till 50–85 regionala enheter och styrning effektiveras genom ett riksomfattande program. År 2003 påbörjades förberedelserna för ett nationellt kemikalieprogram.

Verksamheten inom miljö- och hälsoskyddet har effektiviserats genom anvisningar och regionalt samarbete

De mest centrala utvecklingsprojekten inom social- och hälsovården

Eftersom styrning genom mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården som angår för och främst kommunernas uppgifter inte anses vara tillräcklig, beslöt statsrådet att fatta principbeslut avseende två omfattande utvecklingsprojekt som stöds genom betydande tilläggsfinansiering.

Programstyrning stärktes

Avsikten med det nationella projektet för tryggande av hälso- och sjukvården i framtiden är att tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster skall vara rättvis i de olika delarna av landet oberoende av invånarnas betalningsförmåga. Inom projektet har man ökat utbildningsutbudet och andelen primärhälsovård i specialistutbildningen samt förbättrat samarbete och arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården. Avsikten har varit att trygga tillgång till vård och läget har förbättrats även om det fortfarande finns regionala skillnader. Projektet har också understött introduktion och utveckling av informationsteknik.

Rättvis tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster till alla

Utvecklingsprojektet för det sociala området medför socialtjänsternas mycket omfattande och betydande organisatoriska reformering. Avsikten är att trygga servicetillgång och -kvalitet genom att revidera lagstiftning och förnya servicestrukturer samt personalens arbetsrutiner. Projektet omfattar tjänsterna för barn och familjer, handikappade personer samt personer med missbrukarproblem. Utvecklingsmålen innefattar väl fungerande arbetsfördelning, spridning av goda praxis samt tidig ingripande.

Socialtjänster av hög kvalitet till alla

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 har som mål att förbättra barnens välbefinnande och hälsa, minska tobaksrökning och droganvändning bland ungdomar, minska dödsfall till följd av olycksfall och våld bland unga vuxna män, utveckla den arbetsföra befolkningens arbets- och funktionsförmåga samt förhållandena i arbetslivet, öka antal friska år, bevara befolkningens belåtenhet med hälsan och hälso- och sjukvårdstjänsterna samt minska hälsoskillnader bland befolkningsgrupperna.

Målet med alkoholprogrammet år 2004–2007 är att reducera alkoholkonsumtionen, lätta alkoholens skadeverkningar som drabbar barn och familjer samt minska riskanvändning av alkohol och relaterade skador. Sänkningen av alkoholskatten har emellertid ökat konsumtion och skadeverkningar. Alkoholprogrammet genomförs genom övervakning på länsnivå samt särskilda program i kommuner och regioner. Utbildning i missbrukararbetet har utvecklats, utbud av missbrukar- och mentalhjälsotjänster har ökat och anslag för barnomsorg och tjänster för barnfamiljer har förhöjts. Tidig igenkännande av riskanvändning effektiveras genom ett riksomfattande projekt för miniintervention som omfattar bl.a. en audit test för riskbedömningen samt en handbok om hur man skall ställa frågor om alkoholbruk. Man försöker förebygga alkoholbruk också genom att överföra förvaltningen och övervakningen av utskänkings- och detaljförsäljningstillstånd till länsstyrelserna.

Hälsa för alla till nytta av hela samhället

Den ökande alkoholkonsumtionen och alkoholskador som oundvikligt följer därav bekämpas genom upplysning och tidig ingripande

Åtgärder på andra förvaltningsområden

På alla förvaltningsområden har man satt igång aktiviteter, som har direkta eller indirekta effekter på befolkningens hälsa och välbefinnande. Det förefaller att alla förvaltningsområden har tillägnat sig värdet av hälsan och det sociala välbefinnandet och dessa beaktas när verksamhet planeras och beslut fattas även om detta inte alltid uttrycks explicit.

Hälsan och det sociala välbefinnandet är gemensamma värden för alla förvaltningsområden

Programmet för den inre säkerheten är ett exempel på att det behövs samarbete mellan t.ex. social-, hälso- och andra sektorer. Programmet identifierar det ömsesidiga beroendet av olika sektorer verksamhet eftersom åtgärder på en sektor har konsekvenser på en annan sektor. Ofta är social- och hälsovårdssektorn i slutändan av denne kedja av konsekvenser, dvs. på dessa sektorer bemöter man mer konkretiskt de negativa utvecklingar som har skett på andra sektorer. T.ex. känslan av otrygghet och erfarenheter av våld och brott har betydande effekter på medborgarnas hälsa och välbefinnande. Ofta begränsas effekterna inte enbart på individer, utan dem inriktas även på omgivningen såsom maken eller makan, barnen, arbetsplatsen, osv. I tillägg till mänsklig lidande orsakar dessa följdverkningar också betydande kostnader för social- och hälsovårdssektorn.

Programmet för den inre säkerheten konkretiserar samarbetsbehovet

Andra sektorers centrala åtgärder under redovisningsåret som har haft eller förmodligen kommer att ha positiva konsekvenser för befolkningens hälsa och sociala välbefinnande omfattar bl.a.: *kommunikationsministeriets* åtgärder för att förebygga utsläpp och buller, utveckla trafiksäkerheten och främja cykling och gång; *jord- och skogsbrukministeriets* åtgärder för att trygga landsbygdens, och speciellt husdjursskötselns och livsmedelsindustrins tillgång till rent vatten och för att utveckla landsbygdens vitalitet; *justitieministeriets* revision av fängelselagstiftningen; *utbildningsministeriets* åtgärder för att utveckla specialundervisning inom grundutbildningen, lansera hälsokunskap som ett nytt studieämne och etablera skolelevers morgon- och eftermiddagsverksamhet; *arbetsministeriets* åtgärder för att aktivera handikappade arbetssökande och lansera en samhällsgaranti för unga; *utrikesministeriets* åtgärder för att utveckla krisberedskap; och *miljöministeriets* åtgärder för att sätta i kraft lagen om bedömning av miljökonsekvenserna av myndigheters planer och program och utvidga bedömningen så att den omfattar planernas och programmens direkta eller indirekta inverkan på människornas hälsa, livsbetingelser och trivsel samt förberedning av det nationella kemikalieprogrammet. Visserligen har de ändringar av alkoholskatten som *finansministeriet* har genomfört och som baseras på EU:s inre marknadspolitik ökat alkoholkonsumtion och alkoholens skadeverkningar.

Identifiering av social- och hälsoeffekterna av andra sektorers verksamhet kräver intensivt samarbete mellan sektorerna. Vid planering av strategier, lagstiftning och projekt skall man utnyttja social- och hälsovårdens specialexpertis och vid behov även metoderna för förhandsbedömning (såsom metoden för bedömning av hälsoeffekter), vars användning kan social- och hälsovårdssektorn med sin expertis stödja.

Slutsatser

Under de senaste fyra åren har befolkningens hälsa och sociala välbefinnande i stort sätt ökat, men det finns fortfarande utmaningar och nya utmaningar dyker upp. De flesta hälsoindikatorerna har haft en positiv trend, men för somliga indikatorer har utvecklingen varit ogynnsam. Av de kroniska sjukdomarna har speciellt allergier, typ 2-diabetes och alkoholens skadeverkningar tilltagit. Eftersom hälsan bestäms i stort sätt av faktorer som ligger utanför social- och hälsovårdssektorn är det viktigt att förvaltningsområdena samarbetar för att främja hälsan.

I tillägg till den genomsnittliga förbättringen av det sociala välbefinnandet skall man också beakta att välbefinnandet har polariserats i ökad mån. För att vända polariseringstrenden krävs åtgärder även från andra sektorer än socialvården.

Från förebyggande av utsläpp till hälsokunskap som studieämne – främjandet av hälsa och socialt välbefinnande är omfattande verksamhet

Mervärde med hjälp av expertis inom social- och hälsovårdssektorn samt metoderna för förhandsbedömning

Utvecklingen av hälsan och det sociala välbefinnandet har i stort sätt varit positiv, men det finns utmaningar och växande problem

Det sociala välbefinnandet har ökat men likaså dess polarisering

Förebyggande åtgärder är mer lönsamma än avhjälpande. Man har försökt att bemöta utmaningar genom otaliga riksomfattande och regionala program och projekt. Att kommun- och servicestrukturen omorganiseras till större helheter underlättar också att nå resultat inom olika program.

Syftet med projektet för en reform av kommun- och servicestrukturen är att förbättra kommunernas ständigt försämrade finanser, som anses belastas betydligt av social- och hälsovårdssektorns tilltagande kostnadsutveckling. Nya strukturlösningar efterspås för att trygga mer effektiv serviceproduktion vars finansiering är mer hållbar. I tillägg till att man tryggar tillräckliga kommunala infrastrukturer inom social- och hälsovården skall man också beakta även på det lokala planet ledningen och verkställandet av samarbete mellan alla sektorer som har inverkan på välbefinnandet.

Minskning av ojämlikhet i hälsa och utslagning är långvariga utmaningar. Det finns mycket information om orsakerna till ojämlikhet men kunskaperna är till dels splittrade. I framtiden skall man stöda aktivt sökandet av verksamhetsmodeller som kan hjälpa till att minska detta problem från flera olika utgångspunkter. Inte heller denna approach bygger helt och hållet på verksamheten inom social- och hälsovårdssektorn utan målet kan uppnås endast genom omfattande sektorsöverskridande samarbete.

Förebyggande av problem är alltid den billigaste och effektivaste lösningen till ogynnsam utveckling

Strukturer som förnyas i Projektet för en reform av kommun- och servicestrukturen skall försäkra omfattande förebyggande arbete

Sektorsöverskridande samarbete mellan alla aktörer är förutsättningen för att befolkningens hälsa, sociala deltagande och välbefinnande ökas

Sammandrag av några böcker som utgivits 2005–2006 från Stakes

KVALITET OCH PRODUKTIONSEFFEKTIVITET?

En ekonomisk studie om institutionsvård för äldre Stakes, 2005

Sammandrag

I studien analyseras kopplingen mellan produktionseffektivitet och vårdkvalitet inom långvarig institutionsvård för äldre. Produktionseffektivitet är i denna studie ett begrepp som hänger samman med produktiviteten, dvs. förhållandet mellan insatsen och utbytet. Det betyder enhetens produktivitet i förhållande till den bästa möjliga produktiviteten. I studien analyseras först den särskilda karaktären hos långvarig institutionsvård för äldre när man utgår från bildning av begrepp för och mätning av produktionseffektivitet och kvalitet. Efter detta bedöms hur väl ålderdomshemmens och hälsocentralsjukhusens avdelningar lyckas optimera sina befintliga resurser för produktion av vårddagar. Dessutom bedömer man hur produktionseffektiviteten och vårdkvaliteten är kopplade till varandra och hur signifikant bytesrelationen (trade-off) mellan dem är. Slutligen analyseras vilka faktorer på avdelnings- och individnivå som förklarar den vårdtid som ägnats långvårdsklienten.

Studien genomfördes vid Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) som en del av projektet att ta i bruk informationssystemet RAI (Resident Assessment Instrument) och utveckla ett system för jämförelse (benchmarking) inom långvården. I studien utnyttjades data som erhållits i projektet. Genom dem kan man också bifoga faktorer som avspeglar resultatets egenskaper och verksamhetskvaliteten till den traditionella mätningen av produktionseffektivitet. Studien bygger på data på individ- och avdelningsnivå från främst 2001 och 2002.

Produktiviteten inom långvarig institutionsvård för äldre har minskat cirka sju procent från 2000 till 2003. Med andra ord har förhållandet mellan de resurser som satsats på service och antalet producerade vårddagar försvagats. Avdelningarnas genomsnittliga produktionsineffektivitet var cirka 20 procent. Det betyder att avdelningarna använde i snitt en femtedel mer personal- och kapitalresurser för att producera vårddagar standardiserade enligt klientstrukturen än de produktionsmässigt mest effektiva enheterna. Även vårdkvaliteten när det gäller kraftresurser, processer och resultat varierade avsevärt mellan olika avdelningar. Dessutom var fördelningen av personal på avdelningarna delvis oändamålsenlig.

