

TYÖPAPEREITA

RIITTA HAVERINEN, RIITTA HAAHTI (RED.)

Annus Socialis Fenniae 2008

Nordiskt socialdirektörmöte
Sigtuna, Sverige 1.–2. oktober 2008



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

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

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (red.). Annus Socialis Fenniae 2008. Nordiskt socialdirektörs-
möte. Sigtuna, Sverige 1.–2. oktober 2008. Stakes, Diskussionsunderlag 32/2008. 38 sidor, pris
10 €. Helsingfors 2008

© Författarna och Stakes

Ombrytning: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2226-7 (inb.)

ISSN 1795-8091 (inb.)

ISBN 978-951-33-2227-4 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsingfors 2008

Valopaino Oy
Helsingfors 2008

Innehåll

Förord	5
<i>Mauno Konttinen, generaldirektör och Riitta Haverinen, direktör för resultatområdet</i>	
Nationella reformer och rekommendationer	7
<ul style="list-style-type: none"> – Kommunsammanslagningarna och samarbetet mellan kommunerna ökar – Reform av social- och hälsovårdsavgifterna – Utredningspersoner föreslår en omfattande organisationsförändring inom SHM:s förvaltningsområde – Utvecklingen och övervakningen av social- och hälsoområdet omorganiserar – Förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård har blivit färdigt – Förebyggande av våld inom familjen skall ingå i kommunernas välfärds- och säkerhetsplanering – Ny kvalitetrekommendation om tjänster för äldre – Beslut om utkomststöd inom sju vardagar 	
Undersökningar och utredningar	18
<ul style="list-style-type: none"> – Sammandrag av några böcker som utgivits 2007–2008 av Stakes – Disputation: Mäns drickande kontrolleras mer än kvinnors – Psykiska och fysiska sjukdomar går hand i hand – Enkät: Rätt god tillgång på social- och hälsovårdstjänster på eget språk – Regionala skillnader i elevvårdstjänster – Försörjningsansvar upplevs som hinder för föräldraledighet – Hälso- och sjukvårdsutgifterna har fortsatt att öka 	

FÖRORD

Stora förändringar inom både statsförvaltningen och kommunerna

MAUNO KONTTINEN, generaldirektör

RIITTA HAVERINEN, direktör för resultatområdet

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

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

Projektet för kommun- och servicestrukturen (Paras) skakar kommunerna. Våren 2005 inledde statsrådet Paras-projektet i syfte att reformera kommun- och servicestrukturen. Målsättningen är att trygga att invånarna också i framtiden får de välfärdstjänster för vilka kommunerna ansvarar. Den s.k. ramlagen förpliktar kommunerna att anordna primärvården och åtminstone en del av socialvården på en befolkningsbas om cirka 20 000 invånare. Över hälften av kommunerna har redan medverkat i utredningarna av kommunindelningen. Vid ingången av 2009 genomförs åtminstone 14 kommunsammanslagningar, som berör 46 kommuner. Antalet kommuner minskar därigenom med 32, dvs. från 416 till 384. Antalet kommunala hälsovårdscentraler krymper till mindre än hälften av det nuvarande, med andra ord från cirka 230 till under 100.

Strukturerna för att tillhandahålla social service ändras när basservice och specialtjänster omorganiseras i kommun- och servicestrukturen. Den sociala sektorn har inte haft traditionen att samorganisera, dvs. att tillhandahålla sektorns specialtjänster inom en större region, utan kommunerna har bildat servicevisa större kommunalförbund eller köpt den sociala servicen, t.ex. tjänster inom barnskyddet, missbrukarvård och vård av personer med utvecklingsstörning. Många serviceformer, som t.ex. barnskydd, specialtjänster för funktionshindrade och äldre, medling vid brott, socialjour samt förebyggande av och vårdtjänster vid våld i nära relationer och inom familjen, kräver ett regionalt organiseringsunderlag. Hur den sociala servicen ska tillhandahållas i framtiden måste preciseras, så att kommuninvånarna har tillgång till lagstadgad social service både nära (närservice) och längre bort (specialtjänster).

För närvarande reformeras regionförvaltningen, och reformerna träder i kraft från och med 2010. Då inrättas två regionala ämbetsverk, av vilka det ena fokuserar på tillstånds- och tillsynsfrågor inom social- och hälsovården. Det föreslås att landet ska delas in i sex regioner i stället för de nuvarande fem länen och deras regionala serviceenheter. Dessutom utvidgas verksamheten vid Rättsskyddscentralen för hälsovården till att också omfatta tillsynen inom socialvården. Både reformen av regionförvaltningen och utvidgningen av Rättsskyddscentralen för hälsovårdens åligganden inbegriper regionaliseringsåtgärder, vars detaljer ännu inte är fastställda.

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården 2008–2011 (Kaste) fastställer utvecklingsmålen för social- och hälsovården under de närmaste åren, samt de viktigaste åtgärderna för hur de kan nås. Programmet ger en bild av den styrning som är inriktad på kommunerna. Det lyfter också fram de huvudsakliga åtgärder som Stakes, Folkhälsoinstitutets, Arbetshälsoinstitutets och länsstyrelsernas arbetsinsats och utvecklingsresurser kommer att fokusera på.

Programmets huvudmål bygger på viktiga strategiska mål på lång sikt. Målet är att

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

Programmålen ska nås genom förebyggande och tidigt ingripande, säkerställande av tillräcklig personalstyrka och stärkande av kompetensen samt genom social- och hälsovården som en sammanhängande helhet och effektiva verksamhetsmodeller.

Under det föregående nationella utvecklingsprogrammet för det sociala området (2004–2007) genomfördes i kommunerna talrika forsknings- och utvecklingsprojekt genom särskild finansiering. Projekten avslutades när finansieringen upphörde. Nu är avsikten att samla ihop projektresultaten och göra dem till beskrivningar av god verksamhetspraxis, som ställs till alla kommuners förfogande. Det har skapats ett nätverk av kompetenscentrumen inom det sociala området och det sociala områdets regionala utvecklingsenheter. Nätverket ska producera information, bedriva praxisforskning och genomföra forsknings- och utvecklingsprojekt. På så sätt ska det tillsammans med universiteten bilda en regional forsknings- och utvecklingsstruktur inom den sociala sektorn.

Att utveckla social- och hälsovårdstjänsterna kräver i fortsättningen både gemensamma och separata åtgärder, eftersom det tidigare inte har satsats på den finländska sociala sektorns informationsunderlag (statistik över forskning och utveckling) så mycket som kraven förutsätter.

Nationella reformer och rekommendationer

Pressmeddelande 268/2007

Kommunsammanslagningar och samarbetet mellan kommunerna ökar

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

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

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

Finland har för närvarande 363 kommuner med färre än 20 000 invånare. Av kommunerna meddelar 42 att kravet på ett befolkningsunderlag på 20 000 för primärvården och socialvården inte uppfylls. Ramlagen ger möjlighet att avvika från kravet på befolkningsunderlag, om det på grund av skärgård eller långa avstånd inte är möjligt att bilda en funktionell helhet eller om det är nödvändigt för att trygga språkliga eller kulturbaserade rättigheter.

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

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

Det finns 18 stadsplaner

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

Analyseringen av utredningarna fortsätter under hösten

På statsrådets förfrågan svarade alla 392 kommuner som omfattas av ramlagen. Av de kommuner som har svarat har 42 meddelat att de svarar ingående på frågorna före slutet av året på grund av

pågående utredningar om kommunsammanslagningar. Av de nuvarande kommunerna har 44 fattat beslut om kommunsammanslagning och utredningar fortsätter i 90 kommuner. Sedan 2005 har sammanlagt 215 kommuner varit med i utredningarna om kommunsammanslagningar.

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

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

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

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

Pressmeddelande 157/2008

Reform av social- och hälsovårdsavgifterna

Eftersläpningen i klientavgifterna inom social- och hälsovården rättas till genom att bland annat justera dagvårdsavgifterna- och inkomstgränserna, vårdavgiften som upp bärs för tjänster under närstående vårdarens ledighet och värdet för servicesedeln för social- och hälsovården samt inkomstgränserna som baserar sig på värdet. Regeringen föreslog tisdagen den 5 juni ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården och ändring av socialvårdslagen för stadfästade. Avsikten är att republikens president stadfäster lagarna på fredag. Lagarna träder i kraft från och med den 1 augusti 2008

Familjebegreppet, som används då dagvårdsavgifterna fastslås, förändras så att det motsvarar den verkliga storleken på familjen. Då avgifterna fastslås skall de vuxna som lever i en parrelation och antalet minderåriga barn som bor i samma hushåll beaktas. Avgiften för heldagsvård får vara högst 233 euro i månaden per barn. Avgiftsreformen innebär att dagvårdsavgifterna sjunker för 48 procent av barnen, för cirka 12 procent av barnen sker ingen förändring. Dagvårdsavgifterna stiger för 40 procent av barnen.

Dagvårdsavgifterna binds till prisindexet för social- och hälsovården. Dessutom anpassas inkomstgränserna för dagvårdsavgifterna till inkomstnivåindexet, för att bättre följa inkomstnivåutvecklingen. Indexjusteringen skall i fortsättningen göras vart annat år.

Avgiftstaket inom hälsovården höjs inte i detta skede, vilket underlättar situationen för dem som använder tjänsterna ofta. I framtiden anpassas avgiftstaket till folkpensionsindexet.

Klientavgifterna och inkomstgränserna justerades senast år 2002.

Riksdagen förutsätter att effekterna av avgiftsreformen uppföljs

Riksdagen förutsätter att avgiftsreformens inverkan på personaldimensioneringarna inom dagvården och småbarnsmammors yrkesliv granskas. Det samma gäller hur olika klientgrupper använder tjänsterna.

Riksdagen förutsätter också att reformen av avgiftstaket inom hälsovården bereds i snabb takt och att dagvårdsavgifternas strukturella problem kartläggs i samband med helhetsreformen av dagvårdslagen. Riksdagen vill att avgifterna justeras så att den högsta avgiften enbart skulle uppbäras av familjer som har högre inkomster än medelinkomsttagare och att avgifterna skulle bestämmas noggrannare än nu på basis av vårdtiderna.

Pressmeddelande 458/2007

Utredningspersoner föreslår en omfattande organisationsförändring inom SHM:s förvaltningsområde

Utredningspersonerna som har granskat social- och hälsovårdsministeriets (SHM) förvaltningsområde föreslår en omorganisering i sin rapport som överlämnades till omsorgsminister Paula Risikko fredagen den 21 december. Professor Jussi Huttunen och vice verkställande direktör Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma föreslår att arbetsfördelningen vid ministeriet och de ämbetsverk och institutioner som verkar inom ministeriets förvaltningsområde förnyas så att ministeriet kan fokusera på sina basuppgifter. Utvecklingsarbetet skulle förflyttas till ämbetsverken och institutionerna. Tillståndsförvaltnings- och tillsynsuppgifterna bör separeras från forsknings- och utvecklingsuppgifterna.

Enligt utredningspersonernas förslag skall forsknings- och utvecklingscentralen Stakes slås samman med Folkhälsoinstitutet och bilda Forskningscentralen för välfärd och hälsa. Rättsskyddscentralen för hälsovården skulle i sin tur slås samman med Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral och bilda Rättsskydds- och övervakningscentralen för social- och hälsovården. Hit skulle också social- och hälsoavdelningarna vid länsstyrelserna anslutas.

Enligt utredningspersonerna är befattningsbeskrivningarna vid både Arbetshälsoinstitutet och Strålsäkerhetscentralen väl definierade och inga förändringar föreslås i verksamheten.

Utredningspersonerna poängterar att forskningsinrättningarna är de viktigaste informationsproducenterna då beslut fattas inom förvaltningsområdet. Inrättningarna svarar tillsammans med ministeriet och de underställda tillsynsambetsverken för informationsstyrningen inom förvaltningsområdet. Vid inrättningarna görs exceptionellt högklassigt forskningsarbete, både i en nationell och internationell jämförelse. Personalen vid ämbetsverken och inrättningarna är kunnig och har kontinuerligt utvecklat sin verksamhet.

Den nuvarande arbetsfördelningen vid ministeriet och de underställda forskningsinrättningarna är ändå inte så ändamålsenlig som den kunde vara och verksamheten kan inte längre utvecklas utan en organisationsförändring.

