



Ilmo Keskimäki (red.)

Annus Medicus Fenniae 2010

Karasjok, 18–20. augusti Norge

© Skrivarna och Institutet för hälsa och välfärd

Layout: Raili Silius

Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors 2010

Universitetstryckeriet
Helsingfors 2010

FÖRORD

År 2009: Det första verksamhetsåret vid det nya Institutet för hälsa och välfärd

PEKKA PUSKA

Institutet för hälsa och välfärd (THL) inledde sin verksamhet 1.1.2009. Således var år 2009 det första verksamhetsåret för det nya institutet som bildades genom en fusion mellan Folkhälsoinstitutet (KTL) och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes). Verksamhetsåret var förknippat med fyra utmaningar: 1. organisering av det nya institutet, 2. ekonomiska utmaningar, 3. ansvar för tidigare grundläggande uppgifter och 4. nya uppgifter.

När THL inledde sin verksamhet i början av år 2009 hade en generaldirektör och fyra överdirektörer utsetts. Den övriga organisationen och verksamhetsprinciperna fanns endast inskrivna i fusionsplanen. Under våren utsågs en förvaltningsdirektör och en strategidirektör, liksom också avdelningsdirektörer och enhetschefer utgående från intern ansökning. Därefter placerades KTL:s och Stakes tidigare personal i den nya organisationen med beaktande av personalens egna önskemål. Både före och efter sommaren genomfördes omflyttningar i de fysiska lokalerna i enlighet med den nya organisationen. Samtidigt började institutet koncentrera verksamheten i Helsingfors till Tilkkabacken genom att ungefär hälften av lokalerna i Fågelviken (det s.k. Stakeshuset) ersattes med hyrda lokaler i Viuhka-huset på Tilkkabacken.

Det nya institutets första verksamhetsår präglades i hög grad också av ekonomiska utmaningar. Statens produktivitetsprogram och vissa andra nedskärningar i institutets budget tillsammans med kostnaderna för fusionen och de nya uppgifterna bidrog till ett underskott på cirka 5,6 miljoner euro i institutets basfinansiering. Därför behövdes ett anpassningsprogram med både allmänna sparmöjligheter inom hela organisationen och särskilt inriktade personalminskningar. Uppsägningarna genomfördes med beaktande av institutets strategiska mål och den personalstruktur som fusionen gett upphov till samt med noggrant iakttagande av kraven i lagen om samarbete inom statens ämbetsverk och inrättningar. Uppsägningarna omfattade till slut 76 personer. Efter det består institutets personalstyrka av cirka 1 300 personer.

Vid organiseringen av det nya institutet år 2009 måste man hela tiden iaktta de tidigare institutets avtal och sköta deras grundläggande uppgifter. Dessa överfördes till stor del på det nya institutet. Detta innebar ett mycket omfattande uppgiftsområde som i enlighet med den nya organisationen genomfördes inom ramen för det nya institutets fyra verksamhetsområden och horisontella funktioner. Uppgiftsområdena gällde bland annat social- och hälsopolitik och -ekonomi, bekämpning av folksjukdomar och sociala problem, främjande av hälsa och välfärd, skydd av befolkningens hälsa, social- och hälsovårdens servicesystem, informationssystem, kommunikation och påverkan. Inom alla dessa områden utfördes ett väldigt mångsidigt och på olika sätt inflytelserikt arbete.

Vid sidan av de tidigare grundläggande uppgifterna genomfördes år 2009 många nya uppgifter i enlighet med det nya institutets strategiska prioriteringar och resultatavtalet som ingåtts med ministeriet. Uppgifterna gällde bland annat genomförande av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste), utveckling av servicesystemet, hälsoekonomi och social ekonomi, behandling av ansökningar om anslag för hälsofrämjande verksamhet, ny publikationsverksamhet, utveckling av hälsovårdens elektroniska informationssystem i anslut-

ning till reformeringen av det nationella hälso- och sjukvårdsarkivet (KanTa), inledande av det första tematiska programmet om allmänna indikatorer för hälsa och välfärd och beredning av överföringen av funktioner som gäller primärvården inom utvecklingsprogrammet för rationell läkemedelsbehandling (Rohto) och av länens rättsläkarverksamhet till THL.

Dessutom råkade den globala H1N1-influensapandemin inträffa under verksamhetsåret, vilket ledde till hård press på institutet vid beredningen och genomförandet av det arbete som utfördes under ledning av social- och hälsovårdsministeriet – både beträffande anvisningar, laboratorieverksamhet, vaccinationer och internationellt samarbete. För att bedöma de önskemål som riktades från servicesystemet till institutet genomförde THL:s representanter en omfattande besöksrunda på fältet i 24 stora städer.

THL har haft ett mycket aktivt internationellt samarbete. Utöver mångsidigt forskningssamarbete har det också förekommit samarbete bland annat med WHO:s och EU:s olika organ, utvecklingssamarbete, närområdessamarbete och nordiskt samarbete. THL fortsätter som verksamhetsställe för det internationella folkhälsoinstitutförbundets (IANPHI) sekretariat.

I det stora hela har det nya nationella institutets första verksamhetsår trots stora utmaningar varit mycket framgångsrikt – både när det gäller organisationen och det utförda arbetet. Vi kan konstatera att institutet snabbt etablerade sin ställning som ett nationellt viktigt och internationellt erkänt forsknings- och expertinstitut inom området. Samtidigt finns det skäl att komma ihåg att institutet står inför många utmaningar som gäller både önskemål om nya uppgifter, utveckling av institutets verksamhetskultur och strategiska ledning och trycket inom den offentliga sektorn och ekonomin. För att svara mot de nya utmaningarna inledde institutet ett eget strategiarbete som anknyter till social- och hälsovårdsministeriets strategiarbete. Institutets strategiarbete utgår från prognostisering av kommande utmaningar, bedömning av intressegruppernas behov, utveckling av lednings- och organisationskulturen och förtydligande av de grundläggande strategiska målen.

Pekka Puska
Generaldirektör
Institutet för hälsa och välfärd

INNEHÅLL

Förord	3
År 2009: Det första verksamhetsåret vid det nya Institutet för hälsa och välfärd <i>Pekka Puska, generaldirektör</i>	
Utmaningar inom social- och hälsovården för samer i Finland	6
<i>Ristenrauna Magga, verksamhetsledare</i>	
Riktlinjerna för den finländska hälsovårdsreformen	14
<i>Simo Kokko, utvecklingschef</i>	
Mieli 2009 – den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete 2009–2015	16
<i>Airi Partanen, utvecklingschef; Juha Moring, överläkare; Esa Nordling, utvecklingschef; Viveca Bergman, utvecklingschef; Kristian Wahlbeck, forskningsprofessor; Ilmo Keskimäki, forskningsprofessor</i>	
Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009–2013. Innehåll och implementering	20
<i>Pia Maria Jonsson, utvecklingschef</i>	
Sammandrag av några böcker som utgivits 2009–2010 från THL	23
Några pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet	49
Några pressmeddelanden från THL	88

UTMANINGAR INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN FÖR SAMER I FINLAND

RISTENRAUNA MAGGA

Det finns cirka 9 350 samer i Finland, och mindre än hälften av dem bor i samernas hembygdsområden. I Finland talas tre olika samespråk: nordsamiska, enaresamiska och skoltsamiska. Enligt Finlands grundlag har samerna såsom urfolk rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur samt språklig och kulturell autonomi inom sitt hembygdsområde enligt vad som bestäms i lag. Samernas kulturella autonomi genomförs av sametinget som väljs bland samerna vart fjärde år.

Samernas språkliga rättigheter har stärkts genom en samisk språklag vars mål är att trygga samernas rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. I språklagen föreskrivs å ena sidan om samernas rätt att använda sitt eget språk hos myndigheter och å andra sidan om det allmännas skyldighet att tillgodose och främja samernas språkliga rättigheter. Bestämmelserna i den samiska språklagen ska iakttas vid tillämpningen av lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården och lagen om patientens ställning och rättigheter. Syftet med lagen om likabehandling som trädde i kraft år 2004 är att främja och trygga likabehandling. Lagen tillämpas exempelvis på diskriminering på grund av etniskt ursprung bland annat när det gäller social- och hälsovårdstjänster. Utöver den egna lagstiftningen har Finland också ratificerat flera internationella konventioner om mänskliga rättigheter som förpliktar till att trygga den samiska urbefolkningens språk och kultur.

För att uppfylla samernas språkliga och kulturella rättigheter har sametinget ställt upp som mål att social- och hälsovårdstjänsterna ska erbjudas på samernas eget modersmål och att tjänsterna planeras och genomförs utgående från samernas eget perspektiv med beaktande av deras kulturella bakgrund, traditionella värden, livsform och tänkesätt. Ur samernas perspektiv är målen motiverade med tanke på samernas ställning i grundlagen, men också viktiga för främjandet av samernas välfärd. Kulturbundna social- och hälsovårdstjänster på samernas eget språk och verksamhet i syfte att stöda och hjälpa är av stor betydelse för de samer som använder tjänsterna och för hela den samiska befolkningen. Därför krävs särskild uppmärksamhet vid tillhandahållandet av tjänster riktade till samer.

Enligt utvecklingsplanen för samernas social- och hälsovård (2008–2011), som godkänts av sametinget, gäller de största aktuella utmaningarna *småbarnsfostran, stödtjänster för äldre, demensvård och psykosociala tjänster*. Dessa har utsetts till prioriterade områden i utvecklingsarbetet. SámiSoster ry, som har i uppgift att bevaka, upprätthålla och främja samernas ställning och rättigheter som urbefolkning inom social- och hälsovården, har i sin verksamhetsstrategi för 2009–2012 som prioriterade områden i utvecklingen fastställt bland annat ökad delaktighet och minskad marginalisering bland barn och unga, främjande av de samiska familjernas och den arbetsföra befolkningens välfärd, förbättring av de äldres ställning, funktionsförmåga och vård, främjande av kompetens och forskning och starkare nätverk mellan aktörerna inom välfärdssektorn.

Välfärdstjänsterna för samer

Tillgången på samiska social- och hälsovårdstjänster är fortfarande otillräcklig och utvecklingsbehoven är många, eftersom utvecklingsarbetet är obetydligt framför allt när det gäller tjänster inom hälso- och sjukvården. Utredningar visar att det inte finns tillgång till offentliga tjänster på klientens eget språk, trots bindande lagstiftning (Statsrådets berättelse om tillämpningen av

språklagstiftningen 2009, Saamenkielisten peruspalvelujen kartoitus 2001, Näkkäljärvi 2008). Tillgången på service har förbättrats endast i fråga om en del basservice, och till vissa delar har den rentav försämrats. Servicen produceras ofta på de anställdas villkor, enligt deras språkkunskaper, och inte på klientens villkor – trots att klientfokus är ett av de huvudsakliga kvalitetskriterierna inom social- och terapiarbetet (Lukkarinen 2001). Å andra sidan har det blivit ett problem att det finns ett begränsat antal yrkeskunnig personal som talar samiska och det är inte lätt att lyckas anställa sådan personal. I gränsområdet väljer en del av den utbildade samiska och samisktalande arbetskraften att arbeta i närområdena i Norge på grund av bättre lön och arbetsförhållanden. (Magga 2008) Det största problemet är ändå attitydfrågor, så som konstateras i social- och hälsovårdsministeriets utredning. Å ena sidan har man inte ansett det vara viktigt att ordna service på samiska, å andra sidan satsar man inte tillräckligt på att trygga specialkompetens (Lukkarinen 2001).

År 2009 överlämnade statsrådet en berättelse om tillämpningen av språklagstiftningen till riksdagen. I berättelsen sägs att *”i hembygdsområdet förverkligas statens och kommunernas service på samiska främst med hjälp av tolk och översättning av handlingar. Muntlig service hos myndigheterna förutsätter specialarrangemang, bland annat förhandsmeddelande från kunden så att myndigheten kan skaffa tolk. Samernas språkliga rättigheter förverkligas slumpmässigt inom social- och hälsovården i hembygdsområdet. Bäst förverkligas service på samiska i Enare och Utsjoki. Också i dessa kommuner ordnas bland annat mottagnings-, rådgivnings- och tandläkartjänster dock i huvudsak enbart på finska. Stora brister förekommer dessutom beträffande barnpsykiatriska tjänster och talterapi. Den äldre befolkningens rätt att få hälsovårdstjänster på samiska förverkligas inte alltid på Lapplands centralsjukhus eller på Uleåborgs universitetscentralsjukhus, där specialsjukvårdstjänster för kommunerna i hembygdsområdet tillhandahålls.”*

Det är i första hand kommunerna själva i sameområdet som ansvarar för produktionen av välfärdstjänster för samerna. SámiSoster ry tillhandahåller hemservice för äldre samer i Enontekiö i form av köpta tjänster. Utsjoki köper service på samiska från Karasjok och Tana i Norge. Produktion av service på modersmålet är dock enligt lagstiftningen en grundläggande uppgift för samtliga kommuner i Finland. Produktion av service på samiska är en växande utmaning speciellt i kommuner utanför sameområdet, eftersom redan mer än hälften av samerna enligt sametingets senaste statistik bor utanför sameområdet. Likaså bor upp till 70 procent av de samiska barnen och ungdomarna utanför sameområdet. Enligt en utredning som gjorts vid minoritetsombudsmannens byrå finns det till exempel i huvudstadsregionen för närvarande inga fungerande tjänster inom småbarnsfostran och skolundervisning på samiska (Länsman 2008).

Staten stöder i någon mån produktion av social- och hälsovårdstjänster för samer. I början av år 2010 reviderades lagen om statsandelar enligt vilken en tilläggsdel betalas. Som förhöjande faktorer vid bestämningen av tilläggsdelar beaktas gles bosättning, skärgårdsförhållanden och andelen samisktalande av befolkningen i kommuner inom samernas hembygdsområde.

Den förhöjda statsandelen är dock inte öronmärkt för produktion av tjänster riktade till samer, utan kommunerna beslutar själva hur den fördelas.

Från och med år 2002 har ett separat öronmärkt anslag årligen reserverats för tryggheten av social- och hälsovårdstjänster på samiska i statsbudgeten. Anslaget är inte bundet till lagen om statsandelar, utan grundar sig på riksdagens årliga beslut. Enligt budgeten får anslaget användas för betalning av statsbidrag via sametinget till sameområdets kommuner för att trygga social- och hälsovårdstjänster på samiska. Med hjälp av anslaget ska tjänster produceras på alla samiska språk. Till en början var anslaget 200 000 euro år 2002 och 300 000 år 2003, men sedan år 2004 har anslaget varit 600 000 euro per år. I uppgifter som anknyter till användningen av anslaget har sametinget kulturell autonomi enligt grundlagen.

Användningen av anslaget bygger på samarbete mellan sametinget och kommunerna. Systemet fungerar så att kommunerna årligen ger ett förslag till service som ska produceras med anslaget och sametingets social- och hälsovårdsnämnd fördelar anslaget mellan kommunerna

och avtalar med kommunerna om användningen av anslaget. Avtalen fastställs av regionförvaltningsmyndigheten i Lappland. Det är kommunerna som ska producera de avtalade tjänsterna, eftersom avsikten inte är att skapa ett parallellt servicesystem. Sametingets social- och hälsovårdsnämnd bedömer att man har goda erfarenheter av de tjänster som producerats med hjälp av anslaget speciellt inom *småbarnsfostran, familjearbete och äldreomsorg*. År 2009 var sammanlagt 26 personer anställda i sameområdets kommuner med hjälp av anslaget.

Tredje sektorn har haft en central roll vid produktionen av service på samiska. I ungefär 12 års tid har SámiSoster ry med hjälp av Penningautomatföreningen och social- och hälsovårdsministeriets anslag för främjande av hälsa genomfört flera utvecklings- och försöksprojekt för serviceproduktion och deltagit som samarbetspartner i många pionjärprojekt inom sektorn. Projekten har gällt många olika slags behov som uppkommer i det samiska samhället, bland annat äldreomsorg, kulturell fostran och stärkt identitet i barnfamiljer, kulturellt ungdomsarbete, missbruksarbete och främjande av hälsa med kulturell känslighet och utveckling av talterapi för samer.

Tillgången på mental- och missbrukarvård som beaktar samisktalande personer och kulturella särdrag är praktiskt taget obefintlig i Finland. Det finns inte en enda psykoterapeut som talar samiska i Finland. Resultatenheten för psykiatri vid Lapplands sjukvårdsdistrikt har ingen personal som använder samiska i sitt yrke. Det är inte heller möjligt att få missbrukarvård på samiska. Det enda material om alkohol- och narkotikaupplysning på samiska är det material som anknyter till alkoholprogrammet och som publicerats på nordsamiska av Institutet för hälsa och välfärd. För översättningsarbetet och den nya samiska terminologin ansvarade SámiSoster ry.

I en utredning som gjorts vid social- och hälsovårdsministeriet sägs att: ”En samisk psykiatrisk patient, i synnerhet en som talar samiska, är inte i jämbördig ställning med patienter med finska som modersmål. Resultaten är ofta sämre än vad som önskas: samer söker sig senare till vård, risken för fel diagnos är hög och svårigheterna behäftade med ordnandet av vården gör att både starten och själva vården drar ut på tiden, något som ökar faran för att patientens tillstånd blir kroniskt.” Vidare anges att: ”Det höga antalet kroniker inom den psykiatriska vården i sameområdet torde inte kunna förklaras med att samerna vore mer sjuka än andra finländare utan med att vården lyckas sämre”. (Lukkarinen 2001)

Enligt en svensk undersökning kan de större självmordssiffrorna bland unga renskötande samiska män å ena sidan förklaras av att samer inte har för vana att uppsöka psykosociala tjänster. Å andra sidan har det inte heller funnits tillgång till tjänster på samiska. (Jacobsson & Sjölander 2007)

Mental- och missbrukarvård baserar sig i första hand på språklig interaktion. Trots att mångfalden av terapimetoder har ökat och de sociala faktorernas andel i de metoder som tillämpas är allmänt erkända, framhäver vårdmekanismerna fortfarande *individens psykologiska utvecklingsprocess*. Inom missbrukarvården är målet i allmänhet att förändra individens självbild för att identifiera och erkänna beroendet och de centrala mekanismerna och därigenom främja individens kontroll över sitt liv. Det så kallade *identitetsarbetet* har ofta en central ställning i vårdprocessen. Det kulturella perspektivet framhävs av det faktum att *språket är av stor betydelse* för denna vård. Det säger sig självt att en grundläggande förutsättning för identitetsarbetet är att det kan ske på det egna modersmålet. Modersmålet är känslornas språk. Av betydelse är å andra sidan också de kulturella självklarheter som finns inbyggda i språket, till exempel *hurdana identitetsmodeller* som uppmuntras, *hurdana värden* och *attityder* som stärks osv. (Heikkilä 2009)

Det är svårt och ibland rentav omöjligt att på ett främmande språk reda ut psykiska problem och missbruksproblem, liksom också andra problem som anknyter till hälsan, och de komplicerade och känsliga saker som ligger bakom dessa problem. En samisk patient måste kunna vårdarnas språk för att kunna ta emot vård. Dessutom måste patienten behärska en tvåkulturell begreppsapparat och de tänkesätt, normer och värderingar som baserar sig på språket för att exakt kunna uttrycka sina tankar och känslor. (Magga 2009)

Bland språkliga minoriteter kan språket och utvecklingen leda till situationer som på många sätt är komplicerade. Om ett barn inte aktivt kan använda sitt modersmål i förskoleundervisningen, skolan och sin vänskapskrets lär barnet sig i allmänhet det dominerande språket. Detta kan leda till "halvspråkighet eller latent halvspråkighet", där personen kan vardagsspråket, men inte kan uttrycka sina känslor. Likaså om en person lär sig det dominerande språket först som vuxen, har personen svårigheter att använda det främmande språket, även om ordförrådet är relativt brett. En vuxen är ofta rädd för att säga fel och kan inte tänka på ett främmande språk. En vuxen tänker ofta på det egna modersmålet och översätter sedan tankarna till det främmande språket. Många känslöfrågor, värderingar som ingår i kulturen eller självklara normer kan ändå inte exakt översättas till ett annat språk. Det värsta är att vårdaren eller terapeuten ofta inte lägger märke till sådana faktorer i vårdssituationen. (Magga 2009)

Det är svårt för patienten att anlita tolk i en vårdssituation. I den samiska kulturen talar man inte om svåra saker med utomstående och därför är närvaro av en tredje person, dvs. en tolk, pinsamt både för klienten och för tolken. Det är omöjligt för klienten att med hjälp av en tolk förmedla sina innersta känslor och tala om svåra och till och med tabubelagda saker. I situationer med tolkning finns det heller ingen garanti för att en förtroendefull vårdrelation uppstår.

Beträffande samiska patienter/klienter har det också förekommit problem med olika testblanketter, till exempel skolmognads- och demenstest. De baserar sig på kontextuell förståelse och det förekommer sådana uttryck som inte är bekanta eller relevanta för samiska klienter. Om de som testas inte förstår frågorna, är testerna inte tillförlitliga och klienterna kan på felaktiga grunder bedömas vara till exempel svårt dementa eller icke skolmogna.

Viktiga utmaningar

I enlighet med den utbredda välfärdsuppfattningen är de grundläggande faktorerna i samernas välfärd vid sidan av social-, hälso- och sjukvården också utbildning, språk, kultur, identitet, näringar, rättigheter och en lagstadgad ställning. För att utveckla tjänster på samiska som beaktar kulturella särdrag krävs det förutom resurser för serviceproduktionen också utveckling av utbildningen inom social- och hälsovården. Utbildningsprogrammen måste omfatta mer undervisning i det samiska språket och den samiska kulturen och även mångkulturalism. Exempelvis behöver personalen inom småbarnsfostran genom fortbildning och handledning stöd i fostringsarbetet när de handleder och uppmuntrar samiska barn och deras föräldrar att klara sig i det moderna samhället och att bevara sin samiska identitet. Mer kunskap och utbildning om den samiska kulturen och mångkulturalism bör också erbjudas chefer och beslutsfattare som ansvarar för tillhandahållandet av och resurserna för servicen. (Näkkäljärvi & Magga 2006).

Vid sidan av förändrade attityder behövs också samisk forsknings- och utvecklingsverksamhet. Det behövs *kunskap, kompetens och utveckling av metoder för vård och klientarbete som beaktar kulturella särdrag*. Grundläggande faktorer som är av särskild betydelse för välfärden bland urbefolkningar är gemenskap, traditionell kunskap, trosuppfattningar och miljö (natur). Likaså måste man utreda samernas egna uppfattningar om och erfarenheter av ett bra liv, sin ställning i det finländska samhället och i systemet med välfärdstjänster samt om serviceproduktionen och behoven. Det behövs också forskning om samernas levnadsförhållanden för den uppföljning av jämställdheten som många internationella avtal förpliktar Finland att genomföra. Dessutom behövs teoretisk förståelse för de faktorer som utgör ramen för samernas välfärd och marginaliseringsprocesserna. (Heikkilä 2009) Enligt välfärdsprogrammet för Lappland ska de välfärdsindikatorer som gäller samerna beakta samernas egna värderingar, traditioner, språk, delaktighet och traditionella näringar. (Lapin hyvinvointiohjelmalla 2010-2015. Lapin Liitto).

I Finland har det knappast förekommit något teoretiskt övervägande om viktiga delfaktorer för välfärd och servicebehov med tanke på den samiska kulturen. Generellt kan man säga att

speciellt den service där språket har en stor betydelse är central (Välismaa & Laiti-Hedemäki 1997). För det andra är det viktigt med sådan service som på ett eller annat sätt upprätthåller och stöder gemenskap och bevarandet av ett livskraftigt samhälle. För det tredje är det viktigt med service som ger möjlighet att beakta traditionell kunskap, näringar, levnadsvanor och värderingar och att överföra dessa från en generation till en annan och att integrera dem till en del av det moderna samhällets kultur. Dessutom måste man observera att särdragen i de samiska samhällenas välfärd och levnadsförhållanden framhäver en dimension som överskrider landets gränser (Heikkilä 2009a). Vid utvecklingen av service för samer måste resurser därför förutom till serviceproduktionen också fördelas till utvecklingen av tjänster och metoder som beaktar kulturella särdrag.

I Finland har hälso- och välfärdsforskning som gäller samer tills vidare förekommit endast i liten omfattning. I sin undersökning om dödsorsaker konstaterar Soininen och Pukkala (2008) att självmordsfrekvensen bland samiska män var mycket högre än bland majoritetsbefolkningen; bland samiska män var självmord upp till 70 procent vanligare än bland män i majoritetsbefolkningen. Också bland samerna förekommer stora skillnader, då hälsotillståndet bland skoltsamer i genomsnitt är sämre än bland andra samer och självmordssiffrorna högre. Enligt forskarna är detta ett tecken på negativa effekter till följd av akkulturation.

I sina undersökningar på 1980-talet lyfte Leila Seitamo (1982, 1991) fram att skoltsamiska barns och ungas utveckling och skolproblem till stor del berodde på att undervisningsspråket var finska som var ett främmande språk för barnet. I sin avhandling pro gradu har Minna Rasmus (2006) utrett samernas strategier för att klara sig i det finländska folkskoleväsendets elevhem. Tidig flytt till ett elevhem, nedvärdering och förvägran av samer och den samiska identiteten, mobbing, sexuellt utnyttjande och andra negativa erfarenheter från elevhem bidrar enligt Rasmus till att dagens samiska föräldrar har svårigheter att på ett naturligt sätt vara föräldrar till sina barn. På vilket sätt erfarenheterna från elevhem och skolväsendet påverkar utvecklingen av den samiska identiteten och samernas liv har också utretts i många examensarbeten i pedagogik.

Minna Rasmus undersökning har gjorts för barnombudsmannens byrå och bygger på en omfattande intervju som gjorts med samiska barn och unga. Undersökningen lyfte på ett viktigt sätt fram det faktum att samiska barn och unga är stolta över sin identitet. De upplevde inte att de har blivit retade i skolan på grund av att de är samer. Som största bekymmer i hemförhållandena uppgav många ungdomar föräldrarnas alkoholkonsumtion, problemen till följd av den och en känsla av otrygghet. De önskade också att föräldrarna skulle vara mera närvarande i deras vardag och visa intresse för deras livssituation. (Rasmus 2008)

I Finland har det klientarbete som gäller samer utvecklats närmast inom det sociala arbetet. Enligt Anne-Maria Näkkäljärvi (2007) avviker en samisk klient i många avseenden från en finsk klient. Den samiska klienten behöver mer tid, det förekommer skillnader i kommunikationsätten och förtroendet är viktigt men ingen självklarhet i förhållandet mellan klienten och den anställda. Man måste offra tid och fästa vikt vid att bygga upp ett förtroende. Sättet att utträta ärenden kan också vara främmande för samerna; ofta känner klienten inte socialsystemet och har svårigheter att förstå kommunikationsspråket.

Vid Södra Lapplands Forskningsenhet Vilhelmina i Sverige har man redan länge undersökt hälso- och arbetsmiljöfrågor bland renskötande samer. Dessutom inleddes år 2006 en omfattande undersökning som utreder psykosociala frågor bland renskötare. Bakom undersökningen fanns det behov att utreda orsakerna till ökningen av självmorden bland unga män som lyfts fram av några samebyar. Enligt forskningsresultatet är renskötelse ett riskyrke som tills vidare ännu inte identifierats inom arbetarskyddsforskningen. De renskötande samiska männen upplevde sin livssituation som meningsfull, men de största hotbilderna för renskötelsen och ständiga bekymmer var bland annat den dåliga ekonomiska situationen inom renskötelsen och oavgjorda markanvändningstvister. Å andra sidan förefaller det som om de samiska kvinnorna är mer stressade än männen. De är ofta i avlönat arbete utanför renskötelsen och upplever det som svårt

att samordna sina traditionella arbetsuppgifter inom renskötseln med uppgifterna i det avlönade arbetet. (Jakobsson 2007, Daerga & Edin-Liljegren & Sjölander 2008).

I Finland pågår endast lite forskning kring samernas hälsotillstånd och specialfrågor inom produktionen av välfärdstjänster. I de övriga nordiska länderna pågår många forskningsprojekt som exempelvis anknyter till samernas psykiska välbefinnande. Vid sidan av psykosociala frågor är det viktigt att också utreda framför allt frågor som gäller rensköternas arbetshälsa och frågor som gäller förändringar i samernas levnadsvanor och incidens. Därför bör man inleda en ny typ av hälsoforskning som utgår från samhället och som skapar delaktighet. I samband med dessa undersökningar kunde man också utveckla kulturspecifika metoder för främjande av hälsa. (Näkkäljärvi & Magga 2006, Heikkilä 2009a).

En teoretisk fråga som lyfts fram är *kulturell känslighet i klient- och terapiarbetet*. Med kulturell känslighet avses i detta sammanhang att en person som utför socialt arbete och terapi har tillräckligt med känslighet, teoretisk kunskap, färdigheter och rätt attityd för att beakta klientens kulturella bakgrund och vara verksam i en mångkulturell miljö (Näre 2007). Detta innebär inte enbart kunskaper i samiska språket, utan en bredare kulturell förståelse för tänkesätt, attityder, normer, förebilder, tillvägagångssätt och samhällsförändringarnas effekter på de kulturella verksamhetsbetingelserna. Detta är framför allt viktigt med tanke på individens personliga livssituation, möjligheter att påverka och fungera, val och begränsningar. Kulturell känslighet kan uppfattas som en *strävan efter att identifiera och respektera särdragen i en annan kultur som avviker från den egna kulturen*. (Heikkilä 2009)

Det ringa intresset för forskning kring specifikt samiska frågor leder också till en uppenbar brist på service inom hälso- och sjukvården. För närvarande finns det till exempel ingen tillgång alls på tjänster inom psykoterapi eller missbrukarvård på samiska i Finland. Med stöd av Penningautomatföreningen har SâmiSoster ry utvecklat och producerat material för talterapi på nordsamiska, men det finns inga samiska talterapeuter i Finland och ett övergripande stöd till tvåspråkighet och uppföljning av utvecklingen saknas vid rådgivningsbyråer för barnavård. Likaså saknas färdigheter att genomföra demenstester för klienter som talar samiska. Dessa frågor är viktiga, eftersom tester som görs på främmande språk kan leda till feldiagnoser. (Magga 2009).

Slutord

Behovet av psykosociala tjänster på samiska som beaktar kulturella särdrag har framhävts på många sätt i den senaste tidens utveckling. Här avses både allmänna förändringsprocesser i samhället som gäller glesbygdsområden i norr och de särdrag i utvecklingen som speciellt gäller samer och samiska samhällen.

De stora omvälvningarna i samhället efter andra världskriget har påverkat det samiska samhället på särskilda sätt. Moderniseringens och de anknyttande kolonisations- och assimileringens effekter på de samiska samhällena har till största delen inte alls behandlats. Högmo (1986) skriver om det ”kollektiva kulturella lidandet” som på olika sätt ramar in samernas liv. Högmo avser de psykiska lidanden som har uppkommit till följd av historiska händelser, omständigheterna, förhållandet mellan människorna och samhället och etniska relationer. Det är fråga om en strukturell obalans där myndigheterna i den dominerande kulturen har haft en dominerande ställning. Att engagera sig i den samiska kulturen har enligt Högmo länge inneburit stigmatisering, och att undvika den samiska kulturen har också kunnat leda till att man helt avsägar sig den. Det är fråga om komplicerade, undertryckta och motstridiga känslor som överförs från en generation till en annan och som gäller definitionen av den egna etniska bakgrunden. Eftersom dessa frågor inte har behandlats i offentligheten, har varken personerna själva eller myndigheterna något språk eller några begrepp för att handskas med frågorna. De kan ändå vara

av stor betydelse för enskilda människors och även generationers identitet, gemenskapskänsla och psykiska välbefinnande.

Å andra sidan påverkar de kraftiga strukturella och ekonomiska förändringarna som genomförts under det senaste årtiondet på ett betydande sätt samernas levnadsmöjligheter och de samiska samhällenas levnadsförhållanden. I sameområdets kommuner har sysselsättningen, utbildningen och samhällets övriga serviceutbud blivit sämre. Likaså har den selektiva utflyttningen som redan länge pågått lett till en snedvriden demografisk utveckling. Inom sameområdet och bland den samiska befolkningen uppstår en ny ojämlikhet till följd av denna utveckling. De största riskerna för marginalisering anknyter för närvarande till människornas utkomst och möjligheter att klara av vardagen, förmågan att hålla kulturen vid liv och den psykiska belastningen till följd av en samverkan mellan flera faktorer.

Detta innebär stora utmaningar för forskningen och produktionen av psykosociala välfärdstjänster.

Det behövs samarbete och utbyte av erfarenheter och kunskap med Norge och Sverige. I gränsområdena bör man också vid tillhandahållandet av servicen i allt större utsträckning utnyttja serviceutbudet i närområdena. För forskning och utbildning behövs naturligtvis tillräckligt med resurser.

Sammantaget måste det psykiska välbefinnandet betraktas som mycket viktigt i vår tid. Det utgör en grund för ett värdefullt och betydelsefullt liv för alla människor och befolkningsgrupper. Vi måste modigt satsa på att trygga en mångsidig välfärd i vårt samhälle.

Ristenrauna Magga
Verksamhetsledare
SámiSoster ry

Källor:

- Daerga, L & Edin-Liljegren, A & Sjölander, P 2008: Quality of life in relation to physical, psychosocial and socioeconomic conditions among reindeer-herding Sámi. *Int J Circumpolar Health* 67(1)
- Heikkilä, L 2009: Hiljaisia kysymyksiä vaietuista asioista. Orjasniemi & Tiuraniemi (toim.) Rajua, rujoa ja raitista. Alkoholien käyttöä Lapissa. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi. (227-238)
- Heikkilä, L 2009a: Sámi buresbirgenjupmi - saamelaisen hyvinvointi: tutkimukselliset ja -koulu-tukselliset kehittämistarpeet ja ensisijaiset hankkeet. Hankeraportti. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Lapin yliopiston Sosiaalityön laitos ja Saamelaisalueen koulutuskeskus. 31.5.2009
- Högmo, A 1986: Det tredje alternativ. Barns läring av identitetsförvaltning i samisk-norske samfunn preget av identitetsskifte. *Tidskrift for samfunnsforskning*, 27.
- Jakobsson, L 2007: ”Unga män i riskgrupper – utmaningar för det sektoröverskridande samarbetet?”. NOPUS Seminarier ”Gränsöverskridande och nätverksbaserat socialt arbete bland samer”, Levi, Kittilä 6.-7.11.2007.
- Jakobsson, L & Sjölander, P 2007: Hur är den samiska folkhälsan? Seminarium för Sametingets ledamöter, Luleå, Oktober 2007.
- Lapin liitto 2010: Lapin hyvinvointiohjelma 2010–2015.
- Lukkarinen, M 2001: Omakielisten palveluiden turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:1. Helsinki.
- Länsman, A 2008 : Saamen kieli pääkaupunkiseudulla. Vähemmistövaltuutetun julkaisusarja 5. Vähemmistövaltuutettu, Helsinki.
- Magga, R 2009: Saamelainen mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaana. Mieli 2009 Kansalliset mielenterveyspäivät, Suomen mielenterveysseura, Rovaniemi 5.-6.2.2009
- Magga, R 2008: Saamelaisalueen palveluiden kehittäminen. Sosiaali- ja terveysturvan syyspäivät, Saariselkä 18.9.2008
- Magga R 2009: Katoaako kielen mukana arkiturvallisuus. Lapin kuntien turvallisuuspäivät Rovaniemi 18.-19. 11.2009
- Näkkäljärvi A-M 2007: Saamelainen sosiaalityö – ihmisen vai kulttuurin kohtaamista. NOPUS Seminaari ”Rajat ylittävä verkostoituva saamelainen sosiaalityö”, Levi, Kittilä 6.-7.11.2007
- Näkkäljärvi, K 2008: Saamen kielilain toteutuminen vuosina 2004-2006 : kertomus saamen kielilain toteutumisesta / Saamen kielineuvosto, saamen kielen toimisto
- Näkkäljärvi, A & Magga R 2006: Saamelaisväestön sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeuden mukainen kohdentuminen ja kehittämistarpeet. Teperi, J et

- al (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.
- Näre, S 2007: Sukupuoli- ja kulttuurisensitiivinen työtöyö. Hoikkala, T & Snell, A (toim.) Nuorisotyötä on tehtävä. Nuorisotutkimuksen verkkokanava. <http://www.kommentti.fi> 7.2.2008
- Rasmus, M 2006: Bággu vuolgit, bággu birget. Sámemá- naid ceavzinstrategiijat Suoma álbmotskuvlla áso- dagain 1950–1960 -logus. Pro gradu-tutkielma, Oulun yliopisto, Saamen kieli ja saamelainen kulttuuri.
- Rasmus, M 2008: ”Sápmelašvuohta lea dego skeaŋka” – ”Saamelaisuus on kuin lahja”. Saamelaislasten hyvinvointi ja heidän oikeuksiensa toteutuminen Suomen saamelaisalueella. Lapsiasiainvaltuutetun toimiston selvityksiä 2008:1. Jyväskylä, Jyväskylän yliopistopaino.
- Saamelaisasiain neuvottelukunta 2001: Saamenkielisten peruspalvelujen kartoitus 2001: työryhmämuistio
- Saamelaiskäräjät 2008: Saamelaisten sosiaali- ja terveysalan kehittämissuunnitelman (2008–2011)
- SamiSoster ry 2008: SámiSoster ry:n toimintastrategiassa 2009–2012
- Seitamo, L. (1982) Kognitiivikehitys arktisessa kulttuurissa. Kolttasaamelaisten ja pohjoissuomalaisten lasten vertaileva tutkimus ekologisen psykologian ja kaksikulttuurisuuden viitekehyksessä. Psykologian lisensiaattitutkielma. Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Seitamo, L. (1991): Psychological development in Arctic cultures. A comparative study of Skolt Saami and Finnish children in the North of Finland within the frame of reference of ecological psychology. Acta Universitatis Ouluensis Series. E Scientiae Rerum Socialium Socialium 8. Oulu: University of Oulu Printing Center.
- Soininen, L & Pukkala, E 2008: Mortality of the Sami in Northern Finland 1979-2005. International Journal of Circumpolar Health vol. 62:1
- Statsrådets berättelse om tillämpningen av språklagstiftningen 2009.
- Välimaa, A & Laiti-Hedemäki, E 1997: Birge ja eale dearvan. Saamelaisten sosiaali- ja terveysterveysministeriön loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 25. Helsinki.

RIKTLINJERNA FÖR DEN FINLÄNDSKA HÄLSOVÅRDSREFORMEN

SIMO KOKKO

Alltsedan år 1993 har den finländska hälso- och sjukvården varit föremål för förändringar efter en tidigare period av jämn utveckling. År 1993 genomfördes en genomgripande förändring av statsandelssystemet och hela planerings- och styrsystemet. Därigenom blev Finland det antagligen mest decentraliserade landet i världen när det gäller hälso- och sjukvården, eftersom inget annat land har lagt ansvaret för tillhandahållandet och finansieringen av servicen på en så liten enhet som den finländska kommunen. Denna lösning har fått mycket kritik. Många anser att staten borde ha hållit kvar en större rätt till normativ styrning. Ett viktigt steg i återförandet av styrningen till statsmakten är därför den förordning om rådgivningsverksamhet vid hälsovårdscentraler som snart träder i kraft. Tjänsterna styrs av folkhälsolagen som vagt definierar serviceskyldigheterna, men i förordningen om rådgivningsverksamhet anges mycket noggrant enskilda undersökningar och därigenom också den mängd hälsovårdare och läkare som behövs för rådgivningsverksamheten.

De förändringar som genomfördes år 1993 gav också möjlighet att anlita privata serviceföretag för produktionen av de tjänster som ska tillhandahållas och finansieras av kommunerna. Inom äldreomsorgen har privata serviceproducenter därför erövat fältet; i praktiken består nästan all ny tillväxt i servicekapaciteten av privata tjänster. När det gäller hälsovårdscentralernas service har anställningen av läkare och tandläkare av företag som förmedlar arbetskraft fått uppmärksamhet och väckt livlig diskussion. I många städer har dessa företag också fått utlagda hälsostationer helt på sitt ansvar. Läkarbristen har försvårat verksamheten vid hälsovårdscentralerna och också vissa verksamheter inom specialiserad sjukvård. Vid hälsovårdscentralerna är det inte enbart fråga om brist, utan också om unga läkares ovillighet att etablera sig för långvariga anställningar i avlägsna landsbygdskommuner.

Från och med år 2003 var avsikten att genom ett nationellt utvecklingsprojekt för hälso- och sjukvården genomföra förändringar för att nå effektivare servicestrukturer. Det rekommenderades att primärvården skulle tillhandahållas för ett större befolkningsunderlag än tidigare. Man uppmuntrade också till inrättande av gemensamma serviceorganisationer i landskapen, till exempel för laboratorie- och röntgentjänsterna. De strukturella förändringarna inom primärvården förblev ändå ganska små. Inom landets regering rådde meningsskiljaktigheter om huruvida primärvårdens befolkningsunderlag borde utökas eller kommunerna slås ihop till större enheter. Som en kompromiss stiftades lagen om en kommun- och servicestrukturreform år 2006. Lagen eftersträvade bägge målen. Kommunerna sporrades till sammanslagning genom särskilda ekonomiska incitament. För primärvården föreskrevs ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare från vilket det är möjligt att avvika endast av särskilda geografiska skäl eller av skäl som anknyter till språkliga minoriteter. Reformen inleddes i rask takt i början av år 2009 och ska slutföras senast år 2013. Antalet kommuner kommer att minska från 415 till åtminstone omkring 330, möjligtvis ännu mer om vissa sammanslagningar mellan flera kommuner genomförs. Antalet hälsovårdscentraler kommer att minska från cirka 250 till 120–130. Denna förändringsprocess har varit en prövning för kommunsektorn och medfört en stor mängd administrativt arbete.

Vid sidan av kommun- och servicestrukturreformen har revideringen av hälso- och sjukvårdslagstiftningen framskridit. Ursprungligen var avsikten att förena två separata grundläggande lagar, dvs. folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård, till en enda tidsenlig hälso- och sjukvårdslag. Det diskuterades mycket vilka strukturella förändringar som skulle genomföras

samtidigt, och visioner om en helt integrerad hälso- och sjukvård lyftes fram. I kommunerna har primärvården och socialvården placerat sig under en förenad social- och hälsovårdsförvaltning. I dag är det endast Helsingfors stad som har separata nämnder för dessa två sektorer.

Arbetsgruppen för hälso- och sjukvårdslagen framförde sitt första förslag enligt vilket förändringarna skulle ske med ganska försiktiga steg. Ändå stannade lagens framskridande vid strukturfrågor där ingen tillräckligt gemensam syn kunde nås: Hur borde integreringen av social-, hälso- och sjukvården beaktas och hur kan den ytterligare främjas? Vad borde hända med sjukhusnätet inom den specialiserade sjukvården, speciellt små och medelstora sjukhus med stora svårigheter att upprätthålla ett mångsidigt serviceutbud, efter det att medicinen har delats in på ett nytt sätt i snäva specialiteter och lett till att det krävs en mycket stor bemanning redan för att upprätthålla en tidsenlig jourberedskap dygnet runt?

Utgående från det beslutade man att inleda beredningen av en särskild lag för tillhandahållandet av social-, hälso- och sjukvård som fastställer de grundläggande strukturerna för tillhandahållandet och finansieringen av landets social- och hälsovårdstjänster. Någon gemensam politisk syn om de centrala principerna i lagen nåddes emellertid inte i den livliga diskussion som fördes i slutet av år 2009. Av de stora regeringspartierna vill Samlingspartiet så långt som möjligt överföra ansvaret för tillhandahållandet på de stora primärkommunerna som blir allt starkare genom sammanslagning. Statsministerns parti, Centern, vill däremot att ansvaret huvudsakligen ska grunda sig på sammkommuner (sammanslutning av kommuner) på landskapsnivå eller annat samarbete mellan kommunerna. Arbetet med lagstiftningen har nu framskridit så att förslaget till hälso- och sjukvårdslag har överlämnats till riksdagen, men ur lagen har huvudsakligen strukits de bestämmelser som gäller tillhandahållandet och servicestrukturerna. Dessa kommer att finnas i en lag om tillhandahållandet vars principer ser ut att avgöras först efter riksdagsvalet våren 2011.

Diskussionen påverkas också av initiativ enligt vilka man helt borde övergå till en lösning med en enda nationell finansiär. Denna nationella finansiär skulle ansvara för finansieringen av hela hälso- och sjukvården på basis av avtal, så att det vid sidan av offentliga sektorns nuvarande serviceproducenter, dvs. hälsovårdscentralerna och sjukhusen för specialiserad sjukvård, också skulle finnas privata serviceproducenter som alternativ. I början av juni kom ett förslag om att primärvården bör organiseras i modellen med en enda nationell finansiär i enlighet med principer som i hög grad påminner om Sveriges vårdvalsreform. Det är att vänta att kommunstrukturer och hälsovårdsfrågor kommer att lyftas kraftigt fram i diskussionen inför riksdagsvalet våren 2011. Reformen påskyndas säkert också av det faktum att den nyss genomgångna ekonomiska krisens och skuldsättningens effekter på den offentliga ekonomin också kommer att kräva direkta nedskärningar i utgifterna och inte enbart begränsning av dem.

Simo Kokko
Utvecklingschef
Avdelningen för servicesystemet

MIELI 2009 – DEN NATIONELLA PLANEN FÖR MENTALVÅRDS- OCH MISSBRUKSARBETE 2009–2015

AIRI PARTANEN, JUHA MORING, ESA NORDLING, VIVECA BERGMAN, KRISTIAN WAHLBECK, ILMO KESKIMÄKI

Mieli 2009, den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete, som publicerades våren 2009 ger uttryck för de centrala framtida principerna och prioriteringarna för mentalvårds- och missbruksarbetet. I planen presenteras 18 förslag (se bilagan) till gemensam utveckling av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk fram till år 2015. Utgångspunkten i planen är att psykiska problem och missbruk har en stor betydelse för folkhälsan. För första gången ges gemensamma riksomfattande riktlinjer för mentalvårds- och missbruksarbetet. Planen framhäver att klientens ställning stärks, den psykiska hälsan och alkohol- och drogfrihet främjas, problem och skador förebyggs och mental- och missbrukarvård ordnas för alla åldersgrupper så att basservice och öppenvårdstjänster betonas. Nya centrala riktlinjer i planen när det gäller utvecklingen av servicesystemet är att utvecklingen bör ske så att större vikt läggs vid basservicen och öppenvården som allt bättre ska beakta psykiska problem och missbruksproblem samtidigt.

Trots att psykiska störningar inte har blivit vanligare, är dessa oftare än förut en bakomliggande orsak till arbetsoförmåga. Orsaken till sjuk- eller invalidpension är i 44,5 procent av fallen psykiska problem eller missbruksproblem. En stor del av de psykiska störningarna förblir oupptäckta, vilket är en stor utmaning för servicesystemet. 2000-talet präglas av en snabb ökning av alkoholkonsumtionen och alkoholrelaterade skador. År 2009 konsumerade finländarna 10,2 liter absolut alkohol per person. Den ökande konsumtionen syns som ett ökat antal alkoholrelaterade dödsfall, sjukdomar och behov av socialtjänster. I fråga om droger har situationen stabiliserats, men antalet drogrelaterade dödsfall har ökat.

Genom att långsiktigt främja den psykiska hälsan och utveckla det förebyggande alkohol- och drogarbetet kan man motverka ökningen av de psykiska problemen och missbruksproblemen. Arbetet för att främja den psykiska hälsan har som syfte att påverka de faktorer som utlöser psykiska problem och att minska förekomsten av psykiska störningar och självmord. Målet för det förebyggande missbruksarbetet är dels att minska efterfrågan på, tillgången till och utbudet av alkohol och andra droger, dels att minska de alkohol- och drogrelaterade skadeverkningarna genom att främja alkohol- och drogfria levnadsvanor, motarbeta skadeverkningarna och öka förståelsen och hanteringen av fenomenet. Trots att större vikt har lagts vid det förebyggande arbetet under 2000-talet, har den ekonomiska recessionen och sparåtgärderna gjort arbetet för att främja välfärd och hälsa kortsiktigt. På strategisk nivå integreras ofta främjandet av den psykiska hälsan och det förebyggande missbruksarbetet i bredare välfärdsstrategier.

Tillhandahållandet av mental- och missbrukarvård styrs av en relativt fri lagstiftning och de många aktörerna består bland annat av små kommuner, stora samkommuner och privata serviceproducenter. Ansvaret för mentalvården vilar i stor utsträckning på hälso- och sjukvården, medan socialvården ansvarar för missbrukarvården. Det har uppstått gränssytor mellan de olika aktörerna, och för att överskrida dessa gränser har ett remissförfarande uppstått inom mentalvården. I fråga om missbrukarvården har gränserna medfört betalningsförbindelser och köer. Människor kan falla mellan två stolar då de flyttar från ett system till ett annat.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) började informera om planen våren 2009. Därtill har respons om planen samlats in på basis av en webbaserad enkät, artiklar i fack- och organisations-

pressen från 2009 och under den kommunrunda som THL:s ledning gjorde. Responsen visar att planen för mentalvårds- och missbruksarbete redan är relativt välkänd. Förslagen i planen har i flera avseenden tagits väl emot och accepterats. Planen för mentalvårds- och missbruksarbete verkar ha blivit färdig vid en lämplig tidpunkt – kommun- och servicestrukturreformen ger möjligheter också till en omfattande utveckling av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk och en reform av servicesystemet. Det gemensamma utvecklingsarbetet verkar ha kommit i gång inom flera områden. Utvecklingen av basservicen och den öppna vården upplevs som viktig, liksom också åtgärderna för att stärka klientens ställning. Kritiken gäller främst det sociala arbetets ringa synlighet i planen. Svaren återspeglar en viss oro för att vårdtröskeln för missbrukarna kan höjas jämfört med nuläget. Den största osäkerheten gäller sammanslagningen av öppenvården inom den specialiserade sjukvården och överföringen av den psykiatriska sjukhusvården till allmänna sjukhus. De utmaningar som sammanslagningen innebär lyfts fram i olika avseenden, både i fråga om strukturen och attityderna och kompetensen. Utvecklingen av ett kundorienterat servicesystem utgör en god utgångspunkt för en gemensam utveckling av mentalvården och missbrukarvården, som på många orter har organiserats fristående från varandra.

Under 2009 beredde THL en egen verkställighetsplan och diskuterade planen för mentalvårds- och missbruksarbete vid flera utbildningsevenemang och samarbets- och projektmöten. THL förnyade också sina webbsidor om planen för mentalvårds- och missbruksarbete på adressen www.thl.fi/mielijapaihde. Avdelningen för psykiska problem och missbrukarvård (MIPO) inom THL:s verksamhetsområde social- och hälsotjänster har huvudansvaret för att verkställa planen, men alla THL:s verksamhetsområden deltar i verkställandet. THL:s verkställighetsplan omfattar tiotals olika funktioner inom THL som berör psykisk hälsa eller missbruk. Verkställighetsplanen lyfter fram 2–3 spetsprojekt för de närmaste åren för alla de fyra prioriterade områdena. Effektivare medverkan av brukare experter och kamratstödjare i arbetet, utvecklingen av sjukhusvården i syfte att öka patient- och klientsäkerheten och minskningen av tvångsåtgärder vid de psykiatriska sjukhusen stärker klientens ställning. Det strategiska arbetet och insatserna för att förhindra att psykisk ohälsa och missbruk och följderna av dessa överförs från generation till generation ingår i spetsprojekten inom det förebyggande arbetet. I fråga om servicesystemet läggs särskild vikt vid stödet för att utveckla en lättillgänglig basservice med kompetens både inom psykisk hälsovård och missbrukarvård och vid uppföljningen av servicesystemets utveckling med hjälp av forskning och registrering. I fråga om styrmedel betonas utvecklingen av webbsidorna om planen för mentalvårds- och missbruksarbete. Därtill intensifieras den riksomfattande, regionala och lokala koordineringen av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk. THL ger sakkunnigstöd vid lagberedningen.

Utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, KASTE, har en central roll i utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet. Inom fyra KASTE-områden pågår för närvarande utvecklingsprojekt som rör mentalvårds- och missbruksarbetet. Åtgärdsprogrammet Fungerande hälsovårdscentraler är ett annat centralt samarbetsprojekt kring utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet. I fråga om social- och hälsovårdsministeriets verkställighetsuppgifter betonas det lagstiftningsmässiga utvecklingsarbetet och det utvecklingsarbete som görs via den riksomfattande styrgruppen för mentalvårds- och missbruksarbete. Den nya hälso- och sjukvårdslagen, revideringen av socialvårdslagstiftningen och beredningen av lagstiftningen om tvångsvård är centrala lagstiftningsprojekt med inverkan på arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk.

Utvecklingsarbetet är omfattande. Vid sidan om det offentliga servicesystemet gäller arbetet även i hög grad tredje sektorn. Samarbete behövs med flera andra sektorer än social- och hälsovårdssektorn. I detta samarbete behövs experter på mentalvårds- och missbruksarbete och organisationsledning, den offentliga social- och hälsovården, tredje sektorn och de sektorer utanför social- och hälsovården som i betydande omfattning inverkar på människors välfärd.

Sådana områden är bland annat utbildnings-, kultur- och fritidssektorerna, näringslivet och de instanser som ansvarar för boende- och livsmiljön.

Airi Partanen
Utvecklingschef
Avdelningen för psykisk hälsa och missbrukarvården

Viveca Bergman
Utvecklingschef
Avdelningen för psykisk hälsa och missbrukarvården

Juha Moring
Överläkare
Avdelningen för psykisk hälsa och missbrukarvården

Kristian Wahlbeck
Forskningsprofessor
Avdelningen för psykisk hälsa och missbrukarvården

Esa Nordling
Utvecklingschef
Avdelningen för psykisk hälsa och missbrukarvården

Ilmo Keskimäki
Forskningsprofessor
Avdelningen för servicesystemet

Referenser

Karlsson N, Wahlbeck K. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. Rapport 24/2010. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors 2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d0d504f0-d878-4a19-97b3-e3b060f9b09a>

Karlsson T, red. Alkoholläget i Finland i början av 2000-talet. Konsumtionen, skadeverkningarna

och politiken. Rapport 39/2009. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors 2009,

Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:20. Helsingfors 2009. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-002819-0>

BILAGA

FÖRSLAG I PLANEN MIELI 2009

Förslag 1. Personer med psykisk ohälsa eller missbruk ska ha samma tillgång till tjänster och få samma bemötande som alla andra brukare av tjänster. Detta förverkligas genom attitydförändrande utbildning, tillsyn av tjänsterna och vård- och servicegaranti.

