

RIITTA HAVERINEN, RIITTA HAAHTI (RED.)

## **Annus Socialis Fenniae 2007**

Nordiskt socialdirektörsmöte  
Oslo, Norge 24–25 oktober 2007



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](http://www.stakes.fi)

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (red.). Annus Socialis Fenniae 2007. Nordiskt socialdirektörmöte. Oslo, Norge 24–25 oktober 2007. Stakes, Diskussionsunderlag 31/2007. 81 sidor, pris 19 €. Helsingfors 2007.

© Stakes

Layout: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2030-0 (inb.)

ISSN 1795-8091 (inb.)

ISBN 978-951-33-2031-7 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsingfors 2007

Valopaino Oy  
Helsingfors 2007

## Innehåll

Förord .....	5
<i>Vappu Taipale, Generaldirektör</i>	
Välfärdspolitiken i det nya regeringsprogrammet .....	7
<i>Vappu Taipale och Mauno Konttinen</i>	
Regeringens politikprogram .....	12
Kommun- och servicestrukturreformen.....	16
<i>Riitta Haverinen, Direktör för resultatområdet, och Mauno Konttinen, Överdirektör</i>	
Övergripande horisontella helheter i Stakes (2007–2015).....	19
Andra projekt i Stakes:	
– Partnerskapet för utveckling av långtidsarbetslösas hälsovård .....	22
– HOT – Vårdbranschens assistentuppgifter till arbetsplatser .....	24
Sammandrag av några böcker som utgivits 2006–2007 av Stakes .....	26
Ett urval av pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet.....	45
Ett urval av pressmeddelanden från Stakes.....	61

# FÖRORD

## Ny regering, nytt regeringsprogram

VAPPU TAIPALE

Strävan efter en stor strukturreform har präglat Finlands social- och hälsopolitik under det gångna året. Statsminister Matti Vanhanens första regering satsade en stor del av regeringsperioden på reformen av kommun- och servicestrukturen, och det utarbetades även ett förslag till ramlag om den. Finlands kommunstruktur ansågs vara för liten för att kunna producera behövlig service för sin befolkning, särskilt med tanke på dess snabba åldrande. I Finland har emellertid kommunernas självstyre alltid varit en ”helig” fråga, som staten inte bör lägga sig i. Genom statsandelsreformen 1993 överfördes beslutanderätten inom socialvården och hälso- och sjukvården helt till kommunerna. Tilltron till decentraliserat beslutsfattande var stark. Under årens lopp smög sig emellertid centraliserade element in i förvaltningen. På riksdagens initiativ blev de öronmärkta anslagen fler i budgeten. Regeringen började utarbeta kvalitetsrekommendationer för styrning av serviceproduktionen. Social- och hälsovårdsministeriet ändrade anslag, som tidigare varit avsedda för genomgripande förbättringar, till statsandelar för projekt. På så sätt uppstod projektstyrning, där kommunernas serviceverksamhet styrs genom projektmedel som utdelas av ministeriet.

Vid valet i mars fick Finland en ny regering, Matti Vanhanens andra, som är helt och hållet en borgarregering med centern, samlingspartiet och de gröna. Det nya regeringsprogrammet är ännu mer detaljerat än tidigare. Det innebär ingen stor kursändring mot höger, men i praktiken finns det redan vissa tecken på det.

Regeringen ville emellertid ha någonting mera kraftfullt. Därför berättar vi i denna Annus om reformen av kommun- och servicestrukturen.

I skrivande stund har statsrådet redan fått kommunernas serviceplaner. Målet att minska antalet små kommuner ser ut att nås. Visserligen blir anordnandet av service mycket brokigare än tidigare. Särskilt den sociala servicen bör uppmärksammas. Kommunerna verkar i sina planer köpa av och sälja till varandra kors och tvärs. Vår kanslichef Kari Välimäki har inte utan anledning beskrivit situationen som en ”takkrona av halm”.

En annan reform av betydelse och intresse för Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) är den förnyelse som Vetenskaps- och teknologirådet inlett av systemet med sektorforskningsinstitut. I Finland finns det 19 statliga forskningsinstitut, som har till uppgift att ta fram politiskt relevanta forskningsdata för sina ministerier. Social- och hälsovårdsministeriet har fyra medelstora institut, nämligen Folkhälsoinstitutet, Strålsäkerhetscentralen, Arbetshälsoinstitutet och Stakes. Stakes är det enda forskningsinstitutet inom vårt förvaltningsområde som vid sidan av hälsopolitik också har social service och välfärdsfrågor som mandat. Denna funktion får inte försvagas, utan bör förstärkas!

Vetenskaps- och teknologirådet föreslog att institutens forskningsanslag bör konkurrensutsättas i större utsträckning internationellt och nationellt. Framför allt föreslog rådet att en särskild delegation för sektorforskning skulle inrättas och att den via olika slags konsortier skulle styra konkurrensutsättning och valda teman regeringsperiodsvis.

Konsortierna har bildats kring fyra teman. Ett dryftar regional utveckling, ett annat säkerhet och ett tredje hållbar utveckling. För oss är det viktigaste konsortiet ”Kunnande, välfärd och hälsa”, vars ordförande är industriråd Paula Nybergh vid handels- och industriministeriet (från och med nästa år fusioneras nuvarande arbetsministeriet och handels- och industriministeriet till ett arbets- och näringsministerium). I detta skede är de teman som konsortierna utvecklat så

övergripande att det är svårt att säga hur de kommer att styra institutens arbete. Temana kommer emellertid att specificeras före nästa år.

Forskningsinstitutet var eniga om att konkurrensutsättningen i sig inte var något problem, men att det nya systemet inte skulle vara bra med tanke på långsiktig forskning och framtidsprognoser. Forskningsinstitutet är ju i praktiken alltid mer framtidsinriktade än ministerierna. Dessutom är det ett faktum att Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) står alla ministerier till tjänst. Alltså skulle en konsortieavgränsning begränsa verksamhetsfältet.

Regeringen har lovat att fortsätta reformen av kommun- och servicestrukturen och att påbörja en omfattande reform av den sociala tryggheten. Dessa frågor kommer också att diskuteras i nordiska sammanhang. Den nya omsorgsministern, samlingspartiets Paula Risikko, är doktor i hälsovetenskaper och har jobbat på Stakes i tre år. Vi litar på hennes sakkunskap och österbottniska läggning!

# VÄLFÄRDSPOLITIKEN I DET NYA REGERINGSPROGRAMMET

Kommentarer av VAPPU TAIPALE och MAUNO KONTTINEN

## Med uppmuntran och omsorg mot 2010-talet

Den åldrande befolkningen, omvälvningen i arbetslivet och globaliseringen innebär nya utmaningar för det finländska välfärdssamhället och arbetslivet. Regeringens mål är att genom uppmuntran och omsorg stärka människornas grundtrygghet och trygghet i vardagen, göra tjänsterna effektivare och mångsidigare samt att öka den mänskliga välfärden. Finlands välfärd på 2010-talet förutsätter en stark ekonomi och en hög sysselsättningsgrad. Målet med reformerna i arbetslivet och inom den sociala tryggheten är att garantera en tillräcklig och heltäckande social trygghet för alla.

Regeringen har som mål att genomföra kundcentrerade tjänster och goda rutiner genom ett gott samarbete mellan socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården.

Inom social- och hälsovården förbättras servicesystemets kvalitet, verkningsfullhet och kostnadseffektivitet. Ibrukttagandet av ny teknik effektiviseras och servicesystemet görs mer genomskinligt samtidigt som styrningen förbättras. Medborgarnas förutsättningar att delta i samhället och deras möjligheter till egna initiativ och medverkan förbättras. En kunnig personal som mår bra är utgångspunkten för verksamheten.

## Täckande och effektiva social- och hälsovårdstjänster

Regeringen har som mål att trygga en stabil finansiering av social- och hälsovården samt tillgängliga tjänster. Uppnåendet av målen för kommun- och servicestrukturreformen säkerställs och nödvändiga ändringar i lagstiftningen bereds.

Ett politikprogram för hälsofrämjande inleds. Tjänsterna inom företagshälsovården utvecklas.

**Kommentar:** De politiska program som regeringen angett separat är verkligen program som sträcker sig över förvaltningsgränserna. Vi får hoppas att programmen lyckas inbegripa alla förvaltningsområden. Vi förväntar oss mycket av detta program, men resurserna det tilldelats är beklagligt små.

Ansvar för att ordna service bör behållas hos kommunerna och finansieringen skall i huvudsak grunda sig på statsandelar och kommunernas egna skatteinkomster. För att trygga tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet bör den finansiella basen ses över också i fråga om klientavgifterna. Inom social- och hälsovården skapas ett rättvisare system med avgiftstak för att förbättra ställningen för dem som använder tjänster och läkemedel i stor utsträckning. Samtidigt revideras systemet så att klientavgifterna inte leder till icke-ändamålsenliga vårdval.

Att personalen åldras och går i pension är en stor utmaning. På social- och hälsovårdens resultat och tjänsternas kvalitet inverkar väsentligt kompetensen hos och storleken på den yrkeskunniga personalen. Särskild vikt fästs vid den nationella och regionala prognostiseringen av arbetskraftsbehovet. I social- och hälsovårdstjänsterna tryggas en tillräcklig yrkeskunnig personal genom arbetslivsinriktad utbildning, konkurrenskraftiga löner, utveckling av arbetets innehåll och arbetsledningen och möjligheter att lära sig nytt och utvecklas samt att påverka sitt eget arbete.

Kommunernas tjänsteproduktion kompletteras av den privata sektorn och den tredje sektorn. Användningsområdet för den kommunala servicesedeln utvidgas på ett ändamålsenligt sätt till

social- och hälsovården. Servicesedeln kommer att omfatta hemsjukvården från ingången av 2008.

**Kommentar:** *I Finland ökar andelen så kallade privata tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården hela tiden, dvs. sådana som organisationer och företag producerar. Av den sociala servicen är redan en fjärdedel privat och av hälso- och sjukvården en femtedel, och den offentliga sektorn köper allt mer tjänster av den privata sektorn.*

De äldres rätt till god vård tryggas. Tjänsterna inom äldreomsorgen reformeras med målet att stärka framför allt hemvården och att utveckla relaterade stödtjänster. I äldreomsorgen och utvecklingen av tjänster för de äldre är stärkandet av de äldres funktionsförmåga, initiativförmåga och självständighet centralt. Det rehabiliteringsinriktade greppet stärks.

**Kommentar:** *Ja, äldreomsorgen är fortfarande alltför institutionsfokuserad. Serviceboende i hemliknande miljö bör utökas. Dessutom bör man utveckla ett mångsidigt och flexibelt serviceutbud.*

Åldersgränsen för bedömning av äldre personers behov av tjänster sänks och metoder för bedömningen utvecklas för säkrande av enhetlig praxis i hela landet. Ett täckande rådgivnings- och servicenät för äldre skapas i hela landet och antalet förebyggande hembesök utökas.

**Kommentar:** *Regeringen har varit mycket positiv till förebyggande hembesök. Även i detta fall hade vi tillgång till utvärderingsrapporter från de andra nordiska länderna, t.ex. Danmark, men de utnyttjades inte. Enligt finländarnas utredningar har den faktiska nyttan av förebyggande hembesök ännu inte kunnat påvisas.*

Närståendevården utvecklas utgående från de utredningar som gjorts. Förutsättningar att utöka antalet personer som omfattas av närståendepenningen skapas. Närståendevårdarnas förutsättningar att orka i arbetet ombesörjs genom att möjligheterna att ta ut lagstadgade lediga dagar förbättras.

Närståendevårdarnas tillgång till alternativ vård förbättras. Möjligheterna att överföra närståendepenningen till Folkpensionsanstalten utreds. Möjligheterna att utveckla systemet med vårdledning så att det blir lättare att kombinera arbete och närståendevård utreds.

**Kommentar:** *Kommunerna behandlar närståendevårdarna på mycket olika sätt och närståendevårdarnas lönevillkor varierar mycket. Alltså skulle ojämlikheten kunna minskas genom att Folkpensionsanstalten betalar ut allt stöd för närståendevård.*

## Sporrande och rättvis social trygghet

Regeringen inleder en stegvis reform av den sociala tryggheten. De första propositionerna överlämnas till riksdagen senast under höstsessionen 2008. Ärendet bereds i en av regeringen tillsatt kommitté där också arbetsmarknadsorganisationerna är representerade.

Syftet med reformen av den sociala tryggheten är att göra arbete mer sporrande, minska fattigdomen och trygga en tillräcklig grundtrygghet i alla livssituationer.

För att arbetsmarknaden skall fungera bättre övervägs samtidigt en reform av beskattningen, grundtryggheten (inklusive bostadsbidraget) och utkomstskyddet för arbetslösa. Stödmottagarnas ställning förbättras genom att systemet görs enklare och tydligare. Reformen genomförs så att finansieringen av den sociala tryggheten också på lång sikt vilar på en hållbar grund. I samband med reformen av den sociala tryggheten utreds också beskattningen av sociala förmåner och klientavgifterna.

De beslut av regeringen som gäller arbetslivets socialförsäkringslagstiftning och förtjänstskyddet bereds i samarbete med arbetsmarknadsparterna. Finlands ekonomiska framgång och konkurrenskraft bygger på friska och välmående människor. Social- och hälsovårdspolitiken har som mål att främja hälsan, funktionsförmågan och initiativförmågan samt att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper.

Dessutom bör man sörja för ett skäligt utkomstskydd och en bevarad arbetsförmåga samt säkerställa att fungerande basservice finns tillgänglig för medborgarna, oberoende av bostadsort och förmögenhet. Tillgången till social- och hälsovårds tjänster garanteras på finska och svenska. Strävan är också att trygga social- och hälsovårdstjänster på samiska.

För tryggande av en rättvis ställning för handikappade utarbetas ett handikappolitiskt program där de centrala åtgärderna för de närmaste årens handikappolitik stakas ut. Samordningen av lagen om service och stöd på grund av handikapp och specialomsorgslagen fortsätter.

Regeringen inleder ett politikprogram för hälsofrämjande. Tjänsterna inom företagshälsovården utvecklas.

Servicehandledningen utvecklas. Utvecklingen av elektroniska informationssystem fortsätter.

Ansvaret för att ordna service bör behållas hos kommunerna och finansieringen skall i huvudsak grunda sig på statsandelar och kommunernas egna skatteinkomster. För att trygga tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet bör den finansiella basen ses över också i fråga om klientavgifterna. Inom social- och hälsovården skapas ett rättvisare system med avgiftstak för att förbättra ställningen för dem som använder tjänster och läkemedel i stor utsträckning. Samtidigt revideras systemet så att klientavgifterna inte leder till icke-ändamålsenliga vårdval.

Medborgarnas likställdhet garanteras genom att tjänsteanvändarnas rättigheter stärks. Kvalitetsrekommendationerna för tjänster revideras med en höjd bindningsnivå som mål. Utvärderingen av verksamhetens och tjänsternas kvalitet och verkningsfullhet samt övervakningen och styrningen av tjänster effektiviseras. Resurserna för de inrättningar som lyder under social- och hälsovårdsministeriet omfördelas så att dessa mål kan uppnås.

Gränserna mellan öppenvården och institutionsvården avlägsnas gradvis i socialförsäkringarna.

Att personalen åldras och går i pension är en stor utmaning. På social- och hälsovårdens resultat och tjänsternas kvalitet inverkar väsentligt kompetensen hos och storleken på den yrkeskunniga personalen. Särskild vikt fästs vid den nationella och regionala prognostiseringen av arbetskraftsbehovet. I social- och hälsovårdstjänsterna tryggas en tillräcklig yrkeskunnig personal genom arbetslivsinriktad utbildning, konkurrenskraftiga löner, utveckling av arbetets innehåll och arbetsledningen och möjligheter att lära sig nytt och utvecklas samt att påverka sitt eget arbete.

Kommunernas tjänsteproduktion kompletteras av den privata sektorn och den tredje sektorn. Användningsområdet för den kommunala servicesedeln utvidgas på ett ändamålsenligt sätt till social- och hälsovården. Servicesedeln kommer att omfatta hemsjukvården från ingången av 2008.

Nivån på de Fpa-ersättningar för tandläkararvoden som betalas till de försäkrade ändras så att den faktiska ersättningsnivån stiger till 40 procent av ersättningsgrunden.

Den snedvridning av konkurrensen som följer av den dolda mervärdesskatt som ingår i privata social- och hälsovårdstjänster utreds.

En effektivare användning av offentliga lokaler inom hälso- och sjukvården möjliggörs utan att det inverkar på den ersättning som klienten får från sjukvårdsförsäkringen.

En social garanti genomförs genom att tidsfrister för bedömningen av tjänstebehovet införs gradvis i fråga om centrala socialtjänster.

De äldres rätt till god vård tryggas. Tjänsterna inom äldreomsorgen reformeras med målet att stärka framför allt hemvården och att utveckla relaterade stödtjänster. I äldreomsorgen och



utvecklingen av tjänster för de äldre är stärkandet av de äldres funktionsförmåga, initiativförmåga och självständighet centralt. Det rehabiliteringsinriktade greppet stärks.

För tryggande av en heltäckande äldreomsorg förbättras samordningen av vårdbidraget, social- och hälsovårdstjänsterna, närståendepenningen och hushållsavdraget så att de kompletterar varandra på ett friktionsfritt sätt.

Åldersgränsen för bedömning av äldre personers behov av tjänster sänks och metoder för bedömningen utvecklas för säkrande av enhetlig praxis i hela landet. Ett täckande rådgivnings- och servicenät för äldre skapas i hela landet och antalet förebyggande hembesök utökas.

Regeringen har som mål att sörja för hela veterangenerationens välfärd. Den sociala tryggheten och tjänsterna för veteraner och krigsinvalidier utvecklas. Framför allt tillräcklig hemservice och mer individuell rehabilitering än hittills bör ombesörjas.

Närståendevården utvecklas utgående från de utredningar som gjorts. Förutsättningar att utöka antalet personer som omfattas av närståendepenningen skapas. Närståendevårdarnas förutsättningar att orka i arbetet ombesörjs genom att möjligheterna att ta ut lagstadgade lediga dagar förbättras. Närståendevårdarnas tillgång till alternativ vård förbättras. Möjligheterna att överföra närståendepenningen till Folkpensionsanstalten utreds. Möjligheterna att utveckla systemet med vårdledighet så att det blir lättare att kombinera arbete och närståendevård utreds.

Systemet med läkemedelsättning revideras så att de stigande kostnaderna hålls i styr. Social- och hälsovårdsministeriet bereder ärendet i en särskild arbetsgrupp.

I fråga om ersättningar för framför allt nya läkemedel beaktas läkemedlens kostnadsnytta i sjukvården. Trygg läkemedelsbehandling främjas och en täckande läkemedelsförsörjning säkerställs.

Systemet med personliga assistenter för handikappade utvecklas etappvis. I anslutning till kommun- och servicestrukturreformen stärks finansieringen av handikappservicen och utvecklas sätten att ordna och producera tjänster för genomförande av handikappades likställighet. Handikappade personers aktiva medverkan i samhället och arbetslivet stöds.

Regeringens mål är ett tillgängligt samhälle där alla har lika möjligheter. Särskild vikt bör fästas vid tillgängligheten i informationssamhället, bl.a. genom att nya möjligheter att trygga tjänster för handikappade utnyttjas.

## Familjernas välfärd

Regeringen binder sig till att minska illamåendet och risken för utslagning bland barn, unga och familjer. Barnfamiljernas fattigdom minskas och strävan är att ingripa i ojämlikhetsutvecklingen genom att förbättra barnfamiljernas ekonomiska ställning. Ett politikprogram för barns, ungas och familjers välfärd inleds.

Familjerna får genuina möjligheter att välja den bästa dagvårdsformen för sina barn. Tjänsterna inom tidig fostran görs mångsidigare genom ökade möjligheter till dagvård på deltid samt genom ökad verksamhet på öppna daghem och i klubbar. Förutsättningarna för familjedagvård förbättras.

En reform av dagvårdslagstiftningen genomförs.

För främjande av familjernas välfärd förbättras småbarnsföräldrarnas möjligheter att tillbringa tid med sina barn.

Faderskapsledigheten förlängs med två veckor. Reformen genomförs i budgeten för 2010. Under valperioden utreds möjligheten till en mer omfattande reform av systemet med föräldraledigheter. För att kvinnornas faktiska jämställdhet i arbetslivet skall bli verklighet ersätts arbetsgivarnas kostnader för arbetstagarnas föräldraskap bättre än hittills. Kostnaderna för familj-

jelidigheter delas jämnare än hittills mellan arbetsgivarna inom mans- och kvinnodominerade branscher, och samhällets finansiella bidrag utökas.

Skolhälsovården utvecklas som en del av elevvården. Tillgången till, kvaliteten på och verkningsfullheten av studenthälsan säkras. Framför allt utvecklas hälso- och sjukvården för yrkeshögskolestuderande. Tillgången till psykiatriska tjänster för barn och unga samt tillgången till psykiatrisk vård säkras.

Det praktiska genomförandet av den nya barnskyddslagen tryggas, liksom det fortsatta utvecklingsarbetet på nationell nivå. Familjevårdslagstiftningen revideras med målet att flytta fokus till familjevård när det gäller vård utom hemmet.

Familjearbetet stärks som en del av stödåtgärderna inom öppenvården i barnskyddet.

## Social- och hälsovårdens serviceinnovationsprojekt

Inom social- och hälsovården genomförs ett serviceinnovationsprojekt som bl.a. siktar på förbättring av medborgarnas initiativförmåga, medverkan och verksamhetsbetingelser, utveckling av arbetsfördelningen, förbättring av verksamhetens och tjänsternas verkningsfullhet och kostnadseffektivitet samt mångsidigare tjänster.

Projektet syftar också till att göra beslutsfattandet och de olika systemen genomskinligare, till en utvärdering av systemet med många finansieringskanaler och till en effektivare styrning. Dessutom utvecklas utnyttjandet av ny teknik samt kommersialiseringen och exporten av service- och teknikinnovationer inom social- och hälsovårdsområdet. I samband med projektet inleds utvecklandet av goda rutiner för tryggande av tjänster för äldre personer på glesbygden. Projektet samlar och utnyttjar kunnandet och resurserna hos de existerande offentliga aktörerna inom branschen.

**Kommentar:** Projektet leds av social- och hälsovårdsministeriet. Till projektledare har man utsett docent Juha Teperi vid Stakes. Stakes har också ett eget innovationsprojekt, som inleddes för ett år sedan.

# REGERINGENS POLITIKPROGRAM

## Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd

Välmående barn och unga är den bästa åldersförsäkringen för ett åldrande Finland. Det lönar sig att investera i barns, ungas och familjers välfärd. Regeringens målsättning är att Finland skall bli mera barnvänligt.

Syftet med politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd är att förebygga och minska illamåendet och marginaliseringen. De flesta riskfaktorer vad gäller tillväxt och utveckling kan upptäckas redan i den tidiga barndomen. Resurser inom olika sektorer anvisas till en sund och trygg utveckling av barn och unga samt till familjers välfärd. Grunden för hälsa och social välfärd skapas redan i barn- och ungdomsåldern.

Genom olika åtgärder stärks den sociala gemenskapen, föräldraskapet samt det gemensamma ansvaret för barns och ungas välfärd. Familjers välfärd stöds genom en förbättring av barnfamiljernas ekonomiska ställning och de tjänster som de erbjuds. De utmaningar som den kulturella mångfalden medför beaktas i tjänsterna för barn, unga och familjer.

Man bör ingripa i barns och familjers problem i ett tidigare skede än för närvarande. Målsättningen är att minska behovet av korrigerande specialtjänster. Ett tidigt ingripande och förebyggande arbete lyfts upp som ett prioriterat område för regeringen. På så sätt minskas på lång sikt även de kostnader som utslagningen orsakar.

Vid främjandet av barns och ungas välfärd behövs flera likriktade åtgärder inom olika förvaltningsområden. Detta förutsätter en bättre samordning och ett bättre samarbete mellan förvaltningsområdena samt lokal utveckling av yrkesövergripande samarbete.

Kunskapsunderlaget för uppföljningen av barns och ungas välfärd utvecklas, prognostiseringen och bedömningen av hur beslut påverkar barnen samt informationen om barnens rättigheter främjas.

Politikprogrammets tväradministrativa bas utgörs av det barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogram som i enlighet med ungdomslagen skall godkännas av statsrådet före utgången av 2007. Politikprogrammet följer och stöder samtidigt genomförandet av detta statsrådets första barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogram under valperioden. Samtliga ministerier deltar i beredningen av utvecklingsprogrammet.

I programmet skall särskild uppmärksamhet fästas bl.a. vid

- en tidig identifiering av hot om att barn och unga marginaliseras och mår dåligt och stöd i samband med detta
- en minskning av behovet att omhänderta barn och unga
- en minskning av hälsoskillnaderna bland barn och unga samt främjande av sunda levnadsvanor och mental hälsa
- förbättrande av barnfamiljernas välfärd, ekonomiska ställning och de tjänster som erbjuds dem
- stöd för föräldraskap och stärkande av den sociala gemenskapen
- utbildning och sysselsättning av unga
- främjande av barns och ungas medborgarfärdigheter, hörandet av barn och unga, fritidsverksamhet för barn och unga och deltagande
- en förbättring av kunskapsunderlaget för uppföljning av barns och ungas levnadsförhållanden, särskilt fattigdom bland barn
- utvecklande av bedömningen av hur beslut påverkar barnen
- information om och främjande av barnens rättigheter.

Projektet leds av direktör Georg-Henrik Wrede i utbildningsministeriet. Det skall förstärkas av fyra arbetsgrupper.

## Politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv

För att trygga finansieringen av den ekonomiska tillväxten, sysselsättningen och välfärdssamhället är det nödvändigt att produktiviteten och arbetslivets kvalitet väsentligt förbättras på de finländska arbetsplatserna under de kommande årtiondena. På grund av förändringarna i åldersstrukturen accentueras produktivitetens betydelse som grund för den ekonomiska tillväxten.

Genom den nya finländska modellen försöker man åstadkomma en bättre växelverkan mellan trygghet och flexibilitet i arbetslivet än för närvarande. En samtidig och balanserad höjning av dessa målsättningar stöder såväl arbetsgivarens som arbetstagarens behov.

Programmet bereds och genomförs i samarbete med arbetsmarknads- och företagarorganisationerna. Genom politikprogrammet säkerställs de olika aktörernas engagemang för gemensamt uppsatta strategiska mål. Vid beredningen beaktas förslaget från arbetsministeriets arbetsgrupp om utveckling av produktivitet och kvalitet i arbetslivet.

I politikprogrammet beaktas arbetet som utförs av den kommitté som har i uppdrag att utreda en sporrande social trygghet. Framför allt förutsätter genomförandet av politikprogrammet främjande åtgärder för att den åldrande arbetskraften skall hållas kvar i arbetet i samband med att en sporrande social trygghet utreds.

I politikprogrammet beaktas även regeringsprogrammets riktlinjer för revidering av arbetskraftspolitiken. Enligt dem ingriper man i arbetslöshet så tidigt som möjligt och förhindrar på så sätt marginalisering. Resurser inriktas på åtgärder som har störst effekt med tanke på sysselsättningen.

Genom politikprogrammet bereds tväradministrativa reformer av policyn samt institutionella förändringar. De centrala riktlinjerna är följande:

- För att öka produktiviteten och stöda sysselsättningsutvecklingen genomförs en omfattande kartläggning av de faktorer som kan utgöra ett hinder för uppkomsten av nya arbetstillfällen och särskilt för anställning av den första arbetstagaren vid ett företag. Likaså kartläggs de faktorer som påverkar de personliga förutsättningarna för sysselsättning. Nödvändiga åtgärder för avhjälpan av dessa hinder vidtas utan att arbetstagarnas trygghet äventyras.
- För att förbättra tillgången på arbetskraft främjas åtgärder som siktar till att förkorta studietiderna, förlänga tiden i arbetslivet, öka den sociala trygghetens effekt när det gäller att sporra till arbete och främja arbetskraftsinvandring. Projekt för att underlätta sammanjämkningen av arbetslivet och familjelivet främjas. Programmet bör finna lösningar för att de anställda skall orka i arbetet och för att förbättra arbetstrivseln.
- Utbudet på utbildningsplatser anpassas till efterfrågan på arbetskraft. En utredning över de branscher som lider av brist på yrkeskunnig arbetskraft inleds och försöken att underlätta situationen stöds i form av ett gemensamt projekt mellan olika aktörer. Prognostiseringen av arbetskraftsbehovet samt prognostiseringens inverkan på utbildningen ökas och effektiviseras.
- I de kontinuerligt föränderliga förhållandena försöker man lösa de matchningsproblem som äventyrar arbetsmarknadens funktion och som beror på regional inkongruens eller inkongruens mellan arbetets kompetenskrav och arbetstagarens yrkeskunskap. Den yrkesmässiga och regionala rörligheten ökas. Läroavtalsutbildningen, den kompletterande utbildningen och den examensinriktade fortbildningen (inklusive högskolor) utvidgas och görs smidigare.

- Ett fast arbetsförhållande är fortfarande en viktig garanti för arbetstagarens trygghet och arbetets produktivitet. Nya verksamhetsmetoder förutsätter dock flexibilitet av arbetsmarknaden. Målet är att finna en balans mellan företagens verksamhetsförutsättningar, olika anställningsformer och arbetstagarens trygghet. Samtidigt bör man finna metoder för att förbättra ställningen för arbetstagare i atypiska arbetsförhållanden.
- Politikprogrammet stöder även de olika förvaltningsområdenas åtgärder för att öka viljan att bli företagare och avlägsna hindren för företagstillväxt. Utbildning i företagande främjas, beskattningens sporrande effekt ökas och företagarnas sociala trygghet utvecklas. Dessutom görs satsningar på ledning och affärskompetens som stöder innovationsförmågan.

Projektet leds av programdirektör Rauno Vanhanen i Handels- och industriministeriet.

## Politikprogrammet för hälsofrämjande

Hälsan hör till människans viktigaste värden. Den är även en konkurrensfaktor när det gäller Finlands framgång, eftersom folkhälsan är en viktig grundsten för ekonomisk, social och mänsklig utveckling.

Den förväntade livstiden har under de trettio senaste åren ökat med drygt sju år för kvinnor och nästan nio år för män. Trots denna positiva utveckling har vi fortfarande hälsoproblem i vårt land, och vissa av dem håller till och med på att förvärras. Även skillnaderna i hälsotillstånd mellan olika befolkningsgrupper har ökat.

Under den senaste tiden har den kraftiga ökningen av hälsoproblem som orsakas av övervikt och alkoholmissbruk gett anledning till särskild oro. Framför allt när det gäller övervikt kan motsvarande utveckling även tydligt ses hos barnen, liksom även en försämrad fysisk kondition. De psykiska problemen är den största orsaken till arbetsförmåga. Ett växande problem är även olika symptom och sjukdomar som orsakas av mögel.

Förutom att människans livskvalitet försämras medför hälsoproblemen betydande kostnader för samhället. En avsevärd del av problemen och sjukdomarna kan förebyggas med hjälp av hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Befolkningsstrukturen i vårt land kommer under de närmaste decennierna att förändras betydligt då de stora åldersgrupperna går i pension. Med tanke på samhällets funktion är det därför avgörande att de som nu är barn och unga växer upp till friska och välmående vuxna och att befolkningen i arbetsför ålder känner att den är arbetsförmögen och vill stanna i arbetslivet längre än för närvarande. Lika viktigt är att de som gått i pension och står i beredskap att gå i pension bibehåller en självständig funktionsförmåga så länge som möjligt. Genom hälsofrämjande och förebyggande arbete kan man uppnå många fördelar även ur denna synvinkel såväl på samhällelig nivå som på individnivå.