Man kunde påvisa att det fanns en bytesrelation mellan produktionseffektiviteten och vårdkvaliteten. Särskilt sådana kvalitetsindikatorer som beskriver passiverande och icke rehabiliterande vårdarbete eller resultat av vårdarbete och vårdpraxis av denna typ hängde samman med hög produktionseffektivitet på avdelningen. Utöver detta hängde även tilldelning av små personal- och kapitalresurser samman med hög produktionseffektivitet. Enligt studieresultaten var emellertid kopplingen mellan låg vårdkvalitet och hög produktionseffektivitet inte särskilt stark. Små ändringar i vårdkvaliteten påverkar inte nödvändigtvis produktionseffektiviteten i någon större utsträckning, liksom inte heller små förändringar i produktionseffektiviteten påverkar kvaliteten i någon större utsträckning. Kopplingen mellan kvalitet och produktionseffektivitet är av större betydelse först när dessa förändras mycket. Enheter som avviker från andra när det gäller vårdkvalitet eller produktionseffektivitet bör dock särskilt uppmärksammas.

Verksamheten i enheter som producerar institutionsvård bör enligt studien bedömas ur flera olika perspektiv och genom flera olika instrument. Inom institutionsvården finns utvecklingspotential både när det gäller produktionseffektivitet, användning av arbetskraft och vårdkvalitet. Väsentligt är hurdan kopplingen mellan resurser, produktionsvolymen och kvaliteten inom beslutsfattandet är. Detta kan inte undersökas empiriskt utan ändamålsenliga uppföljningssystem och instrument. Även om det på grund av verksamhetens särskilda karaktär inte finns särskilt stora möjligheter till att förbättra produktiviteten inom institutionsvård för äldre, kan enskilda enheter förbättra sin produktionseffektivitet genom att använda sina resurser på ett mer lyckat sätt än tidigare. I samband med detta bör man dock säkerställa att vårdkvaliteten inte signifikant försämras.

Genom studien fås olika tillvägagångssätt för bedömning av både serviceproducenternas verksamhet och olika typer av omvårdnadstjänster. Man kan också dra nytta av studieresultaten när olika risker och möjligheter i anslutning till förbättring av omvårdnadstjänsternas produktivitet bedöms.

STATISTISK ÅRSBOK FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN 2005

Stakes, Finlands officiella statistik, Socialskydd 2005

Till läsaren

Statistisk årsbok för social- och hälsovården 2005 är en handbok, som innehåller de viktigaste statistiska uppgifterna om Finlands social- och hälsovårdstjänster samt deras personal och kostnader. Därutöver innehåller årsboken uppgifter om reproduktiv hälsa, alcohol och narkotika samt utkomststöd. Uppgifterna presenteras ur de olika klientgruppernas synvinkel och som långa tidsserier som tillåter jämförelser. De har huvudsakligen tagits ur Stakes statistik och register.

Årsboken inleds med en kortfattad översikt över utvecklingen inom social- och hälsovården. Dessutom har en cd-romskiva med de viktigaste uppgifterna indelade efter kommun bifogats till årsboken. Skivan innehåller hela årsboken i pdf-format.

Statistiken i årsboken presenteras mer detaljerat i olika FOS-publikationer. Temapublikationer som utkommer regelbundet är Rusmedelsstatistisk årsbok, Utgifter för det sociala skyddet och hälso- och sjukvården, Äldreomsorgen, Trender inom hälsovården, Privat serviceproduktion inom social- och hälsovården samt Personalen inom social- och hälsovården i kommuner och samkommuner. Dessutom utkommer årligen ett statistikmeddelande om var och en av Stakes statistiker. Statistikmeddelandena är gratis och kan skrivas ut från Stakes webbplats (www.stakes.fi). På webbplatsen finns också mer detaljerad information om Stakes statistik och statistikmeddelanden.

De viktigaste statistikuppgifterna finns också i webbtjänsten SOTKANet (www.sotkanet.fi).

Den innehåller uppgifter från statistik, register och enkäter om social- och hälsovård samt om befolkningens välfärd och hälsa. Tills vidare är webbtjänsten helt gratis. Den har utvecklats som stöd för experter på social- och hälsovårdsområdet 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 med hänsyn till olika målgrupper och ändamål.

Årsboken har sammanställts med gemensamma krafter inom Stakes resultatområde StakesInformation. Resultatområdet upprätthåller och utvecklar statistik och register på riksnivå samt bearbetar och förmedlar information med utgångspunkt i olika användargrupperns behov. Årsboken har redigerats av utvecklingschef Ritva Hein, specialplanerare Sari Kauppinen, specialplanerare Tapani Niskanen och planerare Sirpa Virtanen.

RUSMEDELSSTATISTISK ÅRSBOK 2005

Alkohol och narkotika

Stakes, Finlands officiella statistik, Socialskydd 2005

Rusmedelsstatistisk årsbok 2005 är ett allmänt verk om rusmedel och ger en helhetsbild av alkohol- och narkotikasituationen samt av rusmedelssituationens utveckling i Finland. Därtill innehåller årsboken även uppgifter om alkohol och narkotikasituationen i andra länder.

Rusmedelsstatistisk årsbok kommer ut för åttonde gången. För alkoholstatistikens del är den en fortsättning på Årsboken över alkoholstatistik som Alko publicerat sedan år 1932, vilken gör det möjligt att följa med alkoholförhållandenas utveckling i form av långa jämförbara tidsserier delvis alltsedan 1930-talet. År 1995 utvidgades årsbokens innehåll till att även omfatta droger och mediciner som intagits i avsikt att bli berusad. Årsboken utgör en central databas för alkoholpolitiskt beslutsfattande och för utvärdering av alkoholförhållanden liksom även för uppföljning av drogsituationens utveckling och för en helhetskartläggning av rusmedelsituationen i Finland.

Rusmedelsstatistisk Årsbok görs i samarbete med enheten för StakesInformation vid Stakes och Produkttillsynscentralen för social- och hälsovård (STTV). Ansvariga redaktörer för årsboken är utvecklingschef Ritva Hein och planerare Sirpa Virtanen (Stakes) och data-administrationsschef Lennart Wahlfors (STTV). Publikationen har utarbetats av specialplanerare Merja Hietala (STTV) och specialplanerare Ari Virtanen, planerare Airi Partanen, specialforskare Esa Österberg (Stakes).

Heikki Hiilamo

FRÅN LAGEN OM KÄRINGDRÅP TILL PAPPAMÅNAD

Stakes, 2006

Sammandrag

Det är intressant att betrakta utvecklingen av socialpolitiken i Finland i förhållande till ett likartat land – Sverige. Avsikten med denna bok är att tillämpa samma metod på familjepolitiken, dvs. ställa två jämförbara ”fall” bredvid varandra och sedan lyfta fram skillnader och gemensamma drag. Inom familjepolitiken har Finland följt Sverige tätt i spåren och lagreformerna i Sverige har varit föredömen för Finland.

Ännu i början av 1900-talet födde kvinnorna i Sverige i genomsnitt fyra barn och kvinnorna i Finland i genomsnitt fem barn. Vid denna tid utgjorde barn en social och ekonomisk resurs. De deltog i lantbruksarbetet och bidrog till familjens försörjning inom gruv-, såg- och textilindustrin. Det var nödvändigt att ha många barn eftersom barnen innebar social trygghet inför ålderdom och sjukdom. Barndomen var inte ett separat livsskede, utan barn betraktades som vuxna i miniatyrformat.

Barnens roll började förändras först i början av 1900-talet. Genom förbudet mot barnarbete och skolplikten omvandlades barnen från produktionsfaktorer till konsumtionsenheter, med andra ord från välfärdsproducenter till välfärdsconsument. Antalet barn i familjerna, minskade samtidigt som de kostnader som barnen medförde ökade. Barnafödandet rasade. I början av 1930-talet födde kvinnorna i Finland i genomsnitt endast tre barn (30 år tidigare var det genomsnittliga antalet alltså fem), medan kvinnorna i Sverige födde i genomsnitt två barn (30 år tidigare fyra barn). Man började tala om folkminskning, till och med om utdöende.

Oron för befolkningsutvecklingen innebar att födseln av ett barn började tolkas som en ekonomisk och social risk, som samhället på något sätt skulle dela med föräldrarna. Frågan var de problem som industrialiseringen och urbaniseringen direkt medförde, exempelvis barnarbete, ökningen av antalet ensamföräldrar och fattigdomen bland barnfamiljer.

Utvecklingen av de stora linjerna inom familjepolitiken i Finland och Sverige påminner i hög grad om varandra, när man jämför den med andra länder i Västeuropa. Den första klara brytningspunkten i familjepolitikens utveckling i Sverige och Finland utgjordes av befolkningsdebatten på 1930-talet. En avgörande vändning i uppkomsten av den moderna familjepolitiken i Sverige var Alva och Gunnar Myrdals befolkningspolitiska bok *Kris i befolkningsfrågan*, som publicerades år 1934. Boken var inte bara ett unikt initiativ på det nordiska planet, utan introducerade också den europeiska diskussionen i en svensk kontext.

Samma år som Alva och Gunnar Myrdals bok publicerades i Sverige framförde Gunnar Modeen i Finland dystra befolkningspolitiska prognoser. Båda budskapen fick samma mottagande: man måste skrida till åtgärder för att bryta den negativa befolkningsutvecklingen. I både Sverige och Finland började man diskutera möjligheterna att stödja barnfamiljerna ekonomiskt, och snart infördes de första uttryckligen familjepolitiska inkomstöverföringarna.

Familjepolitiken i Sverige och Finland var till en början en del av – det privata och offentliga – barnskyddet och skattepolitiken. Vid verkställandet av familjepolitiken var man emellertid mer knapphändig än exempelvis i Frankrike. Förmånerna var begränsade och sparsamt tilltagna.

Efter andra världskriget utgjorde nativiteten inte längre något problem, då antalet barnfamiljer började kraftigt öka. I de knappa omständigheterna under återuppbyggnadsskedet efter kriget var däremot välfärden för de familjer som fött de så kallade stora årskullarna ett problem. År 1948 stadfästes lagarna om barnbidrag, och utbetalningen av bidrag inleddes i Sverige och Finland. Barnbidragssystemet byggde på samma principer (universalism samt betalning till barnets mor) och låg på ungefär samma nivå i de båda länderna. Betalningen av barnbidrag blev dock en så tung börda att den övriga familjepolitikens utveckling stannade upp för flera år.

Ett iögonenfallande drag i jämförelsen av Sverige och Finland är att Sverige gått steget före Finland inom utvecklingen av familjepolitiken. Den viktigaste faktorn som påverkat familjepolitiken från 1960-talet var bristen på arbetskraft, som man försökte åtgärda genom att stödja kvinnornas och småbarnsmammornas förvärvsarbete. Den inkomstrelaterade moderskapspenningen infördes i Sverige år 1963 och i Finland år 1964. Samtidigt började man utveckla dagvårdstjänsterna i Sverige, och Finland följde efter något senare.

Kvinnornas medverkan på arbetsmarknaden ökade på 1960-talet, vilket kopplade familjepolitiken allt klarare samman med arbetsmarknadspolitik. Samtidigt framhövs fackförbundens roll. I mitten av 1980-talet fick Finland försprång gentemot Sverige genom att införa ett omfattande system för hemvårdsstöd. Bakom detta låg centerpartiets och i synnerhet dess kvinnoorganisations starka agerande. Den svenska familjepolitiken koncentrerades tydligt på att stödja kvinnornas förvärvsarbete, vilket begränsade småbarnsföräldrarnas möjlighet att stanna hemma för att sköta sina barn. Denna inriktning motiverades med behovet att främja jämställdheten och ta avstånd från det gamla husmoderssamhället. I Finland framhövs föräldrarnas (i praktiken kvinnornas) möjligheter att välja.