Förslag 2. Smidig tillgång till mental- och missbrukarvård ska tryggas enligt lågtröskel- och endörrsprincipen i första hand via social- och hälsocentralen eller, där sådan saknas, via primärvården.

Förslag 3. Brukareexperter och kamratstödjare medverkar i planering, förverkligande och utvärdering av mentalvårds- och missbruksarbete.

Förslag 4. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar förslag till regeringsproposition om gemensam ramlag angående begränsningar av självbestämmanderätt inom social- och hälsovården och ger förslag till förordning om utomstående sakkunnigbedömning vid intagning oberoende av vilja till psykiatrisk sjukhusvård. Dessutom genomförs ett nationellt program för minskning av tvång inom den psykiatriska sjukvården.

Förslag 5. Formerna för utkomstskydd under vård- och rehabiliteringstiden utvecklas så att de stöder missbruks- och mentalvårdspatienternas behandlingsmotivation och uppsökande av vård samt främjar deras återgång till arbetslivet när rehabiliteringen framskrider.

Förslag 6. Arbetet med förebyggande av psykiska problem och missbruk koncentreras till tre delområden: 1. Alkoholbeskattningen höjs betydligt från 2009 års nivå. 2. Gemenskaper som stöder välbefinnande förstärks och medborgarnas möjligheter till inflytande över beslut som rör dem själva ökas. 3. Överföring av psykisk ohälsa och missbruk mellan generationerna identifieras och förebyggs.

Förslag 7. Kommunerna innefattar en strategi för psykisk hälsa och mot missbruk i sin plan för främjande av hälsa och välfärd som en del av kommunstrategin. Dessutom förstärks det förebyggande och främjande arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk genom att man utser minst en fast medarbetare på heltid för att koordinera arbetet inom områden med brett befolkningsunderlag.

Förslag 8. Kommun som är ansvarig för organisation och finansiering av tjänsterna måste mer effektivt än hittills samordna tjänster inom offentlig sektor, tredje sektorn och företagssektorn till en fungerande tjänstehelhet.

Förslag 9. Kommunerna ska effektivisera bastjänster och öppenvårdstjänster för dem som lider av psykisk ohälsa och missbruk genom att utöka och förbättra bland annat jourtjänster, mobila tjänster och konsultationstjänster. Detta skapar förutsättningar för minskat behov av institutionsplatser. Enheterna för psykiatrisk specialvård och öppenvårdsenheterna för specialtjänster inom missbrukarvården slås samman. Den psykiatriska sjukhusvården överförs som huvudregel till de allmänna sjukhusen.

Förslag 10. Kommunernas arbete med barn och ungdomar för psykisk hälsa och mot missbruk ska i första hand ske i barnens och ungdomarnas vardagsmiljö, såsom i hemmet, dagvården eller skolan. Specialtjänsterna ska på ett mångsidigt sätt stödja bastjänsterna.

Förslag 11. Förebyggande av och tidigt ingripande vid psykiska störningar och missbruk ska främjas genom fortbildning av företagshälsovårdens personal och genom att utveckla FPA:s ersättningspraxis. Fortsatt arbete och återgång till arbete för personer med psykisk ohälsa och missbruk ska främjas genom att stärka företagshälsovårdens roll som samordnare mellan arbetsplatsen, övrig hälsovård och rehabilitering.

Förslag 12. Faktorer som hotar arbetsförmågan hos personer med psykisk ohälsa och missbruk ska åtgärdas i tid bland annat genom att utveckla hälsokontrollverksamhet för arbetslösa samt rehabiliterande arbetsverksamhet. Sysselsättningsförutsättningarna för psykiskt funktionshindrade personer med invalidpension och rehabiliteringsstöd som söker sig till arbetslivet ska förbättras.

Förslag 13. Insatser ska göras för att förebygga psykiska störningar och missbruk hos äldre, och behandlingen ska tidigareläggas och effektiviseras bland annat genom att utveckla behandlingsmetoder som passar för äldre.

Förslag 14. En gemensam arbetsgrupp mellan social- och hälsovårdsministeriet och undervisningsministeriet definierar minimiinnehållet i utbildningen för mentalvårdsarbete. Det ska tillsammans med minimiinnehållet i utbildningen för missbrukarvård ingå i läroplanerna på grundutbildningen inom social- och hälsovårdens utbildningsområden.

Förslag 15. Institutet för hälsa och välfärd samlar rekommendationer inom arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk i en databas för social- och hälsovården och ser till att de viktigaste rekommendationerna uppdateras samt följer upp att de verkställs. Ett program som stöder implementering av god praxis genomförs.

Förslag 16. Från kommun- till riksnivå bör alla förvaltningssektorer vara observanta på hur deras verksamhet och beslut påverkar medborgarnas psykiska hälsa och rusmedelsanvändning. På statsförvaltningsnivån utvidgas delegationen för rusmedels- och nykterhetsärenden till en delegation för psykisk hälsa och missbruksfrågor. Utvecklingen av det förebyggande arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk koordineras på nationell nivå av Institutet för hälsa och välfärd. Forumet för förebyggande missbruksarbete, som upprätthålls av Centret för hälsofrämjande, utvidgas till ett forum för förebyggande arbete mot missbruk och för psykisk hälsa.

Förslag 17. Statsandelen till social- och hälsovård utökas för att ge möjlighet att utveckla mental- och missbrukarvården på basnivå. Därutöver riktas statsbidrag till social- och hälsovårdens utvecklingsverksamhet för att utveckla organisationen av mental- och missbrukarvården. Användningen av annan finansiering för att utveckla servicesystemet intensifieras genom att man centralt sammanställer information om dessa finansieringsmöjligheter.

Förslag 18. Social- och hälsovårdsministeriet uppdaterar mentalvårdslagen, lagen om missbrukarvård och lagen om nykterhetsarbete samt utreder möjligheten att slå samman mentalvårdslagen och lagen om missbrukarvård.

DEN FINLÄNDSKA PATIENTSÄKERHETSSTRATEGIN 2009–2013. INNEHÅLL OCH IMPLEMENTERING

PIA MARIA JONSSON

Social- och hälsovårdsministeriet i Finland tillsatte i slutet av 2006 en styrgrupp med uppgift att främja patientsäkerheten. Gruppen tog fram en nationell patientsäkerhetsstrategi, som offentliggjordes år 2009 och som sträcker sig fram till 2013. (Vi främjar patientsäkerheten..., 2009)

Strategin behandlar patientsäkerheten ur fyra olika synvinklar: säkerhetskultur, ansvar, ledning och författningar. Den uttalade visionen är en säker och effektiv vård, där patientsäkerheten är förankrad i verksamhetens strukturer och praxis.

Institutet för hälsa och välfärd ska stödja implementeringen av strategin och på sikt även stå för uppdatering av dess innehåll.

Fem huvudmål

Strategin har fem huvudmål, som ska vara uppfyllda före år 2013. Målen hänför sig till information och självbestämmande för patienten; förebyggande av risker; rapportering av riskmoment och lärdom av dessa; personalens kompetens; samt tillräckliga resurser för patientsäkerhetsarbetet.

Mål 1. Patienten deltar aktivt i främjandet av patientsäkerheten

Målsättningen är att patienten och de anhöriga aktivt involveras i främjandet av patientsäkerheten. Strategin understryker att personalen ska lyssna på patienten och att patienten ska kunna delta i planeringen och genomförandet av vården. För att patienten ska få makt över sin situation måste han eller hon få tillräckligt med information om de risker som är förknippade med vården samt de resultat som kan väntas.

Patienten ska få veta vem han eller hon kan kontakta i frågor som berör patientsäkerhet. Om en negativ händelse inträffar ska personalen öppet berätta om denna för patienten och, om patienten så önskar, också för de anhöriga. En ursäkt anses viktig som stöd för öppenheten.

En förtroendefull atmosfär utgör en nödvändig förutsättning för att patienterna ska våga lyfta fram eventuellt upptäckta brister i säkerheten. Enhetliga förfaringsätt i uppföljningen av negativa händelser ska hjälpa personalen att agera snabbt och öppet. Representanter för patienter och patientorganisationer ska delta i de grupper som garanterar patientsäkerheten.

Mål 2. Patientsäkerheten hanteras genom förebyggande arbete och erfarenhet

Bakom risksituationer ligger ofta dolda faktorer som är viktiga att få fram redan innan patientskador uppstår. Prognostisering och analysering av olika typer av säkerhetsrisker samt ingripande i dessa är viktiga åtgärder för att förebygga negativa händelser. Varje organisation ska ha ett heltäckande system för kvalitetsstyrning och riskhantering.

Kontinuerlig utveckling av strukturer, processer och information är viktigt för att minska säkerhetsrisker och misstag. För att riskerna för vanligt förekommande negativa händelser ska minska ska organisationen tillämpa sådana gemensamt överenskomna, säkra och effektiva förfaringsätt och riktlinjer, som grundar sig på forskning och beprövad erfarenhet.

Patientsäkerhetsrisker förekommer särskilt i samband med informationsöverföring och organisationsförnyelse samt vid introduktion av ny teknik och vårdpraxis. För att undvika dessa ska organisationen se till att personalen har relevant kompetens och möjlighet till kontinuerlig professionell utveckling.

Mål 3. Riskmoment rapporteras, vi lär oss av dem

En säker och högklassig organisation har klara och tydliga förfaringsätt för hur riskmoment och farliga situationer rapporteras, uppföljs och behandlas. Målsättningen är att den insamlade informationen ska sammanställas lokalt och regionalt och behandlas regelbundet av ledningen och personalen.

Rapportering med låg tröskel ska bidra till kontinuerlig förbättring av vårdens kvalitet och säkerhet. Principen om icke-skuldbeläggande och stöd för de involverade är förutsättningar för att man ska kunna lära av allvarliga skador och förebygga dessa.

Institutet för hälsa och välfärd samlar i sina databaser och register rikstäckande uppgifter om patientsäkerhet. Denna information ska analyseras och utnyttjas i det nationella utvecklingsarbetet och det internationella samarbetet.

Mål 4. Patientsäkerheten främjas systematiskt och med tillräckliga resurser

Organisationens ledning har ansvar för patientsäkerheten i dess helhet och genomförandet av denna. Främjandet av patientsäkerheten ska ingå i verksamhets- och ekonomiplanen.

En patientsäkerhetsplan ska utgöra en del av en större riskhanterings- och kvalitetsstyrningshelhet. Ansvar för utarbetandet av patientsäkerhetsplanen ligger hos ledningen. Ledningen utser också de personer som ska koordinera patientsäkerhetsarbetet och gör det möjligt för dem att arbeta enligt uppdraget.

Varje person som deltar i vården ansvarar för egen del för patientsäkerheten. Den yrkesutbildade vårdpersonalen följer i sitt arbete principerna för främjande av patientsäkerheten och utnyttjar tillgängliga redskap, handböcker och rekommendationer för främjandet av patientsäkerheten.

Mål 5. Patientsäkerheten beaktas i forskningen och undervisningen inom hälsovården

Främjandet av patientsäkerheten ska enligt strategin ingå i såväl grundutbildningen, fortbildningen som i den kompletterande utbildningen. I en öppen kultur vågar de anställda erkänna om de inte har tillräcklig kompetens och meddela om arbetsuppgifter de inte klarar av. Patientsäkerhetsperspektivet ska inkluderas också i de fackliga och vetenskapliga organisationernas arbete och utbildning.

Inom hälso- och sjukvården är det viktigt att lära av andra riskkänsliga branscher, såsom luftfarten och kärnkraftsindustrin. Det är samtidigt viktigt att skaffa ny information genom patientsäkerhetsforskning inom hälso- och sjukvården. Med hjälp av denna forskning försöker man hitta orsakerna bakom de negativa händelserna och metoder som förbättrar patientsäkerheten och kostnadseffektiviteten.

Implementering och ny lagstiftning

Strategin har tagits fram i ett brett, flerårigt samarbete mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer och intressenter. Vid formulering av innehållet har man haft stor nytta av tidigare erfarenheter från patientsäkerhetsarbete i andra länder, bl.a. i de nordiska grannländerna.

Strategin kan betraktas som mångfacetterad, heltäckande och relativt väl välförankrad i den finska vårdverkligheten. Att omvandla strategins höga målsättningar till konkreta aktiviteter, som de facto minskar risken för negativa händelser och höjer säkerheten för patienterna, kan emellertid bli en lång process. Detta särskilt mot bakgrund av att skapandet av en öppen och transparent patientsäkerhetskultur kan förväntas ta tid.

För att stödja implementeringen av strategin har Institutet för hälsa och välfärd tillsatt en expertgrupp, som bl.a. ska ta fram en patientsäkerhetsguide som på olika nivåer konkretiserar strategins målsättningar och beskriver ansatser och arbetssätt för att uppfylla målen. En svårighet i arbetet är att man i Finland inte haft en särskilt välutvecklad lagstiftning, som reglerar

patientsäkerhetsområdet. Situationen kommer att ändras, om regeringens förslag till Lag om hälso- och sjukvård antas i riksdagen (Regeringens proposition till ..., 2010). Lagen kommer i så fall att reglera en del av de ambitioner som uttrycks i patientsäkerhetsstrategin. Enligt lagtexten ska bl.a. en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården göra upp en plan för kvalitetsledning och verkställighet av patientsäkerhet. I patientsäkerhetsplanen ska även samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården beaktas.

Den nya lagens innehåll kan senare komma att kompletteras med en förordning avseende kvalitet och patientsäkerhet. Därmed kan en konsekvent linje från lag till förordning, vägledning, uppföljning och återföring så småningom bli verklighet i Finland. Någon särskild lag om patientsäkerhet enligt svensk förebild lär dock inte bli aktuell.

Uppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsstrategin har inte beskrivits i större detalj i strategidokumentet. En given utgångspunkt är att den nationella uppföljningen delvis kommer att vila på trendanalyser utifrån registerbaserade patientsäkerhetsindikatorer. Antalet användbara indikatorer är emellertid begränsat och andra uppföljningsstrategier kommer att behövas som komplettering. T.ex. kan checklistor på enhets- och organisationsnivå utvecklas för att kunna beskriva i vad mån man på olika håll nått upp till strategins mål.

Pia Maria Jonsson
Utvecklingschef
Avdelningen för servicesystemet

Referenser

Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientsäkerhetsstrategin. Helsingfors 2009. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2009:4.

Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lag om hälso- och sjukvård samt lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. RP 90/2010 rd.

SAMMANDRAG AV NÅGRA BÖCKER SOM UTGIVITS 2009–2010 FRÅN THL

Peppi Saikku

Hälsotjänster som stöd för sysselsättningen. Hälsokontroller och hälsotjänster för långtidsarbetslösa på övergångsarbetsmarknaden

Sammandrag

Under de senaste åren har man försökt utveckla hälsokontroller och hälsotjänster för långtidsarbetslösa med hjälp av dubbelriktade finansieringsåtgärder: genom att bevilja alla kommuner tilläggsanslag som är bundna till statsandelen och genom att dessutom bevilja vissa kommuner projektfinansiering för införande och utveckling av förfaranden för hälsokontroll och hälsotjänster som en del av utvecklingsprojektet för hälsovård för långtidsarbetslösa (PTT-projektet).

Målet med utvärderingsundersökningen i anslutning till PTT-projektet var att kartlägga läget inom hälsokontroller och hälsotjänster för långtidsarbetslösa på ett riksomfattande plan samt att beskriva och utvärdera de hälsotjänstmodeller som utvecklats i anslutning till projektet. Undersökningen kartlade även klientelet och kundresponsen samt integrationen av hälsotjänsten med de aktiverande och sysselsättande processerna. Utvärderingens teoretiska ramverk utgjordes av begreppet övergångsarbetsmarknad.

Enligt den riksomfattande enkäten har kommunerna i relativt stor omfattning redan infört hälsokontroller för långtidsarbetslösa och ökat samarbetet mellan arbets- och näringsförvaltningen, socialförvaltningen och primärvården. Det verkar som om kontinuiteten i verksamheten samt införandet av verksamheten som en fast del av kommunernas servicestruktur kommer att utgöra en utmaning. Kommunernas svåra ekonomiska läge och små personalresurser tillsammans med förändringarna i servicestrukturen begränsar utvecklandet och befästandet av verksamheten.

PTT-projektet omfattade sammanlagt cirka 3 700 klienter, av vilka 2 700 gick på en hälsokontroll utförd av en hälsovårdare. Klientelets byggnad och utvärderingarna av klienternas hälsotillstånd och arbetsförmåga visar klart att projektet nådde den avsedda målgruppen. Till hälsokontrollerna styrdes personer som varit arbetslösa en lång tid och som tydligt upplevde problem i anslutning till sin hälsa och arbetsförmåga. Hos klienterna konstaterades ett stort antal hälsorelaterade riskfaktorer, av vilka riskerna i anslutning till levnadssätt (rökning, stor alkoholkonsumtion) och mental hälsa (depression) var vanligare än bland den del av befolkningen som är i arbetsför ålder i genomsnitt. En viktig uppgift för primärvården är att tillhandahålla tillräckliga hälsotjänster, men också att uppmuntra klienterna att sköta om sin hälsa och utnyttja de tjänster som tillhandahålls.

Klienternas respons på hälsokontrollerna var mycket positiv. De upplevde att det är viktigt att kommunerna aktivt erbjuder arbetslösa en möjlighet till hälsokontroll. Klienterna upplevde att hälsokontrollen hade betydelse i synnerhet för deras hälsotillstånd och välfärd, medan följdverkningarna i anslutning till sysselsättning och utkomst betraktades som mindre betydelsefulla. En stor del av de klienter som svarade på enkäten upplevde att hälsokontrollen fått dem att tänka mer på sitt hälsotillstånd och sina hälsovanor. De arbetslösas svaga ekonomiska läge och hälsocentraltjänsternas splittrade karaktär försämrar de arbetslösas möjligheter att sköta sin hälsa och arbetsförmåga.

En jämförelse av de funktioner för hälsokontroll och hälsotjänster som utvecklats i anslutning till PTT-projektet visar att man inte kan hitta verksamhetsmodeller som klart skulle kunna specificeras och typbestämmas och som man skulle kunna differentiera utifrån de dimensioner som tillämpades vid utvärderingen. I varje projekt utformades en individuell helhet, med en

kombination av tjänster som definierades av utgångsläget och utgångsbehoven. Den tydligaste förenande eller differentierande faktorn för de verksamhetsmodeller som utvecklats i anslutning till projektet var till vilken struktur tjänsten var ansluten. Detta verkade i någon grad påverka klientelet, nätverksbygget, möjligheterna till multiprofessionellt lagarbete, fördelarna och utmaningarna samt de förberedda övergångarna inom verksamheten.

Utmaningarna i anslutning till organiseringen av hälsokontroller och hälso-tjänster för arbetslösa beror på att man då verksamheten organiseras måste beakta möjligheterna till övergångar i olika riktningar. Servicecentret för arbetskraft utgör ett exempel på en bra struktur för förberedande av övergångar i olika riktningar och anslutning till hälso- och sjukvården, men i projektet utvecklades även andra fungerande sätt att organisera tjänsten. Också med hjälp av en tjänst som har en lösare koppling till servicecentralverksamheten eller är kopplad till hälso-centralen, TE-byrån eller kommunens sysselsättningsverksamhet kan man främja övergångar i många olika riktningar.

Inom hälso-tjänsten för långtidsarbetslösa förbereddes övergångar ofta i riktning mot vård och rehabilitering samt sjukledighet och ålderspension. Vid dessa övergångar har hälso- och sjukvården en viktig uppgift. Vid övergångar mot arbetslivet har hälso- och sjukvården en mindre roll som stödfunktion för aktiverings- och sysselsättningsprocessen.

I utvärderingsundersökningens rekommendationer föreslås att en tjänst av typen företagshälsovård för arbetslösa införs som en permanent del av den kommunala hälso-tjänsten. Hälso-tjänsten, som administrativt ingår i primärvården, kan strukturellt även kopplas till en annan tjänst än hälsocentralsservicen. Tjänsten har karaktären av företagshälsovård och den bör vara nätverksbyggande och ansluta sig till aktiverings- och sysselsättningsåtgärderna. Genomförandet av tjänsten inom primärvården förutsätter utveckling av sådan kompetens som är relevant för temat inom referensramarna för både sysselsättning och företagshälsovård.

Leini Sinervo (red.)

Hälsovårdsprojektet för långtidsarbetslösa. Slutrapport för utvecklingskedet och lokala verksamhetsmodeller

Sammandrag

Jämlikhet mellan befolkningsgrupper och minskande av socioekonomiska hälsoskillnader är ett centralt välfärdspolitiskt mål som upptagits i regeringsprogrammet och i många nationella program. Systematiskt tillhandahållande av hälso-tjänster för arbetslösa är en konkret åtgärd för att minska hälsoskillnaderna. Hälsoproblem hos arbetslösa arbetssökande och brister i deras arbetsförmåga utgör i många fall ett hinder även för sysselsättning och medför risk för utslagning från arbetsmarknaden.

Hälso-tjänster för långtidsarbetslösa har utvecklats i anslutning till projektet Partnerskapet för utveckling av långtidsarbetslösas hälsovård (PTT-projektet), som samordnats av Institutet för hälsa och välfärd (THL). Projektet har omfattat aderton lokala och regionala delprojekt, inom vilka man utifrån verksamhetsmiljön och de lokala omständigheterna har utvecklat verksamhetsmodeller för att ordna hälso-tjänster för svårssysselsatta arbetslösa.

I projektets första skede (2007–2009) har tyngdpunkten varit på att skapa och testa lokala och regionala förfaranden. I denna rapport beskrivs projekthelheten och de lokala verksamhetsprocesserna i huvuddrag. I slutet av rapporten presenteras rekommendationer för utvecklingen av hälso-tjänster för arbetslösa arbetssökande.

Delprojekten har effektiviserat arbets- och näringsförvaltningens och de kommunala myndigheternas samarbete inom rehabilitering och aktivering av arbetslösa genom att utnyttja bef

ntliga branschövergripande samarbetsstrukturer som inrättats i avsikt att förbättra de arbetslösas förutsättningar att bli sysselsatta. Med hjälp av delprojekten kunde man främja de långtidsarbetslösas hälsa och funktions- och arbetsförmåga samt förebygga folksjukdomar.

Verksamhetens kärna utgjordes av hälsokontroller, hälsorådgivning och åtgärder för att öka klienternas kontroll över livet samt vid behov även kartläggning och främjande av klienternas funktionsförmåga genom multiprofessionellt samarbete. För hälsovårdare har utvecklats en särskild modell för hälsokontroll och ett arbetssätt som beaktar arbetslösheten och de hälsorisker som detta medför, främjar den arbetslösa arbetssökandes krafter samt sporrar klienterna till aktivitet och egenvård. I projektet deltog sammanlagt cirka 3 700 klienter, av vilka 2 700 deltog i en hälsokontroll utförd av en hälsovårdare.

I projektets följande skede åren 2009–2010 ligger tyngdpunkten på att etablera och stabilisera de förfaranden som utvecklats på det lokala och regionala planet samt att sprida arbetsmetoder som bedöms vara fungerande på det riksomfattande planet.

Vesa Saaristo, Lotta Alho, Timo Ståhl, Matti Rimpelä

Uppföljningsindikatorer för verksamhet som främjar befolkningens hälsa i primärvården – metodrapport.

Sammandrag

Ett projekt om ett system för jämförelseanalys av hur aktivt kommunerna främjar hälsa (Ted-BMprojekt) genomfördes för åren 2006-2009 på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet. Syftet var att utveckla ett system för uppföljningsindikatorer för främjande av hälsa i kommuner och kommundtjänster. De första delarna skulle tas i kontinuerligt bruk fr.o.m. början av 2010.

Denna rapport beskriver processen för sammanställning av de indikatorer som beskriver dimensionerna i referensramen för verksamhet som främjar befolkningens hälsa (TEA). Som material används den hälsovårdscentralenkät som utfördes hösten 2008. I denna rapport 1) beskrivs utvecklandet av metoden, 2) motiveras de val som gjorts under arbetet, och 3) presenteras en databas (TEAvisari) och ett användargränssnitt med vilket indikatorer fritt kan utnyttjas.

Variabler indelades under dimensionerna enligt bedömning. Inom varje dimension granskades variablernas samband med hjälp av Spearmans rangkorrelation och Cronbachs alfa. I nästa skede medtogs de variabler som hade ett positivt samband med varandra. Varje dimension uppdelades i mindre delar. För de mindre delarna beräknades delsummavariabler som omvandlades till en skala 0–100 genom att dividera delsumman med det teoretiska maximivärdet. För att beskriva dimensionen beräknades för delsummorna ett aritmetiskt medelvärde där varje delsumma fick samma vikt.

Som ett resultat av analysen fick man 129 variabler som beskriver sex TEA:s dimensioner. Engagemanget bestod av 22 variabler som indelades i fyra delsummer. Ledarskapets sex delsummer bestod av 34 variabler. Uppföljningen bestod av tre mindre delar (15 variabler) och resurserna av två (sex variabler). Gemensamma praxis beskrevs för 43 variabler av vilka uppstod fem mindre delar. De övriga kärnverksamheternas nio variabler bildade tre helheter. Med undantag av resurserna hade dimensionernas poängantal ett statistiskt samband både med varandra ($r=0,32-0,59$) och med hälsovårdscentralens befolkningsunderlag ($r=0,15-0,40$). Resurserna hade inget samband med de övriga dimensionerna och ett negativt samband ($r=-0,16$) med befolkningens mängd.

Processen som beskrivs i denna rapport utgör det första skedet i bildandet av TEA-indikatorer. En motsvarande process bör genomgå och utvecklas vidare i de material som beskriver kommunens övriga verksamhetsområden. I fortsättningen är det nödvändigt att validera indikatorer och att utföra en effektivitetsundersökning som denna förutsätter.

Anu W. Turunen, Satu Männistö, Liisa Suominen-Taipale, Riina Räsänen, Heli Reinivuo, Antti Jula, Pia K. Verkasalo

Fisk i kosten. Resultat från Fiskarundersökningen och undersökningen Hälsa 2000

Sammanfattning

Denna rapport beskriver konsumtionen av födoämnen och intaget av näringsämnen i den population som konsumerar mycket fisk och i grundpopulationen, samt sambandet mellan fiskkonsumtion och konsumtion av andra födoämnen eller intag av näringsämnen.

I rapporten användes uppgifterna om matkonsumtion som uppgetts av de 114 manliga yrkesfiskare och 115 fruar till yrkesfiskare som deltog i undersökningen Näring, miljö och hälsa (den s.k. Fiskarundersökningen), samt de 580 män och 715 kvinnor som deltog i undersökningen om cirkulationsorganens sjukdomar (det s.k. Hälsa 2000-delurvalet), som kompletterade undersökningen Hälsa 2000. Båda undersökningarna genomfördes av Institutet för hälsa och välfärd (THL, tidigare Folkhälsoinstitutet). Matkonsumtionen mättes i båda undersökningarna med hjälp av samma validerade matkonsumtionsenkät av frekvenstyp.

Fiskarna åt cirka 85 procent mer fisk än männen i Hälsa 2000-delurvalet. Fiskarnas genomsnittliga fiskkonsumtion motsvarade nästan en fiskmåltid (100 g fisk) per dygn. Fiskarnas fruar åt cirka 45 procent mer fisk än kvinnorna i Hälsa 2000-delurvalet. Fiskarnas och deras fruars kost inbegrep inte så mycket rotfrukt, juice, ris, pasta, olja, smör och socker som männens och kvinnornas kost i Hälsa 2000-delurvalet. Dessutom fick fiskarna och deras fruar mer omega-3-fettsyror och D-vitamin och mindre linolsyra, transfettsyror, A-vitamin och jod ur sin kost än männen och kvinnorna i Hälsa 2000-delurvalet.

De undersökningspersoner som åt mest fisk konsumerade mest grönsaker och minst rött kött, mjölk och socker. Det omvända sambandet mellan fiskkonsumtion och konsumtion av rött kött kunde inte fastställas hos männen i Hälsa 2000-delurvalet. Dessutom konsumerade de män och kvinnor som åt mest fisk i Hälsa 2000-delurvalet också mest olja och fjäderfäkött.

De undersökningspersoner som åt mest fisk fick mest omega-3-fettsyror, D-vitamin, B₁₂-vitamin, natrium och selen ur sin kost, och minst socker. Dessutom fick de av fiskarnas fruar och de män och kvinnor i Hälsa 2000-delurvalet som åt mest fisk också mest A-, E- och K-vitaminer, niasin, pyridoxin, folat, fosfor och jod. Fiskkonsumtionen var den mest betydande skillnaden mellan Fiskarundersökningens och Hälsa 2000-delurvalets undersökningspersoners kost. En riklig konsumtion av fisk verkade hänga samman med en hälsosammare kost.

Jaana Markkula, Erkka Öörni (red.)

Ett tryggt liv för barn och unga. Nationellt program för förebyggande av olycksfall bland barn och unga.

Sammandrag

Folkhälsoinstitutet (nyförtiden THL) utsåg i slutet av år 2008 en styrgrupp med uppdraget att förbereda ett nationellt program för förebyggande av olycksfall bland barn och unga. Målet med programmet är att från dagens läge minska hälsoförlusterna till följd av olycksfall, självsador och våld bland unga under 25 år. Enligt den framtidsvision som styrgruppen fastställt för förebyggandet av olycksfall bland barn och unga lever barn och unga i Finland ett stimulerande och tryggt liv och hälsoförlusterna till följd av skador ligger på en betydligt lägre nivå än i dag.

I programmet prioriteras de olycksfallskategorier som enligt statistiken utgör de viktigaste hoten mot barns och ungas hälsa, dvs. trafikolyckor, fall i samma plan, fall från ett högre plan, idrottsskador, förgiftningar, drunkningar och olyckor i sjötrafiken samt självsador och självmord.

Bedömningen bygger till stor del på uppgifter från Statistikcentralens statistik över dödsorsaker och Institutets för hälsa och välfärd (tidigare Stakes) vårdanmälningsregister samt på tidigare nationella program och strategier för förebyggande av olycksfall inom olika sektorer. Dessutom har man strävat efter att fastställa situationsbilden genom att höra en omfattande grupp sakkunniga i anslutning till intervjuer och arbetsseminarier. Även en grupp unga framförde sina åsikter om säkerhet och förebyggande av olycksfall i ett arbetsseminarium som ordnats för detta ändamål. Åtgärdsförslagen har utformats i samarbete med sakkunniga och i mån av möjlighet med stöd av internationella rekommendationer.

Trafikolyckor leder oftare till dödsfall bland barn och unga än någon annan typ av olyckor. Många personer i denna ålder blir också intagna på sjukhus till följd av trafikolyckor. De viktigaste utmaningarna vad gäller barn är olycksfallen i den lätta trafiken, de vuxnas exempel och användningen av skyddsanordningar. Vad gäller unga medför däremot de ungas riskbeteende utmaningar.

De vanligaste orsakerna till skador som kräver behandling på vårdavdelning är fall i samma plan och fall från ett högre plan. Största delen av de skador som orsakas av fall och kollisioner uppkommer i anslutning till motion. Fall från ett högre plan är typiska olyckor för barn och de sker oftast i fritids- och hemmiljö.

Förgiftningar är vanliga hos barn och unga. Förgiftningarna avviker från varandra till sin karaktär beroende på åldersgrupp. Förgiftningar hos små barn och unga i puberteten behandlas vanligen på vårdavdelning på sjukhus eller i anslutning till poliklinikbesök, medan förgiftningar hos äldre unga oftare leder till döden. Förgiftningar hos barn är vanligen oavsiktliga, medan det hos unga börjar förekomma avsiktligt till exempel genom överdosering av ämnen som intagits i berusningssyfte samt självdestruktivitet. Läkemedel spelar en viktig roll vid dödsfall genom förgiftning.

Drunkningar är vanligare hos små barn än hos äldre barn eller unga. Även patienter som intagits på vårdavdelning på sjukhus till följd av att de sjunkit under vattenytan är oftast under skolåldern. Antalet olyckor i sjötrafiken ökar däremot med åldern. Hos unga förknippas drunkning ofta med riskbeteende: berusning förekommer i två tredjedelar av drunkningsfallen och olyckorna till sjöss bland unga mellan 15 och 24 år.

Själv mord börjar bli vanligare vid 13 års ålder och hos 16–24-åringar är självmord redan den vanligaste dödsorsaken. Hos unga är det även vanligt att skada sig själv och sjukhusvård till följd av självskada verkar ha blivit vanligare på sista tiden. Tillgången på mentalvårdstjänster och behovet att skapa en fungerande vårdhelhet för unga medför utmaningar.

Utöver att programmet presenterar miljö-, lagstiftnings- och produktutvecklingsrelaterade metoder samt metoder i anslutning till fostran för förebyggande av olycksfall och självskada, tar programmet även upp vilka åtgärder för att minska hälsoförluster som bör vidtas i de viktigaste arenorna för barnens och de ungas vardag. I detta sammanhang föreslår programmet åtgärder i anslutning till hemmen, fritidsmiljöerna, motionsmiljöerna, rådgivningsbyråerna, dagvårdsplatserna, skolorna och läroanstalterna, arbetsplatserna och försvarsmakten.

Programmet har även som mål att granska de mer omfattande utmaningar som förekommer på systemnivå och som tangerar arbetet för att förebygga olycksfall bland barn och unga. För att förbättra förutsättningarna för detta arbete krävs åtgärder i anslutning till samordningen av verksamheten, uppföljningssystemen och forskningen samt informationsspridningen och utbildningen av professionella.

Vid genomförandet av programmet behövs insatser av alla centrala aktörer och i detta skede framhävs betydelsen av samarbete. Programmet har förberetts inom ramen för ett omfattande samarbete mellan olika ministerier och organisationer. Genomförandet och uppföljningen av programmet samordnas av Institutet för hälsa och välfärd. Genomförandet följs upp vid ett forum för förebyggande av olycksfall bland barn och unga som sammankallas årligen. Information om

hur programmet framskrider läggs även ut på Institutet för hälsa och välfärds olycksfallsportal (Tapaturmaportaali, www.thl.fi/tapaturmat).

Tiina Laatikainen, Riitta Leskinen, Markku Peltonen, Riitta Antikainen, Jaakko Tuomilehto, Pekka Jousilahti, Aulikki Nissinen

De finländska krigsveteranernas hälsotillstånd och funktionsförmåga

Sammandrag

På uppdrag av Social- och hälsovårdsministeriet undersökte man år 1992 de finländska frontveteranernas hälsotillstånd och funktionsförmåga med hjälp av ett frågeformulär som skickades till alla veteraner. Resultaten från undersökningen användes för att följa upp och utveckla kommunernas service- och rehabiliteringstjänster för frontveteraner.

År 2004 genomförde man en uppföljningsundersökning, till vilken slumpmässigt valdes 5 750 frontveteraner som deltog i undersökningen år 1992. Med ett frågeformulär utreddes veteranernas sjukdomar, besvär, funktionsförmåga, livsförhållanden, hobbies, samt utnyttjandet av services, rehabilitering och behov av dessa. Svarsprocenten var 87 %.

Av dagliga göromål var behovet av hjälp störst med påklädande samt tvätt. Att röra sig inomhus utan problem klarade över 70 % av de som svarade. Att gå i trapporna samt röra sig utomhus var klart svårare. Problem med hörseln samt försvagande av synen var vanligt. De vanligaste hjälpmedlen för funktionsförmåga var glasögon, hörapparat samt promenadkäpp.

Av läkaren konstaterade sjukdomar förekom oftast slitagefel i lederna eller ryggen, högt blodtryck samt kranskärlssjukdom. Av de olika besvär som rapporterades förekom värk i lederna, ryggvärk, svindel, sömnlöshet och svullnad i benen oftast. Över hälften av dem som svarade rapporterade att de ibland lider av depression.

Under det föregående året hade cirka en tredjedel av veteranerna varit intagna på sjukhus. Av män som hade en invaliditetsprocent, hade över 90 % varit på institutionsrehabilitering. Motsvarande andel bland män utan invaliditetsprocent var nästan 80 %. Nästan 70 % av de med invaliditetsprocent hade varit på öppen rehabilitering, jämfört med cirka 50 % av de utan invaliditetsprocent.

Majoriteten av dem som svarade var huvudsakligen nöjda med sina livsförhållanden. Man önskade hjälpmedel som gjorde det lättare att röra sig i bostäderna, samt förändringar som ökade säkerheten. Av social- och hälsovård önskades mest städhjälp, annan hemhjälp samt hemsjukvård.

Främjande av amning i Finland. Handlingsprogram 2009–2012

Sammandrag

Syftet med det nationella handlingsprogrammet för att främja amning är att dra upp riktlinjerna för de närmaste årens främjande av amning. Målet är att stödja och främja amning, så att mammor kan amma sina bebisar enligt egna önskemål och så att det finns tillräckligt med hjälp att få vid amningsproblem. Ett särskilt mål är att minska de socioekonomiska skillnader som förekommer när det gäller amning. Det handlingsprogram som nu har lanserats är det första övergripande finländska programmet för att främja amning. Det har utarbetats av en expertgrupp, som tillsattes av Folkhälsoinstitutet (fr.o.m. den 1 januari 2009 Institutet för hälsa och välfärd – THL).

Handlingsprogrammet riktar sig till de hälso- och sjukvårdsanställda som i sitt arbete möter gravida och spädbarnsfamiljer, till hälso- och sjukvårdsanställda med chefsuppgifter, till anställda

som ansvarar för hälsofrämjande samt till utbildare, studerande och forskare inom hälsosektorn. Organisationer som främjar småbarns och föräldrars välfärd samt fackliga organisationer hör också till målgrupperna. Beslutsfattarna och tjänsteinnehavarna i ledande ställning ansvarar för att programmålen nås och att åtgärderna vidtas.

Programmet bygger på den nyaste evidensbaserade kunskapen om amningens hälsoeffekter och de faktorer som påverkar amningen. Dessutom ges en översikt över det internationella programmet för amningsvänliga sjukhus (Baby Friendly Hospital Initiative). Färska data om genomförandet av programmet på förlossningsenheter presenteras också. I programmet presenteras talrika åtgärder, genom vilka man kan främja enhetlig och evidensbaserad praxis för amningshandledning och stärka yrkespersoners kunnande. Dessutom presenteras åtgärder som skapar en fungerande vårdkedja och servicestrukturer som stödjer amning. Åtgärderna som främjar amning presenteras indelade i kapitel och de viktigaste är följande:

Amningshandledningen på rådgivningsbyråerna för mödravård bygger på enhetliga, evidensbaserade anvisningar. Rådgivningsbyråerna för mödravård ger handledningen individuellt eller i grupper, genom ett eventuellt besök på förlossningssjukhuset samt i anslutning till ett eventuellt hembesök. I handledningen beaktas båda föräldrarna. Under graviditeten identifieras familjer som behöver särskilt stöd, och de erbjuds intensivare amningshandledning.

Sjukhusens amningshandledning bygger på de tio stegen i Världshälsoorganisationens (WHO) program för amningsvänliga sjukhus. Med utgångspunkt i de tio stegen utarbetar förlossningssjukhusen enhetliga, evidensbaserade anvisningar för amningshandledning som ges familjer. Praxisen för att ge extra mjölk granskas och förenhetligas. Föräldrarna får veta skälen till att extra mjölk ges. Skälen antecknas i hälsokortet för barn under skolåldern ("rådgivningskortet"). Före utskrivningen utarbetas en uppföljningsplan för amningen och särskilt stöd garanteras dem som behöver det. Samarbetet mellan förlossningssjukhus och rådgivningsbyråer utökas.

Amningshandledningen på rådgivningsbyråerna för barnavård följer principerna i programmet Rådgivningsbyråns sju steg: främjande av amning inom öppenvården. Man kontaktar den nyföddas familj inom tre dagar efter hemkomsten och då avtalas ett eventuellt hembesök. Rådgivningsbyråerna för barnavård hjälper familjerna med de vanligaste amningsproblemen och ser till att familjen vid behov får professionellt amningsstöd. Rådgivningsbyråerna identifierar familjer som behöver särskilt stöd och anordnar för dem intensivare amningshandledning.

Sjukvårdsdistrikten skapar regionala "vårdstigar" för problemsituationer vid amning. De anställda som träffar spädbarnsfamiljer ska vid kunna behov konsultera en expert på amning. När en ammande mamma eller ett dibarn är sjuka är utgångspunkten att amningen fortsätter. På enheter som vårdar prematurer och sjuka dibarn utarbetas en plan som främjar amning, i vilken amningsutbildning för personalen ingår. Om helamning inte är möjligt, stödjas delamning. Icke amning diskuteras på rådgivningsbyråer och förlossningssjukhus på ett stödjande sätt som ger emotionellt stöd utan att skuldbelägga mammorna.

Makens och övriga närståendes möjligheter att stödja amningen beaktas i amningshandledningen redan under graviditeten. Rådgivningsbyråerna stärker samarbetet med dem som ger amningsstöd, och kommunerna stödjer bildandet av lokala amningsstödgrupper och deras verksamhet. Mammor som arbetar uppmuntras att fortsätta amningen i enlighet med mammans önskemål.

Rådgivningsbyråerna delar ut till sina klienter endast rekommendationsenligt *skriftligt material som stödjer amning*. Rådgivningsbyråerna och deras ledning granskar fram till sommaren 2010 att det skriftliga materialet om amning är enligt rekommendationerna. THL:s utvecklings- och forskningscentral för rådgivningsarbete för mödra- och barnavård inleder en utredning om amningsmaterial 2010. THL bidrar till att göra den internationella marknadsföringskoden för modersmjölksersättning mer känd samt erbjuder på ett samordnat sätt via webben högklassigt

material för amningshandledning. THL ansvarar för att aktuellt skriftligt material för amningshandledning utarbetas.

Tillräcklig utbildning för de anställda och utveckling av deras yrkeskunskaper är centralt i amningsfrämjandet. Alla vårdanställda som handleder ammande mammor inom mödravården och på rådgivningsbyråerna för barnavård ska ha minst amningshandledarkompetens. Amningshandledarutbildningen inbegrips i utbildningsprogrammen för hälsovårdare och barnmorskor som obligatoriska studier och erbjuds också som fortbildning. Amningskunskap införs i den grundläggande utbildningen för läkare, psykologer, barnsjukskötare, talterapeuter samt tandläkare och munhygienister. Man utser dem som kommer att ansvara för utvecklingen och organisationen av utbildningen för amningshandledare och amningshandledarutbildare samt för organisationen av förberedande utbildning för avläggande av IBCLC-examen (International Board Certified Lactation Consultant, specialist i amning). Hälso- och sjukvårdsenheterna ansvarar för att deras anställda regelbundet får fort- och tilläggsutbildning om amning.

Ansvaret för uppföljning, utveckling och genomförande på nationell, regional och lokal nivå har fastställts med tanke på utvecklingen av *handledningen, samarbetet och arbetsfördelningen på nationell, regional och lokal nivå*. THL ansvarar för främjande, uppföljning och utvärdering av amningen på nationell nivå. För amningen utses en nationell koordinator och bildas en uppföljningsgrupp 2010. Sjukvårdsdistrikten främjar amning i anslutning till sina uppdrag att främja hälsan. År 2010 utser de regionala koordinatörer som ansvarar för amningen och inför programmet för amningsvänliga sjukhus senast 2011. År 2010 utser hälsovårdscentralerna en koordinator som ansvarar för amningsfrämjande och inför i öppenvården programmet för amningsvänliga sjukhus senast 2011. Utvärderingspraxisen i programmet för amningsvänliga sjukhus förenhetligas och utvärderingarna anordnas centraliserat.

Uppföljningen och utvärderingen av främjandet av amning genomförs planenligt. Från och med 2012 ansvarar THL för den nationella uppföljningen av amningssituationen och genomför vart femte år en uppföljning av antalet amningshandledare och amningshandledarutbildare, deras kompetens och regionala fördelning, antalet babyvänliga sjukhus och hälsovårdscentraler samt antalet amningspolikliniker. THL publicerar amningsstatistik. Förlossningssjukhusen och hälsovårdscentralerna påbörjar uppföljning av och rapportering om amningssituationen och praxisen för amningsstöd. I de uppgifter som samlas in för födelseregistret inbegrips uppgifter om den första amningen. Evira genomför i anslutning till sin egen övervakningsplan projekt som övervakar marknadsföringen av modersmjölksersättning. Dessutom främjas forskning kring amning och att forskarna bildar nätverk.

Ulla-Maija Rautakorpi, Solja Nyberg, Pekka Honkanen, Timo Klaukka, Helena Liira, Marjukka Mäkelä, Erkki Palva, Risto Roine, Hannu Sarkkinen, Pentti Huovinen
Infektionspatienter på hälsovårdscentralen – MIKSTRAProgrammets slutrapport

Sammanfattning

Syftet med programmet Strategier för antibiotikabehandling (MIKSTRA) var att optimera diagnostiken och läkemedelsbehandlingen av de vanligaste infektionerna inom öppenvården. Programmet startade hösten 1998 och pågick till utgången av 2003. I denna rapport beskrivs genomförandet av programmet, metoderna och de viktigaste resultaten. Målet för rapporten är att fungera som en databank i undervisnings- och utvecklingsarbetet, när man inom hälso- och sjukvården överväger hur diagnostiken av infektioner samt hur behandlingspraxisen ska utvecklas vidare.

Okontrollerad användning av antibakteriella medel har i hela världen lett till att bakterier-nas motståndskraft mot läkemedel har ökat både inom öppenvården och på sjukhusen. Denna

utveckling har resulterat i situationer där de antibiotika som främst används blivit verkningslösa. För att säkerställa den framtida effekten av de antibiotika som nu används, måste man omvärdera behandlingspraxisen och ta i bruk nya evidensbaserade behandlingsrekommendationer för diagnostik och behandling av vanliga infektioner.

MIKSTRA var det första projektet i hela världen inom vilket man på ett heltäckande och långsiktigt sätt samlade in data om diagnostik och behandling av infektioner inom öppenvården samt om hur behandlingsrekommendationer och fortbildning har påverkat diagnostiken och behandlingspraxisen. Det var ett stort hälso- och sjukvårdsprojekt, genom vilket många hälsovårdscentraler och forskningsinstitutioner kopplades samman till nätverk.

För första gången har man i Finland fått en klar helhetsbild av diagnostik och behandlingspraxis när det gäller infektioner samt av användningsindikationerna för antibiotika inom öppenvården. Behandlingspraxisen har dessutom övervägts aktivt runtom i landet. Den totala användningen av antibakteriella medel minskade något i hela landet under programmet och har också minskat lite efter det. Samtidigt har man observerat positiva förändringar i sätten att använda antibiotika: valen av antibiotika har börjat följa behandlingsrekommendationerna och behandlingsperioderna har förkortats. Även inom diagnostiken har situationen förbättrats. I framtiden är det viktigt att garantera personalen diagnostiska möjligheter och att avhjälpa de brister som observerats. Det finns även möjlighet till en mer ändamålsenlig arbetsfördelning mellan läkare och annan vårdpersonal.

En stor utmaning i programmet var att genomföra fortbildning. På grund av oförutsebara personskiften kunde utbildningen inte genomföras helt enligt planerna. Även den ökande läkarbristen på hälsovårdscentraler försvårade den långa praktiska arbetsfasen. Utbildningsprojektet var dock i många hänseenden framgångsrikt och gav värdefull information med tanke på planeringen av framtida fortbildning.

Allmänt sett lyckades genomförandet av det fleråriga, omfattande projektet väl. Särskilt samarbetet mellan hälsovårdscentraler, forskningsinstitutioner, universitet och Läkareföreningen Duodecim fungerade utmärkt. Man har också samarbetat intensivt med andra nationella projekt som programmet ROHTO, senare Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling (Rohto), och nätverket FiRe (Finnish Study Group for Antimicrobial Resistance) samt många internationella projekt.

Genom programmet har man fått rikligt med information om ändringsbehov och även skapat en grund för uppföljning av hälsovårdscentralernas verksamhetspraxis på elektronisk väg. Den erhållna informationen främjar möjligheten att på ett kontrollerat och tryggt sätt övergå till praxis enligt behandlingsrekommendationerna. Den erfarenhet programmet gav kan också utnyttjas vid begrundande av hur resurserna ska användas ändamålsenligt och av hur fortbildningen för vårdpersonalen ska genomföras. Programresultaten har redan presenterats i flera vetenskapliga publikationer. Analysen av resultaten och utvecklingen av fortsatta åtgärder fortsätter ännu under de närmaste åren.

Simo Kokko, Liisa Heinämäki, Liina-Kaisa Tynkkynen, Riitta Haverinen, Marja Kaskisaari, Anu Muuri, Markku Pekurinen, Mia Tammelin

Genomförandet av kommun- och servicestrukturreformen. Enkät till kommunerna om hur tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården ska organiseras och tillhandahållas 2009–2013.

Sammandrag

Syftet med ramlagen om kommun- och servicestrukturreformen är att skapa effektivare strukturer för den kommunala verksamheten och servicen. När det gäller tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården förutsätter lagen att primärvården och de anknyttande socialvårdstjänsterna organiseras så att de omfattar ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare. Kommuner med färre än 20 000 invånare kan uppfylla detta krav på två sätt. De kan antingen slå sig samman med andra kommuner eller bilda samarbetsområden. Förutom kravet på ett visst befolkningsunderlag ska lagen också främja uppkomsten av regionala, funktionella helheter och kommunalt samarbete i organiseringen av tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Kommunerna lämnade enligt lagens krav sina planer för verkställandet av reformerna till statsrådet år 2007. I det skedet pågick fortfarande arbetet med att bilda samarbetsområden och utveckla olika organisationsstrukturer och verksamhetsmodeller. Av denna anledning genomfördes en preciserande kommunenkät om tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården våren 2009. Denna rapport redogör för enkätens resultat.

I den första delen av enkäten utreddes vilka grundläggande lösningar kommunerna har valt för att uppfylla kravet på befolkningsunderlag och hur de i och med omstruktureringen ämnar organisera åtagandena och funktionerna för främjande av hälsa och välfärd. I den andra delen, som riktade sig till ledningen inom socialvården och hälso- och sjukvården, utreddes det hur de allmänna målen för ramlagen uppfylls i organiseringen och tillhandahållandet av tjänsterna. Dessa frågor gällde till exempel samarbetet kring tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården, tjänsternas tillgänglighet över kommungränserna samt möjligheten att tillhandahålla basservicen som närservice eller som regionalt centraliserade tjänster. Respondenterna ombads också bedöma hur den pågående omstruktureringen inverkar på tjänsterna.

Enkäten skickades till landets alla kommuner med undantag av Åland och Kajana, som på grund av sin speciallag faller utanför ramlagen. Sammanlagt 318 kommuner besvarade frågorna i del 1 och 313 kommuner frågorna i del 2. Eftersom det under analyseringen av enkätresultaten fortfarande skedde förändringar i de grundläggande lösningar som kommunerna valt att tillämpa sinsemellan, har information om dessa förändringar inhämtats från alla kommuner och uppgifterna har nu uppdaterats så att de motsvarar situationen i slutet av september 2009. Till övriga delar redogör enkäten för den situation som rådde den 15 mars 2009 i de kommuner som besvarat enkäten.

Bilden av den förväntade utvecklingen fram till år 2013 är fortfarande inte klar, och i 21 kommuner är frågan om en grundläggande lösning tills vidare helt öppen. Av 36 kommuners svar framgick det med vilka kommuner samarbetsområdet kommer att bildas, men frågan i vilken omfattning samarbetsområdet ska ansvara för socialvårdstjänsterna förblev olöst. Omkring 60 kommuner fortsätter att organisera primärvården och de anknyttande socialvårdstjänsterna självständigt. Bland dessa finns 24 kommuner med färre invånare än 20 000, men de hänvisar alla till de undantagsgrunder som anges i ramlagen. Det är omöjligt att fastställa exakt hur många samarbetsområden som kommer att bildas, eftersom många kommuner ännu inte har valt en lämplig lösning, men det uppskattas att antalet kommer att ligga mellan 60 och 65. Ansvaret för primärvården och de anknyttande socialvårdstjänsterna kommer således sannolikt att bäras av 120–125 aktörer.

Majoriteten av samarbetsområdena, uppskattningsvis 31 stycken, bör bygga på den s.k. värd-kommunsmodellen. Resten organiseras som samkommuner. En del av dessa fortsätter tidigare samkommuners arbete på så sätt att nya medlemskommuner inkluderas och serviceutbudet utökas med socialvårdstjänsterna till en del eller i sin helhet. I en del av samkommunerna inkluderas de tjänster som tillhandahålls förutom basservice även ett centralsjukhus inom specialiserad sjukvård eller ett krets- eller lokalsjukhus med ett snävare verksamhetsområde än ett centralsjukhus.

Hur socialvårdstjänsterna ska förläggas i reformen har väckt en hel del uppmärksamhet och diskussion. I Social- och hälsovårdsministeriets och Kommunförbundets anvisningar rekommenderades starkt att primärvården och socialvårdstjänsterna i sin helhet förläggs under ett gemensamt organiseringsansvar. Av alla kommuner ska 58 procent ha en gemensam förvaltning som omfattar primärvården och alla socialvårdstjänster antingen i en kommun eller inom ett samarbetsområde. Totalt 35 procent av kommunerna överför en del av socialvårdstjänsterna på samarbetsområdets ansvar, medan den återstående delen kvarstår på baskommunens ansvar. Kommunerna med gemensam förvaltning ska omfatta 2/3 av landets befolkning. I två städer (Helsingfors och Pieksämäki) kommer det sannolikt att finnas en separat nämndförvaltning för tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Samarbetsområdenas geografiska och funktionella strukturer är förknippade med ett antal problem. En del av samarbetsområdena är geografiskt splittrade, så att kommunerna saknar en gemensam gräns. I många fall där en centralstad med omgivning geografiskt sett och med tanke på den ekonomiska regionen skulle ha ett underlag för en enhetlig samlad service organiserar centralstaden och de övriga randkommunerna de ovan nämnda tjänsterna separat från varandra. I en del av de kommuner där socialvårdstjänsterna är uppdelade mellan samkommunen och baskommunen fördelas ansvaret för funktionellt sett sammanhörande samlad service eller servicekedjor på flera olika aktörer. Samarbetsområdenas organisationslösningar innebär rätt sällan att organiseringsansvaret i praktiken överförs från baskommunerna till samarbetsområdena på det sätt som avses i ramlagen, vilket måste betraktas som ett problem.