Målen för politikprogrammet för hälsofrämjande är ett bättre hälsotillstånd för befolkningen och minskade hälsoskillnader. Politikprogrammet ger en möjlighet att i enlighet med tänkesättet ”hälsa inom alla politikområden”, som inom EU fått mycket positiv offentlighet, stärka och komplettera det redan pågående utvecklingsarbetet över de traditionella gränserna mellan förvaltningssektorerna. Politikprogrammet ger en möjlighet att fortsätta utvecklingen av det hälsofrämjande och förebyggande arbete som var ett mål i det nationella hälsoprojektet, men som hamnat i bakgrunden.

I programmet skall uppmärksamhet fästas bland annat vid främjande av strukturerna för hälsofrämjande och utveckling av den lagstiftning som tryggar dem, främjande av barns och ungas hälsa och välfärd, arbets- och funktionsförmågan samt arbetstrivseln hos dem som är i arbetsför ålder, främjande av hälsan och funktionsförmågan hos de äldre, ansvars- och resursfördelningen

för hälsofrämjande och förebyggande arbete, idrottens och kulturens betydelse som förutsättning för välfärd samt en hälsosam fysisk miljö.

Projektet leds av projektdirektör Maija Perho i social- och hälsovårdsministeriet.

# KOMMUN- OCH SERVICESTRUKTURREFORMEN

RIITTA HAVERINEN och MAUNO KONTTINEN

Våren 2005 inledde statsrådet Strukturprojektet för förnyelse av kommun- och servicestrukturen. Reformen syftar till att invånarna även i framtiden ska ha tillgång till de välfärdstjänster som kommunerna ansvarar för. Kommunstrukturen ska vara livskraftig, fungerande och enhetlig.

Ramlagen om kommun- och servicestrukturen trädde i kraft i februari 2007 och gäller till utgången av 2012.

I ramlagen ingår flera skyldigheter för kommunerna. Kommunerna gjorde före slutet av augusti 2007 utredningar om samarbetet och genomförandeplaner, som anger hur servicen ska tillhandahållas. Kommunerna kan samarbeta antingen genom att gå samman eller genom att bilda samarbetsområden. Huvudstadsregionen och 16 stadsregioner ska utarbeta planer för regionalt samarbete.

Ramlagen ger, som namnet säger, ramarna för kommun- och servicestrukturen. Ramarna lägger grunden till en kommunstruktur som stärker de regionala särdragen. Kommunerna har goda möjligheter att utveckla sätten att tillhandahålla och organisera servicen.

Kommun- och servicestrukturen är den största reformen av kommunernas förvaltning och tjänster i Finlands historia. Kommunerna genomför reformen i samarbete med staten före utgången av 2012. Reformen stärker kommun- och servicestrukturen, utvecklar sätten att producera och organisera servicen, förnyar kommunernas finansierings- och statsandelssystem samt ser över uppgiftsfördelningen mellan kommunerna och staten så att det finns en stark strukturell och ekonomisk grund för ordnandet och produktionen av den service som kommunerna ansvarar för samt för kommunernas utveckling under de kommande årtiondena.

## Socialtjänster i kommun- och servicestrukturen

Hälso- och sjukvården är den viktigaste orsaken till kommun- och servicestrukturen. Hälsocentralerna har sina rötter i slutet av 1960-talet och de administrativa och fysiska strukturerna kommer huvudsakligen från 1970-talet. Efter det har det finländska samhället förändrats kraftigt.

Det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet skapade ramar för framtidens hälso- och sjukvård och satte som mål att hälsocentralernas befolkningsunderlag skulle vara minst 20 000–30 000 invånare. På grund av krav som ansluter sig till kundperspektiv, funktioner och tjänsternas användbarhet utvidgas tjänsterna och många av organisationerna till att omfatta hela regionen, och då kan befolkningsunderlaget vara avsevärt större – i vissa fall hela landskapet eller sjukvårdsdistriktet. År 2006 hade vi totalt 249 hälsocentraler, varav 64 hade ett större befolkningsunderlag än den fastställda nedre gränsen på 20 000. I framtiden kommer en dryg fjärdedel av hälsocentralerna att vara administrativt självständiga. På en del områden sammanförs hela hälso- och sjukvården i sjukvårdsdistriktet i en organisation, såsom redan har skett. På så sätt minskas onödiga hinder och arbetsuppgifter och onödig administration.

Den kommunala specialiserade sjukvården genomförde sin strukturreform i samband med upprättandet av sjukvårdsdistriktet. Av närmare 100 sjukhuskommunalförbund bildades 20 sjukvårdsdistrikt. Efter upprättandet av sjukvårdsdistriktet (1991) har strukturreformer genomförts och genomförs fortfarande. Så sent som i fjol lämnades två relativt stora sjukhus utanför sjukvårdsdistriktets verksamhetsområde. Sammanlagt har drygt 30 sjukhus överförts till annat bruk. Stödtjänster har lagts om, omvandlats till affärsverk och bolagiserats. Samarbetet

över distriktsgränserna och tjänsteutbudet har ökats och ökar fortfarande. I framtiden ordnas en del av den specialiserade sjukvården till exempel för hela Östra Finland eller hela Norra Finland. Samma modeller och strukturer lämpar sig inte för hela landet.

En strukturreform utgör en början på interna och produktionsmässiga reformer. Resultaten är inte klara och tillämpbara direkt följande år. Till exempel landskapsförsöket i Kajanaland har utsatts alldeles för stora förändringskrav alltför snabbt. Resultat ses senare när den externa evalueringen har genomförts.

Hälsofrämjandet är högt uppe i den politiska agendan. Den behöver en starkare ställning och starkare aktörer och evidensbaserade metoder. Vi behöver kunskap vilka interventioner är effektiva. Kunskapsbasen behövs utveckling och välfärden i alla politiker skall stärkas. Välfärden och hälsan är inte bara social- och hälsovårdens sak. Det behövs bättre kunskap om hur förebyggandet av sjukdomar och upprätthållandet av hälsan skall organiseras på ett effektivt sätt? Det koncept som tillämpats hittills räcker inte. Tiden för retoriken är över, nu behövs resultat.

## Närservice tryggas genom reformer

Det bästa sättet för kommunerna att trygga viktig närservice för invånarna är att införa nya metoder för tillhandahållande och produktion. Kommun- och servicestrukturreformen kan rentav förbättra tillgången till service, även om ansvaret för tillhandahållandet delvis överförs till större kommuner och samkommuner.

Förvaltningen av när servicen och ansvaret för tillhandahållandet kan överlåtas till en samkommun, även om tjänsterna kan tillhandahållas i invånarnas närmiljö. I praktiken kommer också närtjänsterna till största delen att tillhandahållas av en kommun eller en samkommun med minst 20 000 invånare. I egenskap av tillhandahållare sköter kommunen till exempel uppgifter i anknäytning till myndighetsbeslut och finansiering.

Närservice anlitas av invånarna upprepade gånger, rentav dagligen. Den tillhandahålls i kommuninvånarnas närmiljö eller i deras hem. Vissa tjänster som behövs mera sällan kan ändå med fördel koncentreras till exempel till stadscentrum eller centralorten i landskapet. Tjänster som förutsätter ett bredare befolkningsunderlag är sådana som kräver specialkompetens, särskild apparatur eller mångprofessionella arbetsgrupper.

Till när servicen räknas till exempel barndagvård, hemservice, sjukskötares eller hälsovårdarens mottagning och telefonservice samt grundläggande utbildning. Till de tjänster som kräver ett brett befolkningsunderlag hör jour och slutna vård inom den specialiserade sjukvården, socialjour, och även professionella teatrar och symfoniorkestrarnas konserter.

Kommunerna kan förnya när servicen genom att utveckla servicekoncept som överskrider de traditionella förvaltningsgränserna och erbjuda service i samarbete med till exempel församlingar, föreningar och andra serviceproducenter. Kommunerna kan också köpa tjänster av företag och andra organisationer, använda ny teknik eller samservicekoncept, stärka personalen kompetens och ändra arbetsfördelningen.

Enligt lagen om en kommun- och servicestrukturreformen i en kommun eller inom ett samarbetsområde som sköter primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården skall det finnas åtminstone ungefär 20 000 invånare.

En kommun eller ett samarbetsområde som har tillstånd att ordna grundläggande yrkesutbildning enligt lagen om yrkesutbildning (630/1998) skall åtminstone ha ungefär 50 000 invånare.



## Utvecklande av informationssystemen och samservicen

Staten och kommunerna utarbetar gemensamma standarder för att säkerställa att datasystemen är interoperabla och främjar tillsammans ibruktagandet av nya informationsförvaltningssystem och sätt att genomföra informationsförvaltningen samt elektroniska tjänster.

Staten och kommunerna utvecklar och tar i bruk en samservicemodell som överskrider gränserna mellan organisationer och förvaltningsområden och som utnyttjar informations- och kommunikationstekniska lösningar.

Enligt lagen om ändring av kommunindelningen innebär ändringen att en ny kommun bildas eller att antalet kommuner minskar, skall berörda kommuner avtala om hur förvaltningen och servicen skall ordnas på det område som ändringen gäller.

## Kommunernas och regionernas planer bedöms i september 2007

Kommunerna och samarbetsområdena har överlämnat de nya planerna om organisation av förvaltning och verksamhet till finansministeriet i slutet av augusti 2007. Planerna har bedömts preliminärt inom ramen för en snabb tidsplan och helheten skall diskuteras 9.-10.10.2007 i seminariet. Bedömningen görs av social- och hälsovårdsministeriet, Stakes och Kommunförbundet.

Efter denna bedömning börjar en mer långsam och djupgående bedömningsprocess, som räcker ett par år. I processen bedöms på ett mångsidigt och övergripande sätt reformens långtidseffekter inom organisation, förvaltning och ekonomi samt ur kommuninvånarens och tjänste-användarens perspektiv. Enligt planerna förenas tiotals kommuner till större enheter.

# ÖVERGRIPANDE HORISONTELLA HELHETER I STAKES (2007–2015)

I de horisontella projekten är följande kriterier centrala:

- I projekten förenas informationsresurser, forskning, utveckling och implementering.
- I projekten överskrids organisationsgränser och sammanförs kunnande inom olika resultat-områden och grupper.
- Projekten har en stor extern efterfrågan.
- Projekten ska vara förankrade i verksamhetsförutsättningarnas förändring, som definieras i strategin, och genomföra prioriteringsriktlinjer och verksamhetstyngdpunkter.
- Projekten ska skapa ett vägledande informationsunderlag, god praxis och nya innovationer inom den sociala sektorn och hälso- och sjukvårdssektorn.

## Stakes horisontella projektpaket:

### SERVICYSYSTEM

1. Framtidens servicesystem (hållbarhet)  
Konttinen
2. Servicekoncept för barn och familjer (befolkningsstruktur)  
Haverinen, Junnila
3. Äldreomsorgens nya servicekoncept (befolkningsstruktur)  
Heikkilä

### EXPERTSYSTEM

4. Expertsystem för att följa kostnader/effekter, samt benchmarkingens stöd (effekter, informationsunderlag)  
Junnila, Keskimäki
5. Sociala sektorns och hälso- och sjukvårdssektorns personalfrågor (befolkningsstruktur)  
Taipale

### INNOVATIONSFÖRMÅGA

6. Utveckling av innovationsprocessen (innovationsförmåga)  
Simpura

### STYRMETODER

7. Servicesystemets kvalitetsledning (effekter)

### GLOBALISERING OCH HÅLLBAR UTVECKLING

Vappu Taipale

## Exempel från Stakes horisontella projekt

### *Det horisontella projektet Servicekoncept för äldre*

Syftet med att utveckla nya servicekoncept är att **servicen för äldre ska utgöra i kommunerna en förståndig och ekonomiskt hållbar helhet, som uppfyller de äldres behov och har rätt fokusering. Dess tyngdpunkt ligger klart och tydligt på service som främjar välfärd och hälsa samt stöder boende hemma.** En del av servicen är närservice, medan en del av den service som kräver särskild

expertis anordnas regionalt. Servicen omfattar socialvårdens och hälso- och sjukvårdens bas- och specialservice. Denna utgörs av en helhet av servicemodeller och metoder som är till nytta för äldre klienter/patienter. Planeringen och genomförandet styrs av information som bygger på forskning eller utvärderad god praxis.

När nya koncept utvecklas är en av utgångspunkterna synen på ett målinriktat servicesystem och på gradering av servicen såväl när det gäller lokal närservice som service som kräver ett stort befolkningsunderlag. I utvecklingsarbetet utnyttjas vid evidensbaserat beslutsfattande de riktlinjer som presenteras i Stakes expertuttalande, pågående forsknings- och utvecklingsprojekts resultat samt kunskaper om befintlig god praxis.

Skapandet av servicekoncept kräver att Stakes intensifierar sitt interna samarbete och samarbetar med andra centrala toppexperter och aktörer inom sektorn. Dessa är bland annat ministerierna, Finlands Kommunförbund, universiteten och de andra forskningsinstituten (t.ex. Folkhälsoinstitutet, Arbetshälsoinstitutet), finansierarna, kompetenscentrumen inom det sociala området samt den sociala sektorns regionala utvecklingsenheter, organisationer och företag (t.ex. FWBC). Ett naturligt samarbete skapas också genom Stakes regionala enheter samt avgiftsbelagda och samfinansierade projekt.

Före slutet av 2009 kommer man genom forskning, utveckling och olika verkstäder (framtidswerkstäder och temainriktade verkstäder) att ha utarbetat följande fyra koncept/modeller:

- i. koncept för förebyggande service
- ii. koncept för multiservicecenter
- iii. koncept för vårdhem
- iv. koncept för fungerande servicekedjor.

Koncepten har testats och delvis utvärderats (utvärderingen fortsätter 2010). I anslutning till varje koncept/modell uppstår också god praxis att spridas vidare.

I slutet av 2009 är koncepten välkända och kommunerna har tagit/håller på att ta dem i bruk.

### *Det horisontella projektet Servicekoncept för barn, ungdomar och barnfamiljer*

**Utgångspunkten** för det horisontella projektet är att utveckla Stakes interna arbetspraxis, så att den stöder utvecklingen av kommunservicen. Målet är att stödja anordnandet av kommunernas/samkommunernas service samt utvecklingen av servicens strukturer och innehåll med utgångspunkt i barns, ungdomars och barnfamiljers välfärdsbehov.

*Det horisontella projektets mål är att komprimera och sammanfatta samt delvis skapa till kommunernas och samkommunernas förfogande fungerande modeller (servicekoncept) för anordnande av service för barn, ungdomar och barnfamiljer och modeller för servicens strukturer, verksamhetspraxis och innehåll. Servicekoncepten ska kunna tillämpas på olika typer av kommunstrukturer och samverkansmodeller. Välfärdsstödet och servicen ska utgå från kommuninvånarnas behov och kunna förenas på ett ändamålsenligt sätt, vara meningsfulla och tillgängliga ur klientsynvinkel.*

### *Servicepaketet för barn, ungdomar och barnfamiljer*

Serviceutvecklingen bygger på ett system där servicen för barn, ungdomar och barnfamiljer erbjuds som närservice eller regional service beroende på hur omfattade konsumtionen av den är och om servicen förutsätter särskild expertis. Syftet är att hitta modellernas så kallade generativa kärna, dvs. allmängiltiga grundvillkor och förutsättningar. Dessa söks genom att analysera modellerna och utveckla dem vidare.

Servicepaketet omfattar barns, ungdomars och barnfamiljers utvecklingsmiljö, och systemet för vårdtjänster inbegriper *service som sträcker sig från välfärdsstöd till specialservice*. Befintliga serviceformer som granskas är bl.a. arbete på rådgivningsbyråer, öppen sjukvård och specialiserad sjukvård, specialservice (t.ex. ergoterapi, talterapi), munhälsa, hemvårds- och familjearbete, småbarnsfostran, skol- och studenthälsovård, sexuell hälsa, barnskydd, socialt arbete, psykisk hälsa, alkohol- och narkotikaarbete samt handikappservice. När det gäller anordnande av servicen granskas *ledning, serviceinnehåll, verksamhetspraxis, verksamhetsprocesser samt uppföljning och utvärdering av genomförandet*.

*Forskning och utveckling är en oskiljbar del* av utvecklingen av servicepaketet. Utgångspunkten och ett genomgående mål är *klientinriktning* och att stärka klienternas delaktighet. Utvecklingsprocesserna inbegriper *utvärdering av kvaliteten och effekterna* och slutprodukten är definition (produktifiering) av serviceprodukterna och servicen.

Servicepaketet och servicekoncepten för barn, ungdomar och barnfamiljer

Det grundläggande syftet med utvecklingsarbetet är att befolkningens *välfärd och hälsa ska förbättras*. Detta mål försöker man nå genom ett fungerande servicepaket, i vilket sättet att anordna service beskrivs genom ett servicekoncept, som här kallas för *servicekonceptet för främjande av barn- och familjeinriktad välfärd och hälsa (nedan LaNuPe-servicekonceptet)*. En utveckling av servicekonceptet kräver parallell utveckling av informationsproduktionen och ledningens informationssystem liksom verksamhetspraxisen, samt att det skapas klarhet i servicestrukturer och ledningen.

## År 2009

Före utgången av 2009 har man genom forskning, utveckling, seminarier, samarbetsforum och konsultation skapat för barn- och familjeservicen

- ett gemensamt LaNuPe-servicekoncept i samarbete med sektorns centrala aktörer.
- Diskussionsunderlag III (även i elektronisk form), i vilket man presenterar servicekoncepten för barn, ungdomar och barnfamiljer.
  - o Beskrivningar av servicekoncepten och analyser av deras genomförbarhet.
  - o Beskrivningar av organiseringsmodeller, som prövats i några kommuner och utvärderats i fråga om deras funktion och tillämpningar.
  - o Beskrivningar av några former av god praxis att spridas vidare.

# PARTNERSKAPET FÖR UTVECKLING AV LÅNGTIDSARBETS- LÖSAS HÄLSOVÅRD

## Stakes projekt:

I statens budget 2007 har det för (1) långtidsarbetslösas hälsovårdstjänster reserverats 2,0 miljoner euro i ökad statsandelsfinansiering för kommuner, och om användningen av denna har social- och hälsovårdsministeriet skickat ett brev, daterat den 14 mars 2007, till kommunerna, samkommunerna och servicecentren för arbetskraft. I budgeten ingår också (2) ett reservationsanslag som uppgår till 1,5 miljoner euro, avsett som projektfinsiering för utveckling av god praxis inom långtidsarbetslösas hälsovård. För ändamålsenlig fokusering och användning av detta bildas ett riksomfattande utvecklingspartnerskap för perioden 15.8.2007–30.4.2009.

## Bildande av utvecklingspartnerskap

Partnerskapet för utveckling av långtidsarbetslösas hälsovård bildas av lokala aktiva delprojekt och aktiva delprojekt inom de ekonomiska regionerna för vilka statsbidrag beviljas enligt ansökan, samt å andra sidan av ett riksomfattande utvecklingsnätverk till vilket alla organisationer som anmäler sig godkänns som medlemmar. Nätverksmedlemmarna får med regelbundna intervall information om hur det nationella projektet framskrider och om god praxis som börjar tillämpas på olika håll för utveckling av långtidsarbetslösas hälsovård, rehabiliteringssamarbete, funktions- och arbetsförmåga samt aktiveringsutveckling. Nätverksmedlemmarna kan också delta i utvecklingspartnerskapets nationella och regionala arbetsmöten och seminarier. De aktiva delprojekten (17) genomförs i samarbete med kommunerna, samkommunerna och servicecentren för arbetskraft (TYP) samt andra parter.

## Strategiska tyngdpunkter i utvecklingspartnerskapet

Utveckling av hälsovårdspraxis för långtidsarbetslösa och ordnande av hälsovårds- och rehabiliteringstjänster för långtidsarbetslösa är en nationell utvecklingsprocess i vilken man vill inkludera lokala delprojekt och delprojekt inom de ekonomiska regionerna i landet vilka tillämpar olika verksamhetsmodeller. Av delprojekten bildas ett gemensamt utvecklingspartnerskap. Projekthelheten koordineras interaktivt i öppet samarbete genom att bilda nätverk och lära sig tillsammans. Målet är att bilda en gemensam uppfattning om bra metoder för bedömning av långtidsarbetslösas hälsotillstånd och arbets- och funktionsförmåga samt av annan hälsovårds- och rehabiliteringspraxis som stöder långtidsarbetslösas livskontroll och övriga sysselsättningsförutsättningar.

Målet är att skapa sådana verksamhetsmodeller och åtgärdshelheter som ger stöd för att stärka långtidsarbetslösas hälsotillstånd, funktions- och arbetsförmåga samt livskontroll och utveckla sysselsättningsförutsättningarna. I projektet utvecklas praxis för bedömning av arbets- och funktionsförmågan parallellt med diagnostiken för arbetslösas sjukdomar och hälsovårdsåtgärderna som riktas till dessa. Kvaliteten på utlåtandena om arbetsförmågan förbättras när en pensionslösning bedöms som nödvändig. Man har också för avsikt att utveckla beskrivnings- och mätmetoder för bedömning av arbets- och funktionsförmåga för att kunna förenhetliga bedömningspraxis på riksnivå.

Utgångspunkten för utvecklingsverksamheten är att arbetslösa personer deltar i beredning och genomförande av service och rehabiliteringsplaner som berör dem själva.

**Kontaktinformation:**

Leini Sinervo

Projektchef

tfn +358 9 3967 2608

mobil +358 40 595 0044

förnamn.efternamn@stakes.fi

# HOT – VÅRDBRANSCHENS ASSISTENTUPPGIFTER TILL ARBETSPLATSER

## Stakes projekt:

HOT-projektet understöder skapandet av nya sociala företag, som producerar välfärdstjänster för den äldre befolkningen. Målsättningen är att skapa ett mångsidigt serviceutbud, samtidigt som man skapar arbetsplatser för handikappade och personer i svår ställning på arbetsmarknaden.

## Vad är ett socialt företag?

Verksamheten i ett socialt företag baserar sig på såväl normal företagsverksamhet som etiskt ansvar. Minst 30 procent av arbetstagarna i ett socialt företag är handikappade och svårsysselsatta. Alla arbetstagare får normal arbetsavtalsenlig lön. Sociala företag kan verka inom vilken verksamhetsbransch som helst.

Lagen om sociala företag trädde i kraft 2004. Målet är pålitlig och lönsam företagsverksamhet. I stället för effektivitetstänkande betonas helhetsekonomiska perspektiv. Samhället får på sikt nyttoeffekter i form av såväl offentliga inbesparingar som förbättrad individuell livskvalitet och välfärd.

## Sociala företag inom vård- och välfärdssektorn?

Nya lösningar behövs för att säkerställa en tillräcklig servicenivå, med tanke på den åldrande befolkningen och den relativt sett krympande andelen arbetskraft. Inom HOT-projektet grundas och utvecklas de första sociala företag som verkar inom social- och hälsovården.

## Vad är HOT?

HOT är ett utvecklingsprojekt för sociala företag inom vård- och välfärdsbranschen. Projektet koordineras av Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes). Det genomförs under åren 2005–2007, och är en del av Equal-programmet som finansieras av Europeiska socialfonden.

Målsättningar inom HOT-projektet:

- Grunda nya sociala företag inom vård- och välfärdsbranschen, samt inom äldreomsorgen.
- Understöda utvecklingen av de sociala företagen samt deras verksamhetsförutsättningar.
- Främja sysselsättningen av handikappade och långtidsarbetslösa personer.
- Förhindra utmattning i arbetet inom yrkeskåren genom att flytta över produktionen av de assisterande uppgifterna till sociala företag.
- Utveckla servicesystemet så att de sociala företagen är en verksam del av servicekedjan.
- Sammanställa etiska verksamhetsprinciper som styr de sociala företagen inom vård- och välfärdsbranschen. Kartlägga attityderna till socialt företagande
- Öka kännedomen om sociala företag, utarbeta rekommendationer för att förbättra deras verksamhetsförutsättningar samt utveckla den nuvarande lagstiftningen.
- Jämföra och kartlägga goda europeiska verksamhetsprinciper genom internationellt samarbete.

Projektpartner:

- Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes)
- Esbo stad/Espoon Diakoniasäätiö
- Helsingfors stad
- Uleåborgs stad
- Åbo stad
- Östra Finlands Kompetenscentrum (ISO)
- Laurea yrkeshögskola

HOT-projektet deltar i det internationella S.E.E.N (Social Economy Exchange Network)-partnerskapet. De övriga deltagarna kommer från Italien, Polen och Skottland.

HOT-projektet

Utvecklingschef Eveliina Pöyhönen

Postadress

Stakes

PB 220

00531 Helsingfors

Besöksadress

Fågelviksgränden 4

00530 Helsingfors

Ytterligare information: [www.hothanke.fi/swe/index.htm](http://www.hothanke.fi/swe/index.htm)



# Sammandrag av några böcker som utgivits 2006–2007 av Stakes

## STATISTISK ÅRSBOK OM SOCIALVÅRD OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD 2006

Stakes, Finlands officiella statistik, Socialskydd

### Till läsaren

Statistisk årsbok om socialvård och hälso- och sjukvård 2006 är en handbok, som innehåller de viktigaste statistiska uppgifterna om Finlands social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt deras personal och kostnader. Därutöver innehåller årsboken uppgifter om reproduktiv hälsa, alkohol och narkotika samt utkomststöd. Uppgifterna presenteras ur de olika klientgruppernas synvinkel och som så långa, jämförbara tidsserier som möjligt. Uppgifterna har huvudsakligen tagits ur Stakes statistik och register. Årsboken inleds med en kortfattad allmänöversikt över utvecklingen inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Denna årsbok är rätt annorlunda jämfört med de tidigare årsböckerna. Stakes statistikexperter har gjort en grundlig genomgång av tabellerna och särskilt tabellerna över hälso- och sjukvård och personal är helt omarbetade. I vissa fall har även definitionerna ändrats. Därför har också tidigare publicerade tidsserier förändrats. Omarbetningen bygger på en enkät bland läsarna av årsboken.

Årsbokens statistikområden presenteras mer detaljerat i sina respektive FOS-publikationer. Statistisk årsbok om alkohol och narkotika, Äldreomsorgen samt Privat serviceproduktion inom socialvården och hälso- och sjukvården är temapublikationer som utkommer regelbundet. Årligen utkommer dessutom ett statistikmeddelande om vart och ett av Stakes statistikområden. Statistikmeddelandena är gratis och kan skrivas ut från Stakes webbplats (<http://www.stakes.fi/SV/tilastot>). På webbplatsen finns också mer detaljerad information om Stakes statistik och statistikmeddelanden.

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

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

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

## STATISTISK ÅRSBOK OM ALKOHOL OCH NARKOTIKA 2006

Stakes, Finlands officiella statistik, Socialskydd 2006

Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2006 är ett allmänt verk om alkohol och narkotika och innehåller de viktigaste statistikuppgifterna om alkohol- och narkotikasituationen i Finland samt ger en helhetsbild av hur den utvecklas. Dessutom innehåller årsboken uppgifter om bruket av alkohol och narkotika i andra länder.

Statistisk årsbok om alkohol och narkotika utkommer för nionde gången. För alkoholstatistikens del är den en fortsättning på den alkoholstatistiska årsbok (Alkoholitilastollinen vuosikirja) som Alko gav ut från och med 1932, vilket gör det möjligt att följa alkoholsituationens utveckling genom långa jämförbara tidsserier ända sedan 1930-talet. År 1995 utvidgades årsbokens innehåll till att även omfatta narkotika och läkemedel som intagits i berusningssyfte. Årsboken utgör ett viktigt informationsunderlag för alkoholpolitiskt beslutsfattande och för utvärdering av alkoholsituationen liksom även för uppföljning av narkotikasituationens utveckling och för kartläggning av den övergripande alkohol- och narkotikasituationen i Finland.

Statistisk årsbok om alkohol och narkotika är resultatet av samarbete mellan Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) och Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV). Ansvariga redaktörer för årsboken är specialplanerare Kristiina Kuussaari och planerare Sirpa Virtanen (Stakes) samt chefen för dataförvaltningsenheten Lennart Wahlfors (STTV). Specialplanerare Merja Hietala (STTV), specialforskare Esa Österberg, specialplanerare Sanna Rönkä, planerare Anna Heino och Jouni Vihmo och ADB-planerare Raili Lindgren (Stakes) har deltagit i utarbetandet av årsboken.

## PRIVAT SERVICEPRODUKTION INOM SOCIALVÅRDEN OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN 2004

Stakes, Finlands officiella statistik, Socialskydd 2007

### Sammandrag

Under de senaste tio åren har privata företag och organisationer producerat allt fler sociala tjänster och hälso- och sjukvårdstjänster. Samtidigt har också behovet av tillförlitlig och aktuell information om dessa tjänster vuxit. Stakes har publicerat rapporten Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa (Privat serviceproduktion inom socialvården och hälso- och sjukvården) två gånger tidigare, nämligen åren 2003 och 2005. Rapporten var från första början ett samarbetsprojekt mellan de viktigaste registerförarna och användargrupperna samt företrädarna för serviceproducenterna.

Rapporten innehåller centrala statistiska uppgifter om sociala tjänster och hälso- och sjukvård som företag och organisationer producerar. Man redovisar en hur stor del av de sociala tjänsterna och hälso- och sjukvården som de privata serviceproducenterna producerar och hur stor volymen av deras serviceproduktion är. Vid sidan av hela den privata sektorn redovisas dessutom separat organisationernas och företagens andelar och deras särdrag som serviceproducenter. Även den privata serviceproduktionens penningströmmar beskrivs: vilka är de som köper tjänster av producenterna, vilka stöd och bidrag beviljas den privata serviceproduktionen samt hur understöds köp av privata tjänster.

Bäst kan den privata sektorns andel av hela sektorn av sociala tjänster och hälso- och sjukvård beräknas utifrån personalstorleken och kostnaderna. Bägge har sina specifika osäkerhetsfaktorer. Därför används båda uppgifterna för att beräkna den privata sektorns andel. De privata serviceproducenternas andel av de totala kostnaderna för serviceproduktionen var jämnt 24 procent år 2004. Av personalen var den 21,9 procent. Av de sociala tjänsterna var den privata produktionens andel 26,0 procent av kostnaderna och 26,7 procent av personalen. Den privata sektorns andel av hälso- och sjukvården var 22,7 procent av kostnaderna och 17,2 procent av personalen. Om man utgår från kostnaderna var organisationernas andel av de sociala tjänsterna 17,4 procent och företagens 8,6 procent. Samma andelar beräknade enligt personalstorleken var 19,0 respektive 7,7 procent. Inom hälso- och sjukvården var organisationernas andel av kostnaderna 4,3 procent och företagens 18,4 procent. De motsvarande personalandelarna var 4,7 respektive 12,6 procent.

Med personalstorleken som utgångspunkt var den privata serviceproduktionens andel av de sociala tjänsterna störst i Kajaland, Nyland och Kymmenedalen, där över 30 procent av de sociala tjänsternas arbetskraft var anställd i organisationer eller företag år 2004. Även i Södra Savolax och i Södra och Norra Karelen var andelen större än i hela landet i snitt (26,7 procent). De minsta andelarna hade Åland, Österbotten och Mellersta Österbotten, där under 19 procent av de sociala tjänsternas personal arbetade i den privata sektorn. Organisationernas andel av arbetskraften var klart störst i Kymmenedalen och Nyland och klart minst på Åland. Företagens andel var störst i Södra Karelen, Kajaland, Norra Karelen, Norra Savolax och Norra Österbotten, där andelen var över 10 procent. De minsta andelarna hade Åland, Norra och Mellersta Österbotten och Birkaland, där företagens andel var under 5 procent.

