

Från
**INFORMATION
TILL BEDÖMNING**
med bättre tjänster som målsättning

Social- och
hälsovårdstjänster
Österbotten

Utvärderingsrapport,
våren 2018

THL:s Expertgrupp



Uppdrag och genomförande

Finansministeriet koordinerar en simuleringsövning för landskapens ekonomi som avslutas hösten 2018. Genom övningen testas landskapens ekonomi- och styrningsprocesser och fattande av ekonomiska beslut i det nya systemet. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för styrningen av landskapens social- och hälsovård i övningen.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) har sammanställt ett informationsunderlag som används i simuleringsövningen och ger i den här rapporten en expertvärdering av hur det framtida landskapet klarar av att ordna social- och hälsotjänster. **THL:s expertgrupp** har ansvarat för att producera expertvärderingen. Den information och de erfarenheter som fås genom övningen kommer att utnyttjas i utvecklingen av utvärderingen av landskapen. Utvärderingsövningen påverkar inte finansieringen av de framtida landskapen.

INNEHÅLLET I UTVÄRDERINGEN GRUNDAR SIG PÅ LAGSTIFTNING

Innehållet i utvärderingen grundar sig på olika dimensioner i landskapets prestationsförmåga, som är tillgång till tjänster, kvalitet och effektivitet, klientorientering och jämlikhet. I utvärderingen har man fördjupat sig i olika uppgiftshelheter inom social- och hälsovården och beaktat de mål som nämnts i paragraferna om syften i lagförslagen gällande landskapsreformen och social- och hälsovårdsreformen, målen i lagutkastet om valfrihet och de helheter som härrörs från centrala innehållslagar.

MÅNGSIDIGA INFORMATIONSKÄLLOR I UTVÄRDERINGEN

Som informationskällor för utvärderingen användes den information som landskapen producerat om beredningen av social- och hälsovården, förvaltningen av de framtida landskapen i egenskap av anordnare av tjänster samt om landskapens organisation och verksamhets sätt. Information från indikatorer samlades från THL:s, Statistikcentralens och vissa andra organisationers datalager. Indikatorerna kan granskas på sidan för [uppföljning och utvärdering av landskapen \(simuleringsövning\)](#) i tjänsten Sotkanet. Inom ramen för utvärderingen har THL:s experter besökt alla landskap ([se sidan med nyheter om utvärderingen](#)). Tillsynsmyndigheternas rapporter har inte utnyttjats eftersom tillräcklig landskapspecifik information inte fanns tillgänglig.

I ÖVNINGEN SAMMANSTÄLLS ERFARENHETER

THL:s målsättning med simuleringsövningen har varit att genomföra utvärderingen på ett så realistiskt sätt som möjligt. Den information som använts i utvärderingen har sammanställts av sådana jämförbara informationskällor som funnits tillgängliga. Det har varit fråga om en övning i att sammanställa och använda dataunderlaget, vilket innebär att resultaten av utvärderingen främst är riktgivande och fungerar som stöd för fortsatta diskussioner. Övningen lyfte fram utvecklingsbehov i anslutning till såväl utvärderingsprocessen som informationsunderlaget. I framtiden kan man genom ett mer heltäckande och aktuellt informationsunderlag nå noggrannare slutresultat i utvärderingen av landskapen. Inom THL:s projekt för utveckling av informationsunderlaget för social- och hälsovården arbetar man med dessa utmaningar.

Enligt utkastet till lag om ordnandet av social- och hälsovården (RP 15/2017, 30 och 31 §) kommer THL att få en lagstadgad uppgift att följa upp och utvärdera landskapens verksamhet. Den egentliga utvärderingen inleds våren 2018. I fortsättningen kommer utvärderingen att utgöra en viktig del av det nationella styrningssystemet och producera grundläggande information för landskapens egen styrningsverksamhet.

Pekka Rissanen
Utvärderingsdirektör

Pia Maria Jonsson
Ledande expert

Institute för hälsa och välfärd

Innehåll

Uppdrag och genomförande	1
Centrala iakttagelser	3
Allmänna förutsättningar för att ordna tjänster	4
Kostnader för social- och hälso-tjänster	9
Utvärdering av servicehelheter	
Främjande av välfärd och hälsa	12
Förebyggande tjänster	13
Primärvård	14
Mentalvårds- och missbrukartjänster	15
Specialiserad sjukvård	17
Tjänster för barn, ungdomar och familjer	18
Socialservice för personer i arbetsför ålder	20
Tjänster för personer med funktionsnedsättning	21
Tjänster för äldre	22
Utvärdering av dimensioner	
Tillgänglighet	24
Kvalitet och effektivitet	25
Klientorientering	26
Jämlikhet	27
Nationella källor	28
Regionala källor	28

Professor Pekka Rissanen har ansvarat för uppföljningen och utvärderingen av landskapen. Utvärderingsarbetet har koordinerats av Kimmo Parhiala.

Följande personer har fungerat som regionala utvärderingschefer:

Jonsson, Pia Maria (Egentliga Finland, Satakunta, Österbotten)
Jousilahti, Pekka (Mellersta Finland, Norra Karelen, Norra Savolax, Södra Savolax)
Kovasin, Merja (Birkaland, Egentliga Tavastland, Södra Österbotten)
Kärkkäinen, Jukka (Päijänne-Tavastland, Kymmenedalen, Södra Karelen, Nyland)
Syrjä, Vesa (Kajanaland, Lappland, Mellersta Österbotten, Norra Österbotten)

Följande personer har varit med och författat avsnitten om de olika servicehelheterna och de olika dimensionerna:

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu; Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina; Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari; Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila; Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvii; Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvii; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna; Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Centrala iakttagelser

Det förekommer stora begränsningar i bedömningen, och resultaten av bedömningen kan främst betraktas som riktgivande. I simuleringsövningen bedömdes landskapets social- och hälso-tjänster samt främjandet av välfärd och hälsa. Kommunerna ordnar och producerar emellertid tjänster på olika sätt. Landskapets verksamhet kan bedömas på ett sanningsenligt sätt först när ansvaret för att ordna tjänsterna i området har överförts till landskapen.

Det informationsunderlag som använts vid bedömningen är ännu vad gäller många bedömningsdimensioner bristfälligt och uppgifterna härstammar från 2015–2017. På grund av den korta tid övningen pågick har man inte kunnat gå igenom allt innehåll i bedömningen tillsammans med landskapen. Bedömningen omfattar heller inte alla social- och hälso-tjänster. I fortsättningen kommer informationsunderlaget för bedömningen att utvidgas och man kommer att sträva efter att samla alla uppgifter om ekonomin och verksamheten för samma år. Inexaktheter på grund av skillnader i rapporteringspraxisen kommer i fortsättningen att minska då landskapen är medvetna om med vilka kriterier deras verksamhet bedöms.

Den långsiktiga befolkningsutvecklingen i Österbotten är positiv och den demografiska försörjningskvoten och ekonomiska försörjningskvoten i området ligger på en förhållandevis bra nivå. Enligt finansministeriets kalkyler kommer finansieringen av landskapets social- och hälsovård att hållas på någotsånär samma nivå även efter social- och hälsovårdsreformen. Tryggheten av befolkningens språkliga rättigheter och tillhandahållandet av kultursensitiva tjänster medför utmaningar i social- och hälsovårdsreformen eftersom Österbotten är det enda landskapet i Fastlandsfinland som har svenska som majoritetsspråk. Dessutom har en förhållandevis stor andel av invånarna utländsk bakgrund. Enligt den allmänna indikatorn för sjuklighet hör hälsotillståndet hos landskapets befolkning till de bästa i landet. Endast 4,9 procent av invånarna i Österbotten fick utkomststöd under året, medan motsvarande andel var 7,2 procent i hela landet.

Enligt den uppföljningsinformation som samlats in var nettodriftskostnaderna för primärvårdens öppenvård (exklusive mun- och tandvård) 408 euro per invånare i Österbotten, medan landets genomsnitt låg på 359 euro. Inom primärvården gjordes 27 procent fler besök på mottagningar inom den öppna

vården än i landet i genomsnitt. Antalet läkarbesök var ändå 2,4 procent färre än i landet i genomsnitt, men andra besök än läkarbesök var upp till 55 procent fler. Vårdgarantin uppfylldes sämst i hela landet.

Mentalvårdstjänsterna var i viss mån anstaltsbetonade; vad gäller antalet vårddyggn på anstalt låg området nära landets genomsnitt och i fråga om personer i åldern 18–24 år till och med högre än genomsnittet, medan öppenvård anlitas i klart mindre utsträckning än i resten av landet. En positiv aspekt är den ringa användningen av tvångsåtgärder inom den psykiatriska sjukhusvården.

Nettodriftskostnaderna för den specialiserade somatiska sjukvården i landskapet var 1 145 euro per invånare, det vill säga på landets genomsnittsnivå. Kostnadsindexet hörde däremot till den högsta tredjedelen bland landskapen, 106,6. Uppföljningsinformationen tyder på att de produktivetsproblem inom den specialiserade sjukvården i Vasa sjukvårdsdistrikt om vilka tidigare rapporterats håller på att försvinna. Antalet jourbesök i Vasa hör till den lägsta tredjedelen i landet och vårdperioderna inleds mer sällan än genomsnittet oplanerat. I landskapet är antalet personer som väntat på specialiserad sjukvård över ett halvår lägst i hela landet. I fråga om de kvalitetsbestämningar som granskats hör resultaten inom den specialiserade sjukvården till de bästa i landet.

Sammanlagt 97,1 procent av barnen födda 2014 hade börjat få vaccinationsserien av det femvalenta vaccinet, men endast 91,4 procent av dem hade fått alla tre doser. Resultatet är lågt. De lagstadgade omfattande hälsoundersökningarna för barn genomfördes i alla kommuner i Österbotten förutom i Pedersöre och Nykarleby. I fråga om tjänster på specialiserad nivå var det oroväckande att endast 78 procent av bedömningarna av servicebehovet inom barnskyddet hade slutförts inom tre månader. Antalet klientplaner inom barnskyddet i förhållande till antalet klientrelationer inom öppenvården var högre än i landet i genomsnitt. Andelen omhändertagna barn av alla barn i samma ålder hörde till de lägsta i landet.

Funktionsförmågan hos den äldre befolkningen är i Österbotten bättre än landets genomsnitt, och servicestrukturen gynnar hemvård. Sammanlagt 14 procent av alla kvinnor som fyllt 75 år och åtta procent av alla män som fyllt 75 år fick regelbunden hemvård. I Österbotten får klienter inom hemvården i genomsnitt 14 hembesök per vecka, vilket ligger på samma nivå som landets medeltal. I jämförelse med hela landet har klienterna inom hemvården i Österbotten också goda möjligheter att få hemvård dygnet runt.

Allmänna förutsättningar för att ordna tjänster

Landskapet och dess befolkning

Österbotten är ett till invånarantalet medelstort landskap, som 2016 hade cirka 182 000 invånare. Landskapet omfattar fyra ekonomiska regioner och 15 kommuner: Vasa ekonomiska region (Vasa, Korsnäs, Malax, Korsholm, Vörå, sammanlagt cirka 100 000 invånare), Jakobstads ekonomiska region (Jakobstad, Kronoby, Larsmo, Pedersöre, Nykarleby, knappt 50 000 invånare), den ekonomiska regionen Kyroland (Storkyro, Laihela, knappt 13 000 invånare) och den ekonomiska regionen Sydösterbotten (Kaskö, Kristinestad, Närpes, cirka 22 000 invånare). Eftersom Storkyro kommun efter landskapsreformen kommer att höra till landskapet Södra Österbotten, kommer landskapet Österbotten därefter att ha cirka 176 400 invånare. Det nuvarande landskapets tätortsgrad är sjätte högst i landet, 83,5 procent.

Alla kommuner i Österbotten förutom Kronoby hör till Vasa sjukvårdsdistrikt. I det kommande servicesystemet för social- och hälsovården kommer Österbotten, Egentliga Finland och Satakunta att bilda ett samarbetsområde vars universitetssjukhus upprätthålls av landskapet Egentliga Finland.

År 2016 minskade Österbottens invånarantal med 243 personer (0,1 %). Orsaken till befolkningsminskningen var försämrade flyttningsbalans i landet, i synnerhet i Vasaregionen. Under en tidsperiod på fem år har Österbottens folkmängd emellertid ökat sjätte snabbast i landet. Folkmängden ökar tack vare invandring och att antalet födselar ökat. Enligt den befolkningsprognos som publicerats i Sotkanet kommer folkmängden i det nuvarande landskapet Österbotten att öka till drygt 187 000 personer före 2030. Enligt Statistikcentralens prognos skulle antalet invånare då uppgå till drygt 171 000 personer.

Sammanlagt 21,9 procent av befolkningen i Österbotten har fyllt 65 år. År 2016 var den demografiska försörjningskvoten 64,9, jämfört med 59,1 i hela landet. Enligt Statistikcentralens befolkningsprognos kommer försörjningskvoten 2030 att vara 70,6 i Österbotten och 69,2 i hela landet.

Tryggheten av invånarnas språkliga rättigheter och tillhandahållandet av kultursensitiva tjänster medför stora utmaningar för Österbotten i social- och hälsovårdsreformen. Österbotten är det enda landskapet i Fastlandsfinland som har svenska som majoritetsspråk. Dessutom har en förhållandevis stor andel av

landskapets invånare utländsk bakgrund: cirka 90 000 personer, 49,6 procent, har svenska som modersmål, cirka 44,5 procent har finska som modersmål och 5,9 procent har ett annat modersmål än de inhemska språken. Storkyro och Laihela är finskspråkiga kommuner, de övriga 13 kommunerna är tvåspråkiga, och elva av dem har svenska som majoritetsspråk. I många av de mindre kommunerna (Pedersöre, Nykarleby, Larsmo, Korsnäs, Kronoby, Malax, Närpes, Vörå) är över 80 procent av invånarna svenskspråkiga. I Jakobstad är andelen svenskspråkiga 56 procent. I två av de tvåspråkiga kommunerna, Vasa och Kaskö, är finska invånarnas majoritetsspråk, men även i Vasa talar drygt 22 procent av befolkningen svenska som modersmål.

Befolkningen i Österbotten har en ganska hög utbildningsgrad: 29,3 procent har avlagt en examen på högskolenivå (fjärde mest av landskapen) medan 70,1 procent har avlagt en examen på minst andra stadiet (tionde mest av landskapen).

Enligt den allmänna indikatorn för sjuklighet är hälsotillståndet hos landskapets befolkning förhållandevis bra. THL:s icke-åldersstandardiserade sjuklighetsindex, som beskriver sjukligheten hos landskapets befolkning och återspeglar servicebehovet i förhållande till hela landets nivå, var 2014 för Österbottens del näst lägst av landskapen i Fastlandsfinland (87,5) efter Nyland (76,7) (figur 1).

År 2016 fick 5 185 hushåll i Österbotten utkomststöd. Sammanlagt 4,9 procent av invånarna i Österbotten fick utkomststöd under året, medan motsvarande andel var 7,2 procent i hela landet.