Bland alla lösningar för hur tjänsterna i praktiken kan organiseras och tillhandahållas kartlades olika organisationslösningar som överskrider de traditionella gränserna för socialvården och hälso- och sjukvården. Hemservicen och hemsjukvården har i 71 procent av landets kommuner slagits ihop till en enda service som går under namnet hemvård. Denna integrationsutveckling fick sin början till och med före kommun- och servicestrukturen, men närmare 40 procent av kommunerna uppgav att dygnet runt-vården inom äldreomsorgen vid hälsocentralssjukhus, ålderdomshem och enheter för serviceboende genomförs under en gemensam organisation. Möjligheterna att organisera tjänsterna som närservice eller regionalt centraliserade tjänster kartlades ingående. Rådgivningstjänsterna, skolhälsovården, hemvården för äldre och socialarbetet är för närvarande starkt förankrade som en form av närservice och kommer enligt kommunerna att vara det även i framtiden. Däremot håller regionala arrangemang på att ta över i fråga om läkarmottagningstjänster, röntgenundersökningar, kortvarig vård på hälsocentralssjukhus och olika typer av specialtjänster, vilket framgår av kartläggningar av såväl nuläget som framtidsutsikterna. Det är fortfarande sällsynt att tjänster anlitas över kommungränserna, till och med inom samarbetsområdena, men det finns tecken som tyder på att dessa principer håller på att luckras upp.

Sammanlagt 48 kommuner uppgav att de tillämpar den s.k. livscykelmodellen i organisationen av tjänsterna inom den egna kommunen eller samarbetsområdet. Detta innebär att tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården är integrerade enligt olika åldersfaser. Vidare meddelade 38 procent av kommunerna att de har organiserat tjänsterna enligt beställarutförarmodellen. En noggrannare analys av vad respondenterna menade med detta visade att 11 kommuner har separerat beställar- och utförarrollerna inom den egna förvaltningen. De övriga kommunerna avsåg olika sätt på vilka relationerna har organiserats mellan kommunen och utomstående tjänsteleverantörer eller inom samarbetsområdenas interna förvaltning.

Kommunerna kunde i ett så här tidigt skede av reformen inte uppskatta vilka effekter den kommer att ha på lång sikt. Däremot uppgav de överraskande nog att beredningsprocessen i anslutning till reformen varit till stor nytta. Även om reformen har varit arbetskrävande och medfört svåra val och organisationslösningar var representanterna för ledningen för socialvården och hälso- och sjukvården nöjda med att den har satt kommunens grundläggande frågor på prov och därmed fått beslutsfattarna inom kommunerna och ledningens representanter att stanna upp och begrunda olika lösningar i fråga om tjänsterna inom socialvården och hälso och sjukvården och deras ställning.

Mikko Salasuo, Erkki Vuori, Mikko Piispa, Pekka Hakkarainen
Finländsk "drogdöd" 2007. En tvärvetenskaplig granskning av rättsmedicinska dokument om dödsorsak

Sammandrag

Undersökningen gäller narkotikarelaterade dödsfall (drug related deaths) så som de framställs i finländska rättsmedicinska dokument. Materialet omfattar alla de fall från år 2007 (N = 234) för vilka man i dokumenten från Helsingfors universitets rättsmedicinska institution har antecknat fynd av narkotika hos den avlidna. Undersökningsupplägget har en samhällsvetenskaplig och en rättsmedicinsk aspekt. Någon liknande undersökning som granskar alla dödsfall under ett visst år har tidigare inte gjorts i Finland eller på annat håll. Granskningen kunde göras i Finland på grund av att alla rättstoxikologiska undersökningar i anslutning till drogrelaterade dödsfall görs på samma ställe.

Undersökningen beskriver hur de finländska narkotikarelaterade dödsfallen ser ut och vilka narkotika som har lett till dödsfallen. Vid analysen görs en indelning efter narkotika, förhållanden och bakgrundsfaktorer i anslutning till dödsfallen. Angreppssättet möjliggör en mer ingående förståelse av de narkotikarelaterade dödsfallen än tidigare. Analysen söker svar på frågan varför antalet narkotikarelaterade dödsfall klart ökade 2007, trots att nästan alla indikatorer på narkotikamissbrukets utbredning och andra narkotikarelaterade olägenheter antyder en sjunkande trend.

Resultaten visade överraskande att en stor del av dödsfallen berodde på opioidrelaterad överdosering. De metadonrelaterade dödsfallen hade ökat avsevärt jämfört med tidigare. Undersökningen visade även på förekomst av ett brett spektrum läkemedelsopioider. Detta kan återspegla en internationell trend, eftersom man även i bland annat USA har noterat ökad förekomst av denna ämnesgrupp vid narkotikarelaterade dödsfall. I Finland har den narkotikamässiga användningen av läkemedel inte diskuterats i någon större omfattning under de senaste åren. Denna undersökning visar att en sådan diskussion borde föras. Opioidläkemedlens spridning till gatuhandeln och missbrukare borde också utredas. Trots det utbredda missbruket av amfetaminer var de amfetaminrelaterade fatala överdoseringsfallen betydligt färre än de opioidrelaterade.

En iögonenfallande stor del av dödsfallen var relaterade till blandmissbruk av olika ämnen. I flera av dödsfallen spelade bensodiazepin och alkohol en avgörande roll. I detta avseende kunde det ökade antalet narkotikarelaterade dödsfall förklaras med den ökade användningen av bensodiazepiner och alkohol. Detta antagande kan dock inte verifieras på basis av resultaten från denna undersökning, eftersom motsvarande analyser inte har gjorts tidigare. Trots detta borde man i den allmänna diskussionen och i det narkotikaförebyggande arbetet fästa speciell uppmärksamhet vid de risker som är förbundna med blandmissbruk av alkohol, bensodiazepin och andra lagliga och olagliga ämnen. Information om de letala interaktionerna borde spridas effektivt bland narkomanerna. Resultaten manar till eftertanke ifråga om både förskrivningspraxis

gällande bensodiazepiner och den alkoholpolitiska konsumtionsstyrningen. Skärpt förskrivningspraxis och alkoholpolitisk styrning skulle inverka märkbart på blandbruket.

Systematisk analys av materialet ger möjlighet till att utfärda vissa rekommendationer för att utveckla registreringspraxisen vid narkotikarelaterade dödsfall och för att underlätta forskningen.

Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Risto Kaikkonen, Päivikki Koponen, Marja-Leena Ovaskainen, Risto Sippola, Suvi Virtanen, Tiina Laatikainen, LATE-arbetsgruppen (red.)

Barns hälsa – de grundläggande resultaten av LATE-undersökningen av barns uppväxt, utveckling, hälsa, hälsövanor och uppväxtmiljö

Sammandrag

I denna rapport beskrivs de centrala resultaten av den undersökning av hälsouppföljning bland barn som Utvecklingsprojektet för hälsouppföljning bland barn (LATE) genomförde åren 2007–2008. Undersökningen gjordes vid rådgivningsbyråer för barnavård vid 10 hälsocentraler och i skolhälsovården. Insamlingen av data gjordes i samband med barnens återkommande hälsoundersökningar och målgruppen var alla de barn i åldern ett halvt, ett, tre och fem år som under undersökningsperioden kom till kontroll samt i skolhälsovården eleverna på första, femte och åttonde (eller 9:e) klassen. Som samplets storlek vid undersökningen definierades från varje hälsocentral 10 flickor och 10 pojkar i samtliga åldersgrupper. I Helsingfors togs ett dubbelt så stort sampel med i undersökningen. Vid rådgivningsbyråerna för barnavård hörde till samplet 880 barn och i skolhälsovården 660 barn, totalt 1 540 barn. Insamlingen av data fortsattes tills antalet undersökta barn uppgick till samplets storlek i envar åldersgrupp. Deltagaraktiviteten var vid rådgivningsbyråerna i alla åldersgrupper över 90% och i skolhälsovården 64–84 procent. Undersökningen inbegrep en av hälsovårdare gjord hälsoundersökning av barnet, frågeformulär till barnens vårdnadshavare samt ett frågeformulär till eleverna på 8:e (9:e) klassen.

Största delen av vårdnadshavarna bedömde att deras barns hälsotillstånd var gott. Undersökningen visade emellertid, att det finns rikligt med utmaningar för det hälsofrämjande arbetet bland barn. Övervikt hos barn och unga är ett betydande folkhälsoproblem. Av barnen i lekåldern och i lågstadieåldern var ca vart tionde och av barnen i högstadieåldern ca en fjärdedel överviktiga. Ca 25% av de i undersökningen deltagande flickorna och 31% av pojkarna hade någon sjukdom, något handikapp eller någon utvecklingsfördröjning som hade konstaterats av läkare. Regelbunden medicinering hade ca vart tionde barn i rådgivningsåldern och 13% av barnen i skolåldern. De vanligaste av infektionssjukdomarna var infektioner i de övre luftvägarna, öroninflammationer och magsjukdomar. Antibiotikakurer var vanliga bland barnen, närapå hälften av dem i rådgivningsåldern och en tredjedel av dem i skolåldern hade ätit minst en antibiotikakur under året. Olika symptom såsom huvudvärk, magont, spänningstillstånd, oro eller koncentrationssvårigheter var tämligen vanliga, särskilt bland flickor i skolåldern. Ca 95% av de barn som deltog i undersökningen hade vaccinerats i enlighet med rekommendationerna. Undersökningen visade, att vaccineringsprogrammet under övergångsskedet vid övergången till det nya vaccineringsprogrammet hade genomförts utmärkt.

Det finns alltså gott om utmaningar för en effektiviserad hälsorådgivning till barn och barnfamiljer. Barnens val av mjölk och brödfett följde i genomsnitt rekommendationerna, men utmaningar är den ringa användningen av grönsaker och den rikliga förekomsten av sockerhaltiga livsmedel samt i fråga om äldre skolelever att delta i skolmåltiderna och äta den mat som serveras där. Dessutom borde mera uppmärksamhet än tidigare ägnas åt barnens sömn, motionsvanor,

användning av underhållningsmedia, vården av mun och tänder samt de ungas rusmedelsbruk och förebyggandet av olycksfall.

Utvecklingsarbetet går vidare i syfte att befästa systemet för hälsouppföljning bland barn. Målsättningen är en regelbunden riksomfattande uppföljning och rapportering om resultaten vad beträffar barnens hälsotillstånd samt de faktorer som inverkar på hälsan och välbefinnandet.

Satu Helakorpi, Elina Laitalainen, Antti Uutela

Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa, våren 2009

Sammandrag

Postenkätundersökningen ”Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa” (AVTK) har genomförts årligen sedan 1978. I denna rapport presenteras resultaten från undersökningen våren 2009. Mål för uppföljningen är bland annat att kartlägga det nuvarande hälsobeteendet hos dem som är i arbetsför ålder samt förändringar i det på lång och kort sikt. I undersökningen är de viktigaste delområdena inom hälsobeteendet tobaksrökning, matvanor, alkoholkonsumtion och motion.

Ett nationellt representativt sampel på 5 000 i Finland fast bosatta finska medborgare i åldern 15–64 år valdes ut ur befolkningsregistret som undersökningsmaterial för år 2009. Enkätblanketten postades i april 2009. Till personer som inte hade svarat skickades enkäten på nytt tre gånger. Enkäten besvarades av 2 943 personer (svarsprocent var 59 procent).

År 2009 rökte 22 procent av männen som svarat och 16 procent av kvinnorna dagligen. På lång sikt har männens tobaksrökning minskat i Finland. Kvinnornas tobaksrökning hölls länge på samma nivå som i mitten av 1980-talet, men den har uppvisat en långsamt sjunkande trend under de senaste åren. År 2009 sade sig 34 procent av männen och 50 procent av kvinnorna äta färska grönsaker dagligen. Av männen drack 45 procent fettfri mjölk eller ettans mjölk och motsvarande andel bland kvinnorna var 53 procent. På lång sikt kan man se att de matvanor som mäts i undersökningen allt mer följer näringsrekommendationerna. År 2009 hade alkoholkonsumtionen minskat en aning jämfört med år 2008. År 2009 sade sig 31 procent av männen och 32 procent av kvinnorna motionera åtminstone en halvtimme på fritiden minst fyra gånger per vecka.

De lägst utbildade röker mest. Skillnaderna i rökning mellan utbildningsgrupperna har ökat vidare. Beträffande hälsosamma matvanor är skillnaden mellan utbildningsgrupperna avsevärd. Matvanor i enlighet med näringsrekommendationerna var fortsättningsvis vanligast inom den högsta utbildningsgruppen. Bland kvinnorna har skillnaderna i hälsosamma matvanor mellan grupperna dock minskat. När man ser på männens alkoholkonsumtion har skillnaden mellan utbildningsgrupperna försvunnit efter skattereformen år 2004, medan skillnaderna kvarstår bland kvinnorna: de högst utbildade uppger en större alkoholkonsumtion på veckonivå. Övervikt har blivit vanligare i alla utbildningsgrupper. Vanligast är övervikt i den lägsta utbildningsgruppen.

Kari Haikonen, Anne Lounamaa (red.)

Olycksoffren i Finland 2009. Resultat från den nationella undersökningen om olycksoffer

Sammandrag

Den nationella undersökningen om olycksoffer utreder antalet olycks- och våldsoffer bland alla finländare som fyllt 15 år i syfte att bedöma den fysiska säkerheten bland befolkningen. Resultaten

gäller inte den andel av befolkningen som vårdas på anstalt. Undersökningar om olycksoffer har genomförts 1980, 1988, 1993, 1997, 2003, 2006 och 2009. I denna rapport presenteras resultaten från undersökningen år 2009, vilka grundar sig på telefonintervjuer med 7 193 personer. Av de intervjuade var 6 723 personer i åldern 15–74 år och 470 hade fyllt 75 år. Svarsandelen var 75,1 procent. Resultaten viktades så att de motsvarar hela populationen.

Resultatrapporteringen fokuserar på olyckor, medan våldsdåden utesluts ur denna rapport med undantag av de totala antalen offer. Olyckorna studeras både som helhet och inom ramen för olyckskategorier och fenomen. Olyckorna har indelats i fem huvudkategorier: olyckor i hemmet, inom idrott, i trafiken, i arbetet och på fritiden i övrigt. Resultaten år 2009 jämförs i tillämpliga delar med resultaten från tidigare undersökningar om olycksoffer. Olyckssiffrorna i rapporten grundar sig på sådana olyckor som lett till en fysisk skada. På så vis ger undersökningen ett brett perspektiv på olyckssituationen och bildar en kompletterande informationskälla vid sidan om olika registeruppgifter.

Bland befolkningen som fyllt 15 år inträffade under årets lopp närmare 1 200 000 (95 % konfidensintervall 1 130 000–1 270 000) olyckor och våldsdåd som ledde till en fysisk skada. Av dessa skedde cirka 321 000 (290 000–350 000) i hemmet, cirka 348 000 (315 000–382 000) inom idrott, cirka 123 000 (105 000–141 000) på fritiden i övrigt, cirka 74 000 (60 000–89 000) i trafiken och cirka 230 000 (202 000–258 000) i arbetet. Nästan tre fjärdedelar av olyckorna skedde i hemmet och på fritiden (32 % inom idrott, 29 % i hemmet och 11 % på fritiden i övrigt). Olyckorna i arbetet utgjorde 21 % och olyckorna i trafiken 7 % av alla olyckor. De totala antalen olyckor inom de olika olyckskategorierna var i huvudsak lika stora som i undersökningen år 2003, till vissa delar aningen större. Tendensen för olyckor i hemmet och inom idrott har ökat alltsedan 1980-talet. Också trafikolyckorna bland 15–24-åringar förefaller ha ökat jämfört med tidigare undersökningar. Enligt den senaste undersökningen har skillnaden mellan män och kvinnor när det gäller idrottsolyckor bland unga minskat; bland männen har antalet olyckor minskat från år 2003 och bland kvinnorna ökat så att det år 2009 är högre än vid något annat undersökningstillfälle. Oron över att råka ut för en olycka i trafiken, arbetet, hemmet och på fritiden har ökat något från år 2003, då frågor om detta ställdes för första gången. Andelen personer som är oroliga över att råka ut för en trafikolycka hade ökat med cirka 4 procentenheter, medan oron i fråga om olyckor i arbetet hade ökat med drygt en procentenhet och i fråga om olyckor i hemmet och på fritiden med cirka 2 procentenheter.

Olyckorna resulterade på basis av intervjumaterialet i mer än 400 000 (398 000–466 000) läkarbesök, tiotusentals vårdtillfällen på sjukhus och ett stort antal mindre vårdbehov under årets lopp bland befolkningen som fyllt 15 år. Utöver direkt vård rapporterades olyckor ofta ha lett till långvarigare skada; närmare 280 000 (249 000–304 000) olyckor orsakade sjukledighet och 663 000 (616 000–709 000) olyckor resulterade i dagar då det var svårt eller omöjligt för offret att klara av dagliga uppgifter och rutiner.

Piia Jallinoja, Pilvikki Absetz, Johanna Suihko, Clarissa Bingham, Marja Kinnunen, Tommi Hoikkala, Anni Ojajärvi, Mikko Salasuo, Antti Uutela

Åsikter och praxis i anknytning till garnisonsmåltiderna vid Pansarbrigaden och Kajalands Brigad

Sammandrag

I denna rapport skildras de värnpliktigas och bespisingarbetarnas åsikter, uppfattningar och val gällande garnisonsmåltiderna vid Pansarbrigaden och Kajalands Brigad. Rapporten bygger på blankettenkäter som genomfördes bland de värnpliktiga under den åttonde veckan av

tjänstgöringen och i slutet av den sjättemånaden, en blankettenkät bland bespisningspersonalen på soldathemmen och i bespisningscentralerna samt genom deltagande observationer vid garnisonerna. Enkäterna genomfördes år 2007 och den deltagande observationen år 2008. Rapporten ingår i interventionsforskningen Varusmiesten ravitsemus (VARU, Värnpliktigas näring) och konsortiet DefenceNutri.

Resultaten gällande de värnpliktigas måltider visar att de värnpliktiga nästan alltid äter frukost, lunch och middag i bespisningscentralerna under de sex förstatjänstgöringsmånaderna, eftersom dessa måltider ingår i tjänstgöringstiden. Det frivilliga kvällsteet intogs betydligt mer sällan i bespisningscentralerna än de övriga måltiderna, även om det började intas en aning oftare under uppföljningstiden.

Att lunch och middag äts i soldathemmen är mycket sällsynt. Hälften av de personer som svarade intog sitt kvällste i soldathemmet minst en gång i veckan. Dessutom angav merparten av männen att de köpte mat eller dryck från soldathemmet åtminstone ibland under terrängövningarna. ”Tröstätandet” eller ”njutningsätandet” i samband med terrängövningar verkar ha ökat under uppföljningstiden. Den vanligaste platsen för inköp av mellanmål var soldathemmet, näst vanligast var automaterna på garnisonerna. Matbeställningar utanför garnisonerna var inte särskilt vanliga vid någondera garnisonen, även om de blev en aning mer allmänt förekommande under uppföljningstiden. På det hela taget skaffades maten från fler håll i slutet av tjänstgöringen än i början av denna. I bespisningscentralen minskade ätandet av de olika delarna av en måltid – huvudrätt, sallad, bröd och dessert – under uppföljningstiden.

Inställningen till bespisningscentralen var huvudsakligen positiv, även om en betydande del av männen beskrev måltiderna i bespisningen som för stressiga. De positiva innebörder som anknyter till soldathemmet, dess utbud av mat och den frihet och det sällskap som det erbjuder kom tydligt fram i de värnpliktigas svar.

Ätande av grillmat, pizzabeställningar utanför garnisonen, inköp i soldathemmet och egen matsäck under terrängförhållanden var vanligast vid Kajanalands Brigad. I Kajanaland hade man även en positivare inställning till soldathemmet än vid Pansarbrigaden.

Åsikterna bland personalen vid bespisningscentralerna och soldathemssystrarna i soldathemmen var delade. En del oroade sig över de värnpliktigas hälsa och viktökning, andra inte. En betydande del av personalen trodde att värnpliktstjänstgöringen ändrar männens vanor i positiv riktning. Fler än hälften av dem som arbetar på soldathemmen ansåg dock att man borde minska utbudet av ohälsosamma produkter i soldathemmen.

Pilvikki Absetz, Piia Jallinoja, Johanna Suihko, Clarissa Bingham, Marja Kinnunen, Olli Ohrankämnen, Timo Sahi, Harri Pihlajamäki, Merja Paturi, Antti Uutela
Värnpliktigas kost och andra levnadssätt samt riskfaktorer för hälsan under tjänstgöringstiden. En sex månader lång uppföljningsundersökning

Sammandrag

I denna rapport beskrivs levnadssätten hos de män som trädde i tjänst vid Kajanalands Brigad och Pansarbrigaden år 2007 samt riskfaktorerna för hälsan och utvecklingen av dessa under tjänstgöringen ända fram till den sjätte månaden. I rapporten beskrivs förändringarna i hela materialet samt sambandet mellan förändringarna och garnison, inryckningskontingent och utbildningsbakgrund. Rapporten ingår i interventionsforskningen Varusmiesten ravitsemus (VARU, Värnpliktigas näring) och konsortiet DefenceNutri.

I uppföljningen under tjänstgöringen deltog nästan 550 män, av vilka man samlade in information om både levnadssätt och riskfaktorer för hälsan vid tidpunkten för ankomsten till

tjänstgöringen samt vid åtta veckor och sex månader. Dessutom efterfrågades de civila matvanorna en månad innan männen trädde i tjänst. På grund av den låga svarsaktiviteten i den enkät som genomfördes i det civila bygger rapporteringen av förändringarna i matvanorna på ett material bestående av 250 män.

Både levnadssätten och riskfaktorerna förändrades under tjänstgöringen. De hälsosamma förändringarna koncentrerades till de första åtta veckorna, då de värnpliktiga tillägnade sig grundkunskaperna för en soldat och avlade grundexamen för soldat. Under denna tid blev måltidsrytmen hälsosammare, och betoningen lades på frukosten och dagens övriga huvudmåltider i stället för på mellanmål och kvällsätande. I synnerhet ökade ätandet av fiberrik mat, såsom färska och tillredda grönsaker, frukter och bär, mörkt bröd och gröt. Ätandet av snabbmat och många söta delikatesser minskade, men ätandet av sötsaker och exempelvis chips ökade. Efter åtta veckor började ätandet påminna om ätandet i det civila, på så sätt att de hälsosamma vanor som männen hade tillägnat sig under grundutbildningsperioden började falna. Samtidigt kvarstod många ohälsosamma vanor som utvecklades i början av tjänstgöringen, såsom riklig konsumtion av sötsaker. Rökningen ökade under tjänstgöringstiden, men enbart bland dem som redan var rökare. Användningen av snus spreds även bland sådana män som inte snusade före tjänstgöringen, och användningen av rusdrycker ökade. Det skedde även många förändringar i riskfaktorerna: Ungefär var fjärde löpste åtminstone en lätt förhöjd risk att insjukna på grund av vikten eller kroppssammansättningen i början av tjänstgöringen. Av dessa män lyckades var tredje minska risken betydligt under uppföljningstiden. I fråga om blodtrycket och fettvärdena i blodet uppnådde nästan alla värnpliktiga målvärdena. Undantaget var HDL-kolesterolet, som låg under målnivån hos var femte man.

De värnpliktiga vid undersökningsbrigaderna kommer från olika delar av Finland – vid Kajanalands Brigad dock närmast från Österbotten, Norra Österbotten, Norra Savolax och Kajanaland och vid Pansarbrigaden från Birkaland och Egentliga Tavastland. I fråga om levnadssätten skilde sig männen från varandra både före och under tjänstgöringen, så att matvanorna hos dem som tjänstgjorde vid Kajanalands Brigad i allmänhet var ohälsosammare än hos dem som tjänstgjorde vid Pansarbrigaden under hela uppföljningstiden. Dessutom minskade ätandet av exempelvis salta mellanmål och snabbmat avsevärt mer vid Pansarbrigaden än vid Kajanalands Brigad i det inledande skedet av tjänstgöringen. Kajanalands Brigad urskiljde sig på ett positivt sätt genom att de värnpliktiga oftare uppgav att de hade ökat motionsmängden under hela uppföljningstiden. Det fanns ingen skillnad mellan garnisonerna i fråga om användningen av rusmedel. Den positiva utvecklingen i fråga om riskfaktorerna kunde ses tydligast vid Kajanalands Brigad, där utgångssituationen var sämre. Trots den större viktnedgången och de positivare förändringarna i kroppssammansättningen var andelen personer som riskerar att insjukna dock större vid Kajanalands Brigad också efter sex månader. Vid Pansarbrigaden skedde en försämring av fettvärdena i blodet, och skillnaderna i fråga om andelen personer som hade uppnått målnivån jämnades ut under uppföljningstiden, med undantag av triglyceriderna, där antalet personer som överskred målnivån vid Kajanalands Brigad växte med tio procent under uppföljningstiden.

Mellan de två inryckningskontingenterna – januari och juli – observerades en del skillnader som anknyter till matens årstidsväxlingar i fråga om ätandet av bl.a. grönsaker, choklad, glass och korv. När det gäller riskfaktorer skilde sig januarikontingenten från julikontingenten i fråga om fetthalten i kroppen, blodtrycket och fettvärdena i blodet (totalkolesterol och LDL-kolesterol), så att det i januarikontingenten skedde en nedgång från det högre utgångsvärdet, medan utgångssituationen i julikontingenten var bättre och riskfaktorerna utvecklades i en sämre riktning.

Skillnaderna enligt utbildningsbakgrund granskades genom att man jämförde dem som hade gått i grundskola eller yrkesläroanstalt med dem som hade gått i gymnasiet eller fler skolor. De som hade fått mer utbildning hade hälsosammare matvanor under hela uppföljningstiden. Rökning var mer än tre gånger vanligare hos dem som hade gått i grundskola eller yrkesläroanstalt

än hos dem som hade fått mer utbildning, men rökningen ökade i båda utbildningsgrupperna. Användningen av rusdrycker syntes framför allt bland dem som hade fått mindre utbildning som en betydande ökning av andelen personer som dricker sig själva verkligen berusade minst en gång i veckan. Det fanns endast få samband mellan utbildningsbakgrunden och riskfaktorerna eller förändringen av dessa. Bland dem som hade fått mer utbildning skedde en liten höjning av det diastoliska blodtrycket och LDL-kolesterolet, medan en liten nedgång i bägge kunde iaktas hos personerna med lägre utbildning. Utgångsnivån i fråga om totalkolesterolet var lägre och ökningen brantare bland personerna med högre utbildning.

De hälsofrämjande förändringar som anknyter till värnpliktstjänstgöringen ser ut att anknyta till storhushållsmåltiderna i bespisningscentralerna och de olika möjligheter till motion på fritiden som garnisonerna erbjuder. I och med att mängden fritid ökar under tjänstgöringstiden försämras de sunda vanor som anknyter till storhushållsmåltiderna, medan de ohälsosamma vanorna ökar. Den ökade rökningen och riskanvändningen av alkohol gör det möjligt att lösgöra sig från arméns rutiner. I norr och bland personer med lägre utbildning ser det ut att i synnerhet råda belöningsmetoder som traditionellt anknyter till manlighet ("hårt arbete och hårda nöjen"), och värnpliktstjänstgöringen förmår inte ändra på detta. Tvärtom verkar den delvis införa samma vanor också bland "de utbildade stadsungdomarna i söder". För att samhället verkligen ska kunna utnyttja den möjlighet att främja hälsan som värnpliktstjänstgöringen erbjuder, behövs nya modeller för manlig socialitet och nya sätt att eftersträva denna. I nuläget lyckas man endast delvis förverkliga hälso nyttan av värnpliktstjänstgöringen.

Monica Niemi, Eva-Maria Emet, Kira Exell-Paakki

RAI-benchmarking. Verktyg för ledarskap och utveckling. Best Practice På Folkhälsan

Sammandrag

Syftet med denna rapport är att beskriva användningen av RAI (Resident Assessment Instrument) inom samt lyfta fram nya användningsmöjligheter.

Folkhälsan har arbetat för en bättre hälsa och livskvalitet i närmare ett sekel. Idag täcker Folkhälsans verksamhet ett brett fält inom hälsofrämjande, serviceproduktion och forskning. Folkhälsan står för långsiktighet, kvalitet och kunnande som bygger på kompetens, engagemang och omsorg. Genom att kombinera forskning, frivilligverksamhet och serviceproduktion vill Folkhälsan uppnå positionen som ledande inom folkhälsoarbetet i Svenskfinland och i Finland. Detta förutsätter att organisationen förutom att känna sin omvärld, känner sig själv; Vad är vi bra på och vad behöver vi bli bättre på? RAI är ett instrument som kan användas av såväl den enskilda arbetstagaren som bolagets ledning för analys av resurser och utvecklingsbehov.

Resident Assessment Instrument (RAI) är ett multiprofessionellt (vårdpersonal, ledare och administration) arbetsredskap utvecklat för äldreomsorgen. RAIinstrumentet lämpar sig för individuell vårdplanering, för att mäta kvaliteten och effektiviteten på vården, som grund för debiteringssystem, för att uppehålla register samt för forskning. Institutet för hälsa och välfärd (THL) administrerar sedan år 2000 RAI-instrumentet i Finland i nära samarbete med programleverantörer och andra aktörer¹, samt upprätthåller den nationella databasen för RAI-benchmarking. År 2008 omfattades en tredjedel av all heldygnsvård för äldre av RAIbenchmarking. Benchmarking möjliggör att de deltagande enheterna och organisationerna kan jämföra sin egen verksamhet, klientstruktur och vårdkvalitet från enhets- till organisationsnivå.

¹ En central samarbetspartner är Chydenius institutet

RAI är en viktig del av Folkhälsans ledningssystem genom att den är kopplad till utvecklingsarbetet där ett viktigt hjälpmedel är Folkhälsans balanserade styrkort, Karta och Kompass. RAI ger ett instrument att följa upp de i Kartan fastställda mätbara målen och är ett konkret hjälpmedel för ledarskapet. Användningen av RAI är till nytta också vid uppgörandet av utbildningsplaner, introduktion av nyanställda, mångprofessionellt samarbete, utvecklingssamtal, uppgörande av verksamhetsplaner samt som grund för den kontinuerliga uppföljningen av verksamheten i ledningsgrupperna.

Nyckeltalen tydliggör styrkor och svagheter, visar klientstrukturen samt tydliggör personalbehovet. Dessutom ger RAI en klar bild av vad som fungerar väl inom vården och vad som ännu kräver utveckling. I hela Folkhälsans utvecklingsresultat har skett en klar förbättring av de RAI-indikatorer som vi gemensamt inom organisationen har tagit beslut på att följa upp, medicinanvändningen och den rehabiliterande vården. Folkhälsans enheter har fått bekräftelse för sitt utvecklingsarbete genom att de premierats upprepade gånger på de årliga RAI-seminarierna. Folkhälsan har under flera år använt nyckeltal för RAI-benchmarking som ett gemensamt arbetsredskap inom hela organisationen, vilket tidigare har publicerats i två utvecklingsrapporter utgivna av THL år 2007.

Folkhälsan bemödar sig om att ha nöjda kunder oavsett om de utgörs av klienter, anhöriga eller betalare. På en allt mera konkurrensutsatt marknad måste kunderna uppleva oss som attraktiva. Våra målsättningar inom äldreomsorgen utgår från våra värden kompetens, engagemang och omsorg. Vi utgår från att vi vill skapa ett tryggt och kärleksfullt hem genom att visa respekt och ett gott bemötande åt våra klienter. Klienten har självbestämmanderätt utgående från sin förmåga att uttrycka sig samt anhörigas önskemål beaktas. Vi vill ge en individuell, god vård, genom ett rehabiliterande arbetssätt, där klienternas egna resurser upprätthålls genom att vi stöder det friska. Våra gemensamma vårdlinjer samt RAI som individbaserat bedömnings- och utvärderingssystem för äldreomsorgen hjälper oss i detta arbete.

Rehabiliterande arbetssätt har nära anknytning till begreppet salutogenes² som är ett av Folkhälsans forskningsområden inom programmet för hälsofrämjande forskning. Ordet salutogen tillhör inte vardagspråket, men begreppet fångar en av de stora utmaningarna för äldreomsorgen. Det rehabiliterande arbetssättet tar fasta på klienternas styrkor med målet att höja välbefinnandet och livskvaliteten. Hur förhåller vi oss till gamla människor, hur ser vi till att äldre personer klarar sin vardag och upplever hanterbarhet, begriplighet och att livet känns meningsfullt? Och hur kan vi arbeta mer hälsofrämjande? Hur kan vi ta fasta på de faktorer som ger välbefinnande? RAI-nyckeltalen kunde vara ett redskap för att stöda äldreomsorgen i att utveckla verksamheten utgående från ett salutogent synsätt.

Pauliina Luopa, Anni Lommi, Topi Kinnunen, Jukka Jokela

Ungas välfärd i Finland på 2000-talet. Enkäten Hälsa i skolan 2000–2009

Sammandrag

I enkäten Hälsa i skolan samlas information om ungas levnadsförhållanden, skolförhållanden, hälsa, hälsovanor, hälsokunskap och elevvården. Enkäten görs turvis vartannat år på olika håll i Finland. Materialet för flera år i rad har sammanslagits till en rapport som täcker hela landet.

I rapporten granskas den utveckling som skett under 2000-talet bland eleverna i klass 8 och 9 samt första och andra årets studerande vid gymnasiet. För åren 2008/2009 redovisas för välfärden

² Suomen Lääkärilehti 6/2008 Folkhälsans hälsofrämjande forskning. Bengt Lindström professor, Monica Eriksson doktor i samhällsvetenskap Antonovsky som var professor i medicinsk sociologi född 1923 i USA upptäckte salutogenesens mysterium.

bland första och andra årets studerande vid yrkesläroanstalter samt om skillnaderna mellan län och landskap. Respondenterna i grundskolan uppgick under olika år till 81 057–83 915 (täckning 61–65 %) och i gymnasiet till 39 084–43 242 (täckning 51–58 %). Tvärsnittsmaterialet omfattade under åren 2008/2009 sammanlagt 82 % av eleverna i grundskolan och 74 % av studerandena i gymnasiet. Täckningen bland yrkesstuderande kunde inte bedömas på ett tillförlitligt sätt.

Det har i huvudsak skett positiva förändringar i de ungas välfärd på 2000-talet. De fysiska arbetsförhållandena i skolorna har förbättrats och arbetsmängden i skolan anses överlag inte vara lika belastande som i början av årtiondet. Tendensen att röka och pröva olagliga droger har minskat. De unga har sakta men säkert börjat motionera mer på fritiden. De unga ansåg sig vara vid bättre hälsa nu än i början av årtiondet. Det har också skett en viss negativ utveckling. De unga vakade allt längre på skolkvällar och även övervikten bland unga ökade fram till 2006/2007.

Även om resultaten bland yrkesstuderande inte är direkt jämförbara med gymnasisternas resultat, kan man dock lyfta fram största skillnaderna. Till exempel hade de yrkesstuderande i många avseenden osundare hälsovanor, till exempel när det gäller att borsta tänderna, motionera och använda alkohol och andra droger.

Välfärden bland unga varierade beroende på län och landskap. Överlag kan man konstatera att de ungas välfärd i många avseenden var bättre i Västra och Östra Finlands län. Mest problem verkade förekomma i Södra Finlands och Lapplands län. Huvudstadsregionen skiljde sig enligt många indikatorer på ett negativt sätt från de övriga landskapen i fråga om de ungas välfärd såväl i grundskolan, gymnasiet som i yrkesläroanstalterna. I de övriga landskapen varierade situationen avsevärt mellan de olika läroanstalterna.

Nina Karlsson, Kristian Wahlbeck

Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990

Sammandrag

Mentalvården i Finland har sedan början av 1980-talet genomgått en övergång från sjukhus- och institutionscentrerad vård till öppenvård. Övergången har färgats av att ansvaret för mentalvårdstjänsterna under början av 1990-talet överfördes från separate mentalvårdsdistrikt till kommunerna. Mentalvårdens utveckling är en del av en omorganisering av social- och hälsovårdstjänsterna i Finland på ett bredare plan, men återspeglar även ett ideologiskt nytänkande i form av satsning på social delaktighet i kombination med ökande marknadsekonomiska inslag i de offentliga tjänsterna, samt en vilja att decentralisera servicestrukturen. De främsta målsättningarna har varit att motverka ett ökat behov av långtidsvård, att utveckla och öka utbudet av tjänster inom öppenvården, fokusera på utveckling av klientnära tjänster, samt att främja brukarnas initiativ och förmåga att reda sig i samhället. Större vikt har även lagts på preventivt arbete och ett tidigt ingripande.

Förändringar inom mentalvården har skett både på lagstiftningsnivå och med nationella rekommendationer och har fått stöd av en rad nationella utvecklingsprojekt. Centrala utvecklingsprojekt på statsförvaltningsnivå har varit bl.a. mål- och verksamhetsprogrammen för social- och hälsovården (TATO), det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE-programmet) och Mieli 2009 -planen för mentalvårds- och missbrukararbete.

Kommunerna ansvarar för att mentalvårdstjänster finns att tillgå. Mentalvård erbjuds främst som en del av primärvården, socialvården och den psykiatriska specialsjukvården, men kommunerna kan också inhandla tjänster från privata producenter och tredje sektorns aktörer.

Trots den målmedvetna utvecklingen i den öppna mentalvården som skett under de närmaste 15–20 åren, är tjänsteutbudet idag alltjämt inte tillräckligt mångsidigt. Hos barn och unga

har tvångsintagningar till sjukhusvård ökat kraftigt, vilket reflekterar tillkortakommanden i öppenvården för barn och unga. Det stigande antalet förtidspensioneringar på grund av psykisk ohälsa tyder på brister i mentalvården och minskad beredskap att på arbetsmarknaden acceptera psykiska funktionshinder. Sysselsättningsverksamheten för psykiskt funktionshindrade är inte tillräcklig och den inflexibla arbetsmarknaden erbjuder inte realistiska arbetsmöjligheter för psykiskt funktionshindrade. Boendetjänster, vars syfte är att rehabilitera klienter till ett självständigt vardagsliv, har i många fall bytts till ett permanent boende. Boendeoch sysselsättningstjänster verkar inte bilda broar till ett självständigt vardagsliv.

Reformarbetet i Finland är på hälft och övergången till en mångsidig öppenvård är pågående. Den nedmontering av psykiatrisk institutionsvård som skett sen 1980-talet har drastiskt minskat antalet psykiatriska vårdplatser i sjukhus. Reformarbetet kan, trots en nedskärning av psykiatris resurser under 1990-talet, betecknas som lyckat. Självmorden har minskat, även bland personer som nyligen utskrivits från psykiatrisk slutenvård. Öppenvårdens volym har ökat, men utveckling och insatser behövs för en bättre fungerande och mångsidigare öppenvård. Servicecentren för arbetskraft har genom individuella, multidisciplinära stödåtgärder kunnat förebygga marginalisering och finna lösningar i komplicerade fall. En positiv utveckling har även skett inom tredje sektorns verksamhet för psykiskt funktionshindrade. Mentalvårdslagen, den offentliga debatten och personliga framträdanden av välkända personer med psykisk ohälsa har bidragit till mera öppenhet kring psykisk ohälsa och den allmänna opinionen stöder utvecklingen av öppenvård. Övergången till öppenvård har dock inte tillräckligt ökat mentalvårdsklienters sociala delaktighet. Personer med svåra psykiska funktionshinder har inte erbjudits praktiskt fungerande metoder för återintegrering och rehabilitering till ett självständigt liv, utan de långa vårdperioderna på sjukhus har för många ersatts av långvarigt boende i boendetjänster som inte stöder återhämtning eller delaktighet.

Reformarbetet har skapat förutsättningar för ett mångsidigt utbud öppenvårdstjänster och sysselsättningsverksamhet, men i många fall utgör fördomar, inflexibilitet och en brist på vilja de avgörande hindren för att inkludera psykiskt funktionshindrade i samhällets olika funktioner.

Marja Kiijärvi-Pihkala

Regional samordning av Alkoholprogrammet som stöd för det lokala arbetet. Halvtidsöversyn av Alkoholprogrammet 2008–2011.

Sammandrag

Den andra programperioden av det riksomfattande Alkoholprogrammet (2008–2011) genomförs enligt en modell där det inom varje regionalförvaltningsverks område har placerats en samordnare. Samordnarens viktigaste uppgift är att stödja den regionala verksamheten enligt alkoholprogrammets mål. Programmets strategiska ansvar ligger på social- och hälsovårdsministeriet. Institutet för hälsa och välfärd (THL) är programmets huvudsamordnare, som handleder kommunerna vid genomförandet av alkoholprogrammet. Som alkoholprogrammets samarbetspartner fungerar kommunerna och andra regionala aktörer. Samarbetspartnerna förbinder sig att genomföra sina verksamhetsplaner, utvärdera sin egen verksamhet samt informera om alkoholprogrammet inom sitt eget verksamhetsområde.

Den halvtidsöversyn av alkoholprogrammet som gjordes vintern 2009–2010 fokuserade särskilt på att granska hur den regionala strukturen för samordningen hade fungerat. Syftet var att utreda hur olika aktörer förstår alkoholprogrammets mål och hur de upplever att den regionala samordningen lyckas i förhållande till dem.

Halvtidsöversynen bygger på intervjuer av representanter för SHM, THL och regionalförvaltningsverken, de regionala samordnarna samt regionala aktörer (45 personer). Som bakgrundsmaterial användes de dokument som handlar om alkoholprogrammet, statsrådets principbeslut om alkoholpolitikens riktlinjer, publikationen Utgångspunkter för samarbetet 2004 samt olika material som programmet gett upphov till och årsrapporterna. Som utvärderingskriterier användes kvalitetskriterierna för preventivt alkohol- och drog arbete.

Utgående från intervjuerna är modellen med den regionala samordningen ett tydligt och effektivt sätt att verka. Man kan med hjälp av några få personer märkbart hjälpa den regionala verksamheten: Samordnarna stöder och uppmuntrar aktörer, förmedlar information mellan olika sektorer, ordnar utbildning och förmedlar material om effektiva arbetsmetoder och har en betydelsefull roll för att föra de kommunala strategier som är förenade med partnerskapsavtalen framåt. De regionala aktörerna är huvudsakligen mycket nöjda med samordnarna. Kritiken riktas mot en alltför diffus målsättning: De i programmet inskrivna målen (att minska skadeverkningarna och sänka konsumtionen) anger riktningen för verksamheten, men berättar inte vad det är meningen att man ska åstadkomma under just den här programperioden. Osäkerheten inför framtiden orsakar oro. En långsiktig, effektiv verksamhet är svår att bygga upp utan att man vet hur de närmaste årens resurser ser ut.

Granskningen av intervjumaterialet i ljuset av kvalitetskriterierna för preventivt drog- och alkoholarbete visar att alkoholprogrammets operativa funktioner (regional samordning och partnerstruktur) baseras på en stark kunskapsbas, etiskt hållbara lösningar och målinriktat samarbete med andra program, projekt och aktörer. I fortsättningen bör man utveckla arbetes kvalitet: Det finns skäl att precisera alkoholprogrammets mål och processerna för genomförandet för den återstående tvåårsperioden. För arbetet kontinuitet är det viktigt att se till att tillräckliga resurser tilldelas både på regional och på riksomfattande nivå.

Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling, Viveca Bergman (red.)

Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete 2009–2015. Från plan till genomförande år 2009

Sammandrag

I rapporten granskas den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete som bereddes av arbetsgruppen Mieli 2009 och publicerades våren 2009. Arbetsgruppen Mieli 2009 tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet (SHM). I rapporten granskas också det mottagande rapporten fått och planen för genomförandet av åtgärderna. Rapporten inleds med en översikt över det rådande epidemiologiska läget i fråga om psykisk hälsa och missbruk, främjandet av psykisk hälsa, det alkohol- och drogförebyggande arbetet och sätten att tillhandahålla mentalvårds- och missbrukartjänster i Finland och övriga Norden.

I SHM:s plan för mentalvårds- och missbruksarbete presenteras 18 förslag till gemensam utveckling av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk fram till år 2015. I planen läggs särskild vikt vid att stärka klientens ställning och att effektivera arbetet för att främja psykisk hälsa och alkohol- och drogfrihet samt åtgärderna för att förebygga problem och skadeverknings. Vidare framhålls att servicesystemet bör utvecklas så att större vikt läggs vid basservicen och öppenvården, som ska bli bättre på att samtidigt beakta psykiska problem och missbruksproblem. Planen omfattar också styrmedel för genomförandet av planen.

Trots att psykiska störningar inte har blivit vanligare, är dessa oftare än förut en bakomliggande orsak till arbetsoförmåga. Orsaken till sjuk- eller invalidpension är i 44,5 procent av fallen psykiska problem eller missbruksproblem. En stor del av de psykiska störningarna förblir

oupptäckta, vilket är en stor utmaning för servicesystemet. 2000-talet präglas av snabb ökning av alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade skador. År 2009 konsumerade finländarna 10,2 liter absolut alkohol per person. Den ökande konsumtionen kommer till synes i ett ökat antal alkoholrelaterade dödsfall, sjukdomar och behov av socialtjänster. Ifråga om droger har situationen stabiliserats, men antalet drogrelaterade dödsfall har ökat.

Genom att långsiktigt främja den psykiska hälsan och utveckla det förebyggande alkohol- och drogarbetet kan man motverka ökningen av de psykiska problemen och missbruksproblemen. Arbetet för att främja den psykiska hälsan har som syfte att påverka de faktorer som utlöser psykiska problem och att minska förekomsten av psykiska störningar och självmord. Målet för det förebyggande missbruksarbetet är dels att minska efterfrågan på, tillgången till och utbudet av berusningsmedel, dels att minska de alkohol- och drogrelaterade skadeverkningarna genom att främja alkohol- och drogfria levnadsvanor, motarbeta skadeverkningarna och öka förståelsen och hanteringen av fenomenet. Trots att större vikt har lagts vid det förebyggande arbetet under 2000-talet, har den ekonomiska recessionen och sparåtgärderna gjort arbetet för att främja välfärd och hälsa kortsiktigt. På strategisk nivå integreras ofta främjandet av den psykiska hälsan och det förebyggande missbruksarbetet i bredare välfärdstrategier.

Ordnandet av mental- och missbrukarvård styrs av en relativt fri lagstiftning och de många aktörerna omfattar bland annat små kommuner, stora samkommuner och privata serviceproducenter. Ansvar för mentalvården vilar i stor utsträckning på hälso- och sjukvården, medan socialvården ansvarar för missbrukarvården. Det har uppstått gränssytor mellan de olika aktörerna, och för att överskrida dessa gränser har ett remissförfarande uppstått inom mentalvården. I fråga om missbrukarvården har gränserna medfört betalningsförbindelser och köer. Människor kan falla mellan två stolar då de flyttar från ett system till ett annat.

Missbrukarvården är inte integrerad i psykiatrin i de övriga nordiska länderna trots att det finns en kontaktyta mellan dessa. Finland framstår som mer institutionsorienterat än de andra nordiska länderna i fråga om mentalvårdstjänsterna. Tvångsvårdens omfattning är större och kommunernas mentalvård håller inte samma nivå som i de andra länderna. Ansvar för att tillhandahålla primära mentalvårdstjänster och tjänster som stödjer den psykiska hälsan vilar på kommunerna, medan den psykiatriska vården ordnas regionalt. I Norge tillhandahålls de psykiatriska tjänsterna av fem statsfinansierade hälso- och sjukvårdsföretag, i Sverige via landstingen och i Danmark via fem regioner. Utvecklingen av mentalvården har i de andra nordiska länderna skett nära landets politiska ledning, och öronmärkta anslag för utvecklingsarbetet har anvisats i statsbudgeten. Sätten att tillhandahålla missbrukarvård och trenderna för hur man omorganiserat tillhandahållandet av tjänsterna har varierat mellan de nordiska länderna under senare tid. I Sverige har kommunerna det primära ansvaret, Danmark har ett decentraliserat system där ansvaret är fördelat på landets 98 storkommuner och i Norge har ansvaret överfört på fem hälso- och sjukvårdsföretag. I Sverige och Norge tillämpas tvångsvård inom missbrukarsektorn betydligt oftare än i Finland. Erfarenheterna från de nordiska länderna visar att en regional decentralisering av ansvaret för att tillhandahålla tjänster utan öronmärkt finansiering eller statens eller regionernas stöd, är ödesdigert framför allt för redan utslagna missbrukare.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) började informera om planen våren 2009 och gjorde samtidigt en Webpropol-baserad enkät. Därtill har respons om planen samlats in på basis av artiklar i fack- och organisationspressen från 2009 och under den kommunrunda som THL:s ledning gjorde. Responsen visade att planen för mentalvårds- och missbruksarbete redan är relativt väl känd. Förslagen i planen har i flera avseenden tagits väl emot och accepterats. Planen för mentalvårds- och missbruksarbete verkar ha blivit färdig vid en lämplig tidpunkt – kommun- och servicestrukturreformen ger möjligheter också till en omfattande utveckling av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk och en reform av servicesystemet. Det gemensamma utvecklingsarbetet verkar ha kommit i gång inom flera områden. Utvecklingen av basservicen

och den öppna vården upplevdes som viktig, liksom också åtgärderna för att stärka klientens ställning. Kritiken gällde främst det sociala arbetets ringa synlighet i planen. Svaren återspeglade en viss oro för att vårdtröskeln för missbrukarna kan höjas jämfört med nuläget. Den största osäkerheten gällde sammanslagningen av öppenvården inom den specialiserade sjukvården och överföringen av den psykiatriska sjukhusvården till allmänna sjukhus. De utmaningar som sammanslagningen innebär lyftes fram i olika avseenden, både i fråga om strukturen och attityderna och kompetensen. Utvecklingen av ett kundorienterat servicesystem utgör en god utgångspunkt för en gemensam utveckling av mentalvården och missbrukarvården, som på många orter har organiserats fristående från varandra.

Under 2009 beredde THL en egen verkställighetsplan och diskuterade planen för mentalvårds- och missbruksarbete vid flera utbildningsevenemang och samarbets- och projektmöten. THL förnyade även sina webbsidor om planen för mentalvårds- och missbruksarbete på adressen www.thl.fi/mielijapaihde. Avdelningen för psykiska problem och missbrukarvård (MIPO) inom THL:s verksamhetsområde social- och hälsotjänster har huvudansvaret för att verkställa planen, men alla THL:s verksamhetsområden deltar i verkställandet. THL:s verkställighetsplan omfattar tiotals olika funktioner inom THL som berör psykisk hälsa eller missbruk. Verkställighetsplanen lyfter fram 2–3 spetsprojekt för de närmaste åren för alla de fyra prioriterade områdena. Effektivare medverkan av brukare experter och kamratstödjare i arbetet, utvecklingen av sjukhusvården i syfte att öka patient- och klientsäkerheten och minskningen av tvångsåtgärder vid de psykiatriska sjukhusen stärker klientens ställning. Det strategiska arbetet och insatserna för att förhindra att psykisk ohälsa och missbruk och följderna av dessa överförs från generation till generation ingår i spetsprojekten inom det förebyggande arbetet. I fråga om servicesystemet läggs särskild vikt vid stödet för att utveckla en lättillgänglig basservice med kompetens både inom psykisk hälsovård och missbrukarvård och vid uppföljningen av servicesystemets utveckling med hjälp av forskning och registrering. I fråga om styrmedel betonas utvecklingen av webbsidorna om planen för mentalvårds- och missbruksarbete. Därtill intensifieras den riksomfattande, regionala och lokala koordineringen av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk. THL ger sakkunnigstöd vid lagberedningen.

Utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, KASTE, har en central roll i utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet. Inom fyra KASTE-områden pågår för närvarande utvecklingsprojekt som rör mentalvårds- och missbruksarbetet. Åtgärdsprogrammet Fungerande hälsovårdscentraler är ett annat centralt samarbetsprojekt kring utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet.

I fråga om social- och hälsovårdsministeriets verkställighetsuppgifter betonas det lagstiftningsmässiga utvecklingsarbetet och det utvecklingsarbete som görs via den riksomfattande styrgruppen för mentalvårds- och missbruksarbete. Den nya hälso- och sjukvårdslagen, revideringen av socialvårdslagstiftningen och beredningen av lagstiftningen om tvångsvård är centrala lagstiftningsprojekt med inverkan på arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk.

Utvecklingsarbetet är omfattande. Vid sidan om det offentliga servicesystemet gäller arbetet även i hög grad den tredje sektorn. Samarbete behövs med flera andra sektorer än social- och hälsovårdssektorn. I detta samarbete behövs experter på mentalvårds- och missbruksarbete och organisationsledning, den offentliga social- och hälsovården, tredje sektorn och de sektorer utanför social- och hälsovården som i betydande omfattning inverkar på människors välfärd. Sådana områden är bland annat utbildnings-, kultur- och fritidssektorerna, näringslivet och de instanser som ansvarar för boende- och livsmiljön.

Niina Lammi

Type 1 and Type 2 Diabetes among Young Adults in Finland. Incidence and Perinatal Exposures

Sammanfattning

Diabetes mellitus är ett av de största hoten mot folkhälsan i världen. Tvärtemot vad de tidigare termerna ungdomsdiabetes och vuxendiabetes antyder kan typ 1-diabetes och typ 2-diabetes uppstå vid vilken ålder som helst. Dock är epidemiologin för både typ 1-diabetes och typ 2-diabetes hos finländska unga vuxna inte klarlagd. Dessutom bör riskfaktorerna, som enligt senaste rön har samband med födelsevikten och tillväxten i barndomen, utredas även hos åldersgruppen unga vuxna. Syftet med denna studie är att klarlägga incidensen av typ 1-diabetes och typ 2-diabetes hos finländska unga vuxna samt undersöka eventuella riskfaktorer för diabetes som förekommer under den perinatale perioden och i barndomen.

I de två första delarbeten (I-II) undersöktes incidensen av typ 1-diabetes och typ 2-diabetes hos 15-39-åriga finländare under åren 1992-2001. Uppgifterna om nya diabetesfall inhämtades från standardiserade formulär ifyllda av diabetessköterskor, sjukhusens utskrivningsregister (STAKES, Institutet för hälsa och välfärd), register över läkemedelsersättningar (Folkpensionsanstalten) och register över ersättningsgilla läkemedel (Folkpensionsanstalten). Typen av diabetes fastställdes med hjälp av ovannämnda källor och vid behov fastställdes diabetestypen med hjälp av information i läkarutlåtanden. Resultaten visade att incidensen av typ 1-diabetes hos finländska unga vuxna var 18 per 100 000/år och att av de som insjuknat i typ 1-diabetes var majoriteten män. Under åren 1992-2001 ökade incidensen av typ 1-diabetes i medeltal 3,9 % årligen. Incidensen av typ 2-diabetes hos finländska unga vuxna var 13 per 100 000/år och under tidsperioden för studien ökade incidensen av typ 2-diabetes så mycket som 4,3 % årligen.