I hälso- och sjukvården var den privata serviceproduktionens andel av personalen klart störst i Nyland, där 23,5 procent av hälso- och sjukvårdens arbetskraft var anställd i organisationer eller företag år 2004. Med undantag av Åland var den privata sektorns andel i de övriga landskapen relativt oförändrad och varierade mellan 11 och 19 procent. Organisationernas andel av arbetskraften var klart mest ojämnt fördelad runt om i landet. Närmast de stora sjukhusen höjer organisationernas andel av hälso- och sjukvården till den klart största i Päijänne-Tavastland och Södra Savolax, där över 7 procent av hälso- och sjukvårdspersonalen var anställd vid organisationer. I nästan hälften av landskapen var denna andel under 3 procent.

Företagens andel av hälso- och sjukvården var störst i Östra Nyland, Nyland och Egentliga Finland, där företagens andel var över 15 procent. Med undantag av Södra Savolax var de övriga landskapens andelar ungefär jämnstora. I Östra Nyland var den privata sektorns andel stor huvudsakligen på grund av att den hör till samma sjukvårdsdistrikt som landskapet Nyland, och största delen av sjukhusen i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt finns i landskapet Nyland.

Utvecklingen av den privata sektorns andel kan beskrivas endast på grundval av personalstorleken. De privata serviceproducenternas andel ökade redan under första hälften av 1990-talet, men snabbast har tillväxten varit efter 1995 och särskilt inom de sociala tjänsterna. Företagens och organisationernas andel av de sociala tjänsterna har ökat klart också på 2000-talet. Inom hälso- och sjukvården har företagens andel har visserligen ökat och organisationernas andel minskat lite.

År 1990 arbetade 12,1 procent av de sociala tjänsternas personal i den privata sektorn. År 1995 var andelen bara omkring 1 procentenhet större, dvs. 13,4 procent, men den ökade sedan under andra hälften av 1990-talet och var redan nästan 21 procent år 2000. Den privata sektorns andel fortsatte att öka också under perioden 2000–2004. Av hälso- och sjukvårdspersonalen arbetade 14,3 procent år 1990, 14,8 procent år 1995 och 16,6 procent år 2000 i den privata sektorn. Åren 2000–2004 ökade den privata sektorns andel av hälso- och sjukvården, så att den var lite över 17 procent år 2004.

Såväl 1990 som 1995 var organisationernas andel av de sociala tjänsterna knappt 12 procent. Sedan dess har deras andel ökat. Vid övergången till det nya årtusendet var organisationernas andel 16 procent och år 2004 var den redan jämnt 19 procent. År 1990 var företagens andel av de sociala tjänsterna 0,5 procent och ännu år 1995 bara något större, nämligen 1,6 procent. År 2000 hade den däremot redan ökat till 4,5 procent. Tillväxten fortsatte så att företagens andel av de sociala tjänsterna var redan nästan 8 procent 2004.

Inom hälso- och sjukvården förblev organisationernas andel oförändrad under hela perioden 1990–2004, nämligen cirka 5 procent. Åren 1990 och 1995 var företagens andel drygt 9 procent, men den ökade under andra hälften av 1990-talet. År 2000 var företagens andel över 11 procent och år 2004 nästan 13 procent.

Andelen av hela serviceproduktionen visar inte i sig omfattningen och utvecklingen av den privata serviceproduktionen, eftersom den offentliga sektorn, organisationssektorn och den privata sektorn var av mycket olika storlek. I slutet av 2004 arbetade 43 500 personer inom de sociala tjänsterna och 28 400 personer inom hälso- och sjukvården. Kostnaderna för produktionen av privata sociala tjänster och privat hälso- och sjukvård var 3,46 miljarder euro 2004. De sociala tjänsternas andel av beloppet var 1,48 miljarder euro, varav företagen svarade för 0,49 och organisationerna för 0,99 miljarder euro. Kostnaderna för den privata hälso- och sjukvården var cirka 1,98 miljarder euro, varav företagens andel var 1,60 och organisationernas 0,38 miljarder euro.

Organisationernas och företagens personal inom de sociala tjänsterna fördubblades under andra hälften av 1990-talet. Procentuellt sett var ökningen störst i företag. Absolut sett ökade antalet anställda emellertid mera i organisationerna än i företagen. Samtidigt ökade personalstorleken hos de offentliga serviceproducenterna med 18 procent. Under första hälften av 1990-talet minskade antalet anställda inom de offentliga sociala tjänsterna med 1 procent, medan organisationernas personal ökade med 3 procent. Även företagens personal ökade tydligt redan under 1990-talets första hälft. Storleken på den procentuella förändringen ökas emellertid av det faktum att företagens personal ännu var rätt liten 1990. År 1990 var 14 200 personer anställda inom de sociala tjänsterna. År 1995 var antalet 15 800 och år 2000 var det 31 300.

Organisationernas hälso- och sjukvårdspersonal ökade jämnt under hela 1990-talet och år 2000 var personalstorleken nästan 9 procent större än 1990. Företagens hälso- och sjukvårdspersonal minskade med 6 procent i början av 1990-talet, men den ökade tydligt med 39 procent under den andra hälften. Likaså varierade antalet anställda i den offentliga sektorn på 1990-talet, eftersom antalet minskade med 6 procent under 1990-talets första hälft och ökade med 10 procent under den andra hälften. Totalt sett ökade antalet anställda i den privata hälso- och sjukvården med en fjärdedel från 20 700 till 25 500 anställda på 1990-talet. Ökningen ägde rum under årtiondets andra hälft. I mitten av årtiondet var antalet anställda 20 100.

Totalt sett ökade antalet anställda inom de sociala tjänsterna och hälso- och sjukvården cirka 8 procent under perioden 2000–2004. Inom de sociala tjänsterna minskade de offentliga serviceproducenternas personal lite, medan företagens och organisationernas personal ökade. Inom hälso- och sjukvården ökade antalet anställda såväl i den offentliga sektorn som i företagen, medan personalen i organisationerna minskade lite under perioden 2000–2004.

Ökningen av privata sociala tjänster är också ett resultat av att antalet producenter ökat. Antalet verksamhetsenheter var ungefär 3 300 år 2004, dvs. över fyra gånger större än i början av 1990-talet. Ännu 2004 upprätthölls lite över hälften av verksamhetsenheterna av organisationer, men efter det har verksamhetsenheter i företagsform varit i majoritet. Om man utgår från antalet verksamhetsenheter, var företagens andel större än till exempel andelen av personalen, eftersom företagens verksamhetsenheter i snitt var mindre än organisationernas. Av de privata verksamhetsenheterna var fyra femtedelar verksamma inom följande fyra näringsgrenar: boendeservice, barndagvård, vård av barn och ungdomar utom hemmet samt hemservice. Privata

serviceproducenter var verksamma inom alla sociala tjänster och de producerade bland annat dagverksamhet, missbrukarvård samt institutionsvård för äldre och för funktionshindrade.

De privata serviceproducenterna är av mycket olika storlek. Därutöver varierar volymen av den offentliga verksamheten inom de olika tjänsterna. Därför berättar inte antalet verksamhetsenheter i sig inom vilka tjänster det fanns mest privat verksamhet. På basis av producerade tjänster (klientantal och vård dygn) var den privata produktionens andel av de sociala tjänsterna störst inom mödra- och skyddshemsverksamheten, hemservicen för barnfamiljer, serviceboendet, vårdnaden av barn och ungdomar utom hemmet samt missbrukarvårdens institutionsvård och boendeservice. Inom alla dessa tjänster stod de privata serviceproducenterna för över hälften av tjänsterna. Organisationerna hade den största andelen av mödra- och skyddshemmen, missbrukarvården, institutionsvården för äldre och för funktionshindrade, dag- och arbetsverksamheten samt serviceboendet. Företagens andel var störst när det gäller institutions- och familjevård för barn och ungdomar, barndagvård och hemservice.

År 2004 fanns det drygt 3 000 privata hälso- och sjukvårdsproducenter och omkring 13 000 självständiga yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. De privata serviceproducenternas antal varierade under 1990-talet, men har stigit under de senaste åren. Den allmännaste näringsgrenen inom privat hälso- och sjukvård var fysioterapi. År 2004 fanns det över 1 400 producenter som erbjöd fysioterapi. Den näst allmännaste näringsgrenen var läkarmottagningar (cirka 1 000 producenter). Efter fysioterapi och läkarmottagning följde företagshälsovård och laborieverksamhet. Relativt sett har antalet producenter som erbjuder företagshälsovård ökat mest under de senaste åren. På basis av producerade tjänster var den privata sektorns andel störst inom fysioterapi och tandvård. När dessa näringsgrenar inbegrips, producerade de privata serviceproducenterna ungefär en tredjedel av alla öppenvårdsbesök. De privata serviceproducenterna stod för bara cirka 4 procent av sjukhusens slutenvård.

De privata producenterna av sociala tjänster och hälso- och sjukvård hade både offentliga kunder (t.ex. kommuner, samkommuner, folkpensionsanstalten och statskontoret) och privata kunder (t.ex. hushåll och arbetsgivare). Skillnaderna mellan klientelen i den privata socialvården å ena sidan och den privata hälso- och sjukvården å andra sidan var mycket stor. Den största kundgruppen inom de privata sociala tjänsterna var kommunerna, som köpte merparten av de sociala tjänster som både företagen och organisationerna producerade. Hushåll och arbetsgivare köpte förhållandevis lite privata sociala tjänster. Snarast handlar det om privat barndagvård och hemservice. Inom privat hälso- och sjukvård var däremot hushåll, arbetsgivare och folkpensionsanstalten de största kunderna. Också statskontoret, arbetspensionsanstalterna och försäkringsbolagen köpte hälso- och sjukvård av privata producenter. Likaså köpte kommuner och samkommuner privat hälso- och sjukvård, men avsevärt mindre än vad de köpte sociala tjänster.

Köp av privata sociala tjänster och privat hälso- och sjukvård ersätts med offentliga medel. Den viktigaste och äldsta stödformen är folkpensionsanstaltens sjukförsäkring, som ersätter en del av kostnaderna för privat hälso- och sjukvård. Nyare stödformer för dem som köper privata tjänster är stöd för privat dagvård samt hushållsavdraget i beskattningen.

Dessutom kan privata producenter av sociala tjänster och hälso- och sjukvård få olika stöd och bidrag för sin verksamhet, sina investeringar och sin forskning och utveckling. Bidragen beviljas av bland annat Penningautomatföreningen, kommunerna och TE-centralerna.

## ÄLDREOMSORGEN 2005

Stakes, Finlands officiella statistik, Socialskydd 2007

### Till läsaren

Äldreomsorgen 2005 innehåller centrala statistiska data om äldreomsorgen och dess utveckling. Den innehåller också information om konsumtionen av tjänster, klientstrukturen, personalen och kostnaderna. Största delen av uppgifterna gäller hela landet, men de viktigaste uppgifterna presenteras också landskapsvis och kommunvis.

Publikationen utkommer nu för andra gången och tanken är att den i framtiden ska utkomma med något års mellanrum. Första gången utkom den 2003. Våren 2004 genomfördes en enkät bland användarna av publikationen. Med stöd av enkätresultatet har innehållet i publikationen omarbetats.

Publikationen innehåller så långa tidsserier som möjligt. I de flesta fall återges utvecklingen ända från början av 1990-talet. Som bakgrund till utvecklingen redovisas hur den finländska äldreomsorgen organiseras och vad som gjorts för att utveckla den på 2000-talet.

Äldreomsorgen 2005 är avsedd som bakgrundsmaterial för dem som planerar och fattar beslut om tjänster för de äldre, men också som handbok för studerande, forskare, journalister och för alla dem som behöver baskunskap om äldreomsorgen och dess utveckling. Trots att de flesta äldre lever ett självständigt liv och inte behöver hjälp eller omvårdnad, ökar den åldrande befolkningen trycket på den sociala servicen och hälso- och sjukvården. Därför behöver politiska beslutsfattare i kommunerna och på riksnivån sammanställd och tillförlitlig information om äldreomsorgen och dess utveckling.

Publikationen har utarbetats av tre grupper vid Stakes. Sari Kauppinen och Anne Forss från gruppen för social- och personalstatistik, Anja Noro från Centrum för hälsoekonomi (Chess) och Päivi Voutilainen från gruppen för äldreservice har hållit i trådarna. Med andra ord bygger utarbetandet av publikationen på gedigen sakkunskap om såväl statistiska publikationer som själva substansen i äldreomsorgen.

Ronald Wiman, Timo Voipio, Matti Ylönen (eds.)

## COMPREHENSIVE SOCIAL POLICIES FOR DEVELOPMENT IN A GLOBALIZING WORLD

Ministry for Foreign Affairs, Ministry for Social Affairs and Health and STAKES, 2007

Social security and social services are often considered to be "luxury" expenditures that can be afforded only in high income countries. However, there is historical evidence that social sector development has supported pro-poor economic growth e.g. in the Nordic Countries. Public expenditures in social security and services are more an investment in human and social capital than a mere cost draining on scarce resources.

During recent years an increasing number of middle and low income countries have launched initiatives to provide targeted or universal basic social protection to facilitate Social Risk Management (SRM) capacity of people vulnerable to various economic, social or environmental

risks due to old age, child birth, disability, illness, unemployment, economic shocks, famine etc. The ILO has also calculated that basic social security can be afforded even by the poorest countries.

The publication challenges the "economic growth first" agenda for development and presents alternative "human development" focused strategies in light of recent policy dialogue and evidence accumulating from innovative pilots or experiments to provide basic social protection in low and middle income countries. The publication also includes a joint policy statement "New Consensus on Comprehensive Social Policies for Development in a Globalizing World". The publication has been developed on the basis of inputs and dialogue of a global Experts' Meetings held in Stockholm and Kellokoski/Finland jointly financed by the Swedish and Finnish Governments. The statement was produced by the Meetings' participants representing a number of intergovernmental organizations (e.g. UN, World Bank, ILO, Unicef, UNDP, EU, African Union), Government development agencies (Canada, Finland, Germany, Norway, UK, Sweden), partner countries in the Global South (India, South Africa, Tanzania), global NGOs (HelpAge International, ICSW / International Council for Social Welfare/ICSW, Research and Academic Institutes (United Nations Research Institute for Social Development/UNRISD), CODESRIA/South Africa, REPOA/Tanzania, and University of Jyväskylä/Finland.

The publication is available as a hard copy through STAKES/Finland (Ronald.wiman@stakes.fi) and Ministry for Foreign Affairs/Finland (keoinfo@formin.fi) and as an electronic version at [www.stakes.fi/social-policies-for-development](http://www.stakes.fi/social-policies-for-development)

Maarit Outinen, Outi Räikkönen, Tupu Holma, Liisa-Maria Voipio-Pulkki

## KVALITETSLEDNING INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDS- ORGANISATIONERNA ÅR 2004 OCH JÄMFÖRELSE MED ÅR 1999

Stakes 2007

### Sammandrag

Syftet med utredningen var att skapa en bild av kvalitetsledningen i organisationerna inom social- och hälsovården i Finland år 2004 och utvärdera hur kvalitetsledningen utvecklats sedan år 1999, då senaste motsvarande utredning gjordes. Stakes och Finlands Kommunförbundet utförde båda utredningarna i samarbete.

Materialet samlades in i början av år 2005 med en enkät, som i huvudsak gjordes som en postenkät. En liten del av enkäterna gjordes som webbenkät. Enkäten skickades till organisationernas direktörer. Utredningen genomfördes på ett så gott som identiskt sätt med utredningen år 1999. De sektorer inom social- och hälsovården som ingick i utredningen avvek något, men trots detta var det möjligt att jämföra läget inom kvalitetsledningen år 1999 och 2004 på sektornivå. Antalet svar var 831. Svarsprocenten var 54. Materialet omfattade 557 organisationer inom socialvården, svarsprocent 53 %. Antalet organisationer inom hälsovården var 264, svarsprocent 56 %. Av organisationerna i utredningen år 2004 kunde 264 organisationer inom hälsovården och 373 organisationer inom socialvården upptas i jämförelsematerialet. I materialet från 1999 kunde 288 organisationer inom hälsovården och 393 organisationer inom socialvården upptas i jämförelsematerialet.

År 2004 fanns ingen systematisk skillnad mellan socialvården och hälsovården. Inom båda sektorerna förekom dock stora interna skillnader. Av sektorerna inom hälsovården var sjukvårdsdistrikten före de andra vad gäller kvalitetsledning, och inom socialvården var rehabiliteringsanstalterna inklusive sjukhem för krigsinvalida före de andra sektorerna. Det hade

emellertid skett utveckling också på många andra sektorer. Så gott som alla sektorer inom social- och hälsovården hade gjort framsteg i synnerhet vad gäller kvalitetsledningens systematik och dokumentering samt framtagandet av instruktioner för kvalitetsledning. Nya utmaningar inom kvalitetsledningen år 2004 utgjorde införandet av evidensbaserad verksamhet samt riskhantering. En del av organisationerna hade börjat satsa på evidensbaserad verksamhet, och vanligast var detta inom hälsovården. Systematisk riskhantering var fortfarande sällsynt.

Den totala mognaden av organisationernas kvalitetsledning utvärderades med en modell som utvecklats i Holland och anpassats för förhållandena i Finland i samband med utredningen år 1999. Kvalitetsledningens utvecklingsnivå utvärderades på följande områden: kvalitetsledningsdokument, personalledning, processtyrning baserad på standarder och anvisningar, förbättring av processer samt klienternas medverkan. Organisationerna grupperades utifrån framstegen inom kvalitetsledning på skalan utvecklade, kvalitetsinriktad, skapar förutsättningar för kvalitetsledning, implementerar kvalitetsledning samt har etablerad kvalitetsledningsverksamhet. Det fanns inga skillnader mellan organisationerna inom hälso- respektive socialvården avseende kvalitetsledningens mognad år 1999 och inte heller år 2004. Organisationerna hade gått vidare från det kvalitetsinriktade skedet till ett skede, där de skapar förutsättningar för kvalitetsledning. Andelen organisationer som nått implementeringsskedet eller i vilka kvalitetsledning är en etablerad del av verksamheten var lika liten år 2004 som år 1999.

Enkäten pekar på att kvalitetsledning blivit en viktigare del av kvalitetsledningssystem än tidigare. Konkurrensutsättningen av tjänster torde vara en faktor som bidragit till övergången till mer systematisk verksamhet i synnerhet i organisationerna inom den privata sektorn. Även de riksomfattande kvalitetsrekommendationerna har styrt organisationerna mot en mer målinriktad kvalitetsledning. Framtidens utmaning är att öka klientens medverkan och inflytande i organisationernas kvalitetsledning och utvärderingen av tjänsternas kvalitet.

Kaija Hänninen, Ilse Julkunen, Riitta Hirsikoski, Stina Högnabba, Ilkka Paananen, Henna Romo, Tanya Thomasén

## ASIAKKAAT OPPIMISEN KÄYNNISTÄJINÄ

Stakes 2007

### Sammanfattning

Den här rapporten redogör för ett finländskt pilotförsök att tillämpa den brukarorienterade utvärderingsmetoden BIKVA (Dahler-Larsen Krogstrup 2003), som danskan Hanne Krogstrup (2004, 1997) utvecklat. Tanken är att rapporten ska användas tillsammans med Krogstrups publikation ”Asiakaslähtöinen arviointi. BIKVA-malli” (2004).

Utvärderingsmetoden BIKVA främjar brukarnas delaktighet och är för dem en kanal att påverka serviceutvecklingen. Brukarna får på ett konkret sätt möjlighet att delta i och påverka samarbetet och servicen.

I metodens pilotförsök deltog tio grupper 2004–2005 och tretton grupper 2005–2006. Deltagarna i BIKVA-pilotförsöket var ivriga och motiverade att tillämpa metoden i sitt arbete. FinSoc anordnade för båda grupperna sex möten, som erbjöd ett gemensamt forum för lärande samt möjlighet till kollegialt stöd och till att bilda nätverk. Syftet med BIKVA-pilotprojektet var att skapa strukturer som förbättrar brukarnas delaktighet, pröva hur utvärderingsmetoden lämpar sig för finländska förhållanden, utveckla bland annat dialogiska sammankomster mellan olika intressentgrupper och att testa hur man kan tillämpa BIKVA-metoden som självvärderingsmetod. I den här rapporten belyses de faktorer som verksamhetsmässigt var



centrala i BIKVA-pilotprojekten. Pilotgruppernas utvärderingsrapporter hittas på finska på webbadressen [www.stakes.fi/finsoc](http://www.stakes.fi/finsoc) (se ”Hankkeet” -> ”BIKVA-arviointimallin pilotointi”).

I rapporten beskrivs hur brukarorientering har blivit en del av utvärdering. Man presenterar utvärderingsmetoden BIKVA och dess skillnader jämfört med andra brukarutvärderingsmetoder. Dessutom redogörs för BIKVA-försöksgrupperna, pilotförsöket och arbetet i referensgrupperna. Man återger också fyra deltagares olika BIKVA-erfarenheter och roller i BIKVA-försöket. På slutet dryftas dessutom vad ”hörande av brukarrösten” förutsätter. Huvudbudskapet från deltagarna i BIKVA-pilotförsöket var att det måste finnas vilja att lära sig av brukarna. Om man inte har för avsikt att utnyttja den utvärderingsrespons man får, så är det ingen vits att samla in den.

Sakari Karvonen (red.)

## ÄR KÖNET AV BETYDELSE?

Välbefinnande, hälsa, pojkar och flickor

Stakes 2007

### Sammandrag av artiklarna

*Minna Autio & Chiara Lombardini-Riipinen.*

#### **FLÄCKAR I MATCIRKELN – UNGDOMARS SYN PÅ HÄLSA OCH HÄLSOSAMMA LEVNADSVANOR**

I artikeln granskas 21–30-åriga universitetsstuderandes berättelser om hälsosamma levnadsvanor. I studien analyseras vilka sätt att tala, rutiner och olika livsområden som ungdomar associerar till en hälsosam livsstil. Studiematerialet består av 36 berättelser, av vilka 23 har skrivits av kvinnor och 13 av män. Ungdomarna lyfter fram den betydelse mat, motion, vila och mänskliga relationer har för välbefinnandet. De berättar också om många faktorer som motarbetar en hälsosam livsstil, som psykisk trötthet, brådska, stress, bekvämlighet, olika beroendeformer och det faktum att hälsoprodukter är dyra. De små skillnaderna mellan könen framkommer i samband med temana sex, död och det manliga ”kaniner äter grönsaker och vi äter dem”. Ungdomarna ställer sig kritiskt till hälsorekommendationer, vilket kan ses som ett tecken på uppror mot hälsotvång. På detta sätt kan de sätta de ideal och krav som kulturen skapat i relation till sina val av livsstil. Studieobjektet ungdomarnas tankevärld beskrivs träffande av metaforen ”en lite fläckad hälsosam livsstil” i en av de unga skribenternas berättelser.

*Maarit Pallari*

#### **UNGAS UPPFATTNINGAR OM RENLIGHET BESKRIVNA AV FLICKOR OCH POJKAR**

Barnen i norr växer upp till ungdomar i en egen uppväxtmiljö, som utgör ramarna för hur upplevelsevärlden utvecklas. Ungdomarna i norr präglas av Lapplands natur, fyra tydliga årstider, ljusa nätter, mörkertiden, områden med gles bosättning och långa avstånd. Ungdomarnas uppfattning om renhet skapas i den miljö där de tillbringar sin tid. Sålunda är ett rent hem, ett rent samvete eller en ren natur frågor som får sitt innehåll i uppkomst- och brukskontexten. I artikeln behandlas med utgångspunkt i forskningsmaterialet nordfinländska 15-åriga flickors och pojkars uppfattningar om renlighet. Det empiriska forskningsmaterialet, som bygger på narrativitet, har samlats in genom uppsatser som elever i årskurs 9 i norra Finland skrivit under modersmålslektioner i april 2005. Forskningsmaterialet består av 68 uppsatser.

I uppsatserna framkommer ungdomarnas uppfattningar om renlighet bäst genom personliga erfarenheter och gärningar. Ungdomarnas berättelser om renlighet begränsas till hemmet, skolan och fritiden. Uppsatserna analyserades som narrativer, eftersom man genom narrativitet kan beskriva nuet som ungdomarna upplever och ungdomarnas personliga verklighet (Heikkinen 2001 och Sintonen 1999). För ungdomar är renlighet en samvetsfråga. I flickornas och pojkarnas berättelser om renlighet fanns många likheter, men tyngdpunkterna i betydelsen av renlighet skiljde sig beroende på kön. Att hemmet är rent ligger nära flickornas hjärta och är ett nödvändigt ont för pojkarna, medan naturens godhet och skönhet får pojkarna att öppna sig. Flickorna kan uppleva underbar natur även i parker, men pojkarna lyfter fram upplevelser i ödemarken som den mest rena erfarenheten. Det har skrivits lite om uppfattningarna om renhet och dess betydelse, trots att man genom renhet kunde stärka känslan av renhet, hälsa och lycka. Enligt denna studie identifierar ungdomar renhet som en övergripande fråga som berör dem själva och som även inbegriper boendemiljön och den omgivande naturen. Ungdomarna skrev om renhet på ett mångfasetterat och uttrycksfullt sätt.

*Niina Pietilä*

### **ALKOHOLBRUKET I FLICKORS INSÄNDARE**

Enligt undersökningar har de finländska ungdomarnas alkoholbruk totalt sett inte längre ökat under de senaste åren. Det har emellertid betraktats som oroväckande att till exempel flickors berusningsdrickande inte ser ut att minska. Det här väcker frågan varför flickor dricker och vilka betydelse de ger alkoholbruk. I den här artikeln fokuserar jag på minderåriga flickors bruk av alkohol. Jag försöker beskriva vilka betydelse flickorna ger alkohol och alkoholbruk. Mitt material omfattar insändare som skrivits av 140 flickor.

För flickor hänger alkohol nära samman med att njuta av ungdomen. Alkohol befriar, ger möjlighet att frigöra sig från vardagsrutiner och att lämna tråkiga saker bakom sig. Alkohol är en inträdesbiljett till feststämning och gatornas karneval där vardagens regler inte gäller och man har tillåtelse att handla annorlunda. Flickor betonar det sociala med att bruka alkohol och hur alkohol gör det enklare att vara tillsammans med andra ungdomar. Efter att ha druckit är det lättare för flickorna att närma sig pojkar och ta egna initiativ. Alkoholen ger flickorna mod att agera. Att framhäva sin sexualitet är ett av flickornas sätt att bryta gränser.

När festen återgår till vardag lever minnena av festandet och berättelserna fortfarande kvar. Händelserna kan emellertid inte alltid betraktas enligt de fria reglerna för gatornas karneval. Därför kan sådant som gjorts under festandet komma att ses som förkastligt. Vid återgången till vardagen bedöms särskilt flickors sexuella beteende och risken för att få en stämpel är hela tiden närvarande. Rädsla för att stämplas är en orsak till att flickor vill ha kontroll över sin berusning och bibehålla sin självkontroll. En berusning som gått överstyr kan i värsta fall förstöra den känsla av frihet som berusning för med sig och öka antalet ”bestämmare” och ”begränsare” i form av det sexuella rykte som uppstått. Berusning och berusningens frihet är en tudelad fråga för flickor. Att dricka ger möjlighet att släppa loss och samla erfarenheter, men samtidigt medför det en risk för att förlora kontrollen.

*Kristiina Ojala, Mika Vuori, Raili Välimaa, Jorma Tynjälä, Jari Villberg & Lasse Kannas*

**POJKARNA VILL LÄGGA PÅ VIKT OCH FLICKORNA MINSKA DEN – RESULTAT FRÅN WHO-STUDIEN SKOLBARNS HÄLSOVANOR**

I artikeln granskas 15-åriga flickors och pojkars uppfattningar om sin vikt, övervikt enligt viktindexet och vilja att gå ner i vikt 1994, 1998, 2002 och 2006. Dessutom utreds i artikeln hur stor betydelse ungdomar lägger vid faktorer med anknytning till viktkontroll i sina kostval och när de motionerar samt hur vikten hänger samman med dessa åsikter 2006. Ett för Finland representativt material har tagits ur WHO-studiens frågeformulär.

Både andelen ungdomar som uppfattade sig själva som tjocka och andelen ungdomar som är överviktiga enligt viktindexet hade ökat under 2000-talet. Bland flickor var oro för övervikt och en därav följande vilja att gå ner i vikt allmänt. Nästan varannan flicka ansåg att hon är för tjock och behöver gå ner i vikt. För pojkarnas del var andelarna betydligt mindre. Övervikten utjämnade skillnaden mellan könen allt mer ju mer extra kilon det var fråga om. Både feta flickor och pojkar var medvetna om sin fetma och att de borde magra. De felbedömningar som pojkar med normal vikt gjorde av sin kropps storlek hängde vanligen samman med upplevelse av magerhet. Drömmen om en mer muskulös kropp framkom också i pojkarnas svar i påståendeserierna om kostval och motionsorsaker: matens proteinhalt och utökning av muskelmassa genom motion var viktigt för både pojkar med normal vikt och med övervikt.

Eleverna i de högre klasserna i den grundläggande utbildningen vet att ett matintag som motsvarar konsumtionen och tillräckligt med motion är nyckelfrågor vid viktkontroll. Trots det blir övervikt allt vanligare bland ungdomar. Samtidigt har västvärldens skönhetsideal förblivit rätt oförändrade: slankhet, fasthet och (hos män) kraftiga muskler ifrågasätts av ungdomar men är fortfarande önskvärda egenskaper. Kroppsidealen återspeglades i pojkarnas muskeldrömmar och flickornas rädsla för fläsk. Särskilt när det gäller att förebygga övervikt bland pojkar står man inför utmaningar, eftersom motion för att förbruka energi och en lätt kost inte tilltalar pojkar med normal vikt eller lite övervikt. För pojkars del är det kulturella trycket på att vara smal, som påverkar flickornas värderingar automatiskt, att försöka banta och att undvika viktökning genom kostval och motion mindre än bland flickor.

*Mika Vuori, Kristiina Ojala, Jorma Tynjälä, Jari Villberg, Raili Välimaa & Lasse Kannas*

**UNGAS MOTION OCH SEXERFARENHETER – RESULTAT FRÅN WHO-STUDIEN SKOLBARNS HÄLSOVANOR**

I den här artikeln granskas i vilken utsträckning motionsaktivitet och medlemskap i en idrottsförening är kopplade till hur unga upplever sitt utseende och till vilka sexuella erfarenheter de har. Ämnet behandlas utifrån litteratur och empiriska exempel. De manliga och kvinnliga idrottare som syns i offentligheten framställs ofta som objekt, som skapar bilden av idrottens och motionens sexualitet. Traditionellt sammankopplas med motion liknande egenskaper som med sexualitet, som t.ex. kroppslighet och kroppslig vällust. Särskilt idrottande pojkar är ofta populära i kompiskretsen, och till deras kultur hör att särskilt skryta med sina sexuella erfarenheter och att sträva efter traditionella manliga värden.

Studiens empiriska material samlades in i Finland genom en skolenkät våren 2006 inom ramen för den internationella undersökningen Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Ur enkätaterialet selekterades för den här studien 15-åriga (åk 9) skolelever.