Forskningscentralen för välfärd och hälsa

Utredningspersonerna föreslår att Stakes och Folkhälsoinstitutet sammanslås till Forskningscentralen för välfärd och hälsa eftersom de nuvarande verksamhetsområdena vid inrättningarna delvis överlappar varandra. Vid den nya inrättningen skulle finnas fyra avdelningar. Avdelningarna skulle svara för 1) hälsoforskning, 2) social- och välfärdsforskning, 3) informationsförsörjning och 4) utvecklandet av social- och hälsovårdstjänsterna.

Inom den nya organisationen förflyttas resurser för att utveckla de kommunala tjänsterna, framförallt primärhälsovården och äldreården. Dessutom behövs resurser i högre grad än förr till att utnyttja informationsreserver samt till forskning om levnadsförhållanden och välfärd.

Som ett resultat av utvecklingsåtgärderna uppstår en sällsynt stark forsknings- och utvecklingsenhet, både på en nationell och internationell nivå. Enheten är en viktig del av Europeiska unionens innovationsnätverk och den deltar i främjandet av välfärd och hälsa i hela världen.

Rättsskydds- och övervakningscentralen för social- och hälsovården

Enligt utredningspersonernas förslag skulle Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO) och Produkttillsynscentralen för social- och hälsovården slås samman till Rättsskydds- och övervakningscentralen för social- och hälsovården. Dessutom föreslås att social- och hälsoavdelningarna vid länsstyrelserna flyttas till social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde och blir en del av den nya Rättsskydds- och övervakningscentralen för social- och hälsovården.

Tillsynssystemet tampas med en specifik utmaning för tillfället; koordineringen av verksamheten vid TEO och social- och hälsoavdelningarna vid länsstyrelserna. Behandlingen av ärenden fördröjs och den befintliga tillsynsinformationen utnyttjas inte i tillräckligt hög grad. På grund av den splittrade förvaltningen kan det fattas olika beslut i till exempel tillståndsärenden i olika delar av landet. Målet måste vara en enhetlig tillsyns- och tillståndspraxis i hela landet.

Verksamhetsfältet för Rättsskydds- och övervakningscentralen för social- och hälsovården utvidgas till att gälla även övervakning av socialvårdens verksamhetsenheter. Organisationsförändringen intensifierar och effektiviserar verksamheten väsentligt. Som en följd av detta kan utvidgningen av verksamhetsfältet vid den nya centralen förverkligas utan tilläggsresurser.

Övriga förslag

Rapporten innehåller dessutom förslag om resultatstyrningen vid ämbetsverken och inrättningarna samt förslag om Statens sinnessjukhus, Statens skolhem och Kompetenscentren inom det sociala området. Utredningspersonerna föreslår också att basforskningen för social- och hälsovården förflyttas från forskningsinrättningarna till universitetet. Rapporten tar också ställning till bolagisering av avgiftsbelagd serviceverksamhet.

Bakgrunden till utredningen

Utredningsmännens uppgift var att utvärdera hur organisationen och arbetsfördelningen vid ämbetsverken och institutionerna kunde utvecklas. Avsikten är att de nödvändiga förändringarna finns med i statsbudgeten för år 2009. Föremål för utredningen var Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården Stakes, Folkhälsoinstitutet, Strålsäkerhetscentralen, Rättsskyddscentralen för hälsovården, Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral och Arbetshälsoinstitutet.

Syftet med utredningsarbetet var att utveckla organisationen och verksamheten vid ämbetsverken och institutionerna så att de uppfyller regeringens mål att öka människornas grundtrygghet samt att göra tjänsterna mer effektiva och mångsidiga.

Utredningspersonerna har hört tjänstemannaledningen vid social- och hälsovårdsministeriet, ledningen samt personalen vid de underställda ämbetsverken och inrättningarna samt forskningsinrättningarnas och ämbetsverkens samarbetspartners och klienter. Sammanlagt har över hundra experter hörts.

Pressmeddelande 47/2008

Utvecklingen och övervakningen av social- och hälsoområdet omorganiseras

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

Omsorgsminister Paula Risikko tycker att det är viktigt att den nationella övervakningen som Rättskyddscentralen för social- och hälsovården (TEO) utför också sträcker sig till socialtjänsterna.

”I praktiken betyder förändringarna i åldersstrukturen att det i framtiden finns märkbart fler finländare som använder äldreomsorgstjänster. I och med detta ökar också serviceutbudet klart under de kommande åren. Det är mycket viktigt att dessa tjänster övervakas på ett bättre sätt än nu”, konstaterar minister Risikko som också förutsätter att servicekvaliteten tryggas på alla håll i Finland.

Genom att sammanslå Folkhälsoinstitutet (KTL) och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, Stakes, vill man ta till vara på institutionernas kunskap om social- och hälsovårdstjänsterna.

”Verksamheten vid den nya institutionen bör bland annat stöda den gemensamma utvecklingen av primärhälsovårds- och socialtjänsterna”, poängterar Risikko. ”Vi måste förflytta resurser inom SHM:s sektor till den här verksamheten.”

Utredningen om omorganiseringen blev klar i december. En majoritet av utlåtandena understöder de centrala förslagen i rapporten.

Den socialpolitiska ministerarbetsgruppen behandlade omsorgsminister Risikkos förslag om reformen av SHM:s förvaltningsområde vid sitt möte i dag. På grund av sin omfattning skall omorganiseringen också tas upp i ministerarbetsgruppen för förvaltning och regional utveckling.

DET CENTRALA INNEHÅLLET I OMORGANISERINGEN:

Social- och hälsoområdet skall utvecklas gemensamt

Avsikten är att sammanslå verksamheten vid Stakes och Folkhälsoinstitutet. De båda nuvarande forskningsinstitutionerna skulle läggas ned och i stället skulle en ny utvecklingscentral grundas.

Verksamheten vid den nya organisationen skulle starta den 1 januari 2009 och centralen skulle finnas i Helsingfors. Organisationen skulle ha regionala enheter i orter där institutionerna redan nu har verksamhet. Meningen är att förflytta 100 årsverken från huvudstadsregionen till de regionala enheterna fram till år 2015.

Målsättningen är att de regionala verksamhetsenheterna skulle specialisera sig på vissa områden och få ta emot nationella uppgifter.

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

Det föreslås inga förändringar i Arbetshälsoinstitutets (TTL) och Strålsäkerhetscentralens (STUK) verksamhet. Arbetshälsoinstitutets speciella kunskap om arbetslivsforskning skall desutom tryggas.

Mer enhetlig styrning och övervakning

Enligt förslaget skulle övervakningen, styrningen och tillståndsförvaltningen för social- och hälsovården förstärkas. Detta innebär att verksamheten vid Rättskyddscentralen för hälsovården (TEO) och Produkttillsynscentralen för social- och hälsovården (STTV) skulle slås samman. Också denna nya organisation skulle inleda sin verksamhet från och med början av nästa år. Huvudkontoret skulle placeras i Helsingfors medan viss verksamhet skulle regionaliseras.

Man vill säkerställa länsstyrelsernas förbindelse till det nya ämbetsverket och aktörerna inom SHM:s förvaltningsområde. Det nya ämbetsverket skulle fungera i samarbete med social- och hälsoavdelningarna vid länsstyrelserna från och med början av år 2009. Förhandlingarna om förvaltningsmodellen sker som en del av Projektet för att reformera regionförvaltningen 2010 (ALKU-projektet).

Målsättningen är att rikta sådana resurser som frigörs inom det nya ämbetsverket framförallt till övervakningen av socialtjänsterna. Tyngdpunkten skulle starkare än för ligga på förebyggande övervakning. En skild utredning om grundandet av ett kemikalieverk inleds under ledning av Finansministeriet.

Andra utvecklingsidéer

Avsikten är att förflytta statens sinnesjukhus under den nya forsknings- och utvecklingsinstitutionens resultatstyrning från och med början av år 2009. Fram till den 30 september detta år skall man arbeta fram en mer permanent administrationsmodell för sjukhusena på basis av tre alternativ: sjukhusen förblir under den nya utvecklingscentralens resultatstyrning, sjukhusen förflyttas till en del av verksamheten vid universitetssjukvårdsdistrikten eller så avgörs ärendet som en del av helhetslösningen för den rättsmedicinska verksamheten.

Dessutom startar social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med undervisningsministeriet och Kommunförbundet en utredning om statens skolhem. Tidsfristen för utredningsarbetet löper ut den 31 december 2008. Meningen är ändå att förflytta skolhemmen under den nya forsknings- och utvecklingscentralens resultatstyrning från och med början av nästa år.

För tillfället pågår också en utredning om verksamheten vid de myndigheter som svarar för läkemedlen och läkemedelsförsörjningen i vårt land. Utredningspersonens uppgift är att utvärdera hur resurserna kunde omfördelas och hur verksamheten kunde effektiveras vid Läkemedelsverket, Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling samt vid de avdelningar som har hand om läkemedelsförsörjningen vid Stakes och Folkhälsoinstitutet. Dessutom utreds Folkpensionsanstaltens deltagande i utvärderingen av läkemedlens värde.

Bakgrund

Utredningspersonerna överlämnade sin rapport om organisationsförändringen inom SHM:s förvaltningsområde den 21 december 2007. Rapporten har varit på en omfattande remissrunda och det har kommit in 139 utlåtanden.

Regeringen fortsätter också förverkliga statsförvaltningens produktivhetsprogram. Det har redan fattats beslut om tilläggsförminskningar av personalen och regeringen fattar beslut om nya åtgärder då budgeten behandlas på våren.

Pressmeddelande 172/2008

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

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

Patienterna får större valfrihet, utbudet av närtjänster ökar

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

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

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

Den förebyggande verksamheten och primärhälsovården förstärks

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

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

Två alternativ för hur tjänsterna kunde organiseras

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

Enligt det ena alternativet skulle kommunerna eller samarbetsområdena och delvis samkommunerna med ett brett befolkningsunderlag (sjukvårdsdistrikt) ha organiseringsansvar för tjänsterna för specialiserad sjukvård. Då patienten har fått en remiss till sjukvårdsdistriktet,

förflyttas organisationsansvaret från kommunerna eller samarbetsområdena till sjukvårdsdistriktet. Vid hälsovårdscentraler eller samarbetsområden skulle det förutom primärhälsovård finnas specialiserad sjukvårdsverksamhet på basnivå, så som poliklinikmottagningar, mindre åtgärder och dagkirurgi. Minimibefolkningsunderlaget för sjukvårdsdistriktet skulle vara omkring 150 000 invånare. Inom kommunen eller samarbetsområdet som svarar för primärhälsovården, bör det finnas minst cirka 20 000 invånare.

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

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

Organiseringsansvaret för primärvårdstjänster skulle förflyttas från kommunerna till samkommuner med brett befolkningsunderlag eller hälsodistriktet. På samma gång skulle innehållet i tjänsterna definieras noggrannare och tjänsterna skulle i högre grad integreras till en del av jourverksamheten vid sjukhusen.

Social- och hälsovården skall ses som en enhetlig helhet

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

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

Pressmeddelande 123/2008

Förebyggande av våld inom familjen skall ingå i kommunernas välfärds- och säkerhetsplanering

Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) och Kommunförbundet rekommenderar att förebyggande av våld inom familjen och i parrelationer tas i beaktande i kommunernas verksamhet. De rekommenderar att det våldsförebyggande arbetet ingår i kommunernas välfärdsstrategi och säkerhetsplanering. Det förebyggande arbetet bör vara både tväradministrativt och multiprofessionellt.

Rekommendationerna baserar sig på finländska verksamhetsmodeller och arbetspraxis samt internationella rekommendationer. Det är viktigt att införa god arbetspraxis som en del av bas- och specialservicen inom social- och hälsovården. Verksamheten bör bara täckande, kontinuerlig och bestående.

Det våldsförebyggande arbetet skall vara koordinerat och bygga på konkreta handlingsplan. Arbetsfördelningen mellan sektionerna bör definieras i kommunerna. Likaså vem som är ansvarig

och leder arbetet. Det är också viktigt att förbättra personalens yrkesmässiga färdighet att ingripa mot våld och att öka forsknings- och utvecklingsarbetet inom området.

Olika grupper (till exempel barn, unga, äldre och handikappade) som har drabbats av våld behöver lämpliga service- och vårdmodeller.

Det effektivaste sättet att förebygga och minska våld är att erbjuda långsiktig hjälp till våldsamma personer.