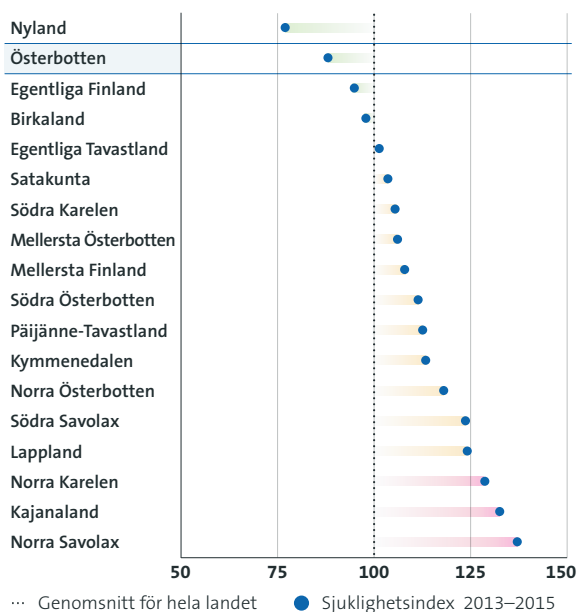
Landskapets välbefinnande

År 2015 var bruttonationalprodukten för landskapet Österbotten 38 192 euro per invånare, medan den för hela landet var 38 248 euro per invånare. Österbottens ekonomiska försörjningskvot var 2015 näst bäst av landskapen i Fastlandsfinland, 133, medan den tio år tidigare var 128 och tredje bäst i landet. Även om försörjningskvoten numeriskt sett ökat (försämrats) en aning under tioårsperioden, var utvecklingen mycket positiv i en jämförelse mellan landskapen.

I juli–september 2017 var sysselsättningsgraden i Österbotten 74,2 procent, vilket var den högsta siffran i landet i en jämförelse mellan landskapen. Sysselsättningsgraden hade emellertid försämrats under 2016 och 2017. I december 2017 hade Österbotten den lägsta arbetslöshetsgraden i Fastlandsfinland, 7,4 procent, medan den i exempelvis Egentliga Finland var 11,0 procent (sjätte lägst) och i Satakunta 11,3 procent (åttonde lägst). Andelen långtidsarbetslösa var i Österbotten näst lägst i landet, 2,1 procent, jämfört

Figur 1

THL:s sjuklighetsindex, icke-åldersstandardiserat (2013–2015).



med landets genomsnitt som låg på 3,5 procent. År 2016 och 2017 minskade arbetslöshetsgraden med cirka 2 procent i Österbotten medan den i hela landet i genomsnitt minskade med 2,4 procent.

Inom näringsverksamheten i Österbotten är förädlingsindustrin av stor betydelse, och 2015 var förädlingens andel av arbetsplatserna i landskapet högst i landet, 30 procent, medan servicenäringsarnas andel av arbetsplatserna var minst av landskapen, 64 procent. Primärproduktionen stod för 6 procent av arbetsplatserna.

Förutsättningar för servicesystemets funktion

Landskapets organisering

I september 2016 anställdes till Österbottens förbund två förändringsledare för att leda och organisera det förberedande arbetet för social- och hälsovårdsreformen i landskapet. Ledarna utsåg elva arbetsgrupper för att förbereda kartläggningar och utarbeta inledande förslag på modeller för de nya social- och hälsovårdsorganisationerna. Ärenden som upplevdes vara gemensamma för hela reformpaketet delegerades till de separata temagrupper som utsetts för landskapsreformen. Sådana ärenden var bland annat

personalfrågor, stödfunktioner (med undantag för medicinska stödtjänster) och informering.

De arbetsgrupper för social- och hälsovårdsreformen som förändringsledarna utsåg var 1. Barn och familjer, 2. Unga vuxna och personer i arbetsför ålder, 3. Seniorer, 4. Behov av omedelbar hjälp, 5. Öppenvård och mottagning, 6. Sjukhuset och bäddavdelningen, 7. Mentalvårds- och missbrukarservice, 8. Handikappservice, 9. Utbildning och forskning och utveckling av dessa, 10. Funktionsförmåga och rehabilitering och 11. Stödservice. Arbetsgruppernas rapporter och förändringsledarnas kommentarer publicerades våren 2017. Dessa var inga slutliga förslag på en ny förvaltnings- och produktionsstruktur, utan innehöll en analys av nuläget och en förteckning över ärenden som måste lösas i den nya strukturen samt tankar om vad som ska beaktas i servicestrukturen.

Våren 2017 tillsatte landskapsstyrelsen för Österbottens förbund ett tillfälligt beredningsorgan som består av tjänsteinnehavare från olika organisationer, och under våren och sommaren överfördes Österbottens ansvar för beredningen av det nya landskapet stegvis till organet. Organet inleder officiellt sin verksamhet efter att den lag som berör organet trätt i kraft, och mandatperioden fortsätter tills det att den nya landskapsfullmäktige och den nya landskapsstyrelsen har inlett sitt arbete.

I januari 2018 beslutade det tillfälliga beredningsorganet att beredningen av landskapsreformen i Österbotten ska omorganiseras. Målet är att förtydliga rollen för de grupper som medverkar jämfört med tidigare. Beslut fattas inom det tillfälliga beredningsorganet. Den politiska referensgruppen och kommunerna i regionen har sina egna roller i beredningen. Beredningen av de administrativa funktionerna delegeras till arbetsgrupper, som fokuserar på sin egen roll i helheten. Inför planeringen av förvaltningen bildas dessutom ett nätverk av kontaktpersoner från kommunerna i Österbotten.

Planeringen av social- och hälsovårdstjänsterna har utifrån målgrupperna indelats i barn, ungdomar och familjer, personer i arbetsför ålder och äldre människor. Arbetsgrupperna har i uppgift att först gå igenom servicebehoven ur varje klientgrupps perspektiv. Därefter planeras klientgruppernas tjänster som helheter som omfattar hälsotjänster, rehabilitering, socialservice, mentalvårds- och missbrukartjänster samt tjänster för personer med funktionsnedsättning. Det strategiska arbete som utförts under hösten och vintern används som grund för den fortsatta beredningen.

Ett viktigt mål som fastställts för den framtida social- och hälsovården i Österbotten är att invånarna är delaktiga. I landskapet bereds bland annat en plan

för delaktighet, genom vilken invånarna ska ha möjlighet att framföra sina åsikter även vid andra tillfällen än val. I Österbotten grundas ett lagstadgat påverkansorgan för minoritetsspråk. Organet är finskspråkigt. Beredningsorganisationens mål är att invånarna beroende på vilket språk de väljer ska få service på finska eller svenska i all verksamhet i landskapet.

Österbotten medverkar i regeringens spetsprojekt som berör äldre människor och närståendevård och barn och familjer. De av social- och hälsovårdsministeriet finansierade projekten pågår till den 31 december 2018. Tack vare projektet skapas i Österbotten servicemodeller. Det är meningen att modellerna ska tas i bruk redan under den tid projektet pågår.

Ekonomiska förutsättningar

Nettoutgifterna för social- och hälsovården i Österbotten var 3 174 euro per invånare. Detta är 4 procent mer än i hela landet i genomsnitt. Servicebehovet i området var emellertid klart mindre än genomsnittet, (behovskoefficient 0,98) och därför var de behovsstandardiserade utgifterna 7 procent större än landets medelvärde¹. Om socialvården lämnas utanför granskningen var de behovsstandardiserade utgifterna 13 procent större än i hela landet i genomsnitt.

De benchmarking-siffror som THL publicerat har tytt på att produktiviteten vid sjukhusen inom Vasa sjukvårdsdistrikt är sämst i landet (2015 var sjukvårdsdistriktets genomsnittliga produktivitetstal 90 medan motsvarande siffra var 100 för hela landet). I en jämförelse av centralsjukhusen (icke-universitetssjukhus) utifrån de preliminära siffrorna för 2016 (uppdatering 19.12.2017), är episodproduktiviteten 92 (tredje sämst av centralsjukhusen) och mellanprestationsproduktiviteten 97 (sjätte sämst av centralsjukhusen).

Enligt sjukvårdsdistriktets plan för verksamheten- och ekonomin har Vasa centralsjukhus under de senaste åren vidtagit kraftiga åtgärder för att anpassa ekonomin och produktionen. Både de egna

anpassningsåtgärder som kommunerna vidtagit och det sparprogram som sjukvårdsdistriktet genomfört har minskat kostnaderna för social- och hälsovården sedan 2015. Det faktum att en stor del av invånarna är svenskspråkiga, har ett annat modersmål än de inhemska språken och att det i landskapet finns många personer som bor i skärgården påverkar i hög grad Österbottens jämförelseresultat och finansieringsandel.

Enligt finansministeriets kalkyl (18.5.2017) låg nivån för finansieringen av social- och hälsoväsendet, räddningsväsendet och miljö- och hälsoskyddet i Österbotten 2017 på 3 233 euro per invånare och denna siffra kommer inte att ändra i väsentlig grad efter social- och hälsovårdsreformen. Förändringen jämfört med 2017 borde efter övergångsperioden vara en minskning på endast en euro per invånare. Som jämförelse kan nämnas att förändringen i Egentliga Finland som i framtiden kommer att höra till samma samarbetsområde torde vara negativast i hela landet, -103 euro per invånare medan förändringen i Satakunta är fjärde negativast i landet, -72 euro.

Servicevärdet

Huvuddragen i Österbottens nätverk av social- och hälsovård presenteras i figur 2. Enligt en utredning av THL från 2017 fanns det i området 34 hälsostationer, som alla var kommunala.

Vasa sjukvårdsdistrikt ordnar tjänster inom den specialiserade sjukvården för invånarna i området. Distriktet består av kommunerna längs det österbottiska kustområdet och området har cirka 170 000 invånare. Administrativt består sjukvårdsdistriktet av ett sjukhus som upprätthåller verksamhet i Kristinestad och Vasa. Sjukhuset ordnar tjänster inom många områden inom den specialiserade sjukvården och dessa stöds av flera serviceenheter. Kommunerna i Vasa sjukvårdsdistrikt hör till Åucs specialansvarsområde. Egentliga Finland och Satakunta hör till samma område.

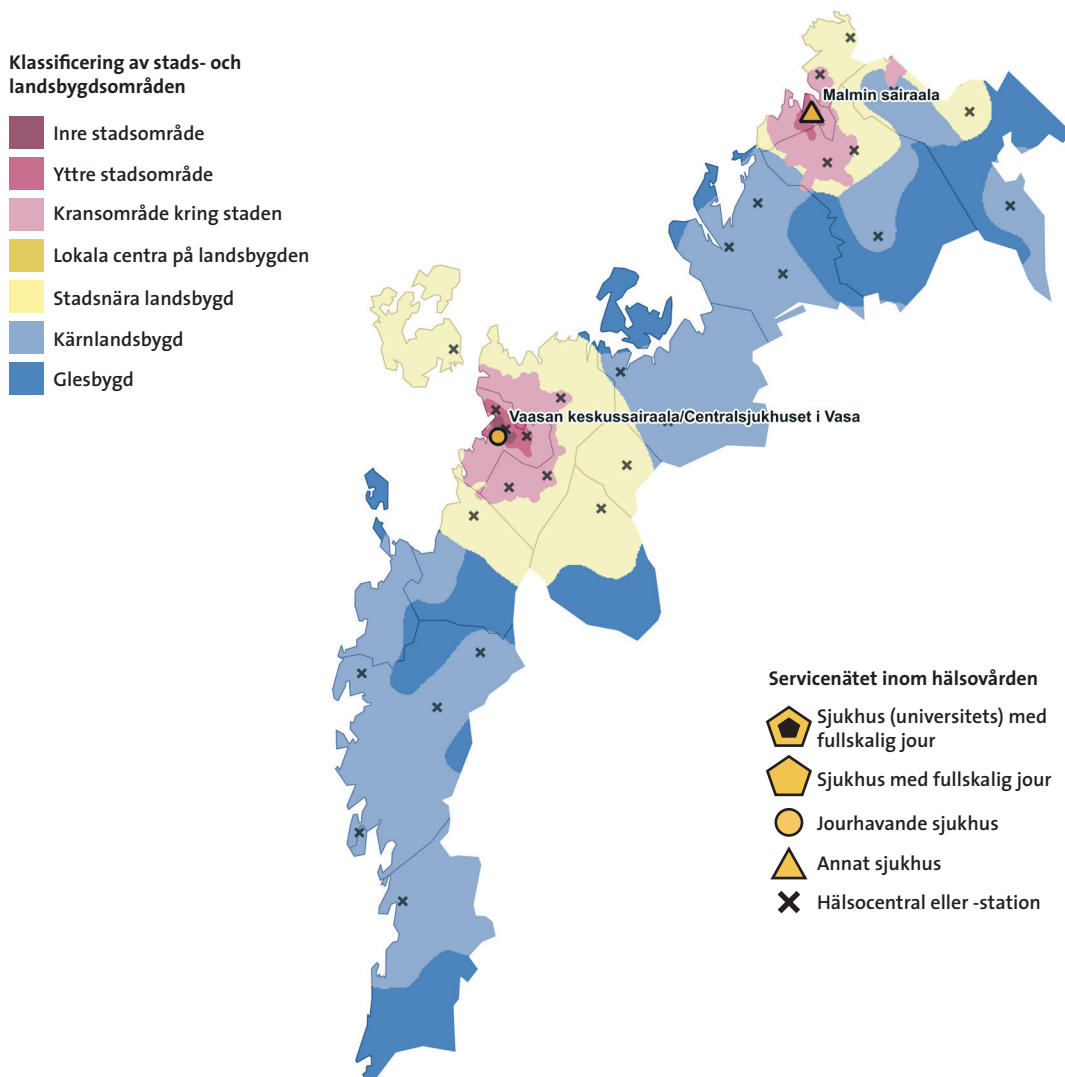
Enligt statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården, som trädde i kraft i början av 2018, centraliseras den krävande specialiserade sjukvården till fem universitetscentralsjukhus och sju centralsjukhus. Vasa centralsjukhus hör inte till de nämnda centralsjukhusen. Enligt förordningen ordnas i Vasa i fortsättningen samjour dygnet runt för primärvården och den specialiserade sjukvården, som omfattar jour inom de specialiteter som behövs mest och socialjour samt mun- och tandvårdsjour enligt behov. Den nya arbetsfördelningen mellan sjukhusen

¹ De behovsstandardiserade utgifterna visar var ett landskaps utgifter ligger i förhållande till andra landskaps utgifter eller landets medelvärde. Behovsfaktorer som beaktats är ålders- och könsstruktur, sjuklighet och den socioekonomiska ställningen.

Inga direkta slutsatser om hur kostnadseffektiv verksamheten är kan dras på basis av de behovsstandardiserade utgifterna. Den kalkylerade behovskoefficienten beaktar inte alla faktorer som påverkar utgifterna för social- och hälsovården. I beräkningen av de behovsstandardiserade utgifterna beaktas heller inte skillnader mellan områdena vad gäller tillgången till privata tjänster eller företagshälsovårdstjänster. Med andra ord, det att ett landskaps behovsstandardiserade utgifter är låga kan till exempel bero på effektivitet, dålig tillgång till offentlig service eller riklig användning av privata tjänster eller företagshälsovårdstjänster. Om landskapets behovsstandardiserade utgifter i betydande grad avviker från landets medelvärde, ska man med hjälp av andra indikatorer närmare granska vad detta kan bero på. De behovsstandardiserade utgifterna kan inte direkt jämföras med uppgifter från tidigare år.

