

Matti Heikkilä, Milla Lehtimäki (red.)

# Annus Socialis Fenniae 2003

Nordiskt socialdirektörsmöte  
Köpenhamn, 25.–26. september 2003

Aiheita 16/2003

ISBN 951-33-1416-2  
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2003

## Innehåll

Det socialpolitiska reformarbetet kan nu inledas .....	5
<i>Matti Heikkilä</i>	
Arbetsgrupp för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovården (Information 2005 -projekt) .....	7
<i>Hannu Hämäläinen, Mika Gissler, Anu Muuri</i>	
Sammandrag av några böcker som utgivits 2002–2003 från Stakes .....	14
Sammandrag av några böcker som utgivits 2002–2003 från social- och hälsovårds- ministeriet .....	28
Pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet .....	42

# Det socialpolitiska reformarbetet kan nu inledas

MATTI HEIKKILÄ

Tidsperioden från hösten 2002 till hösten 2003 karakteriserades av två händelser på ett nationellt plan – riksdagsvalet våren 2003 och det nationella utredningsarbetet inom den sociala sektorn. När Matti Vanhanens regering efter sommarens uppehåll på allvar tar itu med arbetet hösten 2003 finns det en mängd socialpolitiska program som skall åtgärdas. Det är motiverat att påstå att det samhälleliga reformarbetet på 2000-talet uttryckligen är ett reformarbete på programnivå. På uppdrag av Lipponens andra regering och nuvarande Matti Vanhanens regering har man inom ministerierna färdigställt flera socialpolitiska program som omfattar en viss sektor eller som koncentrerar sig på ett visst tema. De här programmen kommer att få återklang i regeringens riktlinjer.

Men låt oss beakta saken mera i detalj. Regeringen fick så att säga i arv det nationella hälsovårdsprojektet, som inleddes våren 2002. Det här projektet uppmärksammades både i riksdagsvalet och i regeringsprogrammet efter valet. Sällan har det i Finland funnits en så stark konsensus som nu om att investeringar behövs inom hälso- och sjukvården.

Den nya politiska strategin representeras i fyra tvärsektoriella politikprogram. Ett arbetskraftspolitiskt program, ett program som omfattar informationssamhället samt ett politikprogram som handlar om medborgarinflytande är de viktigaste från ett socialpolitiskt perspektiv.

Vid sidan av de här ”stora” programmen förbereddes från oktober 2002 till mars 2003 det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området. Ett tryck från fältet gjorde det nödvändigt att inleda arbetet. Ett obestridligt faktum är ju att arbetet med större reformer på socialtjänsternas område och inom socialvården stannade av i medlet på 1990-talet. Satsningen på hälso- och sjukvårdstjänsterna i form av ett riksomfattande projekt ökade behovet att på ett mera centralt plan granska situationen inom socialväsendet.

Utredningsmännen inom socialsektorn publicerade sitt program under riksdagsvalet, d.v.s. i slutet av mars 2003. Socialvården blev således inte ett valtema. Trots det kom förslagen från utredningsmännen att tydligt lysa igenom i regeringsprogrammet och avspeglas i dess utformning. Matti Vanhanens regering lovar att inleda ett nationellt utvecklingsprogram på det sociala området, och som en del av det satsa speciellt på tjänster bl.a. för äldre och barnfamiljer. Socialtjänsternas finansieringsstruktur förblir den samma som tidigare men redan i budgeten för år 2004 strävar man efter att öka statens andel i driftskostnaderna. Ett nytt styrfilosofiskt grepp är att på lagstiftningsnivå definiera kriterierna för till vem och i vilken situation tjänster erbjuds. Regeringen lovar att inleda det här arbetet med att se över tillgången på tjänster till äldre och inom socialsektorn. Strävan är att bättre än hittills definiera de förutsättningar som entydigt berättigar till service.

En betydelsefull reform som inverkar på socialservicens kvalitet och effektivitet är kompletteringsutbildningen för de professionellt verksamma inom socialvården: den kompletterande utbildningen skall bli lagstadgad. Vidare inleds inom socialsektorn en verksamhetsmodell med definierat innehåll för ”god praxis” på området. Det är ett arbete i vilket Stakes har en central roll.

Regeringen fortsätter på den inslagna linjen med sektorvisa kvalitetsrekommendationer i sin styrning av kommunerna. Den nyaste kvalitetsrekommendationen omfattar boendeservice för handikappade. I regeringsprogrammet finns en reservation om att regeringen följer upp hur kvalitetsrekommendationerna verkställs. Vid behov träder regeringen till för att ge mera entydiga definitioner på servicens minimikvalitetsnivå.

Aktörerna inom politiken har tagit reformarbetet till sig och i skrivande stund inlemmat det i regeringsprogrammet och i budgetförslaget för år 2004. De följande stegen är statsrådets principbeslut om att utveckla den sociala sektorn, det egentliga projektprogrammet och mål- och verksamhetsprogrammet (TATO) inom social- och hälsovården år 2004–2007.

Det finns också en mängd andra betydelsefulla program på socialpolitikens område. Ett exempel är det riksomfattande alkoholprogrammet, folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, det nya arbetslivsprogrammet för ett lockande arbetsliv Veto och en strategi för åldrings- och familjepolitiken. I det nationella alkoholprogrammet 2004-2007 strävar man efter att individualisera de medel med vilka man kan bemästra och eventuellt minska på alkoholskadorna i en situation när realpriset på alkohol i Finland sjunker avsevärt som en följd av skattepolitiska avgöranden. Utmaningen är stor och samtidigt väldigt karakteristisk för finländska förhållanden.

Och hur fungerar och profilerar sig Stakes med avseende på socialpolitiken och utvecklingen av socialvården? På många sätt. En viktig milstolpe i sammanhanget var Stakes 10-års jubileum i slutet av november 2002. Jubileet till ära utgavs en antologi om finländarnas välfärd (Suomalaisen hyvinvointi) som på 400 sidor gav en diger inblick i utvecklingen på 1990-talet. Empiriskt undersökningsmaterial låg som grund för en beskrivning och syntes av finländarnas välfärd och hälsa. Boken är i somliga avseenden ett positivt bokslut över utvecklingen fram till millennieskiftet och tidsperioden kring det. Det mätbara välbefinnandet hos de flesta befolkningsgrupper i landet har förbättrats. Det mest betydelsefulla bakslaget rapporterades i unga familjers utkomst: forskarna på Stakes och Statistikcentralen kunde oavvisligen peka på att familjer med små barn i ekonomiskt avseende hade det sämre ställt på 1990-talet än tidigare. Den relativa fattigdomsrisk och -graden hade vuxit. Även i politiskt avseende var det här forskningsrönet mycket betydelsefullt.

Social- och hälsovårdsministeriets projekt om informationsproduktion och -försörjning Tieto 2005 är ett annat omfattande arbete som gärna skall nämnas i sammanhanget. Syftet är att på informationsproduktionens område inom den offentliga sektorn möta de utmaningar som ett nytt millennium ställer inom social- och hälsovården, välbefinnande och hälsa. Det är långt fråga om en arbetsfördelning och ett samarbete mellan Stakes, Folkhälsoinstitutet, Institutet för arbetshygien, Folkpensionsanstalten samt Statistikcentralen för att ange ramarna för produktion och sammanställning av statistik- och forskningsbaserad information.

# Arbetsgrupp för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovården (Information 2005-projekt)

HANNU HÄMÄLÄINEN, MIKA GISSLER, ANU MUURI

Social- och hälsoministeriet inledde ett projekt om informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovården 2005 våren 2002. Projektet är avsett att utveckla de databaserade informationssystemen inom social- och hälsovården.

## Bakgrund

Social- och hälsovårdsministeriets datainsamling sågs över i tre omgångar på 1990-talet:

- 1) Den första och hittills största revideringen gjordes i samband med en översyn av systemet med statsandelar i början av år 1994. Ett uttalat syfte var att rationalisera datainsamlingen i kommunerna, att minska den mängd data som samlades in och att utnyttja bättre den information som fanns från tidigare.
- 2) År 1996 fortsatte man med reformeringen från år 1994. Datainsamlingen ändrades på några punkter och överlappningar avlägsnades. I oktober 1996 grundades en datasamarbetsgrupp av permanent karaktär inom social- och hälsovården.
- 3) År 2001 genomfördes en datareform, som datasamarbetsgruppen inom social- och hälsovården hade initierat. Insamlingen av data skars ytterligare ner i enlighet med statsrådets principbeslut.

Åren 1997–1998 fungerade en arbetsgrupp (Tiikeri) i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet. Arbetsgruppen hade i uppgift att se över ministeriets data- och informationsproduktion samt att bedöma de grunder som data samlades in på. Samma gällde de anstalter som är underställda social- och hälsovårdsministeriet.

Statsrådet fattade år 1993 ett principbeslut om att myndigheterna skall minska sin datainsamling åtminstone med en tredjedel från år 1991 till år 1995. I en utredning, som delegationen för informationsförvaltningen inom den offentliga förvaltningen (JUHTA) presenterade minskade datainsamlingen med närmare 50 procent inom socialförvaltningen. Inom hälso- och sjukvårdens förvaltningsgren var motsvarande siffra 20–30 procent. Således kan man säga att de här två sektorerna levde upp till statsrådets principbeslut. Enligt ett nytt principbeslut som statsrådet har slagit fast skall kostnaderna för datainsamlingen skäras ner med ytterligare en tredjedel åren 1997–2002. Insamlandet av enskild, dyrare information, som i många avseenden belastar insamlarna, har i alla fall blivit vanligare, enligt en annan utredning som JUHTA publicerade i augusti 2000. Enligt den här rapporten är det praktiska utfallet av strävandena att skära ner datainsamlandet inte i samklang med statsrådets principbeslut.

Utöver det som ovan har anförts har statsrevisorerna i en redogörelse år 2000 påtalat vissa brister i de privata serviceproducenternas sätt att statistikföra tjänster på social-, sjukvårds- och hälsosektorn. Utredningsman Jussi Huttunen har för sin del kartlagt de behov att utveckla data-systemen som finns inom undergrupperna nationell välfärd, hälsa, levnadsförhållanden och ser-

vicesystemets uppbyggnad. Social- och hälsovårdsministeriet har därför beslutat att se över informations- och datasystemen inom social- och hälsoförvaltningen.

En orsak att förbättra det nuvarande läget är de stora förändringarna på social- och hälsovården. Verksamheten inom social- och hälsoväsendet har allt mera styrts in på öppen vård. Fullt möjligt är därför att registreringen av information inte omfattar nya verksamhetsformer och funktioner. Den privata sektorn och medborgarorganisationer m.fl. på den tredje sektorn har blivit aktörer att räkna med inom social- och hälsovården. Informationens tyngdpunkt har förskjutits till att i ökande grad omfatta den helhet som vården och tjänsterna utgör för patienten/kunden. Det finns också ett ökat behov av att registrera information regionalt och kostnadsmässigt. Dessutom borde social- och hälsovårdsministeriets nya strategi, de mål och den verksamhetsplan för åren 1999 – 2003 som har utarbetats för social- och hälsoväsendet samt de kvalitetsrekommendationer, som man har arbetat fram för en del tjänster, inkluderas i det nya informationssystemet.

## Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning vid social- och hälsovårdsministeriet

I april 2002 tillsattes en arbetsgrupp som har som uppgift att fram till början av år 2005, som är det år då det nya data- och informationssystemet skall tas i bruk, planera datareformen och dess verkställande. Enligt insättningsbeslut var arbetsgruppens uppgift att kartlägga datareserven i sin helhet, definiera dels vilket slags information som behövs och som samlas in årligen, dels vilket slags information som behövs mera sällan men ändå med regelbundna intervaller, definiera vem som samlar in och ansvarar för informationen, klargöra vilka begrepp och klassifikationer som används inom informationsinsamlingen, och reflektera utvecklingen på datasekretessfrågor och -lagstiftning. Arbetsgruppen hade i uppgift att granska informationsbehovet utgående olika perspektiv som en medborgare, en kund, en kommun och en samkommun, övriga tjänsteproducenter, organisationsledning och olika yrkesgrupper. En viktig uppgift var att beakta de ökade internationella krav på informationen som i synnerhet orsakats av det utvidgade EU-samarbetet.

En koordinerande ledningsgrupp, som utnämndes i april 2002, har arbetat med ett förslag på ett system för data- och informationsinsamling som omfattar hela social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsgren. Arbetsgruppen var indelad i följande fyra sektioner med uppgift att inkomma med egna förslag:

- Sektionen för social- och hälsovårdens servicesystem och dess funktion,
- Sektionen för utkomstskydd,
- Sektionen för befolkningens välfärd och
- Sektionen för befolkningens hälsotillstånd.

Alla sektioner gick igenom och utvärderade den existerande statistik- och registerverksamheten samt de regelbundna enkät-, intervju- och hälsoundersökningsstudier som har omfattat hela befolkningen och fyra separata åldersgrupper (barn, ungdomar, personer i arbetsför ålder och äldre). Drygt hundra personer bl.a. från kommunerna, länsstyrelserna, social- och hälsovårdsministeriet samt forskningscentralerna som underlyder ministeriet, Statistikcentralen och Kommunförbundet deltog i projektarbetet. Därtill arrangerade sektionerna ett flertal expertmöten och -seminarier i syfte att utveckla datasystemen. Varje sektion har förberett sin egen rapport på cirka 100–150 sidor. Dessutom kommer ledningsgruppen att bearbeta en sammandragen slutrapport.

Projektets ledningsgrupp fattar de slutliga besluten under augusti - september 2003, varefter en komplett rapport publiceras. Dessa förslag skall även beakta kostnaderna, finansieringen och arbetsfördelning mellan olika institutioner samt behovet av att justera den nuvarande lagstiftningen. De viktigaste förslagen är listade i de bifogade resuméer, som de fyra sektionerna har åstadkommit.

## Rapport av sektionen för social- och hälsovårdens servicesystem och dess funktion

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 23.4.2002 en arbetsgrupp för social- och hälsovårdens servicesystem och dess funktion. Arbetsgruppen hade i uppgift att göra en utredning om den information som i dag samlas in om social- och hälsovårdens servicesystem och att lägga fram en presentation av informationsbehoven i framtiden, på vilket sätt och hur ofta informationen samlas in och vem som ansvarar för insamlandet. Därtill var arbetsgruppens uppgift att presentera en lösning på hur eventuella problem i samband med arbetsfördelningen och datamaterialets kompatibilitet löses när man t.ex. reder ut hur olika befolkningsgrupper utnyttjar olika tjänster och hur tjänsterna allokeras. I sitt arbete hade gruppen att beakta informationsbehovet hos olika parter, begreppens förenhetligande, behovet att få fram information på regional nivå och att kunna utnyttja informationen i kvalitetsregister och -system. Vidare lades fokus på data om nya verksamhetsmodeller och tjänster för specialgrupper. Arbetsgruppens mandat löpte ut 30.4.2003.