Familjepolitiken vill dels påverka familjernas beteende (exempelvis nativiteten), dels anpassa sig till förändringar i familjernas omständigheter. Den senare inriktningen representeras av att de familjepolitiska förmånerna reviderats att också möta föräldrarnas behov efter skilsmässa. Här är det bland annat fråga om möjligheter att dela på barnbidraget och söka bostadsbidrag utifrån umgängesrätt eller delad omvårdnad. På detta område är det Sverige som visar Finland riktningen. Skilsmässor i barnfamiljer har blivit vanligare, men att man blir ensamförsörjare innebär inte längre att endast en av föräldrarna bär ansvaret för barnen.

Sverige och Finland avviker från den konservativa och liberala modellens länder i att man inom familjepolitiken i dessa länder gjort stora satsningar på att fördela kostnaderna för barnen mellan föräldrarna. Här är det fråga om inkomstöverföringar och tjänster i anslutning till sammanpassningen av arbete och familj – förenklat: om föräldrapenning och dagvård. Med jämställdhet inom familjepolitiken i Finland och Sverige har man närmast avsett att man genom familjepolitik understött kvinnornas förvärvsarbete.

Trots alla stöd till familjen betalar kvinnorna fortfarande ett högre pris för de kostnader som ett barn medför. Detta beror på att inte ens en utvecklad familjepolitik har avlägsnat skillnaderna i kvinnornas och männens användning av stöden till familjerna. Så gott som alla förmåner i anslutning till skötsel av små barn är tillgängliga för både män och kvinnor, men i praktiken är det endast kvinnor som får dem. Man har försökt bryta detta mönster bland annat genom att öronmärka en del av föräldraledigheten enbart för papporna. Trots detta har man fortsatt att åtgärda problemen i anslutning till sammanpassningen av arbete och familj uteslutande utgående från mödrarnas synvinkel.

Pirjo Räsänen, Eija Roine, Harri Sintonen, Virpi Semberg-Konttinen, Olli-Pekka Ryyänen, Risto P. Roine

KVALITETSJUSTERADE LEVNADSÅR I UTVÄRDERINGEN AV EFFEKTIVITET I HÄLSOVÅRDEN: EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT Stakes/Finohta, 2006

Sammandrag

Syfte. Syftet var att göra upp en systematisk litteraturöversikt över publicerade undersökningar där kvalitetsjusterade levnadsår (QALY, Quality Adjusted Life Years) använts på ett sådant sätt att de baserar sig på verkliga mätningar av patienters hälsorelaterade livskvalitet (HRQoL, Health-Related Quality of Life), och definiera vilka HRQoL-instrument som använts vid beräkandet av kvalitetsjusterade levnadsår. Dessutom ges en karakteristik av undersökningarna genom att man beskriver den medicinska specialiteten, den åtgärd som undersökts, undersökningens resultat, kvalitet och ursprungsland, de observerade kvalitetsjusterade levnadsåren och tolkningen av resultaten avseende kostnadseffektiviteten.

Metoder. Den systematiska litteratursökningen genomfördes i följande elektroniska databaser: Medline, Embase, CINAHL, SCI och Cochrane-biblioteket. Först sållade två av rapportförfattarna artiklarna självständigt på basis av sammandragen. Därefter bedömde två författare de valda artiklarna i sin helhet och fattade beslut om vilka som skulle ingå.

Resultat. Resultatet av sökningen var 3 882 artiklar av vilka 624 godkändes för närmare granskning. Av dessa använde 70 undersökningar ett verkligt föreefter-upplägg vid definitionen av kvalitetsjusterade levnadsår och utnyttjade valida HRQoL-instrument. Det vanligaste var EQ-5D (47,5 %). Andra instrument var HUI (8,8 %), Rosser-Kind Index (6,3 %), QWB (6,3 %), SF-6D (5,0 %) och 15D (2,5 %). Övriga (23,8 %) använde en direkt utvärderingsmetod: Time-Trade-Off (10,0 %), Standard Gamble (5,0 %), Visual Analogue Scale (5,0 %) eller Rating Scale (3,8 %). De medicinska specialiteter som undersöktes var ortopedi (15,5 %), lungsjukdomar (12,7 %) och kardiologi (9,9 %). Nittio procent av undersökningarna kom från fyra länder: Storbritannien, USA, Kanada och Nederländerna. Ungefär hälften var metodiskt högklassiga randomiserade studier. I 49 procent av originalstudierna bedömdes den undersökta interventionen vara kostnadseffektiv, i endast 13 procent konstaterades att åtgärden inte hade kostnadseffekter.

Diskussion. Trots att de kvalitetsjusterade levnadsåren är en viktig mätare av hälsovårdens effekt är undersökningar där QALY baserar sig på verkliga mätningar av patienters livskvalitet med anknytning till hälsa i ett före-efter-upplägg fortfarande rätt sällsynta.

Ilona Autti-Rämö, Hanna Koskinen, Marjukka Mäkelä, Annukka Ritvanen,
Pekka Taipale och expertgrupp
ULTRALJUDSUNDERSÖKNINGAR OCH SERUMSCREENINGAR
UNDER GRAVIDITETEN FÖR UPPTÄCKANDE AV ANATOMISKA
MISSBILDNINGAR OCH KROMOSOMAVVIKELSER
Stakes/FinOHTA, 2005

Sammandrag

Betydande missbildningar konstateras hos 2–3 procent av alla nyfödda barn. Av dessa har omkring vart tredje fl era betydande missbildningar eller ett syndrom. Missbildningens inverkan på graviditetsförloppet och barnets prognos varierar stort och kan ofta inte prognostiseras på fosterstadiet. En del av de gravaste missbildningarna leder alltid till att barnet dör, andra kan börja behandlas redan på fosterstadiet. Vissa kräver livräddande behandling omedelbart efter födseln. Behandlingsmetoder som på ett betydande sätt kunde höja livskvaliteten finns inte för alla missbildningar.

Det var på 1970-talet man började söka kromosomavvikelse från fostervatten av äldre kvinnor. Syftet var att upptäcka trisomier, i synnerhet trisomi 21 (Downs syndrom). Vissa kromosomavvikelse förändrar halterna av spårelement i moderns blod, och screeningar hos mödrar i alla ålder börjades genomföra genom att ta blodprov av mödrarna. Screeningens sensitivitet är beroende dels av hur många spårelement som mäts, dels av huruvida resultaten kombineras med resultaten från den tidiga ultraljudsundersökningen av fostret (mätning av nacksvullnad). Om kromosomavvikelse misstänks skall den bekräftas med placenta- eller fostervattenprov; provtagningen är behäftad med risk för missfall.

Ultraljudsundersökningen utvecklades från och med 1980-talet som ett instrument för bedömning av förlossningstidpunkten och -sättet. Småningom kunde man använda metoden också för identifiering av anatomiska avvikelser redan på fosterstadiet. Syftet med screening av anatomiska avvikelser är att identifiera de grava anatomiska missbildningar, men också andra typer av avvikelser hos fostret kan upptäckas. Med grav anatomisk avvikelse avses i denna rapport en

avvikelse som leder till att barnet dör antingen på fosterstadiet eller strax efter födelsen eller som förutsätter kirurgiska ingrepp för att förhindra tidig död eller svårt handikapp. Möjligheterna att identifiera anatomiska avvikelser varierar beroende på ultraljudsapparaturen, personalens erfarenhet, typ och svårighetsgrad av anatomisk avvikelse samt tidpunkten för ultraljudsundersökningen. Avvikelser upptäcks desto lättare ju längre framskriden graviditeten är.

Enligt de allmänna principerna för screening bör det finnas en verkande, accepterad behandling mot den sjukdom screeningen gäller. Mot alla grava anatomiska avvikelser finns det inte behandling, utan vid vissa avvikelser dör barnet på fosterstadiet eller strax efter födelsen. Trisomierna 13 och 18 leder nästan alltid till missfall eller till att barnet dör strax efter födelsen. Också då det gäller trisomi 21 avbryts många graviditeter av sig själva, och en del av barnen med trisomi 21 föds döda medan andra dör som barn på grund av missbildningar. Om eventuella missbildningar och funktionsstörningar i organ kan korrigeras lever dock många till vuxenålder med god hälsa.

Skillnaderna mellan de olika screeningmetoderna är betydande. Ingen metod kan ensam identifiera samtliga avvikelser, och screeningarna kan väcka misstankar om avvikelse också hos helt friska barn. Vid valet av metod bör man beakta dess sensitivitet, specifika kvaliteter, säkerhet och kostnader samt de praktiska förutsättningarna för att tillämpa den. I den här rapporten granskar vi olika screeningmetoder tillämpade på finsländska förhållanden och gör en jämförelse mellan å ena sidan olika screeningar och deras resultat, å andra sidan en situation där ingen screening hade genomförts. De procentuella andelarna för de avvikelser som upptäckts i screeningarna samt kostnaderna för screeningarna granskas med hjälp av modellering. Expertgruppen har också dryftat screeningens etiska och sociala dimensioner. Dessutom tar rapporten upp viktiga faktorer som påverkar kvalitetsstyrningen inom den organisation som genomför screeningen.

För att screeningar av fosteravvikelser skall lyckas krävs klara mål. Den organisation som genomför screeningen måste både tids- och kvalitetsmässigt fungera väl från provtagningen ända fram till dess att föräldrarna informeras om undersökningsresultaten, deras betydelse och alternativa lösningsmodeller. Organisationen skall också stödja föräldrarna i deras självständiga beslut och ordna adekvat fortsatt vård. De mödrar och familjer som deltar i en screening bör få information om de allmänna målen för screeningar av såväl anatomiska missbildningar som kromosomavvikelser. Likaså skall de informeras om den tillämpade screeningmetodens specifika kvaliteter, om olika lösningsalternativ samt om de risker som förekommer i screeningens olika skeden. Föräldrarna skall ges möjligheter att fatta ett frivilligt och medvetet beslut om att delta i screeningen respektive att låta bli. Rådgivningen i screeningfrågor bör vara sakkunnig och enhandla, och den bör vara tillräcklig i alla skeden av screeningen.

Det är vår förhoppning att den vetenskapliga kunskap och experterfarenhet som sammantallts i denna rapport skall erbjuda en grundval för en fruktbar hälsovårdspolitisk diskussion om målen för och det praktiska genomförandet av fosterscreeningar. Ett mål för screening av fosteravvikelser är idag att tillförlitligt identifiera grava avvikelser på ett så tidigt stadium att det är möjligt att avbryta graviditeten. Alla avvikelser som upptäcks är dock inte grava. Dagens screeningpraxis varierar kommunvis och är därför ojämlik. Målet bör därför vara att förenhetliga screeningarna i vårt land och att samtidigt höja deras kvalitet.

Pekka Kuukasjärvi, Antti Malmivaara, Marjukka Mäkelä och expertgrupp

EFFEKTEN AV INVASIV BEHANDLING VID KRANSKÄRLS- SJUKDOM

Sammandrag av systematiska litteraturöversikter Stakes/FinOHTA 2005

Sammandrag

I denna rapport utreds den kliniska effekten av invasiv behandling vid stabil kranskärlssjukdom, instabil kranskärlssjukdom och hjärtinfarkt (ST-höjningsinfarkt) med utgångspunkt i systematiska litteraturöversikter. Att utreda effekten är nödvändigt, eftersom såväl användningen av läkemedelsstenter som antalet patienter som behandlas invasivt ökar.