Att se bra ut var bland aktivt motionerande ungdomar mer ofta en mycket viktig orsak till att idrotta än bland andra motionsgrupper. En motsvarande koppling visade sig finnas mellan medlemmar i idrottsföreningar och icke-medlemmar. Ungdomar som idrottar aktivt ansåg mer allmänt att de ser bra ut än andra motionsgrupper. Även bland pojkar var det mer vanligt att

medlemmar i idrottsföreningar ansåg att de ser bra ut än vad icke-medlemmar ansåg. Det var sällsynt att motionsaktivitet och medlemskap i en idrottsförening hade kopplingar till sexuella erfarenheter. Dessutom varierade kopplingarna mellan flickor och pojkar. Endast bland pojkar var den statistiska skillnaden av betydelse mellan medlemmar i idrottsföreningar och icke-medlemmar när det gällde att ha stadigt sällskap, vilket var vanligare bland medlemmar, och att ha samlag, vilket också var vanligare bland medlemmar.

Att motionsaktivitet och medlemskap i idrottsföreningar har kopplingar till att se bra ut visar att det finns en koppling mellan motion och utseende. Trots att kopplingarna mellan sexuella erfarenheter och motion inte är tydliga, förekom det intressanta skillnader mellan pojkar och flickor. Att idrottsföreningars pojkmedlemmar oftare har stadigt sällskap och mer allmänt har erfarenhet av samlag pekar på idrottsföreningens sociala verksamhetsmiljö, som är fristående från motion och som kan föra med sig mer möjligheter att pröva sin sexualitet. Att identifiera och lyfta fram skillnaderna mellan pojkar och flickor främjar jämställdhetsutvecklingen inom motionen samt på individ- och samhällsnivå.

*Jukka Lehtonen*

### **ICKE HETEROSEXUELLA UNGA MÄN OCH FÖRHANDLINGAR OM TRYGGA RELATIONER**

I artikeln analyseras unga icke heterosexuella mäns livssituationer och mänskliga relationer samt förhandlingar i anslutning till dem. Med utgångspunkt i enkätmaterial och intervjuer skapas en bild av ungdomarnas liv, parförhållanden, sexuella förhållanden och sexualitet och av överväganden och strategier i anslutning detta. Temana är uppkomsten av bilden av sin egen sexualitet, de första kärleksförhållandena och sexuella förhållandena, möjligheterna att träffa en partner, sexteknikerna och den risk för hiv-smitta de medför samt preventivmedlen. Icke heterosexuella unga män ställs inför många svåra situationer när det gäller säkerhet och välbefinnande. De har inte alltid tillräckliga färdigheter att klara av de här situationerna. Det heterosexuella trycket och det icke heterosexuella osynlighet och tystnaden kring den i ungdomarnas livsmiljö påverkar på ett avgörande sätt hurdana möjligheter unga män har att söka och hitta trygga mänskliga relationer. I artikeln beskrivs genom ungdomars berättelser, som betraktas utifrån forskningsresultat om sex mellan män, hur mångfasetterade förhandlingssituationerna i ungdomarnas vardag ofta är. Ibland kan den ungas kamp med sin egen sexualitet eller behov av att få ett förtroligt kärleksförhållande vara viktigare än att värna om sin egen hälsa, till exempel genom att undvika risker för att få hiv-smitta. I slutet av artikeln läggs även fram idéer till hur ungdomars möjligheter att förhandla om trygga mänskliga relationer kunde ökas.

*Sonja Kangas*

### **FYSISKT AKTIVERANDE DATASPEL MOTIVERAR NÄTFlickOR OCH NÖRDPOJKAR ATT RÖRA PÅ SIG**

I många västerländska samhällen återkommer två trender. Tidsanvändningstrenden hänger samman med den växande digitala kulturens konsumtion. Enligt tidsanvändningsstudier tillbringar ungdomar en allt större del av sin vardag med olika digitala apparater. År 2005 ökade televisionen sin popularitet lite i USA. Internet-användningens volym fortsätter att öka överallt. Ungdomar kan på goda grunder kallas för kommunikationsakrobater. De har lärt sig multi-körningskulturen där man samtidigt utnyttjar flera informationstekniska hjälpmedel: allt från mobiltelefon till television och Internets många parallella spel- och kommunikationskanaler. Under senare år har allt mer övervikt bland barn och ungdomar – både bland flickor och bland pojkar – varit den välfärdstrend som framträtt mest.

I skärningspunkten mellan de två trenderna har det uppstått en ny underkultur till den digitala spelkulturen: fysiskt aktiverande spel. Fysiskt aktiverande spel motsvaras på engelska

av ”exergame”, som är en sammanslagning av orden ”exercise” och ”game”, dvs. motion och spel. I artikeln granskas utgångspunkterna och möjligheterna för upplevelsemässiga fysiskt aktiverande spel att motivera barn och ungdomar att röra på sig. Som material används enkätdata om finländares spel- och motionsvanor, vilja att spela fysiskt aktiverande spel (N=1 489, samlats in i januari 2006), samt intervjuer med ungdomar, idrottsinstruktörer och experter på upplevelseinriktad motion (mars 2006).

I artikeln skapas en allmänbild, som utgår från ökningen av digital konsumtion och välfärdssjukdomar (närmast övervikt) bland barn och ungdomar. Efter det presenteras fysiskt aktiverande spel som företeelse. Materialets centrala budskap är att mängden motion inte korrelerar med mängden spelande, att man genom fysiskt aktiverande datorspel kan motivera barn och ungdomar att röra på sig och att socialitet är en central motivationsfaktor för ungdomar i fråga om både datorspel och motion. Syftet med artikeln är att lyfta fram nya synvinklar i diskussionen om att främja barns och ungdomars välfärd. Ett annat syfte är att utvidga förståelsen för och diskussionen om barns och ungdomars Internet-kulturer och om framtida trender.

*Markku Jahnuainen*

### **BEHOVET OCH FÖRÄNDRINGEN AV SPECIALUNDERVISNING**

Efter övergången till det nya årtusendet ökade specialundervisning i grundskolan explosionsartat. För närvarande omfattar specialundervisningen på ett sätt eller annat nästan 30 procent av grundskoleleverna, eller med andra ord cirka 170 000 elever. Många olika faktorer kan ligga bakom ökningen. De flesta av dem har ingenting att göra med själva förändringen av elevmaterialet. I den här artikeln presenteras fyra olika tolkningar av förändringen av mängden specialundervisning. Tolkningarna är sedda ur ett statistiktekniskt, ett rehabiliteringsterapeutiskt, ett kritiskt och ett administrativt perspektiv.

Till en del kan det ökade elevantalet inom specialundervisningen förklaras genom statistiska förändringar, men både nya diagnoser (dysfasi, uppmärksamhetsstörning, autism och Aspergers syndrom) och särskilt ändringarna i lagstiftningen om den grundläggande utbildningen, som reviderades 1998, är centrala orsaker till ökningen. De hänger samman såtillvida att det med stöd av den nya lagstiftningen har varit möjligt att definiera mer flexibelt genom planen om organisation av individuell undervisning individer som ska omfattas av och överföras till specialundervisningen. Det här syns tydligt i den kraftiga ökningen av antalet elever som helt eller delvis har integrerats i den allmänna undervisningen efter 1998.

Det stora antalet elever i specialundervisningen bör även betraktas som ett bevis på hur utvecklat vårt skolsystem är. Det finländska skolsystemet har förbundit sig att utbilda hela åldersklassen med hjälp av en kraftfull specialundervisning med låg tröskel. På så sätt strävar specialundervisningen, som en täckande välfärdstjänst, efter att även lösa lindrigare inlärningsproblem. Det är mycket uppenbart att till exempel resultaten från Pisa-undersökningarna visar det arbete som i dag utförs särskilt inom den breda specialundervisningen för att lösa problem i samband med att eleverna lär sig läsa, skriva och räkna.

Sammanfattningsvis kan konstateras att när det gäller ökningen av specialundervisningen är det i hög grad fråga om förändringar både i definitionen av specialundervisning och inom skolsystemet. Även om specialundervisningen har ökat avsevärt både när det gäller elevantal och procentuella andelar, finns det ingen orsak att anta att befolkningen i skolåldern på ett avgörande sätt skulle ha förändrats under de senaste åren.

Elina Palola

## SYNPUNKTER PÅ SOCIALPOLITIKEN I EUROPA: MODELL, BEFOLKNING, RESURSER OCH KOMMUNIKATION (doktorsavhandling)

Stakes 2007

### Sammandrag

I denna undersökning betraktas socialpolitiken i Europa som ett politiskt projekt, som framskrider under ledning av Europeiska kommissionen. Dess mål är att i moderniseringens namn bygga upp en ny idé om välfärdsstaten. För att förstå detta projekt måste man ta avstånd såväl från Europeiska unionens juridiska befogenheter som från de traditionella nationella välfärdsstatsmodellerna. Frågan gäller hur man delar de existerande problemen och lösningarna på dem: det är uttryckligen utformningen och delningen av gemensamma synpunkter, begrepp och föreställningar som får en central roll i integrationen i Europa. Undersökningen belyser utvecklingen av den europeiska socialpolitiken under de första åren av 2000-talet; underlag utgör texter och tal som producerats av Europeiska kommissionen.

I undersökningen ”stoppas” den välfärdsdiskussion som utgår från nationalstaterna i den europeiska helhetens namn. I den första artikeln intar den sociala modellen i Europa ställningen som en egen berättelse, en förberedande och övertalande framställning i anslutning till förändringshantering. Artikeln visar hur man genom att på ett övertygande sätt utnyttja diskursiva element kan motivera allmänheten att eftersträva uppställda mål: funktionen med den övertalande framställningen är att få målpubliken övertygad om att den valda riktningen är den rätta och dessutom att påverka dess identitet till fördel för önskade politiska mål. Det är fråga om ett s.k. ”mellanläge”, där berättelsens förlopp trots interna motstridigheter och inexaktheter lyckas te sig som en nästan självklar väg mot en modern socialpolitik, en sådan som man anser att nu behövs i Europa.

I den andra artikeln utformas den europeiska sociala modellen som en fråga om styrning. Hälsan som ett socialpolitiskt delområde lösgörs från den gamla ordningen som utgår från välfärdsstaten och sammankopplas intimt med ekonomin. Samtidigt ses befolkningen framför allt som en ekonomisk resurs. Kommissionens mål ”ett hälsans Europa” tar sig an styrningsproblemet med hjälp av ett ”hälsosammare” samhälle, hälsomedborgarskap och hälsoekonomi. Kommissionens tal styrs av unionens starka intresse att fungera som ”ett Europa” på välfärdspolitikens fält. Samtidigt utplånas hälsopolitikens traditionella fristående egenskap, för att dess reformer skall kunna bli en del av unionens mer omfattande moderniseringsmål.

I den tredje artikeln visar sig socialpolitiken i Europa redan som ett separat fält för styrning. I analysen av detta tillämpas en läsart som bottnar i en kritisk diskursanalys genom att man undersöker de klassificeringssystem och presentationsstilar som omfattats i kommissionens meddelanden samt de identiteter som de bygger upp. Denna artikel, som analyserar den ”nya början” av Lissabonstrategin ur socialpolitisk synvinkel, visar hur man från den övertalning till förändring som var förhärskande i begynnelsekedet och uppställandet av gemensamma europeiska mål i enlighet med detta gått över till en betoning av verkställandet av reformerna: från narrativ framställning till vision och från diagnos till behandling. Den globala konkurrensens skede är det ”moderna” som det europeiska samhället jämte kulturer och livsätt nu skall anpassas till. Lissabonstrategin är ett sätt att styra denna samhällsliga förändring och på detta sätt bygga upp en modern europeisk socialpolitik.

Den fjärde artikeln belyser hur kommissionen genom sin kommunikationspolitik utarbetar praxis och tekniker för styrning och hur den lockar medborgarna att delta i skapandet av ett

europiskt projekt för förändring. För detta behövs också nya former av handlande: aktörer för vilka ansvar och förpliktelser innebär integration och engagemang i det europeiska samhället. Ansvarsfullheten bearbetas till en avgörande faktor för verkställandet av Europeiska unionens förändringsstrategi, som undantränger hierarkiska motsatsförhållanden och framhåller samverkan i syfte att modernisera Europa. Unionens diskurs är emellertid inte ett sådant politiskt språk som genuint skulle väcka och övertyga mottagarna på vardagslivets nivå.

Ulla Idänpään-Heikkilä

## KONTRAKTSTYRNING SOM METOD FÖR STYRNING AV SJUKVÅRDS- DISTRIKTETS OCH HÄLSOCENTRALERNAS ENHETER OCH DERAS LÄKARES ARBETE (doktorsavhandling)

Stakes 2007

### Sammandrag

Denna studie gäller hur kontraktstyrning omsätts i praktiken i hälso- och sjukvårdsenheter och deras läkares arbete. I den undersöks på vilket sätt kontraktstyrning som process genomförs i praktiken vid ett sjukvårdsdistrikts enheter och hälsocentraler och hur verksamhet och patientvård vid enheterna utförs med beaktande av de begränsningar kontraktet omfattar. Studien är baserad på läkarintervjuer och granskar verksamheten vid enheterna ut läkarnas synvinkel och genom deras arbete. En bedömning av det sätt på vilket kontraktstyrningen genomförts erbjuder också ett tillfälle att samla kunskap som kan användas för att utveckla och tillämpa kontraktsförfarandet. Därutöver bidrar studien med ett intressant exempel, som kan utnyttjas för att mer allmänt belysa hur förändringen av styrningsform samt en större betoning av ekonomi och förvaltning har på det praktiska arbetet inom hälso- och sjukvården.

Studiens centrala iakttagelse är att styreffekten av kontraktstyrningen inte återverkade på det praktiska arbetet. Beredningen av kontraktet skedde enbart på chefsnivå både i sjukvårdsdistriktet och på hälsocentralerna. Inom sjukvårdsdistriktet strävade man på chefsnivå efter att efterleva de volymmässiga och ekonomiska målsättningarna i avtalet genom att resursstyrning, men utan att försöka påverka läkarnas verksamhet eller innehållet i deras arbete. Eftersom styrningen inte påverkade vårdprocesserna i praktiken kunde bara blygsamma förändringar noteras i enheternas verksamhet och läkarnas arbete. Dessa bestämmer dock i hög utsträckning kostnadsbilden. Kontraktstyrningen och kontraktet fullföljdes genom att definiera genomförandet som en ledningsuppgift. Kärnverksamheten kunde fortsätta självstyrande såsom tidigare, styrt av professionella principer och delvis avsiktligt skyddad för påverkan från kontraktstyrningen.

På hälsocentralerna uppfattades kontraktet enbart som styrande för sjukvårdsdistriktets verksamhet och stöd från hälsocentralerna för genomförande av kontraktet saknades. Att primärhälsovården och specialistsjukvården ingår i olika kontraktsparter och att de åtskiljs av en organisatorisk gräns var till förfång för både tillämpning av kontraktet och samordning av vården.

En teoretisk granskning indikerade flera orsaker till varför kontraktstyrningen inte förändrade enheternas arbete. Kontraktstyrningen upplevdes ställa enbart ett svagt förändringskrav på kärnverksamheten och den rådande professionella kulturen, som skapade motstånd den utifrånkommande styrningsmetoden. Det kändes främmande för läkarna att införa ekonomisk logik och ekonomiskt tänkande i hälso- och sjukvården. De tyckte att kontraktstyrningen gjorde det svårare för patienterna att få vård och innebar störande inslag i arbetet och patient-

relationerna. Läkarna upplevde också att de visste för lite om kontraktstyrningen för att kunna engagera sig i dess målsättningar och kunna påverka kontraktet.

Kontraktstyrningen förorsakade också spänningar mellan ekonomiförvaltningen och de professionella inom hälso- och sjukvården, men även inom sjukvårdsdistriktets enheter mellan olika specialiteter. Kontraktstyrningen påverkade specialiteterna på olika sätt och gav dem olika möjligheter och makt att påverka kontraktet.

De flesta av de faktorer som hindrade förverkligandet av kontraktstyrningens styrmål var sådana som man skulle ha kunnat påverka med hjälp av gott ledarskap. Nedskärningar av resurser och begränsningar av tjänster som medel att uppfylla kontraktskraven borde inte vara de enda åtgärderna, utan det vore viktigt att finna medel att bygga broar mellan ekonomistyrning och patientarbete. Att engagera mellancheferna i kontraktstyrning, att stödja kompetensen i ledarskapet och finna de rätta metoderna för att bygga samförstånd mellan de ekonomiska, administrativa och professionella kulturerna är nyckelåtgärder. Med de instatserna kunde man främja samsyn inom organisationen, tydliggöra de underliggande målen med kontraktstyrning och medverka till att kontraktstyrning accepteras som en del av hur den praktiska verksamheten styrs.

Denna studie var inte inriktad på en utvärdering av kontraktstyrningen som metod. Intervjuerna lyfter dock fram faktorer som försvårar tillämpningen av kontraktstyrning. Det är väl känt att små beställarorganisationer har svårt att hävda sig i kontraktstyrning. Kritiken gällande bristande beställarkompetens och tron att ekonomiska svårigheter hos beställaren leder till underdimensionerade beställningar, som också denna studie kunde notera, kan vara ett uttryck för en allmän uppfattning om organisationssstorlekens betydelse. Ett kontrakt som innehåller alltför detaljerade produkter verkade också leda till en ensidig fokusering på tjänstevolymer och kostnader. Detta skedde på bekostnad av hälso nytta och effektivitet både i verksamhetsuppföljning och upprättande av kontrakt. Att knyta kontraktet till vårdkedjor eller större helheter vore ett sätt att lämna mer utrymme för de professionella att besluta om metoder för genomförande och sporra till effektivisering av verksamheten.

Kontraktstyrningen som metod innehåller möjligheter, som ännu inte har utnyttjats fullt ut. Kontraktstyrningen kan fungera som ett forum för gemensam regional planering av tjänster, prioritering och samordning av vården. Samtidigt kan den utgöra en möjlighet och ge en impuls till utveckling av kärnverksamheten.

Päivi Topo, Saila Sormunen, Kristiina Saarikalle, Outi Räikkönen, Ulla Eloniemi-Sulkava

## MÖTEN I DEMENSVÅRDENS VARDAG. EN OBSERVATIONSSTUDIE OM VÅRDENS KVALITET UR KUNDENS SYNPUNKT

Stakes 2007

### Sammandrag

Antalet personer med demenssymtom växer snabbt i och med att befolkningen blir äldre, och största delen av de personer som är i långvarig institutionsvård har demenssjukdom. De personer som insjuknar i demenssjukdom har ett ökat behov av hjälp redan under sjukdomens första skede och därför använder de sig också mycket av öppen service. Eftersom denna klientgrupps förmåga att berätta om sin egen åsikt, sina behov och önskemål har försvagats och eftersom de är i hög grad beroende av hjälp från andra, är de en av de mest sårbara klientgrupperna. För tjänsteleverantörerna utgör klientgruppen en utmaning.



Syftet med denna studie är att beträffande personer med lindriga, medelsvåra och svåra demenssymtom ge information om 1) deras välbefinnande och 2) hur deras aktivitetsbehov och psykosociala behov bemöts när de omfattas av tjänsterna, 3) analysera sambandet mellan deras välbefinnande och aktivitet, 4) studera, hurdant osakligt bemötande som förekom och 5) analysera vilka sidor i demensvården som gynnar klientens välbefinnande.

Studien baserar sig på systematisk observation av klienterna med metoden Dementia Care Mapping (DCM), som kombinerades med kvalitativa noteringar om observationerna. Med i studien fanns enheter som erbjuder heldygnsvård: två demensenheter, två blandade avdelningar på åldringshem, en bäddavdelning på en hälsocentral samt en psykiatriavdelning inom den specialiserade sjukvården. Dessutom var två enheter som var specialiserade på demens och som erbjuder vård en del av dygnet s.k. dagcenter. Sammanlagt observerades 85 klienter. Observationer gjordes på varje enhet i sex timmar under två på varandra följande dagar (sammanlagt 93 timmar) och på plats var alltid två observatörer. Observationer gjordes bara i gemensamma utrymmen.

Enligt DCM-metoden görs noteringar i fem minuters perioder och det blev sammanlagt 6 504 sådana perioder (variationsbredden per klient var 14–140). Noteringarna som gjordes under observationerna omfattade sammanlagt cirka 30 000 ord. Bakgrundsinformation insamlades om de observerade klienterna. Materialet har analyserats både kvantitativt och kvalitativt.

Resultaten visar att klienterna i genomsnitt mår relativt bra. Ju längre demenssjukdomen hade framskridit desto sämre var klientens välbefinnande. De dagcenter som var med i studien kunde uppfylla väl aktivitetsbehoven hos klienter med lindriga eller medelsvåra demenssymtom, men i enheterna med heldygnsvård uppfylldes detta betydligt mera sällan. Det var stora skillnader mellan enheterna med heldygnsvård både när det gällde klienternas välbefinnande och hur deras aktivitetsbehov och psykosociala behov bemöttes. För klienter med svåra demenssymtom bestod dagen huvudsakligen av att de satt utan någon sysselsättning med undantag av de tillfällen, när man uppfyllde deras fysiska behov. I praktiken hade alla klienter – oberoende av om deras demens var lindrig, medelsvår eller svår – stor eller mycket stor behållning av sångstunder, motion under ledning och annan organiserad aktivitet. Med ett undantag förekom mycket litet sådan aktivitet i enheterna med heldygnsvård. Utgående från resultaten finns det skäl att allvarligt begrunda, varför heldygnsvården så ofta är inriktad enbart på att uppfylla människans fysiska behov.

Situationer som ur klientens synpunkt var positiva noterades i 575 fall. Dessa var till största delen korta episoder, men bland dem fanns också flera situationer som varade länge. Utgående från den kvalitativa innehållsanalysen nämndes 17 exempel på god praxis i demensvården, vilka grupperades under fyra dimensioner. Av dem handlade den första om att bevara värdigheten och jaget (vuxet, jämbördigt förhållningssätt till klienten, individuell uppmärksamhet och aktivitet, positivt gensvar, trivsam och trygg miljö). Uppmuntran till närhet och gemenskap var den andra dimensionen, som handlade om socialt umgänge, humor och gemensamt skratt samt gästvänlighet mot de anhöriga. Den tredje dimensionen gick ut på att man handlade utgående från klienten, försökte uppnå ömsesidig förståelse och erbjöd hjälp (tröstade klienten, upprätthöll trygghet, övervakade klientens situation, var finkänslig, höll lämpligt tempo i förehavanden och respekterade klientens verklighet). Den fjärde dimensionen var stöd för klientens aktivitet det vill säga ledning och uppmuntran för att få klienten att använda sina resurser, stimulans, att skapa förutsättningar för gemensam sysselsättning, en miljö som stöder aktivitet samt vistelse ute.

Fall av osakligt bemötande noterades i sammanlagt 151 fall. I inget av fallen var det fråga om verkligt dålig behandling, utan nästan alla var betydligt lindrigare situationer. Risken att hamna i sådana situationer var större vid heldygnsvård och om personen var svårt dement. Interaktionen och att empatiskt förhålla sig till den demenssjukas verklighet utgjorde de största

ta utmaningarna vid alla observerade enheter. Utgående ifrån den kvalitativa innehållsanalysen benämnde vi typerna av osakligt bemötande enligt följande: klienten bemöts hårt och ovänligt, klientens verklighet förnekas, samtal och sysselsättning överstiger klientens förmåga, klientens uppenbara behov åsidosätts, klienten bemöts som ett kolli, klientens aktivitet hindras och klienten behandlas inte som en vuxen person.

Under klienternas vardag var det många stunder, då de kunde verka aktivt. Utnyttjandet av situationerna så att de ökade klientens välbefinnande underlättades om skötaren kände klienten, hans eller hennes kvarstående förmåga var och vilka färdigheter som försvagats. Dessutom antingen stödde eller försvagade hela institutionens arbetsorganisation och -kultur dessa möjligheter. Utgående från resultaten kan man fundera över vård- och arbetskulturen när det gäller service som riktas till personer med demenssymtom och identifiera starka sidor och sådana förfaringsätt som borde undvikas. Resultaten kan användas i vida kretsar för att utveckla demensvården. Rapporten innehåller resultaten från den första omgången observationer som ingår i projektet Demensvårdens kvalitet ur klientens synpunkt.

Hanna Toiviainen

## KONSUMERISM, PATIENTERS OCH KONSUMENTERS AKTIVITET SAMT SÄRSKILT LÄKARES ERFARENHETER AV OCH SYN PÅ PATIENTER SOM KONSUMENTER (doktorsavhandling)

Stakes, 2007

### Sammandrag

Konsumerism framhäver patientens ställning och valfrihet. Konsumerismen främjas av olika företeelser i samhället och hälso- och sjukvården. Olika aktörers uppfattning om patienten som konsument och patientens medverkan skiljer sig från varandra. Konsumentkravet skapas utanför patient-läkarrelationen, och kommersialiseringen av tjänster ställer nya förväntningar på läkararbetet. Allt fler patienter än tidigare kan vara intresserade av att ha en mer jämlik ställning i vårdrelationen och kan försöka förhandla med läkaren eller till och med säga hur han eller hon ska vårdas. I Finland har man inte undersökt särskilt mycket hur patienter och konsumenter organiserar sig betraktat som nationellt system, liksom inte heller patienterna i egenskap av någon som gör val samt läkarnas inställning till konsumerismens olika företeelser och patientens val.

I studiens empiriska material avses med konsumentpatienter aktiva konsumenter och patienter, som när det gäller deras kliniska vård gör val innan läkaren har gjort en diagnos. Konsumentpatienterna företräds av konsumenters och patienters organisationer och rörelser. Huvudfrågan i studien är hur läkare ställer sig till det vårdval patienten gör. Frågan behandlas ur en synvinkel som omfattar patienters och konsumenters organiserade verksamhet samt enskilda individers aktiva beteende i hälso- och sjukvården. Dessutom ingår läkares erfarenheter av och syn på patienter i egenskap av konsumenter som gör val beträffande sin vård.

I del I av studien undersöks patientorganisationsfältet. Som informationskällor används patientorganisationernas webbsidor, Penningautomatföreningens filer, en enkät som genomförts av en finsk tv-nyhetsredaktion samt patientorganisationers intervjuer. I del II undersöks genom observation och en läkarenkät hur läkarna ställer sig till tanken att patienter skulle få information via konsumentrörelser om läkarnas vårdpraxis, innan patienterna söker vård. I delarna III-IV undersöks genom en läkarenkät hur läkare ställer sig till att receptbelagda läkemedel marknadsförs till allmänheten, samt läkares erfarenheter av och syn på patienters önskemål om vård och undersökningar. I del V undersöks genom jämförande enkäter hur yrkespersoner inom hälso- och

sjukvården och befolkningen ställer sig till att ny teknologi tas i bruk i hälso- och sjukvården. Som exempel används genscreening och gentest.

Särskilt från och med 1990-talet började antalet patientorganisationer öka allt snabbare. Organisationernas karaktär och tillvägagångssätt varierade mycket. Läkareorganisationerna var negativa eller neutrala och enskilda läkare lite mer positiva till konsumentrörelsernas idé att sprida information om vårdpraxis. Läkarkåren var negativ till att receptbelagda läkemedel skulle marknadsföras till allmänheten, men den var mer positiv till indirekt reklam. Mer än var tredje läkare ansåg att läkemedelsreklam överlag är skadligt eller onödigt när det gäller att sprida information om läkemedel till patienter eller konsumenter. Över hälften av de läkare som utför patientarbete rapporterade att de har (mycket) ofta patienter som redan när de kommer till mottagningen säger att de vill ha en viss vård eller vissa undersökningar, samt att dessa situationer blir allt vanligare. Var femte läkare upplevde detta som positivt med tanke på vårdrelationen och två av fem som negativt. Läkarna motiverade sin reserverade hållning till patienternas konsumentroll med medicinsk expertis och fattande av vårdbeslut, patient-läkarrelationen samt det offentliga systemet för hälso- och sjukvård. En positiv inställning motiverades med patientens medverkan och samarbete, patient-läkarrelationen samt patientens kunskaper. Yrkespersoner ställde sig mer avvaktande än lekmän till att ta i bruk och utvidga genteknologi i hälso- och sjukvården. En betydande minoritet av läkarna var varken tydligt för eller tydligt emot patienternas konsumentroll eller bruket av nya teknologier i hälso- och sjukvården. Läkarens ålder, kön, arbetsplats och specialisering påverkade läkarens inställning till patientens konsumentroll. Privatläkare var mer positiva till patientens konsumentroll än läkare som arbetade i den offentliga hälso- och sjukvården.

Aktiva konsumentpatienter utmanar till diskussion om det val patienten gör och patientens medverkan till vårdbeslut samt om patienternas medverkan i hälsopolitik överhuvudtaget. Att bli kund och konsument innebär inte enbart en omfördelning av de enskilda individernas roll och av makten. Det leder också till att relationerna förändras på organisationsnivå mellan medborgarnas och statens samt den offentliga och den privata hälso- och sjukvårdens roller. Hälsopolitiska frågor blir aktuella. I slutet av sammanfattningen lägger man fram förslag till diskussion, praktiska åtgärder och fortsatta undersökningar.

# Ett urval av pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet

## Pressmeddelande 339/2006

### Minister Tuula Haatainen bekantar sig med de norska kvinnokvoterna

Social- och hälsovårdsminister Tuula Haatainen, som också ansvarar för jämställdhetsfrågor, besöker den 18 september Norge, där hon träffar jämställdhetsminister Karita Bekkemellem. Avsikten med besöket är att studera de åtgärder som vidtagits i Norge för att stärka kvinnornas ställning i beslutsfattandet inom näringslivet.

I Norge har man stiftat en lag om att minst 40 procent av bolagsstyrelsernas medlemmar skall vara kvinnor. I den finländska lagstiftningen ingår inte några bestämmelser om könskvoter, man regeringen har som mål att öka kvinnornas andel i det politiska och ekonomiska beslutsfattandet. Frågan kommer även att tas upp på det jämställdhetsministermöte som ordnas inom ramen för Finlands EU-ordförandeskap.

## Pressmeddelande

### EU:s högnivågrupp för jämställdhet samlades i Helsingfors

Europeiska unionens högnivågrupp för jämställdhet mellan kvinnor och män sammanträdde den 26 september i Helsingfors. Gruppen diskuterade bland annat förberedelserna inför Europeiska rådets möte våren 2007 för jämställdhetspolitikens del.

Ordförande för högnivågruppen för jämställdhet mellan kvinnor och män är EU:s kommission. Gruppen består bland annat av högre tjänstemän med ansvar för jämställdhetsfrågor från alla EU-medlemsländer. Gruppen sammanträder cirka två gånger i året.

Högnivågruppen för jämställdhet har till uppgift att bereda EU:s jämställdhetspolitik. Den bedömer och följer med förändringar i medlemsländernas och EU:s jämställdhetspolitik och främjar integrerandet av ett jämställdhetsperspektiv i EU:s alla politikområden. Gruppens huvudsakliga uppgift är att bistå kommissionen i beredningen av kommissionens årsrapport om jämställdhetspolitik, som läggs fram vid Europeiska rådets möte.