I delarbeten III-V undersöktes påverkan av perinatale faktorer och tillväxttid avseende incidensen av typ 1-diabetes och typ 2-diabetes hos unga vuxna genom att använda fall-kontrollstudier. Under tiden 1992-1996 valdes 1388 typ 1-diabetiker och 1121 typ 2-diabetiker som diabetesfall, och för varje diabetesfall valdes två kontrollpersoner ur folkbokföringsregistret matchade för födelsedatum, kön och födelseplats. Data (inklusive födelsedatum) avseende föräldrar och syskon till undersökningspersonerna inhämtades från folkbokföringsregistret. De ursprungliga födelsejournalerna och tillväxtkurvorna från barnavårdscentralen avseende undersökningspersoner inhämtades från arkiven i hela landet. Fall-kontrollstudiernas resultat visade att lägsta risken för att insjukna i typ 2-diabetes som ung vuxen hade barn till cirka 30-åriga mödrar och risken ökade med moderns fallande eller stigande ålder. Dessutom konstaterades att barn nummer två, tre eller fyra i familjen löpte mindre risk att insjukna i typ 2-diabetes än förstfödda barnet. Risken för typ 2-diabetes hos unga vuxna minskade vid födelsevikten upp till 4,2 kg varefter risken började åter öka. Vid studien av vikten efter födseln visade det sig att högt viktindex vid åldern 3-11 år, då barnets viktindex börjar stiga, väsentligt ökade risken att insjukna i typ 2-diabetes. Hos personer som insjuknade i typ 2-diabetes började övervikten framträda redan i tidiga barnåren. I motsats till typ 2-diabetes påverkade inte moderns ålder, syskonordning eller födelsevikt för risken att insjukna i typ 1-diabetes hos unga vuxna. Däremot var det maximala viktindexet vid tre års ålder högre hos personer med typ 1-diabetes än hos kontrollpersoner.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det är alarmerande att incidensen för både typ 1-diabetes och typ 2-diabetes ökar hos finländska unga vuxna. Inom den finländska befolkningen kvarstår den höga risken att insjukna i typ 1-diabetes åtminstone till 40 års ålder och minst 200-300 finländska unga vuxna insjuknar årligen i typ 2-diabetes. Tillväxten både under fostertiden och i barndomen påverkar väsentligt risken för typ 2-diabetes. För att stävja risken för typ 2-diabetes ska de förebyggande åtgärderna även inkludera barndomsfetma. Snabb tillväxt under de första levnadsåren kan vara en riskfaktor för insjuknande i typ 1-diabetes hos unga vuxna.

Kunskap om diabetesincidens hos unga vuxna lägger grunden för de kommande epidemiologiska studierna. En genomgripande kunskap avseende riskfaktorerna för typ 1-diabetes och typ 2-diabetes är till gagn i den individuella riskbedömningen och kan leda till större förståelse för de patogeniska mekanismerna.

Laura Sundell

Alcohol Consumption and Binge Drinking as Risk Factors for Cardiovascular Diseases and Depression.

Sammandrag

Man känner till att alkohol inverkar både positivt och negativt på hälsan.

Stor konsumtion av alkohol sammanhänger med ökad totaldödlighet medan måttlig konsumtion minskar risken för att insjukna i kransartärsjukdom. Alkoholkonsumtionen har traditionellt undersökts genom definition av mängden konsumerad alkohol, men dryckesvanorna har inte beaktats. Under de senaste åren har man dock observerat att dryckesvanorna inverkar på hälsan oavsett den totala mängden konsumerad alkohol.

Syftet med denna studie var att kartlägga hur större engångsintag av alkohol inverkar på dödligheten och risken att insjukna.

De fyra delpublikationerna baserar sig på materialet i FINRISKI-undersökningarna från åren 1987, 1992 och 1997. Materialet kombinerades med uppgifterna i vårdanmälningsregistret och dödsorsaksregistret.

I undersökning 1 konstaterades större engångsintag av alkohol utgöra en riskfaktor avseende den totala dödligheten samt dödligheten i kransartärsjukdom, till följd av yttre orsaker och till följd av alkoholrelaterade orsaker oavsett den totala mängden konsumerad alkohol.

I undersökning 2 konstaterades att personer som helt slutat använda alcohol och personer som intar större mängd alkohol på en gång har mer depressionssymtom än helt nyktra personer och personer som inte intar större mängd alkohol på en gång. Vidare konstaterades att större engångsintag av alkohol sammanhänger med depression oavsett den totala mängden konsumerad alkohol och andra faktorer.

I undersökning 3 konstaterades att större engångsintag av alkohol utgör en riskfaktor avseende stroke och ischemisk stroke oavsett den totala mängden konsumerad alkohol.

I undersökning 4 konstaterades att personer som intar större mängd alcohol på en gång har högre fibrinogenhalt i blodet än personer som inte gör det. Därtill konstaterades att den ökade risk för hjärtstörningar som sammanhänger med stort engångsintag av alkohol i någon mån är relaterad till fibrinogen. Den underliggande mekanismen är tillsvidare okänd.

Sammanfattningsvis visar studierna att stort engångsintag av alkohol ökar dödligheten och insjuknandet i kransartärsjukdom och stroke oavsett den totala mängden konsumerad alkohol. Därtill konstaterades ett samband mellan alkoholkonsumtion och depression. Resultaten visar att dryckesvanorna inverkar på alkoholens effekter och därför borde vanorna beaktas i framtida studier gällande alkoholens inverkan på hälsan.

NÅGRA PRESSMEDDELANDEN FRÅN SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Pressmeddelande 02.06.2009

Brister i förverkligandet av Paras-ramlagen

Det finns brister i hur målen för ramlagen som styr kommun- och servicestrukturreformen (Paras) förverkligas, enligt preliminära resultat från en enkät som social- och hälsovårdsministeriet har sammanställt. De centrala problemen gäller organiserandet av social- och hälsovårdstjänsterna inom samarbetsområdena och tillgången till likvärdiga tjänster. Inom många samarbetsområden håller socialvårdstjänsterna på att åtskiljas från hälsovårdstjänsterna. På många håll har man inte heller fastslagit ansvaret för främjande av hälsa och välfärd.

Enligt enkäten ökar kommunernas samarbete mellan socialvårdstjänsterna och hälsovårdstjänsterna inom många samarbetsområden. Likvärdigheten bland personerna som använder tjänsterna inom ett samarbetsområde verkar ändå inte förverkligas eftersom det fortfarande är enskilda, delvis ganska små kommuner som har ansvar för social- och hälsovårdstjänsterna.

De ramlagsenliga lösningarna för en enhetlig social- och hälsovård verkar inte heller förverkligas. Det är svårt att ha kontroll över socialvårdstjänsterna både ur klientens och servicesystemets synvinkel då socialvården splittras mellan samarbetsområdet och kommunerna. Dessutom blir kontakten mellan socialvårdstjänsterna och hälsovårdstjänsterna slumpmässig.

Endast sju samarbetsområden har organiserat tjänsterna på ett likvärdigt sätt

Det finns sammanlagt 65 samarbetsområden som är fastslagna eller under planering. Endast sju samarbetsområden organiserar för tillfället social- och hälsovårdstjänsterna i enlighet med ramlagen som styr kommun- och servicestrukturreformen. Inom 58 samarbetsområden finns det brister i förvaltningsmodellerna och i hur likvärdigheten mellan medborgarna förverkligas. Dessutom kan kommunerna tolka avtalen om samarbetsområdena på olika sätt.

Inom åtta samarbetsområden överförs ansvaret för alla socialvårdstjänster till samarbetsområdet. Inom 17 samarbetsområden överförs enbart enskilda socialvårdstjänster och inom tre samarbetsområden överför kommunerna inte alls ansvaret för socialvårdstjänsterna. 20 samarbetsområden låter de enskilda kommunerna ha ansvar för organiserandet av dagvården. 18 samarbetsområden har inte fattat beslut om saken.

I en tredjedel av kommunerna inom samarbetsområdena har inget organ ansvar för främjande av hälsa och välfärd. Av de övriga kommunerna har under en fjärdedel låtit bli att fastslå ansvaret. I hälften av kommunerna inom samarbetsområdena har ingen tjänsteinnehavare ansvar för främjande av hälsa och välfärd.

Allt fler kommuner är i färd med att ta i bruk beställare-producent-modellen. 121 kommuner har tagit i bruk modellen. I största delen av kommunerna är tjänsterna fortfarande organiserade enligt verksamhetsområde. Livscykelmodellen används i 48 kommuner.

Samarbetsområdena och kommunsammanslagningarna som strukturella reformer

Fram till år 2013 kommer det att bildas 65 samarbetsområden. 40 samarbetsområden har inlett sin verksamhet. Ett samarbetsområde är ett alternativ till kommunsammanslagningar för att öka befolkningsunderlaget inom primärvården och den tillhörande socialvården. Befolkningsunderlaget inom social- och hälsovården vidgas för att servicesystemet ska kunna anpassas bland annat till den åldrande befolkningen och de ökande kostnaderna inom hälsovården.

Syftet med ramlagen som styr Paras-reformen är en livskraftig, handlingskraftig och enhetlig kommunstruktur som säkerställer tillgängliga tjänster av hög kvalitet. Enligt ramlagen har ett

samarbetsområde eller en kommun vars invånarantal är ungefär 20 000 ansvar för primärvården. Förutom primärvårdstjänsterna bör kommunerna också överföra tillhörande socialvårdstjänster till samarbetsområdet.

De preliminära uppgifterna om hur samarbetsområdena har organiserat social- och hälsovårdstjänsterna framgår ur en enkät av social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, Kommunförbundet och Institutet för hälsa och välfärd. Institutet för hälsa och välfärd publicerar en noggrannare analys av resultaten på hösten.

Pressmeddelande 16.07.2009

Användningen av servicesedlar utvidgas i början av augusti

Möjligheterna att utnyttja servicesedlar utvidgas till att gälla alla social- och hälsovårdstjänster med undantag av jourtjänster och ofrivillig vård. Kommunerna bestämmer om systemet med servicesedlar tas i bruk och om serviceutbudet, samt godkänner serviceproducenterna för vars tjänster sedeln kan användas som betalningsmedel.

Regeringen föreslog torsdagen den 16 juli att propositionen om servicesedlar inom social- och hälsovården ska stadfästas. Republikens president har för avsikt att stadfästa lagarna fredagen den 24 juli. Lagarna träder i kraft den 1 augusti.

Med reformen ändras inte kommunernas skyldighet att organisera social- och hälsovård för sina invånare. Med hjälp av systemet med servicesedlar ordnas offentliga social- och hälsovårdstjänster med hjälp av privata producenter. Andra sätt att organisera kommunala tjänster är kommunernas och samkommunernas egen produktion och att anskaffa service i form av köptjänster av offentliga eller privata tjänsteleverantörer.

Målet med lagen om servicesedlar är att öka klientens valmöjligheter, förbättra tillgången på service, göra produktionen av service mångsidigare samt främja samarbetet mellan kommunerna, näringsväsendet och privata serviceproducenter. Om värdet på servicesedlarna som utnyttjats för tjänster i hemmet bestäms ännu i lagen om socialvård och i folkhälsolagen.

Kommunerna bestämmer värdet på servicesedeln

Kommunerna har skyldighet att informera sina klienter om värdet på servicesedeln och om hur självriskandelen bestäms, om serviceproducenternas prissättningar och klientavgifter samt ge råd till sina klienter om användningen av servicesedlarna. Då kommunen ger en servicesedel beviljar den klienten en ersättningsförbindelse för kostnaderna till ett värde som kommunen i förväg har fastställt.

Klienten har också möjlighet att vägra använda servicesedeln. Då måste kommunen hänvisa klienten till kommunala tjänster producerade på annat sätt.

Värdet på servicesedeln måste vara tillräckligt, så att klienten i praktiken kan välja servicesedeln som en realiserbar metod. För de tjänster som enligt lagen om klientavgifter har beslutats ska vara avgiftsfria måste servicesedelns värde fastställas så att klienten inte behöver stå för självrisk andelen. Ett undantag utgör hjälpmedlen för medicinsk rehabilitering. Där får den klient som valt servicesedeln stå för den överstigande delen av kostnaden om han eller hon skaffar ett hjälpmedel som är dyrare än gängse hjälpmedel som motsvarar personens individuella behov.

Kommunen har möjlighet att i enskilda fall fastställa ett högre värde på servicesedeln, om klientens utkomstförutsättningar äventyras på grund av den höga självriskkostnaden.

Den andelen av servicens pris som klienten ska betala själv kan variera beroende på klientens inkomster och servicesedelns form. Kommunerna bestämmer omfattningen av servicesedelns brukstagnung och utformning, varför det kan finnas skillnader mellan kommunerna om hur verksamheten organiseras och genomförs.

Pressmeddelande 21.07.2009

Referensprissystemet sänker läkemedelsutgifterna med tiotals miljoner euro

Referensprissystemet för läkemedel sänker läkemedelsutgifterna i Finland med 40-120 miljoner euro. Dessutom har systemet med utbytbara läkemedel, som genomfördes 2003, sänkt priserna på mediciner med upp till 60 procent i slutet av år 2007. Det här framgår av referensprissystemets förhandsanalys. Referensprissystemets inverkan på läkemedelsutgifterna kommer kanske att vara mindre än förväntade på grund av den kraftiga prisnedgången som läkemedelsutbytet orsakade.

Referensprissystemet för läkemedel, som togs i bruk i början av april, sänker läkemedelsutgifterna i Finland för de mediciner som hör till systemet med 5–16 procent. Det svarar för en inbesparing på 40–120 miljoner euro, om ändringen proportionellt jämförs med partipriset på 750 miljoner euro för de mediciner som hörde till systemet för utbytbara läkemedel. Utgiftssänkningen grundar sig på såväl sänkta priser som förändrade konsumtionsvanor till följd av dem.

Också den senaste tidens observationer om ändringar i läkemedlen pris och kostnader efter att referensprissystemet togs i bruk stöder resultaten från förhandsbedömningen.

Undersökningen gjordes i huvudsak under år 2008, då det inte fanns tillgängliga statistiska uppgifter om referensprissystemets inverkan på läkemedlens pris och läkemedelsutgifter. De förväntade effekterna på läkemedlen pris undersöktes genom att bedöma det tidigare genomförda läkemedelsutbytet inverkan på läkemedelspriset.

Enligt undersökningen har referensprissystemet sänkt priserna på läkemedel 10–29 procent i de länder där det har tagits i bruk. Referensprissystemet används till exempel i Tyskland, Holland, Sverige och Australien.

Referensprissystemets inverkan på läkemedelsutgifterna i Finland uppskattades med hjälp av priselasticiteten i efterfrågan på läkemedel. Dessutom utnyttjades priseffekter som iakttagits i andra länder som tagit i bruk referensprissystemet.

Undersökningen utfördes av en internationell forskargrupp, till vilken hörde forskare från Finland, England och Italien. Dess mål var att bedöma hur läkemedlens referensprissystem inverkar på läkemedlens pris och läkemedelsutgifterna på Finlands läkemedelsmarknad. Undersökningen bekostades av social- och hälsovårdsministeriet, Yrjö Janssons stiftelse, Statens ekonomiska forskningscentral (VATT) och Kuopio universitet.

Bakgrund

Den sjukförsäkringsersättning som betalas för de läkemedel som hör till referensprissystemet bestäms enligt ett s.k. referenspris. Det är fråga om det högsta pris enligt vilket man för ett visst läkemedelspreparat betalar sjukförsäkringsersättning för läkemedlet åt klienten. Om det läkemedel som klienten köper är dyrare än referenspriset, får klienten betala den andel som överstiger referenspriset.

Referenspriset för ett läkemedel beräknas på basis av det av läkemedelsföretagen uppgivna partipriserna och det därpå beräknade minutförsäljningspriserna. Referenspriset motsvarar priset på det förmånligaste preparatet i gruppen av sinsemellan utbytbara läkemedel, med ett tillägg på 1,5 eller 2 euro beroende på priset för det förmånligaste preparatet. Det finns mera information om referensprissystemet på social- och hälsovårdsministeriets webbsidor på adressen www.stm.fi/viitehint – på svenska.

Pressmeddelande 13.08.2009

Förordning om Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet

Lagen om Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet stadfästes i juli och träder i kraft den 1 november 2009 då verksamheten vid det nya centret inleds. Samtidigt upphör verksamheten vid Läke-medelsverket och Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling.

Noggrannare bestämmelser om de ledande tjänstemännen vid centret, sakkunniga, behörighetskrav, anställningsförhållanden och centrets farmakopékommitté och tillsynsnämnd ingår i statsrådets förordning om Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet. Bestämmelserna motsvarar bestämmelserna i förordningarna om Läke-medelsverket och Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling.

Förordningen om Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet gavs i dag och den träder i kraft från och med början av november 2009. Det är ändå möjligt att omedelbart vidta åtgärder i enlighet med förordningen, till exempel att söka en överdirektör. Överdirektören för det nya centret utnämns av statsrådet på basis av social- och hälsovårdsministeriets framställning.

Pressmeddelande 25.08.2009

Mentalvårds- och missbruksproblem förebyggs med hjälp av nya arbetsmodeller

Mentalvårds- och missbruksproblem är en belastning och hjälpen bör vara så lättillgänglig som möjligt i kommuninvånarnas vardag. Valfärden i hela samhället förbättras då man satsar på mentalvårds- och missbruksarbetet. Exempel på nya arbetsmetoder inom mentalvårds- och missbruksarbetet är vård av depression med hjälp av videokonferenser, rådgivningsgrupper för mammor och barn samt ambulering öppenvårdstjänster.

Syftet med den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete som publicerades i början av året är att stärka klientens ställning, förebygga och främja mentalvårds- och missbruksarbetet och betona bas- och öppenvårdstjänster. Vid ett utvecklingsseminarium om mentalvårds- och missbruksarbete i Kommunernas hus i Helsingfors den 25 augusti diskuterade deltagarna hur planen ska verkställas. Dessutom presenterades nya arbetsmodeller för mentalvårds- och missbruksarbetet.

Mamma-barn-grupper förebygger postnatal depression i Vanda

Vid rådgivningsbyråerna i Vanda har man tagit i bruk gruppen Iloa Varhain som riktar sig till mammor och barn. Syftet är att förebygga depression i samband med förlossningen, vårda lindrig depression samt stöda den tidiga interaktionen mellan mammor och barn. Gruppen sammanträder en gång i veckan under 8-10 veckors tid och fyra eller fem mamma-barn-par deltar. I gruppen lär man sig att identifiera sinnesstämningar och metoder för att påverka sinnesstämningarna med hjälp av arbetsböcker och två handledare.

Depression kan även vårdas med hjälp av videokonferenser

På grund av långa distanser är det inte alltid möjligt att ge vård ansikte mot ansikte. I Lappland har man därför utrett hur väl videokonferensteknik kan tillämpas på öppenvård för deprimerade. Personer från en öppenvårdsgrupp deltog i försöket på olika håll i Lappland antingen hemma eller vid en hälsovårdsstation medan handledarna arbetade i Rovaniemi. Verksamheten förverkligades som en depressionsskola, det vill säga genom att tillämpa egenvårdsmetoder och förebyggande metoder för vård av depression och utmattning i kursformat. 60 procent av deltagarna ansåg att tillvägagångssättet var lämpligt och fungerande och 63 procent var intresserade av att använda liknande tjänster även i fortsättningen. Tillsvidare försvåras verksamheten av att Lappland saknar ett heltäckande bredbandsnätverk.

Nya lokala lösningar i Österbotten och Mellersta Finland

Österbotten-projektet (2005-2014) utvecklar ett omfattande servicesystem för mentalvårds- och missbruksarbetet i Syd-Österbotten, Mellersta Österbotten och Österbotten. Det centrala i projektet är att främja den psykiska hälsan och välfärden för befolkningen i hela regionen, minska skador som är relaterade till den mentala hälsan och missbruk samt att trygga tillräckliga mentalvårds- och missbrukstjänster av hög kvalitet. I Mellersta Finland utvecklas mentalvårds- och missbruksarbetet med hjälp av internationella arbetsmodeller där snabba och ambulerande öppenvårdstjänster är en väsentlig del av servicesystemet.

Stödmaterial om planen för mentalvårds- och missbruksarbete till kommunerna

Kommunerna svarar för den kritiska utvärderingen och utvecklingen av sina bastjänster. Institutet för hälsa och välfärd (THL) stöder kommunerna då det gäller att förstärka bastjänsterna och att sammanföra mentalvårds- och missbrukartjänsterna. THL producerar också stödmaterial till kommunerna så att de kan verkställa planen för mentalvårds- och missbruksarbetet. THL har sammanställt en verkställighetsplan för planen för mentalvårds- och missbruksarbetet. Verkställighetsplanen anknyter sig till många pågående program såsom Kaste-programmet, åtgärdsprogrammet Fungerande hälsovårdscentraler, handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnaderna och Alkoholprogrammet.

Pressmeddelande 31.08.2009

Minister Risikko: Social- och hälsovårdens strukturer bör förnyas

Enligt omsorgsminister Paula Risikko klarar inte de nuvarande strukturerna av att svara på de framtida utmaningarna inom social- och hälsovården. Effekterna av den ekonomiska recessionen är långvariga. Recessionen påskyndar också behovet av förändring. Risikko kräver tydligare och starkare strukturer eftersom till exempel den nuvarande gränsdragningen inom primärvården och den specialiserade sjukvården förorsakar både operativa och ekonomiska problem.

”En allmänt godtagen sanning är att gränsen mellan primärvården och den specialiserade sjukvården bör suddas ut. Likaså att social- och hälsovårdstjänsterna bör vara tätt bundna till varandra. För att uppnå målen måste basservicens strukturer förstärkas och klarläggas. Social- och hälsovårdstjänsterna kunde ordnas genom att bilda social- och hälsovårdsområden som skulle bestå av tillräckligt stora kommuner eller samkommuner”, konstaterade minister Risikko vid seminariet Terveysakatemia i Tammerfors den 31 augusti.

Enligt Risikko kunde landet delas in i 40–60 social- och hälsovårdsområden som skulle vara tillräckligt starka både operativt och ekonomiskt. Områdena skulle ha hand om ordnandet av bastjänsterna inom social- och hälsovården och majoriteten av de specialiserade tjänsterna.

”Social- och hälsovårdsområdena bör bilda geografiska och funktionsmässiga helheter. Social- och hälsovårdsområdena skulle basera sig på naturliga områden där människor utövar sina ärenden och jobbar. Dessa områden har förutsättningar att upprätthålla en professionell kompetens av tillräckligt hög kvalitet.”

Risikko planerar att den krävande specialiserade sjukvården och vissa specialiserade tjänster inom socialvården, såsom tvångsvård av mödrar med missbruksproblem, skulle koncentreras till fem specialansvarsområden. Servicesystemet skulle bestå av två nivåer i stället för den nuvarande modellen med tre nivåer.

Likvärdiga, människonära tjänster

Syftet med social- och hälsovårdsområdena är enligt Risikko att trygga tillgången till likvärdiga bastjänster i hela landet.

”Även om administrationen centraliseras ska tjänsterna vara så nära klienten som möjligt, till och med komma ända hem till. Det skulle bli möjligt att erbjuda likvärdiga tjänster till medborgarna inom social- och hälsovårdsområdet oberoende av boningsort”, bedömer Risikko.

”För tillfället är servicesystemets struktur oklar och tjänsterna är inte likvärdiga för människorna i alla kommuner.”

Starka kommuner bästa lösningen

Risikko konstaterar att det effektivaste sättet att ordna social- och hälsovårdstjänsterna är en tillräckligt stark och självständig kommun.

”I reformen har ändå främst en förnyelse av kommunstrukturen betonats vilket har lett till att medborgarnas ställning som användare av social- och hälsovårdstjänster har kommit i andra hand”, konstaterade Risikko.

”Om man inte lyckas skapa tillräckligt starka kommuner inom kommunstrukturen bör social- och hälsovårdsverksamheten tryggas regionalt. Det är hög tid att fatta beslut”, poängterar Risikko.

”Jag har för avsikt att sammankalla en grupp som ska utvärdera hur väl modellen fungerar i det framtida kommunfältet. Till gruppen inbjuds representanter från Kommunförbundet och Institutet för hälsa och välfärd (THL) samt de som redan har erfarenhet av att ordna regionala social- och hälsovårdstjänster”, säger Risikko.

Vid social- och hälsovårdsministeriet bereds för tillfället en ny lag om organiseringen av social- och hälsovårdstjänsterna. I lagen fastslås kommunernas nya servicestruktur för social- och hälsovården från och med år 2013. Den nya lagen om hälso- och sjukvård samt reformen av socialvårdslagstiftningen är en del av lagstiftningsreformen.

Pressmeddelande 09.09.2009

Minister Risikko tillsatte arbetsgrupp för att klarlägga begränsningar av alkoholreklam

Omsorgsminister **Paula Risikko** har tillsatt en arbetsgrupp för att klarlägga begränsningarna av alkoholreklamen. Arbetsgruppen ska också mer omfattande diskutera vilken effekt marknadsföring av alkohol har på unga, hur man kan påverka ungas alkoholkonsumtion och påverka i vilken ålder de börjar dricka.

Arbetsgruppens uppgift är att utreda effekterna av begränsningarna av alkoholreklamen som trädde i kraft den 1 januari 2008, utvärdera om det finns ett behov av tilläggsåtgärder gällande imagereklam och samla forskningsbevis om alkoholreklamens effekter på unga och unga vuxna.

Ordförande för arbetsgruppen är statssekreterare **Ilkka Oksala** och gruppens verksamhetsperiod är från och med den 1 september 2009 till den 31 maj 2010.

Bakgrund

Den 15 juni 2009 godkände riksdagen regeringens proposition om revidering av bestämmelserna om alkoholbrott (RP 84/2006 rd). Samtidigt förutsatte riksdagen att regeringen före utgången av vårsessionen 2010 utreder effekterna av begränsningarna av alkoholreklamen som trädde i kraft den 1 januari 2008 och utvärderar om det finns ett behov av tilläggsåtgärder gällande imagereklam.

Pressmeddelande 16.09.2009**Läkarhelikopterverksamhetens organisation och finansiering förnyas**

Läkarhelikopterverksamheten och dess finansiering omorganiseras. Utgångspunkten är att den nuvarande helikopterverksamheten ska bibehållas. Den statssekreterararbetsgrupp, som social- och hälsovårdsministeriet har tillsatt, föreslår att läkarhelikopterverksamhetens finansiering tryggas genom att höja lotteriskatten på penningautomat- och kasinospel till tio procent på avkastningen. Arbetsgruppens förslag behandlades onsdagen den 16 september i den socialpolitiska ministerarbetsgruppen.

Enligt förslaget skulle administreringen av läkarhelikopterverksamheten överföras från de nuvarande regionala stödföreningarna till en ny riksomfattande administrativ enhet, som grundas av universitetssjukvårdsdistrikten. Den administrativa enheten konkurrensutsätter centraliserat alla läkarhelikoptrar som behövs i Finland och svarar för den infrastruktur som verksamheten förutsätter. Universitetssjukvårdsdistrikten skulle fortsättningsvis på sitt område ansvara för läkarhelikopterns medicinska verksamhet och bedöma organiserandet av akutvården på området.

Den nya läkarhelikopterverksamhetens administrativa enhet beviljas medel för att täcka kostnaderna för administrationen och för flygverksamheten ur ett separat moment i statens budget inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde från och med år 2011. Läkarhelikopterverksamhetens finansiering ska tryggas genom att höja lotteriskatten för att upprätthålla penningautomater och kasinospel från 8,25 procent av avkastningen till tio procent från början av år 2011.

SHM har reserverat medel för att täcka kostnaderna för att grunda och starta den administrativa enheten. Under övergångsperioden fram till juli 2010 ska den administrativa enhetens verksamhet finansieras med 800 000 euro ur statens allmänna budgetfinansiering. SHM har redan utarbetat för den administrativa enhetens bruk en kvalitetshandbok för upphandling av flygverksamheten.

Den egna medelanskaffningen och penninginsamlingsverksamheten, som läkar- och räddningshelikoptrarnas stödföreningar har utfört, har haft en stor betydelse för finansieringen av den nuvarande verksamhetsmodellen. Med förslaget inverkar man inte på de olika stödföreningarnas möjligheter att samla medel för att stöda läkarhelikopterverksamheten i fortsättningen också.

Pressmeddelande 01.10.2009**Tobakslagens mål är att användningen av tobaksprodukter upphör**

Regeringen vill att tobakslagens mål i fortsättningen är att se till att användningen av tobaksprodukter upphör. Tobaksprodukter och deras varumärken skulle inte längre få finnas synliga i detaljhandeln. Försäljning och överlåtelse av tobaksprodukter till personer under 18 år skulle bli straffbart. Det skulle också bli förbjudet för personer under 18 år att importera eller inneha tobaksprodukter. Den som säljer tobaksprodukter måste vara minst 18 år.

Rökförbudet skulle utvidgas till att omfatta bland annat utrymmen och fordon där barn och unga vistas, gemensamma lokaler i bostadsfastigheter, vid tillställningar som arrangeras utomhus samt i hotellrum. Enligt propositionen skulle det bli förbjudet att importera, sälja och överlåta snus. Privatpersoner skulle ändå få föra in högst 30 stycken dosor som innehåller max 50 gram per dosa för personligt bruk. Dessutom skulle det bli förbjudet att sälja tobaksprodukter från automat.

Straffet för förseelse vid försäljning av tobaksprodukter skulle vara böter eller högst sex månaders fängelse. Personer som säljer eller förmedlar tobaksprodukter eller rökdon till personer under 18 år eller säljer eller förmedlar snus skulle kunna dömas för brott vid försäljning av tobaksprodukter. Personer under 18 år som för in tobaksprodukter samt personer som gör sig skyldiga till olaglig import av snus skulle kunna dömas för tobaksproduktförseelse.

Rubriken för lagen om åtgärder för inskränkande av tobaksrökning skulle ändras till tobakslagen samtidigt som målbestämmelsen förnyas.

Läkemedelslagen föreslås ändras så att nikotinpreparat utöver i affärer, kiosker och servicestationer även får säljas i förplägnadsrörelser, till exempel restauranger och caféer.

Regeringen föreslog torsdagen den 1 oktober att tobakslagen och läkemedelslagen förändras. Avsikten är att republikens president avlåter lagarna till riksdagen fredagen den 2 oktober. Lagen skulle träda i kraft våren 2010. För genomförandet av förbudet mot att ha tobaksprodukter synliga samt för tobaksförbudet i hotellrummen föreslås en övergångsperiod på två år. För genomförandet av förbudet mot försäljning av tobaksprodukter från automat skulle övergångsperioden vara fyra år.

Syftet med propositionen är att begränsa marknadsföring och utbudet av tobaksprodukter i synnerhet i barnens vardag. Placeringen av tobaksprodukter i detaljhandelsställen är en marknadsföringsmetod som inte förbjuds enligt nuvarande lagstiftning.

Pressmeddelande 08.10.2009

Tillstånd för sjuktransport tas in i lagen om hälso- och sjukvård

Regeringen föreslår att beviljandet av sjuktransporttillstånd i fortsättningen ska basera sig på lagen om privat hälso- och sjukvård i stället för trafiklagen, vilket bättre motsvarar sjuktransportens ställning som en del av hälso- och sjukvården. Medicinsk ändamålsenlighet och patientsäkerhet betonas i villkoren för beviljandet av tillståndet och det ska beviljas om kraven som anges i lagen uppfylls.

Dessutom föreslås sjukförsäkringslagen ändras så att gravida kvinnor får rätt till övernattningsspenning då de enligt läkarens instruktioner övernattar i närheten av förlossningsstället. Bestämmelsen skulle främst tillämpas i Lappland där avståndet till den närmaste verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård kan vara särskilt långt.

Regeringen föreslog torsdagen den 8 oktober att lagen om privat hälso- och sjukvård och sjukförsäkringslagen ändras. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

Tillhandahållande av sjuktransporttjänster och främjandet av kvaliteten hör till kommunens och sjukdistriktens uppgifter. Det krävs tillstånd för sjuktransport ifall det inte är fråga om sjuktransport som har gjorts med en ambulans som hör till staten, en kommun, samkommun eller ett sjukhus.

Enligt propositionen ska beviljandet av tillståndet i fortsättningen inte vara baserat på behovsprövning utan tillståndsmyndigheten måste bevilja tillståndet om kraven som anges i lagen uppfylls. Villkoren för beviljandet av tillståndet är ett lämpligt sjuktransportfordon samt utrustning och ändamålsenlig utbildning för dem som deltar i verksamheten. Verksamheten ska också vara ändamålsenlig i medicinskt hänseende och beakta patientsäkerheten.

Tillståndet beviljas åtminstone i inledningsskedet av länsstyrelsen i det län där trafikens stationsplats ligger. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården beviljar tillstånd för dem som har stationsplatser i flera än ett län. Innehavaren av tillståndet har rätt att utföra sjuktransporter i hela landet med undantag för Åland.

Transporttaxan för sjuktransportfordon skulle fastställas med en förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Taxan kan vid behov justeras i enlighet med den allmänna kostnadsutvecklingen.

Avsikten är att lagarna träder i kraft den 3 december 2009.

Pressmeddelande 26.10.2009

THL och STM meddelar: Influensa A(H1N1)v-epidemin börjar, första dödsfallet i Finland

Finlands första dödsfall med anknytning till influensaviruset A(H1N1)v, dvs. svininfluensa, inträffade i norra Österbotten.

Senaste lördag dog en kvinna med en svår långtidssjukdom i Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt. Den 16 oktober hade det konstaterats att hon har en luftvägsinfektion orsakad av svininfluensaviruset. Samma dag fick hon läkemedelsbehandling med oseltamivir (Tamiflu). Dödsorsaken utreds som bäst.

Det var väntat att dödsfall med anknytning till influensaviruset A(H1N1)v också skulle inträffa i Finland, eftersom viruset har spritt sig i stor utsträckning runt om i världen. I Finland är man väl förberedd på influensaepidemin. I snitt påminner sjukdomen till sin allvarlighetsgrad om en vanlig säsongsinfluensa.

Totalt 522 fall av influensa A (H1N1)v har bekräftats i Finland. Av dessa har cirka 150 konstaterats under de senaste två veckorna. Största delen av fynden förra veckan hittades i norra Finland. På andra håll i Finland finns det inga tecken på större anhopningar av smitta.

Epidemin har börjat i flera europeiska länder. Senaste vecka pågick den i nio länder i Europa, dvs. Nederländerna, Belgien, Bulgarien, England, Spanien, Irland, Island, Nordirland och Sverige. Det här är ovanligt vid den här tiden på året.

Vaccineringen har inletts

Hälso- och sjukvårdens vaccinering mot influensa A(H1N1)v (s.k. svininfluensa) har redan inletts på flera orter, och vaccineringen av gravida kvinnor kan också påbörjas den här veckan. Vaccineringen av riskgrupper inleds närmast enligt de tidsplaner som kommunerna meddelar. Kommunerna informerar sina invånare om tidsplanerna.

Social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd rekommenderar särskilt att de som först vaccineras, dvs. hälso- och sjukvårdsanställda, gravida kvinnor och personer i åldern 6 månader–64 år som hör till en riskgrupp pga. en sjukdom, vaccinerar sig då man på det sättet förebygger de allvarligaste följderna av sjukdomen och att sjukdomen sprids.

Till riskgrupperna hör personer i åldern 6 månader–64 år med en långtidssjukdom, dvs. en hjärt- eller lungsjukdom som kräver regelbunden medicinering, en ämnesomsättningsjukdom, kronisk lever- eller njursvikt, en sjukdom eller behandling som försämrar, en kronisk neurologisk eller neuromuskulär sjukdom.

Efter de här grupperna vaccineras friska barn i åldern 6–35 månader, 3–24-åriga friska barn och ungdomar samt värnpliktiga. Som sjätte grupp vaccineras personer som fyllt 65 år och som på grund av en sjukdom hör till en riskgrupp. Behovet av att vaccinera hela befolkningen bedöms när man ser hur epidemiläget utvecklas i slutet av året.

I september bestämde statsrådet vaccinationsordningen i Finland utifrån medicinska grunder. En vaccinationsordning måste bestämmas, eftersom vaccinet anländer till Finland i omgångar. Finland är ett av de första länderna i Europa som fick vaccin.

Den här veckan finns 437 000 vaccindoser tillgängliga, och varje vecka kommer det 100 000–200 000 vaccindoser till. Alla specialgrupper kommer att ha vaccinerats före årsskiftet.

Världshälsoorganisationen rekommenderar det vaccin som används i Finland

Det vaccin som används i Finland har godkänts av Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA), och Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar användning av vaccinet. Vaccinets förstärkningsämne, dvs. adjuvans, hade undersökts redan innan man började överväga att använda det i vaccin. Förstärkningsämnet i det vaccin som köpts till Finland är inte en ny uppfinning,

eftersom över 40 miljoner doser av säsongsinfluensavaccin med liknande förstärkningsämne använts sedan 1997.

Det berörda pandemiska vaccinet har inte använts tidigare, men tack vare tidigare vaccin har man erfarenhet av hur delar av det eller av vaccin som påminner mycket om det beter sig. Till exempel konserveringsmedlet tiomersal, som ingår i vaccinet, har använts i mycket stor utsträckning i vaccin, också för små barn och gravida kvinnor.

Vaccinet innehåller inte ämnen som skulle vara farliga för gravida kvinnor eller för graviditetsförloppet. Svininfluensan har utan tvekan varit farligare för gravida kvinnor än för andra kvinnor i samma ålder. Sjukdomen kan förhindras genom vaccineringsring. Dessutom skyddar en vaccinering under graviditetens slutskede babyn, som inte kan vaccineras.

Det pandemiska vaccin som används i Finland orsakar inte en försvagad infektion hos den som vaccineras. Vaccinet kan orsaka biverkningar av samma typ som säsongsinfluensavaccinen. Det är mycket vanligt att injektionsstället ömmar. En del av de vaccinerade får dessutom huvudvärk, muskel- och ledvärk och temperaturstegring. Biverkningarna försvinner inom en till två dagar.

Det svininfluensavaccin som används i Finland är ett ”skräddarsytt” vaccin: viruset har inte hunnit ändra efter det att man för ett halvår sedan valde virus för vaccinet. Vaccinets effekt väntas vara god, cirka 90 procent.

Pressmeddelande 02.11.2009

Minister Hyssälä: Allt viktigare att få information om läkemedel

”Det samhälleliga beslutsfattandet om läkemedel bör basera sig på forskningsbaserad kunskap, jämförelse av alternativ och utvärdering av beslutseffekter. Mångsidig och heltäckande information om samhällets och ekonomins utveckling bör ligga som grund”, sade social- och hälsovårdsminister **Liisa Hyssälä** vid öppningsceremonin för Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet i Kuopio den 2 november.

Enligt minister Hyssälä är ett syfte med forsknings- och utvecklingsverksamheten vid Säkerhets- och utvecklingscentret Fimea att producera sådan forskningsinformation om läkemedel och läkemedelsanvändningen som kan stödja det samhälleliga beslutsfattandet.

”Fimeas uppgift är också att sammanställa och producera beräkningar om läkemedelsbehandlingarnas terapeutiska och ekonomiska värde. Detta är i synnerhet viktigt då vi strävar efter att finna läkemedel som har det fördelaktigaste kostnads/nytta-förhållandet”, sade minister Hyssälä.

”Utvärderingsinformation om läkemedlen behövs då ett nytt läkemedel börjar distribueras, användningen av ett gammalt läkemedel ändras avsevärt eller då man bereder beslut eller linjdragningar om läkemedel eller läkemedelsgrupper som används för vård av samma hälsoproblem.”

Enligt minister Hyssälä är det viktigt att en myndighet fyller det tomrum som har uppstått då det gäller att förmedla oberoende läkemedelsinformation.

”Fimea samlar, utvärderar och förmedlar tillförlitlig läkemedelsinformation till befolkningen och den yrkesutbildade personalen inom hälsovården. Alla vi medborgare drar nytta av detta eftersom det kan vara svårt att veta vilken information det går att lita på i dagens informationsflöde.”

Minister Hyssälä poängterade att betydelsen av läkemedelstillsynen och läkemedelssäkerheten blir allt viktigare i framtiden.

”Medicineringen skräddarsys i allt högre grad för enskilda patienter. Läkemedelspreparat kommer snabbt ut på marknaden för mångsidigt bruk.”

I Fimeas verksamhet betonas enligt minister Hyssälä samarbete med både nationella och internationella aktörer inom läkemedelsområdet. Samarbete har utövats tidigare och det ska utökas i framtiden.

”Syftet med all verksamhet är att förbättra läkemedelsförsörjningen för befolkningen och läkemedelsbehandlings säkerhet, ändamålsenlighet och lönsamhet. Samtidigt blir läkemedelskompetensen och läkemedelsförsörjningen i allt högre grad en del av social- och hälsovårdens servicesystem.”

Pressmeddelande 10.11.2009

Minister Risikko: Den elektroniska ärendehantering inom hälsovården tas i bruk gradvis

”I lagstiftningen har man slagit fast att alla patientuppgifter ska finnas i eArkivet senast den 1 april 2011. Denna tidtabell har varit för ambitiös redan från början och därför ska informationsinnehållet föras in i eArkivet gradvis och övergångstiden ändras”, berättade omsorgsminister **Paula Risikko** vid AAPA-nätverkets 10-års jubileumsseminarium i Helsingfors tisdagen den 10 november.

”I det första skedet förs basuppgifterna till eArkivet. Hit hör bland annat fortgående sjukjournaler, sammanfattning av vårdarbetet, riskinformation, läkemedelsförteckning, laboratoriesvar, begäran om radiologundersökning och radiologisvar samt remisser och vårdrespons. Införseln av basuppgifterna i eArkivet testas för tillfället. Kuopio hälsovårdscentral och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt är de första som testar arkivet”, berättade minister Risikko.

Enligt ministern kommer övergångstiden att anpassas till den nya lagstiftningen om social- och hälsovården.

Till de elektroniska tjänsterna inom hälsovården hör även eReceptet som förbättrar läkemedelssäkerheten och underlättar arbetet med att utreda patienternas helhetsmedicinering. För tillfället pågår en korstestning med eReceptet mellan två patientdatsystem, två apotekssystem och Receptcentret. Efter att ha insamlat erfarenheter inleds distributionen först inom den offentliga och sedan den privata hälsovården under år 2010 och 2011.

”Den tredje delen av helheten består av eBese, det vill säga en webbtjänst som riktar sig till medborgarna. Användaren identifierar sig antingen med ett elektroniskt ID-kort eller med nätbankskoder. Webbtjänsten eBese öppnas i samband med att de första eRecepten tas i bruk”, berättar minister Risikko.

Enligt ministern fungerar den elektroniska ärendehantering inom den finländska hälsovården mycket bra både lokalt och inom den offentliga sektorn.

”Inom specialistsjukvården används elektroniska sjukjournaler till hundra procent. Begäran om laboratorieundersökning och laboratoriesvaren har funnits i elektronisk form redan länge. Regionalt informationsutbyte har arrangerats vid tre fjärdedelar av sjukvårdsdistrikten och ungefär hälften av hälsovårdscentralerna omfattas av utbytet. Med de nuvarande regionala systemen förmedlas informationen ändå inte helt utan problem, framförallt inte mellan den privata sektorn, företagshälsovården och den offentliga sektorn”, konstaterade ministern.

Minister Risikko påminde också om hur viktig utbildningen inom ramen för den nationella elektroniska ärendehantering inom social- och hälsovården är.

”Vid yrkeshögskolorna undervisar man redan nu om hur olika beskrivningssystem kan användas. Ofta handlar det om de system som har en maktposition i den egna regionen. Utöver allt detta bör man inom ramen för social- och hälsovårdsutbildningen även ge undervisning om de nya verksamhetsmodellerna för ärendehantering inom social- och hälsovården, lagstiftningens specialvillkor och dataskyddsbestämmelser.”

Pressmeddelande 12.11.2009

Svininfluensaepidemin har utvecklats till en landsomfattande epidemi

– Länsstyrelserna utredde kommunernas vaccinationsarrangemang

Svininfluensaepidemin anses ha börjat i hela landet. I Finland har totalt 2940 fall av influensa A(H1N1)v bekräftats. Eftersom endast en del av fallen bekräftas och en majoritet insjuknar i en så pass lindrig form att sjukdomen inte kräver läkarvård, finns det uppskattningsvis tiotusentals fall av smitta.

Eftersom ett kraftigt utbrott av svininfluensaepidemin har nått hela landet rekommenderar social- och hälsovårdsministeriet att arbetsgivarna tar i bruk en mindre sträng praxis vid sjukfrånvaro, om så inte redan har skett. Därmed kan resurserna inom hälso- och sjukvården inriktas på krävande influensapatienter och genomförande av vaccinationsarrangemangen.

Flertalet av de smittade insjuknar i en relativt lindrig form av sjukdomen. Ändå förekommer hos riskgrupperna, som för närvarande håller på att vaccineras i hela landet, oftare mer allvarliga sjukdomsformer än hos andra. Enligt de senaste uppgifterna insjuknar något fler personer i sjukdomen än i säsongsinfluensa.

Finland har förberett sig väl inför epidemin. Finland tillhör de första länderna i Europa där vaccinationer inleddes. Med vaccinationerna har man redan kunnat säkerställa att hälso- och sjukvården fungerar i en epidemisituation och skydda gravida kvinnor. Dessutom finns det gott om läkemedel mot virus i lager, över 2,5 miljoner behandlingskurer. Genom omfattande kampanjverksamhet har man påmint om vikten av hygien för att begränsa spridningen.

Vaccinationsarrangemangen har fungerat väl i de flesta kommunerna

Länsstyrelserna har under denna vecka utrett vaccinationsläget i kommunerna. Vaccinationsarrangemangen i kommunerna har i huvudsak lyckats ändamålsenligt och vaccinationerna har genomförts effektivt och kontrollerat. Kommunerna har med vissa undantag följt den fastställda vaccinationsordningen.

Nämnvärt långa vaccinationsköer har inte förekommit efter de första dagarna eftersom kommunerna förbättrat sin verksamhet. Praxis har ändrats bland annat genom att öka personal, sprida ut vaccinationsställen, kalla till vaccinering stegvist och ta i bruk metoder för köhantering.

Det stora antalet personer som vill bli vaccinerade har överraskat en del kommuner. Deltagandet i vaccinationer mot säsongsinfluensa har tidigare skett i betydligt mindre skala. Innan vaccinationerna inleddes lyftes motståndet mot vaccinering kraftfullt fram i offentligheten. I takt med att epidemin har spritt sig har viljan att låta sig vaccineras ökat snabbt.

Kommunerna har i sin information om vaccinering utnyttjat bland annat lokala tidningar, radio, kommunens webbsidor och telefonrådgivning. Vissa kommuner har haft brister i exempelvis informationen på webbsidorna. Ett problem vid både distribution av vaccin och information om vaccineringen är att vaccinet fås i omgångar och THL och kommunerna får information om den exakta mängden vaccin endast ett par dagar innan vaccinet anländer.

För närvarande har 794 000 doser vaccin levererats till Finland och 200 000 doser anländer varje vecka. De 5,3 miljoner vaccindoser som beställdes på förhand i våras levereras en gång i veckan till Institutet för hälsa och välfärd och därifrån vidare till kommunerna så snabbt som det är möjligt.

I fråga om bekämpning av smittsamma sjukdomar, anordnande av vaccinationer och behandling av sjukdomar delas ansvaret upp mellan staten och kommunerna. Statens uppgift är att sörja för riksomfattande planering och styrning, landstäckande materiell beredskap, vaccin, läkemedel och utrustning samt riksomfattande information.

Kommunerna sköter självständigt uppgifter som hänför sig till det praktiska genomförandet, bland annat vaccinationer, sjukvård och information på det sätt som de lokala omständigheterna förutsätter.

Alltsedan de första fallen av svininfluensa upptäcktes i våras har social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd samt Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea nästan varje vecka givit anvisningar till kommuner, sjukvårdsdistrikt och länsstyrelser om hur man förbereder sig för pandemi.

Om vaccinationsordningen bestämdes genom statsrådets förordning

Om vaccinationsordningen bestämdes genom statsrådets förordning. Beslutet har fattats på medicinska grunder. Med vaccinationsordningen vill man förebygga allvarliga sjukdomsformer i så stor utsträckning som möjligt. Förslaget bereddes i nationella expertgruppen för vaccinationsfrågor; delegationen för smittsamma sjukdomar samt riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården har förordat vaccinationsordningen.

Det var nödvändigt att besluta om vaccinationsordningen eftersom Finland får vaccinet i små omgångar och det tar flera månader att genomföra vaccinationerna. THL har preciserat förteckningen över personer som hör till riskgrupperna, eftersom det har funnits oklarheter kring vem som hör till riskgrupperna.

Pressmeddelande 19.11.2009

Patientsäkerheten ett viktigt kriterium då tillstånd för sjuktransport beviljas

Beviljandet av sjuktransporttillstånd ska basera sig på lagen om privat hälso- och sjukvård i stället för trafiklagen, vilket bättre motsvarar sjuktransportens ställning som en del av hälso- och sjukvården. Medicinsk ändamålsenlighet och patientsäkerhet betonas i villkoren för beviljandet av tillståndet.

Tillståndsmyndigheten ska bevilja tillstånd om kraven som anges i lagen uppfylls. Villkoren för beviljandet av tillståndet är ett lämpligt sjuktransportfordon samt utrustning och ändamålsenlig utbildning för dem som deltar i verksamheten. Verksamheten ska också vara ändamålsenlig i medicinskt hänseende och beakta patientsäkerheten.

Tillståndet beviljas åtminstone i inledningsskedet av länsstyrelsen i det län där trafikens stationsplats ligger. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården beviljar tillstånd för dem som har stationsplatser i flera än ett län. Innehavaren av tillståndet har rätt att utföra sjuktransporter i hela landet med undantag för Åland. Transporttaxan för sjuktransportfordon fastställs med en förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Taxan kan vid behov justeras i enlighet med den allmänna kostnadsutvecklingen.

Övernattningsspenning till gravida kvinnor på grund av långa avstånd

Gravida kvinnor får rätt till övernattningsspenning då de enligt läkarens order övernattar i närheten av förlossningsstället. Bestämmelsen i sjukförsäkringslagen skulle främst tillämpas i Lappland där avstånden kan vara särskilt långa.

Regeringen föreslog torsdagen den 19 november att lagen om ändring av lagen om privat hälso- och sjukvård och lagen om ändring av sjukförsäkringslagen stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfästar lagarna på fredag. Lagarna träder i kraft den 3 december 2009.

Pressmeddelande 26.11.2009

Svininfluensavaccin till hela befolkningen

Hela befolkningen vaccineras mot svininfluensa. Social- och hälsovårdsministeriets pandemikoordinationsgrupp har på rekommendation av nationella expertgruppen för vaccinationsfrågor

beslutat att fortsätta vaccinationerna enligt förordningen från september. Enligt förordningen ska friska vuxna över 24 år vaccineras sist.

Vaccinationerna av friska vuxna över 24 år inleds vid årsskiftet. Då har man fått tillräckligt med vaccin och de delar av befolkningen som löper störst risk att drabbas av allvarliga sjukdomsformer av svininfluensa har blivit vaccinerade. De sex olika befolkningsgrupper som först ska vaccineras omfattar 2 miljoner finländare, varav ca en miljon har vaccinerats.

Vaccineringen är gratis och frivillig. Genom att vaccinera alla skyddar man befolkningen mot nästa våg av svininfluensa. På basis av pandemier som influensaviruset förorsakat kan det bli fråga om två eller till och med tre epidemivågor. Vaccineringen av hela befolkningen torde inte påverka märkbart den pågående första epidemivågen.

Kommunerna har ansvaret för att ordna vaccinationer och informera kommuninvånarna. Arbetsgivare kan också låta vaccinera sina anställda inom företagshälsovården. Företagshälsovården och kommunen kommer sinsemellan överens om vaccinationsordningen. Social- och hälsovårdsministeriet ger anvisningar till kommunerna i sitt lägesbrev om hur man ordnar vaccineringen av friska vuxna.

Finland har fått ca en miljon vaccindoser och denna vecka anländer ytterligare 236 000 doser. För närvarande vaccineras små barn och skolelever. Personer över 64 år som tillhör riskgrupperna vaccineras före den friska vuxna befolkningen.

Svininfluensavaccinet har inga oförutsedda biverkningar

I Finland har man inte konstaterat några allvarliga eller oförutsedda biverkningar av vaccinet. Lokala reaktioner, såsom värk vid injektionsstället, är vanliga. Typiska biverkningar är muskel- och ledvärk, huvudvärk och feber som förekommer hos drygt tio procent av dem som vaccinerats. Dessa symptom försvinner inom ett par dagar.

Svininfluensavaccinet förefaller förorsaka oftare olika allergiska reaktioner än säsongsinfluensavaccinerna. Reaktionerna är inte vanliga, men man bör ha beredskap för behandling av dem såsom fallet i regel vid vaccinering. Enligt det europeiska läkemedelsverket (EMA) säkerställdes uppföljningen av biverkningar, som är baserad på 5 miljoner vaccinationer, att säkerheten hos de tre vacciner som används i Europa är i enlighet med förväntningarna.

Epidemin har nått sin topp

Svininfluensaepidemin har nått sin topp i nästan hela landet. I norra Finland håller epidemin redan på att avta. I Finland har totalt 6 122 bekräftade fall av influensa A(H1N1)v rapporterats. Eftersom alla fall av smitta inte bekräftas är antalet smittade flerfaldigt. I Finland lär dock epidemin pågå ännu i två till tre månader. Hos de flesta insjuknade var sjukdomsbilden är sjukdomsbilden tämligen lindrig och påminner om en vanlig säsongsinfluensa. Antalet rapporterade svininfluensarelaterade dödsfall uppgår till totalt 16, varav 15 har varit en primärsjukdom som ökar risken för komplikationer av influensan.

Enligt länsstyrelsernas rapporter har social- och hälsovården i genomsnitt klarat sig väl när det gäller ökat servicebehov till följd av epidemin. Kommuner och samkommuner har anpassat sina servicesystem till epidemisituationen i enlighet med förhandsplanerna för verksamheten. Situationen är under kontroll till exempel när det gäller personal, sjukhusplatser, läkemedel och materiel inom hälso- och sjukvården.