I rekommendationerna poängteras att det är viktigt att medborgarorganisationerna är med i kommunernas våldsförebyggande arbete. Informationen spelar också en betydande roll.

Kommunernas revisionsnämnder kan utvärdera hur rekommendationerna uppföljs. I kommunernas samarbetsområden utvärderas rekommendationerna i samband med annan verksamhet. På riksnivå utvärderas rekommendationerna år 2011.

Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds rekommendationer för förebyggande av våld i närrelationer och inom familjen riktar sig till kommunernas social- och hälsovårdsenheter och syftet är att stödja det kommunala och regionala våldsförebyggande arbetet.

Pressmeddelande 39/2008

Ny kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre

Social- och hälsovårdsministeriet har tillsammans med Finlands Kommunförbund publicerat nya kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre. Rekommendationen är ett arbetsredskap för dem som utvecklar och utvärderar åldringstjänsterna. Rekommendationen innehåller också etiska principer för tjänsterna.

I rekommendationen ingår centrala strategiska delområden för att förbättra kvaliteten på tjänsterna för de äldre. De strategiska delområdena är främjande av välfärd och hälsa, utveckling av servicestrukturerna, andelen personal, kunskaper och ledande samt boende- och vårdmiljöerna.

Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre gäller de tjänster som används regelbundet. Hit hör hemvården, stödet för anhörigvårdare, långvården, vården för effektiviserat serviceboende samt annan verksamhet som främjar de äldres välfärd och hälsa. Rekommendationen ställer upp nationella kvantitativa och kvalitativa mål för dessa tjänster. Kommunerna ställer i sin tur upp egna mål utgående från dessa genom att beakta de lokala behoven.

Rekommendationen betonar betydelsen av främjande av hälsa och välfärd samt den förebyggande verksamheten. Äldre som vill bo hemma skall stödas och servicebehoven utvärderas individuellt. Serviceutbudet görs mer mångsidigt med hjälp av rådgivningstjänster och övriga förebyggande tjänster. Samtliga tjänster skall stöda hälsan, handlingsförmågan och rehabiliteringen.

I rekommendationen beskrivs grunderna för personaldimensioneringen och dessutom ges rekommendationer för minimiandelen personal i dygnet runt-vården. Med rekommendationerna vill man också öka personalens välbefinnande i arbetslivet, utveckla det gerontologiska kunskapsområdet samt ledarkunskaperna.

För att utveckla boende- och vårdmiljöerna för de äldre bör det satsas på hinderlöshet, säkerhet och trivsel.

Rekommendationen innehåller även uppföljningsindikatorer med hjälp av vilka det går att få regelbunden information om hur rekommendationerna förverkligas såväl i de enskilda kommunerna som nationellt.

Kommunerna svarar för tjänsterna och kvaliteten

Kommunerna kan producera tjänsterna själva eller köpa dem av privata eller tredje sektorns serviceproducenter. Kommunerna svarar för tjänsternas kvalitet och ser till att tjänsterna motsvarar befolkningens behov samt att de är kostnadseffektiva.

Rekommendationen betonar partnerskapet mellan den offentliga, privata och tredje sektorn. Det är även viktigt att öka kommuninvånarnas, klienternas och de anhörigas möjligheter att påverka.

Målsättningen är att förändra servicestrukturen

En av rekommendationens målsättningar är att förändra servicestrukturen. Om förändringen förverkligas stävjas social- och hälsovårdens kostnader. Förutom strukturerna bör också serviceprocesserna förnyas.

Den nya rekommendationen tar regeringsprogrammets linjedragningar, de övriga politiska och administrativa linjedragningarna som gäller den åldrande befolkningen samt den pågående kommun- och servicestrukturreformerna i beaktande. Feedbacken angående de förra kvalitetsrekommendationerna har också tagits i beaktande.

Bakgrund

Finland åldras snabbt under de närmaste årtiondena. Om inte servicestrukturerna och sätten på vilka tjänsterna produceras förnyas är det svårt att stävja de ökande kostnaderna.

Kvalitetsrekommendationer har under de senaste åren varit en central metod för att styra välfärdstjänsterna nationellt. Social- och hälsovårdsministeriet gav tillsammans med Finlands Kommunförbund den första kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre för sju år sedan, våren 2001. Rekommendationen, som är en form av informationsstyrning, har i kommunerna uppfattats som ett ändamålsenligt och meningsfullt arbetsredskap.

Pressmeddelande 317/2007

Beslut om utkomststöd inom sju vardagar

Regeringen föreslår tidsfrister för behandlingen av utkomststödsärenden. Enligt regeringens proposition till riksdagen skulle en person, som lämnar in sin ansökan om utkomststöd till kommunens socialbyrå, få ett utkomststödsbeslut senast inom sju vardagar. I brådskande fall skall beslutet fattas samma dag eller senast följande vardag.

Förutom ett skriftligt stödbeslut skall klienten också ges tillfälle till ett personligt samtal med en socialarbetare eller socialhandledare senast den sjunde vardagen efter att personen har begärt om ett samtal.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för år 2008 och avses att behandlas i samband med den.

Tidsgränser ett centralt mål i regeringens socialpolitik

Då det gäller den sociala servicen har statsminister Matti Vanhanens andra regering som mål att införa begränsningar för tiden inom vilken klientens servicebehov skall bedömas. Brådskande behandling av utkomststödsärenden (servicegaranti för utkomststödet) är det första steget i

lagförändringen som genomförs stegvis. Tidigare har lagstadgade tidsfrister införts bland annat i hälsovården år 2005 i form av vårdgarantin.

Ensamma män och ensamförsörjande kvinnor

År 2005 betalades utkomststöd till över 238 000 hushåll i Finland. Det betyder att dryga sju procent av finländarna fick utkomststöd. Närmare 70 procent av dem levde ensamma och en majoritet var ensamstående män. En annan signifikant grupp var ensamförsörjande familjer, av vilka 25 procent fick utkomststöd. Av de ensamförsörjare som lever på utkomststöd är nästan alla kvinnor.

Undersökningar och utredningar

Sammandrag av några böcker som utgivits 2007–2008 av Stakes

Kaarina Wilskman, Timo Ståhl, Seija Muurinen, Kerttu Perttilä

FRÄMJANDE AV BEFOLKNINGENS VÄLFÄRD OCH HÄLSA I KOMMUNERNA. RAPPORT OM ENKÄTEN TILL KOMMUNDIREKTÖRER 2007 Stakes 2008

Sammandrag

Syftet med rapporten är att beskriva situationen i kommunerna med utgångspunkt i strategierna och tillvägagångssätten för samt ledningen, uppföljningen och utvärderingen av välfärds- och hälsofrämjande. Genom enkäten utreddes också hur folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 fungerar och genomförs i kommunerna.

Ett elektroniskt enkätformulär med följebrev skickades i mars 2007. Enkäten riktade sig till kommundirektörerna (N = 416). Man fick totalt 177 ifyllda frågeformulär och svarsprocenten blev 43 procent, vilket är ett lågt procenttal med tanke på generalisering av resultaten. Resultaten kan ändå anses återspegla situationen i kommunerna rätt bra, eftersom befolkningen i de kommuner som besvarade enkäten utgjorde 62 procent av Finlands folkmängd.

Resultaten gav vid handen att skyldigheterna enligt den reviderade folkhälsolagen hade behandlats närmast inom kommunernas social- och hälsoförvaltning. Det verkar som om skyldigheterna ännu inte på ett heltäckande sätt nått kommunerna och deras centrala aktörer. Genomförandet av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 har fortskridit, men endast en tredjedel av de kommuner som svarade hade uppmärksammat minskning av hälsoskillnader mellan befolkningsgrupperna. Över hälften ansåg att minskningen av hälsoskillnader inte syns i tillräcklig utsträckning som kommunens strategiska mål. Endast knappt en femtedel av de kommuner som svarade hade som mål att minska antalet olycks- och våldsrelaterade dödsfall bland unga män. Cirka hälften av de svarande ansåg att Hälsa 2015-programmets stöd till kommunledningen varit litet eller rätt litet. I stället för program mål önskade man verktyg och mätinstrument. Kvalitetsrekommendationen rörande främjande av hälsa utkom cirka ett halvår innan kommunenkäten genomfördes. Rekommendationen hade inte just alls hunnit spridas utanför kommunernas social- och hälsoförvaltning och inte på ett heltäckande sätt där heller. Strategier för kommunens hela verksamhet var mycket vanliga. Nästan två tredjedelar fastställde i strategierna mål med anknytning till välfärds- och hälsofrämjande. De administrativa strukturerna för hälsofrämjande hade inte blivit vanligare jämfört med år 2004. Tre av fyra kommuner som svarade följer regelbundet upp befolkningens sjuklighet, levnadsförhållanden och levnadsvanor, men rapporteringen av uppgifter behöver ännu förbättras. Bäst när informationen social- och hälsovårdsnämnderna, men även av dem nås bara två tredjedelar.

Det är fortfarande nödvändigt att inbegripa mål med anknytning till välfärds- och hälsofrämjande i kommunstrategierna och i planerna för ekonomi och verksamhet. Olika förvaltningsområdets uppgifter, roller och samarbete samt kommunledningens ansvar måste framhävas, särskilt inom samsamarbetsområden i anslutning till kommun- och servicestrukturreformen. Social- och hälsoförvaltningen har ett stort expertis- och samordningsansvar. Innehållet i välfärds- och hälsofrämjandet måste utvidgas från förebyggande av sjukdomar och individfokuserad hälsoupplysning till att också omfatta skapande av förutsättningar och betingelser för välfärds- och hälsofrämjande. Det behövs lämpliga mätinstrument och informationssystem för att utveckla och utvärdera verksamheten.

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

KVALITETSLEDNING INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSORGANISATIONERNA ÅR 2004 OCH JÄMFÖRELSE MED ÅR 1999 Stakes 2007

Sammandrag

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

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

År 2004 fanns ingen systematisk skillnad mellan socialvården och hälsovården. Inom båda sektorerna förekom dock stora interna skillnader. Av sektorerna inom hälsovården var sjukvårdsdistrikten före de andra vad gäller kvalitetsledning, och inom socialvården var rehabiliteringsanstalterna inklusive sjukhem för krigsinvalidier före de andra sektorerna. Det hade emellertid skett utveckling också på många andra sektorer. Så gott som alla sektorer inom social- och hälsovården hade gjort framsteg i synnerhet vad gäller kvalitetsledningens systematik och dokumentering samt framtagandet av instruktioner för kvalitetsledning. Nya utmaningar inom kvalitetsledningen år 2004 utgjorde införandet av evidensbaserad verksamhet samt riskhantering. En del av organisationerna hade börjat satsa på evidensbaserad verksamhet, och vanligast var detta inom hälsovården. Systematisk riskhantering var fortfarande sällsynt.

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

Enkäten pekar på att kvalitetsledning blivit en viktigare del av kvalitetsledningssystem än tidigare. Konkurrensutsättningen av tjänster torde vara en faktor som bidragit till övergången till mer systematisk verksamhet i synnerhet i organisationerna inom den privata sektorn. Även

de riksomfattande kvalitetsrekommendationerna har styrt organisationerna mot en mer målinriktad kvalitetsledning. Framtidens utmaning är att öka klientens medverkan och inflytande i organisationernas kvalitetsledning och utvärderingen av tjänsternas kvalitet.

Hanna Heikkonen, Tero Meltti, Soila Mäkitalo (red.)

WEBBKONSULTATION INOM DET SOCIALA OMRÅDET Stakes 2008

Sammandrag

Webbkonsultation har visat sig vara ett fungerande och flexibelt sätt att stödja yrkespersoner inom det sociala området. Webben ger möjlighet att förmedla och nå specialkunnande oberoende av tid och rum. Webbkonsultation är en stödform som yrkespersoner kan tillgripa, om de inte har några andra strukturer som stöd i arbetet, eller om de i sitt arbete stöter på en särskilt besvärlig situation och behöver råd av en utomstående. Tanken bakom det hela är att ge informations- och normvägledning i situationer där särskilt små kommuners socialarbetare står ensamma inför utmaningarna i sitt arbete.