## Pressmeddelande 385/2006

### Höjning föreslås i handikappförmånerna och bostadsbidraget för pensionstagare

Regeringen föreslår att beloppen av handikappbidragen och de boendekostnader som godkänns vid fastställande av bostadsbidrag för pensionstagare justeras. Åtgärderna som förbättrar nivån på den sociala tryggheten inriktas på dem som får specialvårdbidrag för barn, specialhandikappbidrag enligt lagen om handikappbidrag samt specialvårdbidrag och bostadsbidrag för pensionstagare. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 28 september. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

Specialvårdbidraget för barn inriktas på sådana gravt handikappade barn vilkas vård och rehabilitering orsakar en betydande ekonomisk belastning på grund av ett i det närmaste fortlöpande behov av hjälp och tillsyn. Med hjälp av vårdbidraget för pensionstagare främjas de äldres möjligheter att klara sig hemma med öppenvårdstjänster så länge som möjligt.

Beloppet av specialbidraget för barn och för bidragstagare enligt lagen om handikappbidrag föreslås stiga till 355,03 euro per månad och för pensionstagare till 276,64 euro. Förutom den här nivåhöjningen på 15 euro görs också den normala indexjusteringen i specialbidragen år 2007.

Enligt förslaget höjs maximibeloppet av boendekostnaderna som godkänns i bostadsbidraget för pensionstagaren till 5 878 euro per år i kommuner i kommungrupp I, till 5 406 euro per år i kommuner i kommungrupp II och till 4 742 euro per år i kommuner i kommungrupp III.

Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2007.

## Pressmeddelande 387/2006

### Tillräcklig tillgång till tjänster av specialbarntädgårdslärare föreslås inom dagvården

Regeringen föreslår att lagen om barndagvård ändras. Ställningen för barn som behöver särskilt stöd förbättras genom att kommunen skall ha tillgång till tjänster av en specialbarntädgårdslärare i den utsträckning som motsvarar behovet. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 28 september. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

Ändringen ökar jämlikheten mellan barn inom dagvården samt främjar och effektiviserar ett tidigt ingripande i situationen för barn i behov av särskilt stöd när man ordnar dagvård för dessa barn.

Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2007.

## Pressmeddelande 388/2006

### Förbättringar i hemvårdsstödet föreslås

Regeringen föreslår att lagen om stöd för hemvård och privat vård av barn ändras så att adoptivföräldrar skall ha rätt att få stöd för hemvård av barn också i fråga om barn som fyllt tre år tills det har gått två år från början av föräldrapenningperioden, den första betalningsdagen medräknad. Enligt förslaget betalas stödet dock högst tills barnet börjar i skolan. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 28 september. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

I propositionen föreslås också att det stöd för hemvård av barn som betalas för familjens andra och därpå följande barn höjs. Vidare föreslås att föräldrars eller andra vårdnadshavares möjligheter att välja vårdform för barnen förbättras genom att samtidig utbetalning av stöd för hemvård och stöd för privat vård av barn möjliggörs.

Adoptivföräldrarnas rätt till en utvidgad vårdpenningperiod förbättrar familjernas möjligheter att utnyttja sin rätt till vårdledighet och att förena arbete och familjeansvar. Syftet med ändringen är också att för adoptivbarn trygga en stabil uppväxt och utveckling samt bandet till den nya familjen. Med höjningen av stödet vill man förbättra situationen för i synnerhet familjer med många barn.

Lagen avses träda i kraft den 1 april 2007.

## Pressmeddelande 402/2006

### Omsorgsminister Liisa Hyssälä: Kommun- och servicestrukturen förändras med stora strukturella förändringar inom socialvården

Reformen av kommun- och servicestrukturen fortsätter med reformeringen av social- och hälsovårdstjänsterna där det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och utvecklingsprojektet för det sociala området slutade. De hade åtminstone tre grundläggande teman: att främja befolkningens hälsa och välbefinnande och minska på skillnaderna i befolkningens hälsa, att utveckla samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården och mellan primärvården och socialvården samt att främja kunnandet, god praxis samt fungerande och effektiva processer, sade omsorgsminister Liisa Hyssälä vid ett seminarium som inrikesministeriet ordnade för ledande kommunala förtroendevalda den 6 oktober i Helsingfors.

Minister Hyssälä påminde om att redan det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet rekommenderade ett befolkningsunderlag på 20 000 för ordnandet av tjänster inom primärvården, men nu är befolkningsunderlaget förpliktande och gäller även socialvården. Kommunerna har stor möjlighet att själv avgöra vilka av socialvårdens uppgifter som är sådana som kräver ett intensivt samarbete mellan social- och hälsosektorn på ett bredare befolkningsunderlag. Centrala samarbetsområden är äldrevården, missbrukarvården och mentalvården samt den service som säkerställer barns och ungas välbefinnande, sade minister Hyssälä.

I reformen av kommun- och servicestrukturen kommer förändringarna att vara störst inom socialvården, eftersom där helt saknas en täckande servicestruktur för tjänster som kräver ett större befolkningsunderlag. Ett undantag utgör dock specialomsorgerna om utvecklingsstörda. Socialvården har till exempel inom barnskyddet, handikappservicen, äldrevården och missbrukarvården i allt större utsträckning uppgifter som kräver specialkunskande. Reformen förbättrar väsentligt möjligheterna att ordna specialtjänster som stöder dessa. I socialvården kommer dock även i fortsättningen huvudvikten att ligga på närservice.

Det är inte meningen att reformen på samkommunnivån, dvs. de nuvarande sjukvårdsdistrikten, bara blir en administrativ sammanslagning av två sektorer. Även för den här delen är reformen en fortsättning på det tidigare utvecklingsarbetet, påminde minister Hyssälä.

Det är nu dags att påskynda arbetet för att utveckla överlappningarna inom social- och hälsovården. Reformen ger bättre möjligheter att utveckla obrutna servicekedjor och effektiva vårdprocesser. Även på distriktsnivå lyfter reformen fram främjandet av hälsa och funktionsförmåga genom att definiera det som en skyldighet för samkommunen.

## Pressmeddelande 411/2006

### Ändring i sättet att beräkna tiden i arbete föreslås

Regeringen föreslår att lagen om utkomstskydd för arbetslösa, lagen om vuxenutbildningsstöd och lagen om altherningsledighet ändras så att tiden i arbete bestäms utgående från de inkomster som omfattas av lagarna om arbetspension. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 12 oktober. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

I samband med arbetspensionsreformen omvandlas registret över arbetsförhållanden i princip till ett register över förvärvsinkomster. I detta kommer uppgifter om när ett anställningsförhållande börjat eller slutat i regel inte att registreras med samma noggrannhet som förut. Dessutom är den nedre gränsen för försäkringsskyldigheten betydligt lägre från början av år 2007 än den nuvarande försäkringsgränsen. På grund av att registerpraxisen ändras föreslås att

tiden i arbete inte skall beräknas enligt den registrerade tiden i arbete utan i stället på grundval av den registrerade inkomsten.

Ändringen förbättrar i viss mån ställningen för personer med visstidsanställning, eftersom man till exempel genom att ha inkomster om 5 076 euro i året tjänar in tid i arbete motsvarande ett år, fastän året också omfattar arbetslöshetsperioder.

Övergången till det nya beräkningssättet för tid i arbete sker gradvis, eftersom tiden i arbete först år 2007 kommer att beräknas enligt den nya modellen. Lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2007.

## Pressmeddelande

### EU-konferens mot fattigdom och social utslagning: Fattigdom och social utslagning nyckelfrågor i Europas utveckling

Rundabordskonferensen mot fattigdom och utslagning är ett av de viktigaste socialpolitiska evenemangen under Finlands EU-ordförandeskap. Konferensen ordnas i samband med FN:s internationella dag mot fattigdom den 16-17 oktober i Tammerfors. Vid konferensen dryftar man fattigdomen i Europa och den europeiska fattigdomspolitikerna.

Syftet med konferensen är att främja en dialog mellan olika aktörer. Avsikten är också att ställa upp gemensamma mål och att byta information om fattigdom och utslagning. I konferensen deltar cirka 300 politiska beslutsfattare, tjänstemän och sakkunniga från EU:s medlemsländer och kandidatländer. Även internationella organisationer och nätverk är representerade.

Fattigdom och utslagning är nyckelfrågor med tanke på Europeiska unionens utveckling. För att säkerställa en hållbar och balanserad utveckling måste de här frågorna utgöra kärnan i EU-diskussionerna. Den ekonomiska utvecklingen och en ökad konkurrenskraft är viktiga mål. Men samtidigt måste man säkerställa den sociala delaktigheten och att samhällets alla medlemmar är med i utvecklingen. Alla skall ha lika rätt att ta del av utvecklingen och välfärden. Det här är en förutsättning för medborgarnas tillit till Europeiska unionens verksamhet.

Skötseln av fattigdomen och utslagningen är likaså en förutsättning för ett stabilt och tryggt samhälle. Ju mera alla samhällsmedlemmar deltar och kan påverka de frågor som gäller dem själva, desto tryggare är samhället.

De beslut som gäller fattigdom och social utslagning fattas inom olika politikområden. Bland annat inom den ekonomiska politiken och miljö-, arbets- och utbildningspolitiken fattar man beslut som har sociala verkningar. En särskild fattigdomspolitik är viktig, men en effektiv och preventiv verksamhet förutsätter att de sociala verkningarna beaktas inom samhällspolitikens olika sektorer.

Konferensen mot fattigdom och utslagning består av allmänna seminarier som diskuterar fattigdomen i Europa samt de åtgärder och program som startats för att öka den sociala delaktigheten. Arbetsgrupper behandlar frågorna mera detaljerat. Resultaten sammanställs till en rapport som kommer att presenteras vid Europeiska rådets möte i november. Ett mera omfattande sammandrag blir klart före utgången av år 2006.

Social- och hälsovårdsministeriet har tillsammans med Stakes publicerat en rapport om den europeiska fattigdomen och fattigdomspolitikerna (Poverty Policies, Structures and Outcomes in the EU 25).

## Pressmeddelande

### Fortfarande svårt att avlägsna fattigdom

EU:s femte rundabordskonferens mot fattigdom och utslagning avslutades i Tammerfors den 17 oktober, FN:s internationella dag mot fattigdom. På avslutningsdagen diskuterade man fattigdomen i Europa. Även i Europa är fattigdomen ett verkligt problem.

Vid konferensen dryftade man åtgärder för att lösa problemen såväl på EU-nivå som på nationell nivå. I konferensen deltog över 300 politiska beslutsfattare, tjänstemän och sakkunniga från EU:s medlemsländer och kandidatländer samt internationella organisationer.

Konferensen bestod av seminarier och arbetsgrupper. I arbetsgrupperna konstaterade man att det är viktigt att fästa uppmärksamhet vid verkställigheten av besluten. Man ansåg även att sysselsättningen måste främjas med en politik som stöder aktivitet och delaktighet. Samtidigt måste arbetsgivarna och arbetsmarknadsparterna bättre beakta individens, familjens och arbetstagnas behov.

Socialservicen har en viktig roll då det gäller att öka den sociala delaktigheten. Socialservicen garanterar enhetlighet, men är samtidigt också en satsning på en hållbar ekonomi, sysselsättning och social utveckling. Arbetsgrupperna konstaterade att olika politikområden ännu inte i tillräcklig utsträckning beaktar de sociala verkningarna. Man ansåg även att de nationella verksamhetsplanerna borde garantera sociala minimikriterier för att arbetskraftens sociala rättigheter skall kunna förverkligas inom Europeiska unionen.

Femte rundabordskonferensen var den sista konferensen som ingick i EU:s program mot fattigdom och social utslagning.

För att uppmärksamma den internationella dagen mot fattigdom och utslagning ordnades i samband med konferensen ett seminarium kring fattigdom och media. Vid seminariet diskuterade man hur fattigdom behandlas i medierna samt mediernas roll i kampen mot fattigdom.

## Pressmeddelande

### Social- och hälsovårdsminister Tuula Haatainen: Medborgarnas tillit till EU beror på hur man tar hand om de fattiga och utslagna

I en situation där Europeiska unionen strävar efter en ny balans mellan ekonomisk integration och socialt skydd är det mycket viktigt att social-, hälso- och arbetsministrarna försöker få tillstånd en gemensam strategisk viljeyttring på EU-nivå. Även om man fattar beslut om åtgärder mot fattigdom och utslagning på nationell nivå, kan man med en gemensam målsättning och gemensamma politiska riktlinjer stöda verksamheten i medlemsländerna. Europas utmaningar är gemensamma, sade social- och hälsovårdsminister Tuula Haatainen då hon avslutade den femte rundabordskonferensen mot fattigdom och utslagning den 17 oktober i Tammerfors.

Medborgarnas tillit till EU beror på hur väl EU tar hand om samhällets svagaste medlemmar och dem som hotas av utslagning. För att gemenskapen skall hållas samman måste den sociala välfärden stärkas och fördelas jämnare.

Med tanke på Europas framtid och medborgarnas tillit är det viktigt att den sociala och ekonomiska utvecklingen är i balans. Människorna måste kunna känna att EU står på deras sida och att de själva kan påverka dess beslut. Europa måste lyssna mera på sina medborgare.

Mycket positivt har hänt efter att det socialpolitiska samarbetet mellan medlemsländerna blev intensivare. Vid den här konferensen har vi kunnat diskutera olika socialpolitiska prioriteringar och jämföra olika former av god praxis i de olika länderna. Men trots våra gemensamma strävanden har fattigdom och utslagning minskat långsamt och i flera länder har trenden tidvis



till och med varit den motsatta. Arbetet för att förbättra den sociala kohesionen i Europa måste i fortsättningen vara mera intensivt. Minskandet av fattigdom och utslagning måste bli en genömgående princip för de olika politikområdena, sade minister Haatainen.

## Pressmeddelande 423/2006

### Begränsningar i reklam för och försäljning av alkohol föreslås

Regeringen föreslår att alkohollagens bestämmelser om reklam för, prissättning av och förpackningspåskrifter för alkoholdrycker ändras. Avsikten med ändringen är att minska alkoholens skadeverkningar. Genom ändringen vill man skydda särskilt barn och unga mot exponering av alkoholreklam, begränsa sådan prissättning och prismarknadsföring som vädjar till unga och storkonsumenter samt informera konsumenterna om de hälsorisker som alkoholbruk medför. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 19 oktober. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

Särskilt barn och unga är mottagliga för alkoholreklam. Därför föreslås att reklam för alkoholdrycker är förbjuden i tv mellan klockan 7 och 21 och i biografier i samband med förevisning av filmer som är tillåtna för personer under 18 år.

I propositionen föreslås vidare att mängdrabatter, dvs. försäljning av flera alkoholdrycksförpackningar eller portioner alkoholdryck till ett gemensamt, lägre pris i detaljförsäljning eller vid servering skall förbjudas. Det skall dessutom vara förbjudet att utannonsera extrapris och s.k. happy hour-pris på alkoholdrycker utanför detaljhandels- eller serveringsställen. Enligt förslaget skall prissättningen i fråga om alkoholdrycker fortfarande vara fri, men marknadsföring genom extrapris skall endast vara tillåten inne i ett detaljhandels- eller serveringsställe.

Enligt förslaget skall alkoholdrycksförpackningar förses med en allmän varningstext om att alkohol skadar hälsan och en kompletterande varningstext om risken för fosterskada. Vardera texten skall vara på både finska och svenska.

Lagen avses träda i kraft så snart som möjligt. Skyldigheten att sätta ut varningspåskrifter träder dock i kraft efter en övergångsperiod på ett år.

Genom en förordning ändrade regeringen samtidigt tidpunkten då försäljning av alkoholdrycker får inledas från klockan 7 till klockan 9. Enligt förordningen är försäljning av alkohol förbjuden klockan 21–9 i hela landet. Förordningen träder i kraft den 1 april 2007.

## Pressmeddelande 431/2006

### Revideringen av barnskyddslagen framskrider

Regeringen föreslår att en ny barnskyddslag stiftas. Syftet med lagen är att garantera att barnets rättigheter och bästa beaktas vid genomförandet av barnskyddet. Avsikten är att säkerställa de stödåtgärder och tjänster som barnet och familjen behöver, främja samarbetet mellan myndigheterna samt göra det möjligt att ingripa i problem i ett tidigare skede. Avsikten är dessutom att förbättra rättsskyddet för barnet och föräldrarna i synnerhet vid beslutsfattande som ansluter sig till barnskyddet.

Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 26 oktober. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen fredagen den 3 november. Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2008.

Propositionen innehåller bland annat följande förslag:

### *Inledande av klientrelation samt öppen vård*

För att hjälpen skall nå barnet och familjen i ett tidigare skede än för närvarande vill man utvidga området för anmälningsskyldighet och sänka tröskeln för att ta kontakt med barnskyddet. Anmälningsskyldiga enligt gällande lag är personer som är anställda inom social- och hälsovården, skolväsendet, polisväsendet eller församlingen. Utöver dessa föreslås anmälningsskyldigheten utsträckas till personer som är anställda inom ungdomsväsendet och till privata serviceproducenter. Till lagen fogas ett uttryckligt omnämmande om att tystnadsplikt enligt någon annan lag inte utgör ett hinder för barnskyddsanmälan.

Inom barnskyddet är öppenvårdstjänsterna primära. En tillräcklig personal inom den öppna vården garanterar att man kan ingripa i problemen i tid. Revideringen förbättrar möjligheterna att planera verksamheten och trygga resurserna inom den öppna vården. I lagen föreslås en ny bestämmelse om tidsbunden utredning av barnskyddsbehovet. Barnets situation skall utredas utan dröjsmål och senast inom tre månader från det att kontakt tagits med barnskyddet.

### *Omhändertagande, vård utom hemmet och beslutsfattande i barnskyddsärenden*

Bestämmelserna om omhändertagande och vård utom hemmet föreslås bli preciserade. Dessutom föreslås att systemet för beslutsfattande inom barnskyddet ändras så att barnets och föräldrarnas rättsskydd förbättras. Målet är att sakkunskapen och objektiviteten säkerställs. Beslut i ärenden som gäller tvångsomhändertagande föreslås bli överförd från socialnämnden till förvaltningsdomstolen. I övriga barnskyddsärenden fattas besluten i första instans på tjänstemannanivå i kommunen.

Beredningen av ett omhändertagande skall i regel handhas av två socialarbetare som arbetar i par, dessutom skall även annan behövlig sakkunskap finnas att tillgå i beredningen. Innan ett barn placeras i vård utom hemmet skall det utredas om någon närstående till barnet har möjlighet att stöda barnet.

### *Eftervård*

Enligt gällande barnskyddslag är kommunen skyldig att ordna eftervård endast för barn som varit omhändertagna. I propositionen föreslås att kretsen av barn berättigade till eftervård utvidgas att omfatta också barn som varit placerade genom en stödåtgärd inom öppenvården. Eftervård kunde också ordnas för en ung person som varit klient inom barnskyddet. Eftervård föreslås upphöra på samma sätt som för närvarande när den unga personen fyller 21 år.

## Pressmeddelande 444/2006

### Social- och hälsovårdsminister Tuula Haatainen: Gränsöverskridande samarbete behövs för att hjälpa människohandelsoffer

De senaste åren har man blivit mera medveten om problemet med människohandel. De människohandelsoffer som eventuellt vistas i Finland hamnar sannolikt på den svarta arbetsmarknaden eller som prostituerade. Det är viktigt att man identifierar problemet, sade social- och hälsovårdsminister Tuula Haatainen vid det nordiska ministermötet om människohandel den 31 oktober i Köpenhamn.

En lagändring med vilken man vill förbättra tjänsterna och stödåtgärderna för personer som blivit offer för människohandel är som bäst under behandling i riksdagen. Avsikten är att lagen träder i kraft vid ingången av år 2007. Målet är att med hjälp av juridisk rådgivning, krishjälp, stödtjänster samt social- och hälsovårdstjänster ordna nödvändig försörjning och omsorg för personer som blivit offer för människohandel.

Ett välfungerande system för att hjälpa de personer som blivit offer för människohandel måste reagera snabbt då offret behöver hjälp. Här är samarbetet med medborgarorganisationerna av stor betydelse. Likaså är det viktigt med ett gränsöverskridande samarbete mellan myndigheterna. Det nordiska samarbetet borde fokusera på att skapa gränsöverskridande samarbetsformer för de nordiska länderna och länderna i närområdena, sade minister Haatainen.

## Pressmeddelande 452/2006

### Närståendevårdare får tre dygn ledigt per månad

Närståendevårdares rätt till lagstadgad ledighet utökas från två till tre dygn per kalendermånad. Regeringen föreslog torsdagen den 2 november att lagen stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

Kommunen skall sörja för att vården av den vårdbehövande ordnas på ett ändamålsenligt sätt under vårdarens ledighet. Det avtal om stöd för närståendevård som skall ingås mellan närståendevårdaren och kommunen skall innehålla uppgifter om närståendevårdarens rätt till lagstadgad ledighet, övriga ledigheter och rekreationsledigheter. I vård- och serviceplanen skall antecknas hur vården ordnas under vårdarens ledighet. De lediga dagarna kan hållas månatligen eller i längre perioder.

## Pressmeddelande

### Den sociala tryggheten blir mera europeisk

EU-konferensen om Europas sociala modell och nationella särdrag, som pågår den 9-10 november i Helsingfors, lyfter fram aktuella problem och utmaningar inom socialpolitiken. I konferensen deltar cirka 200 sakkunniga inom socialpolitiken.

I Europas sociala modell betonas en social marknadsekonomi, subsidiaritetsprincipen och arbetsorientering. Aktivitet och delaktighet, socialpolitiken som en producerande faktor, jämställdhet mellan könen och organisationernas deltagande är viktiga frågor.

I en föränderlig värld kan den sociala modellens öde dock vara i vågskålen. På EU-nivå har beslutsfattandet i ekonomiska frågor och sysselsättningsfrågor ökat kraftigt de senaste åren. Även socialpolitiken idkas inom en ny europeisk referensram. Globaliseringen, den inre marknaden, den ekonomiska politiken och sysselsättningspolitiken inverkar alla på social- och hälsovårdspolitiken.

Vid konferensen frågar man sig därför om det behövs en ny balans mellan Europeiska unionens och medlemsländernas sociala modeller

Under konferensens första dag går man igenom medlemsländernas inställning till en europeisk social trygghet och diskuterar möjligheterna till samarbete. Medlemsländernas åsikter är rätt så lika. Subsidiaritetsprincipen anses vara viktig och Lissabonstrategin i dess ursprungliga form passar alla. Angående tjänstedirektivet finns det flera ståndpunkter, men de flesta kan godta det ifall social- och hälsovårdstjänsterna lämnas utanför.

I allmänhet är medlemsländerna oroliga för verkningarna av EU:s utvidgning och för att det socialpolitiska beslutsfattandet överflyttas från nationell nivå till EU-nivå. Då världen förändras måste de befintliga modellerna utvecklas. Med de nuvarande socialskyddssystemen har man inte lyckats avlägsna fattigdom och utslagning i tillräckligt stor utsträckning. Man befarar att ojämlikheten till och med kommer att öka. Globaliseringen, den nya teknologin, befolkningens åldrande och de förändrade familjestrukturerna för med sig nya utmaningar för de socialpolitiska modellerna.

Medlemsländernas utmaningar är gemensamma. Genom samarbete och den öppna samordningsmetoden kan man bättre svara mot dessa utmaningar. Allt som kommer utifrån är inte negativt, man kan i stället lära sig mycket av varandras praxis och lösningar. Att den sociala tryggheten blir mera europeisk är ett faktum och därför måste frågan diskuteras.

## Pressmeddelande

### Social- och hälsovårdsminister Tuula Haatainen: Socialpolitik jämsides med den ekonomiska politiken och sysselsättningspolitiken

Europeiska unionen borde betona de sociala och hälsomässiga faktorerna vid sidan om och som stöd för den ekonomiska tillväxten och sysselsättningen. Socialpolitiken är en producerande faktor. De utgifter som idkandet av socialpolitik ger upphov till är mindre än vad det skulle kosta om man lät bli. Fattigdom, utslagning och arbetslöshet drabbar fortfarande miljontals människor. Därför måste vi finna nya verksamhetssätt, såväl nationella som på europeisk nivå.

Den viktigaste frågan är huruvida socialpolitiken är i rätt balans inom de europeiska politikprocesserna eller med den inre marknaden. Ingen vill bygga upp ett enda europeiskt system för den sociala tryggheten, men medlemsländerna skall inte heller ensamma behöva ansvara för dessa system. Mellan dessa två modeller finns utrymme för idéer.

Europeiska unionen och dess medlemsländer behöver medborgarnas breda stöd för att kunna förnya sina sociala trygghetssystem på ett effektivt och socialt och ekonomiskt hållbart sätt. Medborgarnas missnöje med unionen beror bland annat på att man anser att EU koncentrerar sig på marknadsfrågor och ekonomiska frågor och lämnar medborgarnas sociala trygghet i skymundan.

## Pressmeddelande

### Europas sociala modell borde bli mera dynamisk

Vid konferensen om Europas sociala modell och nationella särdrag dryftade man den europeiska socialpolitikens framtid ur medborgarrörelsernas, forskarnas och de politiska beslutsfattarnas synvinkel.

Medborgarrörelserna framförde sin oro över att en överbetoning av ekonomin och konkurrenskraften minskar medborgarnas tillit till EU. Medborgarrörelsernas representanter vill att de sociala rättigheterna skall få mera uppmärksamhet inom EU och medborgarorganisationerna samma konsultativa ställning som arbetsmarknadsorganisationerna.

Forskarna betonade fem europeiska välfärdsmodeller som alla har sina egna särdrag. Den senaste tiden har dessa modeller närmast sig varandra. Särskilt har man lyft fram arbetets betydelse som en garanti för välfärden. En aktiv sysselsättningspolitik är den bästa formen av social trygghet. Den nordiska modellens framgång visar att konkurrenskraften, den ekonomiska tillväxten, sysselsättningen och det sociala skyddet inte utesluter varandra. En hög sysselsättningsgrad, hög nativitet och höga socialutgifter är en fungerande kombination.

I de politiska beslutsfattarnas paneldiskussion lovordade man den öppna samordningsmetoden, vars syfte är att ta viktiga socialpolitiska frågor upp till behandling. Man upplever att den öppna samordningsmetoden har ökat de sociala frågornas synlighet även inom den ekonomiska politiken.

I takt med EU:s utvidgning har medlemsländernas intresse för en ytterligare harmonisering av socialpolitiken minskat. Man anser att skillnaderna mellan medlemsländerna är för stora. Vid konferensen ville man bland annat påminna om vad de stora skillnaderna i beskattningen och det sociala skyddet kan leda till.

I Europas sociala modell strävar man efter ett demokratiskt, miljövänligt och konkurrenskraftigt område som grundar sig på solidaritet och som är socialt välmående. Modellen måste vara dynamisk och öppen för utmaningar, annars mister den sin betydelse. Vid konferensen lyckades man fördjupa diskussionen kring Europas sociala modell. I den europeiska integrationen är det inte enbart fråga om att verkställa medlemsländernas intressen. Det är även fråga om europeiska värden och idéer.

## Pressmeddelande 044/2007

### Minister Tuula Haatainen i Nordiska rådets välfärdsutskott: Alla barn har rätt till en god uppväxtmiljö

Ordförandeskapet i Nordiska ministerrådet är ett viktigt tillfälle att bidra med egna initiativ till den nordiska agendan och att uppnå synergifördelar tillsammans med olika internationella aktörer. Vi hoppas att det arbete som görs under år 2007 skall sträcka sig över Sveriges ordförandeskap år 2008, sade social- och hälsovårdsminister Tuula Haatainen då hon berättade för Nordiska rådets välfärdsutskott om de social- och hälsopolitiska prioriteringarna under Finlands ordförandeskap i Nordiska ministerrådet tisdagen den 30 januari i Helsingfors.

Inom social- och hälsosektorn är ordförandeskapets huvudtema barn och unga samt den åldrande befolkningen. Vi vill ta upp frågor som gäller hälsosamma utvecklingsmiljöer för barn och unga. Förutom ekonomisk grundtrygghet är det också viktigt att främja barnens och de ungas hälsa och deras lika möjligheter att delta i samhället. Närmiljön och dess betydelse för barnets utveckling kommer också att granskas.

Vi vill också diskutera hur de äldre skall stödas och aktiveras för att vara en resurs i våra samhällen. Genom att satsa på aktivt åldrande kan vi minska på kostnader för vård- och omsorgstjänster. Att trygga handikappade och äldre personers delaktighet i samhället har varit en viktig målsättning för den nordiska välfärdsmodellen. Finland kommer under ordförandeskapet att utreda möjligheterna att starta ett nordiskt äldrepolitiskt forskningsnätverk.

Kvinnornas andel i det ekonomiska beslutsfattandet och vilken betydelse kostnaderna för familjeledigheterna har med tanke på jämställdheten är frågor som vi vill ta upp till politisk diskussion. Även medias betydelse för jämställdheten kommer att diskuteras.

Under ordförandeskapet vill Finland minska på det våld och de psykiska problem som förekommer i arbetslivet. Målet är också att öka välbefinnandet i arbetslivet och att minska olycksfallen i arbetet. Finland fortsätter också det arbete för att minska sjukfrånvaron som det danska ordförandeskapet inledde.

## Pressmeddelande 046/2007

### En expertarbetsgrupp föreslår: Nationell ansvarsenhet behövs för förebyggande av våld i närrelationer och inom familjen

En arbetsgrupp som undersökt koordineringen av kunnande och utvecklingsinsatser inom arbetet för förebyggande av våld föreslår att en nationell enhet inrättas i landet med ansvar för förebyggande av våld i närrelationer och inom familjen. Enheten skulle bära huvudansvaret för det arbete som pågår på olika håll för förebyggande av våld i närrelationer och inom familjen. Ett flertal instanser arbetar för närvarande mot våld utan att någon bär det övergripande ansvaret för verksamheten. Expertarbetsgruppen utredde vilken roll olika myndigheter och institutioner har i arbetet mot våld och gjorde på basis av utredningen en framställning om hur insatserna i fortsättningen kan omorganiseras. Arbetsgruppen överlämnade sitt förslag till omsorgsminister Liisa Hyssälä onsdagen den 31 januari.

Arbetsgruppen föreslår att ansvarsenheten för förebyggande av våld i närrelationer och inom familjen skall placeras antingen på Stakes eller på Folkhälsoinstitutet. Huvudmålet för den tilltänkta enheten är att leda det förebyggande arbetet mot våld, stärka sakkunskapen på området och öka medvetandet om dessa frågor. Enheten skulle ha till uppgift att bedriva utveckling och forskning, ge utbildning och experthjälp, koordinera samarbete och internationella kontakter samt sköta kommunikations- och publikationsverksamhet. Arbetsgruppen framhåller att tillräckliga resurser skall reserveras för det förebyggande arbetet mot våld. En 10 % minskning av våldet i närrelationer och inom familjen skulle enligt en bedömning ge upphov till besparingar på cirka 9 miljoner euro.

#### *Bestående strukturer till stöd för lokalt och regionalt arbete*

Arbetet på lokal och regional nivå kan bäst stödas genom en permanent organisation och ett långvarigt samarbete inom det förebyggande arbetet i stället för det nuvarande splittrade systemet med tidsbestämda projekt. Arbetsgruppen föreslår en stabiliserad roll för länsstyrelserna som ledare av det regionala arbetet. Dessutom behövs enheter på regional nivå som utvecklar verksamheten och ger klientservice. Även det tvärssektoriella samarbetet med social- och hälsoväsendet och polisen samt räddningsväsendet och utbildningsväsendet bör ökas.

#### *Ökade insatser mot våld i arbetet*

Arbetsgruppens förslag gäller framför allt våld i närrelationer och inom familjen. Arbetsgruppen föreslår vidare att Arbetshälsoinstitutet får en starkare roll i att koordinera forskningen, kompetensutvecklingen, utbildningen och informationen.