Stabil kranskärlssjukdom behandlas främst med läkemedel och utöver det vid behov genom ballongvidgning eller kranskärlsoperation. Vid instabil kranskärlssjukdom väljer man mellan tidig invasiv och tidig konservativ behandlingsstrategi. På motsvarande sätt är behandlingsalternativen vid ST-höjnings infarkt primär ballongvidgning eller trombolytisk behandling.

Evidens för hurdan effekt invasiv behandling vid stabil kranskärlssjukdom har på dödligheten saknas nästan helt, men kranskärlsoperation kan minska dödligheten. På grundval av den metod vi använde kan vi emellertid inte specificera diagnostiska undergrupper, olika patientprofiler eller sjukdomens svårighetsgrad. Den invasiva behandlingen verkar inte påverka hjärtinfarkttrisken. Kirurgi verkar avhjälpa angina pectoris för längre tid än ballongvidgning med eller utan stent. Forskningsrön om jämförelse mellan läkemedelsstent och kirurgisk behandling fanns inte att tillgå.

Evidensen för fördelarna med läkemedelsstent grundar sig hittills på undersökning av i huvudsak patienter med enkärlssjukdom. Dessutom är uppföljningsperioderna korta. Behandlingseffekten har i läkemedelsstentundersökningarna vanligen mätts genom hur snabbt det vidgade kärlet åter har täppts till. Användningen av läkemedelsstent leder till att antalet nya ballongvidgningar på grund av återfall minskar, men behovet av kirurgisk behandling i form av reoperation minskar inte. Läkemedelsstenten påverkar inte antalet dödsfall eller hjärtinfarkter. Huvudorsaken till behandlingen, nämligen bröstsmärta, rapporteras inte som endpoint i översikterna. Eftersom läkemedelsbehandlingen utvecklats, behöver man snabbt få veta mer om behandlingar med ballongvidgningar i jämförelse med läkemedels-/levnadsvaneinterventioner.

Vid instabil angina pectoris och hjärtinfarkt utan ST-höjning, dvs. instabil kranskärlssjukdom, är det möjligt att tidig invasiv behandling kunde rädda ett till två människoliv per hundra patienter som behandlats på detta sätt jämfört med tidig konservativ behandling. Den statistiska granskningen av denna behandlingseffekt inbegriper emellertid möjligheten att behandlingen inte alls minskar dödligheten eller till och med ökar den.

En uppföljningsperiod på en till tolv månader ger vid handen att rutinanvändning av ballongvidgning som behandling för ST-höjningsinfarkt i stället för fibrinspecifik trombolytisk behandling skulle förhindra ett till två dödsfall och tre till sex nya hjärtinfarkter per hundra patienter som genomgått ballongvidgning. Dessutom skulle en patient av hundra undvika stroke under den efterföljande månaden.

Det finns inte tillräckligt med evidens för att en snabb förflyttning av patienten till ballongvidgningsbehandling skulle minska dödligheten hos patienter som insjuknat i ST-höjningsinfarkt jämfört med trombolytisk behandling. En snabb ballongvidgning skulle dock förhindra en ny hjärtinfarkt hos tre till fyra patienter och stroke hos en patient av hundra.

Randomiserade effektstudier, som de ovan framförda slutsatserna grundar sig på, genomförs på noggrant utvalda patienter under idealiska förhållanden. Behandlingsresultaten är troligen

inte de samma under normala förhållanden där behandlingsarrangemangen och patienterna är olika. Därför behövs en täckande uppföljning av behandlingsresultat i enheter som ger invasiv behandling.

GRUNDERNA FÖR PLANEN FÖR SMÅBARNSFOSTRAN

Stakes, 2005

Statsrådet fattade ett principbeslut om riksomfattande riktlinjer för förskoleverksamheten år 2002. Stakes fick år 2003 i uppgift att göra upp de nationella grunderna för småbarnsfostran. Inom förskoleundervisningen och den grundläggande undervisningen har man redan arbetat fram grunderna för respektive läroplan. Tillsammans med de här läroplanerna bildar grunderna för småbarnsfostran en helhet som på nationell nivå främjar barnens välbefinnande, tillväxt och inläring.

Syftet med grunderna för planen för småbarnsfostran är att främja att småbarnsfostran bedrivs på ett genomtänkt och överensstämmande sätt i hela landet. Vidare är syftet med dokumentet att styra den innehållsliga utvecklingen på området och att skapa förutsättningar för att utveckla småbarnsfostrans kvalitet.

Kommunerna utgår från planen för småbarnsfostran när de utvärderar hur tjänsterna inom småbarnsfostran har utfallit. Planen är ett redskap när kommunerna konkretiserar innehållet i småbarnsfostran och arbetar fram de sätt som verksamheten bedrivs på.

Syftet med småbarnsfostran är i första hand att främja barnets välbefinnande i ett helhetsperspektiv.

Det här är planens andra upplaga. En omfattande utvärdering våren 2005 ledde till en del preciseringar i det ursprungliga dokumentet, som nu alltså presenteras i korrigerad version.

Eeva Päivärinta och Riitta Haverinen

VÅRD- OCH SERVICEPLANER INOM ÄLDREOMSORGEN

En handbok för personal inom social- och hälsovården samt serviceansvariga

Stakes, 2005

Handboken informerar om och uppmuntrar personal inom äldreomsorgen och på vårdande enheter att göra upp vård- och serviceplaner och till att utveckla planerna. Vidare vägleder handboken personal och serviceansvariga i hur planerna följs upp och utvärderas.

Klientens behov av rehabilitering står i centrum. Behoven vägs mot de möjligheter och resurser som den förebyggande vården erbjuder för rehabilitering inom äldreomsorgen. Ett led i arbetet är att kontinuerligt följa upp planerna och att vid behov och i samråd med klienten justera planerna.

God service och vård inom äldreomsorgen grundar sig på principen om respekt för andra människor. Äldreomsorgen är ett arbete bland människor i en omgivning som överskrider gränserna för det som man vanligen räknar till social- och hälsovård. Personalen stödjer sig på sin

Sammandrag av några böcker som utgivits 2005–2006 från social- och hälsovårdsministeriet

Statsrådet redogörelse om handikappolitiken 2006 Publikationer 2006:10

SAMMANDRAG

Jämlig behandling av handikappade personer, stödjande av livskompetens, arbets- och funktionsförmåga samt självständighet utgör centrala målsättningar för regeringen. Statsrådet avger till riksdagen enligt statsminister Matti Vanhanens regerings program en handikappolitisk redogörelse. Regeringen utvärderar i redogörelsen de starka sidorna och utmaningarna i den nuvarande handikappolitiken samt ger förslag till hur den kunde utvecklas och reformeras. Redogörelsen har utarbetats i samarbete med olika instanser. En styrgrupp tillsatt av social- och hälsovårdsministeriet har koordinerat beredningen. I samband därmed har man utarbetat fem separata utredningar som ges ut som bakgrundsmaterial för redogörelsen.

Den finländska handikappolitiken baserar sig på tre centrala principer:

1. Handikappade personers rätt till likabehandling. Som medlemsstat av FN och Europeiska unionen har Finland förbundit sig att främja ett samhälle som är öppet för alla. Icke-diskriminering av handikappade personer har inskrivits i grundlagen i Finland.
2. Handikappade personers rätt till delaktighet. En förutsättning för att förverkliga handikappade personers deltagande är en positiv inställning, beaktande av handikappade personers behov, erkännande av begränsande hinder, avlägsnande av hinder samt förutseende när det gäller hinder.
3. Handikappade personers rätt till nödvändiga tjänster och nödvändiga stödåtgärder. Service och stödåtgärder utgör positiv särbehandling som säkerställer att den jämlika behandlingen förverkligas.

Åtgärder till utveckling inom handikappolitiken

1. Genom handikappolitiken garanteras de mänskliga rättigheterna och ickediskriminering. Detta är den grundläggande utgångspunkten för handikappolitiken. Det finländska samhället är avsett för alla.
2. Ett finländskt handikappolitiskt program utarbetas i syfte att styra den handikappolitiska verksamheten. Det handikappolitiska ansvaret hör till samtliga förvaltningsområden och samhällsaktörer.
3. Handikappade medborgares tillgång till arbete främjas. Arbete är ett viktigt sätt att öka deltagande och förebygga utslagning. Hinder för att delta i arbete avlägsnas och anställning av handikappade personer främjas på ett sätt som sporrar både arbetstagare och arbetsgivare.
4. Ett rimligt uppehälle garanteras. Det är särskilt viktigt att säkerställa uppehållet för de handikappade personer som har en livslång minimipension som utkomstkälla.
5. En utbildningsmässig jämlikhet förverkligas samt service och stöd för studier säkerställs. Genom utbildning förstärks väsentligt deltagande och jämlig behandling för handikappade personer samt förebyggs risken för utslagning. Samma utbildningsmöjligheter gäller för handikappade personer som för andra, medräknat målet med livslång utbildning.

6. Kulturella rättigheter tryggas och tillgången till kultur främjas. Möjligheterna för handikappade personer att utveckla sina egna färdigheter stöds både inom konst och idrott.
7. Möjligheten till självständigt boende stöds. Handikappade personers boende utvecklas genom att främja byggnadssätt för tillgänglighet samt funktionell boendemiljö som en del av den allmänna byggnadspolitiken.
8. Den egna livskompetensen förbättras genom handikappservice. Genom revideringen av handikappstiftningen fastställs förverkligandet av de grundläggande rättigheterna, praxis vid tillämpning av handikappservice förtydligas och möjligheterna till självständigt liv för handikappade personer ökas.
9. Deltagandet och tillgängligheten ökas med hjälp av informationsteknologiska lösningar. Möjligheter som teknologin skapat ökas för att främja studier, arbete, skötsel av ärenden, fritidsintressen och socialt umgänge för handikappade personer.
10. Informationsanskaffning om handikappade personer ökas och handikappforskningen förstärks. Insamlandet av information om handikappade personers välfärd och förhållanden samt utvärdering

Somliga pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet

Pressmeddelande 367/2005

Social- och hälsovårdsministeriets förslag till budget för 2006: Valfungerande tjänster, tillräcklig försörjning och ett klarare finansieringssystem

Anslagen för social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde för nästa år uppgår till cirka 11 miljarder euro. Beloppet är 1 234 miljoner euro (12 %) högre än i årets budget. I social- och hälsovårdsministeriets budgetförslag betonas valfungerande och tillgängliga tjänster inom social- och hälsovården, ett klarare finansieringssystem samt tillräcklig försörjning för alla.

De största anslagsökningarna i social- och hälsovårdsministeriets förslag beror på sloandet av mervärdesskatteredovisningen på 1,0 miljarder euro till sjukförsäkringsfonden och folkpensionsfonden samt sänkningen av socialskyddsavgiften för staten och ökningen av statsandelen till kommunerna. Indexjusteringen av utgifterna för utkomststödet ökar statens utgifter med cirka 43 miljoner euro. Som en del av de åtgärder för att förbättra situationen för de allra fattigaste föreslås en nivåförhöjning av folkpensionerna och andra förmåner som bundits till folkpensionen, rehabiliteringspenning för långtidsarbetslösa under den tid de deltar i rehabilitering för missbrukare och slopande av självriskandelen för boendekostnader för dem som får utkomststöd.

Anslagen används fortsättningsvis främst till pensioner, barnbidrag och sjukförsäkring samt i form av statsandelar till kommunernas social- och hälsovård.

Socialutgifterna beräknas uppgå till cirka 43,8 miljarder euro år 2006. Ungefär en tredjedel av dessa utgifter finansieras via statsbudgeten. Social- och hälsovårdsministeriets andel är två tredjedelar.