Från och med början av 2000-talet har det inom det sociala området skapats webbkonsultationstjänster, som beskrivs och jämförs i denna rapport. I bakgrunden finns socialvårdens ekonsultationsprojekt, inom ramen för vilket en stor del av modellerna för webbkonsultation har skapats. Tammerforsregionens nätforum Virkku har erbjudit socialarbetarna kollegial konsultationshjälp regionalt. Droglänken vid A-klinikstiftelsen har eKonsultation, som vid sidan av kundrådgivningen besvarar yrkespersoners frågor om alkohol och andra droger och om beroende. Kommunförbundets regionala rådgivningstjänst Seutuneuvonta har haft som mål att erbjuda projekt inom socialvården och hälso- och sjukvården expertstöd, samt att främja spridningen av verksamhetsmodeller som projekten resulterat i. I Socialportens konsultationstjänst publiceras svaren på frågor som konsultgrupperna besvarat. På det sättet kan alla ha nytta av svaren. Rädna Barnen rf:s SiTi-kollega ger råd i svåra barnskyddsfrågor, särskilt genom videokonferens.

Trots att användningen av informationsteknik är gemensamt för alla nämnda konsultationsmodeller, skiljer de sig från varandra särskilt i fråga om informationsbildningen och sin relation till yrkespersonens arbete. Konsultationstjänsterna kan delas in i kollegial konsultation, specialistkonsultation och deltagande konsultation.

Utöver presentation av modeller för webbkonsultation innehåller rapporten också resultat från utvärderingsarbetet i Socialportens konsultationstjänst. Det sociala områdets landsomfattande konsultationstjänsts första verksamhetsår har visat att tjänsten behövs och att brukarna är nöjda med de anvisningar de fått genom konsultationen. Via yrkespersonerna har informationen också spritts till klienterna inom det sociala området, och tack vare konsultationen har klienternas rättssäkerhet förbättrats.

Nästan 150 webbkonsulter ger råd i Socialporten. De verkar i konsultgrupper indelade efter ämne. Konsultnätverket är ett starkt specialistforum, som yrkespersonerna inom det sociala området har ställt kvistiga frågor till och som de fått multiprofessionella och sakkunniga svar av. Webbkonsulterna upplever sitt arbete som inspirerande. De upplever också att det utvecklar deras egen verksamhet. Webbkonsulten har direkt kontakt med yrkespersonerna inom det sociala området och situationen på fältet.

Inom det sociala områdets webbkonsultation är det inte bara fråga om att erbjuda yrkespersonerna stöd, utan också om att skapa och utveckla kunskapsstrukturer och att lyfta fram det sociala områdets expertis. I fortsättningen är det skäl att utveckla och integrera olika konsultationstjänster på så sätt att expertisen lyfts fram allt bättre och att brukarna når tjänsterna utan ansträngning. Det är också möjligt att utveckla rådgivningen för yrkespersoner i riktning mot rådgivning för medborgarna. I framtiden kommer betydelsen av webbaserade tjänster som t.ex.

rådgivningskanaler att framhåvas inom det sociala området på grund av brist på arbetskraft samt till följd av den allmänna utvecklingen i informationssamhället.

Outi Töytäri

TILLGÅNGEN TILL HJÄLPMEDEL OCH HJÄLPMEDELSTJÄNSTER PÅ HÄLSOVÅRDSCENTRALERNA OCH CENTRALSJUKHUSEN ÅR 2006 Stakes 2007

Sammandrag

Hjälpmedlen hjälper den drabbade att klara sig själv och gör det möjligt att bo hemma och delta i olika aktiviteter, när personens funktionsförmåga är nedsatt på grund av skada, sjukdom, utvecklingsstörning eller ålderdom. Hälso- och sjukvårdens uppgift är att erbjuda hjälpmedelstjänsterna gratis.

Syftet med denna utredning var att beskriva och bedöma tillgängligheten till hjälpmedel och hjälpmedelstjänster vid hälsovårdscentraler och centralsjukhus år 2006, samla in uppgifter om resurser som satsats på hjälpmedelstjänster samt jämföra läget med det material som samlades in år 2000. Motsvarande utredningar har gjorts åren 2000 och 1994.

Utredningen genomfördes sommaren 2006 genom att man skickade ut ett elektroniskt frågeformulär till varje hälsostation och centralsjukhus. Hälsostationernas svarsprocent (n = 248) var 88 och centralsjukhusens (n = 20) 100.

Av hälsostationerna bedömde 80 procent och av centralsjukhusen 95 procent att tillgången till deras hjälpmedel i allmänhet väl eller mycket väl motsvarade de behövandes behov. Några av de svarande konstaterade att tillgången till hjälpmedel för dem som behöver hjälpmedel för kommunikation, hörsel och syn samt knästöd och liknande stöd var sämre än tillgången till andra hjälpmedel. Av de efterfrågade hjälpmedlen överlät nästan alla hälsovårdsstationer säkrast hjälpmedel för att äta till personer som lider av ledgångsreumatism och centralsjukhusen elrullstol eller elmoped för att ta sig fram utomhus samt peruk för personer som lider av fläckvis håravfall. Hälften av hälsostationerna hade begränsat överlåtelsen av rollatorer för att ta sig fram utomhus och nästan hälften av centralsjukhusen överlätelsen av hörselhjälpmedel.

I förväg fastställda begränsningar av överlåtelse av hjälpmedel tillämpades vid 61 procent av hälsostationerna och 80 procent av centralsjukhusen. Hälsostationerna och centralsjukhusen tillämpade mest begränsningar i fråga om förnyelse av hjälpmedel och mängden hjälpmedel och minst begränsningar i fråga om överlåtelse av billiga hjälpmedel. Tillämpningen av begränsningarna varierade mellan olika sjukvårdsdistrikt.

Processen för hjälpmedel startade nästan alltid inom lagstadgad tid på hälsostationerna och på centralsjukhusens hjälpmedelsenheter/-centraler. På två centralsjukhus hade tidtabellen för hörselvården inte alltid hållits och väntetiden kunde vara längre än ett halvår. På ett centralsjukhus var det över ett års kö till kommunikationscentralen och till synkliniken fick man köa i lite mer än ett halvår.

Ungefär tre fjärdedelar av hälsostationerna och centralsjukhusen bedömde att deras processer för hjälpmedel huvudsakligen fungerade mycket bra eller bra. Uppföljningen av användningen av hjälpmedlen fullföljdes inte alls, eller fullföljdes inte särdeles bra i en tredjedel av alla organisationer.

Hälsostationerna använde år 2005 i genomsnitt 4,4 euro och centralsjukhusen 6,9 euro per invånare för anskaffning av hjälpmedel. Hälsostationernas och centralsjukhusens sammanlagda

beräknade anskaffningskostnader var cirka 59 miljoner euro. Över en tredjedel av organisationerna svarade att de pengar som anslagits för hjälpmedel inte motsvarade behovet.

Av hälsostationerna bedömde en fjärdedel att deras yrkesutbildade personal hade svaga eller bara ganska goda sakkunskaper. Största delen av centralsjukhusen bedömde kompetensen som mycket god eller god och bara en liten del som ganska god. Av hälsostationerna bedömde en fjärdedel och av centralsjukhusen tre fjärdedelar att de hade för få sakkunniga inom hjälpmedelsområdet. Största delen av hälsostationerna och centralsjukhusen bedömde att utrymmena för hjälpmedelsverksamheten var otillräckliga.

År 2005 var över hälften av de personer som fått hjälpmedel från hälsostationerna och knappt hälften av dem som fått hjälpmedel från centralsjukhusen äldre än 65 år. Det förekom skillnader mellan organisationerna.

I jämförelse med utredningen år 2000 överläts hjälpmedel oftare för användning och tillämpningen av begränsningar hade i huvudsak minskat. Det belopp som användes för hjälpmedel hade på hälsostationerna ökat något och på centralsjukhusen märkbart. På centralsjukhusen hade behovet av att anställa mer yrkesutbildad personal inom hjälpmedelsområdet ökat. Åldersfördelningen för hälsostationernas hjälpmedelsklienter hade inte förändrats, men på centralsjukhusen hade antalet över 74-åriga klienter ökat med 12 procentenheter.

För att man ska kunna följa upp hjälpmedelstjänsterna på ett enhetligt och tillförlitligt sätt behövs rikstäckande enhetliga kriterier för insamling av uppgifter om hjälpmedelstjänster samt ett rikstäckande systematiskt insamlingssystem. Grunderna för tillgången till hjälpmedel bör utarbetas med utnyttjande av sakkunskapen hos hjälpmedelsområdets aktörer även med tanke på primärhälsovården.

Behovet och betydelsen av hjälpmedel ökar med antalet äldre och med ny teknologi. Hälso- och sjukvården bör garantera de behövande tillgång till tillräckligt högklassiga hjälpmedel och tjänster vid rätt tidpunkt. Man har goda erfarenheter av den regionala utvecklingen av hjälpmedelstjänster, varför det lönar sig att fortsätta utvecklingsarbetet och utvidga det att omfatta även socialförvaltningens hjälpmedelstjänster.

Heini Lehtoranta, Minna-Liisa Luoma och Seija Muurinen (red.)

PROJEKT FÖR UTVECKLING AV KVALITETEN INOM INSTITUTIONSVÅRD FÖR ÄLDRE Stakes 2007

Sammandrag

På hälsovårdscentralernas vårdavdelningar och ålderdomshem finns cirka 30 000 äldre personer i långvarig institutionsvård. För långtidsvården planeras nya serviceformer. Målet är att långtidsvården inte längre ska ordnas under sjukhusliknande förhållanden utan enligt de äldres egna önskemål på vårdhem och som serviceboende med heldygnsomsorg.

För att utveckla kvaliteten i långtidsvården genomfördes under åren 2006–2007 projektet Utveckling av den institutionella vården för äldre (LAILA Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämisshanke). Projektet ingick i utvecklingsprojektet för det sociala området och målet var att öka institutionernas hemlikhet och i synnerhet utveckla vården av dementa. Nio kommuner/samkommuner, som hade egna pågående utvecklingsprojekt inom sitt område, inbjöds att delta i projektet. I projektet ingick följande projekt: projekt för utveckling av tjänster för äldre (Jyväskylä stad), förening av social- och hälsovårdsförvaltningarna och utveckling av servicestrukturen för den äldre befolkningen (Varpaisjärvi), kvalitetsutbildning för institutionsvården och hemvården

(Borgnäs), utvecklingsprojekt för äldrevården (Masku), strukturförnyelse inom äldrevården (Hirvensalmi), utveckling av institutions- och hemvården (Laiko-projektet) (samkommunen för hälso- och sjukvård i mellersta Satakunta), utvecklingsprojekt för äldrevården (Oulainen) och utvecklingsprojekt för äldrevården i Kuuma-kommunerna och Hyvinge (Tusby).

Avsikten med projekten var att utveckla institutionsvårdens tjänster i kommunerna. Målsättningen med LAILA-projektet var utbyte av kunskap och erfarenhet samt spridande av de metoder som togs i bruk i projektet. Med hjälp av LAILA-projektet deltog kommunerna i en styrd process, där kommunerna och samkommunerna hade möjlighet att utnyttja ett nätverk för lärande, inbördes stöd och erfarenhet och få stöd för den egna utvecklingsverksamheten. Stakes ansvarade för koordinationen av LAILA-projektet.

Som referensram för projektet användes Øvretveits kvalitetsramverk. På expertföreläsningarna och i etappuppgifter som utfördes på arbetsplatserna granskades institutionsvården ur klientens, yrkesverksamhetens och ledningens synvinkel. Den här rapporten är också upplagd enligt Øvretveits kvalitetsramverk. Olika aktörer kan ur rapporten plocka ut just den grundläggande kunskap, de exempel och de idéer som behövs för det egna utvecklingsarbetet.

Sirpa Andersson

PÅ TU MAN HAND. UNDERSÖKNING AV ÄLDRE PAR (doktorsavhandling) Stakes, 2007

Sammandrag

I denna undersökning som faller inom ramen för socialgerontologi och familjeforskning strukturerar jag de betydelser som äldre äkta par ger sin vardag i hemmet. Undersökningen av den sociala och kulturella mikroverkligheten i familjen och vardagen är ett nytt slags paradigm inom äldreforskningen, vars perspektiv nuförtiden ofta är individinriktade med utgångspunkt i servicesystemet.

Undersökningens betraktelsesätt är etnografiskt, jag försöker förstå och tolka betydelserna ur de äldre människornas egen synvinkel och öka förståelsen för deras levnadssätt. Undersökningen fördjupar bilden av vad som ger mening i de äldres dagliga liv. De äldre paren ökar i antal och allt oftare lever paren sin ålderdom på tu man hand och klarar sig länge tillsammans. Denna förmåga att klara sig kan också ses som en viktig resurs för samhället.