Livsmedelssäkerhetsverket och Institutet för hälsa och välfärd: Eventuell smitta av svininfluensa i ett svinstall

Svininfluensaviruset har eventuellt överförts från människan till svin i ett finländskt svinstall. Livsmedelssäkerhetsverket har sänt ett analyserat prov till Institutets för hälsa och välfärd laboratorium för att få det bekräftat. Motsvarande smittfall har sällan beskrivits i olika länder sedan

i maj. Fallet där smittan överförts från människan till svin förväntas inte ha konsekvenser för epidemins spridning i den finländska befolkningen. Det är ofarligt att äta svinkött.

Influensan är en typisk zoonos, dvs. en sjukdom hos såväl människan som flera djurarter som kan smitta i bägge riktningarna. En tämligen stor del av infektionssjukdomarna är zoonoser, dvs. gemensamma mikrober för människor och djur.

Pressmeddelande 08.12.2009

Kvaliteten på hälsovården i Finland bättre än i OECD-länderna i medeltal

Kvaliteten på den finländska hälsovården är med många mätare mätt bättre än i OECD-länderna i medeltal. Den specialiserade sjukvården är effektiv och screeningen av bröstcancer samt den omfattande vaccineringen av små barn är av toppklass. Mentalvårdstjänsterna i Finland borde förbättras. I OECD:s hälsorapport Health at a Glance jämförs hälsovårdssystemen bland annat ur ett kvalitetsperspektiv i 30 länder med två års mellanrum.

I rapporten används den brådskande vården av hjärtinfarkt och hjärnförlamning för att mäta hur effektiv verksamheten inom den specialiserade vården är. Sjukhusdödligheten inom 30 dagar efter en hjärtinfarkt ligger lite under OECD-ländernas medeltal i Finland. Motsvarande dödlighet efter en hjärnförlamning är över en tredjedel lägre i Finland jämfört med OECD-länderna.

Det finländska screeningprogrammet för bröstcancer är det näst mest omfattande i OECD-länderna. 86 procent av kvinnorna i åldern 50–69 år deltar i screeningen medan medeltalet i OECD-länderna är enbart 62 procent. Dödligheten på grund av bröstcancer i Finland är också lägre än i genomsnitt i OECD-länderna.

Omfattningen av vaccineringen av små barn är av toppklass. Till exempel vaccineras 97–98 procent av alla tvååriga barn i Finland mot kikhosta och mässling då medeltalet i OECD-länderna är 92–94 procent. Däremot vaccineras enbart personer som hör till riskgrupperna mot hepatit b i Finland medan 95 procent av befolkningen inom OECD-länderna vaccineras mot hepatit b. I Finland tar också färre 65 år fyllda personer säsonginfluensavaccin (48 procent) är i OECD-länderna i medeltal (56 procent).

Folksjukdomar och mentalvårdstjänster stötestenar i Finland

I Finland förekommer fler hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och astma än i OECD-länderna i genomsnitt. I Finland vårdas många patienter med astma i sjukhusens bäddavdelningar men å andra sidan är astmadödligheten bland barn och unga obefintlig. Finländarna vårdas också på sjukhus oftare än OECD-genomsnittet på grund av diabetes, hjärtinsufficiens och blodtryck.

Mentalvårdstjänsterna verkar fungera sämre i Finland än i de övriga jämförelseländerna. I Finland återvänder en person till mentalsjukhuset inom 30 dagar efter avslutad vårdperiod oftare än någon annanstans. Även i de övriga nordiska länderna är siffrorna höga. Detta kan delvis förklaras med skillnader i statistikföringen.

Det finns stora variationer i hälsoutgifterna mellan OECD-länderna. I Finland ligger hälsoutgifterna (8,2 procent av bruttonationalprodukten) nära medeltalet i OECD-länderna (8,9 procent).

OECD:s kvalitetsindikatorer för hälsovården är avsedda för en heltäckande granskning av servicesystemets handlingskraft och inte för granskning av kvaliteten på enskilda vårdtjänster. Rapporten Health at a Glance som publiceras vartannat år innehåller viktig hälsopolitisk information i synnerhet för beslutsfattarna. I rapporten jämförs hälsotillståndet, hälsobeteendet, hälsovårdens resurser, användningen av tjänsterna, systemets omfattning och kvalitet samt hälsoutgifterna i 30 länder. Institutet för hälsa och välfärd (THL) skickar de finländska hälsouppgifterna till OECD.

Pressmeddelande 10.12.2009

THL tar över rättspsykiatriska undersökningar och utredningar av dödsorsak

Institutet för hälsa och välfärd (THL) får nya uppgifter från ingången av nästa år. Det tar över länsstyrelsernas rättsmedicinska uppgifter, såsom utredningar av dödsorsak. Från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) överförs till THL de rättspsykiatriska uppgifterna, bland andra rättspsykiatriska undersökningar av personer som gjort sig skyldiga till brott.

Regeringen föreslog torsdag den 10 december att lagarna om uppgiftsöverföringarna godkänns. Republikens president ska stadfästa lagarna på fredag.

Till THL överförs länsrättsläkarnas poster, länsstyrelsernas anslag för rättsmedicinsk verksamhet samt gällande avtal om rättsmedicinsk verksamhet. Genom att centralisera rättsmedicinska utredningar av dödsorsak till THL kan verksamheten enhetligas och utvecklas nationellt.

Omorganiseringen av rättspsykiatriska undersökningar och behandlingar möjliggör ett ändamålsenligt sätt att ordna myndighetsuppgifterna och en tillräcklig juridisk sakkunskap. Det finns redan sakkunniga och forskning inom rättspsykiatri vid THL. Nu samlas all expertis på området till ett och samma ställe, vilket ännu mer förbättrar sakkunnigheten inom rättspsykiatri.

Rättspsykiatriska undersökningar och utredningar av dödsorsak genomförs även under THL på de samma ställen som hittills. Uppgiftsöverföringen bereddes av social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupp där THL, länsstyrelserna och Valvira deltog.

Pressmeddelande 14.12.2009

Tobaksrökningen bland unga minskar inte längre, bruket av snus och alkohol ökar

Den nedåtgående trenden gällande tobaksrökning bland unga har avstannat. Bruket av snus och cigaretter som man själv rullar har ökat under de senaste två åren, framförallt bland pojkarna. Den sjunkande trenden gällande att dricka sig berusad har avstannat. Bland 18-åringarna är andelen personer som dricker sig rejält berusade den högsta under hela den 30-åriga granskningsperioden. Samtidigt har andelen unga nyktra minskat. Uppgifterna framkommer ur Studien om ungdomars hälsobeteende som har gjorts vid institutionen för hälsovetenskap vid Tammerfors universitet.

Studien om ungdomars hälsobeteende har gjorts vartannat år sedan år 1977. Undersökningen har finansierats av social- och hälsovårdsministeriet. Sammanlagt 5 516 unga i åldern 12–18 år svarade på enkäten.

Den nedåtgående trenden gällande daglig rökning avstannande

Den långvariga nedåtgående trenden gällande daglig rökning avstannade och har börjat stiga på nytt bland pojkar i 14–16 års ålder. Bland samma åldersgrupp har det också blivit allt vanligare att rulla cigaretter av löstobak.

Man kommer att stanna långt från målsättningen i det av statsrådets tillsatta folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 att ”under 15 procent av personer i åldern 16–18 år röker” eftersom ungefär var fjärde person i åldern 16–18 år röker dagligen.

Enligt forskarna har det nu blivit lika allmänt att rulla sina egna cigaretter av löstobak som under den ekonomiska lågkonjunkturen i början på 1990-talet då ungas disponibla medel minskade. En likadan trend verkar upprepa sig nu under den pågående ekonomiska recessionen. Prispolitiken gällande löstobak kommer att vara en central faktor som påverkar användandet av produkten i framtiden.

Experimentering med snus ökade bland pojkar i åldern 14–18 år. År 2009 hade 12 procent av pojkarna i åldern 14 år, 31 procent av pojkarna i åldern 16 år och 41 procent av pojkarna i åldern 18 år prövat på snus. Även om klart färre flickor hade prövat på snus jämfört med pojkarna så verkar andelen 16-åriga flickor som har prövat på snus stigit. Av dem har 14 procent använt snus.

Det har varit förbjudet att sälja snus i Finland sedan år 1995. Trots det kommer snus in i landet kontinuerligt via olika distributionskanaler. Forskarna bedömer att samhällets strävan att minimera skadorna som orsakas av passiv tobaksrökning delvis kan ha lett till att bruket av snus har ökat. Å andra sidan kan även uppfattningen om att snus förorsakar mindre hälsoskador ha en inverkan. Därför är det viktigt att berätta för de unga om hälsoskadorna som uppstår då man snusar och hur starkt beroendeframkallande snuset är.

En tredjedel av alla unga utsätts för tobaksrök hemma

Sedan början av 1990-talet har allt färre unga utsatts för tobaksrök i jämnt takt. En rökfri omgivning i offentliga utrymmen är nästan redan en norm. Däremot finns det mycket att förbättra gällande rökfriheten i hemmen eftersom en tredjedel av alla unga lever i en familj där rökning i hemmet är enbart delvis eller inte alls begränsat. Var tionde ung person utsätts för tobaksrök i familjens bil.

Alkoholbruket ökar

Andelen unga som använder alkohol minst en gång i veckan har ökat med undantag av 12-åringarna. Andelen personer i åldern 16–18 år som dricker sig rejält berusade minst en gång i månaden har också ökat. Den positiva trenden gällande nykterhet har avstannat i alla åldersgrupper och hos båda könen. Under 2000-talet var andelen unga nyktra som högst i båda åldersgrupperna och hos båda könen år 2007. Under den senaste undersökningsperioden 2007–2009 sjönk andelen nyktra pojkar i åldern 14 år från 65 procent till 56 procent.

Angående alkoholbruket kan det vara fråga om ett skede då den sjunkande trenden gällande ungas alkoholbruk håller på att svänga eller avstanna. Åt vilket håll trenden förändras klarar först i samband med de nästa galluparna. Man bör anta en strängare linje gällande barns alkoholbruk. Dessutom är det motiverat att hålla alkoholskatten på en tillräckligt hög nivå.

Tillgängligheten bör begränsas

Forskarna är oroade över utvecklingen under de senaste två åren av ungas förändrade vanor gällande användningen av tobaksprodukter och alkohol. Förändringarna tyder på att den positiva utvecklingen har avstannat och till och med tagit en negativ riktning med tanke på hälsan. Det finns särskilda orsaker att effektivisera åtgärderna inom följande områden: begränsning av tillgängligheten av tobak, snus och alkohol för minderåriga, betydande begränsning av alkoholreklamen, höjning av tobak- och alkoholskatten och främjande av rökfriheten i hemmen. Ändringspropositionen om tobakslagen som regering har gett till riksdagen är nu i allra högsta grad aktuell.

Pressmeddelande 22.12.2009

Ändringarna inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde vid årsskiftet

Flera lag- och förordningsändringar som hänför sig till social-, hälso- och försäkringsområdet träder i kraft i början av år 2010.

Utkomstskyddet och utbildningsförmånerna för arbetslösa förbättras

Arbetsvillkoret för den som får arbetslöshetsdagpenning förkortas för första gången från 43 till 34 veckor och arbetsvillkoret för företagare förkortas från två år till 18 månader.

Som en ny förmån ska det för de 20 första arbetslöshetsdagarna betalas förhöjningsdel i fråga om grunddagpenningen och förhöjd förtjänstdel till en person som har varit tre år i arbetslivet innan arbetslöshetsperioden inleddes.

Personer som deltar i så kallade aktiveringsåtgärder som främjar sysselsättningen (utbildning, arbetsförsök, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte eller arbetslivsträning) skulle betalas förhöjningsdel eller förhöjd förtjänstdel för högst 200 dagar.

Utbildningsförmånerna under arbetslöshet, det arbetskraftspolitiska vuxenutbildningsstödet och utbildningsdagpenningen sammanslås till en förmån. Den arbetslösa får lika stor förmån oberoende av om han eller hon deltar i utbildning som arbets- och näringsbyrån ordnar eller i utbildning som han eller hon själv har skaffat.

För att förlänga arbetshistorien föreslås att den ålder då man får rätt till tilläggsdagar för dagpenning höjs från 59 år till 60. Ändringen skulle gälla de arbetssökande som är födda 1955 eller senare.

Utkomstskyddet och utbildningsförmånerna för arbetslösa förbättras (Pressmeddelande 22.12.2009)

Personer med förkortad arbetsvecka får rätt till full arbetslöshetsdagpenning för permitteringsdagar

I fortsättningen betalas full arbetslöshetsersättning för permitteringsdagarna till en person som gör förkortad arbetsvecka. Den nya lagen gäller de arbetstagare vars arbetstid per vecka är förkortad med minst en dag.

En temporär lönesänkning av produktionsmässiga eller ekonomiska orsaker inverkar inte sänkande på arbetstagarens inkomstrelaterade dagpenning, om han eller hon senare permitteras eller arbetsförhållandet upphör. Grunden för den inkomstrelaterade dagpenningen skulle härmed vara lönenivån före lönesänkningen.

Båda ändringarna i lagen om utkomstskydd för arbetslösa är temporära. Bestämmelserna som gäller arbetslöshetsdagpenningen tillämpas för permitteringar under år 2010. Bestämmelserna som anknyter till lönesänkningar tillämpas då man fastslår den inkomstrelaterade dagpenningen enligt lönerna under åren 2010–2011.

Personer med förkortad arbetsvecka får rätt till full arbetslöshetsdagpenning för permitteringsdagar (pressmeddelande 22.12.2009)

Pappamånaden förlängs med två veckor

Antalet dagar med faderskapspenning, som ingår i pappamånaden, utökas till 24 vardagar, varefter pappamånadens maximala längd blir 36 vardagar eller omkring sex veckor.

Pappamånaden förlängs med två veckor (pressmeddelande 3.9.2009)

Handikappförmåner börjar betalas även för långvarig institutionsvård

Från och med början av 2010 betalas handikappförmåner även då offentlig institutionsvård pågår en längre tid än tre månader. Förmåner som betalas är handikappbidrag, vårdbidrag för pensionstagare och kostersättning.

Avgiften för långvarig institutionsvård stiger från 82 procent till högst 85 procent av klientens nettoinkomster. I dessa nettoinkomster beaktas också de handikappförmåner som betalas till personer i anstaltsvård. Klienten bör i alla fall ha kvar minst 97 euro i månaden för personligt bruk.

Handikappförmåner börjar betalas även för långvarig institutionsvård (pressmeddelande 10.12.2009)

Godtagbara boendekostnader för bostadsbidrag för pensionstagare höjs

Maximibeloppen för de godtagbara boendekostnaderna som beaktas i samband med bostadsbidrag för pensionstagare höjs med 5,0 procent. Höjningen motsvarar den faktiska höjningen av hyrorna för pensionstagare som får bostadsbidrag. Underhållskostnaderna för fastighet som räknas som godtagbara boendekostnader justeras också.

Godtagbara boendekostnader för bostadsbidrag för pensionstagare höjs (pressmeddelande 10.12.2009)

Förmånerna bundna till folkpensionsindexet förblir oförändrade nästa år

Folkpensionsindexet år 2010 hålls undantagsvis på samma nivå som år 2009. Nästa år är poängtalet för folkpensionsindexet 1502. Lagen gäller folkpensioner och övriga förmåner som justeras enligt folkpensionsindexet eller som i övrigt är bundna till beloppet av folkpension. Till dessa förmåner hör bland annat arbetslöshetsdagpenning, arbetsmarknadsstöd och utkomststöd.

Förmånerna bundna till folkpensionsindexet förblir oförändrade nästa år (pressmeddelande 5.11.2009)

Sjukpensionärers återgång i arbete underlättas

Sjukpensionärer kan från och med början av nästa år förtjäna minst 600 euro i månaden utan att det inverkar på deras pension. Dessutom kan sjukpensionärer lämna sin pension vilande och få pensionen utbetalad på nytt utan ny bedömning av arbetsförmågan, om arbetet upphör eller arbetsinkomsterna sjunker ner till lagstadgade inkomstgränser.

Sjukpensionärers återgång i arbete underlättas (pressmeddelande 8.10.2009)

Förbättringar i invalidpensionerna

Invalidpensionen för unga förbättras och det hindras att pensionen minskar då invalidpensionen omvandlas till ålderspension. Nivån på invalidpensionen förbättras genom att ändra kalkyleringen av den återstående tiden och genom att höja engångsförhöjningarna.

Tillämpningen av livslängdskoefficienten ändras i fråga om invalidpensioner på så sätt att koefficienten inte alls tillämpas på invalidpensioner som börjat före år 2010 och från och med år 2010 tillämpas i lindrigare form då invalidpensionen börjar.

Den nedre åldersgränsen för deltidspension höjs till 60 år och pensionstillväxt på basis av inkomstbortfall vid deltidspension slopas.

Förbättringar i invalidpensionerna (pressmeddelande 13.8.2009)

Arbetspensionspremierna för år 2010 har fastställts

År 2010 är den genomsnittliga arbetspensionspremien enligt lagen om pension för arbetstagare (ArPL) 22 procent av lönen, dvs. av samma storlek som år 2009. En tillfällig nedsättning med 0,6 procentenheter beviljas dock för denna avgift i syfte att jämna ut finansieringsöverskottet i arbetslöshetspensionerna.

Nästa år är pensionsavgiften för arbetstagare under 53 år 4,5 procent av lönen, dvs. 0,2 procentenheter högre än år 2009. Pensionsavgiften för personer över 53 år är 5,7 procent, dvs. den stiger med 0,3 procentenheter.

Arbetsgivarens avgift är i medeltal 16,9 procent; detta är 0,1 procentenheter högre än år 2009.

Grundprocenten enligt lagen om pension för lantbruksföretagare och procenten för arbetspensionspremierna enligt lagen om pension för företagare är nästa år 21,2 procent för personer under 53 år, dvs. de stiger med 0,4 procentenheter, och 22,4 procent för personer över 53 år, dvs. 0,5 procentenheter högre än år 2009.

Arbetspensionspremierna för år 2010 har fastställts (pressmeddelande 19.11.2009)

Livstidskoefficienten fastställd för år 2010

Livstidskoefficienten är 0,99170 år 2010. Den fastställda livstidskoefficienten innebär en minskning med 0,83 procent av ålderspensionen som beviljas på basis av arbetspensionslagarna, jämfört med vad ålderspensionen skulle vara utan livstidskoefficienten.

Livstidskoefficienten tillämpas på arbetspensionerna för personer som är födda 1948 eller senare. Livstidskoefficienten tillämpas inte på arbetspensioner och deltidspensioner som har beviljats före år 2010.

Arbetslöshetsförsäkringspremierna stiger

Arbetsgivarnas och löntagarnas arbetslöshetsförsäkringspremier stiger i medeltal 0,20 procentenheter från och med början av år 2010. Arbetstagarens arbetslöshetsförsäkringspremie är 0,75

procent av lönesumman upp till 1 846 500 euro och 2,95 procent för överstigande andel. Statens affärsverk betalar 1,90 procent i försäkringspremier för andelen som överstiger 1 846 500 euro.

Arbetstagares arbetslöshetsförsäkringspremie är 0,40 procent av lönen. För företagsägare är arbetstagarens premie 0,15 procent och arbetsgivarens premie 0,75 procent.

Förordning om avgiftsprocentsatsen för sjukförsäkringsavgifter 2010

Sjukförsäkringens sjukvårdspremie som tas ut hos de försäkrade är 1,47 procent av den beskattningsbara inkomsten i kommunalbeskattningen år 2010. Premien för pensions- och för-
månstagare är ändå 1,64 procent. Avgifterna stiger med 0,19 procentenheter.

Avgifterna som finansierar arbetsinkomstförsäkringen stiger med 0,23 procentenheter i början av år 2010. Arbetsgivares sjukförsäkringsavgift som betalas av arbetsgivarna är 2,23 procent och sjukförsäkringens dagpenningsskatt 0,93 procent av lönen eller arbetsinkomsten.

Förordning om avgiftsprocentsatsen för sjukförsäkringsavgifter 2010 (pressmeddelande 19.11.2009)

Arbetstagarpremieavdraget som inverkar på dagpenningens storlek sjunker

Då dagpenningens storlek fastslås ska i framtiden från förvärvsinkomsterna avdras 60 procent av den sammanlagda summa som personen har erlagt i form av arbetstagarpremier. Ändringen sänker avdraget på arbetsinkomsterna. År 2009 är avdraget 4,5 procent och år 2010 är det 3,5 procent.

Arbetstagarpremieavdraget som inverkar på dagpenningens storlek sjunker (pressmeddelande 10.12.2009)

Arbetsgivares folkpensionsavgift slopas

Arbetsgivares folkpensionsavgift slopas från och med ingången av år 2010. Detta gäller för arbetsgivare såväl inom den privata som den offentliga sektorn. Slopandet av avgiften sker i två faser: avgiften sänktes först med 0,80 procentenheter i början av april 2009.

Arbetsgivares folkpensionsavgift slopas (pressmeddelande 19.11.2009)

Arbetsgivarens FPA-avgift sjunker (pressmeddelande 26.3.2009)

Höjd ersättning för upphåll till personer som får rehabiliteringspenning

Ersättningen för upphåll för dem som får rehabiliteringspenning som utbetalas av Folkpensionsanstalten höjs nästa år till nio euro per dag.

Höjd ersättning för upphåll till personer som får rehabiliteringspenning (pressmeddelande 5.11.2009)

Munhygienistvård ersätts enligt sjukförsäkringslagen från och med år 2010

Munhygienistvård som har föreskrivits av en tandläkare inom den privata hälsovården ersätts för högst 15 tillfällen om vården har getts inom två år efter att den har föreskrivits.

Munhygienistvård ersätts enligt sjukförsäkringslagen från och med år 2010 (pressmeddelande 25.6.2009)

Lantbruksföretagares företagshälsovård och uppföljningen av gårdsbesöken effektivteras

Lantbruksföretagarnas pensionsanstalts uppgift att följa och vid behov se till att gårdsbesöken inom lantbruksföretagares företagshälsovård genomförs etableras.

Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt kan se till att arbetsplatsbesöket görs av en sakkunnig inom lantbruket på basis av företagshälsovårdens uppdrag om det har gått över fyra år sedan föregående arbetsplatsbesök.

Dessutom revideras de procentandelar i lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare genom vilka olika finansiärer deltar i finansieringen av olycksfallssystemets totalkostnader.

Lantbruksföretagares företagshälsovård och uppföljningen av gårdsbesöken effektivteras (pressmeddelande 3.12.2009)

Rätt till sjukpension som 16-åring för barn som blir handikappade utomlands

Barn som har blivit handikappade utomlands och flyttat till Finland ska från och med år 2010 ha rätt till sjukpension och vårdbidrag för pensionstagare när han eller hon fyller 16 år. Förutsättningen är att personen får handikappbidrag för personer under 16 år då han eller hon fyller 16.

Rätt till sjukpension som 16-åring för barn som blir handikappade utomlands (pressmeddelande 22.12.2009)

Staten deltar i finansieringen av inkomstrelaterad dagpenning för permitteringstid

Staten deltar i finansieringen av inkomstrelaterad dagpenning för permitteringstid. År 2010 betalas ett belopp som motsvarar grunddagpenningen i statsandel till arbetslöshetskassan för varje inkomstrelaterad dagpenning.

Staten deltar i finansieringen av inkomstrelaterad dagpenning för permitteringstid (pressmeddelande 22.12.2009)

Rätten till partiell vårdpenning ska omfatta även företagare

Rätten till partiell vårdpenning utvidgas så att den omfattar även företagare. Samtidigt höjs den partiella vårdpenningen från nuvarande 70 euro till 90 euro per månad.

En höjning av nivån på den partiella vårdpenningen skapar bättre möjligheter för familjer att utnyttja förmånen och främja samordningen av arbete och familj. Utvidgningen av stödet till företagare förbättrar företagarnas sociala trygghet genom att skapa enhetlighet mellan småbarnsföräldrar som är företagare och dem som är löntagare.

Rätten till partiell vårdpenning ska omfatta även företagare (pressmeddelande 5.11.2009)

Kostnads- och startersättningarna för familjevården oförändrade

Kostnads- och startersättningarna för familjevården förblir på samma nivå år 2010 som år 2009, eftersom man undantagsvis tillämpar samma poängtal för levnadskostnadsindex som under år 2009. År 2010 är kostnadsersättningens minimibelopp 375,08 euro i månaden och startersättningens maximibelopp 2 663,76 euro. De arvoden som betalas till familjevårdare justeras som normalt och nivån för år 2010 meddelas i början av december.

Kostnads- och startersättningarna för familjevården oförändrade (pressmeddelande 5.11.2009)

Avbytar-service för pälsproducenter och vikariehjälp för renskötare inleds

Pälsdjursuppfödarens rätt till avbytar-service och ett försök med vikariehjälp för renskötare inleds från och med början av år 2010. Samtidigt förlängs lantbruksföretagares semesterrätt med en dag till 26 dagar och läroavtalsutbildningen för lantbruksavbytare blir lagstadgad.

Avbytar-service för pälsproducenter och vikariehjälp för renskötare inleds (pressmeddelande 22.12.2009)

THL tar över rättspsykiatriska undersökningar och utredningar av dödsorsak

Institutet för hälsa och välfärd (THL) tar över länsstyrelsernas rättsmedicinska uppgifter, såsom utredningar av dödsorsak. Från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) överförs till THL de rättspsykiatriska uppgifterna, bland andra rättspsykiatriska undersökningar av personer som gjort sig skyldiga till brott.

THL tar över rättspsykiatriska undersökningar och utredningar av dödsorsak (pressmeddelande 10.12.2009)

FPA har rätt att få klientuppgifter som gäller tolktjänster för handikappade

Folkpensionsanstalten har rätt att få klientuppgifter som gäller tolktjänster för handikappade på begäran från kommunerna från och med början av år 2010. Ansvar för ordnande och finansiering av tolktjänster för handikappade ska överföras från kommunerna till Folkpensionsanstalten från och med början av år 2010. Syftet med lagen är att göra det möjligt att överföra verkställandet av tolktjänsten från kommunerna till FPA på så sätt att tjänsten kan ordnas utan avbrott trots överföringen.

FPA har rätt att få klientuppgifter som gäller tolktjänster för handikappade (pressmeddelande 5.11.2009)

Indexjusteringar i klientavgifterna inom social- och hälsovården

Klientavgifterna som ingår i förordningen om klientavgifterna inom social- och hälsovården justeras vartannat år i enlighet med ändringarna i folkpensionsindexet. Samtidigt justeras inkomstgränserna för vård som ges i hemmet och minimibeloppet av disponibla medel i institutionsvården i enlighet med ändringar i arbetspensionsindexet. Mellan år 2007 och 2009 var ändringen i folkpensionsindexet 7,21 procent och 7,48 procent i arbetspensionsindexet.

Personer över 25 år skyldiga att delta i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte

Åldersgränsen för skyldigheten att delta i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte slopas för personer under 25 år. I fortsättningen kommer även personer som har fyllt 25 år att mista rätten till arbetsmarknadsstöd om personen vägrar delta i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte eller avbryter den. Personen mister rätten till arbetsmarknadsstöd för 60 dagar räknat från vägran. En annan åtgärd är att sänka grunddelen i deras utkomststöd med högst 20 procent. Kommunen kommer även i fortsättningen att ha motsvarande skyldighet att ordna arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte som den redan har genom lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte.

Personer över 25 år skyldiga att delta i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (pressmeddelande 22.12.2009)

Ersättning för stödtjänster som företagshälsovården anlitar förbättras

En producent av företagshälsovårdstjänster kan i fortsättningen skaffa stödtjänster av en verksamhetsenhet i sjukvårdsdistriktet samt av en verksamhetsenhet inom hälsovården som avses i lagen om privat hälsovård. Dessa tjänster omfattar laboratorieundersökningar, radiologiska undersökningar, kliniskfysiologiska undersökningar samt kliniska neurofysiologiska undersökningar. Kostnaderna för stödtjänsterna ersätts i fortsättningen som en del av kostnaderna för företagshälsovården.

Ersättning för stödtjänster som företagshälsovården anlitar förbättras (pressmeddelande 22.12.2009)

Finansieringen av utbildningen av specialister i företagshälsovård fortsätter

Tilläggsfinansieringen av utbildningen av specialister i företagshälsovård fortsätter. Lagen om Arbetshälsoinstitutets verksamhet och finansiering ändras så att giltigheten av de bestämmelser om finansieringen av utbildningen av specialister i företagshälsovården förlängs med fyra år. Syftet med reformen är att trygga kvaliteten på och omfattningen av utbildningen av specialister i företagshälsovård.

Finansieringen av utbildningen av specialister i företagshälsovård fortsätter (pressmeddelande 22.12.2009)

En del av förvärvsinkomsterna lämnas obeaktade när utkomststöd beviljas

Då utkomststöd beviljas lämnas 20 procent av inkomsterna obeaktade. Det är tillåtet att lämna högst 150 euro i månaden obeaktade. Beloppet är det samma år 2010 som i år.

En del av förvärvsinkomsterna lämnas obeaktade när utkomststöd beviljas (pressmeddelande 5.11.2009)

Bostadsbidraget höjs för att motsvara höjningar i hyresnivån

Statsrådet har den 3 december 2009 gett en förordning om grunderna för bostadsbidraget för år 2010. De maximala boendeutgifterna höjs med 0,51 euro per kvadratmeter i månaden (5,7 procent). Höjningen motsvarar den höjningen som har skett i bostadsbidragstagarnas hyror mellan oktober 2008 till oktober 2009. Höjningen av de maximala boendeutgifterna höjer bostadsbidraget med i medeltal cirka 8 euro i månaden.

Bostadsbidraget höjs för att motsvara höjningar i hyresnivån (pressmeddelande 3.12.2009)

Regionförvaltningen förnyas

Inom förvaltningsområdet sker också administrativa förändringar då uppgifterna vid arbetarskyddsdistrikten och länsstyrelserna överförs till nya regionförvaltningsverk (RFV).

Projektet för att reformera regionförvaltningen (ALKU) (Finansministeriets webbplats)

Pressmeddelande 19.01.2010

Arbetsmiljön inverkar i allt högre grad på unga läkares karriärval

Arbetets betydelse spelar inte längre lika stor roll bland unga läkare som hos tidigare generationer. Familjens och fritidsintressenas betydelse har ökat. Samtidigt som allt färre binder sig vid arbetet inverkar arbetsmiljön mer än tidigare på unga läkares karriärval, visar den nya undersökningen Läkare 2008.

Undersökningen om unga läkares erfarenheter om utbildning och arbetslivet har sedan 1988 publicerats med fem års mellanrum med stöd från social- och hälsovårdsministeriet. Den nyaste undersökningen förverkligades som ett samarbete mellan universiteten i Kuopio och Tammerfors och Finlands Läkarförbund och rapporten överlämnades till statssekreterare **Ilkka Oksala** tisdagen den 19 januari.

Enligt undersökningen upplever en stor del av de unga läkarna sitt arbete som meningsfullt och 83 procent av de tillfrågade skulle fortfarande bli läkare om de inledde sina studier nu. De faktorer som bäst uppfyller kraven på arbetstillfredsställelse är intressanta arbetsuppgifter, en god arbetsgemenskap och möjligheter att utvecklas professionellt. Nästan alla unga läkare har för avsikt att avlägga specialläkarexamen. I synnerhet hälsocentralläkare uppger att specialiseringsmöjligheterna har blivit bättre.

Även om arbetstillfredsställelsen har förbättrats i jämförelse med de tidigare undersökningarna finns det ännu mycket att göra. Särskilt hälsocentralläkare upplever den stora mängden pappersarbete och den påtvingade arbetstakten som störande faktorer i arbetet. Man bör satsa på att förbättra arbetsförhållandena så att läkare vill binda sig vid hälsovården inom den offentliga sektorn även i framtiden.

Av de unga läkarna arbetade största delen (78 procent) för en kommun eller samkommun. Sjukhusen är de största sysselsättarna och en femtedel av de tillfrågade arbetade vid en hälsovårdscentral.

Åsikterna om utbildningen varierar

De unga läkarna har varierande åsikter om undervisningen i arbetet vid hälsovårdscentralerna. De som har utexaminerats från Kuopio och Tammerfors universitet är mest nöjda med undervisningen i arbetet vid hälsovårdscentraler som de har fått som en del av grundutbildningen. Tillfredsställelsen med undervisningen i arbetet vid en hälsovårdscentral har ökat under den 20 år långa uppföljningsperioden.

Vid alla fakulteter var de tillfrågade i huvudsak nöjda med undervisningen i läkararbetet vid ett sjukhus. Däremot upplevde över 80 procent att grundutbildningen ger liten beredskap för uppgifter som gäller administration och planering, samarbete med socialväsendet och hälsoekonomiska ärenden.

Största delen av de unga läkarna som har specialiserat sig eller hade för avsikt att göra det var nöjda med sitt val och upplevde att arbetet motsvarar utbildningen. De tillfrågade ansåg att de har en bra beredskap för det kliniska arbetet under specialläkarutbildningen men de önskade sig mer information om ledarskap, administrativt arbete och kulturell mångfald.

Pressmeddelande 20.01.2010

Utredning: Utbudet och efterfrågan av rehabiliteringsinrättningar bör balanseras

Enligt en utredning om rehabiliteringsinrättningar bör det snabbt införas en balans mellan utbudet och efterfrågan av rehabiliteringsinrättningarna i Finland. De centrala utvecklingsmålen är att göra serviceutbudet mångsidigare och att tydligare än förr integrera inrättningarna med social- och hälsovårdens servicesystem. Utredningspersonerna, professor **Pekka Rissanen** och direktören för

sjukvårdsdistriktet **Rauno Ihalainen**, överlämnade utredningen om rehabiliteringsinrättningarna till omsorgsminister **Paula Risikko** onsdagen den 20 januari 2010.

Rehabiliteringsinrättningarnas verksamhetsförutsättningar och verksamhetssätt har förändrats märkbart under 2000-talet. Hittills har en stor användargrupp bestått av veteraner men gruppen håller på att minska. Under de senaste årtiondena har andelen rehabiliterings- och badinrättningar ökat samtidigt som samma andel personer eller färre använder tjänsterna. Som en följd av detta finns det en märkbar överkapacitet inom rehabiliteringsinrättningarna. Kunnande och lokaler som frigörs på krigsinvaliders sjuk- och brödrahem kan i framtiden närmast riktas till omsorgs- och rehabiliterande tjänster för äldre personer samt boendeservice som kommunerna ansvarar för. På samma gång bör rehabiliteringen för närståendevårdare utvecklas.

Undersökningen ger en helhetsbild av rehabiliteringsinrättningarna i vårt land, deras ekonomiska verksamhetsförutsättningar samt kunnande och möjlighet att svara mot rehabiliteringsbehoven som en del av social- och hälsovårdens servicesystem. Utredningen gjordes i två olika faser år 2009. På våren 2009 deltog 94 rehabiliteringsinrättningar i en webbaserad enkät. På hösten arrangerades diskussionsmöten för rehabiliteringsfinansiärer och producenter av rehabiliteringstjänster samt experter inom servicesystemet och finansieringen.

Utredningspersonernas åtgärdsförslag handlar om balansering av efterfrågan och utbud av rehabilitering på institution, kvaliteten i rehabiliteringen samt innehåll och integrering. Utredningspersonerna föreslår nio åtgärder med 30 underpunkter.

Rehabiliteringstjänsterna bör i allt högre grad integreras i servicesystemet

Rehabiliteringstjänsterna bör i fortsättningen bättre integreras i hälso- och sjukvårdens och företagshälsovårdens verksamhet. Detta förutsätter att man klarlägger de olika parternas ansvar och roller vid ordnandet av rehabiliteringstjänster. Utredningspersonerna vill också att den yrkesinriktade rehabiliteringen utvecklas som ett samarbete mellan rehabiliteringsinrättningarna, Folkpensionsanstalten, arbetspensionsförsäkrarna, arbetsgivarna och arbetsförvaltningen.

Det ställs nya krav på rehabiliteringsinrättningarna då de ska anpassa sig till de nya marknadsvillkoren, bland annat bör de utveckla sitt kunnande i företagsverksamhet. Enligt utredningarna bör inrättningarna också produktifiera sina tjänster på ett riksomfattande sätt och införa en prissättning som baserar sig på produktifieringen. Samtidigt bör man utveckla metoder med vilka riskerna som orsakas av variationen i användningen av tjänsterna fördelas jämnt mellan producenterna och finansiärerna.

Enligt utredningen bör rehabiliteringens effektivitet uppföljas med hjälp av nya uppföljningsmetoder. Denna information ska på ett centralt sätt styra besluten om anskaffning av rehabiliteringstjänster.

Pressmeddelande 21.01.2010

Sjukskötare får begränsad rätt att förskriva läkemedel

Regeringen föreslår att sjukskötare ska få begränsad rätt att förskriva läkemedel från apotek till patienter som han eller hon vårdar vid sin mottagning. Förutsättningarna är att sjukskötaren står i anställningsförhållande till en hälsocentral, avlagt behövlig tilläggsutbildning och ett skriftligt förordnande från den ansvariga läkaren. Den begränsade förskrivningsrätten gäller enbart läkemedel som förskrivs för vissa sjukdomstillstånd. Regeringen fattade beslut om innehållet i lagförslaget torsdagen den 21 januari. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen samma dag.

Sjukskötarens rätt att förskriva läkemedel skulle gälla vissa på förhand fastställda vacciner och receptbelagda läkemedel om vilka man redan har lång erfarenhet av användningen. Sjuk-

skötare får enligt förslaget fortsätta medicineringen för behandling av till exempel blodtrycks-sjukdomar, typ 2-diabetes och astma. Ett villkor är att en läkare har ställt en medicinsk diagnos och i en skriftlig vårdplan för patienten antecknat en plan för fortsatt medicinering och uppföljning samt att patientens sjukdom och medicinering är i ett stabilt tillstånd. I journalsituationer kan sjukskötare enligt förslaget förskriva medicinering som inleds på basis av symptombilden och utvärdering av vårdbehovet.

Tillstånds- och tillsynsverket (Valvira) ska i centralregistret över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården anteckna uppgifter om en sjukskötares specialkompetens för begränsad förskrivningsrätt. Samtidigt skulle Valvira kontrollera att villkoren för begränsad förskrivningsrätt uppfylls och ge den som har förskrivningsrätt en identifikationskod. Utan identifikationskoden är det inte möjligt att förskriva läkemedel.

Vid omfattande pandemier kunde sjukskötare med statsrådets förordning berättigas att från apotek förskriva läkemedel för förebyggande och behandling av den smittsamma sjukdomen i fråga. Rätten skulle vara tidsbestämd och förutsätter läkares föreskrift.

Det föreslås också att de optiker och munhygienister som är självständiga yrkesutövare ska få skaffa de läkemedel som de behöver vid sin mottagning, till exempel ytbedövning.

Den begränsade förskrivningsrätten förbättrar verksamhetsförutsättningarna vid hälso-centralerna

Sjukskötare arbetar redan nu relativt självständigt vid hälsovårdscentralerna genom att hålla sjukskötar/hälsovårdarmottagningar. Möjligheten att vid behov kunna förskriva läkemedel gör att vård för akuta hälsoproblem och allmänna hälsoproblem kan inledas snabbare och verksamheten vid hälsovårdscentralerna blir smidigare.

Enligt bedömningar kommer reformen leda till att verksamhetsförutsättningarna vid hälsovårdscentralerna och servicetillgängligheten förbättras samt att kundtillfredsställelsen ökar vid de verksamhetsenheter där den begränsade förskrivningsrätten tas i bruk. Den begränsade förskrivningsrätten kan också tillsammans med den övriga arbetsfördelningen leda till att det ökade behovet av läkararbetskraft minskar och förbättra produktiviteten inom mottagningsverksamheten vid hälsovårdscentralerna.

Pressmeddelande 01.02.2010

4,2 miljoner vaccindoser har anlänt till Finland

Hittills har 4,2 miljoner doser av svininfluensavaccin anlänt till Finland. De 1,4 miljoner partidoser som senast har anlänt till landet distribueras till kommunerna denna vecka. Resten av de 1,1 miljoner doserna kommer sannolikt till landet under de närmaste veckorna.

I Finland är svininfluensaläget lugnt även om smittor fortfarande förekommer. Finland drabbas sannolikt av den andra vågen av svininfluensaepidemin senast nästa höst. Om omfattningen av vaccineringarna blir hög kan en ny epidemi till och med förhindras. Hittills har uppskattningsvis omkring två miljoner finländare tagit vaccin. Myndigheterna rekommenderar fortfarande att alla tar vaccinet mot svininfluensa. I synnerhet bör de personer som hör till en riskgrupp och hittills inte har tagit vaccinet göra det, även om man nu vaccinerar den friska vuxna befolkningen.

Enligt social- och hälsovårdsministeriets rekommendation till kommunerna bör vaccineringarna slutföras på ett snabbt och flexibelt sätt. Specialarrangemangen kring vaccineringarna kunde således upphävas före slutet av mars och det skulle bli möjligt att återgå till en normal dagordning inom hälsovården. Även efter detta är det skäl att erbjuda vaccinet som normalt inom hälsovården, i synnerhet till riskgrupper såsom gravida, personer som är utsatta för allvarliga sjukdomsformer av svininfluensan på grund av en grundsjukdom och barn över sex månader.

Företagshälsovården deltar i vaccinationskampanjen och arbetstagarna kan fortsättningsvis komma överens med företagshälsovården om vaccinering av arbetstagarna. Information om vaccineringarna finns bland annat på Institutet för hälsa och välfärds webbplats www.thl.fi/svenska, kommunernas webbplatser och fås också från hälsovårdscentralerna.

En vaccindos sannolikt tillräcklig

Enligt nuvarande uppgifter ger en vaccindos sannolikt ett tillräckligt skydd mot svininfluensa såväl hos barn som hos vuxna. Det europeiska läkemedelsverket EMEA rekommenderar inte heller två vaccindoser. Tidigare förmodade man att till exempel barn kunde behöva en boosterdos.

Det svininfluensavaccin som används i landet tolereras väl. Spektrumet och utbredningen av biverkningar ger inte anledning till misstanke om vaccinetts säkerhet och dessa motsvarar allmänt konstaterade biverkningar av influensavacciner. De vanligaste symtomen som medfört olägenhet är lokala reaktioner vid injektionsområdet. Feber, muskelvärk och illamående uppträder hos drygt 10 procent av de vaccinerade.

Symtom som tidsmässigt hänför sig till vaccinering mot svininfluensa följs upp i samtliga medlemsstater inom EU som använder vaccinet. Symtomen rapporteras till det europeiska läkemedelsverket som systematiskt går i genom misstänkta biverkningar av vaccinet och varje vecka publicerar en säkerhetsanalys.

Nya betjäningstider för telefontjänsten Fråga om influensan

Telefontjänsten Fråga om influensan betjänar i fortsättningen vardagar klockan 12-17. Telefontjänsten svarar på allmänna frågor om svininfluensa och svininfluensavaccin. Tjänsten ger inte rådgivning om personers hälsotillstånd. Svenskspråkig betjäning ges på numret 0800 02278 och finskspråkig på numret 0800 02277.

Telefontjänsten Fråga om influensan öppnades i slutet av juli. Under de senaste veckorna har andelen telefonsamtal minskat. Tjänsten har fått ta emot cirka 30 samtal per dag.

Pressmeddelande 05.03.2010

Arbetsgrupp: Enhetliga vård- och kvalitetskriterier för cancervården inom hela hälso- och sjukvården

Den arbetsgrupp som dryftat utvecklingen av cancervården framställer att de samma rikstäckande vård- och kvalitetskriterierna för cancervården ska tillämpas inom såväl den offentliga som den privata hälso- och sjukvården. Diagnostik, behandling och uppföljning av cancer ska grunda sig på rikstäckande eller internationella rekommendationer. Nyttoeffekter, biverkningar och kostnader av nya behandlingar ska vid behov utvärderas på riksnivå.

Arbetsgruppen överlämnade sin framställning om utveckling av cancervården till omsorgsminister Paula Risikko fredagen den 5 mars.

Målet är att förbättra eller åtminstone bevara dagens goda vårdresultat och säkerställa jämlikhet i hela landet och mellan olika befolkningsgrupper. Det uppskattas att år 2020 över 33 000 personer kommer att insjukna i cancer, 27 % fler jämfört med år 2008. Kostnaderna för cancer uppskattas öka till ungefär det tredubbla, dvs. till 1,5 miljoner euro per år från 2004 till 2020.

Arbetsgruppen framställer också att krävande cancervård centraliseras och personal ökas

Arbetsgruppen anser att krävande kirurgi och diagnostik och vård som förutsätter specialkompetens eller dyra investeringar måste centraliseras. En del av cancerbehandlingarna kan planeras centralt men genomföras närmare patientens hem. Primärvårdens betydelse vid uppföljning och

symtomatisk vård av cancerpatienter ska ökas. Högkvalitativ palliativ vård av en obotligt sjuk cancerpatient ska kunna förverkligas överallt i hälso- och sjukvården.

Arbetsgruppen föreslår också att patientens delaktighet i vården ska ökas och att elektroniska datasystem samt interaktiv och flerkanalig kommunikation ska utnyttjas mer.

Arbetsgruppen anser att det i cancervården behövs mera personal, eftersom mängden av cancerpatienter och krävande behandlingar uppskattas öka betydligt. Det finns ett speciellt stort behov av onkologer, patologer, sjukskötare som vårdar cancer och allmänläkare. Arbetsgruppen föreslår att utbildningstjänster inom onkologi etableras i alla universitetssjukhus och att specialiteten görs mer lockande.

Därtill föreslår arbetsgruppen att det införs tidsfrister för behandlingen och diagnostiken av cancer så att behandling, till exempel, ska inledas inom sex veckor från det att remiss anländer. Diagnostisk avbildning och undersökning av vävnadsprov ska ta högst en vecka, och adjuvant terapi ska inledas senast fyra veckor efter kirurgisk behandling om patientens tillstånd inte hindrar det.

Arbetsgruppens förslag på en snabb remissrunda

Den arbetsgrupp som social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i mars 2009 hade för uppgift att upprätta förslag till åtgärder för att före 2020 utveckla cancervårdssystemet på ett hälsoekonomiskt hållbart sätt.

Social- och hälsovårdsministeriet ber om utlåtande om arbetsgruppens förslag senast vid slutet av mars och därefter fattas beslut om fortsatta åtgärder. Ett projekt som leds av Institutet för hälsa och välfärd överväger forskning inom cancervården och utreder möjligheten att grunda en nationell cancercenter.

”Arbetsgruppens uppgift var att fokusera sig på utvecklingen av cancervården och den har genomfört uppgiften på ett utmärkt sätt. Nu bearbetar vi förslagen vidare och det fortsatta arbetet granskar andra delar av helheten. I tillägg till cancervården ska man granska patientens hela väg från primärvården till den specialiserade sjukvården: från det att sjukdomen konstateras ända tills rehabilitering och uppföljning. Man får inte heller glömma förebyggande”, sade minister Risikko.

Arbetsgruppsrapporten om utvecklingen av cancervården åren 2010–2020 finns tillgänglig på SHM:s webbsidor.

Pressmeddelande 26.03.2010

Kommuner beviljas 35 miljoner euro i utvecklingspengar för att sätta fart på reformen av tjänster inom missbrukarvården och mentalvården

Lågtröskelservice, tidigt ingripande och stöd effektiveras genom statsunderstöd som social- och hälsovårdsministeriet beviljar. Detta år beviljas understöd till ett belopp av sammanlagt ca 35 miljoner euro. Det största stödbeloppet, 15 miljoner euro, riktas till alkohol- och drogarbetet och mentalvårdsarbetet samt till att utveckla tjänster för barn, unga och familjer.

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, Kaste-programmet, stöder utvecklandet av tjänster, främjar hälsa och minskar social utslagning. Kaste-finansieringen stärker därtill primärvården samt tjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning. Understöd riktas också till att minska långtidsbostadslöshet och utveckla servicestrukturerna och personalen. Understöd delas nu ut för tredje gången. Under åren 2008–2009 utdelades sammanlagt 47 miljoner euro till 14 utvecklingsprojekt.

Nya verksamhetsmodeller för mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet

Antalet dagpenningperioder orsakade av mentala störningar för unga personer under 30 år har klart ökat i en snabbare takt än antalet för över 30-åringar. De ungas andel av alla inledda

sjukpenningperioder till följd av mentala störningar har stigit från 12 procent år 2000 till 17 procent år 2007.

Utvecklingsprojektet för missbruks- och mentalvårdsarbetet i Södra Finland syftar till att skapa nya metoder för att bryta den onda cirkeln av utslagning i synnerhet för unga. Projektet bidrar till att göra en kommuns eget missbruks- och mentalvårdsarbete mångsidigare och underlätta tillgången till service. Detta projekt beviljas i år det största stödbeloppet – 7,5 miljoner euro.

Utvecklingsprojektet för mentalvårds- och missbruksarbetet i Västra Finland fokuserar på god praxis och ibruktagande av evidensbaserade verksamhetsmodeller samt stärker kompetensen i arbetet för att hjälpa missbrukare och personer med psykiska problem. Projektet beviljas ca 1,4 miljoner euro i statsunderstöd.

Ett nytt tidevarv när det gäller tjänster för barn, unga och familjer

Kaste-programmet reformerar tjänsterna för barn, unga och familjer. Tyngdpunkten ligger vid att öka samarbetet mellan olika aktörer och specialkompetensen inom primärservicen. TUKEVA 2-projektet fortsätter arbetet för att öka välbefinnandet bland barn, unga och barnfamiljer i Norra Finland. De servicehelheter som ska utvecklas är bl.a. rådgivningsbyråtjänster, småbarnsfostran, barnskydd samt barn- och ungdomspsykiatri. För projektet beviljas 2 miljoner euro.

Remont II-projektet som genomförs i Västra Finland får fortsatt finansiering, som används för att förbättra samarbetet mellan familjer och myndigheter – på ett klientinriktat sätt och i rätt tid. Genom den fortsatta finansieringen kan man till exempel utvidga de tjänster som mentalthälsöambulansen erbjuder för barn till att också omfatta ungdomar. Projektet stöds med 1,9 miljoner euro.

Barn och unga Kaste II-projektet genomförs i Östra och Mellersta Finland. Projektet skapar klientorienterade arbets- och verksamhetsmodeller, såsom familjeskolor, intensifierad förskoleundervisning, interventioner och grupper som ger kamratstöd. För projektet beviljas 1,7 miljoner euro i Kaste-pengar.

Hälsovårdscentraler ska fungera bättre

Programmet Fungerande hälsovårdscentraler förbättrar kvaliteten på hälsovårdscentralernas verksamhet och klientorienteringen. Tyngdpunkten vid vården av personer med långtidsjukdomar överförs från den läkarcentrerade behandlingen av akuta situationer till effektiv, kontrollerad och multiprofessionell vård.

Sammanlagt 9 miljoner euro beviljas för att stärka primärvården. Pengar beviljas också till tre reformprojekt inom primärvården och ett fortsatt projekt för att främja hälsan. Understödet för projektet Chronic Care Model i Mellanfinland uppgår till 5 miljoner euro. KYTKE-projektet i Norra Finland får 2,8 miljoner euro och Bra mottagning-projektet i Södra Finland 0,5 miljoner euro. I Östra och Mellersta Finland fortsätter man att förebygga kroniska folksjukdomar med hjälp av Kanerva-projektet, som får 0,8 miljoner euro.

Äldre och personer med funktionsnedsättning får också stöd

Möjligheterna för att äldre människor kan fortsätta att bo hemma förbättras genom Kaste-pengar. Äldrearbetet stöds med 1,7 miljoner euro. Det omfattande rikstäckande projektet för att förbättra tjänsterna för personer med funktionsnedsättning syftar till att reformera tjänsterna i samverkan mellan åtta samkommuner. Projektet har beviljats 2 miljoner euro i understöd.

Områden som prioriteras under nästa ansökningsomgång för Kaste-programmet, vid sidan av försöket med en regional modell för social- och hälsovården, är att stärka primärvården och socialvården, öka delaktighet och minska social utslagning samt att stärka strukturerna för att främja hälsan och välbefinnandet.

Pressmeddelande 26.03.2010

Vården av reumatpatienter säkras i det offentliga hälsovårdssystemet

I reumavården och –rehabiliteringen har det under årtionden skett förändringar i verksamhetsomgivningen, vilka även haft inverkan på verksamheten i Reumastiftelsens sjukhus som har ekonomiska svårigheter. Den eventuella nedläggningen av Reumastiftelsens sjukhus äventyrar inte skötseln av patienterna, utan patienterna kan tas omhand i det offentliga hälsovårdssystemet.

Det har utvecklats nya och effektivare läkemedel för vård av reumatism, vilka har minskat långvarig sjukhusvistelse och framför allt behovet av reumakirurgi. Vårdpraxisen har också förändrats. Kommunerna och FPA framhåller öppenvård istället för institutionsvård.

Social- och hälsovårdsministeriet har utrett universitetssjukhusens och sjukvårdsdistriktens möjligheter att vårda de patienter som eventuellt kommer att överföras från Reumastiftelsens sjukhus. Från universitetssjukhusen svarade man att man har goda förutsättningar att sköta såväl barn- som vuxenreumatpatienter. Sjukvårdsdistrikten bedömde på mycket liknande sätt sin möjlighet att vårda reumatpatienter. Sjukvårdsdistrikten har redan börjat förbereda sig för situationen för att säkra kontinuerlig vård av reumatpatienter

På alla fem universitetssjukhus finns en läkare som specialiserat sig på vård av barnreuma och under vars ledning barnreumatpatienter vårdas i områdets centralsjukhus. Med hjälp av effektiv läkemedelsvård har behovet av operationsvård för barnreumatpatienter minskat.

De som lider av svår barnreumatism är en patientgrupp, vars vård kräver centralisering och nationell styrning. Social- och hälsovårdsministeriet har inlett en diskussion om möjliga vårdplatser och förnyar förordningen från 2006 gällande centralisering av specialsjukvårdens arbetsfördelning. Förordningen planeras träda ikraft i maj.

Vården av vuxenpatienter har redan i årtionden skötts av i huvudsak lokala centralsjukhus. Helhetsvården ordnas i samarbete med bashälsovården och specialsjukvården. Speciellt svåra fall dirigeras vid behov till universitetssjukhusen i enlighet med den nationella vårdifferentieringen.

Behovet av institutionsrehabilitering av reumatpatienter har klart minskat då vårdformerna har utvecklats. För rehabiliteringspatienterna vid Reumastiftelsens sjukhus kan man också arrangera rehabilitering i andra rehabiliteringsinstitutioner. Enligt den rehabiliteringsinstitutionsutredning som social- och hälsovårdsministeriet gjort, finns det fortfarande gott om institutionsrehabiliteringsplatser i Finland.