Figur 2

Servicenätet för hälso- och sjukvården i Österbotten och klassificeringen stad–landsbygd (SYKE).



har väckt oro för den svenskspråkiga befolkningens möjligheter till tjänster på sitt modersmål och för möjligheten att rekrytera och upprätthålla nödvändig kompetent personal till den specialiserade sjukvården.

Enligt ANM:s branschrapport (hösten 2017) fanns det mest företag inom hälso- och socialbranschen i de största tillväxtcentren i Nyland, Egentliga Finland, Birkaland och Norra Österbotten. Medan många flera företag var verksamma i Nyland och Birkaland, fanns det i Österbotten (och likaså i Egentliga Finland) bara ett sådant företag. I fråga om medelstora företag var fördelningen mellan landskapen jämnare, och små företag fanns i alla landskap. I Österbotten fanns 397 verksamhetsställen som tillhandahåller hälso- och socialtjänster (jämfört med 573 i Satakunta och 1 545 i Egentliga Finland). Vidare fanns i Österbotten 25 verksamhetsställen för anstaltstjänster inom socialvården (92 i Satakunta, 156 i Egentliga Finland) och 49

verksamhetsställen som tillhandahöll öppna tjänster inom socialvården (134 i Satakunta, 275 i Egentliga Finland).

Personalresurser

Landskapsreformen berör cirka 9 000 anställda i Österbotten, varav cirka 8 300 personer är anställda inom social- och hälsovården som förflyttas från den kommunala sektorn till landskapet. Enligt yrkesbarometern rådet det i Österbotten, precis som i flera andra landskap och i synnerhet i landskapens största centra, brist på läkare, vårdpersonal och experter på socialt arbete.

I landskapet erbjuds mångsidig grundläggande utbildning, fortsatt utbildning och fortbildning inom social- och hälsovården. I Vasa finns en multiprofessionell undervisningshälsocentral där medicine kan-

didater och studerande inom vårdvetenskaper tillsammans utför praktikperioder på hälsocentral. Medicine kandidater utför hälsocentralpraktik vid alla hälsocentraler i landskapet.

Vasa centralsjukhus har ingått utbildningsavtal om grundläggande utbildning i medicin med Åbo universitet och Helsingfors universitet och sjukhuset har också samarbetat med Uleåborgs universitet och Tammerfors universitet. År 2016 gavs grundutbildning i inre medicin, kirurgi, barnsjukdomar, kvinnosjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, lungsjukdomar och psykiatri vid Vasa centralsjukhus. Från hösten 2017 utvidgades den grundläggande utbildningen vad gäller undervisning i hudsjukdomar, lungsjukdomar och allergologi. Målet är att i framtiden erbjuda undervisning även inom akutmedicin och anesthesiologi.

Vasa centralsjukhus har ingått avtal om specialiseringsutbildning med Helsingfors universitet, Uleåborgs universitet, Östra Finlands universitet, Tammerfors universitet och Åbo universitet. De perioder på centralsjukhus som hör till specialiseringsutbildningen kan avläggas inom alla specialiteter vid Vasa centralsjukhus. Dessutom har det med Åbo universitet ingåtts ett utbildningsavtal om att ordna klinisk utbildning för specialtandläkare vid Vasa centralsjukhus och Vasa hälsocentral.

Landskapet Österbotten följer vetenskaps- och forskningsstrategin för Åbo universitetscentralsjukhus specialupptagningsområde (2013–2018). Personal inom Vasa sjukvårdsdistrikt utför hälsovetenskaplig forskning, klinisk forskning och forskning kring servicesystemet och effektivitet (statlig forskningsfinansiering), medicinsk forskning, läkemedelsforskning

och annan forskning. Det forskas mest inom den specialiserade sjukvården, vad gäller till exempel läkemedelsforskning främst inom onkologi.

ICT-lösningar

Förändringsledarna i Österbotten ansåg i landskapets arbetsgruppers slutrapport i maj 2017 att harmoniseringen av datasystemen med tanke på informationsledning och kostnadshantering har en nyckelroll i skapandet av verksamhetsätt för den nya social- och hälsovårdsorganisationen. Österbottens helhet av datasystem är i en nationell jämförelse mycket icke-homogen på grund av skillnader i kommunernas storlek, omfattande samverkan och språkliga orsaker. Enligt en utredning av ICT-arbetsgruppen i anslutning till utredningen om kommunsammanslagningen 2014 var situationen vid den tidpunkten mycket heterogen i tio kommuner. Efter utredningarna har strukturen inte förenhetligats, utan snarare har de senast utvecklade versionerna av programmen gjort helheten ännu mer splittrad.

I rapporten föreslår förändringsledarna att det tillfälliga organet så snart som möjligt ska förhandla om villkoren med alla ICT-leverantörer i syfte att möjliggöra en överföring av licenserna till det nya landskapet och vid behov utvidga dem att gälla hela landskapet. Det föreslås också att det tillfälliga organet ska välja vilket system som ska användas för varje verksamhet och avsluta användningen av de övriga systemen samt vid behov konkurrensutsätta de datasystemshelheter som koncernbolagen behöver.

Kostnader för social- och hälsotjänster

Social- och hälsotjänsternas kostnadsutveckling

Kostnaderna för socialservicen och hälso- och sjukvården har bedömts genom metoder som länge har använts för att utvärdera hur utgiftstrycket för dessa tjänster utvecklas enligt EU:s metodologi för fiskal hållbarhet. Metodologin omfattar i detalj strukturen för socialservice, hälso- och sjukvård och inkomstöverföringar. Kärnan i metodologin är kopplingen av utgifterna till olika åldersgrupper, varvid man utifrån befolkningsprognosen kan bedöma hur tjänsternas volym kommer att utvecklas i framtiden. Till bedömningen fogas också antaganden om hur de reella lönerna och inflationen kommer att utvecklas eftersom även de kopplas till den gemensamma EU-metodologin i bedömningen av den fiskala hållbarheten. EU-metodologin omfattar inte de beräkningsmodeller som använts, kanske för att det förekommer stora skillnader mellan de olika EU-länderna i fråga om beslut kring välfärdstjänster. I Finland utvärderas helheten av omsorgsområden och inkomstöverföringar genom SOME-modellen.

SOME-modellen har regionaliserats med tanke på simuleringsövningen, och till en början används den

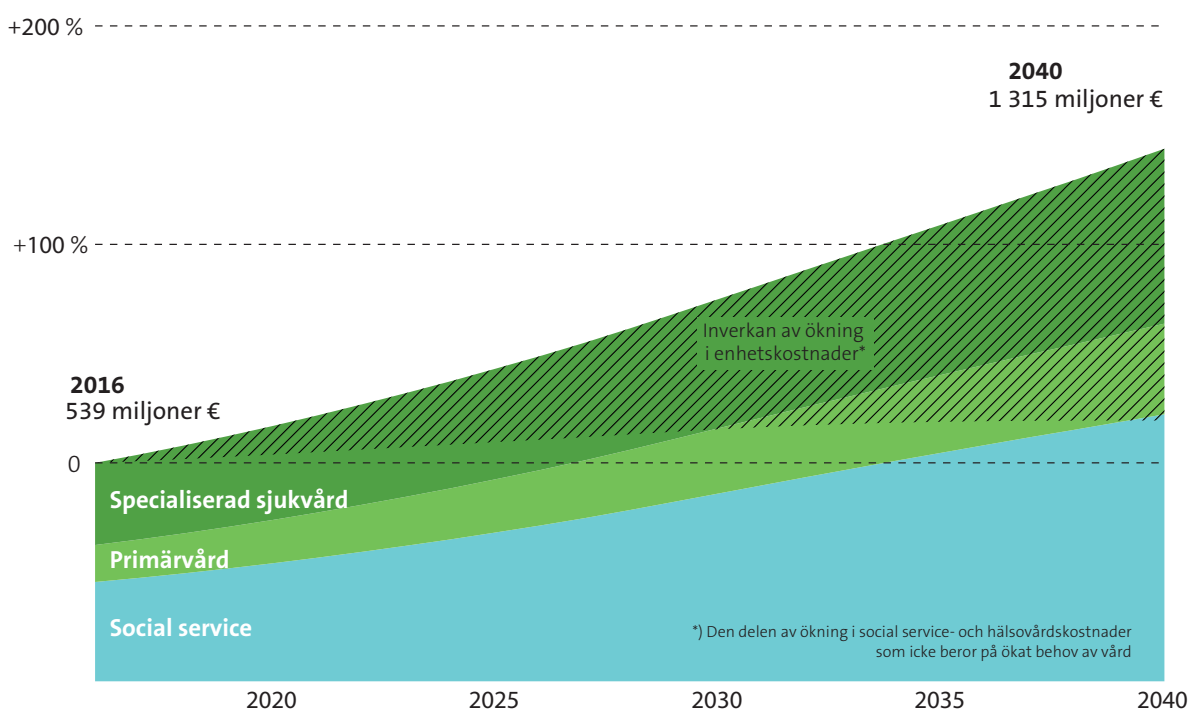
för socialservice och hälso- och sjukvård och förbiser då inkomstöverföringar och bland annat pensioner. Utvärderingen omfattar centrala serviceformer för anstalts- och öppenvård samt olika former av primärvård och specialiserad sjukvård. I utvärderingen har använts de senaste kalkylerade uppgifterna om nettokostnader som sammanställts utifrån kommunstatistik och som omfattar 2016. De största utgiftsposterna på nationell nivå är sjukhusvård inom den specialiserade sjukvården (cirka 3 miljarder euro) och öppenvård (cirka 2,3 miljarder euro) samt olika grader av boende- och anstaltsvårdsservice för äldre människor och personer med funktionsnedsättning, vars kostnader sammanlagt ligger på nästan samma nivå som kostnaderna för den specialiserade sjukvården.

I det här skedet har modellen genomförts enligt den nuvarande landskapsindelningen; det finns aktuella uppgifter om landskapets kostnader. Områdesindelningen är förhållandevis enkel att uppdatera så att den motsvarar organiseringsansvaren. Däremot har det hittills inte funnits några täckande regionala uppgifter om hur olika åtgärder och kostnaderna för dem fördelas mellan olika åldersgrupper. Därför har det här antagits att fördelningen inom landskapen motsvarar fördelningen i hela landet. I praktiken innebär det att det i utvärderingen kan uppstå skillnader mellan landskapen endast till följd av förändringar i befolkningens åldersstruktur.

ÖVNING

Figur 3

Uppskattning av hur kostnaderna för social- och hälsotjänster kommer att utvecklas i landskapet Österbotten 2016–2040.



I figuren visas en uppskattning av hur kostnaderna för social- och hälsojourer kommer att utvecklas i Österbotten under 2016–2040. Kostnaderna har sammanställts enligt huvudkategorier i figuren. Det utgår från antagandet att det årliga kostnadstryck som de reella lönerna och konsumentpriserna ger upphov till i alla huvudkategorier uppgår tillsammans till tre procent. Dessutom beskrivs den ökningen som den förändrade åldersstrukturen i sig ger upphov till. Enligt dessa antaganden kommer kostnaderna i hela landet att öka med 77 procent och befolkningen med 4,6 procent före 2030; antalet äldre människor ökar med drygt 30 procent. Före 2040 kommer hela landets kostnader att öka med 150 procent medan befolkningen ökar med 6,4 procent och den äldre befolkningen med närmare 37 procent.

I Österbotten förutspås kostnaderna för social- och hälsojourerna öka med cirka 75 procent mellan 2016 och 2030 och med sammanlagt cirka 143 procent under tiden 2016–2040. Landskapets befolkning kommer under 2016–2030 att öka med ungefär 5 procent och med sammanlagt nästan 7 procent fram till 2040. Den äldre befolkningen kommer att öka med drygt 20 procent fram till 2030 och med cirka 24 procent fram till 2040. Österbotten är alltså ett område med flyttningsvinst, men landskapets åldersstruktur är yngre än i många andra landskap, vilket hejdar ökningen av kostnaderna för tjänster.

Behovsstandardiserade utgifter och produktivitet inom den specialiserade somatiska sjukvården

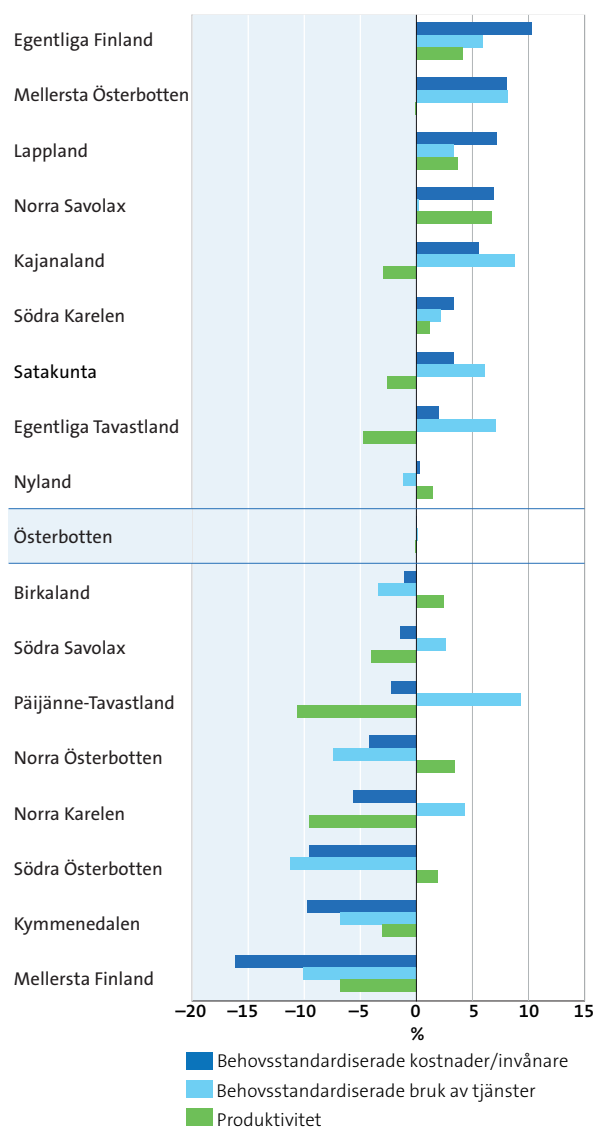
Kostnaderna för den specialiserade sjukvården per invånare kan granskas i förhållande till områdenas servicebehov. De faktorer som påverkar den specialiserade somatiska sjukvården kan delas in i två delar: användning av tjänster och produktivitet. Med användning av tjänster avses i vilken utsträckning befolkningen i området har anlitat tjänster i förhållande till landets medelnivå. Användningen av tjänster mäts genom så kallade viktade vårdepisoder¹, som beaktar områdenas olika patientstrukturer. Produktiviteten beskriver hur förmånligt patienterna i landskapet har vårdats. Produktiviteten mäts genom kostnaderna för viktade episoder.

Genom behovsstandardiseringen beaktas skillnaderna mellan de olika områdena i fråga om åldersstruktur, sjuklighet och vissa socioekonomiska faktorer. Behovet av specialiserad sjukvård förklaras delvis av olika faktorer såsom det allmänna behovet av social- och hälsovård, och det har beräknats med

olika behovskoefficienter². Genom att dela de kalkylerade kostnaderna (per invånare) med behovskoefficienten för den specialiserade sjukvården får man de behovsstandardiserade kostnaderna för den specialiserade sjukvården per invånare. När dessa kostnader sedan delas med produktiviteten³ får man de viktade episoderna per invånare, det vill säga den behovsstandardiserade användningen av specialiserad sjukvård.