Fungerande social- och hälsovårdstjänster i hela landet

Staten satsar fortsättningsvis på att utveckla välfärdstjänsterna. Målet är att säkerställa en tillräcklig försörjning samt valfungerande och lättillgängliga social- och hälsovårdstjänster för alla oberoende av hemkommun. Social- och hälsovårdsministeriet har bland annat som en del av det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och utvecklingsprojektet för det sociala området startat flera projekt för att hjälpa kommunerna att producera social- och hälsovårdstjänster som uppfyller de uppställda målen.

Den statsandel för driftskostnader inom social- och hälsovården som betalas till kommunerna föreslås uppgå till 4 006 miljoner euro. Summan är cirka 333 miljoner euro (9,1 %) högre än i årets budget. Av ökningen består 55 miljoner euro av utgifter för utjämning av stora kostnader inom barnskyddet, som tidigare betalats från ett separat moment. Av ökningen hänför sig 63 miljoner euro till justeringen av kostnadsfördelningen mellan kommunerna och staten och 94,7 miljoner euro till höjningen av statsandelarna till kommunerna med 2,4 procent.

Av de höjda statsandelarna hänför sig 73 miljoner euro till utvecklingen av kommunernas hälso- och sjukvårdssystem enligt det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och utvecklingen av socialservicesystemet enligt utvecklingsprojektet för det sociala området. Av ökningen används 9,9 miljoner euro för att ordna fortbildningen för personalen inom den kommunala socialvården,

4,0 miljoner euro för att utveckla närståendevården och familjevården samt 59,2 miljoner euro för att höja statsandelsprocenten med 0,48 procentenheter.

Förlikning i brottmål blir lagstadgad i hela landet. I förslaget ingår ersättning för utgifter i samband med ordnande av förlikning i brottmål. Ersättningen föreslås uppgå till 5,3 miljoner euro år 2006.

Som en del av revideringen av systemet med statsandelar till kommunerna justeras en del av bestämningsgrunderna för statsandelarna för social- och hälsovården. Kostnader för tjänsterna för gravt handikappade personer kompenseras med en ny handikappkoefficient och kostnaderna för barnskyddet med en ny barnskyddskoefficient. Barnskyddskoefficienten ersätter systemet med utjämning av stora barnskyddskostnader. Dessutom ändras bestämningsgrunderna för fjärrortskoefficienten. Samtidigt beaktas minskningen av statsandelarna till kommunerna genom att sänka statsandelsprocenten med 0,77 procentenheter.

Som en del av åtgärderna för att förbättra situationen för de allra fattigaste slopas självrisikandelen för boendekostnaderna i utkomststöd från den 1 september 2006. De extra kostnader som detta medför (40 milj. euro på årsbasis) finansieras helt med statens medel.

Statsandelsprocenten för driftskostnaderna inom den kommunala social- och hälsovården höjs från nuvarande 32,99 procent till 33,26 procent år 2006.

Som statsunderstöd för kommunernas social- och hälsovårdsprojekt föreslås 55,2 miljoner euro. Av understödet är 30 miljoner euro avsedda att användas till utvecklingsprojekt som stöder det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. Resten används för projekt i anslutning till verkstäl-landet av utvecklingsprojektet inom det sociala området och alkoholprogrammet.

Rehabilitering och vård för veteraner säkerställs

Genomförandet av det s.k. veteranpaketet fortsätter år 2006. Anslaget för veteranförmånerna föreslås uppgå till 428,3 miljoner euro. Genom anslaget kan rehabilitering tryggas för alla veteraner.

Krigsinvalidier med en invaliditetsgrad på minst 25 procent får rätt till periodisk institutionsvård från och med ingången av år 2006.

Finansieringen av sjukförsäkringen ändras

Finansieringen av sjukförsäkringen revideras vid ingången av år 2006. Den finansiering som sker via sjukförsäkringsfonden uppdelas i finansiering av sjukvårdsförsäkringen och finansiering av arbetsinkomstförsäkringen. Syftet med ändringen är att garantera en tillräcklig finansiering av de förmåner som beviljas vid sjukdom.

De försäkrade och staten deltar i finansieringen av sjukvårdsförsäkringen med lika stora delar med undantag av de sjukvårdsersättningar som skall betalas till EU-länder, vilka finansieras av staten.

Arbetsinkomstförsäkringen finansieras av arbetsgivare, löntagare och företagare samt staten. Staten finansierar den sjukdagpenning, föräldrapenning, specialvårdspenning och rehabiliteringspenning som betalas till minimibeloppet. Dessutom finansierar staten en del av utgifterna för lantbruksföretagares och företagares företagshälsovård. År 2006 finansierar arbetsgivare 73 procent av de övriga arbetsinkomstförmånerna och löntagare och företagare tillsammans 27 procent.

Folkpensionsanstaltens finansiering ändras från början av år 2006 så att Folkpensionsanstaltens andel av finansieringen av folkpensionerna sjunker från 71 procent till 60 procent.

Socialförsäkringsavgifterna

Finansieringen av utkomstsystemen förblir till sin struktur oförändrad med undantag av reformeringen av systemet för finansiering av sjukförsäkringen. Finansieringsreformen inverkar på folkpensions- och sjukförsäkringsfonderna och på bestämningen av sjukförsäkringsavgifterna och folkpensionsavgifterna. Den försäkrades sjukförsäkringspremie består av en sjukvårdspremie och en dagpenningsspremie.

I det sammanlagda beloppet av de obligatoriska socialförsäkringsavgifterna sker inga stora förändringar. Arbetsgivares sjukförsäkringsavgifter stiger samtidigt som folkpensionsavgiften sjunker på motsvarande sätt. Folkpensionsavgiften för statliga arbetsgivare sjunker till samma nivå som för kommunala arbetsgivare och sjukförsäkringsavgiften till samma nivå som för övriga arbetsgivare. Arbetspensionsavgiften för arbetsgivare beräknas förbli oförändrad. Arbetslöshetsförsäkringsavgiften för arbetsgivare stiger en aning, med uppskattningsvis 0,04 procentenheter för den genomsnittliga avgiften.

Sjukvårdspremien och dagpenningsspremien för löntagare och företagare höjer tillsammans avgiftsbördan. Sjukförsäkringsavgiften för pensionstagare och förmånstagare förblir oförändrad. Även arbetslöshetsförsäkringsavgiften för löntagare och pensionsavgiften för arbetstagare beräknas förbli oförändrade.

Dagpenningsspremien för löntagare och företagare kan avdras i beskattningen. Dessutom beaktas den ökade premiebördan för löntagare och företagare i inkomstbeskattningen år 2006 så att den genomsnittliga skattegraden inte stiger.

Arbetsgivares socialskyddsavgift

Socialskyddsavgiften för arbetsgivare består av en folkpensionsavgift och en sjukförsäkringsavgift. Socialskyddsavgiften sjunker för alla arbetsgivare med 0,008 procentenheter till följd av att försöket med slopade arbetsgivaravgifter i vissa kommuner i norra Finland och i skärgården upphör.

Privata arbetsgivare samt kommunala och kyrkliga arbetsgivare befrias under åren 2005–2009 från socialskyddsavgiften för arbetsgivare i de kommuner som deltar i förvaltningsförsöket i Kajanaland. För att täcka underskottet höjs folkpensionsavgiften för övriga arbetsgivare med 0,008 procentenheter. Socialskyddsavgiften för staten och landskapet Åland sjunker med 2,8 procentenheter.

Sjukförsäkringsersättningarna

Sjukförsäkringsersättningarna beräknas stiga till cirka 3,8 miljarder euro år 2006 (3,6 mrd. euro år 2005). Det här beror främst på de ökade utgifterna för sjukdagpenning och föräldradagpenning.

Systemet för läkemedelsersättningar revideras genom att man övergår till ett direkt procentuellt ersättningsystem. Samtidigt sänks partipriserna för läkemedel. Sänkningen av partipriset för läkemedel minskar utgifterna för läkemedelsersättningar med 70 miljoner euro. Man strävar efter att kostnadseffekterna för patienterna förblir oförändrade och därför ändras ersättningsprocenten för läkemedel i samband med revideringen. Dessutom ersätts kostnaderna för dosdispensering.

Arbetslösa får rätt till rehabiliteringspenning under den tid de deltar i rehabilitering för missbrukare. Syftet är att främja rehabiliteringen av i synnerhet långtidsarbetslösa med missbruksproblem samt att förbättra deras utkomst genom att betala dem rehabiliteringspenning för rehabiliteringstiden.

Ersättningen till arbetsgivare för utgifterna för förebyggande företagshälsovård höjs från 50 procent till 60 procent. Höjningen täcks med sjukförsäkringsavgiften för arbetsgivare och den försäkrade. Företagshälsovården för företagare utvidgas genom att som en del av företagshälsovården ersätta företagares sjukvård. Detta ökar statens utgifter med 4,0 miljoner euro.

Till företagare betalas sjukdagpenning för den tid företagaren är arbetsoförmögen, med undantag av de fyra första vardagarna. Kostnadseffekterna på 7,5 miljoner euro finansieras genom att höja dagpenningspremien för företagare med 0,25 procentenheter.

För behovsprövad rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten reserveras 98,6 miljoner euro och för nya läkemedel som omfattas av specialersättning reserveras 8,4 miljoner euro.

Pensionsutgifterna

Under social- och hälsovårdsministeriets huvudtitel har för år 2006 reserverats 2,4 miljarder euro för pensioner. Av summan används 1,8 miljoner euro till folkpensioner, 435 miljoner euro till lantbruksföretagarpensioner, 62 miljoner euro till företagarpensioner och 39 miljoner euro till sjömanspensioner.

Arbetspensionerna finansieras i huvudsak genom arbetsgivares och arbetstagares försäkringsavgifter. Staten deltar i finansieringen av företagare-, lantbruksföretagare- och sjömanspensioner. Folkpensionerna, som utgör cirka 16 procent av de totala pensionsutgifterna, finansieras i huvudsak genom arbetsgivares försäkringsavgifter samt med statliga medel.

Kommunernas dyrortsklassificering förblir oförändrad till utgången av år 2007.

Indexjusteringar och lönekoeficienten

Arbetspensionsindexet, med vilket löpande arbetspensioner och vissa andra inkomstrelaterade pensioner och förmåner justeras, stiger uppskattningsvis med cirka 1,66 procent jämfört med år 2005. Folkpensionsindexet stiger uppskattningsvis med 1,17 procent. Lönekoeficienten, med vilken bland annat inkomster som ligger till grund för pensionen justeras, stiger med cirka 3,0 procent.

Nivåförhöjning av folkpensionerna

Utöver den lagstadgade indexjusteringen görs en nivåförhöjning på 5 euro i månaden i folkpensionerna. Höjningen gynnar både dem som endast får folkpension och dem som utöver folkpensionen får en liten arbetspension. Höjningen av folkpensionen höjer också andra förmåner som bundits till folkpensionen. Höjningen ökar statens utgifter med sammanlagt 13,2 euro år 2006. Även pensionsinkomststavadraget höjs, vilket förbättrar pensionärernas köpkraft.

Utkomstskyddet för arbetslösa

Statens utgifter för utkomstskyddet för arbetslösa uppskattas uppgå till 641,5 miljoner euro år 2006 (720,0 milj. euro år 2005). Arbetslöshetsnivån antas sjuka till 7,5 procent år 2006, vilket minskar såväl utgifterna för statsandelar till arbetslöshetskassorna som utgifterna för bastryggheten. Grunddagpenningen för arbetslösa höjs så att den motsvarar förändringen i levnadskostnaderna, dvs. till 23,52 euro per dag (23,24 euro år 2005).

Mera resurser

I anslutning till den reviderade jämställdhetslagen inrättas en ny tjänst vid jämställdhetsombudsmannens byrå från den 1 januari 2006. Även vid barnsombudsmannens byrå, som inledde sin verksamhet i september 2005, inrättas en ny tjänst från den 1 januari 2006. Sammanlagt 2,2 miljoner euro reserveras för att utveckla servicesystemet inom social- och hälsovården med hjälp av IT-teknologi.