Etnografin försöker komma nära människans livspraxis. Jag undersöker de äldre parens vardag utifrån det textmaterial som jag skaffat genom att besöka 16 par i deras hem i sammanlagt fem små kommuner i södra Finland. Paren hade ingått äktenskap kort efter kriget eller i början av 1950-talet. Hälften av dem hade varit jordbrukarfamiljer, den andra hälften tjänstemän eller arbetstagarer. Av dessa par hade 11 bott i samma hus från äktenskapets början, två hade flyttat tillbaka till landet efter pensioneringen och tre hade på grund av besvärliga boendeförhållanden flyttat till ett hög- eller radhus. När jag var på ”besök” var den diskussion som fördes mer än en intervju. Parens delaktighet tillsammans i diskussionen gav en rik bild av deras liv i hemmet. Det viktiga var att både männen och kvinnorna deltog i diskussionen. Min metod baserade sig på innehållsanalys, jag delar upp textmaterialet enligt tema utifrån samtalsgången. Som det viktigaste begreppet som förenar de olika diskussionsteman hittade jag strävan efter kontinuitet, som sammanför temana plats och hem, hushållsarbete och långt äktenskap.

Kontinuiteten är den röda tråden i denna undersökning. Resultaten visar att de äldre parens uppfattning om ett gott liv sammanflätades med det långa äktenskap som levts i hemmet och dess värden. De äldre upplever att de lever självständigt, om de känner att de kan bibehålla

de väsentligaste dragen i sitt levnadssätt. Strävan efter kontinuitet innebar förankring i en lands-ortsbetonad, traditionell livsföring. Det gav skäl att fråga vad som är viktigt för dem och vad de är rädda att bli tvungna att avstå från. Hög ålder och en allt sämre hälsa utgör ett hot och en risk för kontinuiteten. Det viktiga var det egna, trygga hemmet och den bekanta miljön.

I undersökningen sammanföll de äldre parens förmåga att klara sig genom vardagen med deras vilja att sköta hushållsarbete och andra vardagliga bestyr *tillsammans*. *Tillsammans* innebär att de får stöd av varandra och att de har gemensamma mål och ambitioner. Genom att beskriva parens förhandlingar och de metaforer som de använt lyfter jag fram kontinuitetsstrategier. Pratet om matlagning, bakning och hushållsarbete var som metaforer för upprätthållandet av en kontinuitet. De dagliga göromålen gav innehåll i de äldre parens liv. Vardagen har sin rytm, som skapas av regelbundet återkommande sysslor och vanor. Tillfredsställelse föds av att man kan göra det som man klarar av. Paren förnyade också fördelningen av hushållsarbetet. Männen lärde sig nya hushållssysslor när hustrun inte längre orkade sköta dem ensam. Vissa sysslor avstod paren ifrån. En hemcentrerad livsstil och vardag gav rum för männens delaktighet. Männen själv motiverade sina hushållsarbeten som hobbyn, tidsfördriv eller en skyldighet i och med äktenskapslöftet.

Makarnas ömsesidiga stöd och omsorg kan vara till hjälp för att skydda sig mot beroende av främmande eller officiell hjälp. De äldre paren flätade samman sin livserfarenhet och sina minnen med nutiden och framtidens risker och möjligheter. De ville fortsätta sitt liv på samma grunder som tidigare, nuet motsvarade fortfarande deras uppfattning om ett gott liv.

Laura Pekkarinen

SAMBANDET MELLAN STRESSFAKTORER I ARBETET OCH VÅRDKVALITETEN VID LÅNGVARIG INSTITUTIONSVÅRD FÖR ÄLDRE (doktorsavhandling) Stakes, 2007

Sammandrag

I undersökningen utreds sambandet mellan stressfaktorer i arbetet och de anställdas arbetsprestationer vid långvarig institutionsvård för äldre. Som arbetsprestation analyseras både vårdpersonalens egna erfarenheter av vårdkvaliteten och kvaliteten på den kliniska vården som getts på avdelningarna. Kvaliteten på den kliniska vården mättes exempelvis med hjälp av kvalitetsindikatorer som beskriver användningen av psykofarmaka och hjälpmedel som begränsar de äldres rörlighet samt förekomsten av liggsår. I undersökningen utreds först sambandet mellan strukturella faktorer på avdelningarna – såsom avdelningens storlek och personaldimensionering – samt den fysiska och kognitiva funktionsförmågan jämte beteendestörningar hos de äldre som vårdas på avdelningen. Därtill analyseras huruvida avdelningarnas specialisering på vård av demens- och psykiatripatienter har samband med den brådska och de rollkonflikter som de anställda upplever i vårdarbetet. Specialiseringen undersöks också i samband med atmosfären i arbetsgrupperna och de anställdas engagemang i organisationen. I undersökningen analyseras ingående vårdkvalitetens samband med olika stressfaktorer, såsom de anställdas erfarenheter av brådska eller arbetskrav, oklara roller, tröttsamt kundarbete och orättvisa i beslutsfattandet. Dessutom undersöks huruvida vårdpersonalens påverkansmöjligheter minskar de negativa effekterna av brådskan eller arbetskraven på vårdkvaliteten.

Undersökningen genomfördes vid Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) som en del av två omfattande forskningsprojekt som behandlade arbetsmiljön vid institutionsvård för äldre och vårdutfallet. I den första undersökningen år 1999 deltog 107 avdelningar vid ålderdomshem eller hälsovårdscentraler, varvid 1 194 (63 %) vårdanställda svarade på en enkät om arbetsmiljön och vårdkvaliteten. På enkäten inom ramen för det andra forskningsprojektet år 2002 svarade 977 (67 %) vårdare på 91 avdelningar vid ålderdomshem och hälsovårdscentraler. Enkätmaterialet förenades på avdelningsnivå med de uppgifter om klienternas funktionsförmåga och vårdkvaliteten som erhållits utifrån RAI-bedömningar (Resident Assessment Instrument). Därtill användes i undersökningen longitudinellt material från 66 avdelningar, där RAI-bedömningar också insamlats året innan, dvs. år 2001 (N = 724). I enkäterna insamlades också avdelningsföreståndarna uppgifter om strukturella faktorer på avdelningarna.

Undersökningsresultaten visade att vårdpersonalen upplevde mest brådska och rollkonflikter när klienternas fysiska funktionsförmåga var svag. I denna undersökning framkom inget klart samband mellan de strukturella faktorerna på avdelningarna, såsom avdelningens storlek eller personaldimensionering, och belastningen i arbetet. Däremot visade sig avdelningarnas specialisering på demens- och psykiatripatienter bidra till att minska effekterna av stressfaktorer i arbetet sålunda att vården av klienter med beteendestörningar var relaterad med mindre stress och rollkonflikter. Avdelningens specialisering hade också samband med en bättre atmosfär i arbetsgrupperna och de anställdas engagemang i organisationen.

Stressfaktorerna i arbetet hade samband med vårdkvaliteten. Vid analysen av vårdarnas erfarenheter av huruvida vården motsvarar klienternas fysiska och psykosociala behov förklarade brådskan en stor del av skillnaderna mellan avdelningarna. Oskäliga krav i arbetet hade också samband med många kliniska kvalitetsproblem, såsom förekomsten av trycksår. Sambandet mellan arbetskraven och vårdkvaliteten var emellertid ofta beroende av i vilken mån vårdarna hade möjlighet att inverka på sitt arbete. Redskap som hindrar rörligheten användes mest på sådana avdelningar där de anställda upplevde sitt arbete som brådskande och ensidigt och de inte hade möjlighet att inverka på sitt arbete. På motsvarande sätt hindrades de äldres rörlighet i mindre omfattning på sådana avdelningar där vårdarna hade möjlighet att inverka på sitt arbete och att mångsidigt använda sina kunskaper och färdigheter. På dessa avdelningar användes också antipsykotiska läkemedel mindre än i genomsnitt. I undersökningen framkom därtill att ett rättvist beslutsfattande har samband med användningen av lugnande och sömnmediciner på avdelningarna.

Forskningsresultaten stöder Karaseks och Theorells (1990) modell om förhållandet mellan arbetskraven och påverkansmöjligheterna, enligt vilken de anställdas påverkansmöjligheter i stor utsträckning definierar hur brådskan eller arbetskraven inverkar på arbetsprestationen. Resultaten stödde också antagandena enligt teorin om en rättvis organisation att de anställdas erfarenheter av ett rättvist beslutsfattande i organisationen har samband med prestationerna i arbetet (Lind & Tyler, 1988). Med hjälp av målsättningsteorin förklarade man varför vården av klienter med beteendestörningar hade samband med mindre brådska och rollkonflikter på de specialiserade avdelningarna (Locke & Latham, 1990). Sambandet mellan stressfaktorerna i arbetet och vårdkvaliteten tolkades som en stressprocess, där det centrala är individens strävan efter att hantera stressfaktorer i omgivningen med olika copingmetoder, t.ex. genom sitt eget beteende (Lazarus & Folkman, 1984). Vid institutionsvård för äldre kan de anställdas copingmetoder i en stressituation uppdagas som vårdrelaterade kvalitetsproblem. Enligt forskningsresultaten främjar specialiseringen för sin del de anställdas förmåga att reda sig i vårdarbetet, varpå därtill de anställdas påverkansmöjligheter i arbetet och rättvisa beslutsmetoder har samband med en bättre vårdkvalitet på avdelningarna.

Kirsimarja Raitasalo

INFORMELL SOCIAL KONTROLL AV DRICKANDE. FINLAND I LJUSET AV INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE (doktorsavhandling) Stakes, 2008

Sammandrag

I denna undersökning studeras den informella kontroll som riktas mot bruket av alkohol. Undersökningen försöker ge ett svar på hur människorna förstår de frågor som vid surveyundersökningar ställs om alkoholbruk och dess kontroll samt hur makens eller makans försök att kontrollera drickandet påverkar de bekymmer som är förknippade med att hantera drickandet och dryckesvanorna. Dessutom belyses kulturella skillnader i samband med den sociala kontrollen av drickandet.

Undersökningen närmar sig objektet ur de sociala kontrollteoriernas synvinkel. Undersökningen går från individnivå till en mer allmän samhällsnivå för att avslutas med en granskning av den informella kontrollen av drickande i Finland i ljuset av internationella jämförelser. Huvudfokus läggs på försök till kontroll mellan makar, eftersom kontroll av drickande är vanligast i parförhållanden.

Omfattningen av både den formella och informella kontroll som riktas mot drickande beror på de rådande normer i samhället som berör drickandet och dess problematik. Även de orsaker som leder till kontroll har samband med både de i samhället rådande normerna och individens egna tolkningar av hurdan drickande som är störande. Informell kontroll av drickande börjar inträda först när drickandet bryter mot individens eller samhällets dryckesnormer. Å andra sidan står individens egna normer alltid i relation till de i samhället rådande normerna och därför står nivån på den informella kontrollen alltid i relation till nivån på den i samhället rådande formella kontrollen.

Under senare tid har EU:s lagstiftning och den utvidgade marknaden försvagat den traditionella finländska alkoholpolitiken och minskat prispolitikens verkan. Sänkningen av alkoholkatten år 2004 och avvecklingen av importbegränsningarna för alkohol sänkte konsumentpriset på alkohol. Som en följd av detta har alkohol-konsumtionen och de därmed förknippade skadeverkningarna ökat mycket kraftigt. I den nuvarande situationen där kontrolluppgiften i någon mån har flyttats över från statlig nivå till lokal nivå och individnivå, framhävs den informella sociala kontrollens minskande effekt på drickandet och de därmed sammanhängande skadeverkningarna.

Som material för denna undersökning användes material från det internationella GENACIS-projektet (Gender, Alcohol and Culture: An International Study). Analyserna omfattade 18 länder, där man hade frågat om den sociala kontrollen av drickandet. För Finlands del användes materialet ”Dryckesvaneundersökning 2000”. Dessutom användes Stakes år 2001 insamlade kvalitativa intervjumaterial, där man mer ingående granskade begripligheten i de frågor som användes i andra undersökningar.