Arbetsgruppen föreslår följande: uppföljningsmål som baserar sig på social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer och program skall förknippas med existerande informationssystem. Som en del av Stakes statistikreform inom den öppna vården inleds planeringen av ett datasystem som avspeglar barnens hälsotillstånd och användningen av tjänster med att utnyttja det elektroniska patientinformationssystemet som håller på att tas fram av rådgivningsbyråerna. I statistikreformen inom den öppna vården ingår som en del också företagshälsovårdens informationsbehov. Inom rehabiliteringen skall enligt arbetsgruppens förslag en helhetskartläggning läggas fram. Beträffande tjänsterna inom äldreomsorgen utvecklas mätare för funktionsförmåga i samband med vårdanmälningssystemet. Vidare skall begrepp och definitioner i sammanhanget ses över. För specialgruppernas del skall datainsamlingen om t.ex. drogvrården bli en del av Stakes permanenta datainsamling. ICF:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa samt dess tillämpning när befolkningens verksamhetsförutsättningar mäts skall utvecklas. Identifikationssystemet för vård- och servicekedjor skall vidareutvecklas bl.a. så att vård- och servicekedjorna i framtiden också omfattar socialtjänster. Stakes vidareutvecklar statistikföringen inom den öppna vården så att datainsamlingen utgående från besök kompletteras med urvalsbaserad datainsamling om orsaker till besöken och åtgärder. Vidare skall Stakes göra produktionen av produktivitetjämförelser inom den specialiserade sjukvården en del av sin permanenta verksamhet. Statistikföringen av användningen av tjänster inom mentalvården utvecklas som en del av datainsamlingen inom den öppna vården.

I samarbete med social- och hälsovårdsministeriet och ämbetsverk inom dess förvaltningsområde skall Stakes ta fram en gemensam portal med centrala indikatorer som beskriver välfärd, hälsa och användning av tjänster på kommunal, regional, nationell och internationell nivå. Med tanke på de informationsbehov som finns gällande personalen utvecklas Statistikcentralens kommunala personregister, sysselsättningsstatistik och yrkesregistret, för vilket man i framtiden samlar in data årligen. Statistikcentralen utreder hur man snabbare kan få fram uppgifter om kostnader som hänför sig till kommunernas ekonomi och verksamhet. Social- och hälsovårdsministeriet samarbetar med undervisningsministeriet så att undervisning som ansluter sig till statistik, register och undersökningsmaterial och användningen av dem inlemmas i den grund-

läggande, kompletterande och fortsatta utbildningen samt ledarskapsutbildningen inom social- och hälsovården. Genom att undvika överlappande datainsamling och genom att i ökande grad fokusera på rapportering av resultaten skall det bli möjligt att bättre utnyttja materialet i viktiga, nationella undersökningar, statistiska sammanställningar och register.

## Rapport av sektionen för utkomstskydd

Arbetsgruppen hade i uppdrag att lägga fram ett förslag till ett nationellt datasystem för utkomstskyddet för ledningsgruppen för arbetsgruppen för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovården (Information 2005). Utredningen skulle inbegripa en utredning av hur kontanta utkomstskyddsförmåner nuförtiden statistikförs och hur uppgifterna samlas och ett förslag om framtida informationsbehov och på vems ansvar insamlingen av uppgifterna är.

I rapporten beskrivs de nuvarande datasystemen för utkomstskyddsförmånerna enligt en socialutgiftskalkyl som baserar sig på EU:s ESSPROS-klassificering. Arbetsgruppen föreslår att de organisationer som producerar information om utkomstskyddsförmånerna ytterligare ökar sitt inbördes samarbete genom att bilda nätverk och utnyttja de möjligheter som den elektroniska kommunikationen ger genom att bygga upp webbportaler med länkar till olika informationskällor.

Arbetsgruppen föreslår att de organisationer som producerar information skapar statistikhelheter över utkomstskyddet för arbetslösa, utkomstskyddet under rehabiliteringstid, stödet för vård av små barn, pensionerna, sjukförsäkringen och minimiskyddet och även tar servicen i betraktande, om detta är nödvändigt för att få en helhetsbild.

Med tanke på utnyttjandet av informationen föreslår arbetsgruppen att informationsproducenterna bättre än idag beaktar slutanvändarnas (kundernas) synvinkel och i högre grad använder Internet som förmedlare av aktuell information (eSotka och indikatorbank vid Stakes), beaktar de krav som kvalitetskriterierna för statistik ställer och vidareutvecklar registerforskningen genom att bilda nätverk, fungera som konsulter och utbilda.

## Rapport av sektionen för befolkningens välfärd

Sektionen för befolkningens välfärd i arbetsgruppen för informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom social- och hälsovården (Information 2005) redogör i sin rapport för statistik, undersökningar och utredningar som beskriver befolkningens välfärd samt ger besked om hur ofta informationen samlas och vem som samlar in den. Rapporten belyser också hur uppgifter i undersökningar och utredningar kan dras nytta av vid sidan av den information som produceras av servicesystemet och hur dessa uppgifter kan sammanställas och utvecklas till centrala indikatorer för befolkningens välfärd. Vidare framgår det av rapporten hur ofta och på vilket sätt dessa uppgifter borde samlas in i fortsättningen och vem som är ansvarig för insamlandet av olika uppgifter. I sitt arbete hade sektionen för befolkningens välfärd att beakta informationsbehovet hos olika parter samt behovet att få fram information på regional nivå och att kunna utnyttja informationen i kvalitetsregister- och system. Informationsbehoven på internationell nivå var också att beaktas. Till rapporten är bifogat en sammanfattning av de viktigaste datakällorna, vilka har indelats i grupper efter välfärdens dimensioner.

Arbetsgruppen föreslår att tre lednings/samarbetsgrupper tillsätts mellan Stakes och Folkhälsoinstitutet:



- (1) för att finansiera en ny undersökning om välfärd och välfärdsservice och för att utveckla undersökningen så att även de viktigaste hälsoindikatorerna beaktas,
- (2) för att planera undersökningar som inriktar sig på barn och
- (3) för att planera undersökningar som inriktar sig på äldre på så sätt att även behovet av information om allmän välfärd skall beaktas i de undersökningar som baserar sig på hälsa.

Utvecklingsarbetet på de välfärdsområden som täcks av Stakes och Folkhälsoinstitutet samt Statistikcentralen bör koordineras.

Bilaga: Förslag till struktur, ansvarsfördelning och tidtabell för ett system för insamling av enkätdata om befolkningens välfärd.

BILAGA: Förslag till struktur, ansvarsfördelning och tidtabell för ett system för insamling av enkätdata om befolkningens välfärd.

Levnadsförhållanden	Välfärd	Hälsa
<b>GRUNDLÄGGANDE UPPFÖLJNING</b>		
<u>Statistikcentralen</u> EU-SILC, Arbetskrafts- undersökningen (varje år)	<u>Stakes</u> Undersökningen Välfärd och service (jämnt år)  Undersökningen Hälsa i skolan (vart annat år hälften av Finland, <i>lokalt nivå</i> )	<u>Folkhälsoinstitutet KTL</u> Hälsobeteende bland den finska vuxenbefolkningen (udda år)
<b>FÖRDJUPANDE ANALYS</b>		
<u>Statistikcentralen</u>  Konsumtion och förmågenhet (med 3–6 års intervaller) Tidsanvändning- och fritidsanvändning (vart 10. år) Arbetsförhållanden (med 6–7 års intervaller)	<u>Institutet för arbetshygien</u> Undersökningen Arbete och hälsa (med 3 års intervaller) Barometer för arbetsförmåga (med 3 års intervaller)	<u>FPA (samt Stakes och KTL)</u> Undersökningen Hälsotillstånd och bruk av tjänster i hushållen (TERVA) (med 5–7 års intervaller)
		<u>KTL</u>  FINRISKI (ca vart 5. år) fortsättning på undersökningen Hälsa 2000 (med ca 10–15 års intervaller)

## Rapport av sektionen för befolkningens hälsotillstånd

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 23.4.2002 en arbetsgrupp som hade i uppgift att utreda hur befolkningens hälsotillstånd beskrivs i statistik, undersökningar och utredningar samt hur ofta informationen samlas och vem som samlar in den. Rapporten beskriver hälsodatas och datasystemens utveckling och nuläge i Finland och ger en översikt över datasystemen i några länder i Europa. Vidare granskas det efter åldersklass nuvarande data, datakällor, datainsamling och tillgång till data. Det framgår av rapporten hur data om befolkningens hälsotillstånd borde insamlas i fortsättningen och vem som har ansvaret för insamlandet. De viktigaste rekommendationerna är följande:

- Samarbetet mellan social- och hälsovårdsministeriet, de statistikförande myndigheterna (Statistikcentralen och Stakes), sektorforskningsinstituterna (Folkhälsoinstitutet och Institutet för arbetshygien) samt Folkpensionsanstalten bör effektiviseras.
- Ett enhetligt användargränssnitt bör skapas för information om hälsa, välfärd, tjänster och socialskydd.
- Aktörerna måste se till att hälsodata skall upprätthållas och distribueras i en så användarvänlig form som möjligt och att ett elektriskt handledningssystem skall utvecklas. Vidare måste de delta i att utveckla dataförsörjning och handledning på regional och lokal nivå.
- Det finns utrymme för förbättring särskilt i fråga om data om barns och ungas hälsa, åldrande och äldre personers hälsa, arbets- och funktionsförmåga, mental hälsa och psykiska rubbningar, hem- och fritidsolycksfall, sjukdomar i de muskuloskeletala systemet, andningsorganens sjukdomar, allergier, demenser, sinnesdefekter och tandvård.
- För att kunna utveckla ett omfattande datasystem, är det nödvändigt att kontinuiteten i enkät-, intervju- och hälsoundersökningsforskning samt i upprätthållande av de landsomfattande hälsoregistren säkerställs och att nya datasystem skall färdigställas och införas.
- Utvecklingen av datasystemet medför extrautgifter, vilka uppgår till ca 1 miljon euro för både 2005 och 2006 (inkluderar inte datasystemen för hem- och fritidsolycksfall och hälsofrämjandet) i de fyra budgetfinansierade instituten, d.v.s. Folkhälsoinstitutet, Stakes, Statistikcentralen och Institutet för arbetshygien, och till ca 0,1 miljon euro för Folkpensionsanstalten under de första två åren. Med början av år 2007 skall extrautgifterna för de här fem instituten uppgå till 0,5–0,7 miljon euro årligen. Beloppen inkluderar inte genomförande av befolkningsenkäter.
- Aktörerna bör samarbeta med finansministeriet för att utveckla en sådan betalningspolitik att kostnaderna inte utgör ett hinder för användningen av uppgifterna.
- Det bör utredas om det är möjligt att främja användning av data för hälsouppföljning särskilt vid Folkhälsoinstitutet och Institutet för arbetshygien genom att revidera lagstiftningen och förfaringsätten.

## Sammandrag av några böcker som utgivits 2002–2003 från Stakes

Tuula Kiviranta, Kristiina Jokinen

Obehindrat liv eller trösklar i vägen? Synpunkter på en rörelsehandikappad skolelevs liv

Stakes. Rapporter 277. Helsingfors 2003

### Sammandrag

I Östra Finlands län gjordes läsåret 1998–1999 en kartläggning av hur undervisnings-, rehabiliterings-, hälsovårds och socialtjänsterna för 7–16-åriga handikappade skolelever är organiserade. Tillgången på tjänster granskades både ur användarens synvinkel och med avseende på de kommunala myndigheterna och de enheter som svarar för planeringen av rehabiliteringen. Den egentliga målgruppen var alla de familjer (n = 195) som hade ett rörelsehandikappat barn och som fick vårdbidrag från Folkpensionsanstalten. Till varje barns lärare sändes ett frågeformulär som gällde barnets skolgång. De lokala myndigheter man vände sig till var kommunernas skoldirektörer (n = 68) och hälsocentralernas rehabiliteringsgrupper (n = 48). Ansvar för planeringen av rehabiliteringen av rörelsehandikappade barn och unga och för att följa deras hälsotillstånd vilar huvudsakligen på centralsjukhusen (n = 4) och specialomsorgsdistriktens polikliniker (n = 6), som fick egna frågeformulär. Svarsprocenten bland de tillfrågade grupperna var följande: familjerna 73 %, lärarna 64 %, skoldirektörerna 85 %, rehabiliteringsgrupperna 81 %, centralsjukhusen 100 % och specialomsorgsdistriktet 100 %.

Den vanligaste orsaken till rörelsehandikapp var CP-skada (71 %), följd av olika slags muskelsjukdomar. Över en tredjedel av eleverna använde rullstol. I undersökningen kunde man konstatera skillnader i tillgången på rehabiliteringstjänster mellan landsbygdskommuner, tät bebyggda kommuner och urbana kommuner. Kommunalt stöd till familjerna för närståendevård var mest sällsynt i landsbygdskommunerna. Också serviceplanerna var ovanligare i dessa kommuner. Mellan centralsjukhusdistriktet förekom skillnader vad gäller praxis för anskaffning av hjälpmedel, och också de olika rehabiliteringsformernas utbredning varierade.

Omkring 40 procent av de rörelsehandikappade eleverna gick i skola i en normal klass. Något över hälften fick klassbunden specialundervisning antingen i specialklasser vid allmänna skolor eller i specialskolor. Knappt var femte gick i en statlig specialskola. Knappt hälften av de elever som gick i kommunernas egna skolor hade en individuell läroplan; i statens specialskola hade alla elever en sådan läroplan. Föräldrarna var inte alla gånger informerade om hur den individuella läroplanen uppgörs. Hälften av lärarna var specialklasslärare. Knappt tre fjärdedelar av eleverna hade tillgång till ett skolgångsbiträde som antingen var individuellt, gemensamt för klassen eller gemensamt för hela skolan. Var fjärde elev var enligt lärarens åsikt inte i behov av ett skolgångsbiträde. I avlöningen av skolgångsbiträdena förekom skillnader mellan de olika kommunformerna: i landsbygdskommunerna var det vanligare än i de övriga att anställa skolgångsbiträdena med sysselsättningsmedel. Merparten av de skolsvårigheter som lärarna uppgav handlade om problem som berodde på handikappet, medan klart färre hade att göra med inlärnings-

vårigheter. Var femte lärare nämnde också elevernas psykiska problem och sociala kontaktsvårigheter.

Som de viktigaste faktorerna som försvårar det vardagliga livet nämnde familjerna svårigheterna att få information om socialskyddet samt svårigheterna att tyda denna information, bristen på tillfällig vårdhjälp samt skillnaden mellan servicen i olika kommuner. Det familjerna främst var nöjda med var olika positiva omständigheter gällande barnens skolgång, rehabilitering och allmänna hälsotillstånd. De övriga tillfrågade grupperna var ganska välinformerade om familjernas problem. Alla såg emellertid svårigheterna att få ett skolgångsbiträde som ett större problem än familjerna. Sjukhusen och handikappoliklinikerna betraktade familjernas svårigheter att få information om socialskyddet som ett mindre problem. I hälsocentralernas svar åter sågs ojämlikheten på grund av hemkommun som ett mindre viktigt problem.

Eeva Ollila, Minna Ilva, Meri Koivusalo (red.)  
 Konkurrensutsättning ur social- och hälsovårdspolitikens perspektiv  
 Stakes. Rapporter 276. Helsingfors 2003.

## Sammandrag

I rapporten ger experter inom social- och hälsovårdspolitikerna synpunkter på konkurrensutsättning inom social- och hälsovården. Handels- och industriminister Sinikka Mönkäre understryker att kvaliteten på de till buds stående social- och hälsovårdstjänsterna inte skall vara beroende av klienternas förmögenhet. Hon konstaterar att konkurrensutsättning, då den genomförs skickligt och med urskillning, är nyttig som ett instrument inom social- och hälsovården, men skadlig som ledande princip för hur social- och hälsovårdstjänsterna i praktiken organiseras. Specialforskare Meri Koivusalo från Stakes återger internationella erfarenheter av konkurrensutsättning inom hälsovårdstjänster och beskriver vilka slags internationella processer utanför hälsovårdens och hälsovårdspolitikens sfär som bidrar till att också den finländska hälsovården utvecklas i en mera marknadsorienterad riktning. Professor Juhani Lehto vid Tammerfors universitet konstaterar att de nya ledarskapsprinciperna inom den offentliga sektorn delvis bygger på konklusioner som dragits på basis av jämförelser mellan å ena sidan karikatyriska kutymer från den offentliga sektorn, å andra sidan ett idealläge från marknadssektorn. Detta har resulterat i felaktiga slutledningar om konkurrensutsättningens och privatiseringens potentiella fördelar. Överdirektör Kimmo Leppo menar att debatten om konkurrensutsättning och marknadsorientering huvudsakligen har gällt sådana frågor där konkurrensutsättningen fungerar dåligt. Inom hälsovården finns det emellertid också sådana funktioner där konkurrensutsättning kunde leda till större effektivitet och besparingar eller förbättra allokeringen av de offentliga resurserna.