Pressmeddelande 379/2005

Kostnaderna för familjeledigheterna borde utjämnas solidariskt

En särskild föräldraförsäkring behövs för att utjämna kostnaderna för föräldraledigheterna. Från föräldraförsäkringen skulle man ersätta arbetsgivarna för kostnader i samband med föräldraledigheterna och utbetala föräldrapenning till arbetstagaren. Kostnaderna för den utvidgade utjämningen skulle delas solidariskt mellan alla arbetsgivare. Målet är att papporna skall ta ut faderskapsledighet i en större utsträckning än hittills, konstaterar utredningsman Janne Metsämäki i sin rapport som överlämnades till social- och hälsovårdsminister Sinikka Mönkäre tisdagen den 20 september.

För närvarande fördelas kostnaderna för föräldraledigheterna ojämnt mellan olika branschens arbetsgivare. Föräldraledigheterna tas huvudsakligen ut av mammorna, vilket belastar de kvinnodominerade branschernas arbetsgivare och minskar samtidigt inkomsterna för de mödrar som tar ut familjeledighet. Metsämäki föreslår en åtgärdshelhet för att öka pappornas intresse för att ta ut familjeledighet och för att utjämna kostnaderna för familjeledigheterna.

Utvidgad utjämning

I rapporten föreslås att nivån på föräldrapenningen höjs till 80 procent av lönen. Det här skulle medföra utjämning för de arbetsgivare som betalar lön under moderskaps- och föräldraledigheten. Enligt utredningsmannen förbättrar förhöjningen möjligheterna att komma överens om föräldraledighet med lön inom alla branscher. Förhöjningen förbättrar dessutom pappornas möjlighet att ta ut föräldraledighet. Enligt olika enkäter är ekonomin den största orsaken till att papporna i så liten utsträckning tar ut föräldraledighet. Papporna har redan en längre tid kunnat ta ut långa perioder av föräldraledighet, men endast några procent av dem utnyttjar möjligheten. Kortare faderskapsledigheter är däremot populära. Om papporna i större utsträckning skulle ta ut längre föräldraledigheter, skulle även arbetsgivarnas kostnader utjämnas bättre mellan de olika branscherna.

Utredningsmannen föreslår också att utjämningen utvidgas till att omfatta löner som utbetalas under tiden för vård av sjukt barn. Ersättningen till arbetsgivaren skulle enligt förslaget vara lika stor som föräldrapenningen.

Höjningen av dagpenningen skulle också höja den ersättning som betalas för semesterlön under föräldraledigheterna. Ersättning för semesterlöner har sökts mindre än väntat. I utredningen föreslås att Folkpensionsanstalten skulle meddela om möjligheten till kompensation för semesterlön då arbetsgivare ansöker om ersättning för de löner som betalats under föräldraledighet. En möjlighet att ansöka om utjämning elektroniskt föreslås också.

Höjningen av nivån på dagpenningen och utvidgningen av utjämningen ökar utgifterna för föräldraförsäkringen med 178 miljoner euro. Enligt förslaget skulle ökningen finansieras med arbetsgivares föräldraförsäkringsavgift som skulle vara 0,29 procent av lönen. Riksdagen förutsatte i våras i samband med att den nya jämställdhetslagen godkändes att åtgärder skall vidtas för att arbetsgivarnas kostnader för föräldraskap skall fördelas mellan alla arbetsgivare enligt principen om solidariskt ansvar.

Revidering av lagstiftningen om familjeledigheter behövs

Utredningsmannen föreslår att lagstiftningen om familjeledigheter utvecklas i en mera flexibel riktning för att familjerna bättre kunde komma överens om att också pappan kan ta ut en del av föräldraledigheten. De nuvarande anmälningstiderna ändamålsenhetlighet samt möjligheterna att ändra på tidpunkten för ledigheten borde dessutom utvärderas.

En pappa som bor i annat hushåll än barnen borde också ha rätt att vara ledig för att vårda sitt sjuka barn om föräldrarna kommit överens om gemensam vårdnad. Användningen av den s.k. bonusledigheten borde bli mera flexibel så att ledigheten inte måste tas ut i slutet av föräldraledighetsperioden. En arbetsgrupp vid arbetsministeriet har till uppgift att utreda en revidering av lagstiftningen före utgången av oktober.

Papporna borde utnyttja familjeledigheterna mera

Papporna behöver mera information om sina möjligheter för att de skall utnyttja sin rätt till familjeledighet i större utsträckning. Dessutom måste attityderna ändras och nivån på föräldrapenningen höjas. I samband med besök vid rådgivningsbyrån för mödravård borde föräldrarna informeras om båda föräldrarnas rätt till familjeledighet redan i ett tidigt skede av graviditeten. I moderskapsförpackningen borde dessutom finnas en broschyr om familjeledigheter och om pappornas möjlighet att ta ut ledighet.

Pressmeddelande 404/2005

Utvecklingsprojekt för mentalvården och missbrukarvården

Stora regionala skillnader förekommer fortfarande i fråga om tjänster för personer med psykiska problem och missbruksproblem. Särskilt svår är situationen för personer med s.k. dubbel- eller trippeldiagnos, dvs. personer som till exempel har både psykiska problem och missbruksproblem samt personer som utöver de ovan nämnda dessutom lider av någon somatisk sjukdom. De här personerna löper risk för att helt bli utan vård eller få otillräcklig vård ifall samarbetet samt arbets- och ansvarsfördelningen mellan olika aktörer inte fungerar på önskat sätt. Samarbete är särskilt viktigt då det gäller att ordna service för barn och unga. Obehandlade psykiska problem och missbruksproblem blir dyra för samhället. Dessutom orsakar de mänskligt lidande för såväl patienterna som deras anhöriga.

Man försöker som bäst skapa regionala verksamhetsmodeller med ett välfungerande samarbete mellan den kommunala bas- och specialservicen samt olika serviceproducenter och yrkesgrupper. Målet är att invånarna flexibelt och i tid skall få den service, vård och rehabilitering som de behöver. Social- och hälsovårdsministeriet har för åren 2003-2006 beviljat nästan 10 miljoner euro i statsunderstöd till över 60 projekt som siktar på att utveckla tjänsterna inom mentalvården och missbrukarvården.

Vid ett gemensamt seminarium den 3 oktober i Helsingfors startades tre stora regionala projekt, det s.k. paraplyprojektet som genomförs av Vanda stad och Kervo stad tillsammans med den psykiatriska enheten vid Pejas sjukhus, Österbottenprojektet för att utveckla mentalvården och missbrukarvården inom tre sjukvårdsdistrikt i Österbotten samt projektet för att utveckla mentalvården och missbrukarvården samt psykosociala specialtjänster för barn och unga inom Lapplands sjukvårdsdistrikts område.

Social- och hälsovårdsministeriet deltar tillsammans med Stakes aktivt i styrningen av projektet. Avsikten är att mentalvårds- och missbrukarvårdstjänsterna för såväl personer i arbetsför ålder som för barn och unga utvecklas som regionala helheter.

Pressmeddelande 466/2005

Arbetsfördelningen lyckas inom hälso- och sjukvården

Arbetsmetoderna inom hälso- och sjukvården kan framgångsrikt rationaliseras genom samarbete och arbetsfördelning mellan olika personalgrupper. Inom det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet har cirka 30 pilotprojekt om arbetsfördelning genomförts i olika organisationer.

Mest överflyttades uppgifter från läkare till sjukskötare och hälsovårdare, men arbetsuppgifter omfördelades också mellan andra yrkesgrupper. Oftast hänförde sig försöken till sjukskötares och hälsovårdares uppgifter inom primärvården. Sjukskötares och hälsovårdares uppgifter utvidgades till att gälla bedömning av vårdbehovet, vård och hänvisning till vård vid brådskande hälsoproblem, telefonrådgivning och uppföljning av långtidssjuka.

Inom primärvården utgjorde som bäst 28 procent av alla jourbesök av besök hos sjukskötare. Besöken på läkarnas jourmottagningar minskade med 5–15 procent då besöken gjordes hos sjukskötare. Telefonjouren och rådgivningen minskade besöken på läkarnas jourmottagning med 18–25 procent.

Inget av pilotprojekten anmälde några patientskador. Såväl personalens som patienternas erfarenheter var huvudsakligen positiva. Över hälften av pilotprojekten hade för avsikt att göra de nya arbetsmetoderna permanenta, drygt en tredjedel tänkte utvidga dem till andra organisationer och enheter och nästan hälften tänkte utveckla dem vidare eller påbörja ett nytt arbetsfördelningsprojekt.

Pressmeddelande 533/2005

Stödet för närståendevård reformeras

Stödet för närståendevård revideras genom en lag om närståendevård. Lagen ersätter de gällande bestämmelserna i socialvårdslagen om stöd för närståendevård samt förordningen om stöd för närståendevård.

Minimibeloppet för arvodet till närståendevårdare höjs till 300 euro vid ingången av år 2006. Om vårdaren under en tung behandlingsfas kortvarigt är förhindrad att arbeta är vårdarvodet minst 600 euro i månaden. Även indexskyddet för vårdarvodet blir bättre.

I vård- och serviceplanen fastställs förutom den service som ges till den vårdbehövande också de socialvårdstjänster som skall ordnas för närståendevårdaren till stöd för vårduppdraget. Vårdarens rätt till ledighet har kompletterats med bestämmelser om kommunens möjlighet att ordna rekreationsledighet utan att detta påverkar vårdarvodet. Bestämmelserna om innehållet i

och längden på avtalet om närståendevård har preciserats. I lagen ingår också bestämmelser om förutsättningarna för beviljande av stödet.

Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ändras så att när en närståendevårdare använder sin rätt till ledighet gäller den övre gränsen på 9 euro också hemservice som ordnas med hjälp av servicesedlar.

Regeringen föreslog torsdagen den 1 december att lagarna stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfäster lagarna på fredag. Lagarna träder i kraft den 1 januari 2006.

Pressmeddelande 577/2005

Ändringar inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde 1.1.2006

Vid ingången av år 2006 revideras systemet för läkemedelsersättningar. Avgiftstaket för läkemedel ändras, arbetspensionsavgiften sänks temporärt och folkhälsoarbetets ställning stärks. Stödet för närståendevårdare höjs och vårdarvodena för familjevårdare justeras.

Systemet för läkemedelsersättningar revideras

Systemet för läkemedelsersättningar totalrevideras. Självriskandelen per inköpstillefälle slopas för de läkemedel som omfattas av grundersättning och den lägre specialersättningen. För läkemedel i den högre specialersättningsklassen betalar den försäkrade en självriskandel på 3 euro för varje preparat som köps på en och samma gång.

Läkemedelsersättningen beräknas som en procentuell andel av läkemedelskostnaderna. Grundersättningen är 42 procent, den lägre specialersättningen 72 procent och den högre specialersättningen 100 procent.

Ändringar i avgiftstaket för läkemedel

En självriskandel på 1,5 euro skall betalas för alla läkemedel sedan den årliga självriskandelen, dvs. avgiftstaket, överskridits. Hittills har läkemedlen varit avgiftsfria efter att självriskandelen överskridits. Den årliga självriskandelen är 616,72 euro (606,95 euro år 2005), men sedan den överskridits förutsätts inte längre kostnader om 16,82 euro innan tilläggsersättning kan betalas.

Partipriserna på läkemedel sänks

De fastställda skäliga partipriserna för läkemedelspreparat sänks med 5 procent från den 1 januari 2006.