Figur 4

Avvikelse från landets medelvärde (%) i fråga om behovsstandardiserade utgifter för den specialiserade somatiska sjukvården samt användning av tjänster och produktivitet enligt landskap 2016.



² Vaalavuo, M. m fl. (2013) utifrån forskningsmaterial.

³ Produktivitet = de kalkylerade kostnaderna €/episod, index för hela landet = 100

¹ Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

År 2016 hade Egentliga Finland de högsta behovsstandardiserade utgifterna för den specialiserade sjukvården räknat per invånare (figur 4). I Egentliga Finland överskred kostnaderna landets medelnivå med tio procent. I euro innebär detta att man i Egentliga Finland på ett år använde cirka tio procent mer pengar per invånare för specialiserad somatisk sjukvård än i landet i genomsnitt; detta beror på att tjänster anlätades sex procent mer än genomsnittet och att produktiviteten var fyra procent sämre. I Mellersta Finland var motsvarande kostnader 15 procent lägre än medelnivån för hela landet, och där är orsaken såväl att tjänster användes i mindre utsträckning än

genomsnittet och bättre produktivitet. Ju större positivt procenttal, desto högre än kostnaderna i jämförelse med landets medelnivå. Om produktiviteten är bättre än landets medelnivå syns detta genom att procenttalet är negativt.

I Österbotten var behovet av specialiserad somatisk sjukvård fyra procent mindre än landets medelvärde. De behovsstandardiserade kostnaderna per invånare för den specialiserade somatiska sjukvården var tre procent högre än i landet i genomsnitt. Likaså var den behovsstandardiserade användningen av specialiserad sjukvård tre procent högre än i landet i genomsnitt.

Främjande av välfärd och hälsa

Enligt besöket i landskapet under temat främjande av hälsa och välfärd hösten 2017 håller landskapet på att inleda beredningen av främjandet av välfärd och hälsa (HYTE). Det finns ingen information om var HYTE-verksamheten kommer att placeras i landskapets organisation. I landskapsberedningen har varken utsetts någon separat grupp för planering av HYTE-verksamheten eller någon HYTE-koordinator.

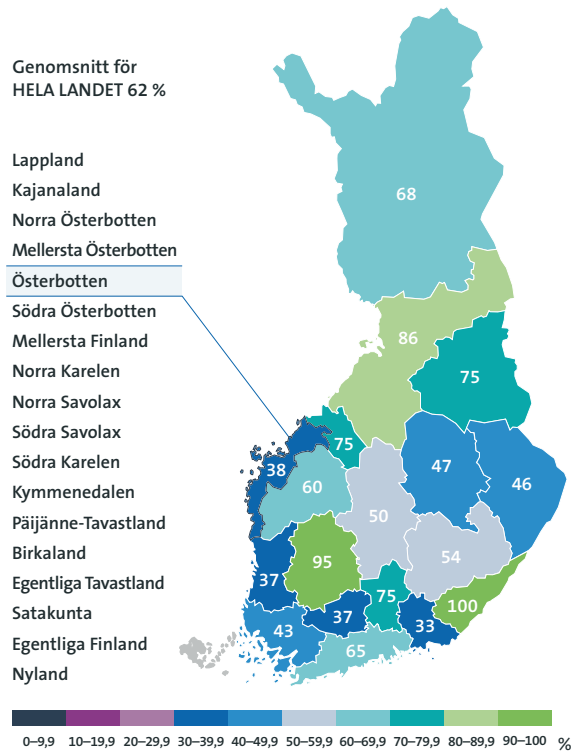
Vi bedömer landskapets *verksamhet* för främjande av välfärd och hälsa med tanke på det arbete som utförts i kommunerna i Österbotten: vilka är de funktionella och organisatoriska utgångspunkterna då landskapets HYTE-verksamhet inleds i området? Med detta i åtanke har det också valts indikatorer som nedan kommer att användas som grund för bedömningen. I indikatorerna betonas hälsosektorn eftersom de indikatorer inom socialväsendet som tills vidare står till förfogande främst beskriver verksamheten inom servicesystemet, varvid det är svårare att definiera den önskade målnivån än till exempel i fråga om ett hälsotillstånd.

I 13 av kommunerna i området har fullmäktige godkänt en välfärdsberättelse. Endast fem kommuner har en välfärdskoordinator eller -planerare. I endast tre kommuner har fullmäktige fått en rapport om hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper. I tre kommuner har det fattats ett beslut om att utnyttja förhandsbedömningar vid beredning av beslut som påverkar kommuninvånarnas välfärd och hälsa. För att främja delaktighet har sju av kommunerna i området beskrivit kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka på sin webbplats. Inom primärvården hade 17/10 000 klienter (i hela landet 26,7/10 000) fått handledning eller råd kring motion av en läkare, skötare, fysioterapeut eller ergoterapeut.

Behovsfaktorerna inom landskapets HYTE-verksamhet har bedömts med hjälp av nyckeltal som har en tydlig koppling till invånarnas välfärd och hälsa; även landskapet och kommunerna kan tillsammans påverka dessa faktorer. En del effektiva åtgärder är av sådan karaktär att de förutsätter sektorsövergripande samarbete medan det för en del behövs regionalt samarbete antingen mellan kommunerna och landskapet eller mellan kommunerna. De svåraste fenomenen som ger upphov till ett behov av HYTE-verksamhet kräver samarbete mellan alla parter. Sådana fenomen är till exempel strukturell arbetslöshet och marginalisering från utbildning. Sammanlagt fyra procent av 15–64-åringarna har drabbats av strukturell arbetslöshet, det vill säga är svårsysselsatta (6,2 % i hela landet). Andelen 17–24-åringar som inte har en examen

Figur 5

Kommuner som har en HYTE-koordinator eller -planerare, % av landskapets kommuner



efter grundskolan är 7 procent (8,3 % i hela landet). Andelen ARA-bostäder i landskapet beskriver andelen bostäder av hela bostadsbeståndet som grundar sig på social ändamålsenlighet och ekonomiskt behov. I landskapet utgör denna andel nio procent av bostadsbeståndet, vilket är mindre än medeltalet för alla landskap (12,1 % i hela landet).

Andelen överviktiga vuxna är 19 procent (i hela landet 18 %), och 8 procent har stora svårigheter att springa en sträcka på hundra meter (12 % i hela landet). Sammanlagt 11 procent av personerna med hög utbildning (15 % i hela landet) och 28 procent av personerna med låg utbildning (36 % i hela landet) uppger att de sannolikt inte kommer att orka arbeta ända tills de får ålderspension.

I den här granskningen har antalet konstaterade klamydiainfektioner i området valts som nyckeltal för smittsamma sjukdomar. I landskapet förekommer 134 fall av klamydia per 100 000 invånare (242 fall/100 000 invånare).

Under landskapsberedningen organiserar landskapet sin verksamhet och bygger upp samarbetet med bland annat kommunerna i området i syfte att förbättra invånarnas delaktighet, välfärd, hälsa och trygghet. Landskapet kommer att vara en central aktör i den här verksamheten. Mot bakgrunden av

de nyckeltal som nu valts för bedömningen (i simuleringsövningen) verkar det som om behovsfaktorerna i området är på bättre nivå än landets medeltal. Enligt jämförelsen har landskapet dock precis inlett beredningen av HYTE-verksamheten. Vid beredning av viktiga kommunbeslut och i framtiden landskapsbeslut ska man i HYTE-verksamheten fästa uppmärks-

samhet såväl vid att minska riskfaktorerna för uppkomsten av sjukdomar och sociala problem som vid HYTE-verksamhetens resurser, till exempel att utse välfärdscoordinatorer, minska ojämlikheten mellan olika befolkningsgrupper och ta i bruk metoder för förhandsbedömning av konsekvenser.

Förebyggande tjänster

De förebyggande tjänsterna inom social- och hälsovården spelar en central roll i stödjandet av befolkningens hälsa och välfärd. Grundpelaren i de förebyggande tjänsterna är mödra- och barnrådgivningen och skolhälsovården, som når hela åldersklassen i fråga. Vad gäller ungdomar har studerandehälsovården – som når största delen av åldersklassen – en viktig roll. Genomförandet av dessa tjänster har bedömts ur perspektivet för hälsoundersökningar i avsnittet om tjänster för barn, ungdomar och familjer. Här bedöms dock om elevhälsotjänsternas psykolog- och kuratorsresurser är tillräckliga. Även om ansvaret för att ordna psykolog- och kuratorsresurser har planerats ligga på kommunen, ska de beaktas vid bedömning av hur väl de elevhälsotjänster som ordnats av landskapet fungerar.

I det här kapitlet beskrivs med hjälp av några nyckeltal genomförandet av mottagningsverksamhet inom primärvården och mun- och tandvård. I fråga om screeningar fanns ännu inga lämpliga indikatorer tillgängliga, och de uppgifter som lämpar sig för bedömning av de förebyggande tjänsterna inom socialvården är för närvarande under uppbyggnad eftersom strukturerade uppgifter inom socialvården är under utveckling. Helheten av förebyggande tjänster för äldre är omfattande. Inga uppgifter om till exempel rådgivningstjänster för äldre, ändringsarbeten i bostaden eller rehabilitering finns tillgängliga. Den här bedömningen omfattar endast hemvård för personer som får närståendevård.

Vid bedömning av situationen bör tas i beaktande hur eventuella olikheter vad gäller praxisen för registrering i patientdatasystemet påverkar hur täckande uppgifterna är.

I området har gjorts färre strukturerade kartläggningar av användningen av alkohol och droger och tobak än i resten av landet. År 2017 gjordes nio kartläggningar per 10 000 invånare (21/10 000 i hela landet). Enligt registreringar inom primärvården gjordes 2017 en hälsoundersökning av 0,6 procent av de arbetslösa, vilket är klart mindre än i landet i genomsnitt (1,3 %). Hälsoundersökningar för arbetslösa borde genomföras i betydligt större utsträckning, enligt en expertbedömning för cirka 30–40 procent per år.

Orken hos närståendevårdare till personer över 75 år stöds genom hemservice inom närståendevården i mindre utsträckning än i landet i genomsnitt. Sammanlagt 32,7 procent av de personer som får närståendevård är också klienter inom hemvården (37 % i hela landet).

Mun- och tandhälsan hos barn och unga granskas hos en munhygienist eller tandskötare i årskurs ett, fem och åtta, i övriga fall enligt behov. 0–17-åringarna i området har gjort 263 besök hos hälsocentralens munhygienist per 1 000 invånare i åldern i fråga under ett år, vilket är klart mindre än i landet i genomsnitt (464/1 000). I den här åldersgruppen utför munhygienister i regel förebyggande arbete (beroende på den lokala arbetsfördelningen) samt ortodontiska behandlingar.

Elevhälsotjänsternas psykologers arbetsinsats är 1,9 timmar per hundra elever och vecka, vilket är mindre än i hela landet i genomsnitt (3,1 timmar/100 elever). Elevhälsotjänsternas kurators arbetsinsats ligger på 6,6 timmar per hundra elever per vecka, vilket i sin tur är mer än i hela landet i genomsnitt (4,8 timmar/100 elever).

Primärvård

Tillgången till service utvärderas med hur tjänsterna används och vårdgarantin efterlevs. Antalet besök hos den öppna sjukvården var 2,2 per invånare i Österbotten, vilket är 27 procent högre än i landet i genomsnitt (antalet besök justerat med sjukfrekvensindexet från medeltalet). Antalet läkarbesök var ändå 2,4 procent lägre, men andra än läkarbesök upp till 55 procent högre än det ovan nämnda kalkylerade antalet besök. Bland dem som hade bokad icke-brådskande mottagningstid blev bara 25 procent mottagna av läkare inom en vecka, minst i hela landet (i hela landet 42 %, variationsintervall 25–69 %). Den maximala tid som fastställs i vårdgarantin (3 mån) överskreds i 11 procent av alla besök hos den öppna sjukvården inom primärvården, mest i hela landet (i hela landet 2,1 %, variationsintervall 0–11 %).

Utifrån enkätmaterial hade 27 procent av dem som behövde tjänster inte fått tillräckligt med tjänster av hälsocentralläkare (variationsintervall 21–34 %). Av klienterna tyckte 24 procent att de kunde delta i sin egen vård (i hela landet 28 %, variationsintervall 19–34 %). 51 procent upplevde att allt hade skötts smidigt och att informationen hade fungerat inom personalen (i hela landet 46 %, variationsintervall 32–55 %). 69 procent ansåg att de hade haft en verklig möjlighet att välja hälsostation (i hela landet 67 %, variationsintervall 57–77 %). 28 procent var nöjda med den mängd information som låg till grund för valet – bland annat om kötider och kvalitet – vilket är nästan samma som för hela landet i genomsnitt (29 %).

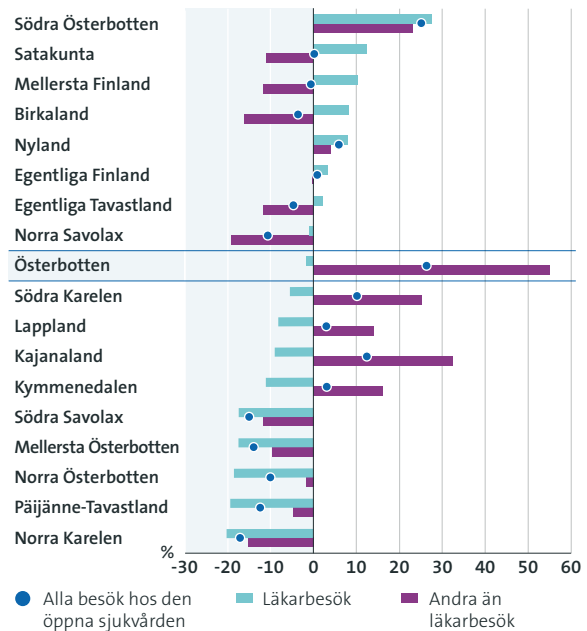
Andelen klienter som bytt hälsostation bland dem som använt servicen under 12 månader var lägst i Österbotten (variationsintervall 0,6–5,3 %).

Av de klienter som besökt vårdarens mottagning besökte 10 procent läkarens mottagning inom tre dygn. Variationen mellan landskapen var stor (0,2–56,8 %) – värdet beskriver skillnaden i verksamhetssätt. Andelen patienter som besökt hälsocentralläkarens mottagning över 10 gånger per år varierar mellan 0,58 procent i Österbotten och 2,04 procent i Södra Österbotten.

Vårdpraxisens kvalitet utvärderades genom granskning av förskrivningar av mikrobläkemedel för behandling av ospecifik övre luftvägsinfektion: Andelen patienter som förskrevs antibiotika varierade mellan landskapen från 9,8 till 31,7 procent. I Österbotten var andelen 23 procent, densamma som i landet i genomsnitt.

Figur 6

Avvikelse från landets medeltal i antalet besök inom primärvårdens öppna sjukvård, justerat med sjuklighetsindexet i landskapet, det totala antalet besök inom den öppna sjukvården, läkarbesök och andra besök än läkarbesök.



Nettodriftskostnaderna inom den öppna vården i primärvården (munhälsovård undantagen) var 72 milj. euro. Räknet per invånare är det 408 euro. Landets medeltal var 359 euro (variationsintervall 293–489 euro).