Den informella kontrollen av drickandet har tydligt samband med kön: männens drickande kontrolleras mer än kvinnornas, oberoende av vilken mängd alkohol som konsumeras. Av de finländska männen hade 23 % och av kvinnorna 9 % upplevt att någon under de senaste 12 månaderna hade försökt få dem att dricka mindre eller mer sällan. Oftast utövas kontrollen av maken eller maken. Samma resultat gäller förutom Finland för alla undersökta länder. Sannolikheten att någon ska bli föremål för kontroll ökar dock med den konsumerade mängden och särskilt med frekvensen av berusningsdrickande samt de upplevda negativa följderna av drickandet. I de länder som deltog i undersökningen var variationen stor när det gällde hur stor andel av de

svarande som hade upplevt att deras drickande kontrollerades. I utvecklingsländerna verkar det vara betydligt vanligare att man över huvud taget ingriper i drickandet jämfört med situationen i industriländerna. I dessa länder har även andra än maken eller maken ingripit mer aktivt i alkoholkonsumtionen.

Hur vanlig kontrollen av drickandet är verkar ha ett starkt samband med andelen helnyktra i landet. Ju större andelen helnyktra är, i desto högre grad kontrolleras drickandet. För mäns, men inte kvinnornas, del står också den totala alkoholkonsumtionen i samband med hur vanlig kontrollen är.

Utgående från kvalitativa undersökningar kan man konstatera, att kontroll av drickande förstås på många olika sätt. Detta ger anledning till att mer ingående tänka på formuleringen av de frågor som används i surveyundersökningarna för att de svarande ska förstå dem på ett så enhetligt sätt som möjligt.

Det finns alltid någon bakomliggande orsak till den informella kontroll som riktas mot drickande. Det förekommer ingen kontroll utan problem. Problemen kan vara verkliga, men de kan också finnas i den kontrollerandes tankar. Innan den kontrollerande tar till åtgärder, måste han eller hon ha en uppfattning om att den andras drickande på något plan är problematiskt. Hur vanlig den informella kontrollen är i samhället återspeglar hur allmänna problemen i samband med drickandet är. Vetskapen om problemen orsakar stress för de personer som måste oro sig för någon annans drickande. Att leva under på detta sätt stressande förhållanden ger i allmänhet upphov till någon form av skadeverkningar, som kan vara förknippade med personens fysiska eller psykiska hälsa, arbete eller andra områden av livet. När skadeverkningarna förknippade med drickandet ökar i samhället, ökar även de skadeverkningar som drabbar andra än de drickande, antingen indirekt eller direkt. Dessa skadeverkningar belastar bland annat hälsovården och de kan ha långtgående effekter på folkhälsan och till och med samhällsekonomin.

Maritta Vuorenmaa, Lasse Löytty

MOT ÖSTERBOTTNISK VÄLFÄRD. UTVÄRDERINGS-PERSPEKTIV PÅ ÖSTERBOTTEN-PROJEKTETS FÖRSTA VERKSAMHETSPERIOD 2005–2007 Stakes, 2008

Sammandrag

Österbotten-projektet är ett utvecklingsprojekt som genomförs under åren 2005–2014 med inriktning på missbrukar- och mentalvårdsarbete. Projektet förverkligas av Syd-Österbottens, Mellersta Österbottens och Vasa sjukvårdsdistrikt, SONet BOTNIA och de 55 kommuner som regionen i dagsläget består av. Under åren 2005–2007 var Österbotten-projektet det mest omfattande av de tre utvecklingsprojekt inom missbrukar- och mentalvårdsarbete som finansierades av social- och hälsovårdsministeriet. Genom sitt utvecklingsarbete deltar Österbotten-projektet även i uppgörandet av en nationell plan för psykisk hälsa och missbruksarbete, Mieli 2009. Planen färdigställs före utgången av år 2008.

Denna rapport utgör en del av processutvärderingen av Österbotten-projektets första verksamhetsperiod 2005–2007. Processutvärderingen är en av de fyra metoder med vars hjälp projektet evalueras. De andra metoderna är effektutvärdering, hälsoekonomisk utvärdering och utvärdering av verkningsfull, god praxis. Som material för processutvärderingen användes dokument som producerats inom projektet, projektarbetarnas journaler samt temaintervjuer med projektgruppen och de viktigaste intressentgrupperna. Materialet genomgick innehållsanalys och dokumentanalys. Processutvärderingens uppgift är att hjälpa Österbotten-projektet att

fokusera på framtiden och stödja ett framgångsrikt utvecklingsarbete. Av den anledningen har utvärderingen flera perspektiv: 1. Utvärdering av projektets verksamhetsmiljö, 2. Utvärdering med utgångspunkt i utvecklingsarbetets skeden, 3. Utvärdering av projektet med utgångspunkt i de mål som uppställts för den första projektperioden, 4. Utvärdering av projektet med hjälp av programutvärderingsmetoder.

Det finns ett stort regionalt och nationellt behov av projektet och man har stora förväntningar på dess verkningar. Under år 2005–2007 startades projektet i olika takt inom regionens sjukvårdsdistrikt och kommuner. Inom Vasa sjukvårdsdistrikt framskred man långsammast. Utvecklingsiver och motstånd mot förändringar var en del av projektarbetarnas vardag. Under de första åren betonades arbetets innehållsmässiga frågor, utbildning och handledning samt spridning av god praxis inom mentalvårds- och missbrukarvårdstjänster. Däremot väntar verksamhetsintegrerande strukturutvecklande utvecklingsåtgärder, som betonas i projektmålen, och produktifiering av välfungerande, god praxis samt effektutvärdering på sin tur.

De tre österbottniska landskapen lämpar sig väl som miljö för ett nationellt pilotprojekt, eftersom regionen är som ett Finland i miniatyr. Regionens tre sjukvårdsdistrikt med däri ingående kommuner skiljer sig mycket från varandra ifråga om såväl befolkningsstruktur, missbrukar- och mentalvårdstjänsternas struktur som historia. Regionens sjukvårdsdistrikt förband sig att med hjälp av Österbotten-projektet utveckla en gemensam, regional och bevisligen effektiv modell för missbrukar- och mentalvårdsarbetet. Konkreta riktlinjer behövs redan i början av år 2008 för att projektets utvecklingsarbete ska framskrida mot den gemensamma visionen. Som stöd för detta behövs regionala, sammanslagna planer för missbrukar- och mentalvårdsarbetet.

Uppfyller projektet de förväntningar som ställts på det? En del av svaret fås genom utvärderingen av och forskningen kring effekten. Effekten ökar om utvecklingsresultaten kan produktifieras, implementeras och integreras i det dagliga missbrukar- och mentalvårdsarbetet. I sista hand mäts effekten genom österbottningarnas välfärd. Indikatorer för den är god psykisk hälsa och minskade skadeverkningar av rusmedel. Detta stora och inflytelserika projekt bör utformas så att den vanliga österbottningen inte upplever projektet som stort eller komplicerat.

Minna Harjajärvi, Irma Kiikkala, Sami Pirkola

ETT OCH ETT HALVT ÅR EFTER TSUNAMIN. DEN PSYKOSOCIALA VÅRDEN I FINLAND AV FÖLJDERNA EFTER NATURKATASTROFEN I ASIEN Stakes, 2007

Sammandrag

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

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

Vid tidpunkten för enkäten uppgav 18 procent av de svarande att de behöver psykosocial hjälp eller psykosocialt stöd antingen för sig själv, sin maka eller make, sina barn, hela familjen eller någon annan närstående person. Nästan en tredjedel (30 procent) av de svarande led av nedsatt psykiskt välbefinnande och ångest (GHQ-12), medan motsvarande siffra i det justerade Hälsa 2000-materialet var 24 procent. Ungefär en fjärdedel av de svarande hade antingen höga eller ganska höga poäng för depressionssymtom (BDI), men i detta fall var skillnaden till det justerade Hälsa 2000-materialet obefintlig. Vid granskning av medelvärdena framgick det att de som transporterats hem från flodvågsområdena som väntat hade högre poäng i den påståendeserie som mätte nedsatt psykiskt välbefinnande och ångest, men att de hade lägre poäng i påståendeserien som mätte depressionssymtom. Enligt preliminära analyser av registermaterialet hade 69 personer (3 procent av de hemtransporterade) haft sjukledigt på grund av stressyndrom (eller en annan reaktiv störning). Sjukledighet som beviljats på grund av stressyndrom varade i snitt 39 dagar, men längden varierade mellan 1 och 271 dagar. Totalt 50 personer (2 procent av de hemtransporterade) hade haft sjukledigt på grund av diagnostiserad depression. Sjukledighet som beviljats på grund av depression varade i snitt 44 dagar, men längden varierade mellan 2 och 175 dagar.

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

Eija Stengård, Kaija Appelqvist-Schmidlechner, Maila Upanne,
Kai Parkkola, Markus Henriksson

TIME OUT! LIVET PÅ RÄTT SPÅR. LIVSSITUATIONEN OCH DET PSYKOSOCIALA VÄLBEFINNANDET BLAND MÄN SOM BLIVIT UTANFÖR MILITÄR- OCH CIVILTJÄNSTGÖRINGEN Stakes, 2008

Sammandrag

Av årets åldersklass fullgör cirka en femtedel, dvs. ungefär 6 600 unga män i hela landet, inte värnplikten. Vid uppåden befrias var tionde från tjänstgöring helt eller för en viss tid, och cirka hälften av dem på grund av mentala orsaker. Av dem som påbörjat sin tjänstgöring avbryter var tionde. Också hälften av dem på grund av mentala orsaker. De psykosociala problemen bland dem som blivit utanför tjänstgöringen har inte gått myndigheterna obemärkt förbi. Problemet har varit att ingen instans har verkat ansvara för dessa män på gruppnivå. Syftet med denna studie var att utreda om de män som blivit utanför tjänstgöringen utgör en riskgrupp, som behöver stöd av samhället. Genom studien ville man utreda om det att man blivit utanför tjänstgöringen är ett träffande och adekvat kriterium för styrandet av det stödprogram som utvecklats inom projektet Time out! Livet på rätt spår.

Åren 2004–2005 deltog i studien för Helsingfors och Vandas del totalt 356 män som blivit utanför militär- eller civiltjänstgöringen samt 440 män som fått en inryckningsorder. Studiematerialet samlades in genom frågeformulär och registerdata.

De män som blivit utanför militär- eller civiltjänstgöringen skiljde sig avsevärt i fråga om bakgrund, levnadsvanor, livssituation och psykosocialt välbefinnande från de män som fått en inryckningsorder. Männerna som blivit utanför tjänstgöringen hade redan under barndomen haft sämre levnadsförhållanden än de män som fick en inryckningsorder. I vuxen ålder hade de som blivit utanför tjänstgöringen mer psykiska och sociala problem än de som fått en inryckningsorder: missbruk av alkohol och andra droger, ekonomiska problem, arbetslöshet, bostadslöshet och psykiska symtom. Också hälsobeteendet var svagare än hos dem som fått en inryckningsorder. Ett typiskt särdrag för de män som blivit utanför tjänstgöringen var att problemen ansamlades. Dessutom hade dessa män färre faktorer som skyddar mot en ogynnsam utveckling, eller med andra ord självförtroende, socialt stöd samt fritidsintressen utanför hemmet.

De skillnader som framkom i studien mellan dem som fått en inryckningsorder och dem som blivit utanför tjänstgöringen stöder den verksamhetsmodell som utvecklats i projektet Time Out! Livet på rätt spår. Att problem ansamlas är ett incitament till att utveckla stödåtgärder som är inriktade på ungdomar. När problemen ansamlas måste man kunna stödja den unga personen på ett övergripande och helhetsinriktat sätt och inte bara via ett visst symtom eller problembe- teende. Uppåden erbjuder ett enastående tillfälle att nå de unga männen en sista gång som hel åldersklass. Detta möte mellan den unge mannen och samhället bör utnyttjas i det aktiva förebyggandet av psykosocial marginalisering.

Johanna Lammi-Taskula

FÖRÄLDRALEDIGHET FÖR PAPPOR? GENUSRELATERADE UPPFATTNINGAR OCH PRAXIS I FAMILJER MED SMÅ BARN I FINLAND Stakes, 2007

Sammandrag

Denna studie utforskar det genusrelaterade utnyttjandet av lagstadgad rätt till föräldraledighet i Finland. Kvinnorna deltar i hög grad på arbetsmarknaden, de arbetar för det mesta heltid och har en hög utbildningsnivå. Sedan 1960-talet har statliga välfärdsinstitutioner utvecklats för att stödja samordningen av förvärvsarbete och familjeliv. Rätten till ledighet för pappor infördes först på 1970-talet, och under det senaste decenniet har pappans deltagande i vården stått i fokus när det gäller utvecklingen av ledighetspolicyn. Föräldraledigheten har emellertid mest utnyttjats av mammorna, fördelningen av barnavård och hushållsarbete i familjerna har förblivit ojämn och kvinnornas ställning på arbetsmarknaden är inte jämställd med männens.