Specialforskare Eero Lehto vid Löntagarnas forskningsinstitut granskar konkurrensutsättningens förutsättningar och villkor samt frågan om i vilka stycken konkurrensutsättning är lämplig – eller olämplig – i produktionen av välfärdstjänster. Professor Vuokko Niiranen granskar olika sätt att producera välfärdstjänster med avseende på bl.a. jämställdheten, utvecklingen av välfärdstjänsterna, klientförhållandet och sysselsättningen i kommunerna. Professor Arvo Myllymäki från Tammerfors universitet konstaterar att konflikten mellan den offentliga sektorns ansvar för välfärdstjänster och den marknadsekonomiska konkurrensen är störst då det gäller att trygga barnens, mentalvårdspatienternas, missbrukarnas, de äldres och de handikappades rättigheter.

Kommunförbundets jurist Anssi Pihkala konstaterar i sin presentation av sitt förbunds synpunkter att en välfungerande servicemarknad tjänar både kommunernas och kommuninvånarnas intresse. Ordföranden för Kommunsektorns fackförbund Tuire Santamäki-Vuori skriver om förhållandet mellan långsiktigt utvecklingsarbete och konkurrensutsättning, om hur demokratin kan tryggas inom olika typer av servicesystem och om förutsägbarhetens och kontinuitetens betydelse för både klienterna, personalen och arbetsgivaren. Kommundirektör Marjatta Keisu skildrar Limingo kommuns erfarenheter av att konkurrensutsätta hälsovårdstjänsterna: efter processen kunde man konstatera att de tjänster som kommunen själv producerade var både kostnadseffektiva och högklassiga.

Skribenterna konstaterar att konkurrensutsättning kan tjäna social- och hälsovårdspolitikens mål då de funktioner som konkurrensutsätts kan produktifieras och göras jämförbara i fråga om pris och kvalitet. Framför allt gäller detta nyttigheter av varu- snarare än tjänstenatur. Dessutom är det nödvändigt att de konkurrerande producenterna är tillräckligt många och att konkurrensutsättningen sköts av en stark och yrkeskunnig inköpsorganisation.

Pauliina Seppälä  
 Narkotikaobservationer. Forskning som ett instrument för tidig identifiering  
 av nya narkotikafenomen  
 Stakes. Rapporter 275. Helsingfors 2003.

## Sammandrag

Stakes arbetsgrupp för förebyggande missbrukarvård inledde år 2002 ett narkotikaforskningsprojekt som utnyttjar etnografiska metoder. Avsikten var att komplettera den nationella narkotikaforskningen med kvalitativa metoder som är känsliga för nya fenomen.

Projektet avgränsades geografiskt till Helsingforsregionen. Föremålet för forskningen var narkotikamissbruket och dess förändringar bland unga och unga vuxna. Frågeställningarna fokuserades på tre delområden: 1) droger och hur de används, 2) missbrukare och missbrukskulturer samt 3) missbruksmiljöerna. Efterhand som projektet framskred gav det insamlade materialet också upphov till nya frågeställningar.

De viktigaste undersökningsmetoderna var temaintervjuer med nyckelpersoner eller informanter, bevakning av narkotikarelaterade diskussionsspalter på Internet samt bevakning av både inhemska och utländska ungdomsmedier. Intervjuobjekten var antingen missbrukare eller personer som i sitt arbete eller på sin fritid kommer i kontakt med drogmissbruk. Sammanlagt gjordes tjugotvå intervjuer.

Materialet analyserades med utgångspunkt i frågeställningarna ovan. Intresset fokuserades dels på faktabaserad information om olika missbruksfenomen, dels på personliga tolkningar av drogrelaterade erfarenheter. – Med andra ord inte på narkotikamissbruket som ett socialt konstruerat kulturellt fenomen bestående av begrepp och diskurser.

På basis av materialet upptäcktes följande former av och kontexter för narkotikamissbruk i Helsingforsregionen: sociala och kulturella kretsar där opiater, stimulantia och olika läkemedel används dagligen; kretsar som rör sig på nattklubbar, discon och partyn och som använder stimulantia, cannabis och i mindre utsträckning hallucinogener (samt alkohol); det breda spektret av kontexter för cannabisanvändning (från hippie-, reggae-, rock-, snowboard-, hiphop- och skatekretsar till vardagligt privat hemmabruk om kvällarna bland såväl tonåringar som vuxna); olika kretsar som på varierande sätt kombinerar läkemedel och såväl legala som illegala droger; samt de mer marginella psykedeliska kontexterna för hallucinogenmissbruk.

Dessutom antydde många iakttagelser att utbudet och användningen av kokain har ökat, att användningen av buprenorfin har ökat och användningskontexterna blivit mångsidigare, att utbudet och användningen av ecstasy har stabiliserats, att cannabis blivit vardagligare, att läkemedelsmissbruket blivit vanligare samt att metaamfetamin och amfetamin används parallellt i samma kulturella och sociala kretsar. Forskningsmetoderna möjliggör dock endast kvalitativa resultat, och vissa av dessa kvantitativa bedömningar måste därför verifieras med hjälp av andra undersökningar.

En viktig iakttagelse som faller utom ramen för de ursprungliga frågeställningarna för undersökningen var den kontroversiella ställning som de som sysslar med s.k. rekreationellt missbruk har inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna. Bl.a. den frågan skall granskas noggrannare i undersökningens nästa fas.

Undersökningen öppnade också kontakter till såväl social- och hälsovårdssektorn som narkotikamissbrukarna. Ett förtroendefullt förhållande till och ett gott samarbete med dessa är en

nödvändig förutsättning inte bara för själva undersökningen, utan också för att den information som den ger skall kunna användas effektivt.

Undersökningen fortsätter år 2003, då den skall vidareutvecklas särskilt med tanke på den förebyggande missbrukarvården och den egentliga narkomanvården.



Sari Kauppinen, Tapani Niskanen  
 Privat serviceproduktion inom social- och hälsovården  
 Stakes. Rapporter 274. Helsingfors 2003

## Sammandrag

Jämsides med den expansion som skett inom den privata serviceproduktionen har också behovet av tillförlitlig och aktuell information om de privata tjänsterna ökat. I den här publikationen finns första gången inom samma pärmar uppgifter om privata social- och hälsovårdstjänster och om kostnaderna för dem. Uppgifterna har samlats in från olika register och statistiska sammansättningar. Publikationen är resultatet av ett samarbete mellan representanter för serviceproducenter, registeransvariga och dem som nyttjar uppgifterna.

De privata social- och hälsoserviceproducenternas andel av den totala social- och hälsoserviceproduktionen utgör en femtedel beräknat enligt personal och kostnader. Organisationernas andel av den sociala servicen uppgår till 16 % beräknat enligt antalet anställda och 17 % utgående från kostnaderna. Företagens andel av den sociala servicen är 5 % beräknat enligt både antalet och kostnaderna. Företagens andel av hälsovårdsservicen utgör 12 % beräknat enligt antalet anställda och 17 % beräknat enligt kostnaderna. Organisationernas andel av hälsovårdsservicen är 5 % beräknat enligt antalet anställda och 3 % beräknat enligt kostnaderna.

En tidsserie över den privata verksamhetens andel kan beskrivas på basis av antalet anställda. År 1995 arbetade 14 % av personalen inom den sociala servicen och 15 % av personalen inom hälsovårdsservicen inom den privata sektorn. Den privata sektorns andel av all social service har således ökat med sju procentenheter, och dess andel av hälsovårdsservicen med två procentenheter under fem år.

Under 1990-talet har en klar ökning skett inom den privata produktionen av social service. Antalet verksamhetsenheter har under 1990-talet närapå fyrfaldigats: år 1990 fanns det ca 750 enheter medan antalet enheter år 2001 närmade sig 2 900. År 2001 stod organisationerna för 55 % av verksamhetsenheterna.

Inom den privata produktionen av social service dominerar servicehusen och -bostäderna om man beaktar antalet verksamhetsenheter. År 2001 producerade en tredjedel av enheterna (1 146 enheter) huvudsakligen denna form av service. Den näst största gruppen utgjordes av ca 630 producenter som erbjöd barndagvård. Följande i storleksordning var de som huvudsakligen erbjöd hemtjänster, närmare 380 producenter. Dessutom producerar privata serviceproducenter bland annat tjänster inom barn- och ungdomsvård, missbrukarvård och institutionsvård för äldre personer och för handikappade.

Under de senaste åren har boendeservice, hemtjänster, institutions- och familjevård för barn och ungdomar samt barndagvård för barn i daghem ökat mest. Organisationernas nya verksamhetsenheter producerar oftast boendeservice, hemtjänster eller dagverksamhet och nya företag erbjuder oftast boendeservice, hemtjänster och institutions- eller familjevård för barn och unga.

De privata producenterna av hälsovårdsservice uppgick till 2 883 och de självständiga yrkesutövarna till ca 7 500. Antalet egentliga serviceproducenter har varierat under 1990-talet, men de senaste åren har fört med sig en uppenbar ökning. Under de senaste åren har ca 210 producenter inlett verksamhet årligen, medan ca 60 producenter har upphört med sin verksamhet.

Fysioterapi är den dominerande branschen inom den privata hälsovårdssektorn. År 2001 erbjöd sammanlagt 1 440 producenter fysioterapitjänster. Den näst största branschen utgjordes av privata läkarmottagningar (980 producenter), därefter följde företagshälsovård och laboratorietjänster (inom vardera fanns ca 670 producenter). Relativt sett mest har antalet serviceproducenter inom företagshälsovården ökat under de senaste åren.

Vid slutet av år 2000 hade de privata serviceproducenterna inom socialvården 31 300 arbetstagare och inom den privata hälsovårdsservicen uppgick antalet arbetstagare till 25 700. Un-

der samma år utgjorde kostnaderna för den privata serviceproduktionen inom social- och hälsovård 2,38 miljarder euro. Kostnaderna för den privata sociala servicen uppgick till miljard euro. Av denna summa utgjorde företagens kostnader 0,22 miljarder euro och organisationernas kostnader 0,77 miljarder euro. Kostnaderna för den privata hälsovårdsservicen uppgick till 1,38 miljarder euro, varav företagens kostnader utgjorde 1,14 och organisationernas 0,23 miljarder euro.

Den största kundkategorin för de privata producenterna av social service utgörs av kommunerna, som köper majoriteten av tjänsterna. Förutom kommunerna köper till exempel Folkpensionsanstalten (FPA) anpassningsträning av organisationerna. Hushållen och arbetsgivarna köper i viss mån privat barnomsorg, hemtjänster och missbrukarvård. Hushållen och FPA (rehabiliteringstjänster) är de privata hälsovårdsproducenternas största kunder. Även kommunerna, kommunförbunden, statskontoret, arbetspensionsanstalterna, försäkringsbolagen och arbetsgivarna köper tjänster av de privata serviceproducenterna, men till exempel kommunernas köpservice är obetydlig i jämförelse med den köpservice som förekommer inom social service.

Penningautomatföreningen stöder årligen verksamheten inom ca 1 100 organisationer, av vilka en del producerar service. Dessutom beviljar kommunerna i någon mån bidrag till de privata serviceproducenterna. Privata serviceproducenter kan också få bidrag för investering, forskning och utveckling från Penningautomatföreningen (organisationer) och via TE-centralerna från jord- och skogsbruksministeriet och handels- och industriministeriet (företag).

Privatpersoners köp av privata social- och hälsovårdstjänster ersätts och stöds med offentliga medel. Den viktigaste formen är FPA:s sjukförsäkringsersättning, men även hushållsavdraget, FPA:s privatvårdsstöd, vårdbidraget för pensionstagare och bostadsbidraget underlättar köp av privat service.

Ilmari Larjavaara

Östspriten

Stakes. Rapporter 273. Helsingfors 2003

## Sammandrag

”Östspriten” studerar spritimporten från Ryssland till Finland som ett kulturfenomen. Rapporten är den första mer omfattande studien av den ryska alkoholen i Finland. Den beskriver hur östspriten smugglas in i landet och hur den sedan saluförs illegalt. Östspriten är en del av det gränshandelsfenomen som är en följd av de kulturella skillnader och den skillnad i levnadsstandard som östgränsen markerar. Andra aspekter av fenomenet är narkotikan och prostitutionen. Rapporten granskar mängderna östsprit i Finland och analyserar de faktiska skadeverkningar som gränsprodukterna orsakat. Slutsatsen blir att dessa skadeverkningar åtminstone till en del har framkallats på moralistiska grunder. Delvis medför gränshandeln direkt smärtsamma problem, som dock inte har fått stor publicitet. Ju lättare det blir att färdas över gränsen och ju livligare handelsförbindelserna med Ryssland är, desto svårare blir också alkohol- och narkotikaproblemen i gränsområdena. Rapporten granskar hur fenomenet östsprit är konstruerat i olika städer och socialgrupper i Finland. Fenomenets uttrycksformer varierar överraskande mycket. Ett i Finland mindre känt faktum är att gränshandeln är en källa till både problem och nytta också på andra sidan gränsen. Gränshandeln är en levande och ständigt föränderlig helhet som påverkas av en mängd olika omständigheter, var och en med sin egen dynamik.

Slutrapporten från projektet ”Missbrukssituationen i gränsregionerna” skildrar främst med hjälp av kvalitativa metoder nuläget i den gråa importen och återförsäljningen av sprit från Ryssland. Projektet är en fortsättning på de undersökningar som gjordes 1996. Den dominerande infallsvinkeln är kulturell. Rapporten beskriver de viktigaste formerna av illegal östspritsimport och deras förändringsdynamik. Importformerna är mycket varierande vad beträffar såväl mängderna som graden av professionalitet. Spiritimporten är en del av hela gränshandeln, där också cigaretter- och bränsleimporten samt prostitutionen är viktiga beståndsdelar. Just cigaretter är den främsta importprodukten. Narkotikaimporten direkt över östgränsen är obetydlig. Östspriten bör ses som ett kommersiellt och strukturellt fenomen snarare än som ett substantiellt. Pengar är en viktig variabel bakom östspriten, och de enskilda personer och större organisationer som är involverade i gränshandeln importerar hela spektret av de produkter som ingår i gränshandeln. Rapporten klargör östspritens mängder och spridning i Finland och de kulturella förändringarna i själva östspritsfenomenet. Rapporten skildrar östspritkulturen i de områden där fenomenet förekommer, den kartlägger attityderna mot östspriten i olika områden och den analyserar vilka skadliga verkningar östspriten medfört inom olika socialgrupper. Sedan år 2001 har mängderna importerad östsprit visat en svagt nedåtgående trend. En viktig orsak är sannolikt att den storskaliga smugglingen från Ryssland till EU-området har sökt nya rutter utanför Finland i och med Schengenavtalet. I slutet av rapporten granskas de metoder med vilka man har motarbetat östspriten och den effekt de haft.