Arbetsgruppens rapport *Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön koordinointi ja osaamisen keskittäminen* (STM, selvityksiä 2006:82) finns på (på finska) [www.stm.fi](http://www.stm.fi) > Julkaisut

## Pressmeddelande 077/2007

### Nationellt program för social- och hälsopolitiken

Under den pågående regeringsperioden har statsrådets programledning utvidgats och utvecklats. De mest betydande reformerna inom social- och hälsovården har genomförts inom ramen för det Nationella hälso- och sjukvårdsprojektet, Utvecklingsprojektet för det sociala området och Alkoholprogrammet. Lagstiftningen som gäller den riksomfattande styrningen av social- och hälsovården har ändrats. Riksdagen godkände i januari (23.1.2007) regeringens proposition om

ändrade bestämmelser om uppföljningen av mål- och verksamhetsprogrammet som tidigare var ett lagstadgat program.

Enligt lagen kommer följande regering att bereda ett nationellt social- och hälsovårdsprogram som kompletterar regeringsprogrammets social- och hälsopolitik. Programmet anger de viktigaste social- och hälsopolitiska målen samt de centrala reformer, lagstiftningsprojekt, anvisningar och rekommendationer som är ägnade att stöda genomförandet.

Vid sidan av social- och hälsovårdens utvecklingsprogram kommer det att finnas ett omsorgsprogram som utgör en del av statshushållningen och fokuserar på den kommunala ekonomin medan utvecklingsprogrammets viktigaste uppgift är att precisera och genomföra de social- och hälsopolitiska mål som ingår i regeringsprogrammet.

För det nya nationella programmet utnämns en riksomfattande delegation och regionala ledningsgrupper. Programmet kommer att genomföras under stark politisk styrning och ledas av den framtida regerings omsorgsminister. Under innevarande regeringsperiod har erfarenheterna av en regional organisering av arbetet varit positiva. I fortsättningen kommer regionala ledningsgrupper att se till att programmet framskrider. Stakes, länsstyrelserna och Folkhälsoinstitutet kommer att vara representerade i delegationen och därmed ha en större roll än tidigare. Olika sammanslutningar är också representerade för att klienternas synvinkel skall fortsätta att stå i förgrunden.

Bakgrunden till den nya lagstiftningen är ”Strategier för social- och hälsovårdspolitiken” som publicerades av social- och hälsovårdsministeriet våren 2006. Det nya systemet med statsbidrag till utvecklingsprojekt som infördes år 2003 har för sin del gynnat programledningen. Under åren 2004–2007 har utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården fått sammanlagt 180 miljoner euro i understöd.

## Pressmeddelande 084/2007

### Reformen av närståendevården ökade kommunernas satsningar på stödet för närståendevården år 2006

Stödet för närståendevården syftar till att för åldringar, handikappade och långtidssjuka trygga möjligheten att bo hemma. Vid sidan av arvoden stöds närståendevårdarnas orkande. Lagen om stöd för närståendevård, som trädde i kraft i början av år 2006, innehåller flera förändringar som förbättrar de vårdbehövandes och närståendevårdarnas ställning. Med stöd för närståendevård avses en helhet som omfattar behövliga tjänster som tillhandahålls den vårdbehövande samt vårdarvode till närståendevårdaren, ledighet och service till stöd för närståendevården. Hur lagen förverkligats i kommunerna utreddes med en uppföljande undersökning av stödet för närståendevård, som Utvecklingscentralen för social- och hälsovården Stakes utförde för social- och hälsovårdsministeriet (SHM). I undersökningen deltog 362 kommuner.

Stödet för närståendevård är en lagstadgad socialtjänst för vars ordnande kommunen svarar. Stödet för närståendevård omfattade år 2005 ca 30 000 personer i olika åldrar. Antalet vårdare var 29 500. Kommunerna reserverade år 2006 för vårdarvoden 12 miljoner euro mera än år 2005. Hälften av kommunerna gjorde bedömningen, att det anslag som reserveras för närståendevårdarnas arvoden kommer att öka ytterligare år 2007.

Av de vårdbehövande, vid tidpunkten för undersökningen 30.4.2006 ca 22 000 klienter, var knappt hälften i åldern 75–84 år och 17 procent över 85 år. Något över hälften (54 %) var män. 42 procent av de vårdbehövande behövde oavbrutet tämligen mycket vård och en tredjedel behövde omsorg dygnet runt. På basis av informationen från kommunerna kan antas, att utan stödet för närståendevård skulle av dem som för närvarande vårdas i hemmet ca 11 600 vara i anstaltsvård.

År 2004 var antalet nya personer som fick närståendevård 3 946, år 2005 totalt 4 348 personer och under 2006 års fyra första månader 2 776.

Den vanligaste av kommunerna tillämpade arvodesklassen för närståendevård var 300-599 euro och de betalda arvoden var i medeltal 416 euro. I en utredning som Stakes gjorde år 2002 var det genomsnittliga vårdarvodet 287,89 euro. I statsrevisorernas rapport år 2006 konstateras, att för arvoden till stöd för närståendevård användes i hela Finland 82,4 miljoner euro år 2003.

## Pressmeddelande 132/2007

### Den nya barnskyddslagen förbättrar familjernas rättsskydd

Målsättningen med den nya barnskyddslagen är att trygga de stödåtgärder och tjänster som barnet och familjen behöver, förbättra samarbetet mellan myndigheterna samt möjliggöra att befattning med problemen tas i ett allt tidigare skede. Barnets och föräldrarnas rättsskydd förbättras i synnerhet med reformen av beslutsfattandet i barnskyddsärenden. Regeringen föreslog torsdagen den 12 april barnskyddslagen för stadfästande. Avsikten är att republikens president skall stadfästa lagen på fredagen. Lagen träder i kraft den 1 januari 2008.

Tröskeln för att göra barnskyddsanmälan blir lägre och anmälningsskyldigheten utvidgas. Anmälningsskyldiga är förutom arbetstagare inom social- och hälsovården, skolväsendet, polisen och församlingen dessutom bl.a. arbetstagarna inom ungdomsväsendet samt de serviceproducenter som fungerar på den privata sektorn. Tystnadsplikt får inte hindra att anmälan görs. Anmälan skall alltid göras, när det finns skäl att klargöra barnets behov av barnskydd. I lagen stadgas också om barnskyddsmyndigheternas skyldighet att anmäla till polisen när det finns motiverade misstankar om att barnet har utsatts för vålds- eller sexualbrott.

Planmässigheten och resurserna i arbetet inom öppenvården förbättras. Behovet av barnskydd skall klargöras utan dröjsmål och grundligt senast inom tre månader från det att angående barnets situation har tagits kontakt med barnskyddet. Socialarbetaren skall träffa barnet personligen och arbetaren har rätt att träffa barnet, även om vårdnadshavaren skulle motsätta sig detta. På basis av utredningen görs tillsammans med barnet och familjen upp en klientplan, i vilken noteras de tjänster och åtgärder som behövs.

Vid tvångsomhändertaganden överförs beslutsfattandet från socialnämnderna till förvaltningsdomstolen. I övrigt fattar kommunens tjänsteinnehavare besluten i första instans. Beredningen görs som arbete i par, och vid behov utnyttjas också andra yrkesgruppers expertis. För tryggande av sakkunskapen på olika områden skall kommunen eller flera kommuner tillsammans inrätta en sakkunniggrupp för barnskyddet. Myndigheterna skall kartlägga vilka barnets närstående är, före barnet placeras utanför hemmet. I ärenden som är väsentliga för barnets och familjens rättsskydd, t.ex. vid omhändertaganden som de berörda inte motsätter sig, fattas beslutet i två steg: socialarbetaren bereder ärendet och den ledande tjänsteinnehavaren fattar beslutet. I tjänstemannens beslut kan ändring sökas hos förvaltningsdomstolen.

I lagen uppställs minimikriterier för vårdens kvalitet vid barnskyddsanstalter i fråga om personaldimensioneringen, yrkeskompetensen samt antalet barn som vårdas. Övervakningen av vården av omhändertaget barn effektiviseras genom att informationsutbytet och samarbetet mellan myndigheterna förbättras.

Kommunens skyldighet att ordna eftervård utsträcks till barn som vårdats utom hemmet eller minst ett halvt år omhändertagits i öppenvården. Eftervård kan ordnas också för andra unga som varit klienter hos barnskyddet.



## Pressmeddelande 148/2007

### Begränsningar i marknadsföring och prissättning av alkohol

Regeringen föreslog torsdagen den 10 maj lagen om ändring av alkohollagen för stadfästade. Förändringarna gäller begränsningar i prissättning och prisinformation gällande alkohol, reglerande av reklam och mer information till konsumenterna om alkoholens risker. Målet med förändringarna är att minska på och förebygga alkoholskador.

Det blir förbjudet att visa alkoholreklamer i televisionen mellan klockan 7–21 och i biosalonger då det visas filmer som är förbjudna för under 18-åringar.

Att erbjuda två eller flera förpackningar eller portioner alkohol till ett nedsatt pris i detaljhandeln eller vid serveringsställen blir också förbjudet. Förbud införs dessutom på utannonsering av nedsatta priser och så kallade ”happy hour” -priser utanför detaljhandels- och serveringsställen.

Alkoholförpackningarna måste vara försedda med en allmän varningstext på finska och svenska om alkoholens skadliga effekter och en kompletterande varningstext om risken för fosterskada.

Lagen träder i kraft den 1 januari 2008. Då det gäller varningstexterna träder lagen i kraft den 1 januari 2009. Regeringen skrider också till åtgärder för att granska nivån på alkoholskatten, framförallt då det gäller starka alkoholdrycker.

## Pressmeddelande 266/2007

### Minister Risikko: Modiga beslut och verklig förändring behövs i kommunerna

”En seriös strävan efter att förnya välfärdstjänsterna och göra dem mer mångsidiga märks i de åtgärdsplaner som kommunerna har gett till statsrådet. För att planerna ska leda till beslut och verksamhet är det viktigt att processen förs framåt på ett effektivt sätt. Med enbart planer, utan slutsatser och verklig förändring, löser man ändå inte framtidens utmaningar. Det handlar om att säkra och främja de sociala grundrättigheterna”, sade omsorgsminister Paula Risikko vid en presskonferens i Helsingfors den 11 september.

Enligt Risikko är befolkningens hälsa och välmående samt tryggheten av kvalitativ service oberoende av boningsort de viktigaste målen med servicestrukturen ur social- och hälsovårdens perspektiv.

”Samarbetet mellan kommunerna emellan har ökat märkbart. Enligt kommunernas svar kommer 290 kommuner att uppnå det mål som ramlagen förutsätter, det vill säga att ha ett befolkningssunderlag på minst 20 000 invånare, genom att bilda ett samarbetsområde”, berättade Risikko.

Det är motiverat att social- och hälsovården organiseras som en enhetlig, funktionell helhet, understryker social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med Finlands kommunförbund.

”En stor del av kommunerna med under 20 000 invånare håller fast vid sina planer att bevara en funktionell helhet för social- och hälsovården. Å andra sidan har ungefär 100 kommuner meddelat att de planerar att flytta endast enskilda uppgifter från socialvården till samarbetsområdet. Det finns skäl för att vara allvarligt oroade huruvida samarbetet mellan social- och hälsovården splittras i dessa områden och om socialvården spjälkas så att den blir svår att kontrollera”, sade Risikko.

Risikko poängterade att socialvården är jämlik med hälsovården och att de båda kompletterar varandra.

”Social- och hälsovårdsministeriet kommer speciellt att utvärdera om kommunerna får tillstånd en funktionell helhet eller en administrativ sillsallad. En enhetlig social- och hälsovård är för medborgarnas bästa. Det får inte vara så att tjänster i framtiden erbjuds från allt fler ställen, utan tvärtom. I den mer ingående utvärderingen av planerna kontrollerar vi också om kommunerna har vågat se längre än till en valperiod”, sade Risikko.

”Social- och hälsovårdsministeriet kommer dessutom ännu att noggrant utvärdera situationen bland sådana kommuner som verkar bli lämnade ensamma utan samarbetskompaner. Vi kommer också att omsorgsfullt utvärdera motiveringarna till varför kravet om befolkningsunderlag inte uppfylls på grund av specialförhållanden. I ramlagen nämns skärgård, långa distanser, språk och kultur som specialförhållanden”, sade Risikko.

Enligt Risikko är kommunerna fortfarande försiktiga i sina planer att grunda nya samkommuner för att samordna socialvårdens specialtjänster.

”Tjänsterna för specialvård för utvecklingsstörda skall enligt planerna fortfarande huvudsakligen skötas av samkommuner. Omkring en fjärdedel av alla kommuner har meddelat att de låter samkommunen sköta även andra specialtjänster inom socialvården, så som barnskydd, rusmedelsvård, handikappvård och åldringsvård”.

Enligt ramlagen är det samkommunernas plikt att främja hälsa, funktionsförmåga och social trygghet inom det egna området.

”Övriga många kommuner hade låtit bli att svara på frågan som berörde denna uppgift och av dem som svarade var det bara några som lyfte fram ett socialpolitiskt perspektiv i samband med hälsofrämjande. Fastän man inte utredde främjande av hälsa och välmående som kommunernas egna verksamhet i utredningen, är det fortfarande en central uppgift för kommunerna”, poängterade Risikko.

Enligt Risikko har samarbetet med Finlands kommunförbund varit utomordentligt konstruktivt och flytande.

”Tillsammans kommer vi att se till att kommunernas planer analyseras och utvärderas på ett djupare plan. Tåget har fått upp farten och vi behöver ingen som bromsar, utan mod att åka framåt. Kommun- och servicestrukturreformen fortsätter, dialogen med kommunfältet kommer att vara mycket intensiv under vintern. Det bästa för medborgarna är vårt mål”, sammanfattade Risikko.

## Pressmeddelande 268/2007

### Kommunsammanslagningar och samarbetet mellan kommunerna ökar

Inrikesministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet och Finlands kommunförbund informerar:

Antalet kommuner minskar med åtminstone 31 före 2009 och 290 kommuner har för avsikt att uppnå ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare enligt lagen genom att bilda ett samarbetsområde. Detta framgår av de genomförandeplaner som lämnats till inrikesministeriet om kommun- och servicestrukturreformen.

Den preliminära analysen av de planer som har lämnats till inrikesministeriet visar att utanför sammanslagningar och samarbete står för närvarande några tiotal kommuner, som inte har det invånarunderlag som lagen förutsätter. Beredningen av reformerna fortsätter i kommunerna. De utredningar som har lämnats ger en bild av nuläget. Under hösten har ministerierna varit i kontakt med de kommuner vars planer inte uppfyller kriterierna i lagen.

Finland har för närvarande 363 kommuner med färre än 20 000 invånare. Av kommunerna meddelar 42 att kravet på ett befolkningsunderlag på 20 000 för primärvården och socialvården inte uppfylls. Ramlagen ger möjlighet att avvika från kravet på befolkningsunderlag, om det på

grund av skärgård eller långa avstånd inte är möjligt att bilda en funktionell helhet eller om det är nödvändigt för att trygga språkliga eller kulturbaserade rättigheter.

För att få tillstånd att ordna grundläggande yrkesutbildning krävs enligt ramlagen ett befolkningsunderlag på 50 000 invånare. Enligt befolkningsdata för 2006 uppfyller 15 kommuner som ordnar grundläggande yrkesutbildning och 14 samkommuner inte kravet på befolkningsunderlag. Enligt de preliminära utredningarna uppfyller 21 av dem som ordnar grundläggande yrkesutbildning kravet på befolkningsunderlag genom att bilda en organisation av utbildningsanordnare på bredare basis och för en anordnare kommer befolkningsunderlaget att vara tillräckligt när den planerade kommunsammanslagningen genomförs. En del av kommunerna ordnar inte alls grundläggande yrkesutbildning eftersom de inte har skyldighet att göra det.

En större del av samarbetsområdena kommer att bilda samkommun men nästan lika ofta förekommer modellen med värdkommun. I modellen med värdkommun ansvarar den största kommunen för tjänsterna. I samband med att det bildas sammanslagningar och större samarbetsområden upplöses också samkommuner.

### *Det finns 18 stadsplaner*

Inrikesministeriet fick in stadsplaner av 18 stadsregioner av vilka Kouvolaregionen och Västra Nyland har lämnat en plan trots att lagen inte har förutsatt det. Däremot har Björneborgsregionen som nämns i lagen inte uppgjort någon plan. Enligt ramlagen om en kommun- och servicestrukturreform behöver ingen stadsregionplan utarbetas om alla kommuner i regionen konstaterar att en sådan är onödig.

### *Analyseringen av utredningarna fortsätter under hösten*

På statsrådets förfrågan svarade alla 392 kommuner som omfattas av ramlagen. Av de kommuner som har svarat har 42 meddelat att de svarar ingående på frågorna före slutet av året på grund av pågående utredningar om kommunsammanslagningar. Av de nuvarande kommunerna har 44 fattat beslut om kommunsammanslagning och utredningar fortsätter i 90 kommuner. Sedan 2005 har sammanlagt 215 kommuner varit med i utredningarna om kommunsammanslagningar.

En del av kommunerna lämnade ett gemensamt svar. Sådana kommungrupper var till exempel Saloregionen, som har beslutat att bilda en sammanslagning av 10 kommuner, den nya staden Raseborg, som skall bildas av Karis, Pojo och Ekenäs och kommuner som annars samarbetar till exempel Lojo, Nummi-Pusula och Högfors. I dessa fall lämnade en kommun svar för alla kommuners räkning.

Målet med hela reformen är att trygga basservicen i kommunerna också i framtiden. Kommunernas planer analyseras vid olika ministerier och Finlands Kommunförbund under hösten med avseende på hur kriterierna i denna och andra lagar uppfylls.

Analysen av genomförandeplanerna hjälper kommunerna när de utvecklar sin verksamhet. Avsikten med analysen är också att tillhandahålla information för redogörelsen om kommun- och servicestrukturreformen, som lämnas till riksdagen 2009.

En utomstående utvärderingsundersökning görs om kommun- och servicestrukturreformen där framstegen i reformen utvärderas i sin helhet. Undersökningen utförs av Lapplands universitet den 15 september 2007 till den 28 februari 2009. Mellanrapporterna blir klara i december 2007 och i mars 2008. Slutrapporten blir klar i februari 2009.

# Ett urval av pressmeddelanden från Stakes

2.10.2006

Expertgrupp:

## Förbättringsprogram nödvändigt för att trygga omvårdnaden av äldre och förbättra de sämst lottades ställning

Experter på socialpolitik och juridik har utarbetat en gemensam rapport, som innehåller ett programutkast för en regeringsperiod om de viktigaste åtgärderna för att särskilt förbättra de sämst lottades situation och omvårdnaden av äldre.

I den färska rapporten från Stakes projekt Valfärdsstatens gränser föreslås det att de fattigastes ställning ska förbättras genom att särskilt höja arbetslöshetsskyddets minimibelopp med två euro per dag, så att behovet av utkomstskydd skulle minska. Arbetsgruppens andra förslag är att överväga att lösa upp bandet mellan inkomstrelaterad dagpenning och minimidagpenning samt arbetsmarknadsstöd. Frågan är mycket politisk, men arbetsgruppen vill att den tas upp i en öppen diskussion.

Enligt förslagen i rapporten skulle den nedre gränsen för skattepliktig inkomst i kommunbeskattningen höjas från 1 480 euro till 3 000 euro. Att prioritera barnbidraget och dess ensamförsörjartillägg i förhållande till utkomststödet skulle på ett effektivt sätt öka köpkraften hos barnfamiljer med de lägsta inkomsterna.

Utkomststödet måste kopplas till de faktiska levnadskostnaderna. Samtidigt måste minimiförmånsbeloppen (arbetsmarknadsstöd, minimidagpenning, hemvårdsstöd, folkpension) vara i ett logiskt motiverat förhållande till varandra.

De som får hemvårdsstöd har ofta de allra lägsta inkomsterna och tappar ofta lätt kontakten med arbetsmarknaden. Enligt förslagen i rapporten skulle situationen förbättras om hemvårdsstödet ändrades så att det tillåter deltidsarbete.

I rapporten framhävs betydelsen av att förena de minsta löneinkomsterna och den sociala tryggheten, dvs. betydelsen av så kallade mellanliggande arbetsmarknader. De kunde erbjuda tiotusentals arbetssökande en arbetsmöjlighet. Lönestöd är ett centralt element i det här sammanhanget. Enligt arbetsgruppen kunde de mellanliggande arbetsmarknaderna ses som ett steg mot deltagandeinkomst.

### *Granska institutionsvårdens användaravgifter och inför omsorgsfond och social garanti*

Antalet personer som behöver omvårdnad ökar. Enligt rapporten tar de nuvarande kostnadsmodellerna inte hänsyn till vilken betydelse sjukdomar som orsakar demens, åldersdepression och ensamhet har i fråga om serviceboende och institutionsvård. Även personaldimensioneringen inom sektorn är uppenbart mindre än i de övriga nordiska länderna. Därför är beräkningarna av volymutvecklingen inom långvården underdimensionerade. Nya lösningar behövs.

Enligt rapportens förslag borde brukaravgifter inom institutionsvården dimensioneras mer rättvist än för närvarande. I dag beaktas inte bostäder eller annan egendom som inte har realiserats, när avgiften för långvård fastställs. Den här principen bör övervägas på nytt. Även den privata serviceproduktionens roll bör stärkas till exempel med hjälp av servicesedlar. Man borde också utveckla stödet för närståendevård. Dessutom borde bestämmelserna om vårdledighet ändras, så att rättigheten skulle utvidgas till att inbegripa vård av egna föräldrar.

I rapporten föreslås också att en särskild omsorgsfond som inte ingår i statens budget upprättas. Genom fonden skulle man vara förberedd om det skedde en kraftig ökning av och variationer i omvårdnadskostnaderna. Fondens inkomster skulle utgöras av arbetsgivaravgifter och avgifter som tas ut från inkomst- och kapitalinkomster samt intäkter från investeringar.

I rapporten föreslås också att social garanti ska bli en del av socialarbetet på samma sätt som vårdgarantin är det inom hälso- och sjukvården. Den sociala garantin skulle trygga rätten till tjänster inom utsatt tid oberoende av boningsort, när det gäller barnskydd, alkohol- och drogarbete, bostadslöshet och utkomststöd. På så sätt skulle de nuvarande till och med rätt stora skillnaderna mellan kommuner utjämnas.

Rapporten Oikeus ja kohtuus – arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivasuusta (Rätt och rimligt – Bedömningar av och förslag om privat och offentligt välfärdsansvar) är den andra publikationen i Stakes projekt Välfärdsstatens gränser, som utvärderar hur välfärdsstaten mår och lägger fram nya förslag.

16.11.2006

## Publikation om analys av konsekvenser för barn

### Lagstiftningen och förvaltningen måste beakta barnets bästa

Stakes har utarbetat en publikation om analys av konsekvenser för barn. Den riktar sig främst till kommunala och statliga beslutsfattare och myndigheter och är ett verktyg för att identifiera barnets bästa. Genom modellen kan man förutsäga vilka direkta och indirekta konsekvenser beslut och program får för barn. Metoden införs med stöd av FN:s konvention om barnens rättigheter, enligt vilken man i beslut som rör barn i första hand ska beakta barnets bästa.

Syftet med modellen är att redan på förhand identifiera eventuella skadliga följder av beslut, så att man kan undvika dem eller vid behov vidta korrigerande åtgärder. Vid beredning av beslut bör ungefär en procent av projektets totala kostnader reserveras för analys av konsekvenser för barn.

Tidigare har man inte haft ett konkret verktyg, som bygger på klara och individualiserade frågor. Modellen består av sex delar: att skaffa information, att identifiera konsekvenserna, att bearbeta informationen och att bedöma, rapportera om och följa upp konsekvenserna och alternativen.

Direkta konsekvenser för barn analyseras ur följande dimensioner: hälsa, mänskliga relationer, boende och rörlighet, flyt i vardagen, delaktighet och jämlikhet. Indirekt kan barnen påverkas av förändringar i familjens ekonomi och i tjänster för familjen, förändringar på gemenskaps- och regionnivå samt av faktorer som påverkar de sociala relationerna.

Att analysera konsekvenser för barn lyftes fram som en utvecklingsfråga i den nationella handlingsplanen Ett Finland för barnen (SHM 2005), som utarbetats av Kommissionen för barnfrågor i Finland. Planen bygger på slutdokumentet A World Fit for Children, som FN:s generalförsamling antog vid specialsessionen om barn i maj år 2002.

Enligt artikel 3:1 i konventionen om barnens rättigheter ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. Det här förutsätter att beslutsfattarna vid fattandet av beslut har information om vilka konsekvenserna för barn är. FN:s kommitté för barnens rättigheter rekommenderar att man gör en särskild analys av konsekvenser för barn, när nya handlingsprogram eller anvisningar, ny lagstiftning, nya föreskrifter, årlig budget på nationell, regional och lokal nivå, eller organisatoriska och administrativa förändringar på olika samhällsnivåer utarbetas eller verkställs.

Att analysera konsekvenser för barn är särskilt aktuellt nu när reformen av kommun- och servicestrukturen genomförs.

20.11.2006

## Minderåriga får allt mer psykiatrisk vård och på olika sätt

Enligt en rapport från Stakes ökade den psykiatriska sjukhusvården av barn och ungdomar avsevärt från slutet av 1990-talet fram till övergången till det nya årtusendet. Efter det har utnyttjandet av tjänster varit oförändrat. Mest ökade den psykiatriska sjukhusvården av flickor i åldern 13–17 år. Samtidigt som antalet patienter ökade, förkortades vårdperioderna. Av den färiska rapporten framgår att den psykiatriska sjukhusvård som minderåriga fick var av mycket olika slag i olika delar av Finland under 1995–2004.

Under de senaste tio åren har den psykiatriska sjukhusvården för barn och ungdomar förändrats mycket. Under lågkonjunkturen på 1990-talet minskade utbudet av psykosociala tjänster i kommunerna. Däremot har mentalvårdstjänster för barn understötts genom specialanslag och specialprojekt under hela 2000-talet. Man har diskuterat minderårigas psykiska hälsa mycket och oroat sig över servicevolymen och huruvida servicen räcker till.

I Stakes färiska rapport beskrivs hur den psykiatriska sjukhusvården av barn och ungdomar utvecklades från 1995 till 2004. Antalet minderåriga som fick psykiatrisk sjukhusvård fördubblades från 1995 (1313) till 2004 (2787). Särskilt när det gäller flickor i åldern 13–17 år ökade de frivilliga inskrivningarna på sjukhus och inskrivningarna oberoende av viljan, sjukhusvården och tvångsåtgärderna. Antalet minderåriga som fick vård oberoende av viljan fyrdubblades. År 1995 var antalet 118 och år 2004 hade det ökat till 457. Inom den psykiatriska sjukhusvården förekom också mångdubbla regionala skillnader mellan sjukvårdsdistrikten. Åren 1995–1997 hade till exempel Helsingfors det största antalet minderåriga i psykiatrisk vård: i snitt 215 minderåriga per 100 000 minderåriga. Motsvarande siffra för Länsi-Pohja var 18. Skillnaderna utjämnades på 2000-talet, när Södra Karelen hade det största antalet: i snitt 345 minderåriga per 100 000 minderåriga. Motsvarande siffra för Länsi-Pohja var 98.

Barn och ungdomars psykiatriska problem är såväl ett mänskligt lidande som ett folkhälsoproblem. Den psykiatriska sjukhusvården är en liten men viktig del av mentalvårdstjänsterna för barn och ungdomar. Man är hänvisad till sjukhusvård när öppenvårdsmetoderna inte längre räcker till eller när utbudet av öppenvård är otillräckligt. Sjukhusvården separerar barnet och den unga från hans eller hennes familj och egna miljö och är den vårdform som mest begränsar individens frihet. Rapporten avslöjar informationsbrister, som bör undersökas. Statistiken visar utvecklingsriktningen, men den berättar inte orsakerna. I Finland finns ingen heltäckande information om hur antalet psykiska hälsoproblem hos unga och problemens allvarlighetsgrad utvecklas. Dessutom vet man inte hur minderåriga styrs till social-, hälso- och sjukvårdstjänster, i vilken utsträckning de täcker behoven och om stödet och vården är den bästa möjliga.

Rapportmaterialet är taget ur vårdanmälningsregistret Hilmo, som Stakes upprätthåller och som innehåller uppgifter om alla avslutade sjukhusperioder indelade efter sjukvårdsdistrikt. Barnskyddets olika fosterhem och institutioner har inte tagits med i rapporten.

22.11.2006

## Vård- och omsorgskostnaderna i Finland rimliga – hållbarheten kopplad särskilt till den ekonomiska tillväxten

Finlands offentliga kostnader för socialtjänster samt hälso- och sjukvårdstjänster ligger nära genomsnittet för de övriga jämförelseländerna (EU15 eller OECD-länderna). Hälso- och sjukvårdskostnaderna hör till industriländernas lägsta, men kostnaderna för långvård inom äldreomsorgen är höga. De sammanräknade kostnaderna för vård och omsorg är påtagligt lägre än i de övriga

nordiska länderna. Förändringen i åldersstrukturen kommer inte nödvändigtvis att påverka de växande utgifterna så mycket som förmodats.

Enligt en rapport som utarbetats av en expertgrupp inrättad av Stakes förväntas utgifterna för socialtjänster samt hälso- och sjukvårdstjänster öka avsevärt. Trots det ökar utgifternas andel av nationalprodukten måttligt ända fram till cirka 2015. Ungefär 2015 eller 2020 beräknas BNP-andelen för vård- och omsorgsutgifterna öka från den nuvarande med 1,2–1,7 procentenheter. Därefter ökar kostnaderna snabbare, eftersom de stora åldersklasserna behöver vård och omsorg. Efter 2030 förväntas kostnadernas tillväxttakt stabiliseras.

Behovet av vård och omsorg ökar vanligen kraftigt under livets sista år. Därför har förändringen i befolkningsstrukturen framhävts i scenariot för vård- och omsorgsutgifterna. De ökande utgifterna påverkas emellertid också av andra faktorer. I beräkningarna är det svårt att förutse den teknologiska utvecklingens inflytande, arbetskraftskostnadernas ökning, politiska beslut som ändrar servicesystemet eller förändringar i människornas beteende. Allt detta kan påverka kostnaderna mer än en förändring i åldersstrukturen.

Enligt expertgruppen förklarar förändringen i åldersstrukturen endast cirka en tredjedel av kostnadsökningen. När även andra än befolkningsstrukturfaktorer beaktas i beräkningarna, blir prognoserna mindre förutbestämda. Till exempel Stakes och Helsingfors universitets beräkning, som beaktar en förbättrad funktionsförmåga hos den äldre befolkningen, förutspår att kostnadsökningen kan komma att vara till och med en fjärdedel mindre än i prognosen som endast beaktar befolkningsförändringen. Å andra sidan kan också mer radikala synpunkter på kostnadsutvecklingen läggas fram. Expertgruppen betonar att man genom politiska och andra beslut som nu fattas i hög grad kan påverka de faktorer som styr kostnadsutvecklingen.