Prevalensen av reumatism bland den finska befolkningen är 0,5-1 procent. Det finns över 80 000 patienter som på grund av olika reumasjukdomar får läkemedel som omfattas av specialersättning. Det finns ca 1500 barnreumatiker under 16 år. Reumatism är förhållandevis ovanligt hos barn och åldern vid insjuknande är vanligtvis omkring 60 år. Många undersökningar visar, att ledgångsreumatismuppkomsten och -prevalensen har minskat och sjukdomens svårighetsgrad mildrats.

Pressmeddelande 31.03.2010

Finländarnas välfärd har ökat, men av minskningen av hälsoskillnaderna kräver ännu arbete

Finländarnas välfärd och hälsa har förbättrats på många sätt de senaste åren. Man för en hälsosammare livsstil och många folksjukdomar och deras riskfaktorer har minskat i antal. Den genomsnittliga levnadsstandarden har ökat i Finland. Detta framgår av social- och hälsovårdsberättelsen 2010 som social- och hälsovårdsministeriet överlämnat till riksdagen.

Trots den goda utvecklingen är dock välfärds- och hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper ännu stora. Barnfamiljernas ekonomi har inte förbättrats enligt vad som förväntats och ensamförsörjarfamiljernas ställning har försvagats. Behovet av barnskyddsåtgärder har ökat.

Fetma och de folksjukdomar fetman fört med sig har blivit vanligare. Konsumtionen av alkohol har ökat, i proportion mest bland kvinnor och över 50-åringar. Alkoholsjukdomar och -dödsfall har ökat och antalet kunder inom missbrukarvården har ökat.

Att svara på dessa utmaningar är centralt för social- och hälsovårdsministeriets strategi. Främjandet av finländarnas hälsa minskar preventivt sjukdomar och förlorad arbetstid som beror på arbetsoförmögenhet. De senaste åren har man medvetet arbetat för att öka arbetslivets dragningskraft. Arbetarskyddet och det förnyade pensionssystemet är viktiga medel för att finländarna ska stanna längre i arbetslivet. Under de senaste åren har också ökningen av antalet arbetsoförmögenhetspensioner planat ut. Genom att trygga fungerande tjänster och en skälig utkomst för alla förebygger man fattigdom och utslagning. Speciell uppmärksamhet bör riktas till de grupper vars problem tycks hopa sig och inom vilka fattigdomen hotar att förvärras.

Finländarna litar på social- och hälsovårdsservicen

Finländarna litar ännu på social- och hälsovårdsservicen och är i huvudsak nöjda med den finländska välfärdsstaten. Av socialtjänsterna litar man mest på dagvården, däremot är inställningen till utkomststöd och hemtjänster mer kritisk. När det gäller hälsovårdstjänsternas fungerande har tillfredsställelsen ökat, men till exempel när det gäller att få tid hos hälsocentralstandläkaren finns det rum för förbättring anser finländarna.

I social- och hälsovårdsberättelsen lyfter man som framtida utmaning upp social- och hälsovårdstjänsternas bevarande som en förvaltningsmässig helhet. Man måste också hitta nya sätt att minska sjukdomar som beror på levnadssätt. Att stoppa ökningen av fattigdomen och inkomstskillnaderna är en stor utmaning även de kommande åren.

Under de senaste 20 åren har social- och hälsopolitikens verksamhetsmiljö märkbart förändrats bl.a. på grund av den globala ekonomin, Europeiska unionens intensifierade arbete och befolkningens åldrande.

SHM ger med fyra års mellanrum en social- och hälsovårdsberättelse till riksdagen, i vilken befolkningens välmående och hälsotillstånd beskrivs samt åtgärder som vidtagit för att förbättra dessa. Berättelsen används som kompletterande material till regeringens åtgärdsberättelse. Social- och hälsovårdsberättelsen 2010 har beretts tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd.

Pressmeddelande 07.04.2010

En handlingsmodell för vård av diabetessjuka barn under skoltid har utarbetats

Social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet och Finlands kommunförbund har utarbetat en handlingsmodell för vård av diabetessjuka barn under skoltid. I handlingsmodellen beskrivs vårdpraxisen samt sätt för att ordna stöd för vård som gagnar barnet. Målet är, att ett diabetessjukt barn ska kunna gå i skolan som en elev bland andra elever.

I Finland insjuknar årligen cirka 600 barn under 15 år i diabetes. År 2008 inledde 435 diabetessjuka barn förskola och undervisning i grundskolans första klass. Barn i förskola och förstaklassister ända upp till 3-4 klassister behöver mångsidigt stöd från vuxna för en god vård av diabetes.

Barnets föräldrar är primärt ansvariga för egenvården av diabetes, med andra ord för doseringen av insulin, blodsockermätningar, beräkningar av matportioner, mellanmål samt för behov av tilläggsnäring vid motion. Eftersom barnets föräldrar inte övervakar och verkställer vård under skoldagen, måste genomförandet av egenvården planeras från fall till fall.

Olika yrkesgruppers samarbete är viktigt för att möjliggöra elevens skolgång. Styrningen, planeringen och uppföljningen av vården av barndiabetes är centraliserad till specialsjukvården. Skolhälsovårdens uppgift är att följa upp och främja elevernas hälsa, men kommunen är inte

skyldig att ordna sjukvård som en del av skolhälsovården. Undervisningspersonalen i skolorna kan delta i genomförandet av elevens medicinering enligt eget samtycke.

Att avtala om och dokumentera handlingssätt klargör olika aktörers uppgifter och ansvar. Medvetenhet om speciella risksituationer är en del av barnets rätt till en trygg miljö. Väsentligt är, att åtgärder som krävs på grund av barnets sjukdom, i tillräcklig omfattning via föräldrarna, specialistsjukvården och skolhälsovården kommer till skolaktörernas kännedom.

Bakgrunden till handlingsmodellen utgörs av positiva erfarenheter av ett lyckat samarbete mellan barn och föräldrar, skolmyndigheter samt vårdenheter för diabetes. Förfarande enligt handlingsmodellen kan i tillämpliga delar användas också för genomförandet av vård av andra långtidssjukdomar, såsom epilepsi, astma och svår allergi.

Pressmeddelande 08.04.2010

Regleringen av produkter för hälso- och sjukvård görs tydligare

Regleringen av produkter för hälso- och sjukvård ska förtydligas genom en ny lag. Lagen ersätter den tidigare lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård och verkställer Europeiska unionens tre direktiv om medicintekniska produkter.

Regeringen fattade beslut om innehållet i lagförslaget i fråga torsdagen den 8 april. Republikens president har för avsikt att överlämna propositionen till riksdagen på fredag.

Marknaden för produkter för hälso- och sjukvård utvecklas inom de närmaste åren. I synnerhet på konsumentmarknaden kan den ökande efterfrågan på välfärdsprodukter locka nya näringsidkare till branschen. Avsikten med lagförslaget är att säkerställa att produkter för hälso- och sjukvård är trygga för såväl användare som patienter.

Produkter och utrustning för hälso- och sjukvård ska uppfylla de väsentliga krav som ställs på dem innan de släpps ut på marknaden och tas i bruk. Vidare kan en produkt tas i bruk endast om de krav och anvisningar som gäller för en tillverkad produkt uppföljs. I förslaget stadgas också om de krav som en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård ska iaktta i sin egen produkttillverkning.

Målet är också att underlätta näringslivets ställning på marknaden för hälso- och sjukvårdens produkter. Tillverkarna har ett brett ansvar, men distributörerna och de yrkesmässiga användarna har skyldighet att följa upp tillverkarens anvisningar och meddela tillverkaren om säkerhetsrisker med produkten. Enligt förslaget omfattar den yrkesmässiga användarens ansvar alla sådana användare av hälso- och sjukvårdsprodukter till vars huvudsakliga arbetsuppgifter hör vårdarbete. Det kan vara fråga om officiell hälso- och sjukvård, så kallade alternativa behandlingar eller undervisning.

Enligt lagförslaget sköter Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården marknadsövervakningen av produkter och utrustning för hälso- och sjukvård och för ett register över risksituationer. Övervakningen kan även omfatta kontroll, undersökning och testning av produkter. Tillsynsmyndigheten kan använda förvaltningsmässiga tvångsmedel för att avhjälpa och förebygga brister.

Pressmeddelande 19.04.2010

Inga större ändringar i sjuktransport, endast ansvaret överflyttas från kommunerna till sjukvårdsdistrikten

Enligt den under beredning varande hälso- och sjukvårdslagen ska ett sjukvårdsdistrikt kunna välja sättet att ordna prehospital akutsjukvård på sätt som det anser ändamålsenligt, antingen

genom att sköta om verksamheten självt eller i samarbete med räddningsväsendet, eller genom att anskaffa servicen från en annan offentlig eller privat serviceproducent.

Den modell som nu föreslås ändrar inte den nuvarande situationen där både privata affärsidkare och räddningsväsendet är serviceproducenter för prehospita akutsjukvård. Modellen möjliggör att man kan utnyttja fördelarna med den nuvarande verksamheten på sätt som anses vara bäst regionalt. Lagändringarna skapar inte någon monopolställning för räddningsväsendet. Bara ansvaret för den prehospitala sjukvården skulle överföras från kommunerna till sjukvårdsdistrikten.

I detta nu sköter räddningsverken på många områden transporter som gäller prehospital akutsjukvård och sjuktransporter utan konkurrensutsättning som kommunens interna verksamhet eller på basis av konkurrensutsättning. I räddningsväsendets tjänst arbetar ca 600 yrkesutbildade personer som enbart arbetar med sjuktransport och prehospital akutsjukvård och därutöver ca 1 500 räddare som kan arbeta i uppgifter inom både sjuktransporten och räddningsväsendet.

En bestämmelse om samarbete med räddningsväsendet som föreslås bli införd i den nya hälso- och sjukvårdslagen behövs för att den nuvarande situationen ska kunna fortsätta. Det är fråga om samverkan mellan kommuner, inte om konkurrensutsättning.

Målet är att trygga en sjukvård av hög kvalitet i hela landet

Reformen integrerar sjuktransporten och den prehospitala akutsjukvården i servicekedjan inom hälso- och sjukvården. Verksamheten planeras som en helhet enligt de regionala behoven och de tillgängliga jourställena så att befolkningen får så jämlika tjänster som möjligt.

Det viktigaste målet för hälso- och sjukvårdslagen är att trygga patientsäkerhet samt en högklassig och jämlik hälso- och sjukvård i hela landet. Avsikten är att regeringens proposition med förslag till en ny hälso- och sjukvårdslag ska överlämnas till riksdagen ännu i vår.

Pressmeddelande 23.04.2010

Pneumokockvaccinet införs i vaccinationsprogrammet för barn

Pneumokockkonjugatvaccinet tas in i det allmänna vaccinationsprogrammet i höst. Social- och hälsovårdsministeriet utgav en förordning i ärendet 23 april, 2010. Förordningen träder ikraft 1 september, 2010.

Pneumokockvaccinet är till nytta för både barn och vuxna. Enligt pneumokockarbetsgruppens utredning kommer tillägget av vaccinet i vaccinationsprogrammet troligen att hindra 80 barn under fem år att få en allvarlig infektion som kräver sjukhusvård, 190 lunginflammationer och cirka 9 000 mellanöroninfektioner samt ett barns död. Man bedömer att vaccineringen av barn även kommer att minska vuxnas insjuknande.

Framöver ges pneumokockvaccinet vid rådgivningarna som en del av barnens vaccinationsprogram. Vaccinet ges i tre doser vid 3 månaders, 5 månaders och 12 månaders ålder. Vaccinationstäckningen har traditionellt varit god i Finland och globalt föredömlig, eftersom nästan alla barnfamiljer använder sig av den kommunala barnrådgivningens tjänster.

För närvarande ingår pneumokockvaccinet i 35 länders vaccinationsprogram. Av länderna i Västeuropa är det bara några som inte har pneumokockvaccinet i sitt vaccinationsprogram.

Pressmeddelande 23.04.2010

Krävande reumavård centraliseras till tre kompetenscentrum

Vårdansvaret för svåra reumasjukdomar centraliseras till fem universitetssjukhus. De allra mest krävande vårdåtgärderna centraliseras till tre kompetenscentrum. Helsingfors, Tammerfors och Åbo universitetssjukhusdistrikt har meddelat att de är intresserade av att verka som nationella kompetenscentrum för vården av reumatism.

Företrädare för social- och hälsovårdsministeriet, universitetssjukhusen och specialläkarföreningarna diskuterade fredagen den 23 april arbetsfördelningen i den vård av reumapatienter som ska centraliseras. Under de kommande veckorna för närmare diskussion om vilken speciellt krävande vård som ska centraliseras till vilket centrum.

Både barns och vuxnas reumatism vårdas i den offentliga sjukvården så, att universitetssjukhusen koordinerar vårdhelheten och ansvarar för vården av svårare sjukdomsformer. Speciellt krävande vård av barnreumatism samt krävande ortopedisk vård av vuxenreumatism centraliseras till tre kompetenscentrum.

Den vård som ska centraliseras samt arbetsfördelningen preciseras genom förordningen om ordnande och centralisering av den högspecialiserade sjukvården. Förordningen revideras för reumasjukdomarnas del inom maj. I förordningen tar man centraliseringsbehovet av vården av reumasjukdomar i beaktande på lång sikt och för hela landets del.

Pressmeddelande 28.04.2010

Minister Risikko: lagen om hälso- och sjukvård är inte allena tillräcklig

Enligt omsorgsminister Paula Risikko är reformen av social- och hälsovården ännu inte färdig. Den under beredning varande lagen om hälso- och sjukvård är ett steg på den stig som utvecklats och tryggandet av de finländska social- och hälsovårdstjänsterna måste gå även i framtiden.

”Den nu under beredning varande lagen om hälso- och sjukvård drar upp linjerna för innehållet i hälso- och sjukvården. Därutöver bör vi se över både social- och hälsovårdens strukturer och finansieringen av denna. Även när det gäller dessa är förändringar ofrånkomliga”, sade omsorgsminister Paula Risikko den 28 april på kommun- och servicestrukturereformseminariet i Finlandia-huset.

Minister Risikko berättade att social- och hälsovårdslagen överlämnas till riksdagen ännu i vår. Lagstiftning som gäller ordnandet av social- och hälsovården samt dess strukturer bereds. I enlighet med regeringsprogrammet görs också en utvärdering av finansieringen via flera kanaler och det kommer en rapport om denna på hösten.

”I offentligheten har man klagat på att den nya lagen om hälso- och sjukvård är halvfärdig. Det är den inte, utan det är reformen av social- och hälsovården som helhet som inte är färdig. Sålunda är Paras-processen inte heller avslutad.”

Minister Risikko varnar för att samtidigt som behovet av förändring ökar, växer svårighetsgraden för att genomföra ändringarna hela tiden.

”Ökningen av social- och hälsovårdens utgifter, befolkningens åldrande och migrationen är utmaningar som vi står inför. Dessutom kommer recessionen ännu länge att synas i kommunernas inkomster och social- och hälsovårdens finansiering.”

Enligt minister Risikko bör man i diskussionen och de åtgärder som ska vidtas hålla de ursprungliga målen med kommun- och servicestrukturen i minnet. I den senaste tidens diskussion har man enligt Risikko glömt vad man i synnerhet ville eftersträva med Paras-reformen, det vill säga att social- och hälsovårdsservicen skulle tryggas i hela landet.

”Tryggandet av servicen lyckas bara på tillräckligt starka axlar, med andra ord med tillräckligt befolkningsunderlag och en gemensamma klar servicestruktur inom en social- och hälsovård,

där primärvård och specialsjukvård fungerar tillsammans friktionsfriare än vad de nu gör. Bara på detta sätt klarar man av att samla tillräckligt med resurser, personal och kunnande.”

Minister Risikko är nöjd med att diskussionen har väckts.

”Diskussionen visar vilken viktig ställning social- och hälsovården har i det finländska välfärdssamhället och att man nu till sist har insett sektorns betydelse. Det väsentliga är, att det uppställda målet hålls i färskt minne och förändringsprocessen hålls igång. Man får inte ge upp.”

Minister Risikko uppmanar kommunerna att modigt och målmedvetet förnya innehållet i social- och hälsovården.

”I kommunerna görs lokala lösningar. De är de som i slutändan beslutar, var servicen finns att tillgå, hur kostnadseffektivt servicen ordnats samt hur verkningfull servicen är.”

Pressmeddelande 29.04.2010

Artärhälsa kan påverkas

Den riksomfattande utbildningsturnén om artärhälsa för alla har erbjudit rikligt med information kring förebyggandet av artärjukdomar för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Turnén avslutades med ett evenemang den 29 april i Ständerhuset i Helsingfors. Samtidigt utgavs en handbok ”Valtimoterveiksi!”, där man sammanställt olika sätt att förebygga artärsjukdomar.

”Det är möjligt att påverka artärhälsa. Det finns verktyg och goda verksamhetsmodeller som stöd för åtgärder som behövs”, påpekade omsorgsminister **Paula Risikko** i sitt öppningsanförande. ”Arbetsformer för att stödja hälsofrämjande verksamhet ska utvecklas och god praxis ska envetet spridas”, fortsatte hon.

Enligt ministern dämpar förebyggandet av artärsjukdomar betydligt kostnaderna för hälso- och sjukvården. ”I Finland berör artärsjukdomar, såsom typ 2 diabetes, kranskärslssjukdomen och störningar i hjärngenomblödningen över en miljon personer. Hundratusentals finländare lever med risken att insjukna i dem. Flera av dessa folksjukdomar och hälsoproblem kan förebyggas. Främjandet av artärhälsan skapar förutsättningar för ett gott liv. Bra hälsa är en grundsten för mänsklig, social och ekonomisk utveckling”, betonade minister Risikko.

Handboken ger idéer och praxis för att främja artärhälsan

Turnén kring artärhälsa har pågått under hösten 2009 och våren 2010. Politikprogrammet för hälsofrämjande har stött förutom seminarieturnén också utarbetning av publikationen ”Valtimoterveiksi!”, som utgavs vid det avslutande seminariet. I handboken har sammanställts tiotals nya metoder för förebyggande och vård av folksjukdomar som beprövats i det praktiska vårdarbetet. Samarbetspartner kring projektet om artärhälsa för alla är Stroke- och dysfasiförbundet, Diabetesförbundet och Hjärtförbundet samt social- och hälsovårdsministeriets politikprogram för hälsofrämjande.

Utmaningarna för hälsofrämjande verksamhet varierar. Även spektrumet av hälsorisker ändras. Enligt programdirektör **Maija Perho** utvecklar politikprogrammet för hälsofrämjande förutsättningarna för att främja hälsan och påverkar beslutsfattandet inom de olika förvaltningsområdena så att man kan åstadkomma starka samarbetsstrukturer för att främja hälsan och minska hälsoskillnaderna. ”Det behövs väl fungerande uppföljnings- och rapporteringssystem för att informationen om befolkningens hälsotillstånd ska kunna utnyttjas för att styra prioriteringarna. I flera kommuner och sjukvårdsdistrikt har man redan bildat enheter eller sakkunniggrupper för hälsofrämjande, som sprider och inför goda praktiska handlingssätt inom sina områden” påpekar Perho.

Pressmeddelande 05.05.2010

Arbetsgrupp: Beredskap i Finland för snabb utrustning av ambulansplan

En arbetsgrupp vid social- och hälsovårdsministeriet föreslår att det i Finland borde finnas beredskap för att utrusta ett passagerarplan till ambulansplan. Med planet kunde man evakuera finländare som skadats i storolyckor utomlands. Arbetsgruppen föreslår inte något bestående ambulansplan, utan att det sätt att handla vid tsunamin i Bortre Asien och bussolyckan i Malaga blir ordinarie.

Enligt arbetsgruppen förutsätter evakueringen av skadade från utlandet vid storolyckor en klar handlingsmodell och precisering av ansvar. En utvärderingsgrupp från social- och hälsovården skulle sändas till olycksområdet och på basen av gruppens situationsbedömning beslutar man om fortsatta åtgärder och om en möjlig evakuering.

Beslutet om att sända en utvärderingsgrupp skulle tas av utrikesministeriet på basen av behandling av ministeriernas beredskapschefsmöte i enlighet med statens krisledningsmodell. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS) skulle koordinera och ansvara för den operativa ledningen av evakueringen av de som behöver sjukhusvård.

Vid evakuering i storolyckor som sker i vårt land är det möjligt att använda försvarsmaktens lufttransportmateriel som lämpar sig för patientevakuering. Användningen av försvarsmaktens maskiner vid evakueringar som sker utomlands begränsas av internationella avtal.

Arbetsgruppen föreslår också ett tätare samarbete än tidigare mellan olika myndigheter för att evakueringsberedskapen ska upprätthållas. Dessutom vill arbetsgruppen klarlägga kostnadsansvar. Staten skulle ersätta de ansvariga aktörerna för kostnader för upprätthållandet av evakueringsberedskapen. Om evakueringsplanens kostnadsansvar besluts från fall till fall.

Den s.k. SOVA-arbetsgruppen som dryftat hur behovet av hälso- och sjukvårdstjänster ska bedömas för de som råkat ut för storolyckor utomlands och i Finland samt utvecklingen av den medicinska evakueringsberedskapen avgav sitt betänkande till social- och hälsovårdsminister Liisa Hyssälä den 5 maj.

Arbetsgruppen hade som uppgift att göra ett förslag till handlingsmodell för den nationella hälsovården om sådana storolyckor utomlands och i Finland sker där det lokala hälsovårdssystemet inte kan garantera tillräcklig vård på grund av mängden offer eller skadornas allvarlighetsgrad. Medborgarnas ökade rörlighet ökar risken för att bli offer i en storolycka. Exempel på detta är naturkatastrofen i Bortre Asien år 2004 och bussolyckan i Malaga år 2008.

Pressmeddelande 06.05.2010

Läkarutbildningens hälsocentralsskede måste utföras i anställningsförhållande till kommunen

Hälsocentralsskedet i den särskilda utbildningen inom primärhälsovården och i tandläkarens praktiska tjänstgöring bör i fortsättningen utföras i anställningsförhållande till kommunen. Statsrådet gav torsdagen den 6 maj en förordning om ändring av förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Den särskilda utbildningen inom primärhälsovården och tandläkarens praktiska tjänstgöring ger färdigheter att verka som självständig läkare eller tandläkare. Universiteten godkänner de hälsovårdscentraler där de allmänpraktiserande läkarna som utför sin särskilda utbildning får verka. Hälsovårdscentralen får genom avtal ansvaret för utbildningen.

Reformen stöder förverkligandet av målen med läkarens och tandläkarens praktiska praktik. Att den praktiska utbildningen utförs i anställningsförhållande till en kommun eller samkommun säkerställer att läkarna och tandläkarna får bekanta sig med hälsovårdscentralens olika verksamhetsområden, att de får en helhetsbild av patientens vård och dess kontinuitet, vårdens

differentiering, konsultationsmöjligheterna samt det multiprofessionella samarbetet. Målet är att de ska få en uppfattning om helheten av folkhälsoarbetet samt också kontakt med kommunens övriga förvaltningsområden.

Den särskilda utbildningen inom primärvårdsvården räcker tre år. Av den totala tiden bör läkaren i minst nio månader verka som läkare i en hälsovårdscentral som utbildningsenheten har godkänt och minst sex månader i ett sjukhus som utbildningsenheten har godkänt. Att den enskilda utbildningsdelen räcker tillräckligt länge stöder utbildningens planmässighet.

Förordningen träder ikraft den 1 september 2010 och den tillämpas på dem som får särskild utbildning inom primärvårdsvården eller studierätt för utförande av praktiskt tjänstgöring 1.9.2010 eller därefter.

Pressmeddelande 06.05.2010

Ministrar i trim -kampanjen utmanar riksdagen att främja sin hälsa

Ministrar i trim -kampanjen utmanar riksdagen och riksdagsledamöterna att ta hand om sin egen hälsa. Riksdagens talman **Sauli Niinistö** mottog utmaningen den 6 maj 2010.

”Riksdagsledamöterna stiftar lagar om hälsa och befrämjande av hälsa och kan samtidigt utgöra exempel när det gäller upprätthållande av den ena hälsan. I ett krävande arbete är vitalitet och en god arbets- och funktionsförmåga av största vikt”, betonar programdirektör **Maija Perho** från social- och hälsovårdsministeriet.

Ministrar i trim -kampanjen har genomförts som en del av regeringens Politikprogram för hälsofrämjande och i den har ministrarna förbundit sig att på basen av resultat från hälso- och konditionsgranskningar byta till en hälsosammare livsstil och förbättra sin kondition. Ministrar i trim -kampanjen riktar också uppmärksamhet mot ministrarnas närarbetsgemenskap m.a.o. varje ministers egna ministeriums och dess personals välbefinnande.

”Kampanjen kopplas också samman med den allt mer aktuella frågan om att orka i arbetet och att fortsätta arbeta. Alla folksjukdomar, bl.a. typ 2 diabetes hos vuxna, kan förebyggas med enkla medel: öka motionen och gå in för en lättare kost. Det är frågan om exempel på ledande som riksdagen vill bli en del av”, berättade Perho.

Meningen är att det från riksdagen ska väljas en grupp om 20 riksdagsledamöter som består av ledamöter från olika partier. Dessa ledamöter får genomgå en hälsogranskning vid riksdagens arbetshälsovård, man väljer ett personligt utvecklingsmål inom samma delområden som ministrarna i trim samt gör upp en plan för hur målen ska nås.

Pressmeddelande 12.05.2010

Medicinsk forskning i större utsträckning inför etisk förhandsbedömning

Tillämpningsområdet för lagen om medicinsk forskning föreslås breddas så att syftet med medicinsk forskning även skulle omfatta ökande av information om hälsa. Om tillämpningsområdet breddas kan undersökningar som påverkar den undersöktas fysiska eller psykiska okränkbarhet utvärderas etiskt i större omfattning än tidigare. Regeringen beslöt om innehållet i lagförslaget onsdagen den 12 maj. Republikens president ämnar avge förslaget till riksdagen på fredagen.

Förhandsbedömningen av forskningsplaner centraliseras till etiska kommittéer vid universitetssjukvårdsdistrikten, varav det i Finland skulle finnas minst fem. Regionala kommittéer skulle förenhetliga förfaringsätt som gäller etisk förhandsbedömning. Dessa skulle vara självständiga i sitt arbete.

Dessutom skulle man grunda en nationell medicinsk forskningsetisk kommitté, som skulle vara sakkunnig då det gäller forskningsetiska frågor, samt som skulle stöda, följa upp och styra arbetet inom de regionala kommittéerna. Den nationella kommittén skulle ge en forskningsetisk bedömning av alla kliniska medicinska undersökningar. Kommittén skulle vara underställd Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården.

I samband med förordningen begränsar man deltagande i medicinska undersökningar för sådana rättspsykiatriska patienter som inte bedömts vara otillräckliga.

Behandlingen av ansökningar om forskningslov som gäller användningen av patient- och kundhandlingar inom social- och hälsovården föreslås centraliseras till Institutet för hälsa och välfärd om ansökan gäller flera kommuner, en samkommun eller handlingar inom privata sektorn. Centraliseringen förenhetligar tillståndsförfarandet och förkortar behandlingstiderna för ansökningarna.

Lagarna planeras träda ikraft den 1 oktober 2010.

Pressmeddelande 20.05.2010

Lagstadgad skyldighet för FPA att ordna rehabiliteringspsykoterapi

Den numera enligt prövning av Folkpensionsanstalten ersatta rehabiliteringspsykoterapi föreslås ordnas som lagstadgad verksamhet i fortsättningen. Anslagsbrist skulle inte längre begränsa nya klienters tillgång till psykoterapi som ordnas av Folkpensionsanstalten. Dessutom skulle man ha rätt att söka ändring i ersättningsbeslutet. Regeringens beslöt torsdagen den 20 maj om innehållet i ett lagförslag i ärendet. Republikens president ämnar ge förslaget till riksdagen på fredagen.

Enligt lagförslaget skulle Folkpensionsanstalten i fortsättningen ersätta rehabiliteringspsykoterapi åt alla som uppfyller kraven för beviljande av servicen. Kraven för beviljande skulle vara desamma som för den nu enligt prövning ersatta psykoterapi. Rehabiliteringspsykoterapi skulle ersättas för 16–67 åriga personer, vars arbets- eller studieförmåga är hotad på grund av problem med den mentala hälsan. Målet med psykoterapi är att återfå eller förbättra arbets- eller studieförmågan. Att detta mål troligen kan uppnås genom rehabiliteringen är ett krav för att kunna få ersättning för psykoterapi.

Den ersättningsgilla rehabiliteringspsykoterapi skulle alltid grunda sig på en individuell rehabiliteringsplan. Ersättning förutsätter också att den sökande har vårdats på lämpligt sätt i tre månader och att en specialläkare i psykiatri har bedömt dennes rehabiliteringsbehov. Med lämplig vård avses vård enligt god vårdpraxis, i vilken det ingår nödvändig medicinsk, psykiatrisk och psykoterapeutisk undersökning och vård. Ansvar för patienternas helhetsvård skulle även efter reformen huvudsakligen hållas inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Genom ett beslut skulle rehabiliteringspsykoterapi om högst 80 gånger per år och högst 200 gånger på tre år ersättas. Kostnaderna för psykoterapi skulle ersättas enligt en genom förordning fastställd ersättningsnivå. Den andel som överstiger ersättningsnivån skulle betalas av den som deltar i rehabiliteringen. Vastuu potilaiden kokonaishoidosta ja kuntoutuksesta säilyisi uudistuksen jälkeenkkin julkisella terveydenhuollolla.

Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsutgifter betalas via sjukvårdsförsäkringen, vars kostnader till hälften finansieras av staten och till hälften med avkastning från den försäkrades sjukförsäkringspremier. Genom reformen skulle sjukvårdsförsäkringsutgifterna år 2011 öka med uppskattningsvis 6,6 miljoner euro. Reformen är en del av Kommittén för en reform av den sociala tryggheten, SATA:s förslag.

Lagarna planeras träda ikraft 1 januari 2011.

Pressmeddelande 20.05.2010

Sjukskötare får begränsad rätt att förskriva recept

Sjukskötare får begränsad rätt att förskriva läkemedel från apotek till patienter som han eller hon vårdar vid sin mottagning. Förutsättningarna är att sjukskötaren står i anställningsförhållande till en hälsocentral, avlagt behövlig tilläggsutbildning och ett skriftligt förordnande från den ansvariga läkaren. Den begränsade förskrivningsrätten gäller enbart läkemedel som förskrivs för vissa sjukdomstillstånd. Regeringen förordade torsdagen den 20 maj att lagförslaget ska godkännas. Republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredagen.

Sjukskötarens rätt att förskriva läkemedel gäller vissa på förhand fastställda vacciner och receptbelagda läkemedel som man redan har lång erfarenhet av när det gäller användningen. Sjukskötaren får fortsätta medicineringen för behandling av till exempel blodtryckssjukdomar, typ 2-diabetes och astma. Ett villkor är att en läkare har ställt en medicinsk diagnos och i en skriftlig vårdplan för patienten antecknat en plan för fortsatt medicinerings samt att patientens sjukdom och medicinerings är i ett stabilt tillstånd. Sjukskötarens mottagning är en avgiftsbelagd hälsovårdstjänst. Vid en akut situation kan sjukskötaren förskriva några på förhand fastställda läkemedel på basen av sjukdomsbilden och bedömning av vårdbehovet.

Tillstånds- och tillsynsverket (Valvira) antecknar i centralregistret över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården uppgifter om en sjukskötares specialkompetens för begränsad förskrivningsrätt. Samtidigt kontrollerar Valvira att villkoren uppfylls och ger den som har förskrivningsrätt en identifikationskod. Utan identifikationskoden är det inte möjligt att förskriva läkemedel.

Vid omfattande pandemier kan sjukskötare med statsrådets förordning berättigas att från apotek förskriva läkemedel för förebyggande och behandling av den smittsamma sjukdomen i fråga. Rätten skulle vara tidsbestämd och förutsätter läkares föreskrift.

De optiker och munhygienister som är självständiga yrkesutövare får rätt att skaffa de läkemedel som de behöver vid sin mottagning, till exempel ytbedövning.

Lagarna träder ikraft 1 juli 2010.

Reformen förutsätter också stadganden. De bereds som bäst på social- och hälsovårdsministeriet.

Pressmeddelande 20.05.2010

De första elektroniska recepten har förskrivits

De första elektroniska recepten har förskrivits och levererats torsdagen den 20 maj. Det elektroniska receptet togs i bruk i Åbo vid en hälsostation och i ett apotek.

”Ibruktandet av elektroniska recept har varit en lång process, eftersom man varit tvungen att vara noggrann. Vi är ännu i inledningsskedet av ibruktandet, men det har nu visat sig att det elektroniska receptet fungerar. Det första receptets förskrivande och leverans lyckades bra”, glädes sig social- och hälsovårdsminister Liisa Hyssälä.

I inledningsskedet förskrivs elektroniska recept bara vid Kyrkovägens hälsostation och med dem kan man hämta läkemedel vid Nummisbackens apotek. Under detta år tas de elektroniska recepten även i bruk vid andra apotek och hälsostationer i Åbo.

Det elektroniska receptet tas till slut i bruk i hela landet, men ibruktandet sker i etapper. Enligt planerna tas det närmast i bruk i Kotka.

Från tidigare försök med elektroniska recept har man lärt sig att gemensamma handlingsmodeller och en smidig användning är nödvändiga för att användarna ska kunna godkänna systemet.

”I Åbo testar man handlingsmodeller tillsammans med anställda inom hälso- och sjukvården och apoteken samt med patienterna. Det är viktigt att se hur det elektroniska receptet fungerar i

praktiken och på vilket sätt patienterna bör informeras om dess användning. Man drar nytta av erfarenheterna från Åbo då man utvidgar användningen av det elektroniska receptet”, berättar ministern.

Lagen om elektroniska recept trädde ikraft år 2007. Enligt denna upprätthåller FPA en nationell receptcenter. Ibrukttagandet av det elektroniska receptet i hela landet koordineras av Kommunförbundets projektbyrå KunTo.

NÅGRA PRESSMEDDELANDEN FRÅN THL

Pressmeddelande 12.6.2009

Deklaration om pandemi leder inte till förändrade åtgärder i Finland

Världshälsoorganisationen WHO håller i dag klockan 19 en presskonferens där organisationen väntas deklarerar att den nya influensan A(H1N1) har utvecklats till en global pandemi och att man höjer pandeminivån till 6. I Finland vidtas inga omedelbara nya åtgärder på grund av deklARATIONEN.

Höjningen av pandeminivån beskriver inte hur allvarlig sjukdomen är utan den geografiska spridningen. A(H1N1)-smittor har bekräftats i 79 länder. WHO beskriver pandemin som måttligt allvarlig. I industriländerna är sjukdomsbilden liknande som vid säsongsinfluensa. Eftersom det är fråga om en ny virusvariant som orsakar pandemin saknar en större del av befolkningen ändå det skydd som tidigare infektioner har fört med sig.

I Finland fortsätter begränsningsåtgärderna för att förhindra en spridning av epidemin. Förberedelserna för att förminska effekterna av epidemin i vårt land fortsätter också som planerat. I Finland har man förberett sig för en pandemi i enlighet med WHO:s anvisningar. Man har till exempel gjort förberedelser för att vårda personer som insjuknar i influensa A(H1N1) och effektiverat uppföljningen av situationen.

På norra halvklotet sprider sig epidemier orsakade av luftvägsvirus, såsom influensavirus i allmänhet inte under sommarperioden och i Finland går det ytterligare att fördröja spridningen av sjukdomen. WHO har uppmanat länderna att vidta åtgärder för att motarbeta influensa A(H1N1) ur ett nationellt perspektiv.

Tillsvidare har fem fall av influensa A(H1N1) bekräftats i Finland. Fyra av de smittade personerna har återvänt från resor i Nordamerika och en från Australien.

Epidemin som orsakas av influensa A(H1N1) sprids i allt högre grad söder om ekvatorn där den sedvanliga säsongsinfluensaperioden håller på att inledas.

WHO rekommenderar inga resebegränsningar

WHO rekommenderar inga resebegränsningar men personer som är sjuka ska inte resa. I Finland uppmanas fortfarande resenärer som har åkt till Mexiko, USA, Kanada, Australien eller Chile att följa sitt hälsotillstånd under sju dygn efter att de har återvänt. Om en person som har återvänt från en resa insjuknar i feber och luftvägsinfektion bör han eller hon ta kontakt med närmaste hälsovårdscentral per telefon. Institutet för hälsa och välfärd och social- och hälsovårdsministeriet följer fortfarande effektiverat med influensa A(H1N1)-situationen. Dessutom har man inom social- och hälsovården förberett sig för en mer omfattande spridning av viruset i Finland.

Pressmeddelande 15.6.2009

Mindre rökning och hälsosammare matvanor bland personer i arbetsför ålder, men övervikten ökar

Rökningen bland finländare i arbetsför ålder har minskat och hälsosamma val av matfett har blivit allmänna. Alkoholkonsumtionen är fortfarande hög och andelen överviktiga ökar. Det förekommer stora regionala skillnader i levnadsvanorna. Det här framgår av rapporten *Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2008*, som ges ut av Institutet för hälsa och välfärd (THL).

År 2008 rökte 24 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i åldern 15–64 år dagligen. Alkoholkonsumtionen har hållits på en hög nivå och andelen nyktra har minskat: 12 procent av de svarande uppgav att de inte alls dricker alkohol.

Totalt 49 procent av de svarande uppgav att de vanligen väljer fettfri eller ettans mjölk. Endast 3 procent använde smör på brödet, och 69 procent uppgav att de för det mesta använder lätt brödfett eller margarin på brödet. I matlagningen använde 52 procent växtolja och 10 procent smör som matlagingsfett. Användningen av grönsaker har ökat. Totalt 42 procent av de svarande uppgav att de äter färska grönsaker dagligen. Av de svarande uppgav 61 procent att de under det föregående året använt produkter försedda med hjärtmärket.

Av männen uppgav 49 procent och av kvinnorna 55 procent att de motionerar på fritiden minst tre gånger i veckan. Bland kvinnor var motion på väg till och från arbetet vanligare än bland män; 40 procent av kvinnorna och 31 procent av männen var minst 15 minuter per dag fysiskt aktiva (går eller cyklar) på väg till och från arbetet.

Totalt 56 procent av männen och 44 procent av kvinnorna hade övervikt (viktindex $BMI \geq 25$). Av männen var 15 procent feta ($BMI \geq 30$) och av kvinnorna 16 procent. Resultaten bygger på den längd och vikt som de 15–64-åriga svarandena uppgett.

Vanligt att försöka ändra levnadsvanorna pga. hälsoskäl, regionala skillnader fortfarande stora

Under det föregående året hade 30 procent av de svarande minskat mängden fett, 22 procent hade valt ett hälsosammare fett, 35 procent hade börjat äta mer grönsaker och 30 procent motionerade mer. Totalt 30 procent av de svarande hade gjort ett allvarligt försök att banta under det föregående året. Villigheten och försöken att sluta röka var fortfarande allmänna. Cirka 60 procent av dem som röker dagligen skulle vilja sluta röka och 39 procent hade gjort ett allvarligt försök att sluta under det föregående året.

De största regionala skillnaderna hade matvanor, alkoholkonsumtion och övervikt. Matvanorna hade förbättrats i alla regioner och de regionala skillnaderna hade minskat. I Nyland äter man fortfarande hälsosammare än på andra håll i Finland, men alkoholkonsumtionen är större än i övriga Finland. Övervikt är fortfarande vanligare på andra håll i Finland än i Nyland. På lång sikt har daglig rökning bland män minskat inom alla regioner, utom i sydöstra Finland, där rökning bland män blivit vanligare under den senaste undersökningsperioden (2005–2008). I Nyland har kvinnorna rökt ungefär lika mycket under hela undersökningsperioden. Rökningen har emellertid ökat på lång sikt inom de övriga regionerna, så de regionala skillnaderna i kvinnors rökning har minskat.

I postenkätundersökningen Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa (AVTK) har man följt 15–64-åriga finländares levnadsvanor ända sedan 1978. År 2008 besvarades frågorna av 3 216 finländare.

Källa

Helakorpi S., Paavola M., Prättälä R., Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Institutet för hälsa och välfärd. Rapport 2/2009.

Pressmeddelande 17.6.2009

Sjukhusens produktivitet utveckling 2003–2007

Åren 2003–2007 ökade tjänsteproduktionen inom den specialiserade somatiska vården vid universitetssjukhus, centralsjukhus och övriga sjukhus (närmast s.k. tidigare kretssjukhus).

Under denna tid ökade universitets- och centralsjukhusens deflaterade produktionskostnader mer än vad tjänsteproduktionen ökade under motsvarande period. I gruppen av övriga sjukhus

har tjänsteproduktionen och kostnaderna utvecklats i samma förhållande. Mellan sjukhusen förekom skillnader i sjukhusens produktivitet utveckling åren 2003–2007 och sjukhusens produktivitet 2007.

Det förekom regionala skillnader i den ålders- och könsstandardiserade konsumtionen av tjänster inom den specialiserade vården och i kostnaderna för tjänsterna. De höga kostnaderna för tjänster i ett område kan förklaras av en större konsumtion av tjänster bland befolkningen i området än i resten av landet eller av högre produktionskostnader för de tjänster som befolkningen konsumerar jämfört med landet i övrigt.

Sjukhusens benchmarking- och produktivetsdata har sammanställts i synnerhet för sjukhusens och kommunernas ledning och beslutsfattare för att göra det möjligt för sjukhusen att lära av varandra och för intern utveckling av verksamheten.

Pressmeddelande 22.7.2009

Hälsa- och sjukvården i Finland förbereder sig på en omfattande epidemi av den nya influensan A(H1N1)

Den nya influensan A(H1N1) påminner till sin svårighetsgrad i allt högre grad om en vanlig säsonginfluensa. Majoriteten av dem som insjuknat återhämtar sig väl utan läkemedelsbehandling eller sjukhusvård. Den nya influensan kommer att strykas från listan över allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Statsrådet kommer troligen i morgon att fatta beslut om detta.

Under de senaste veckorna har antalet insjuknade ökat snabbt och väntas öka ytterligare. I Finland övergår man från begränsningsfasen till behandlingsfasen. Under begränsningsfasen försökte man förhindra att sjukdomen fördes in i landet. I behandlingsfasen ligger tyngdpunkten på förebyggande av svåra sjukdomsformer.

Patienter som har lindriga symtom och som inte hör till riskgrupperna behöver vanligen inte få sin sjukdom fastställd av en läkare eller behandlas med läkemedel. De tillfrisknar på ungefär en vecka, om de stannar hemma och vilar sig. Detsamma gäller även personer som återvänt från en utlandsresa.

Den nya influensan väntas drabba en större andel av befolkningen än en vanlig säsonginfluensa. Sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna vidtar nödvändiga specialåtgärder och informerar om dessa inom sina ansvarsområden.

Hitintills har 155 fall av influensa A(H1N1) bekräftats i Finland. Bland annat i Sverige, Danmark, Nederländerna och Belgien har man i epidemibekämpningen redan övergått till behandlingsfasen

Antivirala läkemedel används vid vården av allvarliga sjukdomsfall och personer i riskgrupperna

Personer i riskgrupperna som misstänker att de blivit smittade med det nya influensaviruset A(H1N1) bör redan när de känner av de första symtomen kontakta hälsovårdscentralen för att få en bedömning av sitt behov av läkemedelsbehandling eller annan vård. Detsamma gäller alla personer som misstänker att de blivit smittade och som uppvisar svåra symtom.

Enligt Europeiska smittskyddsmyndighetens definition omfattar riskgrupperna gravida kvinnor, personer med vissa kroniska sjukdomar samt barn under 3 år. Uppgifterna om vilka personer som hör till riskgrupperna kan förändras när kunskapen om den nya influensan och dess följsjukdomar fördjupas i takt med att antalet sjukdomsfall i världen ökar.

Antivirala läkemedel mot influensa orsakad av det nya A(H1N1)-viruset ordineras till personer som är i behov av sjukhusvård och till patienter som hör till riskgrupperna. Patienterna köper läkemedlen från apotek på samma sätt som andra receptbelagda läkemedel. De läkemedel som

finns i beredskapslager tas i bruk i ett senare skede av epidemin. Försörjningsberedskapscentralen ansvarar för att läkemedlen räcker till. Anvisningar om förskrivning och utlämning av läkemedel har getts till läkare och apotek. Anvisningarna uppdateras vid behov.

För de flesta räcker det med vård i hemmet

Om sjukdomsbilden förblir oförändrad, kommer personer med lindriga symtom som inte hör till riskgrupperna inte längre att behandlas med antivirala läkemedel. Genom behandling med antivirala läkemedel kan man i viss utsträckning lindra symtomen och förkorta deras varaktighet. Om sjukdomsbilden är densamma som för närvarande, finns det enligt experternas bedömning inte någon orsak att ge sådan behandling till patienter med lindriga symtom som inte lider av någon underliggande sjukdom. Vid den nya influensan A(H1N1) räcker det oftast med vård i hemmet. Som symtomlindring, särskilt vid feber, kan man vid behov använda sig av smärtlindrande och febernedsättande läkemedel. Personer som inte hör till riskgrupperna gör bäst i att söka läkarhjälp enligt samma principer som vid en säsonginfluensa.

Traditionella metoder för att förhindra smittspridning är fortfarande effektiva

Det bästa sättet att skydda sig mot influensa, liksom mot många andra smittsamma sjukdomar, är att tvätta händerna regelbundet. Det bästa sättet att undvika att smitta ner andra när man hostar är att vända sig bort och hosta i en engångsnäsduk eller i armvecket. Om man av misstag hostar i händerna, bör man tvätta händerna genast. Det är bäst att stanna hemma så länge man har sjukdomssymtom.

Vaccinleveranserna sker i flera omgångar

Tidtabellen för vaccinleveranserna är beroende av vaccintillverkarens produktionskapacitet. Leveranserna kommer troligen att ske i flera omgångar under loppet av flera månader. Närmare nationella beslut om hur vaccineringen ska genomföras i praktiken och om tidtabellen för vaccineringarna fattas under höstens lopp.

Social- och hälsovårdsministeriet har gett anvisningar till sjukvårdsdistrikten och hälso-centralerna

Social- och hälsovårdsministeriet har gett sjukvårdsdistrikten och hälso-centralerna anvisningar om att förbereda övergången till behandlingsfasen och att övergå till normal nivåstrukturerad vård av patienter med influensa. Övergången förbereds i samarbete med länsstyrelserna, socialvårdsväsendet och privata hälso- och sjukvårdsaktörer inom respektive region.

Aktuell information om det nya influensaviruset A(H1N1) finns på webbplatserna www.thl.fi (information om bl.a. symtomen, hygienanvisningar, frågor och svar samt anvisningar för hälso- och sjukvårdspersonal) och www.stm.fi/influensa (om bl.a. beredskapen inom hälso- och sjukvården).

Pressmeddelande 30.7.2009

Beställning och leverans av pandemivaccin mot influensa A(H1N1)v preciseras i augusti

Genast när risken för en H1N1v-pandemi uppstod i maj 2009 började Institutet för hälsa och välfärd (THL) på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet att undersöka möjligheten att köpa ett pandemivaccin. I och med en annalkande pandemi kommer den globala efterfrågan på vacciner att vara mycket större än vaccintillverkarnas produktionskapacitet. Därför är det viktigt att snabbt ingå bindande avtal. Den 4 juni 2009 ingick THL med fullmakt av social- och

hälsovårdsministeriet ett avtal med vaccintillverkaren GlaxoSmithKline om att köpa vaccin mot viruset H1N1v. Tillverkaren uppskattar att importen av vaccin kan inledas i september.

Finland har beställt 5 285 500 vaccindoser. Vaccinerna anländer så småningom, cirka 250 000 doser i veckan. Prioriteringsordningen för vaccinationerna bestäms närmast av sjukdomens svårighetsgrad. Beslut om prioriteringen fattas när vaccinerna finns tillgängliga. Hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar influensapatienter vaccineras ändå alltid först. THL förhandlar fortfarande om en andra uppsättning av lika mycket vaccin, så att alla som vill ha en andra vaccindoser kan erbjudas en sådan. Två doser ger ett bättre och hållbarare skydd.

Finland har också ett s.k. köavtal med vaccintillverkaren Solvay Pharmaceuticals. Avtalet ger Finland möjlighet att köpa 5,5 miljoner vaccindoser. Finland har ännu inte använt den här köoptionen, eftersom den här tillverkarens vacciner kommer ut på marknaden först nästa år.

Pneumokockvaccinet med i vaccinationsprogrammet oberoende av pandemin

Det är sannolikt att en influensapandemi ökar förekomsten av pneumokocksjukdomar, framför allt lunginflammation. I Finlands nationella vaccinationsprogram ingår redan nu ett pneumokockkonjugatvaccin, som ges till alla barn under fem år som hör till medicinska riskgrupper. Det har rekommenderats att det nationella vaccinationsprogrammet ska omfatta pneumokockvaccination av alla barn oberoende av pandemin, men man väntar ännu på ett beslut om finansiering för att kunna utvidga programmet.

Pneumokockvaccin (polysackaridvaccin) för vuxna och äldre har en svagare effekt än vaccinet som ges till barn (konjugatvaccin). Våren 2009 fastställde den nationella vaccinationsexpertgruppen att ett polysackaridvaccin inte är av betydelse i beredskapsplanen för H1N1v, eftersom det inte har kunnat påvisas att vaccinet för vuxna har någon effekt av betydelse mot lunginflammation.

Pressmeddelande 5.8.2009

Generaldirektör Pekka Puska: Utelämnande av pneumokockvaccinet ur statsbudgeten underminerar det nationella vaccinationsprogrammet

Det nationella vaccinationsprogrammet är en av hörnstenarna i folkhälsoarbetet och bör utvecklas på grundval av experternas rekommendationer. Pneumokockvaccinet bör inbegripas i statsbudgeten vädjar Institutet för hälsa och välfärd (THL).

THL har med förvåning konstaterat att anslaget för pneumokockvaccinationer inte har inbegripits i finansministeriets budgetproposition. Att underminera det nationella vaccinationsprogrammet innebär att människorna måste köpa vaccinen själva, vilket ökar hälsoskillnaderna i befolkningen och försvagar befolkningens allmänna sjukdomsskydd. Anslaget är trots allt en mycket liten summa med tanke på hälso nytta för befolkningen och att belastningen på den kommunala hälso- och sjukvården minskar.

THL har med utgångspunkt i noggranna expertbedömningar gjort en framställning till social- och hälsovårdsministeriet om att pneumokockvaccin för barn ska inbegripas i det nationella vaccinationsprogrammet. Enligt THL:s bedömning kunde detta årligen förebygga cirka 9 000 mellanöreinflammationer hos barn och att cirka 160 barn under fem år hamnar på sjukhus pga. infektioner. När pneumokockinfektionerna hos barn minskar, skulle cirka 800 lunginflammationer och 25 dödsfall bland den vuxna befolkningen förhindras.

Det är alltså fråga om en avsevärd nytta för både de finländska barnen och deras familjer, och en lösning som skulle minska belastningen på hälso- och sjukvården. Därför gjorde också social- och hälsovårdsministeriet en framställning om att vaccinet skulle tas med i statsbudgeten.

Det finländska systemet bygger på det nationella vaccinationsprogrammet, som finansieras av staten. I praktiken gör THL (tidigare Folkhälsoinstitutet) framställningar om utveckling av

vaccinationsprogrammet på grundval av sin expertgrupps bedömning. Genom det nationella vaccinationsprogrammet är vaccinationerna tillgängliga för alla som behöver dem och vaccinations-täckningen har varit god. Därför har inte bara de som vaccinerats utan också hela befolkningen ett bra vaccinationsskydd, vilket håller sjukdomarna borta från landet.

Under hela vår historia har vaccinationer utgjort en viktig del av det finländska folkhälsoarbetet. Med hjälp av vaccinationerna har man framgångsrikt bekämpat många smittsamma sjukdomar. Vaccinationerna är det förebyggande hälsoarbetets hörnstenar.

Det nationella vaccinationsprogrammet har vid behov utvecklats på det sätt som sakkunnig-inrättningen föreslagit. Man har kunnat avstå från vissa allmänna vaccinationer (t.ex. smittkoppor och tuberkulos), medan nya har inbegripits i programmet (t.ex. rotavirus).

THL väddar till statsrådet och understöder kraftfullt minister Risikkos ståndpunkt att pneumokockvaccinet ska inbegripas i vårt vaccinationsprogram. Det nationella vaccinationsprogrammet bör inte undermineras. Utvecklingen av det bör fortsätta som hittills på det sätt som experterna påvisar är nödvändigt.

Pressmeddelande 7.8.2009

Nästan hälften av barnen i lekåldern har öroninflammation en gång per år

Enligt färskt resultat från en undersökning som genomfördes 2007–2009 i Institutet för hälsa och välfärd (THL) projekt om att följa upp barns hälsa (LATE-projektet) hade nästan hälften (46 procent) av barnen i åldern 1–5 år haft minst en öroninflammation under det senaste året. I denna åldersgrupp var också återkommande öroninflammationer vanligast.

Över 10 procent av 1–5-åringarna hade haft tre eller fler öroninflammationer inom ett år. Enligt undersökningsresultaten var öroninflammationer vanligast hos barn i lekåldern, men till och med 14 procent av barnen i sexmånaders åldern hade haft minst en öroninflammation. Även barn i skolåldern hade öroninflammation, men i mindre utsträckning än barnen i lekåldern. En fjärdedel (25 procent) av de förstaklassare som deltog i undersökningen, 11 procent av eleverna i klass 5 och 8 procent av eleverna i klass 8 hade haft minst en öroninflammation inom ett år.

Över hälften (55 procent) av alla 1–5-åringar som deltog i undersökningen hade ätit minst en antibiotikakur under det senaste året. Av barnen som haft öroninflammation hade 64 procent ätit 1–2 antibiotikakurer, 22 procent 3–4 antibiotikakurer och 11 procent 5 antibiotikakurer eller mer inom ett år.

Största delen (80 procent) av alla 1–5-åringar som deltog i undersökningen hade besökt läkare minst en gång pga. sjukdom eller symtom under det senaste året. Under det senaste året hade 34 procent av dem som haft öroninflammation besökt läkare 1–2 gånger, 32 procent 3–4 gånger och 33 procent 5 gånger eller mer.

Den vanligaste orsaken till akut mellanöreinflammation är *Streptococcus pneumoniae*. Enligt olika undersökningar har *Streptococcus pneumoniae* hittats i mellanöresekret hos 26–44 procent av de undersökta barnen. Att inbegripa pneumokockvaccinet i det nationella vaccinationsprogrammet kunde förebygga en avsevärd del av barns öroninflammationer och de kostnader som orsakas hälso- och sjukvården och familjer för vården av ett sjukt barn.