Jukka Lehtonen (red.)  
 Sexuella minoriteter och könsminoriteter i arbetslivet  
 Stakes. Rapporter 269. Helsingfors 2002

## Sammandrag

Specialister på olika områden belyser i föreliggande verk sexualitetens och könets diversitet i arbetslivet och beskriver hur denna diversitet och dess sätt att träda fram begränsas med juridisk praxis och kulturella beteendemönster. Ett centralt tema är hur ouppmärksammade sexual- och könsminoritetsfrågorna är samt hur osynliga de lesbiska, homosexuella, bisexuella och transpersonerna är på arbetsplatserna och i debatten om arbetslivet. Diskriminering på grund av sexuell inriktning i arbetslivet är förbjuden i lagstiftningen, men det är fortfarande svårt att ingripa i diskrimineringssituationer, och det händer att det ifrågasätts om diskriminering förekommer. Individerna som hör till dessa minoriteter funderar över om det är bäst att dölja sin sexualitet eller sin specifika könsidentitet från alla i arbetsgemenskapen eller bara från en del av denna. Utöver öppen och direkt diskriminering stöter lesbiska, homo- och bisexuella samt transpersoner också på strukturell diskriminering; sådan diskriminering i dess olika former beskrivs av verkets författare. Skriften öppnar diskussionen om de sexuella minoriteternas och könsminoriteternas ställning i arbetslivet och ifrågasätter det heteronormativa antagandet enligt vilket det på arbetsplatserna bara finns människor av två slag: heterosexuella män och heterosexuella kvinnor.

Boken är uppdelad i fem partier. I inledningen presenterar Jukka Lehtonen bokens temata och utreder de centrala begreppen samt diversifierar bilden av de sexuella minoriteterna och könsminoriteterna, varvid han även går in på de skillnader som har etnisk eller kulturell bakgrund. Rainer Hiltunen redogör för de möjligheter som skapas av Finlands och EUs lagstiftning att ingripa i diskriminering och de brister som föreligger i lagarna. Christine Gilljam berättar i sin artikel om homo- och bisexuella arbetstagares situation i Sverige och om de åtgärder som vidtagits av den rättsombudsmannabyrå som grundats för att bevaka deras intressen.

I bokens andra parti behandlas den pluralitet som förekommer inom sexualiteten och för könsdel. Maarit Huuska redogör för de transsexuellas, för transvestiters och andras liv – som bryter mot de hävdvunna könsgränserna – och om deras möjligheter att arbeta. Teppo Heikkinen beskriver homosexuella män som från andra delar av Finland flyttat till Helsingforsregionen och om deras erfarenheter på arbetsplatserna. Tiia Aarnipuu presenterar de rättigheter som lagstiftningen erbjuder och bristerna i dessa; detta slags information kan både för personer som hör till regnbågsfamiljer och för deras arbetsgivare vara bra att ha, med tanke på sammanjämkandet av familje- och arbetslivet. Paula Kuosmanen presenterar i sin artikel lesbiska kvinnors och lesbiska föräldrars sätt att agera och bete sig på arbetsplatserna. Jukka Lehtonen berättar om de icke-heterosexuella ungas situation på arbetsmarknaden och Kari Huotari ger oss glimtar av den situation som möter hiv-smittade homo- och bisexuella män både i arbetet och utanför detta.

Det tredje partiet i boken koncentreras på tre yrkesgrupper. Heidi Hoffman beskriver i sin artikel frågor om hur de anställda mår i kontorsarbete och i servicebranscherna. Miia Valkonen beskriver fyra specifika fall som gäller lesbiska, homosexuella eller bisexuella lärare. Marja Suhoen analyserar kyrkans inställning till sina homosexuella anställda.

I bokens fjärde parti genomgås olika slag av könsrelaterad kulturell praxis på arbetsplatserna. Marja Kaskisaari tillför diskussionen om utbrändhet i arbetet nya synsätt som har att göra med kön, sexuella minoriteter och könsminoriteter. Elina Lahelma granskar de sexuella benäm-

ningar som lärare utsätts för och kopplar denna till köns kamp om dominans. Teija Mankkinen analyserar brandväsendet och dess i hög grad mansdominerade atmosfär.

Det femte och sista partiet i boken inriktas på framtiden, med huvudvikten lagd vid ändringarna av praxis inom arbetslivet. Peter Dankmeijer beskriver situationen i vissa holländska skolor och de problem som uppstått i samband med ändringarna av skolornas homofoba kultur. Marja Nykänen presenterar en plan mot diskriminering inom Helsingfors universitet och de därmed sammanhängande åtgärderna, som också tar homo- och bisexualiteten i beaktande. Elisabet Qvarford behandlar i sin artikel vissa åtgärder som företagits av hennes fackorganisation i syfte att förbättra de lesbiskas och de homosexuellas ställning i arbetslivet. Som avslutning redogör Jukka Lehtonen för projektet Equal, som finansieras av EU och arbetsministeriet och som gjort det möjligt att utge föreliggande verk. Equal inriktar sig på att åtgärda problem på arbetsplatserna och på att erbjuda nya praxisalternativ som ersättning för de gamla, heteronormativa verksamhetsmodellerna.

## Hannele Palosuo

### Hälsa och välfärd i Moskva och Helsingfors

Stakes. Research reports 129. Helsingfors 2003

#### Sammandrag

I undersökningen jämfördes 18–64-åriga moskvabors (n = 545) och finskspråkiga helsingforsares (n = 824) hälsa, levnadsvanor och attityder. Materialet samlades in som en postenkät 1991, dvs. samma år som Sovjetunionen upplöstes. I Helsingfors var svarsprocenten 71, i Moskva 29, vilket är lägre än normalt, delvis på grund av den oroliga tid då enkäten gjordes. Vad gäller kön, ålder och civilstånd motsvarade fördelningen ganska väl motsvarande fördelningen i hela befolkningen, men i Moskva var de högt utbildade överrepresenterade. Denna snedhet i utbildningsfördelningen har beaktats i både analyserna och tolkningarna.

Levnadsförhållandena i Moskva och Helsingfors var olika. Moskvaborna levde oftare i flera generationers familjer, led av arbetsstress och hade upplevt fler påfrestande förändringar i livet än helsingforsarna. De var mer alienerade och uttryckte oftare missnöje med olika livsområden: familjelivet, arbetet, de ekonomiska förhållandena, vänskapsrelationerna och hälsan. Hälsan hörde till de högst prioriterade värdena i bägge städerna. Moskvaborna satte dock högre värde på privatliv och traditionella livsområden (familjen, levnadsstandarden, religionen), medan åter individualistiska och hedonistiska värderingar (självförverkligande, sinnesfrid, att njuta av livet) framträdde starkare bland helsingforsarna. Moskvaborna trodde mer än helsingforsarna att yttre omständigheter, t.ex. tur och öde, påverkar framgången i livet. Helsingforsarna litade i stället på inre omständigheter, såsom karaktärsstyrka och begåvning.

Sämst var hälsotillståndet bland kvinnorna i Moskva, mätt med de flesta indikatorer. Det var inte bara skillnaderna mellan könen som var större i Moskva, utan också skillnaderna mellan åldersgrupperna, vilket antyder mer påfrestande levnadsförhållanden. Med tanke på det socialistiska samhällets axiom om 'klasslöshet' och homogen social struktur kunde man ha väntat sig svagare sociala gradienter i Moskva än i Helsingfors. Så förhöll det sig de facto bland kvinnorna, men bland männen var situationen mindre entydig.

Ser man på hälsobeteendet var kvinnorna och männen i allmänhet mer 'jämställda' i Helsingfors. T.ex. i fråga om rökning och alkoholbruk var skillnaderna större i Moskva, vilket antyder att traditionen spelar en viktigare roll där. Moskvabornas levnadsvanor var i vissa fall ohälsosammare (t.ex. männens rikliga rökande), i andra fall hälsosammare (t.ex. mindre superi bland kvinnor) än helsingforsarnas. I Helsingfors hade 29 procent av männen och 39 procent av kvinnorna sunda levnadsvanor (ej rökning, måttligt drickande, hälsosam kost och regelbunden motion), medan motsvarande andelar i Moskva var bara 7 respektive 6 procent. Man kan förmoda att känslan av alienation försvagar motivationen att sköta om sin hälsa och undvika osunda levnadsvanor. Denna korrelation var klarare i Helsingfors än i Moskva.

I tider av snabb samhällelig förändring får de metodologiska problem som en surveyundersökning är förknippad med större betydelse. Begreppen och deras operationaliseringar har granskats med avseende på indikatorernas identitet och ekvivalens. Fullständigt identiska indikatorer tycktes vara omöjliga att nå, men en tillräcklig ekvivalens syntes möjlig.

Resultaten ställdes i relation till förändringarna i hälsotillståndet i Ryssland och Finland från 1950-talet fram till millennieskiftet, framför allt i ljuset av uppgifterna om dödlighet och livslängd. Den förväntade livslängden var ungefär samma i Ryssland och Finland i mitten av 1960-talet. Kurvorna gick isär i början av 1970-talet: i Ryssland sjönk den först något, steg sedan lite på 1980-talet för att till sist djupdyka på 1990-talet. I Finland fortsatte kurvan för förväntad

livslängd under samma tid att stiga relativt stadigt. Den ryska hälsokrisen har getts olika teoretiska förklaringar, från allmänna moderniseringsproblem till mer specifika argument (t.ex. generationsfördröjning). De flesta förklaringsmodellerna handlar dock om osunda levnadsvanor, psykosocial stress och social ojämlikhet, vilka också var relevanta i denna undersökning.

## Matti Heikkilä, Taina Rintala, Ilpo Airio, Sakari Kainulainen

### Välfärd och framtid i landsbygden och städerna

Stakes. Tutkimuksia 126. Helsingfors 2003

#### Sammandrag

Syftet med undersökningen var att med primärmaterial kartlägga välfärdens regionala differentiering i 2000-talets Finland. Resultaten av den första fasen av forskningsprojektet *Ett tudelat Finland?* (Kainulainen et al. 2001) starkt tydde på att sådan differentiering förekommer och att den delvis förklaras av regionala faktorer. Resultaten producerades dock med hjälp av aggregerat material i stället för individnivåns material.

Undersökningen inriktades på utvalda case-kommuner, som representerade tre olika kommuntyper eller livsmiljöer – centra i stadsbygd, landsbygd nära städerna och glest bebodd landsbygd. Avsikten med detta utval var att maximera välfärdsskillnaderna utifrån de tidigare resultaten. Undersökningen baserade sig på iakttagelser på individnivån.

Undersökningen hade fem olika mål. För det första analyserades variation i människornas materiella välfärd i de olika kommungrupperna, främst med tanke på utkomst och hälsa. För det andra granskades det i vilken utsträckning de psykosociala problem som människorna drabbas av i städerna, i landsbygden nära städerna och i glest bebyggd landsbygd är lika eller olika. För det tredje granskades sambandet mellan migration och välfärd. För det fjärde analyserades den välfärdskomponent som kallas social kohesion ur två olika synvinklar genom att analysera människornas deltagande. Å ena sidan granskades deltagande i organiserad officiell och inofficiell verksamhet samt interaktion med grannarna. Å andra sidan granskades deltagande i samhällsligt (politiskt) beslutsfattande. För det femte studerades livsmiljöns (kommuntypens) betydelse för människornas framtidsutsikter. Utgångspunkten för undersökningen var således att jämföra de tre olika kommuntyperna.

Materialet för undersökningen bestod av 16 kommuner som utvaldes på basis av resultaten av den första fasen av forskningsprojektet *Ett tudelat Finland?* Kommunerna i undersökningen fördelade sig på så sätt att det fanns fem centra i stadsbygd, fem kommuner i landsbygd nära städerna och sex kommuner i glest bebodd landsbygd. De utvalda kommunerna representerade tämligen jämt hela landet.

Forskningsmaterialet samlades in genom en enkät. Enkäten riktades till alla 18–70-åriga personer som bodde i sitt eget hem. I undersökningen användes ett urval av 5 000 personer, som gjordes med hjälp av befolkningsdatasystemet vid Befolkningsregistercentralen. Nettosvarsprocenten var 61,2 % (n = 3 018).

Resultaten visade att ekonomisk utsatthet från den regionala synpunkten stod i samband med demografiska och arbetsmarknadspolitiska faktorer. Det visade sig att glest bebyggd landsbygd var en livsmiljö där de sämst ställda människorna levde med tanke på både inkomster och upplevd knapphet.

Hälsoskillnaderna mellan de olika regionerna kunde i stor utsträckning förklaras med hjälp av individnivåns strukturella faktorer. Kommuntypen var dock även strukturellt en viktig förklarande faktor. De stora hälsoskillnaderna mellan de olika kommuntyperna berodde på befolkningens olika demografiska struktur och arbetsmarknadsstruktur.

De som bodde i landsbygden nära städerna upplevde att deras psykiska hälsotillstånd var klart bättre än i de övriga kommuntyperna. Det psykiska hälsotillståndet stod i samband med upplevd knapphet av materiella resurser.



I fråga om migration tyder resultaten på att nya, potentiella invånare i glest bebyggd landsbygd inte enbart kommer från städerna men snarare från andra landsbygdområden. Resultaten angående motiven bakom flyttningarna visade att man hade flyttat till glest bebyggd landsbygd för att öka "livskvaliteten" och levnadsstandarden samt på grund av mänskliga relationer. Till centra i stadsbygden hade man flyttat främst för att öka levnadsstandarden och till landsbygden nära städerna främst för att öka livskvaliteten och levnadsstandarden.

Enligt resultaten som angick social kohesion var grannförhållanden mer ytliga i städerna och mer nära i glest bebyggd landsbygd. Ensamboende fördelade kommuntyperna så att de ensamboende i städerna hade minst att göra med grannarna, medan de utgjorde den mest aktiva gruppen i glest bebyggd landsbygd. När det gäller politiskt deltagande framgick det att förtroendet för politikerna på kommunal- och riksnivån fördelade kommuntyperna i två grupper. De som bodde i städerna och i landsbygden nära städerna var nöjda, medan de som bodde i glest bebyggd landsbygd var missnöjda med politikerna. Livsmiljön visade sig ha direkt inverkan på förtroendet för politiken.

Vidare visade resultaten att de som bodde i glest bebyggd landsbygd upplevde sina möjligheter till livskontroll och sina framtidsutsikter som sämre än de som bodde i de övriga kommuntyperna. Dessa upplevelser hade samband med den ekonomiska situation i vilken individerna befann sig.

Resultaten tyder på att välfärdens regionala differentiering kommer att fortsätta. Framför allt beror detta på att folk i olika delar av Finland och i de olika kommuntyperna har olika välfärdsresurser. Skillnaderna är socioekonomiska och demografiska.

# Sammandrag av några böcker som utgivits 2002–2003 från social- och hälsovårdsministeriet

Social- och hälsovårdsministeriet

Prememorior 2003:11swe

5.6.2003

<http://www.stm.fi/svenska/pao/publikat/socprojekt/referat.htm>

## DET NATIONELLA UTVECKLINGSPROJEKTET FÖR DET SOCIALA OMRÅDET. UTREDARNAS SLUTRAPPORT.

### Författare

Utredare: Matti Heikkilä, Juha Kaakinen och Niina Korpelainen  
Ordförande för projektets ledningsgrupp: Markku Lehto  
Projektets sekreterare: Saila Hietanen

### Referat

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 3.10.2002 ett nationellt utvecklingsprojekt för det sociala området. Projektet hade en ledningsgrupp med kanslichef Markku Lehto som ordförande. Till utredare utsågs överdirektör Matti Heikkilä från Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, verkställande direktör Juha Kaakinen från Sosiaalikehitys Oy och socialdirektör Niina Korpelainen från Kuusankoski stad. Projektet hade till uppgift att utarbeta ett utvecklingsprogram på lång sikt i syfte att trygga en balanserad och kontrollerad utveckling för det sociala området.