I studien är genus ett nyckelbegrepp för att förstå föräldraxis i betalt och obetalt arbete. Det genusrelaterade utnyttjandet av möjligheterna till föräldraledighet utforskas på fyra nivåer enligt R.W.Connells strukturella modell för genusrelationer (1987; 2000): kulturella uppfattningar och genusideologi; praktisk fördelning av arbete; individuella önskemål och emotionella motivationer; och maktförhållanden. Den empiriska analysen baseras på undersökningsdata med 3 232 mammor och 1 413 pappor till små barn, insamlade under 2001–2002 som en del av Stakes undersökning om föräldraledighet.

I princip reflekterar lagstiftningen om föräldraledighet en genusneutral uppfattning om föräldraskapet, varvid både mamman och pappan ses som dugliga vårdare av barnet. Även om man allmänt förstår att pappans engagemang i vården av barnet är viktigt, har mammans överlägsenhet i vården inte i praktiken ifrågasatts. Internaliserade antaganden om mamman som vårdare reflekterar den förhärskande genusordningens principer ifråga om skillnader och hierarki (Hirdman 1990): papporna antas vara annorlunda än mammorna, och deras aktivitet i arbetslivet värderas högre än deras aktivitet i vården av barn. Bland föräldrar till små barn betonas genusrelaterade skyldigheter som förälder i förhållande till personens egna val, men förväntas inte av partnern. Sålunda tänker mammor att försörjning av familjen är ett delat ansvar och pappor tänker att vården av barnen är ett delat ansvar.

Fördelningen av föräldraledigheten mellan mammor och pappor har i viss grad samband med föräldrarnas individuella socio-ekonomiska ställning. När både mamman och pappan har en hög utbildning, är det mer sannolikt att de delar på föräldraledigheten. Pappor som är anställda inom den kvinnodominerade offentliga sektorn tar något oftare föräldraledigt än andra män. Men genusideologin, d.v.s. attityden till att pappor tar ledigt och uppfattningen om olika skyldigheter som förälder, är av signifikant betydelse för utnyttjandet av rätten till ledighet i familjen.

Ideologierna och praxis när det gäller fördelningen av föräldraledighet mellan mammor och pappor har också samband med arbetsfördelningen ifråga om obetalt hushållsarbete. I familjer där mammorna utnyttjar hela föräldraledigheten, utvecklar föräldrarna skilda sfärer av erfarenhet och hushållsarbetet är mera differentierat än i sådana familjer där åtminstone en del av föräldraledigheten utnyttjas av pappan.

I ett krävande och stressigt arbetsliv önskar många småbarnspappor ett avbrott från arbetet. Detta är en viktig motivationskälla till föräldraledighet, men förs ofta inte fram i kommunikationen mellan föräldrar. Även om många pappor anger familjens ekonomi som ett hinder för att de ska utnyttja ledigheten, grundar sig deras val mer på antaganden än på beräkningar.

Mammornas och pappornas individuella val återspeglas i såväl policyalternativ som materiella förhållanden och ideologiska uppfattningar. Alla dessa är öppna för förändringar, men utvecklingen mot mera symmetriska relationer i föräldraskapet kräver aktivitet på många nivåer. Individuell rätt till pappaledighet behövs i familjepolitiken, förverkligandet av pappornas ansvar för vården av barnen kräver stöd från deras arbetsgivare och kolleger, reflektion över och ifrågasättande av genusrelationer är nödvändigt också i familjernas vardagsliv.

Disputation: Mäns drickande kontrolleras mer än kvinnors

Den informella kontrollen av drickande är tydligt könsrelaterad: männens alkoholbruk kontrolleras mer än kvinnornas, oberoende av vilken mängd alkohol som konsumeras. Av de finländska männen hade cirka en fjärdedel och av kvinnorna cirka var tionde upplevt att någon hade försökt få dem att dricka mindre eller mer sällan under det senaste året. Oftast försökte maken eller maken begränsa drickandet.

I Finland är informell kontroll ovanligare än i de flesta andra länder som undersökts. På den europeiska skalan placerar sig Finland ungefär i mitten. I Finland råder det alltså obalans mellan en stor konsumtion och den informella kontrollen. Skulle man dricka mindre i Finland om tröskeln för att ingripa även i informella sammanhang eller med andra ord i hemmen skulle vara lägre än för närvarande?

Sannolikheten att utsättas för kontroll ökar ju mer man dricker eller ju oftare man är berusad. Andelen svarande som hade upplevt att det ingrips i deras drickande varierade mycket i de länder som deltog i undersökningen. I utvecklingsländer verkade det vara avsevärt mer vanligt att ingripa än i industrialiserade västländer. I utvecklingsländerna ingrep också andra än maken eller maken aktivt.

Det finns alltid någon orsak till den informella kontrollen av drickande, och kontrollen är inte problemfri. Den kontrollerande tar till åtgärder först när denna anser att den andras drickande är problematiskt. Medvetenhet om problemen orsakar den kontrollerande påfrestningar och bekymmer. När olägenheterna av drickande ökar i samhället, ökar också indirekt eller direkt olägenheterna för andra än de som dricker. Olägenheterna kan få långtgående konsekvenser för folkhälsan och till och med nationalekonomin.

I Finland kontrolleras drickande formellt mer än i många andra länder. I Finland brukas det också mer alkohol än i många andra europeiska länder. Följaktligen är skadeverkningar också vanligare. När priserna på alkoholdrycker sjönk i Finland till följd av att skatterna sänktes 2004 och att importbegränsningarna för alkohol slopades, ökade skadeverkningarna av alkoholbruk och drickande avsevärt. Efter att kontrollen av drickande och av skadeverkningar delvis överförts från statlig nivå till lokal nivå och individnivå, ökade betydelsen av den informella sociala kontrollen. Det vill säga i praktiken de närståendes kontroll.

Stakes forskare Kirsimarja Raitasalos doktorsavhandling behandlar den informella kontrollen av alkoholbruk. I avhandlingen granskas den informella kontrollen av alkoholbruk i Finland och internationellt. Huvudfokus läggs på försök till kontroll mellan makar, eftersom kontroll av drickande är vanligast i parförhållanden.

Psykiska och fysiska sjukdomar går hand i hand

Personer med psykiska problem löper större risk att insjukna i fysiska sjukdomar och att dö i snitt tio år tidigare än genomsnittsfinländaren. Orsakerna till ojämlikheten har utretts i en rapport från Stakes. Rapporten rör Finland och ingår i en utvärdering av möjligheterna för särskilt invandrare, äldre och personer med psykiska problem att få hälso- och sjukvård i åtta EU-medlemsstater.

Fysiska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes eller sjukdomar i andningsorganen förblir ofta obehandlade hos personer med psykiska problem, då det kan vara svårt för dem att söka vård. En fysisk sjukdom kan hamna i skuggan av de psykiska symtomen. En patient kan också låta bli att söka hjälp på grund av att denna upplever stigma och diskriminering. Dessutom kan det hända att mentalvårdspatienter behandlas dåligt av vårdpersonalen.

”Ännu i dag kan man se stigma, okunskap och rädslor riktade mot mentalvårdspatienter. Rehabiliteringspatienter inom mentalvården har ett större behov av allmän hälso- och sjukvård, eftersom de ofta har osundare levnadsvanor än andra. De till exempel röker mer och äter ohälsosammare. Trots det verkar det vara svårt för dem att få vård”, säger forskningsprofessor Kristian Wahlbeck på Stakes.

Ojämlik behandling förekommer också mellan olika yrkesgrupper och sociala grupper. Många faktorer gör det svårare att få hälso- och sjukvård, eftersom fattigdom, ensamhet, arbetslöshet och hemlöshet är vanligt i samband med psykiska problem. De nämnda grupperna löper större risk att insjukna psykiskt och fysiskt. Dessutom har de svårare att få hälso- och sjukvård. Ett stort hinder är till exempel de höjda klientavgifterna. Utmaningen för hälso- och sjukvården är att upptäcka utsatta grupper som löper risk att marginaliseras, och att motarbeta ojämlik behandling av patienter. Enligt Stakes utredning löper inte bara mentalvårdspatienter utan också invandrare och äldre risk att behandlas ojämlikt i hälso- och sjukvården.

Europeiska kommissionens generaldirektorat för sysselsättning och socialpolitik beställde av Stakes en utredning om hur väl jämlikhetskraven uppfylls när en person söker vård (Quality in and Equality of Access to Healthcare Services). Utredningen är en del av Lissabonstrategin och dess huvudmål är ett Europa där alla har en jämlik chans att delta i verksamhet på alla nivåer. Utöver Finland deltog Tyskland, Holland, Storbritannien, Polen, Rumänien, Grekland och Spanien i projektet, för att urvalet av EU-länder skulle vara så täckande och representativt som möjligt.

Enkät: Rätt god tillgång på social- och hälsovårdstjänster på eget språk

Varje invånare i en tvåspråkig kommun har rätt att få kommunal service på sitt eget språk – finska eller svenska. Myndigheterna måste också se till att invånarnas språkliga rättigheter förverkligas i praktiken. Enligt en myndighetsutredning som Stakes genomförde 2007 är tillgången på både finsk- och svenskspråkiga social- och hälsovårdstjänster större i tvåspråkiga kommuner än vad man på förhand bedömde.

Inom social- och hälsovården har man vanligen att göra med människors mest privata ärenden. Därför har de som behöver social- och hälsovård höga förväntningar samtidigt som kritiken hör till den hårdaste. Trots att tillgången på service var bättre än vad myndigheterna uppskattat, utgör deras synpunkter endast en sida i frågan.

Enkätresultaten visade tydligt att i kommuner med svenskspråkig majoritet är det enklare att få social- och hälsovårdstjänster på båda språken än vad det är i kommuner med finska som majoritetsspråk.

Situationen är emellertid inte dålig i kommuner med finskspråkig majoritet heller. Kommunens geografiska läge, dess storlek och den procentuella andelen svenskspråkiga är faktorer av betydelse.

I kommunerna i Österbotten fäster man särskild uppmärksamhet vid den svenskspråkiga befolkningens språkliga rättigheter. I Södra Finlands större kommuner med en betydande andel svenskspråkiga, brukar det vanligen gå att få service på både finska och svenska.

Många små tvåspråkiga kommuner köper svenskspråkig service av en större tvåspråkig kommun.

Svårast är situationen i Södra Finlands stora urbana kommuner med en liten procentuell andel svenskspråkiga. Många med svenska som modersmål nöjer sig med finskspråkig service. Särskilt i huvudstadsområdet är man medveten om svårigheten att få service på svenska. Situationen har emellertid förbättrats och ska förbättras ytterligare.

Stakes och Utbildningsstyrelsen meddelar: Regionala skillnader i elevvårdstjänsterna

Utöver utbildningsmålen ska den grundläggande utbildningen främja elevernas hälsa, tillväxt och utveckling. Det finns dock skillnader mellan olika skolors och kommuners sätt att ordna tjänster som stöder elevernas välmående. Gällande elever i årskurserna 1–6, undersökte Utbildningsstyrelsen och Stakes deras välbefinnande i skolan, hälsovårdstjänster, samarbetet mellan hem och skola och undervisningen i hälsokunskap. Över 1 400 skolor svarade på enkäten.

Det finns regionala skillnader i personaldimensioneringen. Skolpsykologverksamhet och skolans socialarbete fanns sällan att tillgå i skolor med mindre än hundra elever och i ganska liten grad utanför Södra Finlands län. I Lapplands län begränsades elevvårdstjänsterna i praktiken till skolhälsovårdarens arbete.