I primärvården var besöken på mottagningar inom den öppna vården 27 procent flera än i landet i genomsnitt. Antalet läkarbesök var ändå 2,4 procent lägre, men andra än läkarbesök upp till 55 procent högre. Vårdgarantin uppfylldes sämst i hela landet. Bland dem som bokad icke-brådskande mottagningstid fick bara 25 procent tid på läkarens mottagning inom en vecka, och över en fjärdedel ansåg att de hade fått otillräcklig service av hälsocentralläkaren. 69 procent ansåg att de hade haft en verklig möjlighet att välja hälsostation men bara 0,8 procent bytte till en annan.

Mentalvårds- och missbrukartjänster

Mentalvårdsindikatorerna har valts så att de skapar en bild av hur allmänt förekommande mentala problem är samt av tillgången till och användningen av olika mentalvårdstjänster i landskapet. Det fanns knappt om indikatorinformation om vårdens kvalitet, men i fråga om psykosjukdomar granskades aspekter såsom vård oberoende av patientens vilja, användning av tvångsåtgärder och långvarig sjukhusvård.

Indikatorerna för missbrukartjänster ger en allmän bild av användningen av alkohol och droger bland områdets vuxna befolkning och av anlitaandet av tjänster för alkohol- och drogproblem. Alkoholdödligheten som centralt påverkar de socioekonomiska hälsoskillnaderna granskas utifrån antalet förlorade levnadsår på grund av alkoholkonsumtion i den lägsta inkomstklassen (PYLL, uppgifter från 2013) eftersom förändringar i alkoholkonsumtionen i högre grad är synliga i den lägsta inkomstklassen än i de övriga inkomstklasserna. Granskningen omfattar också två indikatorer som beskriver kvaliteten på och behovet av förebyggande missbruksarbete.

Ingen indikatorinformation om tjänsternas klientorientering och jämlikhet eller om personalen fanns tillgänglig för den här bedömningen.

Allvarliga mentala problem förekommer i mindre utsträckning i Österbotten än i landet i genomsnitt. Sammanlagt 1,4 procent av befolkningen har rätt till specialersättning för läkemedel mot psykos (1,8 % i hela landet) och 2,8 procent av invånarna i åldern 25–64 år får sjuk- eller invalidpension på grund av mentala störningar eller beteendestörningar (3,5 % i hela landet). Andelen personer som fått sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa av den vuxna befolkningen är emellertid högst i hela landet, 24,3 procent (18,5 % i hela landet). Andelen personer som upplever psykisk påfrestning är aningen lägre än i landet i genomsnitt.

Anlitaandet av mentalvårdstjänster inom öppenvården är i proportion till invånarantalet lägst i landet. Landskapets vuxna invånare gjorde 372 öppenvårdsbesök inom mentalvården per tusen 18 år fyllda invånare (518 i hela landet) medan antalet öppenvårdsbesök inom den specialiserade sjukvården var 323 per tusen 18 år fyllda invånare och antalet öppenvårdsbesök inom primärvården 39 per tusen invånare (i hela landet 340 respektive 144).

Antalet vårddygn inom den psykiatriska anstaltsvården är högre än landets medelvärde i åldersgruppen 18–24 år, mycket nära landets medelvärde i åldersgruppen 25–64 år och lägre än landets medel-

värde bland personer som fyllt 65 år. Andelen 18 år fyllda invånare som förordnats till vård oberoende av sin vilja motsvarar landets medelvärde. Användning av tvångsåtgärder oberoende av patientens vilja under en vårdperiod förekommer i mindre utsträckning än i de andra landskapen. Andelen psykiatriska patienter som varit inlagda på sjukhus i mer än 90 dagar utan avbrott är densamma som landets medelnivå.

Andelen klienter på psykiatriska rehabiliteringshem i proportion till hela befolkningen är lägre än landets medelvärde i fråga om såväl tjänster med stöd dygnet runt som tjänster som inte tillhandahåller stöd dygnet runt.

Invånarna får mindre psykoterapi som ersatts av FPA än i resten av landet. I åldersgruppen 16–24 år har 7,9 personer per tusen invånare i samma ålder fått psykoterapi, medan landets genomsnitt ligger på 10. Bland 25–64-åringar är motsvarande siffror 5,5 respektive 9 per tusen invånare i samma ålder. I Österbotten gjordes klart färre besök vid privata psykiatriska enheter som ersattes av FPA än i landet i genomsnitt. Därmed har landskapets invånare sämre tillgång till privata psykoterapitjänster och psykiatriska tjänster än i resten av landet.

Sammantaget är mentalvårdstjänsterna i landskapet i viss mån anstaltsbetonade; vad gäller antalet vårddygn på anstalt ligger området nära landets genomsnitt och i fråga om personer i åldern 18–24 år till och med högre än genomsnittet, medan öppenvård anlitas i klart mindre utsträckning än i resten av landet. Det omfattande utnyttjandet av sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa tyder på ett behov av att satsa mer på öppenvårdstjänster och på att förbättra tillgången till psykoterapi. Färre klienter än i landet i genomsnitt bor på psykiatriska rehabiliteringsboenden, så utnyttjandet av anstaltsvård kan till viss del eventuellt bero på brister i tillgången till stödboende. En positiv uppgift i kvalitetsindikatorn är den ringa användningen av tvångsåtgärder inom den psykiatriska sjukhusvården.

Sammanlagt 13,0 procent av den vuxna befolkningen i Österbotten röker dagligen (16,6 % i hela landet), 27,3 procent använder för mycket alkohol (andelen personer vars poäng överskrider riskgränsen enligt AUDIT-C-indikatorn; 33,2 % i hela landet) och 4,9 procent har använt cannabis under det senaste året (4,4 % i hela landet). I landskapet uppdagades 17,6 nya hepatit C-infektioner som i regel smittat genom injektion av droger per 100 000 invånare (20,8 i hela landet).

I öppenvården för personer med alkohol- och drogproblem betonas missbrukarvårdens specialtjänster. Missbruksarbetet inom primärvårdens öppenvård har klart färre patienter (2,3/1 000 invånare) än i res-

ten av landet (6,2) medan antalet klienter inom missbrukarvårdens öppenvård (8,7/1 000 invånare) ligger nära landets medelnivå (8,2). Den specialiserade sjukvårdens öppenvård har betydligt färre patienter med anledning av alkohol och droger (2,6/1000 invånare) än i hela landet (5,4).

Vård dygnet runt av personer med alkohol- och drogproblem anlitas i mindre utsträckning än i landet i genomsnitt. Det finns färre patienter med anledning av alkohol och droger på sjukhusens och hälsocentralernas bäddavdelningar (1,5/1 000 invånare) än i hela landet (2,8), precis som inom avgiftnings- och rehabiliteringsenheterna inom missbrukarvården (1,8/1 000 invånare vs. 2,4 i hela landet) och inom boendeservicen inom missbrukarvården (0,4/1 000 invånare vs. 1,1 i hela landet).

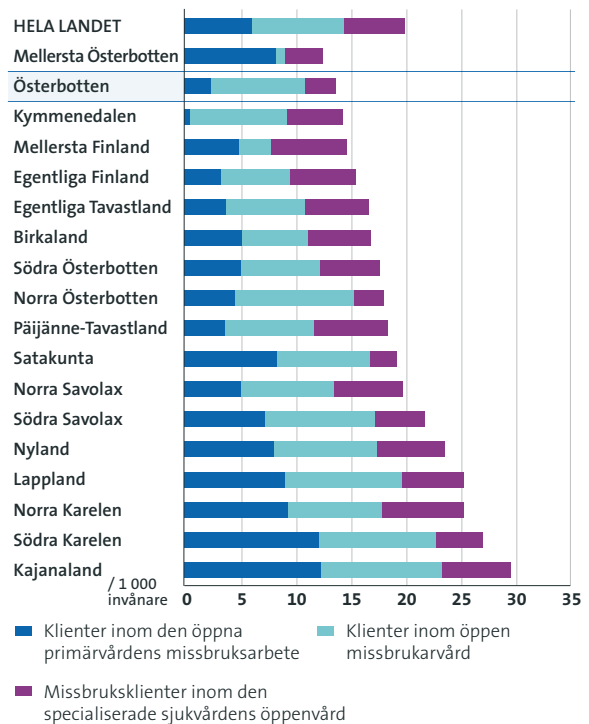
De 25–80-åringar som har de allra lägsta inkomsterna förlorar betydligt färre levnadsår på grund av alkoholdödlighet (PYLL) (1 669/100 000 personer i samma ålder) än i hela landet (3 261).

I 60,0 procent av kommunerna i området har utsetts ett organ som ansvarar för det förebyggande missbruksarbetet (44,1 % i hela landet). Eleverna i årskurserna 8 och 9 i högstadieskolorna i Österbotten är i större utsträckning ordentligt berusade minst en gång i månaden (12,4 %) än i något annat landskap i hela landet (10,2 %).

Sammantaget förekommer daglig rökning och riskkonsumtion av alkohol bland landskapets vuxna befolkning i mindre utsträckning än i landet i genomsnitt, och likaså är antalet nya hepatit C-infektioner som huvudsakligen smittat genom injektion av droger mindre vanliga än genomsnittet. Cannabis används dock i aningen större utsträckning än i landet i genomsnitt. I öppenvården för personer med alkohol- och drogproblem betonas missbrukarvårdens tjänster. Vård dygnet runt anlitas i mindre utsträckning än i landet i genomsnitt. Antalet förlorade levnadsår på grund av alkoholdödlighet bland de personer som har de lägsta inkomsterna är lägst i hela landet. Även om

Figur 7

Antal patienter som vårdades på grund av alkohol- och drogrelaterade sjukdomar inom den öppna primärvårdens missbruksarbete, inom den öppna missbrukarvårdens särskilda service och inom den specialiserade sjukvårdens öppenvård/1 000 invånare 2016



ett organ som ansvarar för det förebyggande missbruksarbetet har utsetts i fler kommuner än i landet genomsnitt finns det skäl att ytterligare effektivisera koordineringen. I utvecklingen av det förebyggande missbruksarbetet är det skäl att ta i beaktande att eleverna i årskurserna 8 och 9 i högstadieskolorna i landskapet oftare dricker sig berusade än ungdomar på övriga håll i landet och att den vuxna befolkningen använder cannabis i aningen större utsträckning än i resten av landet.

Specialiserad sjukvård

Mot bakgrunden av de indikatorer som utvärderats har befolkningen ett obetydligt behov av tjänster inom den specialiserade sjukvården, endast indexet för kranskärlsjukdomar är aningen högre än värdet för hela landet, 102,2.

I landskapet Österbotten har verksamheten inom den specialiserade somatiska sjukvården i huvudsak centraliserats till Vasa centralsjukhus. Sjukhuset bedriver dagkirurgisk verksamhet även vid Malmska sjukhuset i Jakobstad, men före detta Bottenhavets sjukhus i Kristinestad är numera ett privatsjukhus. Antalet vårddygn och -perioder på bäddavdelningarna ligger på landets medelnivå, men vårdperioderna är kortvarigare än i landet överlag, 2,9 dygn (landets genomsnitt 3,3 dygn). Det måttliga utnyttjandet av avdelningsvård och besök inom öppenvården (1,45 per invånare, 1,54 i hela landet) återspeglas också i indexet för användningen av tjänster inom den specialiserade somatiska sjukvården, som är 102,2, det vill säga medelnivån för hela landet. Antalet vårdperioder med åtgärder hör till den lägsta tredjedelen i jämförelsen (73,3/1 000 invånare). Andelen jouroperationer ligger på landets medelnivå (22,4 %), likaså andelen dagkirurgiska patienter av alla patienter som är inlagda för en åtgärd (56,6 %). År 2016 var antalet förlossningar 1 380, varav 15,7 procent var kejsarsnitt, vilket är medelnivån i landet. Det görs fler kontrastmedelsundersökningar av kranskärlen (7,8/1 000 invånare) och ballongutvidgningar (3,3/1 000 invånare) än i landet i genomsnitt (motsvarande siffror för hela landet är 6,5 och 2,8). År 2016 var Vasa det enda centralsjukhus som utförde bypassoperationer (n = 48).

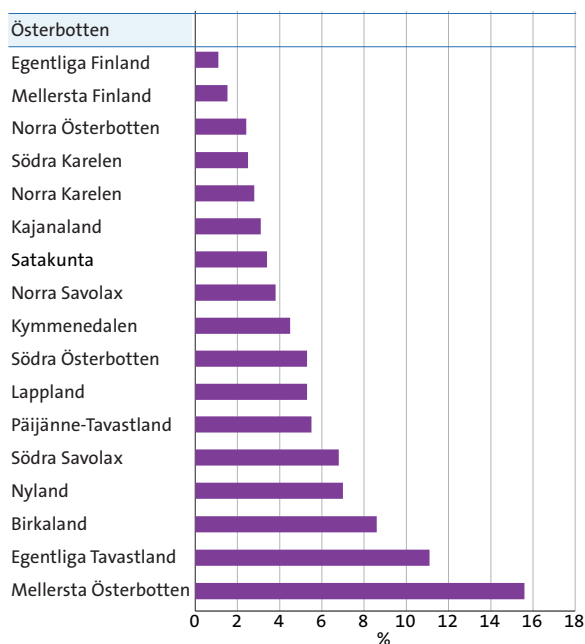
Den stora andelen vårdperioder som inleds under jourtid och genom första hjälpen kan vara ett uttryck för brister i den övriga hälso- och sjukvårdsverksamheten i landskapet eller långa väntetider till planerad vård. Antalet jourbesök i Vasa hör till den lägsta tredjedelen i landet (131/1 000 invånare) och vårdperioder inleds mer sällan än genomsnittligt (42,5 %, 47 % i hela landet) oplanerat, om än klart oftare än genomsnittet på remiss av en hälsovårdscentral (51,3 %, 37,5 % i hela landet). Patienter läggs sällan in på sjukhus utan remiss (5,1 %, 23,9 % i hela landet). I landskapet är antalet personer som väntar på specialiserad sjukvård lägst i hela landet (6,9/1 000, 20,3 i hela landet). Medianen för väntetiden är dock hög, 52 dygn (45 i hela landet, variationsintervall 31–63). Väntetiderna för starr- och ledprotesoperationer är korta med nationella mått mätt, 59 och 17 dygn (motsvarande siffror för hela landet är 75 och 62 dygn).

Nettodriftskostnaderna för den specialiserade somatiska sjukvården i landskapet var 1 145 euro per invånare, det vill säga på landets genomsnittsnivå. Kostnadsindexet hör till den högsta tredjedelen av alla landskap, 106,6. Personalens andel av verksamhetskostnaderna är 51,9 procent och de köpta tjänsternas andel 30,2 procent; kostnadsposterna motsvarar de genomsnittliga nivåerna för hela landet (52,3 % och 30,8 %). Vad gäller rapportering om resurser förekommer beklagliga inexaktigheter i alla landskap, men antalet vårdplatser är lägre i Österbotten än på andra håll i landet (1,68 vårdplatser/1 000 invånare, motsvarande siffra för hela landet är 2,2). Antalet årsverken ligger på landets medelnivå, 11,87/1 000 invånare (samma siffra som för hela landet), men antalet läkarårsverken hör till det lägsta som rapporterats (1,09 läkarårsverken/1 000 invånare).