Folkhälsoarbetets ställning stärks

Folkhälsoarbetets ställning stärks genom en ändring av folkhälsolagen. Kommunerna åläggs att följa med kommuninvånarnas hälsotillstånd och att sörja för att hälsoaspekter beaktas i alla kommunala verksamheter. Folkhälsoinstitutet, Institutet för arbetshygien och Strålsäkerhetscentralen

är vid sidan om Stakes sakkunniga inrättningar för folkhälsoarbetet. Möjligheterna till regionalt samarbete ifråga om den lokala miljö- och hälsoskyddstillsynen förbättras.

Dagpenningens arbetstagaravgiftsavdrag

Det s.k. arbetstagaravgiftsavdraget för sjuk-, föräldra- och arbetslöshetspenningen samt rehabiliteringspenningen är 4,88 procent (5,1 % år 2005).

Arbetslösa får rätt till missbrukarrehabiliteringspenning

Även arbetslösa får rätt till rehabiliteringspenning under den tid de deltar i individuell rehabilitering enligt lagen om missbrukarvård. Beslutet om individuell missbrukarrehabiliteringspenning kan fattas för högst tre månader, dvs. 75 vardagar.

Arbetslöshetsförsäkringspremierna

Löntagares arbetslöshetsförsäkringspremie är 0,58 procent av lönen (0,5 % år 2005).

Arbetsgivares arbetslöshetsförsäkringspremie är 0,75 procent av lönen för ett lönebelopp upp till 840 940 (0,7 % pr 2005) och 2,95 procent av lönen för den överskjutande delen av lönebeloppet (2,8 % år 2005).

Jämkad arbetslöshetsförmån till utgången av år 2007

Jämkad arbetslöshetsförmån kan beviljas till utgången av år 2007 trots att maximitiden på 36 månader för utbetalning har gått ut. Med en tillfällig lagändring har det hittills varit möjligt att betala jämkad arbetslöshetsförmån till utgången av år 2005.

Pensionsavgifterna

Den genomsnittliga pensionsavgiften enligt APL är 21 procent av lönerna (21,6 % år 2005). I avgiften ingår en temporär sänkning på 0,6 procentenheter.

Pensionsavgiften för arbetsgivare är 16,7 procent (16,8 % år 2005) och för arbetstagare 4,3 procent (4,6 % år 2005). Pensionsavgiften för arbetstagare som fyllt 53 år är 5,4 procent (5,8 % år 2005).

KAPL-avgiften, som gäller arbetstagare i kortvariga arbetsförhållanden, är 22,5 procent av lönesumman (22,7 % år 2005). KoPL-avgiften, som gäller konstnärer och särskilda grupper av arbetstagare, är 20,3 procent av lönesumman (19,6 % år 2005). För KAPL- och KoPL-avgiften är arbetstagarens andel 4,3 procent (4,6 % år 2005). För arbetstagare som fyllt 53 år är avgiften 5,4 procent (5,8 % år 2005).

Pensionsavgiften för företagare och lantbruksföretagare är 20,8 procent (21,4 % år 2005). För företagare och lantbruksföretagare som fyllt 53 år är avgiften 21,9 procent (22,6 % år 2005).

Pensionsavgiften för sjömän är både för arbetstagare och för arbetsgivare 11 procent, dvs. sammanlagt 22 procent.

Beräkningsgrundräntan för APL är 6,0 procent (5,5 % år 2005).

Arbetsgivares folkpensionsavgift sjunker

Folkpensionsavgiften för privata arbetsgivare och statliga affärsverk är beroende på avgiftsklassen 0,898, 3,098 eller 3,998 procent av lönesumman. För övriga arbetsgivare är avgiften 1,948 procent av lönesumman.

Arbetspensionsindexet

APL-indextalet för löpande pensioner är 2081 (2047 år 2005). Index talet under övergångsperioden i samband med pensionsreformen är för vissa pensioner 2246 (2191 år 2005). Lönekoeficienten enligt APL, som används för justering av de inkomster som ligger till grund för förmåner, är 1,063 (1,028 år 2005).

Normerna för pensionstagares bostadsbidrag

Normerna för pensionstagares bostadsbidrag ändras. Maximibeloppet för boendeutgifterna som godkänns i bostadsbidraget höjs, beroende på orten, med 0,20–0,29 euro per kvadratmeter per månad. Underhållsnormen höjs med 1,1 procent, vilket motsvarar höjningen av folkpensionsindexet. Vattennormen och uppvärmningsnormen förblir oförändrade.

Förbättringar i stödet för närståendevård

Minimibeloppet för arvodet till närståendevårdare höjs från 233,56 euro till 300 euro. Om vårdaren under en tung behandlingsfas kortvarigt är förhindrad att arbeta är vårdarvodet minst 600 euro i månaden. Även indexskyddet för vårdarvodet blir bättre.

I vård- och serviceplanen fastställs förutom den service som ges till den vårdbehövande också de socialvårdstjänster som skall ordnas för närståendevårdaren till stöd för vårduppdraget. Vårdarens rätt till ledighet kompletterats med bestämmelser om kommunens möjlighet att ordna rekreativ ledighet utan att detta påverkar vårdarvodet. När en närståendevårdare använder sin rätt till ledighet gäller den övre gränsen på 9 euro också hemservice som ordnas med hjälp av servicesedlar.

Vårdarvodena för familjevårdare justeras

Vårdarvodena för familjevårdare binds till en lönekoeficient, vilket leder till att vårdarvodena stiger med 3,40 procent. Vårdarvodet är minst 242 euro per kalendermånad och högst 725 euro om familjevårdaren sköter personer i familjevård på heltid eller 363 euro om familjevårdaren inte sköter personer i familjevård på heltid.

Om en person i familjevård kräver rikligt med vård eller särskild uppmärksamhet eller omsorg, kan vårdarvodets maximibelopp höjas till högst det dubbla. Vårdarvode betalas inte till den som sköter sitt eget barn under 18 år som placerats i familjevård eller till den som vägrat ta emot arvodet.

Rehabilitering av krigsinvalidier

Från och med år 2006 har också krigsinvalidier med en invaliditetsgrad på minst 25 procent rätt till periodisk institutionsvård.

Inkomstgränsen som berättigar till tilläggsränta enligt lagen om skada, ådragen i militärtjänst är 4837 euro (4574 euro år 2005).

Utkomststödet

Storleken på utkomststödet grunddelar stiger med i genomsnitt 1,1 procent. För ensamstående och ensamförsörjare är utkomststödet grunddel i första kommungruppen 382,70 euro och i andra kommungruppen 366,24 euro.

Underhållsbidragen och underhållsstödet oförändrade

I underhållsbidragen och underhållsstöden görs inga indexjusteringar vid årsskiftet. Levnadskostnadsindexet har stigit från oktober 2001 med 4,7 procent. Då indexet har stigit mindre än 5 procent höjs underhållsbidragen och underhållsstödet inte.

Pressmeddelande 578/2005

Möjlighet till partiell sjukdagpenning föreslås

Regeringen föreslår att partiell sjukdagpenning tas i bruk som ett frivilligt arrangemang mellan arbetstagare och arbetsgivaren. En försäkrad föreslås ha möjlighet att arbeta deltid och dessutom få partiell sjukdagpenning när en sjukdom varar minst 60 sjukdagpenningss dagar. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 22 december. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen samma dag. Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2007.

Syftet med systemet med partiell sjukdagpenning är att stödja personens återgång till sitt eget arbete efter en längre tids sjukledighet. Målet är att utveckla ett system som gör det möjligt att individuellt planera återgången till arbetet så att arbetstagaren efter en lång arbetsoförmåga åter kan anpassa sig till sitt arbete.

Återgången till arbetet skall vid fortsatt arbetsoförmåga ske så att den inte medför någon hälsorisk för personen. En förutsättning är att personen skall kunna sköta en del av sina arbetsuppgifter utan att hälsan eller tillfrisknandet äventyras.

Enligt förslaget betalas partiell sjukdagpenning till en person som är arbetsoförmögen på det sätt som avses i sjukförsäkringslagen. En förutsättning är att arbetstagaren kommit överens med sin arbetsgivare om att arbetet utförs på deltid. Arbetstiden och lönen skall minska till 40–60 procent av vad de varit.

Beloppet av den partiella sjukdagpenningen skall enligt förslaget alltid vara hälften av den närmast föregående sjukdagpenningen och den skall kunna betalas i 12–72 vardagar. När maximitiden räknas ut beaktas alla dagar med partiell sjukdagpenning under de föregående två åren.

Rätt till partiell dagpenning har enligt förslaget arbetstagare och företagare inom den privata sektorn samt kommunala tjänstemän och arbetstagare. Ett arrangemang som motsvarar den partiella sjukledigheten genomförs separat för statstjänstemännens del.

Revideringen är betydande eftersom det i lagen inte för tillfället ingår någon möjlighet att betala sjukdagpenning för en del av dagen. Enligt gällande lag kan arbetstagaren inte återgå till sitt arbete under sjukdagpenningperioden utan att gå miste om sin rätt till sjukdagpenning. De övriga nordiska länderna har redan tagit i bruk ett system med partiell sjukdagpenning.

Pressmeddelande 66/2006

Sjukhusens vårdköer på över sex månader har förkortats med över en tredjedel

Bestämmelserna om de längsta väntetiderna för vård i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård trädde i kraft för ett knappt år sedan. Enligt den här s.k. vårdgarantin skall sjukhusen ordna en bedömning av vårdbehovet inom tre veckor från att remissen anlänt till sjukhuset. Vård som konstaterats vara nödvändig skall inledas senast inom sex månader.

Social- och hälsovårdsministeriet har utrett tillgången till vård under tiden augusti 2005-januari 2006. I oktober 2002, då sjukvårdsdistrikten fick ett tilläggsanslag för att avveckla vårdköerna, väntade 66 000 personer i över ett halvt år på att få vård. I augusti 2005 hade antalet sjunkit till 34 000 personer och i slutet av år 2006 till cirka 20 000. Sjukvårdsdistrikten räknar med att antalet personer som väntar på vård i över ett halvt år är cirka 5 000 i slutet av juni 2006.

I Syd-Österbottens, Kymmenedalens, Lapplands, Länsi-Pohja och Södra Savolax sjukvårdsdistrikt väntar endast några tiotal personer på vård i över sex månader. Också i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt har vårdköerna snabbt blivit kortare, i oktober 2002 väntade 17 400 personer på vård i över sex månader och i slutet av år 2005 var antalet 4 700. Långsammast har utvecklingen varit i Norra Österbottens och Kajanalands sjukvårdsdistrikt, där det till och med har varit svårt att få köptjänster trots att sjukvårdsdistrikten reserverat medel för detta ändamål.

Man har förkortat vårdköerna genom att utveckla verksamhetssätten, genom personalens extra arbete och genom att köpa tjänster av privata serviceproducenter eller enheter inom tredje sektorn, såsom sjukhuset Orton, Reumastiftelsens sjukhus och Diakonistiftelsens sjukhus.

I juni 2006 kommer den över sex månader långa vårdkön att bestå främst av personer som väntar på plastikkirurgiska, handkirurgiska och ortopediska ingrepp samt sannolikt också av personer som väntar på tjänster inom hörselvården.

Social- och hälsovårdsministeriet utreder sjukhusens vårdkösituation igen i juni 2006.

Pressmeddelande 074/2006

Socialjour i var tredje kommun

Brådskande socialvård behövs i flera olika livssituationer. Det kan till exempel vara fråga om ett barn som blivit utan omsorg, en ungdom med sina problem, en äldre vars funktionsförmåga plötsligt försämras eller en missbrukare. Social- och hälsovårdsministeriet har ställt som mål att alla kommuner har en socialjour senast år 2007.

För tillfället har 120 kommuner en ändamålsenligt ordnad socialjour. Dessutom har cirka 40 kommuner en jour för barnskyddssituationer. Dessa kommuner har klara arrangemang för hur man får kontakt med socialmyndigheterna utanför normal tjänstetid, dvs. under kvällar, nätter och veckoslut. Flera kommuner håller först nu på att bygga upp en egen socialjourmodell.