Rapporten grundar sig på ett sakkunnigutlåtande av utredarna. I rapporten har tagits med endast de förslag till åtgärder som projektets ledningsgrupp kunde nå stor enighet om. För att vidta de föreslagna åtgärderna behövs tilläggsfinansiering. Finansministeriets representant förband sig inte till de förslag som skulle medföra att statens och kommunernas totala utgifter stiger.

Utredarna bedömde särskilt fyra stora helheter: 1. tillgången till socialservice och servicens kvalitet ur olika befolkningsgruppers synvinkel, 2. tillräcklig och kunnig personal samt arbetspraxis, 3. ordnande av service i kommunerna och samarbete med de övriga förvaltningarna och 4. finansiering och styrning av det sociala området.

Förslagen för att förbättra tillgången till service och servicens kvalitet gällde särskilt tjänster för barnfamiljer och äldre. I fråga om tjänster för barnfamiljer betonades tidigt ingripande, ökat samarbetet mellan basservicen och specialservicen och mångsidigare service. Tilläggsåtgärder

behövs bl.a. inom barnskyddet och specialdagvården. Den splittrade servicen för långtidsarbetslösa skall samlas och kommunernas ansvar i fråga om den strukturella arbetslösheten ökas. Beträffande tjänsterna för äldre föreslås att äldrevården moderniseras, de äldre ges rätt till en bedömning av vårdbehovet, personalsituation inom hem- och institutionsvården förbättras och de anhöriga ges möjlighet att kortvarigt vårda sina föräldrar.

Personalens kunnande säkerställs med en lagstadgad fortbildningsskyldighet. Arbetspraxisen och metoderna utvecklas kännbart med ett separat projekt för god praxis. Utredarna föreslår att verksamhetsbetingelserna för nya regionala kompetenscentrum inom det sociala området förbättras för att de bättre skall kunna stödja arbetet för att utveckla den kommunala servicen. Utnyttjandet av datateknologin inom det sociala området skall förbättras.

Socialservicen ordnas på ett mera mångsidigt sätt som ett samarbete mellan kommunerna, organisationerna och företagen. Klienternas valmöjligheter förbättras t.ex. med hjälp av servicesedlar. Specialservicen inom socialvården, dvs. främst barnskydd, missbrukarvård, handikapps-service och specialdagvård, ordnas utgående från ett tillräckligt stort befolkningsunderlag, vid behov regionalt med hjälp av modellen med en ansvarig centralkommun. Det regionala samarbetet kartläggs i hela landet före utgången av år 2003.

Den riksomfattande finansieringen och styrningen av socialservicen utvecklas med hjälp av fyra element. Kommunerna skall garanteras tillräcklig grundfinansiering genom att statens finansieringsandel utökas, även grunderna för att få service stärks. Grunderna för att få service gör tillgången till service mera förutsägbar ur klientens synvinkel. Utredarna föreslår att man börjar med servicen för äldre. Den systematiska bedömningen av servicen skall utökas. Utredarna nämner minimistandarder som ett sätt att säkerställa kvaliteten på socialservicen.

## KVALITETSREKOMMENDATION FÖR BOENDESERVICE FÖR HANDIKAPPADE MÄNNISKOR

### Sammandrag

Individuell service, fungerande bostäder och tillgänglig miljö. Kvalitetsrekommendation för boendeservice för handikappade människor. Helsingfors 2003. 60 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2003:5.) ISBN 952-00-1324-5.

Den nationella rekommendationen för boendeservice för handikappade människor är ett led i utarbetandet av kvalitetsrekommendationer enligt punkt 53 i Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000–2003 (TATO). Syftet med rekommendationen är att stödja kommunerna i utvecklingen av boende och boendeservice för personer med funktionshinder. Funktionshinder är ett omfattande begrepp med vilket vi i denna publikation avser en situation i vilken människans förmåga till aktivitet är begränsad på grund av skada eller sjukdom. Funktionshinder betraktas inte som relaterat till en diagnos eller en viss ålder. Boende uppfattas som en grundläggande fråga i en människas liv.

Grunden för rekommendationen är jämställdhet i enlighet med grundlagen. Också klientorientering och en mångsidig syn på boendet har varit utgångspunkter för rekommendationen. Utarbetandet av rekommendationen har inneburit en omfattande arbetsprocess och ett samarbete mellan företrädare för klienter, serviceproducenter, organisationer, kommuner, länsstyrelser, Finlands Kommunförbund, miljöministeriet och social- och hälsovårdsministeriet. Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) har ansvarat för arbetet med beredningen av rekommendationen.

Kommunernas ledning, ledande tjänsteinnehavare och förtroendevalda kan använda den nationella rekommendationen som ett stöd för sitt beslutsfattande och i det praktiska arbetet. Innehållet i rekommendationen är indelat i fem avsnitt med rubrikerna:

- *boendebehoven hos handikappade människor bör beaktas i kommunplanen*
- *den byggda miljön bör vara tillgänglig och fungerande*
- *tillräckligt med tillgängliga och fungerande bostäder bör erbjudas*
- *den offentliga servicen bör vara tillgänglig för alla*
- *jämlikhet uppnås genom individuell service*

Varje avsnitt inleds med en beskrivning av målen, dvs. med rekommendationer, varefter följer en redogörelse för hur målen kan uppnås. I det sista kapitlet behandlar vi utvärdering och uppföljning. Bilagorna innehåller kompletterande material som stödjer rekommendationen.

## KVALITETSREKOMMENDATION FÖR MISSBRUKARVÅRDEN

### Sammanfattning

Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården. Helsingfors, 2002. 58 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2002:4.) ISBN 952-00-1199-4

Alkoholkonsumtionen har ökat exceptionellt snabbt i Finland och enligt prognoser kommer ökningen att fortsätta under de kommande åren. På grund av den ökade alkoholkonsumtionen ökar även olika olägenheter som förorsakas av alkoholbruk, relativt sett till och med i en ännu snabbare takt. Även narkotikamissbruket ökade i Finland under hela 1990-talet. Olägenheter som förorsakas av andra rusmedel, t.ex. sociala problem och hälsoproblem till följd av missbruk av lugnande eller smärtstillande medel och blandmissbruk, är även de beklagligt vanliga.

Styrningen av missbrukarvården har även visat sig vara svår att genomföra på lokal nivå. De totala kostnaderna för att åtgärda de olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk kommer att stiga mycket om vården av klienter och patienter inom missbrukarvården i en allt större utsträckning flyttas över till den specialiserade sjukvården, vilket skett på 1990-talet. Väl fungerande social- och hälsovårdstjänster på basnivå samt specialtjänster inom missbrukarvården är en förnuftig och viktig investering ur såväl klienternas och kommunernas som hela samhällets synvinkel.

Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds gemensamma kvalitetsrekommendation för missbrukarvården skapar en grund för högklassiga tjänster inom missbrukarvården. Rekommendationen har beretts i en breddbasig sakkunniggrupp som tillsatts av Stakes. I arbetsgruppen har social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund, Stakes, kommunala och privata serviceproducenter samt klienter varit företrädare.

Den riksomfattande rekommendationen för att förbättra kvaliteten på tjänster inom missbrukarvården är en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000–2003, som statsrådet godkänt. Syftet är att rekommendationen skall vara till stöd för planeringen och beslutsfattandet i anslutning till missbrukarvården och då det gäller att ordna, producera och utveckla tjänster inom missbrukarvården. Vid beredningen av rekommendationen utgick man ifrån att förebyggandet av olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk skall beaktas i kommunens alla beslut. Syftet är även att rekommendationen skall styra och stödja allt arbete för förebyggande av rusmedelsbruk inom social- och hälsovården, inte endast specialtjänsterna inom missbrukarvården. Rekommendationen gäller tjänster som staten, kommunerna, privata företag eller organisationer producerar.

För att ordna specialtjänster inom missbrukarvården behövs redan nu överkommunala strukturer, vilket kan ses som en viktig möjlighet då det gäller att säkerställa kvaliteten och tillgången på tjänster. I de detaljerade rekommendationerna för det egentliga klientarbetet har man tagit ställning till utgångspunkterna för missbrukarvården och nödvändigheten av strategisk planering,

systematisk användning av hela servicesystemet, klientens vilja, rättigheter och speciella behov, standarden på lokaliteterna, dimensioneringen av personal samt personalens kunnande och ork, processen för det egentliga klientarbetet samt behovet av uppföljning och utvärdering.

Uppmärksamhet har även separat fästs vid de behov som det växande antalet specialgrupper har, t.ex. minderåriga eller kvinnliga missbrukare samt särskilt mödrar och familjer med rusmedelsproblem. Behovet av service ökar även bland invandrare och andra minoriteter samt sämre lottade missbrukare. Handboken innehåller utöver rekommendationer även bakgrundsinformation om servicesystemet. Även särdragen för missbrukarvården samt grunderna för bedömning av de föreslagna rekommendationerna beskrivs. Förverkligandet av rekommendationen främjas som en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården.

## KVALITETSREKOMMENDATION FÖR MISSBRUKARVÅRDEN

### SAMMANFATTNING

Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården. Helsingfors, 2002. 61 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2002:3) ISBN 952-00-1198-6

Alkoholkonsumtionen har ökat exceptionellt snabbt i Finland och enligt prognoser kommer ökningen att fortsätta under de kommande åren. På grund av den ökade alkoholkonsumtionen ökar även olika olägenheter som förorsakas av alkoholbruk, relativt sett till och med i en ännu snabbare takt. Även narkotikamissbruket ökade i Finland under hela 1990-talet. Olägenheter som förorsakas av andra rusmedel, t.ex. sociala problem och hälsoproblem till följd av missbruk av lugnande eller smärtstillande medel och blandmissbruk, är även de beklagligt vanliga.

Styrningen av missbrukarvården har även visat sig vara svår att genomföra på lokal nivå. De totala kostnaderna för att åtgärda de olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk kommer att stiga mycket om vården av klienter och patienter inom missbrukarvården i en allt större utsträckning flyttas över till den specialiserade sjukvården, vilket skett på 1990-talet. Väl fungerande social- och hälsovårdstjänster på basnivå samt specialtjänster inom missbrukarvården är en förnuftig och viktig investering ur såväl klienternas och kommunernas som hela samhällets synvinkel.

Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds gemensamma kvalitetsrekommendation för missbrukarvården skapar en grund för högklassiga tjänster inom missbrukarvården. Rekommendationen har beretts i en bredbasig sakkunniggrupp som tillsatts av Stakes. I arbetsgruppen har social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund, Stakes, kommunala och privata serviceproducenter samt klienter varit företrädare.

Den riksomfattande rekommendationen för att förbättra kvaliteten på tjänster inom missbrukarvården är en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000–2003, som statsrådet godkände. Syftet är att rekommendationen skall vara till stöd för planeringen och beslutsfattandet i anslutning till missbrukarvården och då det gäller att ordna, producera och utveckla tjänster inom missbrukarvården. Vid beredningen av rekommendationen utgick man ifrån att förebyggandet av olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk skall beaktas i kommunens alla beslut. Syftet är även att rekommendationen skall styra och stödja allt arbete för förebyggande av rusmedelsbruk inom social- och hälsovården, inte endast specialtjänsterna inom missbrukarvården. Rekommendationen gäller tjänster som staten, kommunerna, privata företag eller organisationer producerar.

För att ordna specialtjänster inom mentalvården behövs redan nu överkommunala strukturer, vilket kan ses som en viktig möjlighet då det gäller att säkerställa kvaliteten och tillgången på tjänster. I de detaljerade rekommendationerna för det egentliga klientarbetet har man tagit ställning till utgångspunkterna för missbrukarvården och nödvändigheten av strategisk planering,

systematisk användning av hela servicesystemet, klientens vilja, rättigheter och speciella behov, standarden på lokaliteterna, dimensioneringen av personal samt personalens kunnande och ork, processen för det egentliga klientarbetet samt behovet av uppföljning och utvärdering.

Uppmärksamhet har även separat fästs vid de behov som det växande antalet specialgrupper har, t.ex. minderåriga eller kvinnliga missbrukare samt särskilt mödrar och familjer med rusmedelsproblem. Behovet av service ökar även bland invandrare och andra minoriteter samt sämre lottade missbrukare. Handboken innehåller utöver rekommendationer även bakgrundsinformation om servicesystemet. Även särdragen för missbrukarvården samt grunderna för bedömning av de föreslagna rekommendationerna beskrivs. Förverkligandet av rekommendationen främjas som en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården.



## STRATEGIER FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSPOLITIKEN ÅR 2010

### Sammandrag

Denna rapport presenterar social- och hälso-vårdsministeriets synpunkter på de strategiska prioriteringarna inom social- och hälsovårdspolitiken under de närmaste åren.

### Finland år 2010

Målsättningen är att Finland år 2010 skall vara ett socialt livskraftigt, ekonomiskt hållbart, effektivt och dynamiskt samhälle. Grundstenen för den sociala tryggheten är ett vittgående gemensamt ansvar. Finland deltar aktivt i utformningen av den europeiska socialpolitiken. Upprätthållande av individernas arbetsförmåga och handlingskraft är viktiga hörnstenar inom välfärden.

Individernas aktiva arbetstid är i medeltal 2-3 år längre än i dag, befolkningens funktionsförmåga har förbättrats, de äldres behov av omsorg blir aktuellt i ett senare skede, och skillnaderna i befolkningens hälsotillstånd har minskat. Tjänsternas kvalitet och tillgänglighet har förbättrats genom effektivisering av det regionala samarbetet, och inkomstöverföringar som garanterar en rimlig utkomst stöder deltagande i arbetslivet. Finansieringen av den sociala tryggheten är på solid grund, och fattigdomen kan hållas på samma låga nivå som under de senaste årtiondena.

### Riktlinjer

Ministeriet sammanfattar inriktningen för den sociala tryggheten för det närmaste årtiondet i följande fyra strategiska riktlinjer:

- Främja hälsa och funktionsförmåga
- Göra arbetet mera lockande
- Förhindra och lindra utslagning
- Trygga väl fungerande tjänster och ett rimligt utkomststöd

Riktlinjerna för åtgärderna syftar till att förbättra samarbetet mellan folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården, effektivisera företagshälsovården, skrida till stödåtgärder för att bibehålla och förbättra funktionsförmågan inom olika åldersgrupper, stimulera till ett livslångt lärande samt satsa på miljö- och hälsoskyddet. Vidare prioriteras en förebyggande politik, principen att ta itu med problemen i ett tidigt skede, åtgärder för att avbryta långtidsarbetslösheten, minska de regionala välfärdsskillnaderna, främja ett mångkulturellt samhälle, stävja missbruket av rusmedel samt främja en aktiv internationell påverkan. Avgörande faktorer när det gäller att trygga tjänsterna är klientens ställning, tjänsternas kvalitet och mångsidighet, tillräcklig arbetskraft, ändamålsenliga styrmodeller samt regionalt samarbete. Ett tillräckligt utkomststöd utgör grunden för ett helgjutet samhälle.

## Riktlinjernas verkningar

De sociala utgifterna kommer under de första åren att öka snabbare än utgångspunkterna för den nutida lagstiftningen förutsätter. Omkring år 2015 kommer situationen att förändras: sysselsättningsgraden kommer att stiga, pensioneringen sker senare, funktionsförmågan förbättras, omsorgsbehovet aktualiseras i ett senare skede, utslagningen minskar och insynen i finansieringen leder till att de sociala utgifterna ökar långsammare än den ursprungliga utvecklingstrenden förutsätter. Skötseln av de stora årsklassernas social- och hälsovårdstjänster samt utkomststödet är under kontroll.