Vad gäller de kvalitetskriterier som valts för granskningen hör landskapets resultat till de bästa i landet: inte en enda person behöver vänta över två dagar på operation på grund av en höftfraktur (i hela landet är andelen 4,2 %, variationsintervall 0–15,3 %) och även dödligheten 30 dagar efter hjärtinfarkt är lägst i hela landet, det vill säga 5,5 procent (8,8 % i hela landet, variationsintervall 5,5–10,8 %). Däremot blir fler patienter (20 %) intagna på sjukhus på nytt inom 30 dagar än i de övriga landskapen (13,3 % i hela landet, variationsintervall 9,1–20 %). Landskapet har kontroll över infektioner eftersom antalet bakteriemier orsakade av *Staphylococcus aureus*/1 000 vårddygn det lägsta i hela landet (0,06). I detta fall begränsas granskningen av bristen på referensdata.

Figur 8

Andelen personer (justerad) som väntat över två dagar på operation på grund av höftfraktur



Tjänster för barn, ungdomar och familjer

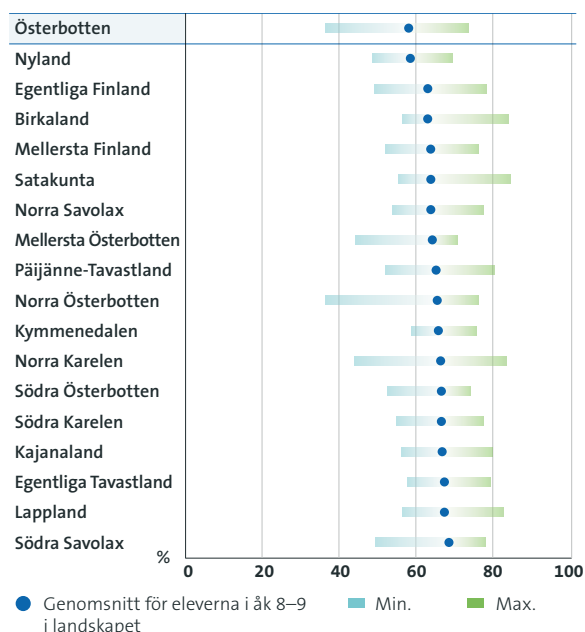
De indikatorer som använts visar att tjänsterna för barn och familjer i Österbotten på många sätt ligger under landets medelnivå. De nationella rekommendationerna, som påverkar kvaliteten på tjänsterna för barn och familjer, iakttas sämst i hela landet. Det finns mycket som behöver utvecklas i fråga om tjänsternas klientorientering. Brister på registreringen gör det svårt att bedöma om omfattande hälsoundersökningarna genomförs i jämlikt sätt.

Österbotten har mycket att utveckla vad gäller genomförandet av skol- och studerandehälsovården. Bland annat upplever skoleleverna att hälsoundersökningarna inte utgår från eleverna. Också i fråga om mödra- och barnrådgivningens tjänster hör Österbottens resultat till de sämsta i landet. Antalet klienter inom barnskyddet hörde till de lägsta i landet gällande såväl öppenvård som vård utom hemmet. Också barnskyddets kostnader var påfallande låga.

De indikatorer som använts i utvärderingen beskriver endast en del av tjänsterna för barn och ungdomar. Utvärderingen omfattade inte några indikatorer som beskriver behovet av tjänster.

Figur 9

Genomförande av hälsoundersökningar utgående från eleven, landskapets genomsnitt och spridning mellan kommunerna



Familjecentralernas tjänster

Alla kommuner i Österbotten uppgav att de ordnar en omfattande hälsoundersökning för alla som väntar barn. De lagstadgade omfattande hälsoundersökningarna (en under det första levnadsåret och två i åldern 1–6 år) genomfördes i alla andra kommuner förutom i Pedersöre och Nykarleby, som uppgav att de i stället för tre undersökningar ordnar endast en omfattande hälsoundersökning för barn i åldern 0–6 år. Åtminstone barnets ena förälder deltar i den omfattande hälsoundersökningen, som genomförs i samarbete mellan en hälsovårdare och en läkare. Enligt anteckningarna med patientuppgifter ordnas emellertid en omfattande hälsoundersökning endast för en dryg fjärdedel av barnen i åldern 4 månader och 4 år. De motstridiga resultaten beror på klientdatasystemens egenskaper och brister i registreringen.

Enligt en enkät om klienttillfredsställelsen var klienterna nöjda med barnrådgivningens tjänster, vilket är fallet även på nationell nivå. Antalet hälsovårdare på mödra- och barnrådgivningarna motsvarade rekommendationerna om personalantal medan antalet läkare uppfyllde rekommendationerna i måttlig grad.

Kontroller av munhälsan för förstföderskor ordnas i måttlig grad i Österbotten och en måttlig andel av erkännandena av faderskapet hade gjorts på mödrarådgivningen under graviditeten.

Familjearbetet enligt socialvårdslagen omfattade färre familjer än i resten av landet. Nettodriftskostnaderna för socialservicen för barn och familjer (exklusive barnskydd) låg emellertid på landets medelnivå i Österbotten.

Skol- och studerandehälsovård

I Österbotten är skolhälsovården och studerandehälsovården för studerande på andra stadiet inte tillräckligt heltäckande. Endast 83 procent av hälsocentralerna hade i sin verksamhetsplan inkluderat de tre lagstadgade omfattande hälsoundersökningarna för elever inom den grundläggande utbildningen. I endast 50 procent av grundskolorna i landskapet inbegreps den omfattande undersökningen den lärarbedömning av hur eleven klarar sig och mår i skolan som enligt planen ska ingå i undersökningarna (variationsintervall mellan landskapen 35–90 %).

Landskapet uppvisade ett av de sämsta resultaten i landet vad gäller elevernas syn på huruvida den senaste hälsoundersökningen hade genomförts på ett högklassigt sätt. Sammanlagt 38 procent av eleverna i årskurserna 4 och 5 och 55 procent av eleverna i årskurserna 8 och 9 ansåg att undersökningen varit av hög kvalitet (49 % respektive 60 % i hela landet).

Endast 32 procent av de omfattande hälsoundersökningarna för elever i årskurs 8 hade registrerats i Avohilmo-registret (variationsintervall mellan landskapen 6–34 %). Vad gäller registrering av omfattande hälsoundersökningar förekom i Österbotten brister som berodde på antingen praxisen eller tekniska problem, även om landskapets resultat hörde till den bästa fjärdedelen i landet.

Personaldimensioneringen i fråga om skolläkare låg på medelnivå. Antalet elever per skolläkarårsverke var 1,3 gånger fler än den nationella dimensioneringsrekommendationen (2 100 elever).

I Österbotten hade 40 procent av eleverna i årskurserna 8 och 9 besökt hälsovårdaren även vid andra tillfällen än hälsoundersökningarna, vilket är aningen fler än i landet i genomsnitt (38 %).

Den lagstadgade läkarundersökningen för studerande vid gymnasier och yrkesläroanstalter ingick inte i verksamhetsplanen för alla hälsocentraler i landskapet. Sammanlagt 80 procent av hälsocentralerna hade planerat en undersökning för alla gymnasieelever medan 50 procent av hälsocentralerna hade planerat en undersökning för alla studerande vid yrkesläroanstalter (variationsintervallet mellan landskapen var 80–100 % för gymnasier och 50–100 % för yrkesläroanstalter).

Tjänster på specialiserad nivå

I Österbotten hade endast 78 procent av bedömningarna av servicebehovet inom barnskyddet blivit färdiga inom tre månader, vilket innebär att den tidsfrist som krävs i lag tillgodosågs i dålig utsträckning jämfört med i de övriga landskapen. Antalet klientrelationer inom barnskyddets öppenvård hörde till de minsta av alla landskap. Antalet klientplaner inom barnskyddet i förhållande till antalet klientrelationer inom öppenvården (55/100) var större än i landskapen i genomsnitt. Lagen förutsätter att en klientplan görs upp i alla klientrelationer. Barnskyddets intensifierade familjearbete omfattade färre familjer än landskapens genomsnitt. Det hade också gjorts färre brådskande placeringar än i landskapen i genomsnitt. Andelen omhändertagna barn av alla barn i samma ålder hörde till de lägsta i landet. Det låga antalet klientrelationer inom öppenvården och omhändertagna barn syntes även i kostnaderna. Nettodriftskostnaderna för tjänsterna inom barnskyddets öppenvård och i synnerhet för familje- och anstaltsvården var lägre än medelnivån för landskapen.

Antalet vårddygn på sjukhus bland 0–17-åringar låg på landets medelnivå. Inom Vasa sjukvårdsdistrikt väntade ingen på att få komma till ungdoms- eller barnpsykiatrisk vård vid uppföljningstidpunkterna 2017. Invånarna i Österbotten var mycket nöjda med förlossningssjukhusets tjänster.

Socialservice för personer i arbetsför ålder

Socialservicen för personer i arbetsför ålder är ämnad att stödja klienter i arbetsför ålder i ärenden som berör livskompetens, arbete, utkomst och studier samt att minska ojämlikhet. I denna utvärdering granskas socialservicen för personer i arbetsför ålder utifrån arbetslöshet, ojämlikhet och tillgänglighet.

I kommunerna i Österbotten är den strukturella arbetslösheten 3,8 procent, vilket är betydligt lägre än det nationella genomsnittet (6,2 %) och lägst bland landskapsområdena. Aktiveringsgraden bland arbetslösa (39,3 %) är klart högre än det nationella genomsnittet (31,6 %) och näst högst i den nationella jämförelsen. Deltagandet i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte bland 15–64-åringar (9,5 %) ligger något under genomsnittet i landet (11,6 %), och är tillsammans med Södra Österbotten den tredje lägsta siffran bland landskapsområdena. Arbetslöshetsperioden var över 12 månader bland 8,7 procent av de arbetslösa; det är klart lägre än det nationella genomsnittet (11,9 %). Hur stort arbetsmarknadsstödet som kommunen delfinansierar är talar om hur kommunen har klarat av att hänvisa långtidsarbetslösa till sysselsättningsfrämjande tjänster. År 2016 betalade kommunerna i Österbotten tillbaka 7 052 304 euro av det arbetsmarknadsstödet som beviljats invånarna i området, vilket är 1 282 euro för varje långtidsarbetslös i Österbotten och minst bland landskapen (genomsnittet i landet 1 978 euro).

I Österbotten har man lyckats påverka den strukturella arbetslösheten. Det här framgår av en hög aktivitetsgrad och av att man har lyckats förebygga utdragna arbetslöshetsperioder. Att verksamheten har lyckats syns mycket väl på hur lite arbetsmarknadsstödet som betalats tillbaka till staten.

Antalet bostadslösa i Österbotten är 0,1 promille, vilket är klart mindre än i landskapsområdena i genomsnitt (genomsnitt 1,2 ‰, median 0,3 ‰). Det beviljades 83 euro i utkomststöd per invånare, vilket är tredje minst av alla landskapsområden (genomsnitt 136 euro/invånare). 1,4 procent av 25–64-åringarna hade fått utkomststöd under lång tid, vilket är klart mindre än i landet i genomsnitt (2,4 %) och näst lägst i jämförelsen mellan landskapsområdena. Av 18–24-åringarna fick 2,2 procent utkomststöd under lång tid, vilket också är klart mindre än genomsnittet (3,6 %) och näst lägst tillsammans med Egentliga Finland. I Österbotten beviljades i genomsnitt 595 euro i kompletterande utkomststöd och 566 euro i förebyg-

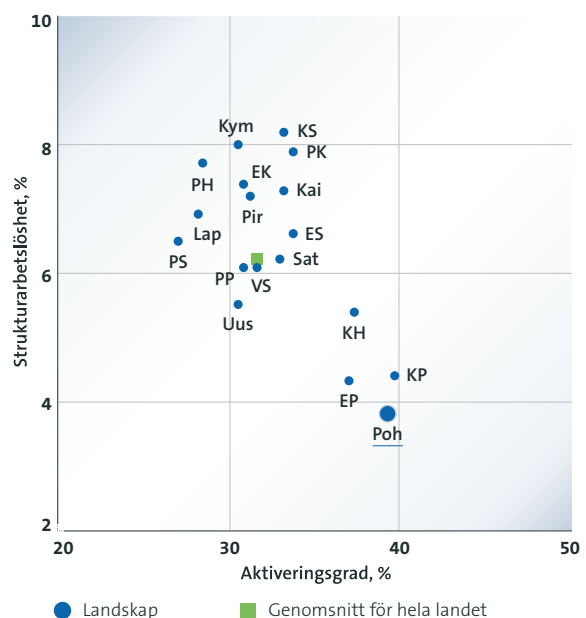
gande utkomststöd per invånare som fick stöd 2016. Motsvarande genomsnitt för hela landet var 551 euro (kompletterande stöd) och 632 euro (förebyggande stöd). Kompletterande stöd beviljades näst mest bland landskapsområdena, men det förebyggande stöd som beviljades var dock lägre än genomsnittet.

Det är inte vanligt att få utkomststöd under lång tid i Österbotten, vilket kan märkas på beloppet för det beviljade utkomststödet. Med hjälp av kompletterande och förebyggande stöd kan en persons olika behov och omständigheter tas i beaktande och självständighet främjas. I synnerhet det kompletterande stödet har utnyttjats väldigt väl i socialarbetet.

Socialservicens tillgänglighet utreddes utifrån resultaten av ATH-undersökningen 2017. I hela landet ansåg 79,8 procent av de som svarade att klientavgifterna eller resorna inte har försvårat servicens tillgänglighet. I Österbotten var motsvarande siffra 80,9 procent. Resultatet är bättre än genomsnittet, men ändå hade nästan var femte av dem som svarade haft svårigheter med att få socialservice. På landskapsnivå var dock antalet personer som besvarade enkäten litet, så resultaten är på sin höjd riktiga.

Figur 10

Strukturell arbetslöshet och de arbetslösas aktiveringsgrad i Österbotten



EK = Södra Karelen; EP = Södra Österbotten; ES = Södra Savolax; Kai = Kajanaland; KH = Egentliga Tavastland; KP = Mellersta Österbotten; KS = Mellersta Finland; Kym = Kymmenedalen; Pir = Birkaland; Poh = Österbotten; PK = Norra Karelen; PP = Norra Österbotten; PS = Norra Savolax; PH = Päijänne-Tavastland; Sat = Satakunta; Uus = Nyland; VS = Egentliga Finland

Tjänster för personer med funktionsnedsättning

Personer som har en funktionsnedsättning på grund av en skada eller sjukdom kan utöver de allmänna tjänsterna behöva särskild service som stöd för det dagliga livet. Här granskas tjänster enligt handikappservicelagen och specialomsorgslagen-utifrån uppgifter från 2016. De tjänster som beviljats ger en överblick över servicesystemet.