Enligt uppgifterna i nationalekonomins bokföring 2004 var de offentliga kostnaderna för hälso- och sjukvården och socialtjänsterna 14,3 miljarder euro, dvs. 9,4 procent av bruttonationalprodukten. Hälso- och sjukvårdens offentliga konsumtionsutgifter utgjorde 8,6 miljarder euro av detta och socialtjänsternas 5,7 miljarder euro. Volymen av och värdet på inofficiell omvårdnad som människor ger varandra statistikförs inte. De totala kostnaderna för vård och omsorg inbegriper också hälso- och sjukvårdens privata konsumtionsutgifter, som var cirka 3 miljarder euro år 2004. Verksamhetsutgifterna för kommunala socialtjänster samt hälso- och sjukvårdstjänster var 12,1 miljarder euro, när andelen klient/patientavgifter lämnas obeaktad.

Enligt Stakes expertgrupp är de nuvarande uppgifterna från olika beräkningar av socialtjänsternas och hälso- och sjukvårdstjänsternas kostnadsnivå och kostnadsutveckling inte jämförbara med varandra. Variationen orsakas av skillnader i de använda statistikällorna, olika sätt att beräkna kostnaderna och skillnader i beräkningarnas bakgrundsantaganden. Servicebegreppen används också på varierande sätt. Därför är det med tanke på tolkningarna av servicesystemet viktigt att veta vad som i förekommande fall ingår i vården och omsorgen och på vilket kunskapsunderlag uppskattningarna bygger.

Enligt expertgruppen kan man på basis av statistiken och beräkningarna inte på ett entydigt sätt säga om kostnaderna för det nuvarande servicesystemet är för höga eller om utgifternas tillväxttakt är för snabb. Svaret beror på den ekonomiska tillväxten. En ökning av kostnaderna innebär enligt expertgruppen dock att man för att säkerställa en vård och omsorg som motsvarar dagens måste öka finansieringsunderlaget. Grundförutsättningen för att kunna säkerställa de tjänster som den offentliga sektorn ansvarar för är en tillräcklig ekonomisk tillväxt och ett tillräckligt beskattningsutfall. Tjänsternas ekonomiska hållbarhet kan också stödjas genom att förhindra en kostnadsökning, särskilt genom att begränsa prisstegringar och satsa på förebyggande arbete.

Rapporten Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys – arvioita sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kehityksestä (Ekonomisk hållbarhet inom vård och omsorg – utvärderingar av socialtjänsternas samt hälso- och sjukvårdstjänsternas kostnadsutveckling) är en del av Stakes omfattande projekt Välfärdsstatens gränser, som utvärderar ur olika perspektiv hur välfärdsstaten mår och lägger fram nya förslag att diskutera.

8.12.2006

Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2006:

## Alkoholkonsumtionen och dess skadeverkningar större än någonsin

Förra året var alkoholkonsumtionen 10,5 liter per invånare. Konsumtionen i liter 100-procentig alkohol var drygt en liter högre än före skattesänkningen 2003. På sjukhus och hälsovårdscentraler hade antalet vårdperioder med alkoholrelaterade sjukdomar ökat cirka 14 procent sedan 2003.

År 2005 var den totala alkoholkonsumtionen 55,2 miljoner liter 100-procentig alkohol. Konsumtionens ökning minskade till ungefär 2,5 procent från att ha varit nästan 10 procent år 2004.

Förra året registrerades på sjukhusens och hälsovårdscentralernas vårdavdelningar drygt 37 300 vårdperioder med en alkoholrelaterad sjukdom som huvud- eller bidiagnos. Ökningen från föregående år var lite över 2procent. Antalet vårdperioder med alkoholrelaterade sjukdomar var fortfarande störst i åldrarna 45–64 år. Särskilt antalet vårdperioder med leversjukdomar samt psykoser till följd av långvarigt alkoholbruk ökade iögonenfallande. Antalet vårdperioder med alkoholrelaterade sjukdomar hade ökat cirka 14 procent jämfört med år 2003. Männens andel av vårdperioderna var 80 procent och kvinnornas 20 procent.

Åren 2004 och 2005 ökade antalet alkoholrelaterade dödsfall snabbt. Förra året dog över 2000 personer i sjukdomar orsakade av alkohol och i alkoholförgiftning. Alkoholrelaterade orsaker blev den vanligaste dödsorsaken bland män och kvinnor i arbetsför ålder (15–64 år). Dödsfall orsakade av leversjukdomar ökade med ungefär 17 procent år 2005. Fallen av förgiftningsdöd med direkt anknytning till alkohol minskade emellertid med cirka 9 procent. Till följd av olycksfall eller våld dog nästan 1 000 berusade personer.

Vårdperioderna som orsakats av narkotika utgjorde en femtedel av alla alkohol- och narkotikarelaterade vårdperioder. I åldrarna under 35 år orsakade narkotikabruk nästan hälften av alla alkohol- och narkotikarelaterade vårdperioder. År 2005 registrerades på vårdavdelningarna inom hälso- och sjukvården 5900 vårdperioder med narkotikarelaterade sjukdomar som huvuddiagnos. Enligt preliminära uppgifter var 174 dödsfall narkotikarelaterade förra året.

År 2005 var samhällets direkta kostnader för alkoholbruk 640–850 miljoner euro och för narkotikabruk 190–204 miljoner euro. Mest ökade kostnaderna för hälso- och sjukvård samt socialvård. Deras andel var nästan hälften av alla kostnader.

14.12.2006

Årsboken Nuorten elinolot:

## Ungdomars illabefinnande anhopas mycket hos pojkar

I årsboken Nuorten elinolot, som ges ut av Stakes, nätverket Nuorisotutkimusverkosto och Delegationen för ungdomsärenden, ställs frågan om det finns skillnader mellan könen när det gäller ungdomars välbefinnande. I boken ges också svaret på frågan: Ja, det finns, eftersom ungdomars illabefinnande anhopas mycket hos pojkar.

I traditionell välfärdsstatistik beskrivs illabefinnande närmast på samma sätt som till exempel dödlighet, barnskydd eller alkohol- och narkotikabruk. Trots att illabefinnandet verkar könlöst, anhopas det mycket hos pojkar. Olika typer av problem uppstår redan tidigt i pojkars liv: hälso-problemen i småbarnsåldern flyter samman med tidiga barnskyddserfarenheter samt vantrivsel i skolan, oavslutad utbildning och en högre ungdomsarbetslöshet. När även pojkarnas livshantering och levnadsvanor till största delen är sämre än flickornas, är det lättare att förstå att dödsfall till följd av våld och olycksfall anhopas hos det manliga könet.



Den komplicerade kopplingen mellan välbefinnande och kön åskådliggörs till exempel i Minna Autios och Chiara Lombardini-Riipinens artikel. Enligt den präglas åtminstone högskolestuderandes uppfattning om en hälsosam livsstil av ett starkt oberoende och tilltro till att man själv kan skapa och upprätthålla sin egen hälsa. Könet påverkar inte särskilt mycket sättet att tala om hälsosamma levnadsvanor, men enligt Kristiina Ojalas och hennes kollegors artikel tänker flickor och pojkar på olika sätt när de bedömer relationen till sin kropp. Trots att pojkar har mer övervikt än flickor, finns det mer flickor som anser att de är överviktiga. Alltså försöker flickorna banta, medan pojkarna hellre lyfter vikter i sin strävan att få en idealkropp.

Temana i årsboken är ungdomars uppfattningar om hälsosamma levnadsvanor och om renlighet samt flickors attityd till alkoholbruk. Nya perceptioner erbjuder också artiklarna om internet, om motion och spelande av datorspel, kopplingen mellan sex och motionsintresse samt analys av den snabbt ökande specialundervisningen i skolan. Med tanke på förebyggande är även icke heterosexuella mäns sexstrategier samt flickors och pojkars viktkontroll av intresse.

Pojkars och flickors välbefinnande är inte två separata frågor utan sammankopplade med varandra på många olika sätt. Sammankopplingarna analyseras i bokens åtta artiklar, i vilka experter tar ställning till frågor om välbefinnande och kön. I artiklarna jämförs flickors och pojkars välbefinnande och hälsa, men man lyfter också fram mångfalden inom de olika könen. Årsboken har ett inledningskapitel som ger bakgrunden. Dessutom ger den en bred översikt över den mest aktuella välfärdsstatistiken. I slutet av årsboken finns svenska sammanfattningar av artiklarna.

Den sjätte årsboken i serien Nuorten elinolot granskar också välbefinnandets positiva sida. Man beskriver bland annat fysiskt aktiverande datorspel, som utvecklas med fart och som kan locka ungdomar till att motionera mer aktivt än tidigare. Årsboken erbjuder också idéer till utveckling av sexualupplysningen, så att den når ungdomar med olika orientering bättre än tidigare.

Årsboken riktar sig till alla som arbetar med ungdomar samt till beslutsfattare som intresserar sig för nutidsungdomens välbefinnande och inställning till hälsan. Årsboken erbjuder dem som är intresserade av ungdomsforskning till exempel nya infallsvinklar.

## 30.1.2007

### Övervakning och upplysning minskade servering till berusade

Övervakning och upplysningsarbete på lokalnivå ökar restaurangernas ansvarsmedvetenhet. Stakes genomförde en uppföljningsstudie med provköp, som visade att servering till berusade minskat i pubar och barer till följd av det tvååriga lokala utvecklingsarbetet. På nattklubbarna observerades emellertid ingen förändring.

Stakes undersökte genom provköp om lokalt utvecklingsarbete påverkar alkoholnäringsens sociala ansvar. De preliminära resultaten av provköp visar att detaljhandelsbutiker och restauranger kan sporras till att följa alkohollagen genom att man ökar övervakningen och upplysningsarbetet. Undersökningarna är en del av utvecklings- och forskningsprojektet Lokal alkoholpolitik (Pakka), som genomförs i Tavastehus- och Jvaskyläregionerna under perioden 2004–2007.

Förbudet att sälja till berusade undersöktes i pubar, barer och nattklubbar i Jvaskylä åren 2004 och 2006. I studien försökte en skådespelare, som spelade tydligt berusad, beställa ett stop öl. Provköpen år 2004 och i uppföljningsstudien år 2006 gjordes på cirka 100 serveringsställen i Jvaskylä och i dess jämförelseregion. År 2006 utredde man försäljning till berusade också i matrestauranger, samt på serveringsställen i Tavastehus.

År 2004 resulterade 23 procent av provköpen i Jvaskylä i serveringsförbud. Tack vare Pakka-projektet ökade antalet förbud till 42 procent år 2006. Under motsvarande period blev serveringspraxisen på jämförelseorten slappare. Jvaskyläs goda resultat torde kunna förklaras framför allt av den åtstramade myndighetsövervakningen. Mest ansvarskännande var matres-

taurangerna. Nästan alla vägrade att sälja alkohol till en berusad kund. Vid vart tredje provköp på restaurang i Tavastehus 2006 serverades den berusade kunden ingen alkohol.

### *Kontrollen av försäljning till minderåriga prövades i detaljhandelsbutiker*

Provköp i detaljhandelsbutiker visade att kontrollen av försäljning av alkohol till minderåriga förbättrats lite i Tavastehus, medan den förbättrats tydligt på jämförelseorten. Åren 2004 och 2006 undersöktes detaljhandelns ålderskontroll i Tavastehus genom provköp i Alko, livsmedelsbutiker, kiosker och på bensinstationer. Åtta ungdomar försökte köpa alkoholdrycker utan de identitetshandlingar som behövs för kontroll av åldern. Alkobutikerna var de mest ansvarsfulla. I uppföljningen förbättrade kioskerna sitt resultat mest liksom små butiker i jämförelseregionen och bensinstationerna i Tavastehus.

Pakka-projektet företräder välfärdspolitik där samhället stöder den lokala alkoholnäringens ansvarsmedvetenhet genom incitament och upplysning. Särskild uppmärksamhet fäster man vid övervakning av åldersgränserna och vägran att sälja alkohol till tydligt berusade. Det här är effektiva sätt att förebygga alkoholskador. Pakkas verksamhet utgörs av effektiverad myndighetsovervakning inom alkoholnäringen, utbildning för detaljhandelns försäljare och restauranger- nas serveringspersonal samt olika informationskampanjer som riktar sig till restauranger- na. I projektet har man också aktiverat medborgare, myndigheter och beslutsfattare i frågor som rör förebyggande av alkoholskador.

## 1.3.2007

### Rapport om privat serviceproduktion inom socialvården och hälso- och sjukvården 2004:

#### Kommunerna och arbetsgivarna köper allt mer privata tjänster

Privata serviceproducenter, eller med andra ord organisationer och företag, producerar över en fjärdedel av alla sociala tjänster och en femtedel av hälso- och sjukvården, om man utgår från antalet anställda. Organisationerna producerar 19 procent och företagen 8 procent av alla sociala tjänster. Organisationernas andel av hälso- och sjukvården är 5 procent och företagens 13 procent. Andelarna av den privata serviceproduktionen varierar emellertid regionalt och inom olika tjänster.

Kommunerna köper huvuddelen av de sociala tjänster som både företag och organisationer producerar. År 2004 köpte kommunerna sociala tjänster av privata serviceproducenter till ett värde av nästan en miljard euro, vilket är nästan en femtedel av alla kostnader för kommunernas sociala tjänster. År 1995 var kostnaderna för köpta tjänster knappt 300 miljoner euro och år 2000 var de drygt 500 miljoner euro.

I hälso- och sjukvården köper kommunerna och samkommunerna endast en liten del av de privata serviceproducenternas tjänster. Likaså är de köpta tjänsternas andel av kostnaderna för kommunernas hälso- och sjukvård endast några procent. År 2004 uppgick köpta tjänster inom hälso- och sjukvården till drygt 200 miljoner euro. Summan har fördubblats sedan 2000 och tredubblats sedan 1995.

Hushållen köper närmast dagvård och hemservice när det gäller privata sociala tjänster. För dessa köp kan man få offentligt bidrag. Vid sidan av privat dagvårdsstöd och hushållsavdrag har även systemet med servicesedlar ökat kundernas möjlighet att själv välja serviceproducent. I fråga om hälso- och sjukvård köper hushåll bland annat läkar-, tandläkar- samt undersöknings- och vårdtjänster, vars kostnader till en viss del ersätts av Folkpensionsanstalten.

Även arbetsgivarna köper allt mer privat hälso- och sjukvård. Företagshälsovården är den sektor som växer snabbast inom den privata hälso- och sjukvården.

I slutet av 2004 arbetade 43 500 heltidsanställda inom de privata sociala tjänsterna och 28400 heltidsanställda inom den privata hälso- och sjukvården. Kostnaderna för produktionen av privata sociala tjänster och privat hälso- och sjukvård uppgick till totalt 3,5 miljarder euro, av vilka de sociala tjänsternas andel var 1,5 miljarder och hälso- och sjukvårdens knappt 2 miljarder euro.

### 8.3.2007

## Serviceöversikt inom social- och hälsovården 2007

### Forskare föreslår särskilda rådgivningsbyråer för kvinnor

Förstföderskor i Finland besöker rådgivningsbyrån i genomsnitt 14 gånger under graviditeten, men de regionala skillnaderna är relativt stora. Det minskande specialkunnandet och de alltmer krävande uppdragen på rådgivningsbyråerna för mödravård medför utmaningar för utvecklingen av verksamheten. Forskare vid Stakes föreslår därför att man överväger att grunda särskilda rådgivningsbyråer i hälsovårdscentraler för kvinnor.

Antalet besök på rådgivningsbyråerna och poliklinikerna för mödravård överskrider rekommendationerna i branschen. Så gott som alla kvinnor som väntar barn besöker rådgivningsbyrån för mödravård under graviditeten. År 2005 besökte förstföderskor rådgivningsbyrån i genomsnitt 14,3 gånger och polikliniken 3 gånger. Siffrorna för omföderskor var endast något lägre. Antalet besök har ökat sedan början av 1990-talet. Även invandrarnas besök på rådgivningsbyrån för mödravård låg i det närmaste på samma nivå som den övriga befolkningens besök. Dessa undersökningsresultat presenteras i Elina Hemminkis och Mika Gisslers artikel om rådgivningsbyråerna för mödravård i serviceöversikten inom social- och hälsovården 2007.

Antalet besök på rådgivningsbyråerna och poliklinikerna för mödravård varierar kraftigt beroende på region. Flest besök på rådgivningsbyråerna för mödravård rapporteras för Egentliga Finlands och Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt (17 st.) och minst för Västerbottens sjukvårdsdistrikt och Åland (11 och 12). Flest poliklinikbesök rapporteras för Södra Savolax sjukvårdsdistrikt (4,7) och minst för Vasa och Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt (2).

Arbetet på rådgivningsbyråerna för mödravård har blivit mer krävande. Byråerna har fått nya uppgifter, exempelvis fosterscreening, och en del av klienterna, till exempel äldre förstföderskor och missbrukare, kräver fördjupat specialkunnande. Någon heltäckande utredning av verksamheten vid rådgivningsbyråerna för mödravård på olika håll i Finland har inte gjorts, men forskarna har likväl observerat allmänna trender, av vilka en del kan vara bekymmersamma. Läget varierar visserligen per kommun.

Förlossningssjukhusen har fått en viktigare roll. Rådgivningsbyråerna för mödravård har så gott som försvunnit helt som fysiska enheter: många byråer har slagits samman med andra rådgivningsverksamheter, och i andra fall har man grundat centrala rådgivningsbyråer på sjukhuspolikliniker. Rådgivningsbyråerna för mödravård har inte längre personal som är specialiserad på graviditet och förlossning, eftersom barnmorskorna småningom pensioneras och efterträds av hälsovårdare.

Till följd av denna utveckling finns det inte tillräckligt med specialkunnande på rådgivningsbyråerna och hälsovårdarna får inte heller tillräckligt med erfarenhet, eftersom antalet väntande kvinnor per hälsovårdare är litet. Samtidigt saknas kopplingen till annan reproduktiv hälsa, eftersom barnlöshet, prevention av graviditet, könssjukdomar, missfall och aborter sköts på andra ställen. Till följd av att tjänsterna har centraliserats kan avstånden till rådgivningsbyråerna vara långa. Från specialfrågor som gäller graviditetstiden har byråerna i allt högre grad övergått till allmän hälsofostran och stöd för familjen.

Enligt forskarna utvecklas rådgivningsbyråerna för mödravård alltför sporadiskt. Rådgivningsverksamheten gynnas av systematisk och faktabaserad planering och centraliserade instruktioner och anvisningar. Det finns ingen motivering för de stora regionala skillnader som råder i dag. Forskarna presenterar fyra alternativ för utveckling av verksamheten vid rådgivningsbyråerna för mödravård. De kan sammanföras med tjänsterna för barn och ombildas till ”rådgivningsbyråer för hälsa”, eller överföras till specialistsjukvården, där de utgör en del av verksamheten vid poliklinikerna för mödravård. Det är också möjligt att bilda ”rådgivningsbyråer för kvinnor”, som drivs av barnmorskor, eller fortsätta med den varierande verksamheten enligt dagens modell.

Forskarnas rekommendation är att man överväger särskilda rådgivningsbyråer för kvinnor. Deras verksamhet skulle även omfatta prevention av graviditet, abortrådgivning, vård vid missfall, rådgivning för mödrar, rådgivning och basundersökningar vid barnlöshet, prevention och behandling av könssjukdomar, menstruationsproblem, vård i anslutning till menopaus samt gynekologisk screening. Då skulle man bättre kunna beakta de ömsesidiga effekterna av olika faktorer inom reproduktiv hälsa. Samtidigt skulle vårdens innehåll och kontinuitet förbättras, och olika regioner och befolkningsgrupper beredas ökad likvärdighet.

Benämningen ”rådgivningsbyrå för kvinnor” kan inledningsvis vara problematisk för kvinnornas makar och barnens fäder. Problem kan även uppstå då vården kopplas till hälsofrågor som ligger utanför området för reproduktiv hälsa, i synnerhet i anslutning till rådgivning för barn. Forskarna tror emellertid att männen lär sig att acceptera rådgivningsbyrån för kvinnor på samma sätt som den nuvarande rådgivningsbyrån för mödravård.

### 8.3.2007

#### Serviceöversikt inom social- och hälsovården 2007

#### Sammanlagt 95 % av personalen och hälften av klienterna inom den sociala servicen är kvinnor

Enligt Stakes serviceöversikt inom social- och hälsovården 2007 är 95 procent av de anställda inom socialvården kvinnor. Den kvinnliga majoriteten bland de anställda kommer att bestå även i framtiden. Sammanlagt 49 procent av klienterna är män. Majoriteten av kvinnliga klienter är störst inom tjänster för äldre, medan den manliga majoriteten är störst inom missbrukarservicen. Det ekonomiska stödet liksom också annat stöd från släktingar och vänner är fortfarande viktigt för finländarna, särskilt för kvinnorna.

År 2004 hade den sociala servicen sammanlagt 1073000 klienter, av vilka 51 procent var kvinnor och 49 procent män. Den största majoriteten av kvinnliga klienter fanns inom tjänster för äldre (70 procent) och handikappservice, och den största majoriteten av manliga klienter fanns inom missbrukarservice (70 procent), tjänster för barnfamiljer och utkomststöd.

Inom socialvården utgör kvinnor fortfarande 95 procent av personalen. Situationen var densamma redan år 1990. Inom den kommunala social- och hälsovården arbetade år 2005 sammanlagt 249 700 personer (91 procent kvinnor och 9 procent män). Socialvården hade sammanlagt 115 320 anställda (95 procent kvinnor och 5 procent män). Den proportionella andelen män och kvinnor har varit oförändrad sedan 15 år. Forskarna uppskattar att sammanlagt 22 700 personer pensioneras från branschen under de följande 15 åren. Eftersom den proportionella andelen kvinnor och män är lika stor bland dem som pensioneras och dem som stannar i arbetslivet, kommer det inte att ske några nämnvärda förändringar i fördelningen mellan kvinnor och män i branschen.

Om varannan person som pensioneras från socialvården ersattes med en manlig anställd, skulle andelen kvinnor om femton år vara 86 procent, och andelen män 14 procent. Om alla

tjänster som blir lediga under de följande 15 åren tillsattes med män, skulle andelen kvinnor vara 76 procent och andelen män 24 procent. Om man önskar locka fler män till branschen måste man fundera på nya utbildnings- eller rekryteringspolitiska lösningar.

### *Stödet från släktingar och vänner viktigare för kvinnor än för män*

Välfärdssamhället skulle inte klara sina uppgifter utan stöd från den inofficiella sektorn. Släktingar och vänner utgör ett viktigt inofficiellt nätverk för stöd och hjälp i medborgarnas vardag. Sammanlagt 28 procent av de svarande hade fått samtalshjälp av sina släktingar, medan 15 procent hade fått ekonomiskt stöd, 9 procent arbetshjälp och 2 procent personlig hjälp. Sammanlagt 33 procent av de svarande hade fått samtalshjälp av vänner, grannar och bekanta, medan 6 procent hade fått arbetshjälp, 2 procent ekonomiskt stöd och 1 procent personlig hjälp.

Sammanlagt 17 procent av kvinnorna och 12 procent av männen hade fått ekonomiskt stöd av sina släktingar under det senaste året. Nästan hälften av kvinnorna (49 procent) och en dryg tredjedel av männen (36 procent) ansåg att släktingarnas ekonomiska stöd var mycket eller relativt betydande.

Sammanlagt 8 procent av de svarande hade fått ekonomiskt stöd av kommunen eller en statlig myndighet. Församlingarnas och organisationernas hjälp handlade i högre grad om samtalshjälp än om ekonomisk hjälp eller arbetshjälp.

Samtalshjälpen från släktingar hade större betydelse för kvinnor än för män. Nära vänner betraktades emellertid som viktigare samtalspartners än släktingar. Sammanlagt 40 procent av kvinnorna och en fjärdedel av männen svarade att de fått samtalshjälp av nära vänner under det senaste året. Även tidigare undersökningsresultat har visat att släktgemenskapen fortfarande är viktig. Dess betydelse håller emellertid på att minska, medan vänskapsförhållandenas betydelse ökar.

Enkäten visar att majoriteten av männen (81 procent) var nöjda med socialservicesystemet eller skulle förbättra systemet med små åtgärder, medan andelen kvinnor som ställde sig positiva var mindre (74 procent). I enkäten tillfrågades medborgarna även om deras åsikt om privatisering av socialservicen. Enligt resultaten skulle 13 procent av kvinnorna och 9 procent av männen öka utbudet av privat socialservice.

## 26.4.2007

### Skadereduktion blev en del av narkotikapolitiken

Reduktion av skador till följd av narkotikabruk har inte lett till en liberalare narkotikapolitik. Enligt Tuukka Tammis doktorsavhandling, som Stakes publicerar, har de nya sätten att reglera skadeverkningar blivit en del av den traditionella politiken, som bygger på ett totalförbud mot narkotika. De nya sätten uppfattas ofta som toleranta. Ämnet för undersökningen är förändringen i den finska narkotikapolitiken samt i synnerhet den politiska kampen kring skadereduktion som en del av den här förändringen.

Enligt undersökningen har nål- och sprutbyte samt substitutionsbehandling resulterat dels i att det uppstått specialiserade medicinska tjänster, dels i att läkarkåren satsat mer på att ta itu med narkotikarelaterade problem. Samtidigt har den straffrättsliga kontrollen av narkotikabruk stramats åt. Skadereduktion i kombination med en bestraffande förbudspolitik bildar ett nytt slags dubbelspårig narkotikapolitisk modell.

Då narkotikabruket och de därmed förknippade skadeverkningarna ökade mot slutet av 1990-talet började man i Finland tala om en andra narkotikavåg. Vid sidan om den narkotikapolitik som baserat sig på straffrättsliga metoder började man lyfta fram nya sätt att reglera narkotikafrågan. En del av de nya strategierna gick under namnet ”skadereduktion” (på engelska

harm reduction). De mest kända praktiska tillämpningarna för att minska skadeverkningar är nål- och sprutbytesprogram för injektionsmissbrukare och läkemedelsprogram för substitutions- och underhållsbehandling av opiatbrukare.

Begreppet skadereduktion hänger samman med en folkhälsobaserad narkotikapolitik där regleringen primärt avser hälsorelaterade skador och risker med anknytning till narkotika. Politiken för att minska skadeverkningarna har å andra sidan också getts tolkningar som gällt mänskliga rättigheter och social jämlikhet. I Finland har skadereduktionen också kriminalpolitiska rötter. Brukarnas rättigheter eller skadeverkningarna av narkotikakontrollen har inte lyfts fram i någon större utsträckning.

Doktorsavhandlingen bygger på fem artiklar. I den första skapas en allmän bild av den spänningsladdade förändringen i narkotikapolitiken samt av förändringstendenserna vid millennieskiftet. Den andra fokuserar på begreppet skadereduktion och på skadereduktionens internationella bakgrund. Den tredje artikeln beskriver den process som åren 1996–1997 resulterade i den första nationella narkotikastrategin genom att olika inbördes spänningsladdade synsätt på hanteringen av narkotikaproblemet samordnades. Samtidigt öppnades vägen för skadereducerande åtgärder. Den fjärde artikeln förklarar den förhållandevis snabba spridningen av sprutbytesprogram sedan 1996. I den femte artikeln utvärderas skadereduktion i form av substitutionsbehandling ur opiatbrukar- och anhörigorganisationernas synvinkel. Undersökningsmaterialet består av administrativa dokument och intervjuer med nyckelpersoner.

### 3.5.2007

Evenemanget TERVE-SOS i Uleåborg 23.–24.5.2007:

#### TERVE-SOS 2007 utmanar till kreativitet och modiga förändringar

Temat för evenemanget som Stakes och Uleåborgs stad organiserar är ”Kreativa och modiga förändringar”. På seminarierna i lokaliteterna som hör till medicinska fakulteten i Uleåborg och på yrkesmässan i Ouluhalli kommer tusentals yrkespersoner, forskare, utvecklare, personer från organisationer och beslutsfattare att utbyta åsikter och uppdatera sina kunskaper. Företrädarna för medierna är hjärtligt välkomna att besöka evenemanget och de presskonferenser som hålls båda dagarna. Mer information om evenemanget finns på [www.stakes.fi/tervesos](http://www.stakes.fi/tervesos).

Evenemangets 11 seminarier, öppningsprogram, morgonseminarium samt övriga program fokuserar på den offentliga sektorns kreativitet, modighet och föregångaranda vid förändringar. På ett av den första dagens seminarier deltar bland annat social- och hälsovårdsministeriets kanslichef Kari Välimäki och HNS verkställande direktör Kari Nenonen i diskussionen om att anordna service. Det traditionella nattseminariet bjuder på överraskningar under ledning av Vappu Taipale. På morgonseminariet den andra dagen behandlar man människans innovativitet. Den andra dagen går man också igenom barnskyddets makt och ansvar samt riskerna och möjligheterna vid konkurrensutsättning och beställning av tjänster.

TERVE-SOS-mässan är en fackutställning med över 100 utställare. Till mässprogrammet hör även sakkunniganföranden. Utöver att få veta mer om sektorns viktigaste organisationer, sammanslutningar och företag kan besökaren också delta i annat intressant program. På estraden Tapahtumalava kommer kören Lähde att sjunga och leda allsång och teatern Lähteellä att uppföra en pjäs. Riksdagens nya social- och hälsovårdsutskott anordnar en paneldiskussion. Andra teman som kommer att tas upp är hur utnyttjande av barn upptäcks och hur man kan hjälpa i sådana fall. På arenan Rekrytointiareena anställer offentliga och privata arbetsgivare personal. Esteetön koti, dvs. ett hem utan hinder, förevisar hjälpmedel som underlättar vardagen. På torget Tietotori ges aktuell information båda dagarna.

Utbildningsevenemangets pressrum i Uleåborgs medicinska fakultets lokaler står till mediernas förfogande kl. 9–16 den 23–24 maj. Därifrån fås presskort, evenemangets program, sammanfattningar av föreläsningarna samt informations- och bakgrundsmaterial. På mässan i Ouluhalli fås pressmaterial i anslutning till informationsdisken kl. 9–18 den 23 maj och kl. 9–16 den 24 maj.

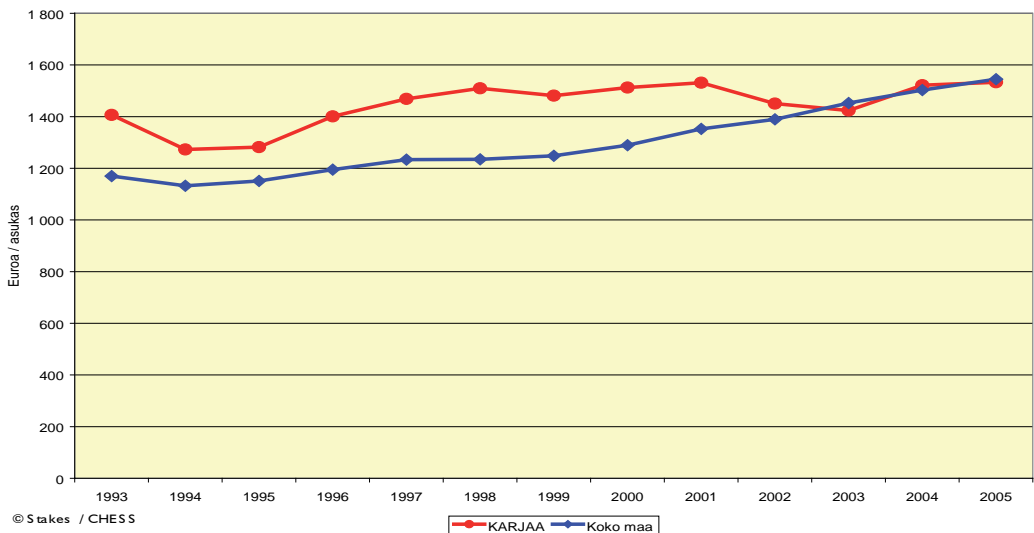
## 7.5.2007

Stakes utredning över utvecklingen:

### Karis utgifter är på kommunernas medelnivå – äldreomsorgen har förbättrats

Karis stads utgifter för hälso- och sjukvård och äldreomsorg har enligt de behovsstandardiserade utgifterna per invånare sjunkit till kommunernas medelnivå i landet under år 2005. Uppgiften framgår av Stakes utredning, som nyss färdigställts beträffande utgifterna för Karis stads hälso- och sjukvård och äldreomsorg åren 1993–2005. Utredningen omfattar också patientstrukturen inom institutionsvården och vårdkvaliteten. År 1998 gav Karis Folkhälsan i uppdrag att sköta och organisera primärvården och äldreomsorgen till slutet av 2007.