Undersökningsmaterialet (N=6294) i projektet om att följa upp barns hälsa samlades in på rådgivningsbyråer för barnavård och inom skolhälsovården 2007–2009. Undersökningens målgrupp var ½-, 1-, 3- och 5-åriga barn samt elever i klasserna 1, 5 och 8, som genomgick periodiska hälsoundersökningar. Undersökningen omfattade hälsoundersökning av barnet utförd av hälsovårdare, frågeformulär för barnens vårdnadshavare och ett frågeformulär för eleverna i klass 8. Uppgifter om barnens öroninflammationer, antibiotikakurer och akuta besök på läkarmottagning fick man av barnens vårdnadshavare genom frågeformulär.

Pressmeddelande 10.8.2009

Materialet Stop influensa i offentliga utrymmen fr.o.m. 10.8.

Social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd (THL) har tillsammans utarbetat material för allmänheten om influensa A(H1N1). I materialet Stop influensa påminns det om vad man själv kan göra för att förhindra att viruset sprids, undvika att insjukna och för att behandla influensan.

Infektioner orsakade av influensaviruset A(H1N1) har redan spritt sig runtom i världen. De finländska myndigheterna förbereder sig på många olika sätt på att epidemin orsakad av det nya influensaviruset breder ut sig. Influensaviruset orsakar en sjukdom som liknar säsongsinfluensan. Eftersom tidigare infektioner inte har gett befolkningen något skydd mot den nya influensan, är det svårt att förutsäga influensans spridning och svårighetsgrad. I materialet Stop influensa erbjuds information och sätt för att förhindra smitta och för att behandla symtom hemma samt för att styra dem som hör till en riskgrupp eller som har allvarliga symtom till vård.

Först en serie med tre utomhusaffischer i gatubilden

Måndagen den 10 augusti dyker affischer med syfte att väcka uppmärksamheten upp längs med centrala gångbanor: **Tvätta händerna, Hosta i en näsduk eller ärmvecket och Stanna hemma när du är sjuk.** I två veckors tid finns affischerna i Helsingfors, Tammerfors, Åbo, Vanda, Esbo, Lahtis, Kouvola, Uleåborg, Seinäjoki, Rovaniemi och Kuopio.

Affischer och klistermärken till skolor, hälsovårdscentraler och daghem

THL levererar på de båda inhemska språken en allmän **Stop influensa-affisch, en affisch som riktar sig till unga och Bort med bacillerna-klistermärken till barn.** I augusti skickas materialet till kommunerna för att skickas vidare till bland annat daghem, rådgivningsbyråer, läroanstalter på olika utbildningsnivåer, bibliotek, hälsovårdscentraler, platser för motion samt kommunernas och statsförvaltningens arbetsplatser.

Material enkelt från THL:s nya webbplats om svininfluensa

I fortsättningen fås Stop influensa-material från materialbanken på webbplatsen om svininfluensa, som lanseras i THL:s webbtjänst. Under vecka 33 finns affischerna, som kan skrivas ut i A3- eller A4-format, på THL:s webbsida som sammanställer information om svininfluensan.

Pressmeddelande 12.8.2009

Vaccination mot rotavirus inleds på rådgivningsbyråerna i början av september

Rotavirusvaccinet inbegrips i det nationella vaccinationsprogrammet den 1 september 2009. Då kan alla spädbarn födda den 1 juli 2009 eller senare få rotavirusvaccinet gratis på rådgivningsbyrån. Vaccinationsserien inbegriper tre vaccindoser, som ges oralt. THL rekommenderar att barnet får vaccinet i två, tre och fem månaders ålder.

Rotaviruset är den vanligaste orsaken till svår diarré hos småbarn. Epidemin börjar vanligen vid årsskiftet och pågår till juni. Rotavirusdiarré är mycket smittsam, eftersom stora mängder virus utsöndras i avföringen. Inte ens en god hygien kan förhindra att viruset sprids till exempel hemma eller på daghem. Därför har nästan alla barn haft rotavirusdiarré när de fyller fem år.

Rotavirusvaccinet minskar avsevärt barnets sjukdomsörda

Rotavirusdiarré är en kombination av feber, vattnig diarré och kräkningar. Den är en påfrestande sjukdom för barnet och kan lätt leda till uttorkning. Varje år behöver över 11 000 barn under fem år hälso- och sjukvård på grund av rotavirusdiarré. Nästan lika många barn vårdas hemma för

samma åkomma. Årligen ger diarrén upphov till 2 400 sjukhusvårdperioder, 3 700 poliklinikbesök på sjukhus och 9 000 hälsocentralbesök.

“Vaccinet motverkar effektivt diarré orsakad av rotavirus. Nio av tio svåra diarrésjukdomar förhindras. Av alla diarrésjukdomar som orsakas av rotavirus förebygger vaccinet sju av tio”, berättar Tuija Leino, som är chef för enheten för vaccinationsprogram vid Institutet för hälsa och välfärd.

Enligt uppskattningar förebygger vaccinet genom att ingå i det nationella vaccinationsprogrammet årligen bland annat cirka 2 000 rotavirusfall som skulle kräva sjukhusvård. Vaccinet minskar också sjukhusinfektioner, konsumtion av andra hälsotjänster samt föräldrars frånvaro från arbetet. I Finland är det sällsynt att barn dör av diarré, men med all sannolikhet kommer dessa dödsfall nu helt att kunna undvikas. Vaccinationen av spädbarn förväntas också leda till att rotavirusjukdom hos den övriga befolkningen minskar.

De årliga kostnaderna för rotavirusvaccinet är 2,6 miljoner euro. Vaccinprogrammets kostnader för vaccinet leder till kostnadsinbesparingar inom hälso- och sjukvården. Eftersom vaccinet självbekostat är dyrt, ökar inbegripandet av det i det nationella vaccinationsprogrammet också jämligheten på hälsoområdet.

Pressmeddelande 21.8.2009

Utbildningsstyrelsen och THL meddelar: Stora skillnader i yrkesläroanstalternas praxis för främjande av välbefinnande

Utbildningsstyrelsen och Institutet för hälsa och välfärd (THL, före detta Stakes) startade under hösten 2006 ett samarbete med målet att utveckla en regelbunden datainsamling om främjandet av hälsa och välbefinnande i grundskolorna och vid andra stadiets läroanstalter. Den senaste rapporten är Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa (Främjande av hälsa och välbefinnande vid yrkesläroanstalterna).

Bristande tillgänglighet av studentvårdstjänster

Enligt resultaten finns stora regionala skillnader mellan läroanstalterna i fråga om tillgängligheten och dimensioneringen av personal, både mellan länen och inom länen. De största bristerna på arbetskraft gällde läkare och psykologer. I praktiken fanns vid alla läroanstalter en hälsovårdare, medan en läkare fanns tillgänglig vid 65 % av läroanstalterna. Inom studenthälsovården verkade hälsovårdarna i medeltal 16,8 timmar i månaden per 100 elever medan motsvarande antal timmar för läkarna var 0,4. Vid största delen av läroanstalterna uppfylldes inte de rekommendationer för dimensioneringen av personal som fastställs i handboken för studenthälsovården.

Omkring 40 % av läroanstalterna uppgav att de inte hade någon psykologverksamhet alls. Socialarbetet saknades vid 19 % av läroanstalterna. Studentvårdstjänsterna var minst tillgängliga i Uleåborgs och Lapplands län.

Dessa resultat ifrågasätter elevernas lika tillgång till studentvårdstjänster oberoende av hemorten.

Skillnader i verksamhetspraxis

Endast en tiondel av läroanstalterna uppfylde rekommendationerna för hälsoundersökningar enligt handboken för studenthälsovården.

En tiondel av läroanstalterna meddelade att rökning är förbjudet vid anstalten. Var tionde läroanstalt uppgav att de meddelar föräldrarna om under 18-åringar som röker. Däremot rapporterade största delen av läroanstalterna om alkohol- eller droganvändning till föräldrarna.

Ärenden som gäller alkoholbruk behandlades oftast under ledning av läroanstaltens rektor, en lärare eller gruppledare, och i diskussioner med elevgrupperna.

Som disciplinära åtgärder använde läroanstalterna främst skriftliga varningar, avstängning från elevhemmet, avstängning för viss tid och förlorad studierätt.

Varannan läroanstalt uppgav att de gör heltäckande uppföljningar av olycksfall. Därremot följde en fjärdedel inte systematiskt upp olyckor som skett vid läroanstalten, vid platserna för inläring i arbetet eller yrkesprovet, eller under resorna till dessa platser. Elevernas möjlighet till deltagande i planeringen av sin egen verksamhet varierade. I planeringen av inläring i arbetet eller ordnandet av utflykter eller studieresor var elevernas roll viktig, men de deltog sällan i uppgörandet eller revideringen av läroplanen, förnyandet av ordningsreglerna eller utvecklandet av planerna för välbefinnande.

I ungefär var tredje läroanstalt finns både fysikaliska och biologiska faktorer som orsakar sjukdom som inte avlägsnats.

Undersökningens resultat som grund för beslutsfattande

Med hjälp av den nya rapporten kan det arbete som gjorts för att främja hälsa och välbefinnande vid yrkesläroanstalterna åskådliggöras. Som grund för en jämförbar uppföljning behövs information på läroanstaltsnivå om nuläget vid anstalterna. På basis av undersökningen kan det konstateras att det fortfarande är rätt arbetskrävande att få fram jämförbar information om yrkesläroanstalterna. De olika läroanstalterna och förvaltningsområdena har olika praxis som inverkar på datainsamlingen och användningen av informationen. Man måste på ett riksomfattande plan besluta om sådana centrala uppgifter som ska samlas om läroanstalterna, vilka sedan uppföljs systematiskt i statistiska rapporter om utbildningen.

Inforuta: Hur gjordes undersökningen?

Utredningen gjordes som en förundersökning i form av en post- och webbenkät under hösten 2008. Enkäten besvarades av 84 % (N=192) av läroanstalterna som ordnar utbildning som leder till yrkesinriktad grundexamen. Undersökningen omfattade följande områden: elevvårdstjänster, elevvård, elevvårdsgrupper, mobbning, våld och trakasseri, olyckor, arbetsförhållanden, verksamhetskultur, hälsokunskap, förebyggande av avbrutna studier, bespisning, elevhemsverksamhet och hobbyverksamhet.

Det huvudsakliga målet med undersökningen var att testa insamlingen av jämförbara data om läroanstalternas verksamhet, evenemang, resurser, och gemensamma praxis för främjandet av elevernas hälsa och välbefinnande. Det har aldrig tidigare gjorts en lika omfattande undersökning gällande yrkesläroanstalterna.

Pressmeddelande 25.8.2009

Mentalvårds- och missbruksproblem förebyggs med hjälp av nya arbetsmodeller

Mentalvårds- och missbruksproblem är en belastning och hjälpen bör vara så lättillgänglig som möjligt i kommuninvånarnas vardag. Valfärden i hela samhället förbättras då man satsar på mentalvårds- och missbruksarbetet. Exempel på nya arbetsmetoder inom mentalvårds- och missbruksarbetet är vård av depression med hjälp av videokonferenser, rådgivningsgrupper för mammor och barn samt ambulering öppenvårdstjänster.

Syftet med den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete som publicerades i början av året är att stärka klientens ställning, förebygga och främja mentalvårds- och missbruksarbetet och betona bas- och öppenvårdstjänster. Vid ett utvecklingsseminarium om mentalvårds- och missbruksarbete i Kommunernas hus i Helsingfors den 25 augusti diskuterade deltagarna

hur planen ska verkställas. Dessutom presenterades nya arbetsmodeller för mentalvårds- och missbruksarbetet.

Mamma-barn-grupper förebygger postnatal depression i Vanda

Vid rådgivningsbyråerna i Vanda har man tagit i bruk gruppen Iloa Varhain som riktar sig till mammor och barn. Syftet är att förebygga depression i samband med förlossningen, vårda lindrig depression samt stöda den tidiga interaktionen mellan mammor och barn. Gruppen sammanträder en gång i veckan under 8-10 veckors tid och fyra eller fem mamma-barn-par deltar. I gruppen lär man sig att identifiera sinnesstämningar och metoder för att påverka sinnesstämningarna med hjälp av arbetsböcker och två handledare.

Depression kan även vårdas med hjälp av videokonferenser

På grund av långa distanser är det inte alltid möjligt att ge vård ansikte mot ansikte. I Lappland har man därför utrett hur väl videokonferensteknik kan tillämpas på öppenvård för deprimerade. Personer från en öppenvårdsgrupp deltog i försöket på olika håll i Lappland antingen hemma eller vid en hälsovårdsstation medan handledarna arbetade i Rovaniemi. Verksamheten förverkligades som en depressionsskola, det vill säga genom att tillämpa egenvårdsmetoder och förebyggande metoder för vård av depression och utmattning i kursformat. 60 procent av deltagarna ansåg att tillvägagångssättet var lämpligt och fungerande och 63 procent var intresserade av att använda liknande tjänster även i fortsättningen. Tillsvdare försvåras verksamheten av att Lappland saknar ett heltäckande bredbandsnätverk.

Nya lokala lösningar i Österbotten och Mellersta Finland

Österbotten-projektet (2005-2014) utvecklar ett omfattande servicesystem för mentalvårds- och missbruksarbetet i Syd-Österbotten, Mellersta Österbotten och Österbotten. Det centrala i projektet är att främja den psykiska hälsan och välfärden för befolkningen i hela regionen, minska skador som är relaterade till den mentala hälsan och missbruk samt att trygga tillräckliga mentalvårds- och missbrukstjänster av hög kvalitet. I Mellersta Finland utvecklas mentalvårds- och missbruksarbetet med hjälp av internationella arbetsmodeller där snabba och ambulerande öppenvårdstjänster är en väsentlig del av servicesystemet.

Stödmaterial om planen för mentalvårds- och missbruksarbete till kommunerna

Kommunerna svarar för den kritiska utvärderingen och utvecklingen av sina bastjänster. Institutet för hälsa och välfärd (THL) stöder kommunerna då det gäller att förstärka bastjänsterna och att sammanföra mentalvårds- och missbrukartjänsterna. THL producerar också stödmaterial till kommunerna så att de kan verkställa planen för mentalvårds- och missbruksarbetet. THL har sammanställt en verkställighetsplan för planen för mentalvårds- och missbruksarbetet. Verkställighetsplanen anknyter sig till många pågående program såsom Kaste-programmet, åtgärdsprogrammet Fungerande hälsovårdscentraler, handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnaderna och Alkoholprogrammet.

Pressmeddelande 25.8.2009

Enkäten Hälsa i skolan 2009: Ungdomarnas attityder till alkohol och narkotika har mildrats

En mer tillåtande attityd till alkohol, narkotika och tobak framträder i resultaten från enkäten Hälsa i skolan. Andra centrala observationer är att skillnaderna mellan flickors och pojkars rökning och alkohol- och narkotikabruk minskat och att alkoholbruk bland ungdomars närstående är vanligt.

Av ungdomarna frågades vad de anser om rökning och bruk av alkohol och narkotika nu och då och regelbundet. Bland eleverna i grundskolans högre klasser och gymnasiet hade en accepterande attityd till rökning blivit klart vanligare jämfört med tidigare år. Även att dricka ett par alkoholportioner och att vara berusad en gång i veckan godtogs mer allmänt än tidigare. När det gäller olagliga droger, godkände pojkar mer allmänt än tidigare rökning av marijuana nu och då och regelbundet. Även bland gymnasieflickor hade en positiv attityd till att röka marijuana nu och då blivit vanligare. Yrkesstuderandes attityder till rökning och till att dricka sig berusad en gång i veckan var mer tillåtande än gymnasieelevers. I övrigt motsvarade yrkesstuderandenas attityder gymnasieelevernas.

Ungdomarna tillfrågades om någon av deras närstående brukar så mycket alkohol att det orsakar problem i den ungas eget liv. Nästan 14 procent av de svarande upplevde att en närståendes alkoholbruk medför problem, vilket visar att vuxnas alkoholbruk belastar barnen.

Bland pojkar i grundskolans högre klasser hade daglig rökning ökat, medan den var nästan oförändrad bland flickorna. Andelen gymnasieelever som röker dagligen hade minskat lite. När det gäller daglig rökning, märktes det ingen skillnad mellan könen på gymnasier och yrkesläroanstalter. I grundskolan var daglig rökning fortfarande vanligare bland pojkar än bland flickor. Det var fyra gånger vanligare att yrkesstuderande rökte dagligen än att gymnasieelever gjorde det.

Att dricka sig berusad varje månad hade minskat både i grundskolans högre klasser och gymnasiet. Undantaget är gymnasieflickor, vars berusningsdrickande inte minskat sedan 2005. För åtta år sedan var månatligt berusningsdrickande bland gymnasieflickor 11 procentenheter ovanligare än bland pojkarna. Nu är skillnaden endast 4 procentenheter.

Minskningen av att prova på olagliga droger avstannade bland både eleverna i grundskolans högre klasser och gymnasieeleverna. Bland yrkesstuderande var det nästan dubbelt vanligare än bland gymnasieelever att dricka sig ordentligt berusad och att prova på olagliga droger.

Varningssignalerna bör beaktas

Under de senaste åren har ungdomarnas alkohol- och narkotikabruk och rökning minskat enligt enkäterna Hälsa i skolan. Nu är det viktigt att beakta signalerna på att alkohol- och narkotikabruk och rökning eventuellt håller på att bli vanligare. Det viktigaste är att följa ungdomarnas välbefinnande och att aktivt lyssna på dem. På så sätt är det möjligt att märka och också att snabbt ingripa i oroväckande utveckling. Enligt Institutet för hälsa och välfärd visar resultaten att både inom tobakspolitiken och alkohol- och narkotikapolitiken finns det skäl att fortsätta åtgärder som tryggar en fortsatt positiv utveckling när det gäller elevers rökning och alkohol- och narkotikabruk. Åtgärderna påverkar den framtida folkhälsan.

Ett fungerande system för att stödja ungdomars välbefinnande kräver till exempel tillräckliga resurser för elev- och studerandevården samt ett smidigt mångprofessionellt samarbete. På det viset finns det möjlighet att undvika dyra och delvis ineffektiva korrigerande åtgärder.

Ungdomarna har visat att de vet mycket om hälsan också i fråga om alkohol och tobak och att de kan göra goda val. Genom hälsofrämjande utvecklingsmiljöer, som skolor, är det möjligt att stödja de goda valen. En central utmaning är också attitydfostran och att känna till den information som den virtuella verkligheten erbjuder samt att påverka innehållet i dessa.

I enkäten Hälsa i skolan deltog 48 964 elever i klasserna 8 och 9 i grundskolan, 21 834 elever i åk 1 och 2 i gymnasiet och 21 215 första och andra årets studerande vid yrkesläroanstalter i Uleåborgs och Västra Finlands län samt landskapet Åland.

Pressmeddelande 27.8.2009

Kvinnors berusningsdrickande ökat kraftigt på 2000-talet

Enligt dryckesvaneundersökningen 2008 har kvinnornas berusningstillfällen ökat i alla åldersgrupper, medan tillfällen med lägre konsumtion till och med har minskat. Männens berusningstillfällen ökade endast i den yngsta åldersgruppen (15–29 år) och mindre än de unga kvinnornas. Resultaten rapporteras i nummer 4/2009 av tidskriften Yhteiskuntapolitiikka, som utkommer i september.

I dryckesvaneundersökningen 2008 framkom ett ökande berusningsdrickande bland kvinnor i alla situationstyper som utformats enligt dryckesplats, dryckessällskap och veckodag. Detta framgick också av att andelen alkohol som kvinnor konsumerade i berusningssituationer hade ökat från 26 procent år 2000 till 42 procent av all alkohol som kvinnor konsumerade.

Kvinnornas ökande berusningskonsumtion på 2000-talet är inte enbart en följd av skattesänkningen 2004 och avregleringen av importen. Den är också en fortsättning på en längre tids utveckling. Dessutom är den ett tecken på samhällets liberaliserade attityd till kvinnors alkoholbruk. Nuförtiden har kvinnorna större frihet att besluta hur de brukar alkohol. Könens alkoholbruk har likriktats i Finland. Kvinnorna dricker emellertid fortsättningsvis mer sällan och avsevärt mindre mängder alkohol än männen.

Ökningen av antalet dryckestillfällen var störst i både männens och kvinnornas mognare årgångar (50–69 år). De vuxna männens dryckestillfällen spreds i någon mån till veckans första dagar, medan de yngre männens och kvinnornas dryckestillfällen koncentrerades mer än tidigare till veckoslut. Hemmiljön stärkte fortfarande sin ställning som finländarnas populäraste plats att dricka. År 2008 försiggick mer än tre av fyra av männens och kvinnornas dryckestillfällen i hemmiljön, medan dryckestillfällena på serveringsställen minskade för båda könen. Att dryckestillfällena i hemmiljön ökat framgick också av att dryckestillfällen där par dricker tillsammans och där män dricker ensamma ökat.

Enligt THL:s generaldirektör **Pekka Puska** är det glädjande att ungdomarnas alkoholbruk minskar, men den avsevärda ökningen av alkoholkonsumtionen bland den äldre befolkningen är oroväckande. I dessa åldersgrupper framträder hälsoskadorna snabbt. Oro väcker också kvinnornas ökande berusningsdrickande. Enligt Puska stöder resultaten en strikt alkoholpolitisk linje, som är nödvändig för att kunna tygla kostnaderna för dyr service inom missbrukarvården och för behandling av alkoholrelaterade sjukdomar.

Antalet dryckestillfällen under en vecka ökade per brukare med 6 procent mellan 2000 och 2008. Andelen berusningstillfällen (alkoholhalten i blodet över en promille) av alla tillfällen under en höstvecka ökade med några procentenheter.

Resultaten bygger på en jämförelse av dryckesvaneundersökningsmaterial från 2000 och 2008. För båda materialen intervjuades representativa urval av 15–69-åriga finländare genom besöksintervjuer på hösten. Resultaten bygger på uppgifter om dryckestillfällen under de sju dagar som föregick intervjun. År 2000 var antalet svarande 1 932 med 2 161 dryckestillfällen och år 2008 var antalet svarande 2 725 med 3 120 dryckestillfällen.

Källa:

Heli Mustonen, Pia Mäkelä, Petri Huhtanen. Miten suomalaisten alkoholin käyttötilanteet ovat muuttuneet 2000-luvun alussa? Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009:4), ss. 387–399.

Pressmeddelande 1.9.2009

Kirurgisk behandling av sjuklig övervikt är befogad

En omfattande utvärderingsrapport har publicerats av THL

Operativ behandling av sjuklig övervikt minskar prevalensen och hälso- och sjukvårdskostnaderna. Operation lämpar sig emellertid endast för en mycket liten del av de överviktiga, men den är ett alternativ när de övriga sätten att kontrollera övervikt är resultatlösa. I Finland har cirka två procent av den vuxna befolkningen sjuklig övervikt. I anslutning till sjuklig övervikt förekommer det ofta associerade sjukdomar och en avsevärd försämring av livskvaliteten.

Operativ behandling av sjuklig övervikt minskar dödligheten sett över en tidsperiod på över 10 år. Förekomsten av typ 2-diabetes och många andra associerade sjukdomar minskar efter operation och patientens livskvalitet förbättras. Vanligen minskar vikten avsevärt efter operation, men operation leder sällan till normal vikt. En del av de opererade magrar bara tillfälligt. Den operativa dödligheten är låg, men utöver vanliga operativa komplikationer kan funktionsstörningar i matsmältningskanalen förekomma senare.

Enligt rapportens kostnadsnyttoanalys minskar operativ behandling av sjuklig övervikt förekomsten av associerade sjukdomar och förbättrar avsevärt livskvaliteten. Samtidigt sparas under tio år uppskattningsvis cirka 13 000 euro i hälso- och sjukvårdskostnader per patient.

Det är fråga om sjuklig övervikt när viktindexet är över 40. Man låter sig opereras av hälsoskäl och patienternas erfarenheter av behandlingen är vanligen positiva. Ur etiskt perspektiv är det viktigt att personer med sjuklig övervikt bemöts på samma sätt som andra personer som behöver vård. En grundlig patientinformation är mycket väsentlig.

År 2008 opererades i Finland cirka 400 patienter på grund av sjuklig övervikt. Antalet operationer fördelade sig ojämnt mellan regionerna. De överläkare som ansvarar för operativ behandling av övervikt uppskattade antalet operationer år 2013 till cirka 2 000, om behövliga resurser fås.

En nationell strategi för behandling av övervikt behövs

Den utvärderingsstudie som Finohta, THL:s enhet för metodutvärdering, utarbetat om operativ behandling av övervikt är en exceptionellt omfattande rapport. Flera av dess författare är experter på behandling av övervikt. Rapporten är särskilt avsedd för beslutsfattande inom hälso- och sjukvården, men den riktar sig också till hälso- och sjukvårdsanställda. Vid hantering av överviktsproblemet är förebyggande och tidiga viktkontrollåtgärder primära, men för en del av de sjukligt överviktiga är operativ behandling befogad. En utmaning för beslutsfattarna är att utarbeta enhetliga kriterier för att få behandling och en etiskt hållbar nationell strategi för behandling av övervikt.

Källa:

Tuija S. Ikonen, Heidi Anttila, Helena Gylling, Jaana Isojärvi, Vesa Koivukangas, Tuija Kumpulainen, Pertti Mustajoki, Suvi Mäklin, Samuli Saarni, Suoma Saarni, Harri Sintonen, Mikael Victorzon, Antti Malmivaara. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito [Operativ behandling av sjuklig övervikt]. Institutet för hälsa och välfärd. Rapport 16/2009. Helsingfors.

Pressmeddelande 3.9.2009

Nu fås svininfluensamaterial från webben

Material om svininfluensan kan fritt skrivas ut och användas av t.ex. skolor, daghem eller andra organisationer när det informeras om svininfluensan, eller till husbehov.

Affischerna kan skrivas ut i A3- eller A4-format. Materialet har utarbetats av Institutet för hälsa och välfärd (THL) i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet.

Det finns två tecknade Stop influensa-affischer: en grön "Tvätta händerna med tvål och vatten" och en gul "Stanna hemma när du är sjuk". För närvarande finns affischerna på finska, svenska och engelska. De kommer också att översättas till samiska, somaliska och ryska. Dessutom finns affischserien "Stop influensa", som är avsedd för allmänt bruk, med bilder och korta sloganer för bekämpning av svininfluensan: "Tvätta händerna!", "Hosta i en näsduk eller ärmvecket!", "Stanna hemma när du är sjuk!". "Bort med bacillerna!" är bilder om att tvätta och desinficera händerna och riktar sig till barn. Bilderna kan skrivas ut på självhäftande ark och sedan klistras på väggen i t.ex. daghem. Affischserien "Stop influensa" och bilderna "Bort med bacillerna!" finns på både finska och svenska.

De tecknade Stop influensa-affischerna riktar sig till skolelever. För närvarande finns de på finska och svenska. De kommer också att översättas till engelska, samiska, somaliska och ryska.

Pressmeddelande 8.9.2009

SHM och THL meddelar: Olycksfall bland barn och unga ska förebyggas med hjälp av ett omfattande program

Årligen dör i Finland omkring 300 personer som är under 25 år gamla och över 14 000 måste tas in på sjukhusens bäddavdelningar på grund av olycksfall, självvållad skada eller våld. Av alla dödsfall bland 1-24 åringar beror 30-40 procent på olyckshändelser. Motsvarande tal för personer i arbetsför ålder är bara 11-17 procent. Olycksfall bland barn och unga ska förebyggas med hjälp av ett tväradministrativt program som publiceras idag den 8 september.

Mest olyckor bland barn och unga inträffar hemma och under fritiden. Särskilt trafikolyckor är mycket allmänna. Trafiken orsakar mest dödsfall bland barn och unga. Dessutom är förgiftningar en allmän dödsorsak bland unga och drunkning bland små barn. Själv mord blir allmännare från 13 års ålder och under 2000-talet har årligen nästan 130 ungdomar dött på det sättet.

I programmet för att förebygga olycksfall bland barn och unga föreslås flera åtgärder som berör lagstiftningen, miljön, produkter, tjänster, uppfostran, forskning och utbildning. Åtgärderna varierar enligt de olika olycksfallsorsakerna. I programmet föreslås bland annat att användningen av flytvästar blir obligatorisk då man rör sig på vattnen, sänkning av mervärdesskatten på säkerhetsanordningar utreds, och lek- och motionsplatser utvecklas så att de utökar den fysiska aktiviteten.

Man bedömer att med hjälp av olika åtgärder kunna minska förluster av hälsa på grund av olycksfall och våld med upp till 90 procent. Även kostnaderna skulle minska, till exempel enligt en utredning gjord i Nederländerna, ger en insats på en euro för att förebygga olycksfall en inbesparing på upp till tio euro i sjukvårdskostnader.

I det nationella programmet för att förebygga olycksfall bland barn och unga föreslås att de olika olycksfallssektorerna, förvaltningsområdena, myndigheterna och näringslivet i samarbete skapar ett system för att koordinera verksamheten på den nationella och den regionala nivån. Olycksfallen har fått för lite uppmärksamhet till exempel inom hälso- och sjukvården, trots att man genom förebyggande verksamhet kunde minska belastningen på hälsovården.

De befintliga systemen borde också utnyttjas bättre. Inläringen av positiva säkerhetsattityder börjar redan tidigt och de vuxnas exempel och roll som uppfostrare är oersättlig. Hemmens, fritidsmiljöernas, rådgivningarnas, dagvårdens samt skolornas och läroanstaltnas, arbetsplatsernas och försvarsmaktens möjligheter att fungera som säkerhetsfostrare kunde utnyttjas mera. Barn och unga ska tas med i utvecklandet av metoder för att öka säkerheten.

Programmet för att förebygga olycksfall bland barn och unga sammanställer för första gången mera omfattande information från hela Finland. Flera ministerier, forskningsanstalter och organisationer samt Finlands kommunförbund och Utbildningsstyrelsen har deltagit i utformningen

av programmet. Europeiska kommissionen och Världshälsoorganisationen har rekommenderat sina medlemsländer att göra upp ett nationellt program för att trygga barnens liv.

Publikationen ”Turvallinen elämä lapsille ja nuorille. Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisy ohjelma” (Ett tryggt liv för barn och unga. Nationellt program för förebyggande av olycksfall bland barn och unga) offentliggörs vid ett seminarium den 8.9. Nätversionen av publikationen (pdf) Seminarieprogrammet med föredrag finns på Institutets för hälsa och välfärd olycksfallsportal (på finska)

Uppgifter om publikationen: Turvallinen elämä lapsille ja nuorille. Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisy ohjelma. (Ett tryggt liv för barn och unga. Nationellt program för att förebygga olycksfall bland barn och unga). Markkula J. & Öörni E. (ed.). Institutet för hälsa och välfärd. THL Rapport 27/2009. Helsingfors 2009.

Pressmeddelande 17.9.2009

SHM och THL meddelar: Förslaget till vaccinationsordning är färdigt

De första vaccinerna mot influensa A(H1N1)v anländer till Finland i oktober. Den pandemikordinationsgrupp som inrättats av social- och hälsovårdsministeriet har behandlat expertgruppens förslag till i vilken ordning vaccinationerna ska ges och anser att den föreslagna vaccinationsordningen är motiverad. På grundval av förslaget bereds ett förslag till statsrådets förordning, om vilken man har för avsikt att fatta ett beslut på fördragning av omsorgsminister **Paula Risikko** torsdagen den 24 september.

Den nationella expertgruppen för vaccinationsfrågor har utarbetat ett förslag till vaccinationsordning, som har behandlats i Delegationen för smittsamma sjukdomar och i Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården. Vaccinationsordningen har utarbetats på medicinska grunder mot bakgrund av den epidemiologiska information man har för närvarande, och den följer riktlinjerna i beredningsplanerna inför en pandemi. Det är viktigt att besluta om vaccinationsordningen, eftersom Finland får vaccinet i små omgångar och genomförandet av vaccinationerna tar många månader.

Först vaccineras hälso- och sjukvårdsanställda samt gravida

Enligt förslaget skulle först de anställda inom hälso- och sjukvården, socialvården och sjuktransporten som vårdar infektionspatienter eller infektionsmottagliga patienter, samt apoteksanställda inom kundtjänsten vaccineras. De som vårdar infektions- och jourpatienter exponeras mångdubbelt för viruset genom sitt arbete, eftersom de som insjuknat uppmanas att vända sig till dem. Att vaccinera hälso- och sjukvårdsanställda skyddar också de patienter som kanske inte skyddas så bra av vaccinet på grund av en försvagad motståndskraft.

Följande grupp som skulle vaccineras är gravida kvinnor. Trots att största delen av de gravida kvinnorna får en lindrig sjukdom, är risken för att deras sjukdomsbild blir allvarig större än för andra kvinnor i samma ålder.

Som tredje grupp skulle man vaccinera sådana personer i åldern 6 månader–64 år som hör till en riskgrupp. Till den här gruppen hör personer med en hjärt- eller lungsjukdom som kräver regelbunden medicinering, en metabolisk sjukdom, kronisk lever- eller njurinsufficiens, en sjukdom eller behandling som försämrar motståndskraften samt en kronisk neurologisk eller neuromuskulär sjukdom. För personer över 65 år är risken att insjukna mindre än för någon annan befolkningsgrupp. I gruppen under 65 år har största delen av dem som insjuknat och haft en allvarlig sjukdomsbild eller dött haft en av de ovannämnda kroniska sjukdomarna.

Som fjärde grupp skulle man vaccinera friska barn i åldern 6–35 månader, eftersom små barn har en hög prevalens och sjukdomen oftare än genomsnittligt har lett till sjukhusvård. Dessutom är barnen effektiva smittspridare.

Som femte i ordningen skulle vara friska barn och ungdomar i åldern 3–24 år samt värnpliktiga. En framgångsrik vaccinering av unga åldersklasser är det viktigaste sättet att begränsa spridningen av pandemin i Finland. Genom att vaccinera unga och på så sätt förebygga allvarliga sjukdomsfall i den här åldersgruppen sparar man så många levnadsår som möjligt.

Som sjätte skulle man vaccinera personer som fyllt 65 år och som på grund av en sjukdom hör till en riskgrupp. I den här åldersklassen är incidensen för influensaviruset A(H1N1)v tydligt lägre enligt de insamlade uppgifterna.

Pandemisituationen bedöms på nytt innan hela befolkningen vaccineras

Hela befolkningen kan vaccineras under hösten och vintern. Situationen och behovet av att vaccinera hela befolkningen bedöms emellertid när man ser hur situationen utvecklas. Om epidemisituationen fortfarande kräver en fortsättning av vaccinationerna, vaccineras friska personer i åldern 25 år och över som följande grupp med början i de yngre åldersgrupperna.

Kommunerna anordnar vaccinationerna i regel på hälsovårdscentralerna. Att ta vaccinet är frivilligt. Institutet för hälsa och välfärd informerar om vaccindistributionen till kommunerna, och kommunerna ansvarar för informationen om vaccinationsarrangemangen lokalt. Enligt dagens uppgifter är det sannolikt att vaccinationerna kommer att inledas i slutet av oktober.

Social- och hälsovårdsministeriet har beslutat att de beredskapslager som Försörjningsberedskapscentralen anskaffat ska tas i bruk, så att det finns tillräckligt av olika antivirala läkemedel, även de kapslar som ges till barn. Dessutom har Läkemedelsverket gett anvisningar till apoteken om att framställa av kapslar en vätska för patienter som inte kan svälja kapslar. Sjukdomen är vanligen lindrig och den sjuke tillfrisknar hemma utan receptbelagda antivirala läkemedel. Därför följs vid ordination av antivirala läkemedel fortfarande de anvisningar enligt vilka läkemedlen ordineras till de människor som särskilt behöver dem.

I Finland finns det ännu inte någon epidemi orsakad av viruset A(H1N1)v. En snabb ökning av antalet fall eller omfattande kollektiva smittor har inte observerats. Det totala antalet bekräftade influensa A(H1N1)v-smittor är 244. Det går att skjuta fram epidemins begynnelse, om befolkningen iakttar en god handhygien och hygienanvisningarna för hostning.

Pressmeddelande 23.9.2009

Institutionsvården för äldre har blivit bättre på 10 år – mycket återstår att göra

Institutionsvården har gradvis ändrat sina rutiner och arbetssätt i en riktning som gynnar den återstående funktionsförmågan hos äldre. Rehabiliteringsfrämjande vårdinsatser har ökat, medan sömn- och psykosläkemedel används i mindre utsträckning än tidigare. Resultaten framgår av en studie av kvalitetsresultaten inom äldreomsorgen. Förhandsdata om studien publicerades i onsdags. En utmaning är till exempel att tidigt identifiera eventuell risk för undernäring.

Det bärande elementet i en god långvård av äldre är att bevara den återstående funktionsförmågan. Förutsättningar är bl.a. tillräcklig näringstillförsel, rörelseförmåga antingen själv eller med ledsagare samt undvikande av onödig medicinering med psykofarmaka. Dessa faktorer kan följas upp med hjälp av kvalitetsbedömningssystemet RAI1). Systemet mäter vårdkvalitet och -effektivitet och har på frivillig basis använts av långvårdsenheter i 10 år. Med hjälp av RAI fick över en tredjedel av landets långvårdspatienter år 2009 sin vårdkvalitet utvärderad.

De rehabiliterande vårdinsatserna har ökat från 2001 med 9 % -enheter (57–66 %). Användningen av psykosläkemedel utan betydlig orsak har minskat med 10 % -enheter utan någon betydlig

förändring i klienternas beteendesymtom. Regelbunden användning av sömnmedel har minskat med 22 % -enheter (41–19 %), utan att sömnstörningarna skulle ha ökat. Dagliga begränsningar av rörelsefriheten har minskat med 4 % -enheter (19–15 %) trots ökad grad av demens.

I ett riksomfattande RAI-seminarium som arrangeras av THL i Helsingfors den 23–24 september kommer förhandsuppgifter att presenteras om mer omfattande kvalitetsbedömningar inom äldreomsorgen. Senare i höst kommer resultaten att publiceras i sin helhet. Resultaten öppnar en synvinkel för utvärderingen av äldreomsorgen, som under den senaste tiden debatterats i offentligheten.

”När befolkningen åldras samtidigt med en åtstramning i den offentliga ekonomin är det klart att äldreomsorgen blir en kännbar nationell utmaning. RAI-resultaten visar emellertid att vårdkvaliteten i sin helhet har gått framåt på många sätt”, konstaterar THL:s generaldirektör **Pekka Puska**. Det är också viktigt att ge positiv respons i den offentliga debatten till det stora antalet anställda på institutioner inom äldreomsorgen som gör en god och viktig medmänsklig arbetsinsats.

”RAI-systemet, som koordineras av THL, är ett nationellt system för kvalitetsbedömning och utvärdering av institutionsvården och som är bra att hålla i minnet i diskussionen om kvaliteten på äldreomsorgens institutionsvård”, påpekar **Harriet Finne-Soveri**, chef för Enheten för äldreservice vid THL. RAI (Resident Assessment Instrument) är ett systematiskt utvärderingsverktyg som kan tillämpas på individuella vård- och serviceplaner och på uppföljning av vårdresultat. Systemet består av hundratals frågor som mäter vårdkvalitet och kostnader på samtliga vårdnivåer inom äldreomsorgen. Indikatorer och nyckeltal utgör verktyg som behövs för planering av tjänster, uppföljning av resultat samt personalledning.

Pressmeddelande 30.09.2009

Ett rökfritt Finland senast år 2040

Ett rökfritt Finland senast år 2040 är det mål, som regeringen bör arbeta för. Det innebär att tobaksrökningen i landet måste minska med cirka 10 % varje år.

En stor grupp opinionsbildare och andra aktörer i samhället efterlyser nu konkreta åtgärder för att uppnå målet: familjer måste få stöd att fostra en rökfri generation, vuxna rökare ska backas upp för att kunna fimpas för gott och hjälpen vid tobaksavvänjning bör förstärkas.

Arbetet för ett rökfritt Finland påskyndas med ett brev till statsrådet, som generaldirektör Pekka Puska överräckte till statsminister Matti Vanhanen i Helsingfors under seminariet Ett rökfritt Finland.

Pressmeddelande 6.10.2009

Nationellt handlingsprogram för att främja amning

Tisdagen den 6 oktober lanserar THL ett nationellt amningsprogram, i vilket åtgärdsmodeller för att främja amning presenteras. Centrala åtgärder är att stärka yrkespersoners kunskaper om amning och att främja evidensbaserad praxis för amningshandledning. Det är också nödvändigt att utse nationella och regionala ansvariga för främjandet av amning. Trots att amning har blivit vanligare i Finland, ammas här fortfarande mindre än i övriga Norden.

Det nationella handlingsprogrammet för att främja amning 2009–2012 är det första övergripande finländska programmet för att främja amning. I handlingsprogrammet fastställs riktlinjer som stöd för amningshandledning på rådgivningsbyråer för mödra- och barnavård och på förlossningssjukhus. Dessutom presenteras åtgärder för att utveckla enhetlig och evidensbaserad

praxis för amningshandledning och stärka yrkespersoners kunnande. I programmet ges också rekommendationer om hur tjänster som stödjer amning och en fungerande vårdkedja kan skapas samt hur uppföljningen av och forskningen kring amning kan främjas. Handlingsprogrammet har utarbetats av en expertgrupp, som inrättats av Institutet för hälsa och välfärd.

De som möter spädbarn i sitt arbete har knappa kunskaper om amning

Hälso- och sjukvårdsanställda behöver evidensbaserad kunskap för att kunna stödja amning. Amningskunskapen behöver stärkas främst i den grundläggande utbildningen för hälsovårdare, barnsjukskötare, barnmorskor och läkare. Enligt riktlinjerna i det nya amningsprogrammet bör alla vårdanställda inom mödravården och på rådgivningsbyråerna för barnavård ha en amningshandledarutbildning på minst 20 timmar. Enligt en utredning som genomfördes 2004 hade endast en tredjedel av hälsovårdarna på rådgivningsbyråerna den här internationellt kongruenta utbildningen. Den amningshandledning och det stöd som ges på rådgivningsbyråer är viktigt särskilt under babyns första månader och när det uppstår problem med amningen. Största delen (83 procent) av den vårdpersonal som arbetar på förlossningssjukhus har amningshandledarutbildning, men endast 28 procent av dem som arbetar på intensivvårds- och övervakningsavdelningar för nyfödda har den. Läkarna behöver mer information om de grundläggande amningsprinciperna och fördjupad kunskap om betydelsen av modersmjölk för spädbarnets växande och utveckling.

Satsning på amningshandledning syns i statistiken

Största delen (82 procent) av förlossningsenheterna i Finland har en skriftlig plan för främjande av amning. Handlednings- och vårdpraxisen varierar emellertid mycket. Mindre än hälften av förlossningsenheterna anordnar regelbunden fortbildning i amningshandledning för vårdpersonalen. Det är vanligt att extra mjölk ges utan medicinsk orsak till nyfödda, vilket försvårar amningen i början.

Amning lyckas bäst på de sjukhus som tillämpar kriterierna i WHO:s "Tio steg för en lyckad amning". Till exempel på Barnmorskeinstitutets sjukhus i Helsingfors har givandet av extra mjölk utan medicinsk orsak till nyfödda minskat från 40 procent till 16 procent på fem år. När man kan stödja och handleda mammor bättre under de första dagarna av amning, lyckas en allt större del av mammorna med amningen och är helammande när de skrivs ut. På varje förlossningsenhet finns det skäl att granska inledningsskedets handledningspraxis och kriterierna för att ge extra mjölk.

Det nationella programmet innehåller de närmaste årens åtgärder

Handlingsprogrammet för att främja amning är ett värdefullt infopaket och verktyg för de yrkespersoner som möter spädbarn i sitt arbete samt för hälsosektorns chefer, utbildare, studerande och forskare. Organisationer som främjar småbarns och familjers välfärd samt fackliga organisationer är också en viktig målgrupp för handlingsprogrammet.

Pressmeddelande 21.10.2009

Hälsovårdscentralerna behöver stöd i hälsofrämjandet

I en färsk studie från THL konstateras stora skillnader i hälsovårdscentralernas hälsofrämjande verksamhet. THL anser att det är viktigt att skapa nationella riktlinjer.

Det var första gången som man med utgångspunkt i vad hälsovårdscentralernas ledning rapporterar undersökte hälsovårdscentralernas hälsofrämjande så här omfattande och ingående. Forskningsprofessor **Matti Rimpelä** säger att den nationella styrningen av hälsovårdscentralernas hälsofrämjande varit splittrad och begränsat sig till enskilda verksamheter. Olika folkhälsoor-

ganisationer och ministerier upprättar folkhälsoprogram, men den lokala samordningen av dem är ofta bristfällig.

I folkhälsolagen föreskrivs uppföljning av kommuninvånarnas hälsotillstånd. Enligt resultatet kunde uppföljningen liksom rapporteringen till de förtroendevalda förbättras. Endast i ett fåtal kommuner är hälsovårdscentralernas hälsofrämjande en systematiskt ledd verksamhet med ändamålsenliga resurser. En särskild utmaning är att öka kommuninvånarnas aktivitet och deltagande i förberedelserna, genomförandet och utvärderingen av verksamheten.

Enligt studien kan flera rekommendationer ges

För det första bör lagstiftningen tydligt fastställa de kärnuppgifter inom främjandet av befolkningens hälsa som hör till varje kommuns ansvarsområde. Dessutom bör lagstiftningen kräva att det i den hälso- och sjukvård som kommunerna erbjuder fastställs vilken instans som ansvarar för främjandet av befolkningens hälsa och kommunerna bör tilldela instansen rimliga resurser. Att främja befolkningens hälsa hör till kommunernas hälso- och sjukvårdsuppgifter och bör hela tiden följas upp och övervakas systematiskt. På riksnivå bör enhetliga anvisningar utarbetas för hur uppgifter som samlas in inom hälsorådgivningen ska registreras i journalerna.

Även programarbetet bör utvecklas. Folkhälsoprogram, som berör hälsovårdscentralernas verksamhet, bör upprättas och godkännas på ett systematiskt sätt under ledning av social- och hälsovårdsministeriet. Likaså bör man se till att det utarbetas kommunvisa tillämpningsmodeller för de program som berör kommunernas hälso- och sjukvårdsuppgifter. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid kommuninvånarnas deltagande i förberedelse, genomförande och utvärdering av hälsofrämjande verksamhet.

– Inom socialvården och hälso- och sjukvården pågår många reformer i vars anslutning kommunernas och hälsovårdscentralernas verksamhet kan stärkas när det gäller välfärds- och hälsofrämjande, säger överdirektör **Marina Erhola** vid THL. – Man kan utgå ifrån att beredskapen är god och att arbetet måste fortsätta och direkt fokuseras på att förebygga och behandla betydande folkhälsoproblem och -sjukdomar.

Studiematerialet sammanställdes hösten 2008 på basis av en enkät riktad till hälsovårdscentralernas ledning. Enkäten besvarades av 191 hälsovårdscentraler. Alla större och nästan alla medelstora hälsovårdscentraler svarade.

Källa:

Matti Rimpelä, Vesa Saaristo, Kirsi Wiss, Timo Ståhl (red.) *Terveyden edistäminen terveystieteiden tutkimuksissa 2008 [Hälsofrämjande vid hälsovårdscentralerna 2008]*. Institutet för hälsa och välfärd. Rapport 19/2009.

Pressmeddelande 22.10.2009

Nordiska modeller för invandrarbete behandlas i Vasa

Delaktigheten som mål – från integrationens nationella mål till god praxis i kommunerna seminariet ordnas i Vasa den 22–23.10.2009. Syftet med seminariet är att svara på de utmaningar som utvecklingsarbetet med integrationen ställer. Dessa frågor är aktuella i samtliga nordiska länder.

Den finländska integrationslagen förnyas delvis på basis av en utredning om hinder för invandrades sysselsättning. Integrationen, delaktigheten och demokratins frågor i samband med invandring är aktuella frågor i samtliga nordiska länder. I Finland och Sverige pågår förnyande av integrationslagstiftningen. I Norge har man nått goda resultat med en delaktighetsfrämjande politik.

För Institutet för hälsa och välfärd (THL), Vasa regionenhet är detta ett inledningsseminarium inom dess nya uppgift. Sedan början av 2009 hör stärkandet av mångkulturaliteten, främjandet av mental hälsa och stödandet av invandrades integration till THL:s uppgifter på såväl nationell som regional och också internationell nivå. På seminariet behandlas de nationella och nordiska integrationspolitikprogrammen och hur de genomförs. Genom det nordiska samarbetet söker man nya infallsvinklar för evaluering och utveckling av integrationspolitiken.

Seminariet behandlar invandrades sysselsättning i relation till delaktighet och integration. Bland annat diskuteras Sveriges förslag till en ny integrationslag, som skiljer sig i många hänseenden från motsvarande praxis i de övriga nordiska länderna. I de svenska och norska politikprogrammen poängteras invandrarens tidiga inträde på arbetsmarknaden. Som stöd för detta krävs enhetliga tjänster, som utgår från klientens resurser och som erbjuds i rätt tid.

Seminariet ordnas i samarbete med Institutet för hälsa och välfärd (THL), Nordens Välfärdscenter, Vasa stad, Resursringen för invandrarutbildning i Vasanejden, BoWer (Bothnia Welfare – Coalition for Research and Knowledge) och SoNET Botnia.

Pressmeddelande 28.10.2009

Nationella rådgivningsbyrådagarna 28–29.10.2009: Genom nya rådgivningsbyråkontroller nås hela familjen

De nya bestämmelserna om rådgivningsbyråarbete ålägger kommunerna att anordna för familjer fyra omfattande hälsoundersökningar innan barnet når skolåldern. Syftet med de omfattande hälsoundersökningarna är att stödja föräldrarnas välbefinnande och färdigheter som föräldrar samt att hjälpa dem att orka. Hälsoundersökningarna ger möjlighet att fokusera på att främja familjers hälsa och välbefinnande som en helhet samt på att hjälpa i ett tidigt skede.

Kommunerna måste se till att de periodiska hälsoundersökningarna senast i början av 2011 följer den förordning som trädde i kraft i juli. Vid de omfattande hälsoundersökningarna diskuteras till exempel föräldrarnas hälsovanor, alkoholbruk, familjens vardag, tryggheten i hemmet, fostran och även parförhållandet.

Genom fokusering av särskilt stöd kan hälsoskillnader minskas

Om särskilt stöd behövs, ska man enligt den nya förordningen utarbeta en plan tillsammans med den som behöver stöd och dennes familj. Genomförandet av planen ska sedan följas upp och utvärderas. Behovet av särskilt stöd ska utredas, om det hos ett barn under skolåldern, familjen eller i miljön finns faktorer som kan äventyra en sund uppväxt och utveckling. Exempel på behov av särskilt stöd är problem i den neurologiska utvecklingen, sjukdom, psykisk ohälsa och mobbing, interaktionsproblem, föräldrarnas missbruksproblem, föräldrarnas psykiska ohälsa, våld i nära relation eller problem i familjens försörjning.

Det är viktigt att rådgivningsbyråerna anordnar periodiska hälsoundersökningar i enlighet med den nya förordningen, så att behovet av särskilt stöd ska kunna bedömas och stödet fokuseras. Enligt olika studier behöver upp till en tredjedel av de familjer som är klienter på rådgivningsbyråerna särskilt stöd. – Rådgivningsbyråarbetets effekt kan ökas genom att ge intensivare stöd till dem som mest behöver det. Genom att inrikta stödet på rätt sätt kan också hälsoskillnader minskas, säger THL:s generaldirektör **Pekka Puska**.

Förordningen förenhetligar rådgivningsbyråtjänsterna

Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga utfärdades i juli. Den är bindande för kommunerna och genom den har tidigare rekommendationer omvandlats till skyldigheter. Syftet med förord-

ningen är att se till att de som väntar barn samt att hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna för dem som väntar barn och för familjer med barn under skolåldern är både planmässiga och enhetliga och att de tar hänsyn till individernas och familjernas behov.

Rådgivningsbyråarbetet når nästan alla familjer som väntar och fostrar barn. Dessutom besöker barnen rådgivningsbyråerna upp till sex års ålder, så det är möjligt att skapa en långvarig och trygg klientrelation med familjerna. – THL har till uppgift att stödja rådgivningsbyråernas viktiga arbete och utvecklingen av det samt att främja multiprofessionellt samarbete, säger Puska.

De årliga nationella rådgivningsbyrådagarna besöks av cirka 700 anställda inom rådgivningsbyråarbete och av andra personer som arbetar med barn under skolåldern samt av sektorns lärare och studerande.

Källa:

Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (380/2009).

Pressmeddelande 6.11.2009

Innoby som är avsedd för att utveckla social- och hälsovård öppen för alla

SHM, Kommunförbundet, THL, STKL, Tekry och Tekes informerar:

Innovationsmiljön Innoby, som är under uppbyggnad, samlar människor som deltar i reformeringen av social- och hälsovårdsområdet sektoröverskridande i hela landet. Nätverket är för alla aktörer en öppen miljö för att distribuera och utveckla god praxis. Dess syfte är att hjälpa kommuner att öka främjandet av välfärd och reformera social- och hälsovårdstjänster. Det viktigaste målet är att förbättra servicen med avseende på kvalitet, tillgång och effektivitet.

Under senare år har social- och hälsovården utvecklats i flera projekt. Även om flera projekt varit framgångsrika, har utvecklingsarbetet haft en svaghet: nya verksamhetsmodeller som utvecklats har inte tagits i bruk i tillräcklig omfattning. Enstaka projekt har inte haft möjlighet att sprida praxis över hela landet. Innoby skapar en nätverksliknande verksamhetsmodell för att goda idéer ska kunna användas i större utsträckning. Samfundet som är öppet för alla sammanställer utvecklingsarbetet och synliggör dess resultat och goda praxis.

Till Innoby inbjuds utvecklare, chefer och beslutsfattare. Även användare av tjänsterna kan delta i utvecklingsarbetet.

Innoby byggs ut till en öppen nationell utvecklingsmiljö där växelverkan och samarbete sker såväl på personligt plan som virtuellt. Dess tjänster omfattar bland annat Inno-opisto, Innopankki och alla Innotoris, som stöder utveckling, utvärdering och ibruktage av praxis.

Social- och hälsovårdsministeriets serviceinnovationsprojekt tog initiativ om att bygga Innoby år 2008. Innobyns byggmästare (Kommunförbundet, THL, STKL och Tekry) har förbundit sig att bygga och upprätthålla en Innoby som är öppen för alla. Dess tjänster utvecklas stegvis från och med 2010 så att de viktigaste tjänsterna används under år 2013. Finansierare är SHM och Tekes. Man ansöker om finansiering även hos Penningautomatföreningen.