I figuren nedan granskas servicehelheten för personer med funktionsnedsättning som en helhet. Figuren visar det totala antalet enskilda tjänster i proportion till antalet invånare i området (enligt statistik från 2016). Antalen berättar inget om hur många personer som omfattas av tjänsterna utan beskriver de tjänster som getts eller beviljats. Granskningen inbegriper följande tjänster: *ändringsarbeten i bostad samt anskaffning av redskap och anordningar till bostaden, antal klienter som får personlig assistans, antal personer med utvecklingsstörning i olika typer av boendeservice och serviceboende för personer med grav funktionsnedsättning, antal personer som omfattas av verksamhet som stöder sysselsättningen samt arbets- och dagverksamhet, antal hushåll med personer med funktionsnedsättning som fått hemvårdshjälp, antal beslut om stöd för närståendevård av personer under 65 år samt färdtjänst enligt handikappservicelagen.*

Figuren visar också antalet personer till vilka FPA betalat förmåner på grund av funktionsnedsättning i proportion till antalet invånare per tusen invånare. I hela landet beviljades cirka 50 personer (49,9) per tusen invånare handikappförmåner. Antalet tjänster som beviljades på grund av funktionsnedsättning var cirka 65 (65,2) per tusen invånare. I landskapet Österbotten var motsvarande siffror följande: 48 (47,7) personer per tusen invånare fick handikappförmåner och antalet beviljade tjänster var 46 (46,0) per tusen invånare. Grunderna för beviljande av tjänster och kriterierna för att få handikappförmåner avviker från varandra och därför kan antalet personer som får handikappförmåner inte direkt likställas med antalet personer som behöver tjänster. Det kan antas att det bland de personer som får handikappförmåner finns många sådana personer som inte får någon service. Dessa personer kan emellertid få andra tjänster, till exempel på grundval av socialvårdslagen. Vad gäller tjänsternas omfattning skulle det behövas en större utredning samt en behovsbedömning.

De två största servicehelheterna bland de tjänster som beviljats är personlig assistans och service som stöder rörligheten.

I hela landet fick 383 personer per 100 000 invånare personlig assistans. I Österbotten var motsva-

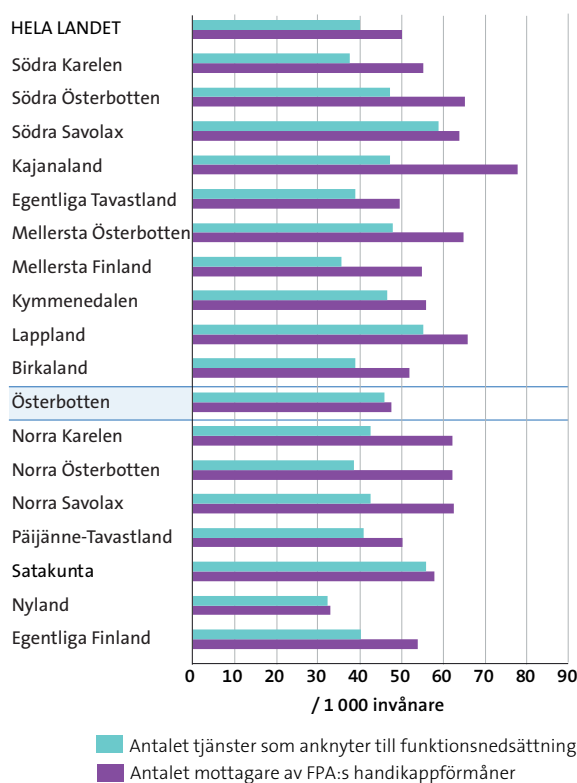
rande antal 312. Antalet klienter berättar ingenting om hur mycket personlig assistans var och en beviljats och om servicen varit tillräcklig och effektiv.

Service som stöder rörligheten inbegriper många olika typer av tjänster. Behovet av särskild service påverkas av de regionala förhållandena, tillgängligheten och servicestrukturen samt givetvis av den enskilda människans behov av att röra på sig. I Österbotten fick 2 229 personer per 100 000 invånare färdtjänst enligt handikappservicelagen. Motsvarande antal var 1 783 för hela landet. I Österbotten fick 870 personer per 100 000 invånare färdtjänst enligt socialvårdslagen, medan motsvarande siffra var 391 för hela landet.

Under granskningsåret (2016) utgjorde *utgifterna för tjänster och ekonomiska stödåtgärder enligt handikappservicelagen* 117 euro per invånare i hela landet. I Österbotten var motsvarande belopp 109 euro, medan det största beloppet var 170 euro/invånare. Det lägsta beloppet bland landskapen var 92 euro/invånare. I analysen av de totala kostnaderna bör beaktas åtminstone kostnaderna för tjänster enligt handikappservicelagen samt information om situationen vad gäller de allmänna tjänsterna och tillgängligheten i området. Lättillgängliga och fungerande tjänster minskar behovet av särskild service.

Figur 11

Antal personer som fick handikappförmåner och tjänster på grund av funktionsnedsättning i förhållande till befolkningen 2016



Tjänster för äldre

Den äldre befolkningens funktionsförmåga är bättre i Österbotten än i landet i genomsnitt. Sammanlagt 19 procent av alla personer som fyllt 75 år har stora svårigheter att klara av vardagssysslorna (25 % i hela landet). Säsongsinfluensavaccinets täckning, som i Österbotten är sämre än landets genomsnitt för personer som fyllt 65 år, beskriver verksamheten inom de förebyggande hälsotjänsterna och uppföljningen av riskgrupperna. I Österbotten var 70 procent ovaccinerade, medan siffran för hela landet var 53 procent.

Målet inom tjänsterna för äldre är att äldre ska kunna bo hemma så länge som möjligt. I Österbotten fick 14 procent av alla kvinnor som fyllt 75 år och åtta procent av alla män som fyllt 75 år regelbunden hemvård i november 2016. Täckningen är därmed på samma nivå som landets medeltal. I Österbotten får klienter inom hemvården i genomsnitt 14 hembesök per vecka, vilket ligger på samma nivå som landets medeltal (13). Ökad hemvård förutsätter att man vid behov kan få också intensiv vård, över 60 hemvårdsbesök per månad, samt hemvård dygnet runt. I hela landet fick 33 procent av alla 75 år fyllda klienter inom hemvården intensiv vård, i Österbotten var motsvarande siffra 40 procent. Av hemvårdsklienterna i Österbotten hade 84 procent möjlighet att få hemvård dygnet runt, medan motsvarande siffra var 78 procent för hela landet. Därmed främjar servicestrukturen hemvård.

Minnessjuka personer är den största klientgrupp som anlitat tjänster för äldre. Inom hemvården har endast var tredje klient normal kognition, men alla personer med symtom har inte en diagnostiserad minnessjukdom. Sammanlagt 19 procent av klienterna inom regelbunden hemvård i Österbotten hade en diagnostiserad minnessjukdom (20 % i hela landet). Satsningen på identifiering av minnessjukdomar inom hemvården ligger därmed på genomsnittsnivå. Det nationella täckningsmålet för stödet för närståendevård vad gäller den befolkning som är äldre än 75 år ligger i Österbotten på fem procent, vilket är den nationella nivån, men i jämförelse med landets genomsnitt fick en klart lägre andel (21 %) av de klienter som fick närståendevård hemvårdens stödtjänster.

Servicestrukturen vad gäller tjänster för äldre har blivit lättare i hela landet, vilket har inneburit att antalet personer som anlitat hemvårdens tjänster och utgifterna för hemvård har ökat. I Österbotten har 34 procent av utgifterna för tjänsterna för äldre använts för hemvårdens tjänster (jfr 32 % i hela landet). Kostnadsbördan inom hemvården är aningen tyngre i

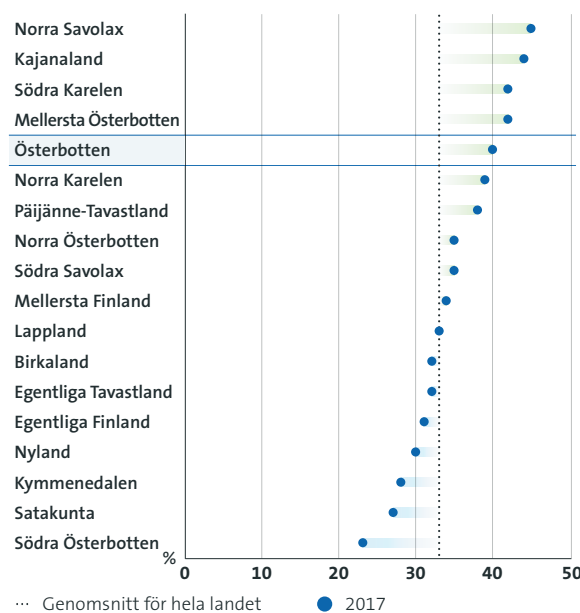
Österbotten än i resten av landet. Nettodriftskostnaderna inom hemvården (euro/invånare) var 223 euro i Österbotten och 172 euro i hela landet. Utgifterna för hemvård i Österbotten höjs på grund av andelen intensiv hemvård.

Största delen av de anställda inom hemvården är närvårdare. Det förekommer inga skillnader mellan landskapen vad gäller andelen närvårdare. Däremot varierar antalet sjukskötare mellan olika landskap (9,6–18,5 %). Österbotten har färre sjukskötare (11 %) än genomsnittet för hela landet (13 %), och sjukskötarnas andel direkt arbetstid av den totala arbetstiden är lägst i Österbotten av alla landskap (16 % jämfört med 37 %). Det kan därmed uppskattas att tillgången till sjukskötartjänster inom hemvården är klart sämre i Österbotten än i landet i genomsnitt. Vad gäller närvårdare ligger den direkta arbetstiden (56 %) också aningen under landets genomsnitt.

Genom målinriktad rehabilitering strävar man efter att personer som får hemvård hålls så aktiva som möjligt och har en så bra livskvalitet som möjligt. Merparten av hemvårdens klienter borde ha fått en rehabiliteringsplan. I Österbotten gör 57 procent av verksamhetsenheterna inom hemvården systematiskt upp en rehabiliteringsplan för sina klienter, vilket är en större andel än genomsnittet i landet. Hemvårdspersonalen i Österbotten har bättre kunskaper i smärtbehandling än landets medeltal. Sammanlagt 50 procent av klienterna får tjänster av en verksamhetsenhet som har ”goda” kunskaper i smärtbehandling –

Figur 12

Andelen klienter inom hemvården som får intensiv vård (%)



i hela landet är andelen 44 procent (variationsintervall 8–85 %). Klientrespons samlas i varierande grad in av klienter, anhöriga och personalen (variationsintervall 41–94 % beroende på gruppen i fråga). I Österbotten samlas respons in av 72 procent av klienterna, medan motsvarande andel är 76 procent för hela landet.

Vad gäller att göra servicestrukturen lättare har Österbotten framskridit i samma takt som landets genomsnitt och även satsningen på att stödja äldre att bo hemma ligger på samma nivå som medeltalet. Hemvården har utvecklats i riktning mot mer intensiv hemvård och hemvård dygnet runt, och dessa tjänster tillhandahålls i större utsträckning än i landet i genomsnitt. Även om dessa tjänster ökar kostnadsbördan för hemvård i Österbotten, gör de också att övergången till tyngre tjänster sker långsammare. Satsningen på identifiering av minnessjukdomar inom hemvården ligger på genomsnittsnivå. Det nationella

täckningsmålet för stödet för närståendevård ligger i Österbotten på nationell nivå, men i jämförelse med landets genomsnitt får en klart lägre andel av de klienter som får närståendevård hemvårdens stödtjänster.

Hemvården i Österbotten har färre sjukskötare än genomsnittet för hela landet, och sjukskötarens andel direkt arbetstid av den totala arbetstiden är lägst av alla landskap. Det kan därmed uppskattas att tillgången till sjukskötarjänster inom hemvården är klart sämre i Österbotten än i landet i genomsnitt. Hemvårdspersonalens kunskaper i smärtbehandling är emellertid bättre än genomsnittet i landet och verksamhetsenheterna har i högre grad än i resten av landet satsat på att göra upp rehabiliteringsplaner för klienterna. En rehabiliteringsplan borde emellertid vid behov göras upp för alla klienter inom hemvården, så här finns ännu mycket att utveckla.

Tillgänglighet

I utvärderingen av landskapen granskas tillgången och tillgängligheten med hjälp av fem teman. I granskningen används uppgifter om tillgången till vård, utarbetandet av bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet och utbudet av service nattetid inom hemvården samt resultaten av en befolkningsundersökning.

Inom primärvården har tillgången utvärderats genom en granskning av hur snabbt patienter får tid till en läkare med anledning av ett icke-brådskande ärende. Som indikator valdes hur många procent av patienterna som får en tid inom en vecka efter att vårdbehovet bedömts. Dessutom har genomförandet av vårdgarantin inom primärvården behandlats i ett stycke specifikt för primärvården.

Vad gäller specialiserad sjukvård har antalet patienter som fått vänta längre än den lagstadgade tidsfristen för att få vård (6 månader) i förhållande till hela befolkningen granskats. Som indikator för tjänsterna för äldre har i den här utvärderingsomgången använts utbudet av service nattetid inom hemvården. Bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet borde färdigställas inom den lagstadgade tidsfristen på tre månader; andelen bedömningar som uppfyller detta granskas som en indikator på tillgång.

Inom socialservicen för vuxna används som indikatorer för tillgänglighet de bedömningar som utretts i THL:s befolkningsundersökning gällande huruvida klienterna upplever att socialservicen är lättillgänglig och huruvida tillgängligheten påverkas av besvärligt läge och höga klientavgifter. I utvärdering har endast i fråga om socialservice behandlats hur tillgängliga tjänsterna varit i verkligheten och hur de stått till klienternas förfogande med tanke på klientavgifter, avstånd eller öppettider. Den fysiska tillgängligheten granskades inte i detta sammanhang.

I **Österbotten** finns det skäl att fästa uppmärksamhet vid tillgången till läkare inom primärvården med anledning av ett icke-brådskande ärende eftersom endast en fjärdedel av patienterna får träffa en läkare inom en vecka. Denna andel är lägst i hela landet. I fråga om specialiserad sjukvård finns det en del patienter som fått vänta över ett halvår. Tillgången till omsorg dygnet runt inom hemvården är bra. Socialservicens tillgänglighet ligger på en måttlig nivå, visserligen bedöms tillgängligheten vara på en bra nivå endast i två landskap. Det är skäl att fästa uppmärksamhet vid genomförandet av bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet inom utsatt tid eftersom mer än var femte bedömning tar längre tid än tre månader.

Figur 13

Tillgången till tjänster i Österbotten

	Tillgången till vård inom primärvården*	Tillgången till hemvård dygnet runt	Bedömning av servicebehov av barnskydd färdigställt i tid	Tillgänglighet i socialtjänster**	Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården***
Södra Karelen	■	●	●	■	●
Södra Österbotten	■	●	▼	●	■
Södra Savolax	●	●	●	▼	●
Kajanaland	—	●	▼	▼	●
Egentliga Tavastland	●	●	■	●	●
Mellersta Österbotten	●	■	●	—	■
Mellersta Finland	■	●	●	▼	▼
Kymmenedalen	●	●	●	■	▼
Lappland	▼	■	■	▼	●
Birkaland	■	■	●	■	■
Österbotten	▼	●	▼	■	■
Norra Karelen	▼	●	●	■	■
Norra Österbotten	■	●	▼	▼	■
Norra Savolax	▼	●	●	▼	■
Päijänne-Tavastland	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Nyland	■	●	●	■	▼
Egentliga Finland	▼	■	■	■	■

● Bra ■ Medelmåttigt ▼ Kräver uppmärksamhet — Inga uppgifter

* Icke-brådskande läkarbesök

** Befolkningsundersökning

*** Väntetid över 6 mån.

Kvalitet och effektivitet

I utvärderingen av landskapen granskas kvaliteten och effektiviteten med hjälp av fem teman: primärvård, specialiserad sjukvård, perspektivet för förebyggande, socialservice och klienttillfredsställelse inom hälso- och sjukvården. För varje område har 1–3 indikatorer valts. Kvalitet och effektivitet är omfattande begrepp som inbegriper många olika aspekter och i den här granskningen rapporteras om kvaliteten och effektiviteten endast utifrån de valda indikatorerna.