En ändamålsenligt ordnad socialjour som fungerar dygnet runt saknas ännu i flera kommuner. I dessa kommuner har man till exempel ordnat juren genom att ge polisen ett telefonnummer för kontakt med socialmyndigheten. Telefonnummer till endast en samarbetsmyndighet garanterar dock inte en tillräcklig beredskap.

De ovan nämnda uppgifterna framgår av en kartläggning som social- och hälsovårdsministeriet gjort tillsammans med länsstyrelserna och där man utrett den riksomfattande situationen beträffande socialjour. Länsstyrelserna följer med situationen inom sina områden. Att ordna so-

cialjour i hela landet är ett av de centrala målen för utvecklingsprojektet för det sociala området. Via projektet finansieras nya projekt som siktar på att utveckla socialjour.

Kommunernas samarbete är viktigt. Att ordna socialjour som ett samarbete mellan flera kommuner är ofta det bästa sättet för att på så sätt säkerställa ett tillräckligt stort befolkning-sunderlag. Ett kontinuerligt utvecklingsarbete är också viktigt då det gäller att ordna brådskande socialservice. Social- och hälsovårdsministeriet kommer under år 2006 att ge ut en handbok om att utveckla socialjouren.

Pressmeddelande 073/2006

Äldre personers behov av socialvård skall bedömas inom utsatt tid

Socialvårdslagen ändras så att till den fogas bestämmelser om kommunernas skyldighet att ordna en bedömning av servicebehovet. I icke-brådskande fall skall kommunen ifråga om personer som har fyllt 80 år och personer som får särskilt vårdbidrag för pensionstagare tillhandahålla bedömning av behovet av socialservice senast den sjunde vardagen efter det att kontakt tagits med kommunen. I brådskande situationer skall behovet av socialservice bedömas utan dröjsmål. Regeringen föreslog torsdagen den 16 februari att lagen stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

En bedömning av servicebehovet förutsätter att personer själv eller hans eller hennes lagliga företrädare eller anhörig, någon annan person eller en myndighet har tagit kontakt med kommunen. Efter att servicebehovet har bedömts skall klienten om han eller hon så önskar få ett skriftligt beslut om vilken service som beviljats eller inte beviljats. Klienten kan söka ändring i beslutet. Om klienten fått ett beslut om att service ordnas skall en vård- och serviceplan göras upp för klienten.

Lagen träder i kraft den 1 mars 2006.

Pressmeddelande 178/2006

Statsrådet gav en redogörelse om handikappolitiken

Det handikappolitiska ansvaret hör till samtliga förvaltningsområden. Statsförvaltningen är föregångare och vägvisare för de lokala myndigheterna och den privata sektorn eftersom staten bär det huvudsakliga ansvaret för att medborgare med funktionshinder garanteras jämlikhet. Regeringen beslutade torsdagen den 11 maj att överlämna redogörelsen om handikappolitiken till riksdagen. Redogörelsen är den första som gjorts om handikappolitiken i Finland. Riksdagen behandlar redogörelsen den 16 maj.

Regeringen tar i redogörelsen upp målen för handikappolitiken och ger förslag till hur den kunde utvecklas och reformeras. Redogörelsen har utarbetats i samarbete med bland annat de övriga ministerierna, Stakes och riksomfattande handikapprådet och den grundar sig på fem separata utredningar.

Den finländska handikappolitiken bygger på följande centrala principer

- Personer med funktionshinder har rätt till likabehandling.
- Personer med funktionshinder har rätt till delaktighet.
- Personer med funktionshinder har rätt till nödvändiga tjänster och stödåtgärder.

Åtgärder för att utveckla handikappolitiken

Arbete ger den bästa sociala tryggheten

Arbete är den effektivaste metoden att få till stånd hållbara förändringar i funktionshindrade personers liv och i integreringen i samhället. Arbete bör vara den primära inkomstkällan också för personer med funktionshinder. Arbete ger även den bästa sociala tryggheten och minskar utslagning. Arbetsförvaltningen uppmuntrar arbetsgivare att anställa arbetssökande med funktionshinder med hjälp av bland annat lönesubventioner. Samtidigt utvecklar arbetsförvaltningen mellanliggande arbetsmarknader för de arbetssökande som är svårast att sysselsätta. Regeringen främjar tillsammans med arbetsmarknadsparterna funktionshindrades delaktighet i arbetslivet genom att undanröja hinder för sysselsättningen.

Skälig utkomst för alla

Det är särskilt viktigt att trygga en oundgänglig utkomst för personer som har ett funktionshinder som förhindrar dem att delta i arbetslivet. Dessa personer kommer under hela sitt liv att ha en utkomst som motsvarar en minimipension och för att trygga deras självständighet behövs omfattande serviceinsatser. De tjänster som behövs för att trygga funktionsförmågan skall tillhandahållas så att personen inte på grund av serviceavgifterna förlorar sin ekonomiska rörlighet. För de tjänster som direkt orsakas av funktionshindret skall inga klientavgifter tas ut. I syfte att främja deltagande i arbete kommer den sociala tryggheten och förvärvsinkomsterna också framöver att sammanjämkas så att de stödjer arbete.

Alla har rätt till utbildning och kultur

Genom utbildning kan man i hög grad påverka möjligheterna för personer med funktionshinder att få arbete och förhindra utslagning. Regeringen främjar integreringen av funktionshindrade i undervisningen på alla nivåer. Alla funktionshindrade i hela landet skall garanteras en fortsatt studieplats efter grundskolan. För att möjliggöra studier för personer med funktionshinder skall dessa erbjudas sådana tjänster och stödinsatser som behövs i studierna. Ökad tillgänglighet vid universiteten stöds genom resultatstyrning.

Regeringen stödjer åtgärder som ökar den kulturella tillgängligheten bland annat med åtgärdsprogrammen Kultur för alla och Lika tillgång till konst och kultur. Också inom idrottskulturen tas hänsyn till funktionshindrades rättigheter. Alltid då motion ordnas skall även personer med funktionshinder ges jämlika möjligheter att delta.

Stöd för självständigt boende

Målet är att personer med funktionshinder skall kunna leva och bo bland den övriga befolkningen. För att skapa bostäder utan hinder beviljar Statens bostadsfond understöd och bidrag för renoveringar, ombyggnader och investeringar.

Informationstekniska lösningar ökar delaktigheten

Informationsteknologin har medfört nya möjligheter till arbete, studier, samhällsengagemang, fritidssysselsättningar och socialt umgänge för personer med funktionshinder. De informationstekniska lösningarna skall vara tillgängliga, fria från hinder och kostnaderna skall vara sådana att personer med funktionshinder kan skaffa tjänsterna och varorna och använda dem.

Pressmeddelande 194/2006

Revideringen av narkotikalagstiftningen framskrider

Regeringen föreslår att det stiftas en ny narkotikalag. Syftet är att effektivisera narkotikakontrollen men inte att ändra den nationella narkotikapolitiken. Avsikten med lagen är att förhindra olaglig import till Finland, export från Finland, tillverkning, spridning och användning av narkotika. På grund av den nya narkotikalagen ändras även strafflagen samt vissa hänvisningar i lagen om integritetsskydd i arbetslivet och lagen om företagshälsovård. Om narkotikabrott föreskrivs fortsättningsvis i strafflagen.

Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 18 maj. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen fredagen den 19 maj. De föreslagna lagarna avses träda i kraft så snart som möjligt efter det att de har antagits och blivit stadfästa.

De viktigaste förslagen

Definitionen på narkotika skall på samma sätt som för närvarande bygga på internationella fördrag. Definitionen på narkotika föreslås bli kompletterad så att man med stöd av statsrådets förordningar även kan anse sådana ämnen vara narkotika, om vars innefattande i tillsynen skall beslutas i enlighet med Europeiska unionens råds beslut om informationsutbyte, riskbedömning och kontroll avseende nya psykoaktiva ämnen.

I lagen införs ett totalförbud mot att odla kokabuske, kat, kaktusväxter som innehåller meskalin och Psilocybesvampar samt ett förbud mot att odla opiumvallmo och hampa som narkotika eller för användning som råvaror till narkotika.

Den föreslagna narkotikalagen skall innehålla mera exakta bestämmelser om tillståndsförfaranden och tillsyn än den nuvarande lagen. Särskilt vad gäller polisen samt tull- och gränsbevakningsmyndigheterna skall exaktare än nu föreskrivas om brottsbekämpning för att förebygga, avslöja och utreda narkotikabrott. I lagen ingår även noggrannare bestämmelser om beslag och förstöring av läkemedel som betraktas som narkotika.

Utöver nuvarande tillstånd för tillverkning samt import och export skall vid import till och export från Finland även krävas tillstånd för ämnen, preparat och testsystem som används för konstaterande av narkotika och för hantering av narkotika. Läkemedelsverket skall fortsättningsvis fungera som tillståndsmyndighet.

Publikationer som utkommit i serien DISKUSSIONSUNDERLAG

2006

Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta
Työpapereita 23/2006 Tilausnro T23/2006

Tuula Hurnasti: Apuvälinepalveluja ohjaavien käsitteiden tulkintaa. Kuntoutustyöntekijöiden erilaiset näkemykset "lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline" ja "päivittäiset toiminnot" -käsitteistä
Työpapereita 22/2006 Tilausnro T22/2006

Päivi Topo (toim.): Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Seminaari 26.1.2006
Työpapereita 21/2006 Tilausnro T21/2006

Antti Parpo (toim.): SOMA 2003. Sosiaaliturvan ja verotuksen mikrosimulointimalli
Työpapereita 20/2006 Tilausnro T20/2006

Timo Itälä: Hoidon saatavuuden seuranta. Hoidon saatavuuden seurannan määritys- jatoteutushankkeen loppuraportti.
Työpapereita 19/2006 Tilausnumero T19/2006

Kristiina Häyrinen (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspäivät 2006
Työpapereita 18/2006 Tilausnro T18/2006

Matti Rimpelä, Anne-Marie Rigoff, Kirsi Wiss, Tuovi Hakulinen-Viitanen: Seulontatutkimukset 3–7-vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. Kyselytutkimus terveystieteiden keskuksille huhti-toukokuussa 2006
Työpapereita 17/2006 Tilausnro T17/2006

Åse Brandt, Charlotte Löfqvist, John Nilsson, Kersti Samuelsson, Tuula Hurnasti, Inga Jónsdóttir, Anna-Liisa Salminen, Terje Sund, Susanne Iwarsson: Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari NAME 1.0. Käsikirja
Työpapereita 16/2006 Tilausnro T16/2006

Laura Yliruka: Kuvastin. Reflektiivinen itse- ja vertaisarviointimenetelmä sosiaalityössä
Työpapereita 15/2006 Tilausnro T15/2006

Tarja Heino, Raija Rantamäki, Seppo Sallila: Hallinto-oikeuksien ratkaisut lastensuojeluasioissa 2000–2004
Työpapereita 14/2006 Tilausnro T14/2006

Kjell Herberts, Kristian Wahlbeck, Esa Aromaa, Jyrki Tuulari: Enkät om mental hälsa 2005. Metodbeskrivning
Työpapereita 13/2006 Tilausnro T13/2006

Hanna Eronen, Mika Gissler, Annukka Ritvanen: Steriloimisen rekisteröiminen Suomessa. Steriloimisrekisterin ja hoitoilmoitusrekisterin steriloimistietojen vertailu ja aineistojen laadn analysointi vuosilta 2000–2003
Työpapereita 12/2006 Tilausnro T12/2006

Timo Hujanen, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen: Terveystieteiden ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004
Työpapereita 11/2006 Tilausnro T11/2006

TERVE-SOS -koulutustapahtuman luentolyhennelmät
Työpapereita 10/2006 Tilausnro T10/2006