Pressmeddelande 17.11.2009

Omstrukturering av tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården

Utformningen av servicestrukturen inom reformen av kommun- och servicestrukturen är ännu på hälft och oenhetlig. Kommunerna använder sig av många olika sätt när de granskar och förnyar

servicestrukturen i olika takt. Detta framgår av en rapport som THL gett ut och som överlämnades till minister **Risiko** på tisdagen.

Ett grundläggande mål i kommun- och servicestrukturreformen är att stärka verksamhetsmässigt differentierade kommunala tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården. Det sker genom att öppna verksamhetsgränserna från två håll: såväl mellan kommunerna som mellan socialvårdstjänsterna och hälso- och sjukvårdstjänsterna.

“De val och organisatoriska lösningar som reformen medför har varit utmanande och arbetsamma för kommunerna”, säger utvecklingschef **Simo Kokko** och specialforskare **Liisa Heinämäki** på THL. “Beredningsprocessen i anslutning till reformen har dock uppfattats som nyttig. Den har fått kommunernas beslutsfattare och ledningsföreträdare att stanna upp och överväga och tänka igenom lösningarna för tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården och vilken ställning de har.”

Reformen överskrider kommungränser. Åren 2009–2013 genomförs minst 118 kommun-sammanslagningar. Dessutom skapas 65–70 samarbetsområden av ny typ som bildats genom en samkommun- eller värdkommunmodell. Genom samarbetsområdena tryggar kommunerna tillhandahållandet av service för ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare, som ramlagen föreskriver. Samarbetsområdena grundar sig på ett nytt sätt på den helhet som utgörs av primärvård och därmed nära anknuten social service.

Förändringar sker såväl på landsbygden som kring centrumstäderna. Av det finländska fastlandets 332 kommuner verkar endast 43 att stanna utanför en kommunsammanslagning eller ett samarbetsområde fram till 2013.

Bilden är fortfarande väldigt brokig. En del av samarbetsområdena företräder den allra nyaste och mest innovativa utvecklingen av tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården. För andra verkar det ha varit svårt att samarbeta med samarbetspartnerna och att hitta gemensamma betraktelsesätt. På grundval av en enkät klassificerades 16 kommuner till sådana som inte har några slutliga lösningar ännu 2013.

Samordningen av social- och hälsoförvaltningen avancerar

Reformen strävar också efter att skapa bättre administration av den totala servicen. Att social- och hälsoförvaltningens administration samordnas är en viktig grund för denna utveckling. År 2005, innan reformen av kommun- och servicestrukturen inleddes, bodde nästan hälften (48 procent) av finländarna i kommuner vars social- och hälsoförvaltning var administrativt åtskild. Fram till 2013 har denna andel minskat till 11 procent enligt den utförda enkäten. Under samma period kommer andelen invånare i kommuner med en samordnad social- och hälsoförvaltning att stiga från 52 procent till 67 procent. År 2013 kommer det enligt enkäten att finnas över 100 kommuner, i vilka tillhandahållandet av social service har delats upp. En del av servicen tillhandahålls av samarbetsområdet och en del av primärkommunen. I dessa kommuner bor drygt 20 procent av befolkningen.

En administrativ samordning garanterar ännu inte att klienten får behövlig service som en sådan helhet som passar individen i fråga. Helheten skapas i den praktiska verksamheten. Enkäten visade att 70 procent av finländarna bor för närvarande i kommuner där hemservicen och hem-sjukvården samordnats till en helhet som kallas för hemservice. Även servicen inom mental- och missbrukarvården samt psykosociala specialtjänster för barn och ungdomar har slagits ihop i en allt större del av landets kommuner. Dessa förändringar påbörjades före reformen av kommun- och servicestrukturen, men reformen påskyndar förändringarna påtagligt.

I kommunerna är den vanligaste modellen för att tillhandahålla tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården fortfarande den verksamhetsområdes- eller sektorbaserade modellen (228 kommuner). Totalt 48 kommuner uppgav att de tillämpar livscykelmodellen.

Kommunerna verkar ha olika syn på hur reformen ska fortsätta. Vissa anser att man bör fokusera på resultaten, medan andra anser att man bör fokusera på de problem som ännu är olösta. Av enkäten framgick det också att de reformrelaterade begreppen är osammanhängande och oklara, vilket tydligt försvårar skapandet av en helhetsbild av reformen och av planeringen av de följande etapperna. Till exempel över en tredjedel (38 procent) av kommunerna uppgav att de tillämpar beställar-utförarmodellen vid tillhandahållande av service, men med denna beteckning avsågs i praktiken olika saker. Av enkäten framgick det också att kommunerna vill att staten ska ge klara anvisningar för det fortsatta genomförandet av reformen.

Studien genomfördes i form av en frågeenkät våren 2009. De som besvarade enkäten företrädde ledningen för kommunernas centralförvaltning och social- och hälsoförvaltning. Genom enkäten kartlades grundläggande lösningar för att uppnå det befolkningsunderlag som uppställts som mål samt planerna för hur kommunen uppnår de mål som fastställts i motiveringspromemorian till ramlagen om kommun- och servicestrukturreformen när det gäller produktion av tjänster inom socialvården och hälso- och sjukvården. Totalt 318 kommuner besvarade enkäten. För de grundläggande lösningarnas del kompletterades uppgifterna ännu hösten 2009. Enkätresultaten har även använts vid beredningen av statsrådets redogörelse för kommun- och servicestrukturreformen.

Källa:

Kokko S. m.fl. 2009. Kunta- ja palvelurakennuudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestyksistä ja tuottamisesta. [Genomförandet av kommun- och servicestrukturreformen. Enkät till kommunerna om hur tjänsterna inom socialvården och hälso- och sjukvården ska organiseras och tillhandahållas.] Institutet för hälsa och välfärd. Rapporter 36/2009. Helsingfors.

Pressmeddelande 17.12.2009

Praxisen för fosterscreening förnyas

THL har publicerat nya guider om fosterscreening för personalen på rådgivningsbyråer och för gravida kvinnor. Praxisen för fosterscreening håller på att ändras i Finland. Från och med början av 2010 ska kommunerna enligt förordningen om screening erbjuda gravida kvinnor både allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet och screening av kromosomavvikelse och anatomiska avvikelser.

Genom förordningen vill man se till att alla gravida kvinnor erbjuds enhetliga och effektiva screeningar av fosteravvikelse. Dessutom ålägger den kommunerna att erbjuda tillräcklig information i rätt tid om fosterscreeningar, så att de gravida kvinnorna med stöd av informationen kan besluta huruvida de ska delta i screeningarna eller inte.

Statsrådets förordning om screening trädde i kraft den 1 januari 2007. Den övergångsperiod på tre år som förordningen gav för att ordna servicen håller på att löpa ut. Det återstår ännu mycket för kommunerna att göra för att genomföra förordningen. Enligt en enkät som gjordes för ett år sedan erbjöd nio av tio hälsovårdscentraler allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet. Annan typ av screening erbjöds mer sällan. Minst erbjöd kommunerna den ultraljudsundersökning av anatomin som görs efter graviditetsvecka 24. Den erbjöds av endast var tredje hälsovårdscentral.

Syftet med THL:s nya guide är att hjälpa mödravården med den sociala interaktionen i anslutning till screening. THL har också publicerat kort som informerar om screening av kromosomavvikelse. Guiden som riktar sig till gravida kvinnor har omarbetats. Guiderna finns på finska, svenska och engelska.

Pressmeddelande 30.12.2009

Rättsmedicinen från länen och rättspsykiatrin från Valvira övertas av THL

Institutet för hälsa och välfärd (THL) har fått nya uppgifter från årsskiftet. THL sköter härefter de rättsmedicinska funktionerna som hittills hört till länsstyrelserna, bland annat utredningarna av dödsorsak. Från Valvira övergår de rättspsykiatriska uppgifterna till THL, bland annat sinnesundersökningarna av personer som åtalats för brott.

Länsrättsläkarnas tjänster och gällande avtal som hänför sig till rättsmedicin övergår till THL. Överföringen innebär att 19 rättsläkare och 5 byråsekreterare blir en del av THL:s personal. De kommer dock även i fortsättningen att arbeta i sina tidigare verksamhetsplatser i olika delar av landet.

Alla sakkunniga på området tillhör nu för första gången administrativt en och samma enhet. För ändamålet har THL fått en ny rättsmedicinsk enhet. Till chef för enheten har utnämnts överläkare **Riitta Kauppila**. Genom att funktionerna koncentreras till samma ställe kan verksamheten samordnas och utvecklas i hela landet.

Dödsattesterna går i början via regionförvaltningsverken

THL:s rättsmedicinska funktioner kommer under övergångsskedet att bistås av den statliga regionförvaltningen. Vad gäller aktörerna inom rättsmedicinen kommer rättsläkarnas ansvarsområden, verksamhet och besöksadresser i huvudsak att vara desamma som förut. Däremot ändras telefonnumren, e-postadresserna och faktureringsadressen. Kontaktinformation (på finska)

Den nya kontaktinformationen gäller från 4.1.2010. Om ni har svårigheter med att få kontakt var god och kontrollera uppgifterna på vår webbplats.

Dödsattesterna kontrolleras under övergångsskedet av det statliga regionförvaltningsverk inom vars område den avlidna senast haft sin hemkommun. Regionförvaltningsverken sänder dödsattesterna vidare till de ansvariga rättsläkarna på THL. Efter övergångsperioden preciseras anvisningarna om förfaringssätten på vår webbplats www.thl.fi.

Platserna för sinnesundersökningar samma som förut

Sinnesundersökningarna och utredningarna av dödsorsak görs på samma platser som hittills men nu under THL. Överföringen innebär att två rättspsykiatrer och två byråsekreterare flyttar till THL.

Syftet med omorganiseringen av de rättspsykiatriska undersökningarna och vården är att ordna myndighetsfunktionerna på ett ändamålsenligt sätt och att garantera tillräcklig juridisk sakkunskap. THL har sedan förut sakkunskap i dessa frågor och bedriver rättspsykiatrisk forskning. Nu samlas kunskapen på området under samma tak vilket ytterligare stärker den rättspsykiatriska kompetensen.

Uppgiftsområdet Rättspsykiatri tillhör Enheten för psykiska problem och missbrukarvården. Ansvariga för uppgiftsområdet är medicinalrådet **Eira Hellbom** och överläkaren **Irma Kotilainen**.

Stor ändring för THL

”THL:s ansvarsområde blir nu betydligt större”, säger forskningsprofessor **Ilmo Keskimäki**, ordförande i arbetsgruppen som på THL berett överföringen av uppgifterna.

”Överföringen har beretts i gott samarbete och alla bitar har fallit på sin plats. Visst är vi beredda på att praktiska problem kan dyka upp under övergångsperioden, men vi tar dem som utmaningar. Det finns en lösning på allt”, försäkrar Keskimäki.

Pressmeddelande 15.1.2010

Ungdomarna blir fetare, i arbetsför ålder är var femte fet, varannan väger för mycket

Fetma och därmed förknippade sjukdomar är ett betydande och kostsamt folkhälsoproblem. Av befolkningen i arbetsför ålder lider cirka 20 procent av fetma och rentav 60 procent har övervikt. Särskilt oroväckande är tendensen för fetma bland unga vuxna. Utmaningarna som beror på den ökande tendensen för fetma och diabetes är i miljonklass och diskuterades på folkhälsodagen den 15 januari.

Fetma bland barn och unga har lett till att allt yngre personer insjuknar i typ 2 diabetes. Om viktindexet är högt redan i 3–11 års ålder ökar risken betydligt för att insjukna i typ 2 diabetes i tidig vuxenålder. I dag insjuknar redan cirka 300 unga vuxna i Finland varje år.

Diabetes beror på en kombination av ärftlighet och ogynnsamma miljöfaktorer samt individuella faktorer, särskilt fetma. Ungefär en halv miljon finländare lider av typ 2 diabetes och sjukdomen förutspås öka stadigt.

Fetma- och diabetes epidemin en stor utmaning

”En central utmaning inom folkhälsa är att förebygga och bekämpa fetma genom att uppmuntra människor till att motionera och förbättra framför allt unga personers mat- och dryckesvanor. Detta kräver mycket effektiva åtgärder såväl i hemmen och skolorna som av statsmakten och näringslivet”, konstaterar generaldirektör **Pekka Puska**.

För närvarande är behandlingen av fetma inte tillräckligt effektiv. Resurserna allokeras i hög grad till operationsbehandling, vilket endast hjälper en liten andel av dem som lider av fetma. Det gäller att i allt högre grad fokusera på förebyggande och grundläggande behandling av fetma samt att rikta ekonomiskt stöd till tidiga åtgärder.

Operationsbehandling vid sjuklig fetma minskar risken för sjukdomar, förbättrar livskvaliteten och sänker hälso- och sjukvårdskostnaderna. Operation lämpar sig endast för en ytterst liten andel av alla som lider av fetma men är ändå ett bra alternativ i de fall då de övriga metoderna för att kontrollera fetma inte har haft önskad effekt.

Metoder för att förebygga och behandla folksjukdomar

Under den sjätte nationella folkhälsodagen i Helsingfors samlades närmare 600 yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård och hälsofrämjande arbete för att höra om och diskutera centrala folkhälsorelaterade utmaningarna. Under dagens lopp diskuterades bland annat hur fetma, diabetes och artärsjukdomar kan förebyggas och behandlas och vilka slags livsstilsförändringar patienter ska uppmuntras till i syfte att förebygga och behandla dessa sjukdomar.

Pressmeddelande 9.2.2010

Från en rökfri studiemiljö till ett sunt arbetsliv

Institutet för hälsa och välfärd (THL) ger ut en handbok om rökfrihet *Tupakatta työelämään* (Rökfri ut i arbetslivet) avsedd för yrkesläroanstalter. Handboken vänder sig till enheter inom den yrkesinriktade grundutbildningen och innehåller såväl dokumenterade fakta om rökfrihet som praktiska verktyg och konkreta tips för hur man kan skapa rökfria miljöer.

Alla studerande har rätt till en rökfri studiemiljö. Det är viktigt att studiemiljön stöder sunda vanor och hälsosamma val. Inom den yrkesinriktade utbildningen återstår mycket att göra när det gäller att genomföra den lagstadgade rökfriheten. Rökförbud har införts vid 11 procent av läroanstalterna, medan motsvarande andel för gymnasierna är 84 procent. Av dem som studerar

vid yrkesläroanstalter röker 39 procent dagligen. Det råder en markant skillnad inom åldersgruppen, för andelen gymnasister som röker dagligen är 9 procent.

Rökfrihet är ett centralt element i arbetsförmåga och säkerhet i arbetet. Allt fler arbetsplatser är rökfria och arbetsgivarna föredrar rökfria arbetstagare. Det är viktigt att anlägga ett helhetsperspektiv på rökfriheten under studietiden: som en rökfri studiemiljö, som stöd för rökavvänjning samt som en aspekt av kompetens och arbetsförmåga. Stöd till hälsa och välfärd hos studerande vid yrkesläroanstalterna är ett sätt att öka andelen friska och arbetsföra vuxna i arbetslivet.

Satsningar på rökfrihet är ett sätt att minska ojämlikhet i hälsa

Satsningar på rökfrihet är ett viktigt verktyg när det gäller att minska ojämlikhet i hälsa. Hälsovanor som man tillägnat sig i unga år kommer med stor sannolikhet att följa med en upp i vuxen ålder. Skillnaderna i ungas rökvanor och alkoholvanor kommer senare fram i form av hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper med olika utbildning i arbetsför ålder. Frågor kring yrkesstuderandes hälsa och välfärd har särskilt uppmärksammats i Politikprogrammet för hälsofrämjande och Nationella programmet för minskning av hälsoskillnader.

Medierna är välkomna till publiceringen av handboken ”Tupakatta työelämään” med efterföljande diskussion fredag 5.2.2010 kl. 12.00–13.00, Institutet för hälsa och välfärd, Mannerheimvägen 166, F-huset, konferenslokalerna i 1:a våningen.

Uppgifter om handboken:

Tupakatta työelämään. Savuttomuusopas ammatilliseen koulutukseen. Mustonen, Niina; Ollila Hanna (toim.) THL Opas 7/2009. Helsinki 2009.

Pressmeddelande 15.2.2010

Blandmissbruk orsakar dödsfall bland narkotikabrukare – snabba åtgärder behövs

Blandmissbruk av olagliga narkotika, läkemedel och alkohol orsakar skador och dödsfall som framgår tydligt av studien ”Suomalainen huumekuolema” (Finländsk ”drogdöd”) som genomförts av Institutet för hälsa och välfärd (THL), Nuorisotutkimus (nätverket för ungdomsforskning) och Helsingfors universitets rättsmedicinska institution samt studien ”Rattijuopon elämänkaari” finansierad av Finlands Akademi.

Blandmissbruket av olagliga narkotika, läkemedel och alkohol gäller läkemedel från lugnande eller sömnframkallande s.k. bensodiazepiner till smärtstillande opioidbaserade läkemedel. Under de senaste två decennierna har narkotikamissbrukare haft för vana att söka nya sätt att uppnå berusat tillstånd genom att använda ett flertal olika ämnen, numera också läkemedelspreparat.

”Resultaten är oroväckande och man kan fråga sig om forskrivningspraxisen bör uppdateras och om recept på läkemedel som lämpar sig för narkotikabruk förskrivs alltför lätt och utan tillräcklig kontroll. Vilka möjligheter finns det att ingripa genom alkoholpolitiska styrmedel? Dessutom är det viktigt att satsa på förebyggande arbete: i de fall där blandmissbruk observeras till exempel inom trafikövervakningen är ett tidigt ingripande ännu möjligt”, säger avdelningsdirektör **Pekka Hakkarainen** från Avdelningen för alkohol, narkotika och beroende.

Blandmissbruk oftast med i narkotikadödsfall

Undersökningen av narkotikarelaterade dödsfall 2007 avslöjade den stora andelen dödsfall vid överdosering av opioider. Dödsfallen till följd av metadon har ökat betydligt och dessutom avslöjade fallen att en stor mängd olika opioider används som läkemedel. En påfallande stor del av dödsfallen var relaterade till blandmissbruk av olika ämnen. Särskilt lugnande läkemedel, sömnmedel och smärtstillande medel samt alkohol hade en betydande andel i ett flertal dödsfall.

År 2007 upptäcktes narkotika hos 234 döda. När av dessa elimineras brott mot liv (6), självmord (45), sjukdomar (20) och olycksfall (21) återstår 142 fall klassificerade som oavsiktliga överdoseringar. Av dessa var 83 dödsfall narkotikarelaterade och 50 dödsfall narkotika- och alkoholrelaterade.

Antalet narkotikarelaterade dödsfall har ökat trots att indikatorerna på narkotikabruket har antytt en minskande trend. En förklaring till det ökade antalet narkotikadödsfall kan vara det växande blandmissbruket av olika berusande ämnen.

Undersökningen baserar sig på rättsmedicinska dokument och en genomgång av alla dödsfall från år 2007 för vilka man i dokumenten från Helsingfors universitets rättsmedicinska institution har antecknat fynd av narkotika hos den avlidna. Undersökningsupplägget har en samhällsvetenskaplig och en rättsmedicinsk aspekt. Någon liknande undersökning som granskar alla dödsfall under ett visst år har tidigare inte gjorts i Finland eller på annat håll. Undersökningen kunde göras i Finland på grund av att alla rättstoxikologiska undersökningar i anslutning till drogrelaterade dödsfall görs på samma ställe. Studien beskriver de narkotikarelaterade dödsfallen i Finland och vilka narkotika som har lett till dödsfallen.

Drograttfylleristen löper en mångdubbel dödsrisk

Enligt studien "Rattijuopon elämäkaari" var dödligheten bland personer som misstänkts för drograttfylleri nästan tiodubbel jämfört med dem som inte gjort sig skyldiga till rattfylleri under en fem års uppföljningstid. Särskilt hög var risken hos dem som misstänkts för drograttfylleri och som första gången de åkt fast hade uppvisat både narkotika, trafikfarligt läkemedel och alkohol i blodet. Hos dessa drogpåverkade förare var risken för förtida död 25-faldig jämfört med dem som inte kört i berusat tillstånd. Även ett samtidigt fynd av narkotika och alkohol eller narkotika och läkemedel innebar en 15-faldig dödsrisk hos dem som misstänkts för drograttfylleri.

Den vanligaste dödsorsaken hos personer som misstänkts för drograttfylleri var självmord. Andra vanliga dödsorsaker var oavsiktlig överdosering av narkotika/läkemedel samt alkoholrelaterad sjukdom, såsom fettlever eller oavsiktlig alkoholförgiftning. Av drogpåverkade förare som omkommit var cirka 2/3 berusade vid dödstillståndet, medan motsvarande andel i jämförelsegruppen var 1/5. Berusningens betydelse som bidragande dödsorsak var särskilt markant i de fall där den huvudsakliga dödsorsaken varit trafikolycka eller våld.

Det vanligaste läkemedlet var bensodiazepiner (lugnande / sömnframkallande), antingen ensamma eller vanligen i kombination med något annat ämne. Dödligheten var högre hos de drogpåverkade förare som första gången de åkt fast hade uppvisat bensodiazepiner eller bensodiazepiner i kombination med alkohol än hos de drogpåverkade förare hos vilka amfetamin påträffats.

Studien gällde förare som gripits av polisen för misstänkt drograttfylleri, och dödligheten bland dem jämfördes med basbefolkningen. Dödligheten bland misstänkta drograttfyllerister var som väntat högre än hos den befolkning som inte gjort sig skyldig till drograttfylleri. De som lagligt eller olagligt använt receptbelagda läkemedel (särskilt bensodiazepiner) hade högre dödsrisk än de som använt olagliga narkotika (särskilt amfetamin).

När en person åker fast för drograttfylleri kan tidpunkten vara den rätta att ingripa i missbruket och hänvisa till vård, särskilt när det gäller användare av bensodiazepiner.

Källor:

Mikko Salasuo, Erkki Vuori, Mikko Piispa, Pekka Hakkarainen. Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista (Finländsk "drogdöd" 2007. En tvärvetenskaplig granskning av rättsmedicinska dokument om dödsorsak). THL:s Rapport 43/2009,

Av undersökningen ”Rattijuopon elämänkaari” har artikeln Karjalainen K, Lintonen T, Impinen A, Mäkelä P, Rahkonen O, Lillsunde P & Ostamo A (2009) Mortality and Causes of Death among Drugged Drivers publicerats i tidskriften Journal of Epidemiology and Community Health.

Pressmeddelande 24.2.2010

Hälsokostnaderna störst i huvudstadsregionen, minst i Kajaland

Kommunerna i Kajaland använder i medeltal en fjärdedel mindre resurser till hälsotjänster än kommunerna i Helsingfors och Västnyland, då kommuninvånarnas behov av tjänster beaktas. Enligt en ny utredning som har gjorts av THL var servicekostnaderna per invånare för hälso- och åldringsvård 11 procent mindre i Kajaland än det finländska genomsnittet år 2008, medan de i Västnyland var 14 procent större än genomsnittet.

Skillnaderna mellan kommunerna har minskat i fråga om de s.k. behovsstandardiserade kostnaderna, eftersom landets dyraste kommuner har skurit ned på kostnaderna, medan de billigaste kommunerna har blivit dyrare. Kostnaderna har ökat mest i Östra Savolax, Päijänne-Tavastland och Kymmenedalen sedan år 2007. Befolkningens servicebehov har vuxit i nästan alla kommuner. THL har följt med utvecklingen av de behovsstandardiserade kostnaderna varje år sedan år 2000. Utredningen gäller bara Fasta Finland och omfattar alltså inte Åland.

Stora kostnadsskillnader bör uppmärksammas

År 2008 fanns de dyraste kommunerna huvudsakligen i trakterna kring Helsingfors och Åbo, på västkusten och i norra Finland. Kostnaderna i de 12 dyraste kommunerna på kartan i bilagan var mer än 15 procent (mörkrött) högre än genomsnittet i landet och kostnaderna i 40 kommuner mer än 5–15 (ljusrött) procent högre än genomsnittet beräknat per invånare. De billiga kommunerna finns jämnt utspridda över landet med undantag av nordligaste Finland.

”Om en kommuns behovsstandardiserade hälsokostnader avviker mer än tre procent från medeltalet i landet, rekommenderas en lokal utvärdering av varför mer eller mindre resurser används för tjänsterna än i landet i genomsnitt”, råder forskaren **Timo Hujanen**.

Större utgifter än genomsnittet kan bero på ineffektiva servicestrukturer eller på att kommunen har råd att producera dyrare och mer högklassiga tjänster än de övriga kommunerna. Kommuner med inflyttningsöverskott är ofta dyrare än genomsnittet. Dyrare tjänster kan även delvis bero på att en kommun är tvåspråkig eller glest bebyggd.

Mindre utgifter än de övriga kommunerna kan bero på att kommunen inte har råd med dyra tjänster eller på att de medel som kommunen har beviljat för hälso- och åldringsvård inte räcker till för att garantera de nödvändiga tjänsterna åt alla. Brist på hälsovårdspersonal kan ta sig uttryck i mindre kostnader än de övriga kommunerna i jämförelsen.

Bland de stora kommunerna är kostnaderna per invånare störst i Helsingfors, där kostnaderna i relation till servicebehovet är 15 procent högre än genomsnittet i landet. I Esbo och Vanda är kostnaderna 9 procent högre än genomsnittet, medan de i Vasa ligger 8 procent över genomsnittet.

I de 20 största kommunerna är kostnaderna 3,7 procent högre än i landet i genomsnitt. Medelstora kommuner med 20 000–50 000 invånare ligger på samma nivå som genomsnittet i landet (-0,3 procent). Kommuner med färre än 20 000 invånare ligger 3,3 procent under genomsnittet.

Kostnadsskillnaderna mellan de minsta kommunerna är stora. Till exempel är kostnaderna i Lestijärvi 23 procent mindre och kostnaderna i Utsjoki 34 procent större än i landet i genomsnitt.

”Vid sidan av de behovsstandardiserade kostnaderna är det dock skäl att även utvärdera tillgången till tjänsterna, tjänsternas kvalitet och effektivitet samt kommuninvånarnas tillfredsställelse med tjänsterna”, understryker professor Unto Häkkinen.

Behovet av tjänster störst i Södra Savolax, minst i Nyland

År 2008 använde kommunerna i medeltal 1 884 euro per invånare för tjänster inom hälso- och åldrvården. Vid behovsstandardisering ställs kommunens nettoutgifter för tjänsterna i relation till befolkningens behov av hälsotjänster. Vid beräkning av tjänstebehovet beaktas kommuninvånarnas ålders- och könsstruktur, prevalens och socioekonomiska ställning.

Vid beräkning på detta sätt finns det största servicebehovet i Södra och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt (+22 procent), medan det minsta finns i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (-16 procent). Bland kommunerna finns det största behovet i Kuhmois (+60 procent) och det minsta i Oulunsalo, Kyrklätt och Kiminge (-30 procent) relaterat till finländarnas genomsnittliga servicebehov.

Pressmeddelande 19.3.2010

Svårt att bedöma vårdbehov hos akut sjuka personer

När människor kontaktar larmnumret skall personalen på några sekunder avgöra om den som är sjuk behöver en ambulans och hur bråttom det är. Risken är att några sjuka personer får ambulans trots att det inte behövs och att några inte får ambulans tillräckligt fort när det behövs. För att effektivisera ambulanssjukvården behövs därför bättre metoder för medicinska prioriteringar. Det framgår av **Lena Marie Beillons** doktorsavhandling vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, NHV.

Lena Marie Beillon visar i sin avhandling "Att värdera vårdbehov – ett kliniskt dilemma" att det inom ambulanssjukvården förekommer både överutnyttjande och underutnyttjande. Vid för låg prioritering kan svårt sjuka eller skadade personer, som är i behov av den prehospitala vårdens resurser, utsättas för allvarliga risker.

För hög prioritering innebär att personer använder ambulanssjukvården trots att det inte behövs. Det innebär att det kanske inte finns ambulans till hands för de svårast sjuka. Medicinska prioriteringar innebär att använda hälso- och sjukvårdens resurser där de gör störst nytta. Underutnyttjande innebär att den prehospitala vårdens kompetens och resurser inte används när de behövs som bäst och ett överutnyttjande innebär misshushållning med begränsade resurser.

Studierna är genomförda inom ambulanssjukvården i Västra Sverige, i Norrbotten och i Södra Finland. Resultaten visar att det överallt förekommer både överutnyttjande och underutnyttjande, men att överutnyttjandet är vanligast i storstadsregionerna.

En vanlig uppfattning bland allmänheten är, att det mest omfattande behovet av ambulanstransporter finns i samband med olyckor, men i Lena Marie Beillons studier var det bara en tiondel av ambulanstransporterna, som skedde i samband med olyckor. Den vanligaste orsaken till behov av ambulanstransport är ont i bröstet med misstanke om akuta hjärtproblem.

Viktiga fynd i studierna är att ambulanser överutnyttjas både för personer utan medicinskt behov och för planerade transporter av patienter mellan vårdenheter, som inte alls behöver den prehospitala vårdens kompetens och resurser. En slutsats är därför att det behövs fler alternativ till ambulanser både för personer med mindre akuta problem, men som inte kan åka taxi t.ex. för att man behöver ligga ner och för planerade transporter.

För medicinska prioriteringar finns i regler i lagstiftningen. Dessa bygger på att personer med störst behov skall ges företräde till vården. Lena Marie Beillons avhandling visar att detta mål tycks vara svårt att uppnå inom ambulanssjukvården.

Källa:

Avhandlingens titel: Att värdera vårdbehov – ett kliniskt dilemma Författare: Lena Marie Beillon

Pressmeddelande 23.4.2010

Pneumokockvaccinet tas med i det nationella vaccinationsprogrammet i september 2010

Social- och hälsovårdsministeriet har beslutat införa pneumokockvaccinet i det nationella vaccinationsprogrammet. Från och med september 2010 kan barn födda den 1. juni 2010 eller senare få vaccinet gratis på rådgivningarna. Pneumokocker orsakar bland annat öroninflammationer, hjärnhinneinflammation och lunginflammation.

Införandet av pneumokockvaccinet i det nationella vaccinationsprogrammet för barn minskar de sjukhuskostnader som orsakas av pneumokockinfektioner, användningen av andra hälsovårdstjänster och föräldrarnas frånvaro från arbetet. Vaccinationsprogrammet beräknas varje år förebygga 80 allvarliga sjukdomsfall som kräver sjukhusvård hos barn under 5 år, cirka 9 600 öroninflammationer och ett barns död. Om vaccinationsprogrammet dessutom skulle minska allvarliga pneumokocksjukdomar hos vuxna och barn över 5 år på samma sätt som har skett i USA, skulle man enligt bedömningarna varje år förebygga cirka 120 allvarliga sjukdomsfall, 800 fall av lunginflammation och 23 dödsfall.

Staten är beredd att årligen betala cirka nio miljoner euro för anskaffning av vaccin till pneumokockvaccinationsprogrammet. När man beaktar det antagna floktskydd som vaccinet ger, står de kostnader som orsakas av vaccinationsprogrammet i ett rimligt förhållande till den hälsonytta som vaccinationsprogrammet ger. Om man själv köper vaccinet är det dyrt, därför ökar också jämställdheten när det gäller hälsan genom att det införs i det nationella vaccinationsprogrammet.

Upphandlingen av vaccinet pågår fortfarande. När det är klart vilket vaccinpreparat som ska användas, informerar Institutet för hälsa och välfärd närmare om vaccinet på sina webbsidor.

Pressmeddelande 26.4.2010

Nästan alla finländska barn blir vaccinerade enligt vaccinationsprogrammet

Av de barn som föddes 2005 har 97 procent fått alla de vaccinerings som ingår i vaccinationsprogrammet för barn. Detta framgår av Institutet för hälsa och välfärds nya undersökning, som granskade hur vaccinationerna för barn genomfördes åren 2005– 2008. Vaccinationstäckningen hade ökat från föregående undersökning.

Hos tre procent fanns det brister i vaccinationerna, till exempel saknades en vaccination i en vaccinationsserie. Bara tre barn på tusen blev inte vaccinerat på grund av att föräldrarna motsatte sig det.

Europeiska vaccinationsveckan, som ordnas av Världshälsoorganisationen WHO:s Europeiska regionkontor, infaller 22.4–1.5.2010. WHO betonar att varje barn har rätt till vaccinationer. I Finland förverkligas detta väl.

Av de enskilda vaccinerarna har 98,5 procent av barnen fått tuberkulosvaccin och 98,5 procent av barnen mässling-röda hund-påssjukevaccin. En fullständig serie av kombinationsvaccinet mot difteri, stelkramp och kikhosta hade 99,3 procent av barnen fått och en fullständig serie poliovaccin 99,3 procent. 98,5 procent av barnen hade fått en fullständig vaccinationsserie mot Hib-sjukdomar, såsom hjärnhinneinflammation, struplocksinfektion och blodförgiftning.

En hög vaccinationstäckning håller sjukdomarna borta

”En hög vaccinationstäckning är viktig, för sjukdomarna hålls borta bara så länge som en tillräckligt stor del av barnen är vaccinerade. Om vaccinationstäckningen sjunker alltför mycket, kommer sjukdomarna tillbaka”, påpekar chefen för enheten för vaccinationsprogrammet Tuija Leino. Till exempel i Storbritannien sjönk täckningen för MPR-vaccinet, som skyddar mot pås-

sjuka, mässling och röda hund, under 95 procent, vilket har lett till att man i landet har lidit av epidemier orsakade av de här sjukdomarna.

”Mässling, röda hund och påssjuka är ingalunda lindriga barnsjukdomar. Även i länder med hög levnadsstandard dör en person per 10 000 insjuknade i mässling”, säger Leino.

Många vacciner minskar risken för sjukdomssmitta. En hög vaccinationstäckning skyddar därför också de barn och vuxna som inte är vaccinerade. Ett sådant skydd är dock mycket osäkert, för genast utanför våra gränser lurar många sådana sjukdomar som man inte lägre träffar på i Finland. Under de senaste åren har enstaka fall av mässling, påssjuka och röda hund kommit till Finland med ovaccinerade personer eller med utländska invandrare. Den höga vaccinationstäckningen för MPR-vaccinet har skyddat oss så att sjukdomarna inte har kunnat spridas epidemiskt.

Pressmeddelande 9.5.2010

Anslag för hälsofrämjande verksamhet för år 2011 är ledigt att sökas

Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) förklarar det behovsprövade anslaget för hälsofrämjande verksamhet för år 2011 ledigt att sökas. Ministeriet kan av anslaget bevilja statsunderstöd till organisationer, stiftelser, kommuner och andra aktörer. Det är också möjligt att ingå avtal med institutioner inom statsförvaltningen om att använda anslaget för hälsofrämjande projekt.

Målsättningarna för projekten som understöds

Ett projekt för vilket stöd beviljas ska utveckla strukturer, metoder, samarbete och kvalitet vid hälsofrämjande verksamhet. Projektet ska ha åtminstone ett av de följande målen, som uppställts för verksamhet som finansieras med anslaget:

- Stödja arbetet för rökfrihet bland barn och unga i synnerhet i yrkesläroanstalter. Utveckla verksamheten för att förebygga rökning och för rökavvänjning.
- Förebygga och minska bruket av alkohol och andra droger bland barn, unga och barnfamiljer. Särskild uppmärksamhet fästs vid att förebygga berusningsdrickande och experimenterande med narkotika bland ungdomar. Effektivisera ibruktagandet av en miniintervention för stor-konsumenter av alkohol inom hälso- och sjukvården.
- Förbättra befolkningens nutrition så att andelen överviktiga bland befolkningen inte mera ska öka. Öka konsumtionen av grönsaker, frukt och bär samt främja hälsosam massbespisning. De centrala målgrupperna är barn och ungdomar.
- Öka både vardagsmotion och regelbunden motion bland alla åldersgrupper. En särskild målgrupp är de barn och äldre människor som rör på sig för litet med tanke på hälsan.
- Förebygga i synnerhet hem- och fritidsolycksfall med dödlig utgång och hem- och fritidsolycksfall som förorsakar ett stort vårdbehov.
- Stödja verksamhetsätt som ökar miljöns tillgänglighet och medborgarnas delaktighet och därigenom utveckling av ett hälsosamt samhälle.
- Stödja barns och ungas psykosociala utveckling och mentala hälsa. Det centrala målet när det gäller vuxna är att förebygga och minska antalet självmord.
- Effektivisera sexualundervisning för ungdomar och integrering av sexualrådgivningen som en del av social- och hälsovårdstjänsterna.

Projektet ska anknyta till verkställandet av Hälsa 2015-folkhälsoprogrammet och de övriga nationella programmen för hälsofrämjande. År 2011 vill man stödja i synnerhet samprojekt mellan kommuner och organisationer, projekthelheter som flera aktörer genomför tillsammans samt projekt som syftar till att minska hälsoskillnaderna.

Projekt vars huvudsakliga syfte är vård och/eller rehabilitering stöds inte. Medel beviljas inte för grundforskning, lärdomsprov eller kommersiell verksamhet eller för beredning av sådant och inte heller för sådan basverksamhet hos kommuner, organisationer eller andra aktörer som bedöms vara baserad på lag eller vara deras ordinarie verksamhet. Den som genomför projektet ska ha nödvändiga kunskaper, tillräckliga resurser och lämpliga förutsättningar för att verkställa projektet. Egenfinansiering utgör dock inte en förutsättning för beviljande av anslag. Det är önskvärt att samtliga projektförslag av en sökande inom ett visst temaområde sammanställs till en helhet.

Uppsättning och bedömning av projektförslag

Institutet för hälsa och välfärd (THL) tar emot och bedömer projektförslagen som gäller anslaget för år 2011. Därvid beaktas verksamhetens tyngdpunkter och projektens kvalitet, omfattning, ändamålsenlighet och mervärde ur ett nationellt perspektiv. THL bereder ett förslag till dispositionsplan för anslaget som lämnas till SHM. SHM fastställer dispositionsplanen för projektanslaget i januari 2011.

Projektförslaget görs på en av SHM fastställd blankett, och valet sker på basis av dessa uppgifter. Blanketten, som ska fyllas i elektroniskt, finns på webbtjänsten Suomi.fi. Blanketten returneras i första hand per e-post, men om detta inte är möjligt kan den skickas som pappersversion. På e-postens ämnesfält ska namnet på den som gjort projektförslaget nämnas samt att det är fråga om ett projektförslag för hälsofrämjande verksamhet. Projektförslagen ska skickas till Institutet för hälsa och välfärd senast 15.6.2010.

Pressmeddelande 19.5.2010

Hälsofördelarna med värnpliktstjänstgöringen förverkligas endast delvis

Majoriteten av de värnpliktiga äter hälsosamt i bespisningscentralerna under hela värnpliktstjänstgöringen, men efter grundutbildningsperioden ökar ätandet av snabbmat och godsaker i soldathemmen och utanför garnisonen. Vid Kajanalands Brigad äter man mer ohälsosamt än vid Pansarbrigaden. Likaså äter de värnpliktiga som har grundskole- eller yrkesskolebakgrund mer ohälsosamt än gymnasister eller personer med högre utbildning. Rökningen och användningen av rusdrycker ökade också. Trots de hälsofrämjande elementen förverkligas hälsofördelarna med tjänstgöringen endast delvis. Uppgifterna framgår av de rapporter som Institutet för hälsa och välfärd (THL) har utarbetat.

I de värnpliktigas basmåltider sker många hälsosamma förändringar under de åtta första veckorna av tjänstgöringen, dvs. under grundutbildningsperioden. Betoningen ligger på huvudmåltiderna i stället för på kvälls- och mellanmålsätande, och ätandet av i synnerhet fiberhaltig mat, som grönsaker, mörkt bröd och gröt, ökar. Frukost, lunch och middag äts nästan alltid i bespisningscentralen under den sex månader långa tjänstgöringen. Efter grundutbildningsperioden minskar dock ätandet av alla grundläggande delar av en måltid (huvudrätt, sallad, bröd, dessert), och det blir vanligare att äta en lättare kvällsmåltid i både bespisningscentralerna och soldathemmen. De hälsosamma förändringar som infördes under grundutbildningsperioden försämras dock innan sex månader har gått, men inte riktigt till den civila nivån i fråga om all mat.

Ätandet av mellanmål och godsaker samt rökningen och användningen av rusdrycker ökar

Användningen av mat och dryck som innehåller socker ökar under grundutbildningsperioden och förblir i fråga om de flesta typer av mat hög ännu efter sex månaders tjänstgöring. Efter grundutbildningsperioden lär man sig vanorna i fråga om garnisonsmåltiderna, och de aktörer som förser de värnpliktiga med mat – bespisningscentralerna, soldathemmen och kommersiella aktörer utanför garnisonen – utnyttjas friare än i början av tjänstgöringen. Till exempel minskar

ätandet av snabbmat under grundutbildningsperioden för att därefter bli vanligare igen, och ätandet vid bland annat soldathemmets grill ökar. Ätandet av snabbmat under permissionerna, till exempel pizzabeställningar utanför garnisonen och snaskande samt tröstätande under terrängövningarna, blir vanligare under tjänstgöringsmånadernas gång.

Tobaksmängderna ökar bland dem som är rökare sedan tidigare och användningen av snus blir vanligare även bland dem som inte tidigare har snusat. Att dricka sig berusad en gång i veckan blir vanligare. Antalet personer som dricker sig själva berusade oftare än så är litet, vilket speglar att kvällspermissionerna har blivit kortare under de senaste åren.

Betydande områdes- och utbildningsskillnader i levnadssätten och riskfaktorerna

Enligt den enkät som genomfördes en månad innan de värnpliktiga trädde i tjänst äter man mindre grönsaker och mer snabbmat och sötsaker vid Kajanalands Brigad än vid Pansarbrigaden. Likaså har värnpliktiga med grundskole- eller yrkesskolebakgrund ohälsosammare matvanor än gymnasister och personer med högre utbildning. Skillnaderna kvarstår under tjänstgöringen. Användningen av alkohol i berusningssyfte ökar betydligt mer bland värnpliktiga med grundskole- eller yrkesskolebakgrund. Positiva förändringar i kroppssammansättningen och vikten sker speciellt vid Kajanalands Brigad, där männen är tyngre och har ”en större fettbelastning” vid ankomsten. Förändringar i blodets fettprofil är till största delen negativa och vanligare vid Pansarbrigaden, där utgångssituationen är bättre. Det finns endast få samband mellan utbildningsbakgrunden och riskfaktorerna eller förändringarna i dessa.

Rapporterna ingår i interventionsundersökningen Varusmiesten ravitseemus (VARU, Värnpliktigas näring), som finansieras av Finlands Akademis forskningsprogram Elvira. För det omfattande samarbetsprojektet ansvarar THL tillsammans med Centralen för militärmedicin.

Källor:

Piia Jallinoja, Pilvikki Absetz, Johanna Suihko, Clarissa Bingham, Marja Kinnunen, Tommi Hoikkala, Anni Ojajarvi; Mikko Salasuo, Antti Uutela. Åsikter och praxis i anknytning till garnisonsmåltiderna vid Pansarbrigaden och Kajanalands Brigad Institutet för hälsa och välfärd (THL), rapport 15/2010. Helsingfors 2010. .

Pilvikki Absetz, Piia Jallinoja, Johanna Suihko, Clarissa Bingham, Marja Kinnunen, Olli Ohrankämnen, Timo Sahi, Harri Pihlajamäki, Merja Paturi, Antti Uutela. Värnpliktigas kost och andra levnadssätt samt riskfaktorer för hälsan under tjänstgöringstiden. Institutet för hälsa och välfärd (THL), rapport 16/2010. Helsingfors 2010.

Pressmeddelande 25.5.2010

Klienten måste kunna försvara sina rättigheter för att få tillgång till offentliga tjänster

Det finländska servicesystemet, inklusive social-, hälso- och sjukvården, är inte särskilt tillmötesgående när det gäller klienter som inte aktivt kan försvara sina rättigheter. För att få de tjänster som lagstiftningen utlovar måste klienten ha förmåga, kunnande och ihärdighet att efterfråga sina rättigheter, framgår det av en rapport om klientens rättigheter (Pääseekö asiakas oikeuksiinsa?) som utarbetats av en expertgrupp vid Institutet för hälsa och välfärd.

Rapportens författare som länge utfört klientarbete skriver att servicesystemet har en benägenhet att fungera på sina egna villkor och glömma klientens behov. Brådska och bristen på ekonomiska resurser förklarar endast till en del varför en svag och hjälplös klient har svårigheter att få de tjänster eller förmåner som klienten i fråga har rätt till. Allt oftare har serviceproducenten bristfällig kunskap om lagstiftningen, klientens rättigheter eller etiska normer. Situationen

påverkas också av det faktum att gränserna mellan offentliga och privata tjänster suddas ut. Också uppgifterna för de social- och patientombudsmän som försvarar klientens rättigheter har lagts ut till privata sektorn.

Ofta har klienten ett omedelbart eller akut behov av hjälp. Besvär, klagomål eller anmärkningar är inget lämpligt sätt att trygga rättigheterna för en klient som är i behov av omedelbar hjälp. En förutsättning för att rättigheterna uppfylls är att ett beslut överhuvudtaget fattas utgående från en ansökan. Om beslut saknas, finns det ingenting att anföra klagomål över. En servicebehövande som saknar beslut är ofta hjälplös – framför allt för att det inte finns några medel för att ändra på situationen.

Detta är den tredje rapporten av THL:s expertgrupp för yttre faktorer inom socialvården som leds av professor Pentti Arajärvi. Rapporten är skriven av forskare och jurister som arbetar inom rättshjälp, intressebevakning, utsökning, konsumentskydd, överskudsättning, organisationer inom social-, hälso- och sjukvården och kommuner eller som social- och patientombudsmän.

De praktiska klientsituationerna visar att ett rättvist och framgångsrikt verkställande av lagstiftningen förutsätter kunskap om lagens innehåll, tillräckliga resurser, etiska verksamhetsprinciper och beaktande av skillnaderna i klienternas kapacitet. För att klientens rättigheter ska uppfyllas behövs vilja, förmåga och kompetens, liksom också iakttagande av principerna för god förvaltning. Klienten behöver stöd också i det fallet att klienten och serviceproducenten är av olika åsikt om tillgången till en tjänst, kvaliteten på tjänsten, sättet att tillhandahålla tjänsten eller bemötandet av klienten.

Arbetsgruppen har redan i sina tidigare rapporter (Avuttomuus lainsäädännössä. Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö) lyft fram att det inte finns evidensbaserad kunskap om hur väl lagstiftningen genomförs i praktiken. Detta framgick också vid utarbetandet av den aktuella rapporten. Kunskap behövs för att rättsskyddet ska kunna tryggas.

Marja Pajukoski (toim.), Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. THL : Raportteja 19/2010.

Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti II. THL, Raportteja 14/2009.

Avuttomuus lainsäädännössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti I. Stakes, Raportteja 14/2008.

Pressmeddelande 26.5.2010

Fortfarande många som köat länge till mun- och tandvård vid hälsovårdscentralerna

Fortfarande många som köat länge till mun- och tandvård vid hälsovårdscentralerna

Enkät till chefstandläkarna på hälsovårdscentralerna i mars 2010

Antalet personer som köat över tre månader till icke-akut mun- eller tandvård har ökat under vårens lopp. En enkät från mars 2010 visar att ca 35 000 personer har köat över tre månader till tandläkare. Hösten 2009 var antalet personer som köat över tre månader 27 000.

Inom mun- och tandhälsovården har situationen inte förbättrats under vårens lopp, om man bedömer efter antalet vårdsökande som köat över tre månader. I mars 2010 köade cirka 35 000 personer till tandläkare, mot ca 27 000 hösten 2009. Antalet vårdsökande som köat länge, dvs. över ett halvår, var i mars ungefär detsamma (ca 7 500) som i oktober (ca 7 600). Antalet vårdsökande som köat över ett halvår till den offentliga mun- och tandvården är störst i Birkalands, Södra Karelen samt Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Våren 2009 var antalet vårdsökande som köat länge tydligt sjunkande. Inom den offentliga mun- och tandhälsovården tillåter lagen högst tre månaders överskridning av den fastställda tremånadersfristen inom ramen för garantin.

Väntetiderna till tandläkare har emellertid blivit något kortare, fastän det inte skett någon förändring i antalet vård sökande som köat länge. Nästan hälften av befolkningen (49 %) är bosatt i områden där man i icke-akuta fall får tid till tandläkare inom tre månader. I oktober var andelen 47 procent. Det har blivit en aning svårare att få tid till munhygienist. Cirka 20 procent av befolkningen får köa över tre månader för att få tid till munhygienist. Hösten 2009 var andelen som måste köa lika länge ca 10 procent av befolkningen. Väntetiderna till såväl tandläkare som munhygienist uppvisade stora regionala variationer.

Något lättare att få omedelbar kontakt med tandvården

Sedan hösten 2009 har det blivit något lättare att få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralernas mun- och tandhälsovård. En fjärdedel av befolkningen bor inom upptagningsområden där det tidvis är svårt att få kontakt med hälsovårdscentralen. Möjligheterna att få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralerna försvagades markant år 2009 jämfört med åren innan, men nu förefaller problemen inom mun- och tandhälsovården vara på väg att rättas till.

När det gäller att bedöma vårdbehovet inom tre vardagar visar vårens enkät en viss försämring. Uppskattningsvis 94 procent av befolkningen bor på orter där hälsovårdscentralen kan bedöma vårdbehovet inom tre vardagar. Hösten 2009 var andelen 96 procent. Särskilt befolkningen inom Södra Karelen och Vasa sjukvårdsdistrikt får inte nödvändigtvis sitt vårdbehov bedömt inom den lagstadgade tiden.

Tandläkarresurserna uppvisar stora regionala variationer. Inom Norra och Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt bor ca 70 procent av befolkningen inom sådana hälsovårdscentralers områden där alla tjänster är tillsatta. Inom Södra Karelen och Södra Savolax sjukvårdsdistrikt bor största delen av befolkningen inom sådana hälsovårdscentralers områden där över 20 procent av tjänsterna är helt otillsatta.

Enkäten som utfördes av Institutet för hälsa och välfärd (THL) besvarades i mars av 166 hälsovårdscentraler. Enkätsvaren täckte 98 procent av befolkningen inom hälsovårdscentralernas upptagningsområden. Lagstiftningen om vårdgarantin trädde i kraft i mars 2005. Den följs upp halvårsvis med enkäter som skickas till hälsocentralerna.

Pressmeddelande 26.5.2010

Något längre väntetider till läkare vid hälsovårdscentralerna

Enkät till chefsläkarna på hälsovårdscentralerna i mars 2010

Vårens enkät visar att vårdköerna till hälsocentralläkare i våras var något längre än hösten 2009. Omkring en fjärdedel av befolkningen får tid till läkare inom två veckor. Närmare en femtedel av befolkningen får emellertid köa över fyra veckor för en läkartid.

Sämst är situationen i Östra Savolax, Länsi-Pohja och Lappland, där över två tredjedelar av befolkningen måste vänta över fyra veckor för att få icke-akut läkarvård. Läget är bäst i Kajana-land och Mellersta Österbotten där i genomsnitt alla vårdbehövande får läkartid inom två veckor.

Generellt händer det oftare än tidigare att man inte kan ordna läkartid för personer trots konstaterat vårdbehov. Drygt hälften av befolkningen är bosatt inom hälsocentralområden där det händer varje vecka eller oftare att det inte finns läkartider att ge.

Tid till sjukskötare kan fortfarande ordnas inom tre dagar för två tredjedelar av befolkningen och inom en vecka för 84 procent av befolkningen. De regionala skillnaderna är emellertid stora. I Östra Savolax är det inte bara svårt att få läkartid utan också att få tid till sjukskötare. I Södra Karelen, Syd-Österbotten, Centrala Tavastland, Mellersta Österbotten och Satakunta går det däremot utan undantag att få tid till sjukskötare inom tre dagar.

Fortfarande svårt att få kontakt med hälsovårdscentralerna

Sedan början av 2009 har situationen försämrats när det gäller att få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen och den har inte förbättrats under innevarande år. Den enkät som utförts i mars 2010 visar att över hälften av befolkningen bor inom ett sådant hälsocentralsområde, där det tidvis är svårt att få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen. Bedömningen av vårdbehovet sker däremot i regel inom tre vardagar i hela landet.

Enkäterna som har genomförts sedan år 2005 visar att vårdgarantins förutsättning om att kommuninvånare ska få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen har uppfyllts betydligt sämre år 2009 och 2010 än tidigare. Som orsaker till svårigheterna uppgavs tidvis hög samtalsfrekvens samt teletekniska problem. Bara omkring en fjärdedel av hälsovårdscentralerna kunde uppge operatörsstatistik över mottagna samtal.

Trots rapporterade problem med att få omedelbar kontakt visar enkäten att det nästan på alla orter går att få vårdbehovet bedömt inom tre vardagar. En enda hälsocentral rapporterade om ständiga svårigheter och fem hälsocentraler om tillfälliga svårigheter i fråga om bedömningen av vårdbehovet inom ramen för vårdgarantin. Cirka 3 procent av befolkningen bor inom sådana hälsovårdscentralers områden.

Informationen om väntetiderna hade försämrats i viss mån sedan hösten 2009. Uppskattningsvis 88 procent av befolkningen är bosatt inom en sådan hälsovårdscentralers område, där information om väntetider ges ut var sjätte månad eller oftare. Den främsta kanalen för information om väntetider är Internet.

Åtta procent av befolkningen bor i områden där över 20 procent av hälsocentralläkartjänsterna är helt otillsatta dvs. utan ordinarie tjänsteinnehavare, vikarie eller hyrläkare. Störst är läkarbristen i Kajanaland, Syd-Österbotten och Norra Karelen. I Kymmenedalen och Södra Karelen är samtliga tjänster besatta eller under 10 procent obesatta.

Även om en tjänst är besatt kan det hända att man inte har tillgång till tjänsteinnehavarens arbetsinsats på grund av tjänstledighet. Bäst är läkarresurserna tillgängliga i Birkaland. Svårast är situationen inom Kajanaland och Länsi-Pohja. Inom dessa regioner är endast 60 procent av de fast anställda läkarna tillgängliga för befolkningen.

Enkäten besvarades av 156 hälsovårdscentraler och uppgifterna täcker 91 procent av befolkningen.

Vårdgarantin gäller sedan mars 2005. Den följs upp halvårsvis med enkäter som skickas till hälsocentralerna.