Kvaliteten på primärvården har utvärderats enligt hur många patienter som ordinerats antibiotika för behandling av en ospecifik övre luftvägsinfektion. Det finns inga grunder för att ordinera antibiotikabehandling utan en klar diagnos, men ibland ordineras antibiotika om sjukdomen blir långvarig utan ordentliga indikationer. Indikatoren ger information om genomförande av rationell läkemedelsbehandling.

Vad gäller specialiserad sjukvård har man valt att granska antalet revisionsoperationer av höft- och knäledsprotoser under en två år lång uppföljningstid. Ju bättre kvaliteten är, desto färre revisionsoperationer behöver göras.

I fråga om förebyggande verksamhet granskas genomförandet av vaccinationsserien med tre doser av det femvalenta vaccinet (DTaP-IPV-Hib), som hör till vaccinationsprogrammet för småbarn. Eftersom det är mycket ovanligt att det finns en medicinsk orsak som förhindrar att vaccinationsserien inleds eller genomförs till slut, beskriver indikatoren kvaliteten på rådgivningsarbetet och registreringen av vaccinationer. För nästan alla barn i landet inleds en serie av det femvalenta vaccinet som skyddar mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och infektioner som orsakas av Hib-bakterien. Barnet behöver hela serien för att ha ett bra skydd mot dessa livshotande sjukdomar. Flockimmunitet skyddar inte mot till exempel stelkramp. Ju större täckningen för serien bestående av tre doser är, desto bättre är verksamhetens kvalitet och effektivitet.

Vad gäller socialservice har antalet klientplaner för klienter inom barnskyddet valts som indikator. Enligt lagen ska alla klienter inom barnskyddets öppenvård få en klientplan. Syftet med klientplanen är att se till att servicen är systematisk och att dess resultat utvärderas regelbundet. Det före-

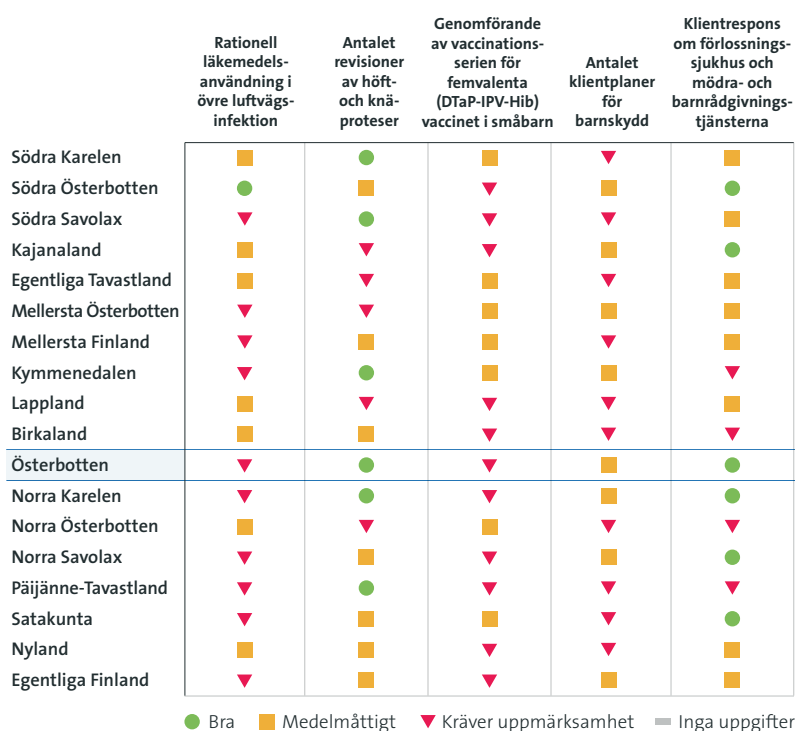
kommer stora skillnader mellan landskapen vad gäller utarbetandet av klientplaner, men i det här skedet görs planer ännu inte upp enligt målet i ett enda landskap.

I fråga om klienttillfredsställelse har man beaktat det sammanlagda vitsord klienter gett sjukhuset i en enkät om förlossningssjukhus samt frågor som mäter nyttan med servicen och kundtjänsten i barn- och mödrarådgivningsenkäter.

I **Österbotten** hade ungefär var fjärde patient med ospecifik övre luftvägsinfektion ordinerats antibiotika. Andelen var 10–32 procent i de olika landskapen. Antalen revisionsoperationer av ledprotoser var klart lägre än landets medelvärde. Antalet revisionsoperationer av höftledsprotoser var i Österbotten lägst i landet tillsammans med Päijänne-Tavastland och Kymmenedalen. Sammanlagt 97,1 procent av barnen födda 2014 hade börjat få vaccinationsserien av det femvalenta vaccinet, men endast 91,4 procent av dem hade fått alla tre doser. Resultatet är lågt. Landskapet bör vidta åtgärder för att främja vaccinationstäckningen. Dessutom är det bra att utreda om serien blev på hälft utan giltiga grunder eller om det är fråga om problem vid registrering eller informationsöverföring. Det hade inte gjort upp tillräckligt med klientplaner inom barnskyddets öppenvård. Endast drygt hälften av klienterna hade fått en plan. Enligt lag ska en klientplan dock göras upp för alla klienter. Klienttillfredsställelsen var högre än genomsnittet för landskapen.

Figur 14

Tjänsternas kvalitet och effektivitet i Österbotten



Klientorientering

Hälsotjänsternas klientorientering utvärderas med hjälp av tre indikatorer som grundar sig på en befolkningsundersökning. Förutsättningarna för valfrihet utvärderades genom en fråga som kartlägger åsikterna om möjligheterna att välja hälsostation samt genom en summavariabel som beskriver hur tillräcklig informationen för jämförelse av olika vårdplatser inom hälso- och sjukvården är. Smidigheten vad gäller serviceprocesserna inom olika hälsotjänster har bedömts genom att fråga vilka erfarenheter respondenten har av hur smidigt det går att sköta ärenden och av informationsgången mellan de yrkesutbildade inom hälsotjänsterna. I tolkningen av resultaten bör beaktas att enkätmaterialet baserar sig på små nationella urval: det är inte tillförlitligt att generalisera resultaten och tillämpa dem på enskilda landskap. Dessutom beskrivs klientorienteringen med en indikator som baserar sig på TEAviisari och som beskriver invånarnas delaktighet. I indikatorn summeras om kommunerna 2017 har fastställt mål, åtgärder, resurser och ansvar för att

främja invånarnas delaktighet. Kommuninvånarnas möjligheter att på kommunens webbplats hitta information om möjligheter och sätt att delta och påverka samt om huruvida det i kommunen gjorts upp ett delaktighetsprogram granskades separat. I tolkningen av resultaten av TEAviisari ska tas i beaktande att det är fråga om administrativa åtgärder som i sig inte berättar något om hur invånarnas och serviceanvändarnas delaktighet förverkligas i praktiken.

I **Österbotten** ansåg förhållandevis många invånare att de har bra möjligheter att välja hälsostation. Däremot var tillgången till referensdata dålig. Serviceprocesserna inom hälso- och sjukvården ansågs förhållandevis ofta genomföras på ett smidigt sätt – till och med i aningen högre grad än i hela landet. Främjandet av invånarnas delaktighet ligger i Österbotten på en aningen lägre nivå än genomsnittet för hela Finland. Sammanlagt 54 procent av kommunerna i området har information om kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka på sin webbplats. Två kommuner i Österbotten har gjort upp ett separat delaktighetsprogram.

Figur 15

Tjänsternas klientorientering i Österbotten

	Möjlighet att välja hälsostation*	Jämförelseinformation om tjänster*	Befolkningen upplever tjänster som smidiga*	Främjande av delaktighet
Södra Karelen	●	▼	▼	●
Södra Österbotten	■	■	■	▼
Södra Savolax	■	▼	▼	■
Kajanaland	■	▼	▼	▼
Egentliga Tavastland	■	▼	■	■
Mellersta Österbotten	●	▼	■	■
Mellersta Finland	■	▼	■	●
Kymmenedalen	●	▼	■	▼
Lappland	■	■	■	■
Birkaland	■	▼	■	■
Österbotten	■	▼	■	■
Norra Karelen	■	▼	■	▼
Norra Österbotten	●	▼	■	■
Norra Savolax	■	▼	■	■
Päijänne-Tavastland	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Nyland	■	▼	■	●
Egentliga Finland	■	▼	■	■

● Bra ■ Medelmåttigt ▼ Kräver uppmärksamhet — Inga uppgifter

* Befolkningsundersökning

Jämlikhet

I utvärderingen granskas jämlikhet å ena sidan på grundval av jämställdhetslagen och diskrimineringslagen och å andra sidan utifrån de skillnader i välfärd och hälsa som ojämlikheten i samhället ger upphov till.

Det första temat i utvärderingen är landskapets funktionella utgångspunkter vad gäller främjande av jämlikhet och jämställdhet mellan könen. Kommunernas utarbetande av planer för att genomföra diskrimineringslagen och jämställdhetslagen och rapporteringen om hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper har använts som indikatorer för granskningen. Det andra temat i utvärderingen är ordnandet av särskild service för utsatta grupper. I den här utvärderingsomgången har man granskat tjänster riktade till personer med funktionsnedsättning och arbetslösa i syfte att öka möjligheterna till jämlik delaktighet och minska hälsoskillnader på grund av ojämlikhet. Information om tillgången till tjänster för personer med funktionsnedsättning samlas in genom enkäter som riktas till hela befolkningen, men enkäterna omfattar så lite erfarenheter av tjänster för personer med funktionsnedsättning att det för alla landskap inte går att göra ens en riktig bedömning av tillgängligheten. Statistikföringen av hälsoundersökningar för arbetslösa varierar stort mellan olika kommuner, så uppgifterna är endast riktiga.

Det tredje temat i utvärderingen är hur jämlikhet och jämställdhet tillgodoses i tjänster som riktas till hela befolkningen. Som exempel har här använts de tjänster som tillhandahålls av hälsocentralläkare. I granskningen har även utvärderats skillnader mellan män och kvinnor samt mellan olika ålders- och utbildningsgrupper i situationer där tjänsterna upplevts otillräckliga. Ju äldre åldersgrupp det var fråga om, desto mindre var andelen personer i alla landskap som upplevde att tjänsterna var otillräckliga. Kvinnor ansåg oftare än män att tjänsterna var otillräckliga; i fråga om utbildningsgrupper varierade ordningen mellan olika landskap. Syftet är att i fortsättningen utvärdera om tillgången till tjänster är jämlik samt tjänsternas tillgänglighet och kvalitet även utifrån andra diskrimineringsgrunder som gäller en person i enlighet med diskrimineringslagen och jämställdhetslagen. Då kan man granska bland annat personer med

utländsk bakgrund och olika språkgrupper. Granskningen av jämlikhet är tills vidare endast riktigvande. I fortsättningen måste informationsunderlaget för att utreda utsatta gruppers servicebehov utvidgas.

I **Österbotten** har kommunerna precis börja utarbeta planer för att främja jämlikhet och jämställdhet mellan könen i kommunens verksamhet. Andelen kommuner som till fullmäktige rapporterat om hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper av alla de kommuner i området som besvarat enkäten var lägre än genomsnittet. Kommunerna i området hade registrerat färre hälsoundersökningar för arbetslösa inom primärvården än genomsnittet (0,3–5 % av de arbetslösa arbetssökande i hela landet). Skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper i fråga om hur många som ansåg att de inte fått tillräckligt med tjänster av hälsocentralläkaren med tanke på behovet låg i genomsnitt på medelnivå. Landskapets placering varierade beroende på bakgrundsvariabel: skillnaden mellan könen var liten, medan skillnaderna mellan olika åldersgrupper var stora och skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper låg på medelnivå. I Österbotten minskar befolkningens goda hälsotillstånd, den låga andelen unga utanför utbildning och den ringa graden av strukturell arbetslöshet utmaningarna i fråga om att främja jämlikhet. Å andra sidan är andelen invånare som talar ett annat språk än de inhemska språken som modersmål stor.

Figur 16

Jämlikheten av tjänsterna i Österbotten

	Jämlikhets- och jämställdhetsplaner	Rapportering av hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper till fullmäktige	Otillräcklig tillgång till tjänster för funktionshindrade*	Hälsoundersökningar för arbetslösa	Skillnader mellan kön, ålders- och utbildningsgrupper i tillgång till läkare vid hälsocentralläkare*
Södra Karelen	▼	●	■	●	●
Södra Österbotten	▼	▼	■	●	▼
Södra Savolax	●	●	▼	▼	●
Kajanaland	●	■	—	●	▼
Egentliga Tavastland	▼	▼	—	▼	●
Mellersta Österbotten	■	■	—	●	■
Mellersta Finland	▼	■	●	■	●
Kymmenedalen	▼	▼	—	▼	■
Lappland	●	●	—	■	■
Birkaland	■	●	■	●	■
Österbotten	▼	▼	—	▼	■
Norra Karelen	■	■	●	●	▼
Norra Österbotten	●	●	■	■	●
Norra Savolax	■	●	▼	▼	●
Päijänne-Tavastland	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Nyland	■	■	▼	▼	▼
Egentliga Finland	●	▼	●	▼	▼

● Bra ■ Medelmåttigt ▼ Kräver uppmärksamhet — Inga uppgifter

* Befolkningsundersökning

Nationella källor

Arbets- och näringsministeriet, Sysselsättningsöversikt <http://tem.fi/sv/sysselsattningsoversikt>

Arbets- och näringsministeriet: Alueellinen matkailutilinipito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.

Arbets- och näringsministeriet: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

Arbets- och näringsministeriet (Repo, Joona): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyyseja 78/2017

Arbets- och näringsministeriet Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017 – Regionala utvecklingsutsikter” <http://tem.fi/sv/regionala-utvecklingsutsikter>

Arbets- och näringsministeriet Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveys- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloiden tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Nybondas-Kangas, Henrika & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenveto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

Statistikcentralen, www.stat.fi

- Population
- Nationalekonomi
- Hälsa
- Utbildningsnivå

THL: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

THL statistikuppgifter, www.sotkanet.fi

- Projekt- och uppföljningsindikatorer, övervakning och utvärdering av landskapen (simuleringsövning)
- THL:s sjuklighetsindex

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Yrkesbarometer, <https://www.ammattibarometri.fi/?kieli=sv>

Regionala källor

Ditt Österbotten – Sinun Pohjanmaasi <https://2020.osterbotten.fi>

Slutrapporter av arbetsgrupperna för social- och hälsovården i Österbotten. 6.6.2017.

Vasa centralsjukhus – Vasa sjukvårdsdistrikt <https://www.vaa-sankeskussairaala.fi/sv/vasa-sjukvardsdistrikt/>

Vasa sjukvårdsdistrikt. Verksamhets- och ekonomiplan 2018–2020.

Institutet för hälsa och välfärd
PB 30 (Mannerheimvägen 166)
00271 Helsingfors

ISBN 978-952-343-075-4 (nätpublikation)
ISSN 1799-3946 (nätpublikation)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-075-4>

www.thl.fi/julkaisut