## DEN FINLÄNSKA SOCIALA TRYGGHETEN I KORTHET

### Grundläggande element för den sociala tryggheten i Finland

Den sociala tryggheten i Finland består av tre grundläggande element: förebyggande social- och hälsovårdspolitik, social- och hälsovårdstjänster samt socialförsäkring. Dess huvudsakliga uppgift är att trygga medborgarnas utkomst genom en omfattande grundtrygghet samt inkomstrelaterade förmåner som garanterar möjligheten att upprätthålla en rimlig konsumtionsnivå i olika risksituationer. De omfattande social- och hälsovårdstjänsterna utgör en viktig del av den sociala tryggheten.

Den sociala tryggheten är resultatet av ett utvecklingsarbete som har pågått i flera årtionden. Den kännetecknas av förmåner som är tillgängliga för alla. Liksom i de övriga nordiska länderna gäller förmånerna huvudsakligen dem som är bosatta i landet.

Den sociala tryggheten garanterar stabilitet, rättvisa och jämställdhet i samhället. Så gott som alla hushåll erhåller någon form av inkomstöverföring eller utnyttjar tidvis social- och hälsovårdstjänster. Under den djupa lågkonjunkturen i början av 1990-talet var den sociala tryggheten huvudsakligen ett skyddsnät för att komma till rätta med den höga arbetslösheten. Systemet med inkomstöverföringar genom betalda och erhållna överföringar har effektivt utjämnat inkomstfördelningen. Finland har en relativt jämn inkomstfördelning mätt enligt hushållens disponibla inkomst. Fattigdomsgraden är bland de lägsta i OECD-länderna.

Finlands sociala trygghet bygger på en stark jämställdhetsprincip. Den kraftiga utvecklingen av dagvården för småbarn har gjort det möjligt för kvinnorna att i allt större utsträckning delta i arbetslivet. I Finland arbetar omkring 70 % av småbarnsmödrarna. Alla barn under skolåldern (7 år) har rätt till kommunal dagvård, alternativt kan familjer erhålla understöd för privat dagvård eller för att vårda barnen hemma.

### Socialutgifterna nära medeltalet för EU-länderna

I Finland steg socialutgifternas andel av BNP kraftigt under den ekonomiska recessionen i början av 1990-talet. Den ekonomiska tillväxten, nedskärningen av de offentliga utgifterna, samt den minskade arbetslösheten har sänkt socialutgifternas andel så att de nu ligger nära medeltalet för EU-länder. År 2001 utgjorde socialutgifterna 25,4 % av BNP. Socialutgifterna finansieras i första hand av staten, kommunerna och arbetsgivarna. I Finland står de försäkrade personerna för en mindre andel av socialutgifterna än i övriga EU-länder. Statens och kommunernas andel är i motsvarande grad högre. Det här är kännetecknande för länder där förmånerna är tillgängliga för alla.

## Nära samband mellan den förebyggande verksamheten och social- och hälsovårdstjänsterna

Förebyggande åtgärder är ett centralt element i den finländska sociala tryggheten. Åtgärderna syftar till att förebygga en mängd risker och problem för att på det sättet minimera användningen av dyrare tjänster och hjälpformer. Medborgarna uppmuntras att sköta sin hälsa och minska användningen av tobak och alkohol. De förebyggande åtgärderna inriktas främst på miljöhygien, effektiv primärvård, företagshälsovård, mödra- och barnavård samt förebyggande av social utslagning.

I Finland ligger ansvaret för anordnandet av skolgång och social- och hälsovårdstjänster hos kommunerna. De flesta kommuner har färre än 10 000 invånare. Kommunerna kan anordna de lagstadgade tjänsterna antingen ensamma eller i samarbete med andra kommuner. De kan också köpa tjänsterna från privata sektorn.

Kommunerna och staten har rätt att uppbära skatter. Kommunerna får statsandelar för deras social- och hälsovård. Klienterna betalar avgifter för social- och hälsojämster som de använder. De viktigaste områdena inom tjänstesektorn är primärhälsovård och specialiserad sjukvård, barn- dagvård, äldre- och vård, service för handikappade samt utkomststöd och barnskydd. Utkomststödet är en stödform som används som en sista utväg. Privata tjänster kompletterar de offentliga tjänsterna.

Vissa förmåner, som t.ex. föräldraledighet och barnbidrag, är tillgängliga för alla. Barnbidragets storlek beror på antalet barn i familjen, och bidraget utbetalas till alla barn under 17 år. Barnbidraget är skattefritt. Alla föräldrar har rätt till föräldraledighet, och fäder som är bosatta i Finland har rätt till en separat faderskapspenning som utbetalas för 6-18 arbetsdagar. När ett barn föds erhåller familjen också en moderskapsförpackning som innehåller kläder och barnvårdsartiklar. Alla barn som inte har nått skolåldern (7 år) har rätt till kommunal dagvård. Alternativt kan föräldrarna erhålla understöd för privat dagvård eller för att vårda barnen hemma. Från och med augusti 2001 är kommunerna skyldiga att ordna förskoleutbildning för alla barn som är 6-åriga.

## Omfattande och lagstadgad socialförsäkring

Alla i Finland bosatta personer omfattas av ett socialskyddssystem som berättigar till folkpension samt ersättningar i samband med sjukdom, moderskap och arbetslöshet. Dessutom är alla förvärvsarbetande personer berättigade till förmåner som baserar sig på deras arbetsförhållande, t.ex. arbetspensioner och ersättningar vid arbetsolycksfall. Ett särdrag hos det finländska socialförsäkringssystemet är att en betydande del av socialförsäkringen sköts via privata försäkringsbolag, trots att systemet är obligatoriskt och lagstadgat.

Finland har två pensionssystem: ett folkpensionssystem och ett arbetspensionssystem. Båda systemen omfattar ålders-, invalid-, och efterlevandepensioner. Folkpensionssystemet utbetalar pensioner till i Finland bosatta personer för att garantera en minimiutkomst, medan det andra systemet baserar sig på förvärvsarbete och är inkomstrelaterat. Folkpensionen samordnas med arbetspensionen och utbetalas till personer som har låg arbetspension eller ingen arbetspension alls. När arbetspensionen överstiger ett visst belopp upphör rätten till folkpension. Folkpensionerna utbetalas av Folkpensionsanstalten (FPA). Arbetspensionerna sköts av privata försäkringsbolag. Pensionsskyddscentralen är pensionssystemets centralorganisation. Den offentliga sektorn har sina egna pensionsinrättningar.

Arbetslöshetsskyddet består av en inkomstrelaterad dagpenning, grunddagpenning och arbetsmarknadsstöd. De flesta arbetstagare tillhör arbetslöshetskassan inom sitt fackförbund, och är således berättigade till inkomstrelaterad dagpenning.

Alla arbetstagare samt lantbruksföretagarna har en obligatorisk försäkring för arbetsolycksfall och yrkessjukdomar. Övriga privatföretagare kan teckna en frivillig försäkring. Arbetsolycksfallsförsäkringarna administreras av privata försäkringsbolag. I Finland är trafikförsäkringarna för motorfordon obligatoriska.

Sjukförsäkringen ersätter inkomstbortfall vid tillfällig arbetsförmåga. Ersättningens storlek beror på arbetsinkomsterna. En långvarig sjukdom eller en längre period av arbetsförmåga kan påverka den drabbades vardag på många olika sätt. Med hjälp av rehabilitering kan dessa följder förebyggas eller mildras. Syftet med rehabiliteringsförmånen är att förbättra och uppehålla den handikappade eller invalidiserade personens arbetsförmåga, samt att hjälpa honom/henne att klara av sitt dagliga liv trots sitt handikapp.

Enligt opinionsundersökningar har det finländska systemet med social trygghet bevarat sitt breda stöd bland allmänheten.

### Framtida utmaningar

Den finländska social- och välfärdspolitikens största utmaningar under de närmaste åren:

- Balanserad nationalekonomi
- Arbetslöshet och speciellt långtidsarbetslöshet
- Demografiska förändringar och ändrad familjestruktur
- Sysselsättningsgraden och upprätthållande av arbetsförmåga
- Den åldrande befolkningens behov av vård och tjänster
- Att tillhandahålla ett tillräckligt antal kompetent personal inom social- och hälsovårdssektorn
- Utvecklingen av social- och sjukvårdstjänsternas utgifter
- Fattigdom och social utslagning
- Hållbar finansiering av den sociala tryggheten
- Ny informationsteknologi

På grund av pensionssystemets strukturella reformer och effektivare kontroll av de offentliga utgifterna samt det förbättrade sysselsättningsläget, ligger systemets finansiering nu på en sundare bas än under lågkonjunkturen i början av 1990-talet. Finansieringen av de stora efterkrigstida åldersklassernas pensionsskydd kräver en måttlig ekonomisk tillväxt och en lägre arbetslöshetsgrad än den vi har i dag.

### Hur skall man modernisera den sociala tryggheten?

Social- och hälsovårdsministeriet publicerade i april 2001 ett dokument där man summerade strategin för socialskyddet för nästa 10-års period. Rapporten "Strategier för social- och hälsovårdspolitiken år 2010. Mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle".

Ministeriet presenterade fyra strategiska linjer för reformerandet av socialskyddet:

- främja hälsan och handlingsförmågan
- göra arbetet attraktivare

- förebygga och bekämpa social utslagning
- erbjuda effektiva tjänster och inkomstsäkerhet.

De fyra linjerna innehåller målsättningen och de beskriver de huvusakliga metoderna för hur man ska uppfylla dem.

När de här fyra målsättningarna uppfylls kommer människor år 2010 att stanna kvar i arbetslivet 2–3 år längre än nu. Befolkningens allmänna förmåga att fungera förbättras. Åldringar behöver vård i ett senare skede än tidigare och skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper minskar. Tjänsternas kvalitet och tillgänglighet förbättras genom ett allt effektivare regionalt samarbete. Inkomstöverföringar tryggar en skälig utkomst samtidigt som de sporrar människor till att jobba. Socialskyddet har en säker finansieringsbas och fattigdomen hålls på samma låga nivå som den har funnits de senaste decennierna.

Kommittén för utvärdering av utvecklingen av sociala utgifter utarbetade år 2001 ett förslag för reformerandet av de finländska socialförsäkringssystemet. Kommitténs förslag publicerades våren 2002. Förslagen grundade sig delvis på en överenskommelse mellan de olika arbetsmarknadsorganisationerna i slutet av 2001. Syftet var att utveckla finansieringen av arbetspensionen i en mera hållbar riktning. När de föreslagna reformerna förverkligas förväntas människorna stanna längre i arbetslivet än de gör nu.

## EU som en operativ referensram

Enligt subsidiaritetsprincipen tillhör socialpolitiken de enskilda medlemsländernas kompetensområde. Icke desto mindre är Europeiska unionen i allt högre grad den omgivning inom vilken socialpolitiken bedrivs. Det gemensamma valutaområdet (Euro) täcker nu 12 länder, inklusive Finland. Det har gett upphov till vidare diskussion om finansieringen av den sociala tryggheten. Den huvudsakliga inverkan av EMU är klart positiv, räntorna har varit på nedåtgående medan ekonomin växer. Trots det är risken för asymmetriska schocker verklig inom ramen för stabilitets- och tillväxtpakten.

När Amsterdamfördraget trädde i kraft, stärktes den sociala dimensionen inom EU. Nicefördraget betonar socialpolitikens ställning ytterligare, bl.a. genom att bekräfta den nya Socialskyddskommitténs (art. 144) rättsgrund. Gemensamma utmaningar som gäller hela EU omfattar t.ex. åtgärder för att höja sysselsättningsgraden, bekämpa fattigdom och utslagning, lösa problemet med en åldrande befolkning och garantera en hållbar finansiering av pensionssystemen. De här utmaningarna är nära förbundna med Unionens utvidgningsprocess.

Den avgörande frågan är hur man med framgång skall kunna kombinera makroekonomisk politik och politiken kring den sociala tryggheten för att förbättra den Europeiska unionens konkurrenskraft. En förbättring av EU:s sociala dimension betyder en bättre samordning av nationella strategier och en förstärkning av de gemensamma ramarna för europeisk socialpolitik.

Den öppna samordningsmetoden (OMC) är en ny form av samarbete på europeisk nivå. Den integrerar nationell mångfald med europeisk likformighet på ett potentiellt fruktbart sätt. Samarbetet är ett av de viktigaste elementen i den så kallade Lissabon-strategin som godkändes vid Europeiska rådet i Lissabon år 2000. I enlighet med OMC kan medlemsländer ställa upp gemensamma mål, komma överens om uppföljning, rapportering och jämförelser. Hittills har man satt upp gemensamma mål när det gäller fattigdom och social utslagning, pensionspolitik och hälsovård. De fungerar som användbara riktlinjer för fortsatt arbete inom dessa sektorer på den nationella nivån.

## KVALITETSREKOMMENDATION OM VÅRD OCH TJÄNSTER FÖR ÄLDRE

### Sammandrag

Kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre. Helsingfors, 2001, 24 s.  
(Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X, 2001:5.)  
ISBN 952-00-0971-X

Under de tre kommande decennierna åldras befolkningen i Finland kraftigt. I Finlands grundlag finns bestämmelser om den enskildes grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter. Enligt grundlagen skall myndigheterna trygga dessa rättigheter. Detta faktum utgör en god grund att bygga genomförandet och utvecklingen av vården och servicen till äldre på.

Denna riksomfattande rekommendation om vård och tjänster till äldre personer och om kvalitetsutvecklingen inom vården och servicen är en del av de kvalitetsrekommendationer som finns inskrivna i statsrådets mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården 2000–2003. Rekommendationen gäller alla tjänster till äldre, men prioriterar särskilt hemservice, serviceboende och institutionsvård för äldre. Arbetet med denna rekommendation har resulterat i en längre process och under den kommer vissa av punkterna att bearbetas ytterligare. Samtidigt startar rikstäckande utvecklingsprojekt inom ramen för kvalitetsrekommendationerna.

Med hjälp av de riksomfattande rekommendationerna kan kommunerna utveckla sin servicestruktur utifrån de lokala behoven och resurserna. Rekommendationen är ingen bindande norm för kommunerna. Den avser att främja de äldres, de anhörigas respektive närståendes och andra kommuninvånarens medverkan när det gäller att lägga upp mål och göra utvärderingar av verksamheten. För det praktiska genomförandet av rekommendationen behövs det riksomfattande, regionalt och lokalt samarbete. Verkställandet av rekommendationer kommer att följas upp i hela landet.

- Rekommendationen vänder sig till de kommunala beslutsfattare och personer i ledande ställning i kommunerna som ansvarar för riktlinjerna för verksamheten och som anvisar medel för den.
- Rekommendationen hjälper revisionsnämnderna i deras arbete att bedöma om kommunens verksamhet har varit ändamålsenlig, hur målen uppfyllts och hur budgetmedlen har använts.
- Rekommendationen ger kommuninvånarna riktlinjer som hjälper dem att bedöma kommunens arbetssätt och standarden på servicen och komma med förbättringsförslag.
- Rekommendationen kan utnyttjas när kommunerna upprättar sina kommunplaner och budgetar. I planerna och budgetarna får målen en konkret manifestation i antalet anställda, investeringar och andra kostnader för verksamheten.

# Pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet

Social- och hälsovårdsministeriet

Pressmeddelande 210/2003

1.8.2003

<http://www.stm.fi/svenska/hao/pressmed/haopressmed2829.htm>

## SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS BUDGETFÖRSLAG FÖR 2004

Social- och hälsovårdsministeriet föreslår ett förvaltningsanslag om cirka 9,3 miljarder euro i budgeten. Anslaget är nio procent högre än årets anslag. Finansministeriets förslag är 9,4 miljarder euro. Social- och hälsovårdsministeriets budgetförslag grundar sig på regeringens rambeslut. Skillnaden beror främst på ändringar i den ekonomiska prognosen och på verkningarna av den föreslagna skattesänkningen.

De största anslagsförhöjningarna i social- och hälsovårdsministeriets förslag beror på tilläggsfinansieringen till kommunerna för förbättringar inom social- och hälsovården, på ökade sjukförsäkringskostnader och på nivåförhöjningen av barnbidragen, samt på högre pensionskostnader. Indexjusteringarna av utgifterna för utkomstskydd ökar utgifterna med cirka 70 miljoner euro. Anslagen används fortsättningsvis främst till pensioner, barnbidrag och sjukförsäkring samt i form av statsandelar till kommunernas social- och hälsovård.

Enligt uppskattning kommer socialutgifterna år 2004 att i Finland uppgå till cirka 39,7 miljarder euro. En tredjedel av dessa utgifter finansieras via statsbudgeten och av detta är SHM:n andel två tredjedelar.

### Kommunernas social- och hälsovård

Nästa år ökar den statliga finansieringen av kommunernas basservice kännbart. För att trygga de kommunala social- och hälsovårdstjänsterna kvantitet och kvalitet föreslås totalt 3,238 miljarder euro i statsandelar för kommunernas driftskostnader inom social- och hälsovården. Jämfört med detta år utgör ökningen utgör cirka 380 miljoner euro, dvs. 13,4 procent. Ökningen av statsandelarna genomförs till största del genom en höjning av statsandelsprocenten från 28,06 procent till 30,97 procent. Av tillägget är 257 miljoner euro kompensations till kommunerna för den genomförda skattelindringen av förvärvsinkomst.

Den reella ökningen av statsandelarna är avsedd att i linje med det nationella hälso- och sjukvårdsprogrammet främst användas till utvecklandet av kommunernas hälso- och sjukvårdssystem, och i linje med det nationella utvecklingsprogrammet för den sociala sektorn till utvecklandet av socialtjänstsystemet. Sammanlagt har 90 miljoner euro anslagits för genomförandet av dessa två program, av vilket 54,5 miljoner euro används till höjningen av statsandelsprocenten,



12,4 miljoner euro till fortbildning för kommunal hälso- och sjukvårdspersonal, 9,7 miljoner euro till ibruktageandem av servicesedlar för ett mångsidigare och större utbud på hemservice, samt 13,6 miljoner euro för utvecklande av äldrevården. Kommunerna förväntas förbättra och utveckla äldrevården särskilt genom att inrätta flera tjänster inom äldrevården. Ytterligare föreslås 50 miljoner euro i statsunderstöd till kommunerna för social- och hälsovårdsprojekt. Av understödet är 30 miljoner euro avsedda att användas till utvecklande av servicesystemet inom hälso- och sjukvården enligt det nationella hälso- och sjukvårdsprogrammet.

Budgetpropositionen innehåller dessutom statsersättning om 47,2 miljoner euro för utgifter i samband med fördelningen av de stora kostnaderna inom barnskyddet. Jämfört med detta år är förhöjningen cirka 10 miljoner euro (26 %).

### Utjämnin g av familjekostnaderna

För utjämnin g av familjekostnaderna föreslås för år 2004 cirka 1,43 miljoner euro. Största delen av summan, nästan 1,42 miljarder euro, styrs via barnbidrag till stöd för barnfamiljer.

Enligt förslaget höjs barnbidraget för familjens första barn i början av år 2004. Barnbidraget för det första barnet som har rätt att få barnbidrag höjs från nuvarande 90 euro till 100 euro i månaden. Vidare föreslås att barnbidragsförhöjningen för ensamförsörjare, som betalas för varje barn, höjs från 33,60 euro till 36,60 euro i månaden. De höjda barnbidragen ökar statens utgifter med över 74 miljoner euro i året. Om de små justeringar som gjordes i samband med övergången till euro inte beaktas höjs barnbidragen nu första gången sedan år 1995.

Enligt förslaget från arbetsgruppen som tillsattes i samband med den inkomstpolitiska helhetslösningen föreslås att rätten till den partiella vårdpenningen från 1.8.2004 utvidgas att gälla även barn som går i grundskolans första och andra klass. En nivåförhöjning föreslås också av den partiella vårdpenningen. Vårdpenningen föreslås höjd från nuvarande 63,07 euro till 70 euro i månaden från och med 1.8.2004. Kommunernas statsandelar för social- och hälsovårdens driftskostnaderna har på grund av dessa ändringar ökat med 1,2 miljoner euro.

### Utkomstskyddet

Regeringen strävar att utveckla utkomstskyddet genom förebyggande åtgärder: Åtgärder vidtas som gynnar anställda att orka i arbetet, projektena för att utveckla arbetslivet fortsätter, samordningen mellan arbete och familj ges prioritering, social utslagning och fattigdom förebyggs och stävanden att komma tillrätta på egen hand stöds. I SHM:s förslag förblir strukturen och nivån för utkomststödet huvudsakligen oförändrade, med undantag för de normala indexförhöjningarna. Enligt förslaget höjs t.ex. grunddagpenningen för arbetslösa så att den motsvarar förändringen i levnadskostnaderna, dvs. från 23,02 euro till 23,36 euro per dag.

Genom en nivåförhöjning som hänför sig till regeringens sysselsättningsprogram höjs basdelen för vuxenutbildningsstödet från 440 euro till 500 euro i månaden.

En helt ny utkomstskyddsformån, särskilt stöd till invandrare, träder i kraft 1.10.2003. I budgetförslaget har man för ikraftträdandet reserverat 20 miljoner euro år 2004. Det särskilda stödet beviljas åt invandrare som har fyllt 65 år eller som är arbetsoförmögna, och vilka annars under

en lång tid skulle vara i behov av utkomststöd. Enligt uppskattning finns det cirka 4 000 personer berättigade till stödet. Det särskilda stödet till invandrare är 412 euro i månaden.

Enligt bedömning stiger sjukförsäkringskostnaderna nästa år med nio procent främst på grund av större utgifter för sjukdagpenningar och läkemedelsersättningar. År 2004 kommer sjukförsäkringsutgifterna enligt uppskattning att uppgå till cirka 3,4 miljarder euro. Regeringens beslut om skattesänkningar minskar inkomsterna från sjukförsäkringens försäkringsavgifter vilket höjer den garantiavgift staten betalar för att trygga betalningsförmågan. Totalt kommer förändringarna att enligt uppskattning öka statens finansiering till sjukförsäkringen med cirka 20 procent, till cirka 840 miljoner euro.

Statens andel av pensionsutgifterna stiger jämfört med budgeten för detta år med fem procent, m.a.o. med omkring 68,5 miljoner euro. Totalt har det under social- och hälsovårdsministeriets huvudtitel för nästa år reserverats drygt 1,57 miljarder euro för pensioner. Av anslaget används drygt 1,05 miljarder euro till folkpensionerna, 413 miljoner euro till lantbruksföretagarpensionerna, 70 miljoner till företagarpensionerna och 36 miljoner euro till sjömanspensionerna. Av dessa består cirka 50 miljoner euro av indexjusteringar av förmåner som betalas till pensionärerna.

Arbetspensionerna finansieras i huvudsak genom arbetsgivares och arbetstagares försäkringsavgifter och försäkringspremier. Staten deltar i finansieringen av företagarpensioner, lantbruksföretagarpensioner och sjömanspensioner inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. Folkpensionerna, som utgör en fjärdedel av de totala pensionsutgifterna, finansieras i huvudsak med arbetsgivarnas försäkringsavgifter samt med statliga medel.

### Sjukförsäkringsavgifterna

Arbetsgivarnas obligatoriska socialförsäkringsavgifter stiger enligt bedömning en aning. Privatföretagares arbetspensionsavgift torde stiga till från 16,8 procent till 16,9 procent. Lantbruksföretagares och företagares arbetspensionsavgift motsvarigt från 21,4 procent till 21,6 procent. Arbetsgivares arbetslöshetsförsäkringsavgift torde stiga för en lönesumma som överstiger 840 940 euro från 2,45 procent till 2,50 procent. Inga ändringar av arbetsgivares folkpensionsavgifter föreslås.

Privata arbetsgivare och statens affärsverk befrias under åren 2004 och 2005 från socialskyddsavgiften (arbetsgivares sjukförsäkrings- och folkpensionsavgift) i vissa kommuner i Norra Finland och i skärgården. För att fylla underskottet har arbetsgivares sjukförsäkringsavgift höjts med 0,014 procentenheter. Därmed är sjukförsäkringsavgiften för företagare inom den privata sektorn, statens affärsverk, evangelisk lutherska kyrkan, kommunerna och samkommunerna samt inom kommunala affärsverk 1,614 procent. Avgiften för staten och dess inrättningar samt för landskapet Åland är 2,864 procent.

Arbetstagarnas premierna torde sammanlagt stiga 0,1 procentenheter. Sjukförsäkringspremierna för den försäkrade förblir 1,5 procent. Arbetstagares arbetspensionspremie bedöms stiga från 4,6 procent till 4,7 procent av lönen medan löntagares arbetslöshetsförsäkringspremie bedöms förbli 0,2 procent av lönen.

## Rehabilitering

Folkpensionsanstalten har rätt att använda 93,3 miljoner euro för rehabilitering som beviljas enligt prövning för individinriktade rehabiliteringsprojekt. I och med anslaget kan utredningen om servicebehovet bland äldre långtidsarbetslösa, den psykiatriska rehabiliteringen bland barn och unga samt försöksprojekten inom programmet för aktiv socialpolitik fortsätta. Dessutom beviljas för rehabiliteringsanstaltens saneringsarbeten och driftsbidrag samt för förebyggande av sjukdomar och för därtill hörande forsknings- och utvecklingsverksamhet 4,7 miljoner euro. Anslaget för rehabilitering för makor till krigsinvalidier, vilket i årets budget är 2,6 miljoner euro, höjs med 160 000 euro. Därmed kommer över 1 500 makor att få rehabilitering.

## En utredning av Leena Olsbo-Rusanen och Rauni Väänänen-Sainio: BÄTTRE BOENDE OCH TJÄNSTER FÖR ÄLDRE

Klientinriktning, äldreanpassade bostäder, god kvalitet på och god tillgång till hemservice samt bättre samarbete i förvaltningen lyfts upp som centrala teman i undersökningen om under vilka förutsättningar äldre kan bo kvar hemma och leva självständiga liv. För att servicen skall fungera krävs bättre samråd mellan olika förvaltningsgrenar, och myndigheterna bör vara klientinriktade. Det finns ett klart behov av intensiverat samarbete mellan social- och hälsovården å ena sidan och bostadsmyndigheterna å den andra. Bl.a. strategiarbetet, rådgivningen om bostadsrenovering och olika utvecklingsprojekt kräver mer samarbete.

Detta framgår av en utredning som social- och hälsovårdsministeriet och miljöministeriet låtit göra om äldres boende. Utredarna, arkitekt **Leena Olsbo-Rusanen** och serviceenhetschef **Rauni Väänänen-Sainio**, överlämnade sin utredning ”Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi” (Bättre boende och tjänster för äldre) till omsorgsminister **Liisa Hyssälä** och bostadsminister **Hannes Manninen** i Helsingfors den 10 juli.

Den allmänna uppfattningen är att det är socialvården och hälso- och sjukvården som skall stå för de tjänster som de äldre behöver. Men tjänsterna för äldre utgör en stor del av all den service som samhället erbjuder. De äldres behov bör beaktas i all kommunal verksamhet: i bostadsbygget, trafikarrangemangen, den kommersiella och övriga servicen, utbildnings- och idrotts- servicen samt i kulturlivet. Varje förvaltning har ansvar för hur äldrepolitiken förverkligas. Äldrepolitiken baserar sig på de resurser som de äldre själva har.

### Tillgänglighet en ledande princip

Kommunerna har redan genomfört ett antal projekt för att göra boendemiljöerna bättre tillgängliga, men värderingsmetoderna och kriterierna behöver utvecklas. Det är viktigt att hissar installeras i flervåningshus, eftersom avsaknad av hiss leder till ökad efterfrågan på servicebostäder. Cirka 40 procent av flervåningshusen i Finland saknar fortfarande hiss. Ungefär 700 000 människor bor i detta nu i flervåningshus utan hiss.

Utredarna föreslår att man satsar på att installera hissar, samlar uppgifter om hurdana bekväma boendemiljöerna är och tar fram metoder som hjälper kommuner och planerare att kartlägga äldreanpassningen i byggnader och boendemiljöer. Tjänstemännen och de sakkunniga behöver kompletterande utbildning för att kunna beakta dessa aspekter i sitt arbete. Det behövs även nya alternativ för äldres boende.

## Äldre människor vill ha service av hög kvalitet

Största delen av den service som är avsedd för äldre personer aktualiseras i hemmet eller i dess närhet. Att hemservicen fungerar väl är en förutsättning för att äldre skall kunna bo kvar hemma och leva ett självständigt liv. Tillgången till hemtjänster varierar från en kommun till en annan. I detta nu är situationen sämst i de större städerna.

Som ett led i sina äldrepolitiska program bör kommunerna, för att servicen skall fungera, kartlägga de tjänster som ges i hemmet och bestämma om deras omfattning. Staten bör se till att kommunerna har tillräcklig basfinansiering för socialvården och hälso- och sjukvården och att statsunderstöd anvisas till projekt som gäller utveckling av äldreboendet. I detta nu finns behov av ca 4 500 fler anställda inom hemvården och den institutionella vården.

Ett bättre samarbete och en mera ändamålsenlig arbetsfördelning mellan socialvården och hälso- och sjukvården gör det lättare att åstadkomma servicehelheter som tillgodoser de äldres behov. I servicen bör klientinriktningen och samspelet mellan olika yrkesgrupper betonas. De viktigaste målen för de närmaste åren är att säkerställa äldreservicen och förbättra dess kvalitet. Organisationer och privata serviceproducenter kommer att spela allt viktigare roll i serviceproduktionen.

## SURROGATALKOHOL ANVÄNDS FORTFARANDE I HELA LANDET

I Finland finns en grupp på cirka 6000-8000 personer som mer eller mindre regelbundet i stället för alkohol använder olika surrogat. Det rör sig om ungefär 10 procent av klienterna inom missbrukarvården. Årligen dör 30-40 personer som en följd av att de använt surrogatalkohol. Dessutom förorsakas en del av de cirka 400 etylalkoholförgiftningar som inträffar årligen av etanolbaserade surrogat. Användningen av farliga kemikalier i stället för alkohol har inte upphört och det har inte heller sedan början av 1990-talet skett nämnvärda förändringar beträffande antalet missbrukare även om antalet förgiftningsfall något minskat under de senaste åren. Ovannämnda framgår av social- och hälsovårdsministeriets utredning ”Kartläggning av surrogatalkoholanvändningen i Finland år 2002”.

Social- och hälsovårdsministeriet beställde undersökningen av yrkeshögskolan Diakonia i Järvenpää. Den baserade sig på intervjuer med 139 personer, myndigheter som arbetar med användare samt representanter för detaljhandeln. I samband med undersökningen gjordes en kartläggning av alkoholsurrogat och alkohol som härstammar från Ryssland tillsammans med inrikesministeriets polisavdelning. I undersökningen användes också tidigare undersökningar och artiklar i anslutning till ämnet bl.a. utredningar från Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården och Helsingfors universitets rättsmedicinska institution. Socionom Naette Malinen gjorde undersökningen.