I hela landet är läkarnas arbetsinsats inom skolhälsovården endast en bråkdel av det som rekommenderas och bristen har inte åtgärdats genom att öka skolhälsovårdarnas arbetsinsats. I små skolor med årskurserna 1–6 och utanför södra Finland förekommer endast få skolpsykologer och socialarbete endast i liten skala i skolorna. I medeltal underskreds de riksomfattande rekommendationerna för personaldimensionering med hälften i skolor med årskurserna 1–6. Stödet som grundskolorna fick av elevvårdstjänsterna var sammanlagt dryga sju veckotimmar per hundra elever, när målet borde vara nästan sexton timmar. Läkarnas arbetsinsats har krympt och är mycket liten, endast 0,1 timmar i veckan per hundra elever. Enligt rekommendationerna borde detta nyckeltal vara 1,7 veckotimmar. Skolhälsovårdarens arbetsinsats varierade mellan skolor med årskurserna 1–6.

Enligt kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården borde varje elev, på varje årskurs, genomgå en återkommande kontroll utförd av antingen en läkare eller hälsovårdare. Under årskurserna 1–6 borde två ingående hälsogranskningar göras som samarbete mellan läkare och hälsovårdare. Endast i undantagsfall genomfördes hälsogranskningarna enligt rekommendationer. Till exempel, endast 14 % av skolorna uppgav att de två ingående hälsogranskningarna som fyller rekommendationens grundkriterier gjordes. I var tionde skola visste man inte när de återkommande hälsogranskningarna gjordes.

Förutom att stödja varje enskild elev har elevvården enligt läroplansgrunderna som uppgift, att utveckla hälsan och en trygg skolgemenskap. Endast var femte grundskola bedömde att elevvårdsgruppen använder över en fjärdedel av sin arbetstid för allmänt främjande av välmående i skolan och för stödjande av undervisningen. Elevvårdsgruppernas arbete koncentrerar sig långt på problemen hos enskilda elever och deras familjer.

Enligt kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården borde en granskning av arbetsförhållandena i skolan göras åtminstone vart tredje år. I var fjärde skola visste man inte om en granskning av arbetsförhållandena hade gjorts. Var tionde anmälde att granskningen överhuvudtaget inte

hade gjorts. Ledningen vid skolväsendet hade endast deltagit i granskningen i knappa en femtedel av skolorna. I var tredje skola stördes skolarbetet ganska mycket eller väldigt mycket av att dålig ventilation eller brist på utrymmen, oljud var som följande på listan över störande faktorer (25 % av skolorna) och sedan kom utrymmesbristen (20 % av skolorna). Många skolor uppgav faromoment som uppdagats men som inte ännu avlägsnats: fysikaliska (24 %) och biologiska (21%) yttre faktorer som kan orsaka fara samt fara för olyckor ute (13%) och inne (8%).

Samarbetet mellan hem och skola underlättas av att det i en stor del av skolorna finns en aktivt fungerande föräldraförening. 84 % av de svarande uppgav att målsmännen deltar också i utvärderingen av skolans verksamhet. I Södra Finlands län deltar över hälften av föräldraföreningarna och i Lappland en tredjedel, också i skolans läroplansarbete. Målsmännen är aktivt med om att ordna utflykter, lägerskolor, temadagar och fester.

Enligt lagen ska eleven varje arbetsdag få en ändamålsenligt ordnad och styrd, ordentlig, kostnadsfri måltid. Skolans läroplan ska fastslå hur skolan genomför målen för hälso-, umgänges- och näringsfostran i skolbespisningen. Skolmåltiden ska ge eleven en möjlighet till både en näringsmässigt balanserad måltid och en tillräckligt lång paus för rekreation mellan timmarna. Cirka i var tredje skola använde eleverna endast ca 15 minuter eller mindre för skolmåltiden. En tredjedel av skolorna började serveringen av skolmaten kl. 10.30 eller tidigare, men endast var femte erbjöd möjlighet till mellanmål på eftermiddagen. Utbildningsanordnaren borde därför ge klara anvisningar om både minimilängden på matpausen och tiden för måltiden.

I undervisningen av hälsokunskap används professionella inom hälsovård. I majoriteten av skolorna (88 %) deltog hälsovårdaren i undervisningen av hälsokunskap. Varannan skola har också ordnat temadagar i hälsokunskap.

I Stakes och Utbildningsstyrelsens utredning ingick följande innehållsområden: Samarbeta mellan hem och skola; elevernas delaktighet och påverkningsmöjligheter; hälsokunskap; elevvårdsgrupper; skolans psykologverksamhet och socialarbete; skolhälsovårdens planmässighet och personal; hälsogranskningar; frånvaron och deras uppföljning; skolbespisning; skolskjutsar, mobbing; störningar och problemsituationer i skolorna, disciplin och tillrättavisning, arbetsförhållanden och granskning av arbetsförhållanden; olyckor och skickande till specialtjänster.

Det fanns stora skillnader mellan enskilda skolor gällande nästan alla frågor. Hösten 2007 publicerades resultaten av motsvarande enkät som riktats till skolor med årskurserna 7–9. Resultaten var i det stora hela liknande.

Försörjningsansvar upplevs som hinder för föräldraledighet

”Många pappor anger familjens ekonomi som ett hinder för att de ska ta föräldraledigt, men deras val grundar sig mer på antaganden än på beräkningar. I bakgrunden finns ofta genusrelaterade attityder och uppfattningen att föräldrar har olika genusrelaterade skyldigheter. Exempel på sådana är pappans ansvar för familjens ekonomi och mammans ansvar för barnens fostran.”

Det här konstaterar Stakes specialforskare pol.mag. Johanna Lammi-Taskula i sin doktorsavhandling om utnyttjandet av föräldraledighet. Disputationen hålls vid Tammerfors universitets institution för samhällsvetenskap fredagen den 2 november 2007. Studiens resultat bygger på en enkät, som Stakes genomförde 2001–2002 inom ramen för en studie om föräldraledighet. Enkäten besvarades av 3232 mammor och 1413 pappor till små barn.

Pappans och mammans ställning i arbetslivet påverkar delandet av föräldraledigheten. När både mamman och pappan har en hög utbildning, är sannolikheten att de delar på den större. Pappor som är anställda inom den kvinnodominerade offentliga sektorn tar något oftare fö-

rälldraledigt än andra män. På grund av arbetslivets krav och stress vill många småbarnspappor komma bort från sitt arbete en tid. Detta är en viktig motivationskälla till föräldraledighet, men ofta diskuterar föräldrarna inte den här aspekten.

Om föräldraledigheten delas, påverkar det föräldrarnas ställning i arbetslivet och också delandet av oavlönat hushållsarbete. I familjer där mammorna utnyttjar hela föräldraledigheten, utvecklar föräldrarna skilda erfarenhetsvärldar och hushållsarbetet är mer genusindelade än i sådana familjer där åtminstone en del av föräldraledigheten utnyttjas av pappan.

De enskilda mammornas och pappornas val sker inom ramen för de möjligheter politiken ger, men valen påverkas också av materiella förhållanden och genusrelaterade uppfattningar. Dessa faktorer kan förändras, men en utveckling mot mer jämnt fördelat ansvar mellan könen för barnavården kräver aktivitet på många nivåer. Inom familjepolitiken behövs pappakvoter i föräldraledigheten. Dessutom behövs både arbetsgivarnas och kollegernas stöd för att pappans ansvar för barnavården ska bli verklighet. Också i familjernas vardagsliv är det nödvändigt att fundera på genusrelationerna och ifrågasätta dem.

Redan på 1970-talet fick papporna rätt till föräldraledighet, och under det gångna årtiondet har utvecklingen av systemet för föräldraledighet fokuserat på papporna. Det är ändå främst mammorna som har utnyttjat ledigheten. År 2005 utnyttjade papporna cirka 5 procent av alla föräldraledighetsdagar. Sin rätt till föräldraledighet utnyttjade 10 procent av papporna.

Hälso- och sjukvårdsutgifterna har fortsatt att öka

Finlands hälso- och sjukvårdsutgifter var 13,6 miljarder euro 2006. Inflationen medräknad hade de ökat med 2,3 procent från året innan. Hälso- och sjukvården kostade i snitt 2 586 euro per invånare.

Alltsedan 1995 har hälso- och sjukvårdsutgifterna ökat. Åren 1995-2006 ökade utgifterna för läkemedel och tandvård mest. Måttligast hade utgifterna för institutionsvård för personer med utvecklingsstörning och institutionsvård för äldre samt utgifterna inom primärvårdens långvård ökat.

År 2006 var hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till bruttonationalprodukten 8,2 procent, vilket är 0,1 procentenheter mindre än ett år tidigare. Hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till bruttonationalprodukten var fortfarande lite under OECD-ländernas genomsnitt, som var 9 procent 2005.

Finlands hälso- och sjukvårdsutgifter finansieras i huvudsak med offentliga medel. År 2006 var den offentliga finansieringens andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna 76 procent och den privata finansieringens andel 24 procent. Den offentliga finansieringens andel har ökat efter 2003. Hushållens finansieringsandel var 18,7 procent år 2006.

Uppgifterna har tagits fram genom ett nytt statistikföringssätt, som Stakes börjat använda i år i såväl den nationella som den internationella rapporteringen av hälso- och sjukvårdsutgifter och deras finansiering. Begreppen, indelningarna och kalkyleringsprinciperna i det nya statistikföringssättet är enligt OECD:s system för hälsoräkenskaper (SHA, System of Health Accounts). Uppgifterna enligt det nya statistikföringssättet har tagits fram retroaktivt med början i statistikår 1995.

När man övergick till statistikföringssättet enligt det internationella systemet för hälsoräkenskaper, blev Finlands hälso- och sjukvårdsutgifter 1,1 miljard större än när de beräknades enligt den tidigare metoden. Den största orsaken till att hälso- och sjukvårdsutgifterna ökade var att äldreomsorg (693 miljoner euro), den offentliga hälso- och sjukvårdens investeringar (145

miljoner euro), administrationen av hälso- och sjukvård (120 miljoner euro) samt läkemedel (100 miljoner euro) i större utsträckning än tidigare inbegripits i statistiken.

I och med det nya statistikföringssättet har hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten ökat i de flesta av OECD-länderna. I Finland var ökningen 0,8 procentenheter, vilket är lite mer än i snitt i OECD-länderna. Det nya statistikföringssättet har inte påverkat strukturen för hur hälso- och sjukvårdsutgifterna finansieras särskilt mycket.

Publikationer som utkommit i serien Diskussionsunderlag

2008

Åse Brandt, Charlotte Löfqvist, Inga Jónsdóttir, Anna-Liisa Salminen, Terje Sund, Susanne Iwarsson. NO-MO 1.0 Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari. Käsikirja
Työpapereita 31/2008 Tilausno T31/2008

Janne Nikkinen. Sosiaalieettinen näkökulma rahapeliongelmiin ehkäisyyn ja hoitoon
Työpapereita 30/2008 Tilausno T30/2008

Olli Viljanen, Timo M. Kauppinen, Jouko Karjalainen. Toimeentulotuen uusien asiakkaiden jonotilanne 2008
Työpapereita 29/2008 Tilausno T29/2008

Maritta Vuorenmaa & Lasse Löytty. Mot ett österbottniskt välbefinnande. Utvärderingssynpunkter på Österbotten-projektets första verksamhetsperiod åren 2005–2007
Diskussionsunderlag 28/2008 Tilausno T28/2008

Kouluterveyspäivät 2008. 26.–27.8.2008, Paasitorni, Helsinki. Tiivistelmät ja posterit
Työpapereita 27/2008 Tilausno T27/2008

Maija Ritamo (toim.). Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveystalvissa
Työpapereita 26/2008 Tilausno T26/2008

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.). Annus Medicus Fenniae 2008. Nordiskt medicinaldirektörsmöte. Mariehamn, Finland 21.–22. augusti 2008
Diskussionsunderlag 25/2008 Tilausno T25/2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto, Hannele Palosuo. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta
Työpapereita 24/2008 Tilausno T24/2008

Pertti Korteniemi, Pekka Borg. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä?
Työpapereita 23/2008 Tilausno T23/2008

Mariann Kylmäniemi, Outi Töytäri. Vammaispalvelulain mukaiset apuvälinepalvelut. Selvitys apuvälinepalveluiden toteutumisesta Suomessa vuonna 2006
Työpapereita 22/2008 Tilausno T22/2008

Johanna Hiitola. Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista
Työpapereita 21/2008 Tilausno T21/2008

Tuula Kekki, Pia Kajander. Päihdestrategia työnohjaajana. Toimijoiden kokemuksia kirjoitusprosessista ja strategian toimeenpanosta
Työpapereita 20/2008 Tilausno T20/2008

Hannele Hyppönen (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspäivät 2008
Työpapereita 19/2008 Tilausno T19/2008