Utgifterna för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen per invånare har reellt bibehållits på samma nivå sedan staden började köpa dessa tjänster av Folkhälsan år 1998. Reellt steg de behovsstandardiserade utgifterna per invånare sammanlagt 1,6 procent under åren 1999–2005, medan utgifterna i landets kommuner i medeltal steg 25 procent under samma tid.



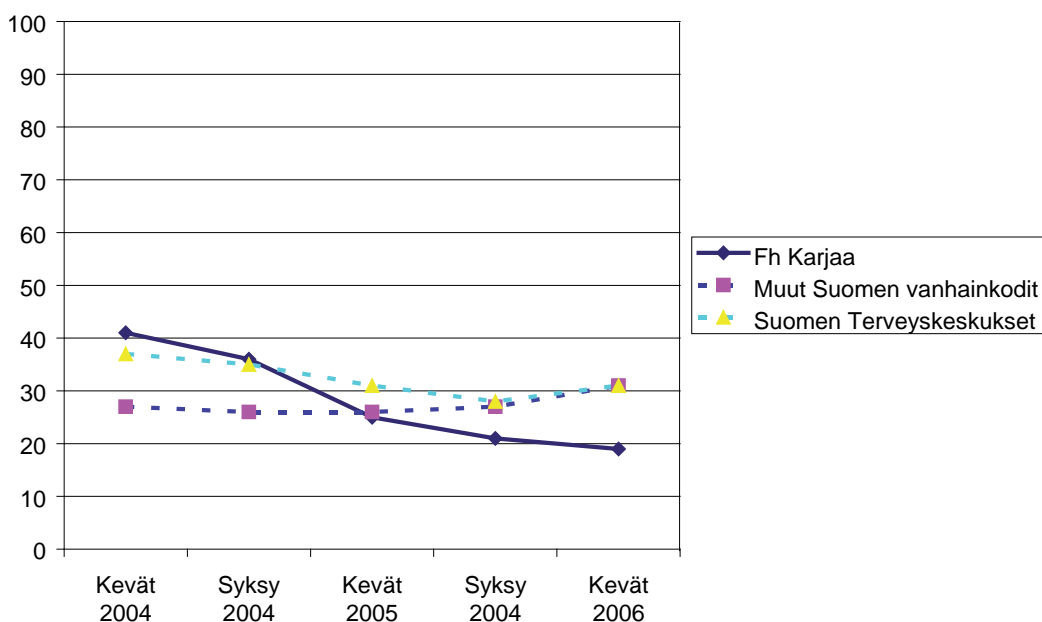
De behovsstandardiserade utgifterna per invånare i Karis för hälso- och sjukvård och äldreomsorg och i hela landet i medeltal 1993–2005. Gäller prisnivå år 2005.

Utgifterna för hälso- och sjukvård, inklusive primärvård och utgifter för specialiserad sjukvård, och de sammanlagda utgifterna för primärvård och äldreomsorg var lägre i Karis år 2005 än i landets kommuner i medeltal. År 2005 låg de sammanlagda utgifterna för hälso- och sjukvård och äldreomsorg i Karis ca en procent under kommunernas medeltal för utgifter, medan

de när samarbetet mellan Karis stad och Folkhälsan inleddes år 1998 var 22 procent högre än landets medeltal.

Kvaliteten på institutionsvården för de äldre i Karis stad bedömdes enligt RAI dvs ett bedömnings- och uppföljningssystem för vård av äldre med mätningar av behov, vårdkvalitet och kostnader. RAI-uppföljningen gjordes vid fem olika tidpunkter under åren 2004–2006. Klientstrukturen i Karis under tiden för uppföljningen var likartad som på ålderdomshem, när det gällde den psykiska funktionsförmågan (kognitiv förmåga) och för belastningen i vårdarbetet (kostnadstryck), men klienterna i Karis hade något sämre fysisk funktionsförmåga.

Institutionsvården starka sidor i Karis är förmågan att utveckla vårdarbetet och förändra vårdpraxisen (18/26 kvalitetsindikatorerna har förbättrats), identifiera och behandla depression och irritabilitet anknuten till depressionen samt smärktroll. En stark sida är också den utmärkta omsorgen om det dagliga livets aktiviteter och innehåll. Vården har också förändrats och blivit mer systematisk än förr.



Avsaknaden av nedskrivna rehabiliteringsplaner inom institutionsvården i Karis och vid landets andra ålderdomshem och hälsocentralsavdelningar.

År 1998 utlokaliserade Karis stad tjänsterna inom primärvården och äldreomsorgen och gav genom ett mångårigt avtal, som upphör i slutet av 2007, Folkhälsan i uppdrag att organisera och producera tjänsterna. Folkhälsan Raseborg Ab svarar för den praktiska serviceproduktionen just nu.

## 22.5.2007

### Information på svenska om god praktik inom det sociala området

Stakes har upprättat en egen webbplats för det sociala områdets arbetsmetoder och modeller för god praktik. Informationen om god praktik finns lättillgänglig för personal, forskare och utvecklare inom det sociala området. Nu finns webbplatsen också på svenska på webbadressen [www.godpraktik.fi](http://www.godpraktik.fi).



På webbplatsen godpraktik.fi finns information om att identifiera, utvärdera, komprimera och överföra god praktik inom det sociala området. Där finns också länkar till beskrivningar av god praktik och till en modell för beskrivningar. Beskrivningar som gjorts med hjälp av modellen publiceras på webbplatsen. Tanken är att webbplatsen ska uppmuntra personalen inom det sociala området till att skapa god praktik i sin egen arbetsmiljö.

God praktik kan vara handlingsmodeller samt arbetsmetoder och interventioner som gör arbetet mer smidigt, meningsfullt och nyttigt. Den kan vara ny eller etablerad praktik som leder till goda resultat.

Webbplatsen är en del av det landsomfattandet programmet God praktik, som Stakes grupp för utvärdering av social service (FinSoc) koordinerar.

Exempel på god praktik (endast på finska):

- regional modell för förebyggande arbete
- mångprofessionell öppenvård bland barn och unga
- samservicemodell för ungdomar i riskzon
- stödarbetsmodell för unga inom boende
- förebyggande hembesök samt serviceombud för äldre
- förebyggande hemrehabilitering för 65-åringar.

Webbplatsen presenteras på TERVE-SOS-mässan i Uleåborg den 23–24 maj 2007.

## 23.5.2007

### Evenemanget TERVE-SOS i Uleåborg 23.–24.5.2007:

#### Social- och hälsovårdssektorn har personal och dragningskraft

Social- och hälsovårdssektorn sysselsatte över 330000 personer år 2004. Under de senaste åren har sektorns sysselsättning ökat och ökar fortsättningsvis. Ungdomar intresserar sig fortfarande för social- och hälsovårdssektorn. Det här framgår av att antalet sökande till nybörjarplatserna inom social- och hälsovårdens yrkeshögskoleutbildning var cirka fem gånger större än antalet platser år 2005.

Under de senaste åren har sysselsättningen främst ökat inom den privata socialvården, trots att huvuddelen av hela social- och hälsovården fortfarande är offentlig service, som närmast kommunerna och samkommunerna producerar. Cirka 80 procent av hälso- och sjukvårdens och ungefär 70 procent av socialvårdens personal arbetar inom den offentliga sektorn.

Inom äldreomsorgen ökar behovet av arbetskraft inom hemservicen och i servicehusen. Inom institutionsvården och på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar är antalet anställda rätt oförändrat. Ungefär en fjärdedel av social- och hälsovårdspersonalen, dvs. cirka 85000 personer, arbetar inom äldreomsorgen. En stor sysselsättare är också barndagvården. Barndagvården och äldreomsorgen sysselsätter tillsammans cirka 76 procent av socialvårdens personal.

Inom många social- och hälsovårdssektorer ökar antalet yrkespersoner hela tiden. Exempel på sådana yrkesgrupper är läkarna, sjukskötarna, barnträdgårdslärarna, socialarbetarna, handledarna inom den sociala sektorn samt närvårdarna. Inom tandvården ökar antalet munhygienister, men antalet tandläkare och tandskötare ökar inte nämnvärt. I många regioner är det brist på till exempel läkare och tandläkare. I snitt tre procent av sektorns arbetsplatser var obesatta 2005.

År 2004 arbetade huvuddelen av dem som har social- och hälsovårdsutbildning, nämligen nästan 90 procent, inom sin egen sektor. Cirka 90 procent av de förvärvsarbetande sjukskötarna

arbetade inom social- och hälsovården, utbildningen eller den offentliga sektorn 2004. Endast cirka fyra procent av dem hade arbetat utomlands året innan.

Social- och hälsovårdssektorns utbildning lockar fortfarande till sig rikligt med studerande. Inom sektorns yrkeshögskoleutbildning var antalet sökande fem gånger större än antalet nybörjarplatser år 2005. Likaså var antalet sökande till yrkesutbildningen 1,8 gånger större än antalet nybörjarplatser. År 2006 var det totala antalet nybörjarplatser för alla utbildningsnivåer ungefär 13500.

Inom de närmaste åren kommer de stora åldersklassernas pensionering att vara en stor utmaning. Social- och hälsovårdssektorns pensioneringar och behov av ny arbetskraft är näststörst. Endast servicesektorn har större. I arbetsministeriets undersökning Arbetskraft 2025 beräknar man att det kommer att skapas i snitt 12 000–13 000 nya arbetstillfällen inom social- och hälsovården fram till år 2020.

## 23.5.2007

### Evenemanget TERVE-SOS i Uleåborg 23.–24.5.2007:

#### Regionala skillnader i vården av prematurer och hjärtinfarktpatienter

Av de prematurer som föddes 2003 dog 13 procent under det första året. I en del av landet gjordes ingreppet ballongutvidgning på över en fjärdedel av hjärtinfarktpatienterna inom en månad, medan det gjordes på under tre procent av patienterna i en annan del av landet. Vårdkostnaderna för båda patientgrupperna varierade också mycket i olika sjukvårdsdistrikt. Det här framgår av färsk rapport från Stakes.

De första resultaten från det omfattande Perfect-projektet visar att vården av prematurer med låg vikt varierar mycket från sjukhus till sjukhus. Vårdpraxisen i fråga om hjärtinfarktpatienter varierade regionalt avsevärt. År 2003 dog 13 procent av de levande födda prematurerna under det första året. När man tar hänsyn till bakgrundsfaktorerna, varierade ett års dödligheten från 8,5 procent till 14,5 procent vid universitetssjukhusen, medan den vid övriga sjukhus var i snitt 17,5 procent. Till de övriga sjukhusen räknades centralsjukhus med begränsad beredskap för intensivvård av nyfödda samt kretssjukhus utan beredskap för intensivvård av nyfödda. De små prematurernas första sjukhusvistelse varade i snitt 59 dygn och föranledde kostnader på 63000 euro per prematur. I Norra Finland var vårdtiden längre än i det övriga landet, nämligen 71 dygn, och kostnaderna var högre (84000 euro). Där kan vårdtiden påverkas av de långa avstånden till de sjukhus som vårdar prematurer.

Under de senaste åren har vårdpraxisen i fråga om hjärtinfarktpatienter snabbt förändrats, men utvecklingen har varierat mycket på olika håll i landet och de regionala skillnaderna har ökat. I Satakunta sjukvårdsdistrikt och Norra Karelen sjukvårdsdistrikt genomgick över 25 procent av hjärtinfarktpatienterna en ballongutvidgning inom två dygn efter infarkten, medan under 3 procent av hjärtinfarktpatienterna i Kajanalands, Länsi-Pohja, Mellersta Österbottens och Lapplands sjukvårdsdistrikt fick motsvarande vård. En bypassoperation eller ballongutvidgning gjordes inom 30 dygn på över 35 procent av patienterna i Helsingfors, i Jorvs och Pejas sjukvårdsområden samt i Vasa sjukvårdsdistrikt. Inom motsvarande tid gjordes nämnda ingrepp på cirka 15 procent av hjärtinfarktpatienterna i Mellersta Österbottens, Centrala Tavastlands och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt. Sjukhusvården av en hjärtinfarktpatient kostade i snitt cirka 11600 euro. Billigast var den i Södra Karelen sjukvårdsdistrikt (8600 euro) och dyrast i Vasa sjukvårdsdistrikt (15 000 euro). Dödligheten i det akuta skedet (inom sju dygn) varierade beroende på sjukvårdsdistrikt från 6 procent till 12 procent, medan ett års dödligheten varierade från 19 procent till 31 procent.

Till Perfect-projektet valdes stora sjukdomsgrupper eller sjukdomsgrupper med höga kostnader där den specialiserade sjukvården har en viktig roll: hjärtinfarkt, höftfrakturer, vård av prematurer med låg vikt, stroke, bröstcancer, ledproteskirurgi och schizofreni. Syftet med att publicera uppgifterna är att sporra till att förbättra vårdens resultat och effektivitet samt att ge beslutsfattare, patienter och befolkningen information om hur servicen förverkligats och om resultaten. Härnäst fås resultaten om hur effektiv och kostnadskrävande vården inom höftledskirurgi är.

23.5.2007

Evenemanget TERVE-SOS i Uleåborg 23.–24.5.2007:

## Stakes inleder projektet Valfärdstjänsterna förnyas

”Under de kommande åren fokuserar Stakes strategiska arbete på förnyelse av välfärdstjänsterna. En förnyelse av tjänsterna i dag kommer att påverka många decennier framöver. Nu behövs en gemensam syn på målen och en långsiktig handlingspolitik”, sade generaldirektör Vappu Taipale vid TERVE-SOS-evenemanget i Uleåborg den 23 maj 2007.

”En central fråga i förnyelsen är hur välfärdstjänsterna påverkar befolkningens, familjernas och hushållens liv. Tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården är det centrala i granskningen, men välfärd skapas även genom utbildning, kultur, bibliotek och motion. Vår uppfattning om tjänsternas effektivitet måste preciseras, men tjänsterna kräver också innovation”, sade Taipale.

Informationssamhällets företeelser och problem förändrar servicebehoven. Arbete och familj, psykiska problem, missbruksproblem, effektiverad rehabilitering och behov som hänger samman med åldrande lyfter fram integration och närmare samarbete inom socialvården och hälso- och sjukvården. Det behövs nya typer av tjänster och verksamhetsformer för att kunna uppfylla medborgarnas behov.

Enligt Taipale har den finländska diskussionen om medborgarnas och klienternas val och delaktighet i utvecklingen och produktionen av tjänster ännu inte riktigt börjat. Medborgarnas egen röst höjs allt starkare både internationellt och nationellt. Nu måste man utveckla nya handlingsätt tillsammans med klienterna.

Ett rättvist och jämlikt servicesystem är en svår utmaning för alla. Politiskt, forskningsmässigt och verksamhetsmässigt har det här målet ännu inte kunnat nås till fullo någonstans i världen. Det finländska kunnandet skulle här kunna fungera som en spjutspets.

”Det är skäl att långsiktigt kartlägga finansieringen och produktionen av välfärdstjänsterna samt deras marknad. Stakes projekt Valfärdstatens gränser har gjort det grundläggande arbetet och är en god grund att bygga en fördomsfri fortsättning på”, sade Taipale.

Stakes projekt Valfärdstjänsterna förnyas genomförs på ett nytt sätt. Arbetet inleds genom så kallade rundabordsdiskussioner, som påverkare med mycket olika tänkesätt deltar i. Projekten utformas genom diskussionerna och utifrån den här grunden utarbetas ”vägkartor” (Road Maps) för den fortsatta riktningen. I en öppen innovationsmiljö utmanas klienter och medborgare att delta i diskussioner och utvecklingsarbete. Stakes projekt har en nära anknytning till kommun- och strukturreformprojektet.

24.5.2007

Evenemanget TERVE-SOS i Uleåborg 23.–24.5.2007:

## Stakes belönade rehabiliterings- och nättjänster samt innovativitet

Stakes har tilldelat projektet Omatoimi, portalen Hyvis-terveys samt stödtjänsterna Vammaisten päihdetyön tukipalvelut (Vapa) TERVE-SOS-priset 2007. För första gången prisbelönades också ett projekt särskilt för att det produktifierar innovationer och gör dem kända: teknologi på de äldres villkor. Varje pristagare får 2 000 euro.

I projektet Omatoimi skapade man en modell för förebyggande hemrehabilitering under åtta månader. I projektet deltog närstående vårdare i åldern över 65 år och personer de vårdar, som hade psykiska problem, Parkinsons sjukdom eller efterverkningar av cerebral ischemi. Alla medverkande var från Uleåborg. Modellen för hemrehabilitering innebär att man under en viss period ingriper i närvårdarens och den vårdbehövandes situation. Under den här perioden analyseras familjens helhetssituation och man försöker hitta fysiska, psykiska och sociala resurser, så att familjen kan klara av den utmanande närvårdarsituationen. Modellen har tre utgångspunkter: personligt ombud, funktionsförmåga samt förmåga att klara av olika livssituationer. Modellen kan även tillämpas på andra håll i landet och har tagits med i Stakes program för god praktik. Mediesamarbete är ett nytt sätt att nå klienter. Lokaltidningarna berättade om de personer som deltog i projektet. För utvärderingen av effekten utarbetades ett enkätmaterial inom ramen för ett lärdomsprov.

I portalen Hyvis-terveys kan också teckenspråkiga personer i området kring S:t Michel få vägledning på sitt eget språk när de bokar tid inom hälso- och sjukvården och får hälsorådgivning genom en skyddad internetanslutning. Utöver det här innehåller portalen en elektronisk kommunikationstjänst, en servicekatalog, medborgarnas hälsobibliotek och annan välfärdsinformation samt regionala händelser och hälsoyheter. I projektet har man utvecklat en ny typ av organisationsövergripande kundrelation och kultur inom hälso- och sjukvården. I servicepaketet är det lätt att hitta all information som är viktig inom oberoende hälso- och sjukvård. Servicen fungerar bra som gränssnitt när medborgarna utråder sina hälso- och sjukvårdsärenden. I projektet har deltagit Södra Savolax sjukvårdsdistrikt, Mawell Oy, Avenge Digital Oy, MediNeuvo Oy, Tietokartano Oy, Kuopio universitet, S:t Michels yrkeshögskola, Dövas Förbund, Sitra, Kustannus Oy Duodecim samt Well-programmet vid Utvecklingscentralen för teknologi och innovationer (Tekes). Projektet har resulterat i många utvärderingsrapporter, i vilka det konstateras att portalen bland annat minskat behovet att kontakta en läkare eller sjukskötare, och att den stöder självvård.

Vammaisten päihdetyön tukipalvelut (Vapa) främjar tillgängliga stödtjänster inom missbrukarvården för funktionshindrade och ser till att de funktionshindrades missbruksfrågor både syns och hörs inom handikappservice och missbrukarvård. Stödtjänsterna samordnar det nätverk av Vapa-ansvariga som utgörs av handikapporganisationer och aktörer med anknytning till alkohol- och drogarbete. Nätverket har 19 olika aktörer. Målet är att förankra modellerna från ett tidigare Vapa-projekt med många aktörer. För att utveckla missbrukarvården för funktionshindrade har man skapat modeller som kan tillämpas skilt för sig eller tillsammans. Syftet med modellen för alkohol- och narkotikafri handikapprehabilitering, utbildningsmodellen och modellen för en alkohol- och drogstrategi är att ge personalen bättre förutsättningar för att identifiera och hjälpa funktionshindrade alkohol- och narkotikabrukare. Modellen för tillgänglig missbrukarvård hjälper aktörerna inom missbrukarvården att utveckla tjänsternas användbarhet. I Vapa-databanken informerar man genom exempel om lokala eller enhetsvisa lösningar. Syftet är att påverka attityder och strukturer, så att en funktionshindrad klient enkelt kan få behövlig missbrukarvård och utan att stämplas. Som stöd för verksamheten finns böcker, handböcker och dvd:er. Vapa-stödtjänsterna är målinriktad verksamhet vid Penningautomatföreningen.

I projektet Från objekt till aktör har man utvecklat teknologi på de äldres villkor. Man har skapat en handlingsmodell för att trygga de äldres självständiga livsföring och möjligheter att klara sig själv, utveckla hjälpmedels- och säkerhetsteknologi med anknytning till livsmiljön samt samla ihop nya innovationer. Äldre personers idéer, erfarenheter och tysta kunskap har använts vid utvecklingen av vardagsbehov. Klientkunskapen har överförs till företag som tillverkar och utvecklar hjälpmedel och teknologi. I projektet har man skapat en ny typ av interaktion och nätverksbildning bland annat genom att informera. Dessutom har man tagit med äldre personer som aktiva aktörer i innovationsprocessen, särskilt i dess början när det gäller att komma med idéer och att utvärdera. Den utvecklade modellen har även tillämpats vid produktifiering inom industrin och i andra utvecklingsprojekt. År 2004–2005 anordnades i projektet en öppen idéävling för äldre människor. Resultatet var 115 knep för att klara av vardagen hemma. Materialet gavs ut i form av en tvåspråkig handbok: Aapinen arkiaskareista suoriutumiseen – Handboken ABC i att klara av vardagssysslor. Vid semesteranläggningen Lehmiraanta i Bjärnä ger projektet också information om att klara sig hemma. I projektet deltog med bidrag från Penningautomatföreningen stiftelsen Hyvän vanhenemisen tukisäätiö, Eläkeliitto ry, Svenska pensionsnärsförbundet rf, Itsenäisen Suoriutumisen Innovaatiokeskus (ISAK) och Norra Karelen yrkeshögskola.

Varje år delas Stakes TERVE-SOS-pris ut till ett sådant forsknings-, utvecklings- eller utbildningsprojekt som har genomförts på ett exceptionellt förtjänstfullt sätt. I år prisbelönades för första gången ett projekt särskilt för att det produktifierar innovationer och gör dem kända. Totalt 24 förslag till pristagare lämnades in. Varje pristagare får 2000 euro. Pristagarna har inbjudits att ta emot priset vid TERVE-SOS-evenemanget i Uleåborg.

## 24.5.2007

### Evenemanget TERVE-SOS i Uleåborg 23.–24.5.2007:

#### Handbok om tillämpningen av den nya barnskyddslagen

Stakes har gett ut en handbok om tillämpningen av barnskyddslagen som träder i kraft den 1 januari 2008. Handboken preciserar kommunernas nya skyldigheter i barnskyddet samt barnets och dess familjs delaktighet och rättsskydd i skyddsprocessen. I handboken framhävs i enlighet med den nya lagen förebyggande, tidigt stöd och öppenvård. Handboken har utarbetats av utvecklingschef Sirpa Taskinen vid Stakes. Hon ledde projektet om att revidera barnskyddslagen.

Lagen utgår från att föräldrarna ansvarar för vården och fostran av barnet. Samhället ansvarar för att barnen har goda uppväxtförhållanden och att föräldrarna kan få hjälp med fostran av barnen. Behov av barnskydd uppstår om barnet inte vårdas tillräckligt väl. Lagen bygger på principen i konventionen om barnets rättigheter. Enligt principen måste man i första hand beakta barnets bästa. I lagen konkretiseras bedömningen av vad som är bäst för barnet. Det är viktigt att barnet har fortgående mänskliga relationer. Ett nytt perspektiv i lagen är att syskonrelationernas betydelse lyfts fram.

Kommunens skyldighet att förebygga, ingripa tidigt och anordna barnskydd har preciserats bland annat på så sätt att kommunen eller flera kommuner tillsammans ska utarbeta en barnskyddsplan. Den ska godkännas av kommunfullmäktige varje fullmäktigeperiod. Dessutom ska planen ha anknytning till kommunens planering av verksamhet och ekonomi. I barnskyddsplanen måste resurser tilldelas både förebyggande och barn- och familjeinriktat barnskydd.

Beslut om omhändertagande ”mot viljan” överförs till förvaltningsdomstolen. Särskilt brådskande var en detaljerad reglering av begränsningar och användning av tvång, om vilket lagen hittills inte innehållit några bestämmelser. De nya bestämmelserna trädde i kraft redan den 1 november 2006.

I handboken behandlas många nya tillvägagångssätt, som fastställts i lagen:

- Man måste alltid utreda barnets åsikt, oberoende av barnets ålder, innan beslut om barnet fattas.
- För en blivande barnklient inom barnskyddet måste en egen socialarbetare utses.
- Behovet av barnskydd måste utredas inom en fastställd tid.
- Vårdplanen har ändrats till en klientplan.
- Man kan anordna diskussion om barnet med barnets anhöriga.
- Barnets nätverk av närstående måste utredas innan barnet placeras utanför hemmet.
- Vid behov kan man förordna barnet en intressebevakare som ställföreträdare för vårdnadshavaren.
- I syfte att utreda barnskyddsbehovet kan man av förvaltningsdomstolen ansöka om tillstånd till att ett barn undersöks, om föräldrarna motsätter sig att barnets situation utreds.
- Brådskande omhändertagande har ändrats till brådskande placering.

Även andra förvaltningssektorer än socialförvaltningen är skyldiga att anordna förebyggande verksamhet och tjänster som stöder fostran. Målet är att barnet och familjen ska få hjälp i ett tidigt skede: på rådgivningsbyrån, i den övriga hälso- och sjukvården, dagvården, skolan och ungdomsarbetet. Till exempel ansvaret för skolkurator- och skolpsykologverksamheten har ålagts kommunen.

## 28.8.2007

### Elevers sömnbrist och trötthet gemensam utmaning för hem och skola

Enligt enkäten Hälsa i skolan 2007 har dagliga symtom ökat tydligt bland elever i åk 8–9 och gymnasiet. Var sjätte elev och var femte av flickorna lider av daglig trötthet. Av elever med dåliga hälsovanor känner sig var fjärde trött varje dag. Om också skolförhållandena upplevs som bristfälliga, nästan tredubblas den dagliga tröttheten.

De fysiska symtomen har ökat både hos eleverna i åk 8–9 i den grundläggande utbildningen och i åk 1–2 i gymnasiet. På fyra år har andelen elever som har minst två symtom varje dag ökat på de högre klasserna i den grundläggande utbildningen från 15 procent till 18 procent och bland gymnasieeleverna från 14 procent till 16 procent. Var tionde av pojkarna och var fjärde av flickorna har minst två symtom varje dag. Var sjätte elev på de högre årskurserna och i gymnasiet är trött varje dag, och av flickorna till och med var femte.

Daglig trötthet hänger samman med dålig måltidsrytm, lite motion, sena kvällar, alkoholbruk och rökning. Ju fler skadliga hälsovanor den unga har, desto vanligare är också daglig trötthet. I fråga om enskilda hälsovanor har särskilt vakande till sent på vardagskvällar blivit hela 5 procentenheter vanligare sedan 2003. På vardagskvällar går 30 procent av pojkarna och 21 procent av flickorna i åk 8–9 och lägger sig efter klockan 23, medan motsvarande procent i gymnasiet är 45 respektive 26 procent.

Daglig trötthet är upp till tre gånger vanligare bland de elever som upplever brister i relationen till lärarna, klassandan, arbetsmiljön eller i växelverkan. Också studiesvårigheter och mobbning tar sig uttryck i daglig trötthet. Bland pojkar i åk 8–9 har mobbningen ökat från 6 procent till 8 procent på sex år.

Det är främst familjen som ska se till att den unga äter regelbundna måltider och får tillräckligt lång nattsömn och regelbunden motion. De här frågorna ska också uppmärksammas i ämnet hälsokunskap och i skolmåltiderna. Daglig trötthet är uppenbart vanligare bland de elever som oberoende av sina hälsovanor upplever brister i skolförhållandena. Skolan kan tillsammans med

föräldrarna avsevärt minska de ungas symtom genom att utveckla skolans atmosfär och sociala relationer, förebygga mobbning och erbjuda hjälp vid studiesvårigheter.

Nästan 400 kommuner har deltagit i enkäten 1996–2007. På årsnivå har 46 000–90 000 elever svarat på den. I april 2007 deltog 73 717 elever i 206 kommuner i Västra Finlands och Uleåborgs län samt på Åland: 50 470 elever i åk 8–9 och 23 247 gymnasieelever.

## TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2007

Tarja Heino: Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana

Työpapereita 30/2007 Tilausnro T30/2007

Ville Remes, Mikko Peltola, Unto Häkkinen, Heikki Kröger, Juhana Leppilähti, Miika Linna, Antti Malmivaara, Keijo Mäkelä, Olavi Nelimarkka, Ilmo Parvinen, Seppo Seitsalo, Jarmo Vuorinen: PERFECT – Tekonivelkirurgia. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus

Työpapereita 29/2007 Tilausnro T29/2007

Harriet Finne-Soveri, Pia Nurme: Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteerihdotus Porvoossa. Kevät 2007

Työpapereita 28/2007 Tilausnro T28/2007

Ritva Teräväinen, Outi Räikkönen, Matti Heikkilä: Laatusuosituksen arviointi. Arviointia laatusuosituksen ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään

Työpapereita 27/2007 Tilausnro T27/2007

Mari Pajula: Ongelmapelaajan läheinen: sairas vai selviytyjä? Selvitys rahapeliongelman vaikutuksista läheisiin

Työpapereita 26/2007 Tilausnro T26/2007

Teresa Taskinen: Kaupassa, kioskillä ja kotikoneella. Rahapelit nuorten elämässä

Työpapereita 25/2007 Tilausnro T25/2007

Saaramia Varvio: Katsaus Suomen rahapelijärjestelmään

Työpapereita 24/2007 Tilausnro T24/2007

Atte Meretoja, Risto O. Roine, Terttu Erilä, Matti Hillbom, Markku Kaste, Miika Linna, Antti Liski, Merja Juntunen, Reijo Marttila, Aimo Rissanen, Juhani Siverius, Unto Häkkinen: PERFECT – Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilailla

Työpapereita 23/2007 Tilausnro T23/2007

XII Kouluterveyspäivät. 28.–29.8.2007 Jyväskylän yliopisto. Tiivistelmät ja posterit

Työpapereita 22/2007 Tilausnro T22/2007

Timo M. Kauppinen, Helka Raivio: Toimeentulotuen uusien asiakkaiden jonotilanne 2007

Työpapereita 21/2007 Tilausnro T21/2007

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.): Annus Medicus Fenniae 2007. Nordiskt hälsodirektörsmöte. Siguna, Sverige 22.–23. augusti 2007

Työpapereita 20/2007 Tilausnro T20/2007

Marja-Leena Perälä, Kristiina Junttila, Maisa Toljamo: Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön

Työpapereita 19/2007 Tilausnro T19/2007

Sinikka Sihvo ym.: Väestö, biopankit ja lääketieteellinen tutkimus

Työpapereita 18/2007 Tilausnro T18/2007

Ani Kajander: Raportti Sosiaalihuollon ekonsultaatiohankkeesta

Työpapereita 17/2007 Tilausnro T17/2007