De flesta som använder surrogatalkohol är medelålders män som befinner sig i en livssituation där fattigdom är utmärkande. Som surrogatalkohol används huvudsakligen olika kemikalier som innehåller alkohol och som säljs på bensinstationer. Mest används produkter som innehåller etanol så som tillsatssämnen för bränsle och spolarvätska. Användarnas inställning till dessa ämnen har blivit oförsiktigare. Ämnets eventuella skadliga verkan på hälsan har föga betydelse om ämnet tidigare konstaterats vara drickbart. Missbrukarna bryr sig inte heller om att produkten är denaturerad. Dessutom är det lätt att få ämnet eftersom de säljs direkt till användaren. På vissa orter tycks spriten österifrån konkurrera med surrogatet.

### Bättre information och upplysning samt försiktighetsåtgärder

Enligt utredningen måste särskilt missbrukare och personal inom social- och hälsovården få mera informationen och upplysning om farorna kring surrogatalkohol och sprit som kommer österifrån. Det är dessutom viktigt att personalen känner till och förstår i vilken livssituation många missbrukare befinner sig. Deras hälso- och näringsstillstånd måste utredas och surrogatmissbruket måste föras på tal. Även de som säljer surrogat borde känna större ansvar och det borde också vara möjligt för myndigheterna att ingripa vid ansvarslös försäljning.

Produktsäkerheten kan förbättras genom bl.a. märkning av surrogatet. Olika färgämnen kan tilläggas i kemikalierna och de kunde säljas i större förpackningar. Färgen informera missbrukaren om vilket ämne de dricker. Ämnena kunde också göras odrickbara genom att t.ex. tillsätta ammoniak, men den bästa lösningen vore ett så ofarligt surrogat som möjligt.

De som använder surrogatalkohol är vanligt de utslagna i samhället. Av undersökningen framgick bl.a. hur illa långtidsarbetslöshet påverkar livet. Användningen av surrogat är ett märkligt fenomen som egentligen inte förekommer i andra EU-länder. Men i Finland för den skärva verkligheten med sig allt flera surrogatanvändare, även bland unga.

## KLIENTAVGIFTERNA FÖR LÅNGVÅRD ÄNDRAS 1.4.2003

Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ändras så att båda makarnas inkomster, såväl inkomsterna hos den som får långvård och hos den som bor hemma beaktas då man bestämmer avgifterna för långvarig anstaltsvård. Så är fallet om den av makarna som får långvård har högre inkomster än den som bor hemma. Syftet är att trygga utkomsten för den av makarna som bor hemma och för minderåriga barn under den tid en familjemedlem är i långvård. Lagen stadfästes den 13. mars och träder i kraft den 1 april 2003. Kommunerna är skyldiga att ändra avgifterna så att de i juli månad motsvarar den nya lagen.

Makarnas sammanlagda inkomster beaktas då klientavgiften för långvård fastställs om klienten har levt i gemensamt hushåll, i äktenskap eller varit sambo. Klientavgiften sänks inte längre på grund av underhållsbidrag mellan makarna. Men om patienten har minderåriga barn beaktas detta då avgiften fastställs. Kommunen kan dessutom helt låta bli att debitera avgiften om personens eller familjens utkomst annars skulle äventyras.

### Vem anses vara i långvarig anstaltsvård?

En person är i långvarig vård:

- Om anstaltsvården dygnet runt enligt uppskattning kommer att vara i över tre månader.
- Om anstaltsvården dygnet runt varat i över tre månader och patientens funktionsförmåga har avtagit så mycket att han eller hon fortsättningsvis kommer att behöva anstaltsvård.
- Barn eller unga som placerats i långvarig anstaltsvård enligt lagen om barnskydd anses inte vara långvårdsklienter. Personer som får medicinsk rehabilitering eller allmän rehabilitering enligt lagen om utvecklingsstörda anses inte heller vara långvårdsklienter.

### Grunderna för avgiften

Klientavgiften bestäms enligt personens betalningsförmåga. Avgiften är vanligen högst 80 procent av månadsinkomsterna. Till sitt personliga behov skall patienten få minst 80 euro i månaden. Om patienten före anstaltsvården började levde i äktenskap eller äktenskapsliknande förhållande och om hans eller hennes månadsinkomster är högre än makens, bestäms avgiften enligt makarnas sammanlagda månadsinkomster. Klientavgiften för en person i långvård kan uppgå till högst 40 procent av makarnas sammanlagda månadsinkomster.

### Fastställande av avgiften

Kommunen kan då klientavgiften bestäms beakta, att patienten levt i gemensamt hushåll och att det finns barn i samma hushåll. Dessutom kan de faktiska familjeförhållandena så som underhållsplikt beaktas.



### Inkomster som är grund för avgiften

Utöver löneinkomster beaktas pensioner och liknande regelbundna förmåner, livräntor och andra personliga inkomster.

Underhållsbidrag eller underhållsstöd som betalas åt klientens eller makans minderåriga barn beaktas inte såsom inkomst.

Kommunen skall helt låta bli att debitera avgiften eller sänka den annars skulle äventyra personens eller familjens utkomst.

<http://www.stm.fi/svenska/hao/pressmed/haopressmed2556.htm>

## Rådgivningsbyråerna för barnavård – mångsidiga stödande nätverk för barn och familjer

En arbetsgrupp har publicerat en riksomfattande handbok om hur arbetet på rådgivningsbyråerna för barnavård borde utvecklas.

### Mot ett effektivare och intensivare mångprofessionellt familjearbete

Arbetsgruppen föreslår kommunala eller regionala utredningar om hur service avsedd för barnfamiljer kunde samlas under en gemensam s.k. familjeservicecentral eller i ett nätverk. I planeringskedet skulle familjeservicens huvudaktörer fastställas, samt deras ansvar och förhållande till kommunens välfärdspolitik och barnpolitiska program. Verksamhetsidén för familjeservicecentralen är att utvidga samarbetet mellan hem, rådgivningsbyrå, daghem, socialarbete och hälsovård, samt mellan frivilligorganisationer och församlingar beroende på lokala omständigheter. Rådgivningsbyråerna skulle höra under familjeservicecentralen eller ingå i familjeservicenätverket men med nuvarande verksamhetsbas. Hälsovårdaren och läkaren är huvudaktörer på rådgivningsbyrån. Expertisen från det sociala området skulle kompletteras genom att fortbilda grundutbildad social- och hälsovårdspersonal som därefter jämsides med hälsovårdaren skulle hjälpa familjer med behov av stöd.

### Det behövs verksamhetsmodeller som ger resultat och som aktiverar familjen

I många undersökningar betonas åtgärder som stöder positiv växelverkan mellan spädbarn och föräldrar. Sund växelverkan i spädbarnsåldern anses avgörande för barnets emotionella och intellektuella utveckling. Det individuella stöd som rådgivningsbyrån för barnavård ger familjen i detta utvecklingsskede kan vara avgörande. Genom att grunda grupper för familjer i samma livssituation, öka familjearbetet samt uppmuntra papporna till större aktivitet kunde stödet för familjen fortsätta från graviditeten ända upp i trotsåldern. Hembesöken betydelse borde övervägas på nytt. Många kommuner har på grund av sparåtgärder slopat hembesöken, trots att undersökningar påvisar att rådgivningsbyrån tack vare besök i familjens vardagsmiljö har goda möjligheter att hjälpa.

### Förmåga att uppdaga och hjälpa familjer med särskilt behov av stöd

Rådgivningsbyråerna borde följa upp alla småbarnsfamiljer eftersom familjens situation snabbt kan förändras. För familjer med särskilt behov av stöd borde det mångprofessionella familjearbetet utvecklas. Rådgivningen borde oftare ta emot dessa familjer och ge dem mera tid samt systematiskt stöda familjen genom hembesök av familjearbetaren.

## Förmåga att ingripa i problematiska familjesituationer

För att kunna ingripa i problematiska situationer, t.ex. problem i parrelationen, föräldrarnas alkohol- eller narkotikamissbruk, familjevåld eller depression efter förlossning, krävs dristighet, högre kompetens, handledning och utsedda ansvariga. Av rådgivningsbyråerna väntas allt oftare förmåga att ge stöd och råd om barnet är rastlöst, har beteendestörningar eller andra problem förknippade med uppväxten.

## Verksamheten måste säkerställas

För att verksamheten rimligen skall kunna tryggas föreslår arbetsgruppen på basis av uträkningar, att barnantalet per hälsovårdare som arbetar heltid borde vara högst 400 och barnantalet per läkare högst 2800. För närvarande är rekommendationen 400 respektive 3200 barn (under skolåldern) men i praktiken är antalet mycket större. Det finns inga exakta kalkyler, men enligt vissa uppgifter uppgår barnantalet per hälsovårdare på många orter till 500 - 600 barn. Slutligen betonar arbetsgruppen att personalens fortbildning, utvecklingsarbetet och kvalitetsuppföljningen samt arbetsledningen måste ses över på rådgivningsbyråerna för barnavård. Enligt arbetsgruppen är arbetet på rådgivningsbyråerna relativt billigt. På basis av uppgifter från några kommuner kostar hela uppföljningen per barn cirka 600-1000 euro.

Handboken om hur verksamheten på rådgivningsbyråerna borde utvecklas är relativt omfattande och innehåller bl.a. detaljerade anvisningar avsedda för det dagliga arbetet. För de kommunala beslutsfattarna finns dessutom ett särskilt kapitel där mångprofessionellt arbete på rådgivningsbyråerna rekommenderas och resurserna beskrivs.

<http://www.stm.fi/svenska/hao/pressmed/haopressmed2511.htm>

## RAPPORT OM SAMARBETET MELLAN MYNDIGHETERNA VID TVISTER OM VÅRDNADEN AV BARN OCH OM UMGÄNGESRÄTTEN

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i oktober två utredare som i snabb takt fick i uppgift att utreda förhållandena och bakgrunden till en sexårig flickas tragiska död i Helsingfors. Trots att myndigheterna enligt utredarna fungerade enligt praxis kvarstår det faktum, att familjen inte hade fått hjälp för att det inte fanns möjlighet till social- och hälsovårdstjänster så snabbt som familjen hade behövt. På grund av de långa köerna inom den öppna vården förlorade familjen tron på myndigheternas vilja och möjligheter att hjälpa.

Utredarna, tingsdomare Maija Auvinen från tingsrätten i St Michel och omsorgsdirektör Matti Kaivosoja från Gamlakarleby hade i uppgift att utreda myndigheternas verksamhet i svåra vårdnads- och umgängesrättstvister. Utredarna har träffat barnets föräldrar och intervjuat alla myndigheter som arbetet med familjen. Framst gäller utredningen hur samarbetet mellan myndigheterna hade fungerat i detta enskilda fall och hur samarbetet kunde förbättras.

Det är första gången som social- och hälsovårdsministeriet utnyttjade sk. specialutredningsförfarande i fall som detta. Utredningsmaterialet är konfidentiellt och avsikten är inte att komma med detaljerade uppgifter om enskilda personer eller familjer. Social- och hälsovårdsministeriet och justitieministeriet har tillsammans med utredarna dryftat frågan och konstaterat, att uppgifterna i detta fall till största delen är konfidentiella eller måste hållas hemliga. Samtidigt är det dock viktigt att allmänheten får pålitlig allmän information och att man på allmän nivå diskuterar frågan.

Angående detta fall konstaterade utredarna bl.a. att den verkliga situationen varit en annan än den bild som gavs i offentligheten. Inte ett enda förslag hade gjorts från något håll om t.ex. begränsad umgängesrätt eller om omhändertagning. Utredarna konstaterar dock brister angående såväl samarbete som information inom social- och hälsovården. Dessutom finns det varken inom socialvården eller inom den psykiatriska öppna vården tillräckligt med sådana resurser som akuta familjekriser skulle kräva.

Rapporten innehåller förslag till förbättringar av samarbetet mellan myndigheterna för att hindra liknande händelser. Av förslagen hör ändringarna av barnskyddslagen och förstärkandet av barnskyddet samt utvecklandet av den psykiatriska hälso- och sjukvården till social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. Till justitieministeriets och social- och hälsovårdsministeriets gemensamma förvaltningsområde hör förslaget om möjlighet för domstolen att skaffa en snabbutredning av de sociala myndigheterna samt förslaget om tillhandahållande och reglering av övervakat umgänge. Till justitieministeriet hör förslaget om att för domstolarna utveckla alternativa lösningsmodeller i tvistemål.

## SOCIALUTGIFTERNAS ANDEL AV BRUTTONATIONALPRODUKTEN I FINLAND NÄST LÄGST I NORDEN

I Danmark sjönk socialutgifterna i likhet med Finland. I Island och Norge ökade däremot socialutgifterna i snabb takt: reellt ökade utgifterna med drygt 5 procent. I Sverige stannade ökningen på 2 procent.

Som en följd av den ökande ekonomiska tillväxttakten minskade socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten i alla nordiska länder utom i Island. Jämfört med bruttonationalprodukten låg Finlands socialutgifter år 2000 på en nivå som i nordiskt perspektiv var näst lägst, d.v.s. 25,2 procent. I Sverige var socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten år 2000 störst i de nordiska länderna, d.v.s. 32,2 procent. I Danmark var motsvarande siffra 28,7 i Norge 25,3 och i Island 19,7 procent. År 1999 utgjorde socialutgifterna i EU-länderna i snitt 27,5 procent av bruttonationalprodukten.

Också år 1999 var socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten i Finland lägre än medeltalet i EU-länderna. När man ser till den verkliga köpkraften låg socialutgifterna i Finland omräknat per invånare på en nivå som något underskred medeltalet i Europa.

Enligt den statistik för hälsovårdsutgifter som Stakes upprätthåller uppgick de totala utgifterna för hälsovård år 2000 till 8,7 miljarder euro, vilket reellt sett är 1,5 procent mera än året innan. Omräknat per invånare var utgifterna 1 681 euro. Mest ökade utgifterna för mediciner och investeringar. Hälsovårdsutgifternas andel av bruttonationalprodukten var 6,6 procent, d.v.s. 0,3 procentenheter lägre än året innan. Från mitten av 1990-talet har utgifterna för hälsovård visserligen ökat jämnt men år 2000 låg de i alla fall kvar på en nivå som motsvarar nivån före den ekonomiska nedgången.

### Sysselsättningsgraden är lägst i Finland

Jämfört med de övriga nordiska länderna var arbetslösheten år 2000 fortfarande högst och sysselsättningsgraden lägst i Finland – hos oss deltog 66 procent av de personer som är 16–64 år i arbetslivet. I Island fortsatte andelen sysselsatta personer att växa och uppgick till 87 procent. Under de senaste åren har andelen sysselsatta personer i Norge och Danmark varit cirka 77–78 procent. Också i Sverige ökade sysselsättningsgraden något och ligger nu på 74 procent. I Sverige är målet att fram till år 2004 höja sysselsättningen till 80 procent. Den nuvarande regeringen i Finland strävar efter en sysselsättningsgrad på 70 procent.

I alla nordiska länder har sysselsättningen utvecklats i positiv riktning, vilket också återspeglade sig i en märkbar minskning av statens arbetslöshetsutgifter. Utgifterna för arbetslöshet sjönk i Island och Sverige med cirka 20 procent, i Finland med 8 procent och i Danmark med 5 procent. Däremot ökade de här utgifterna i Norge med 10 procent i första hand till följd av att utgifterna i samband med en aktiverande sysselsättningspolitik ökade.

## Utgifterna för invalidpension/förtidspension har minskat i Danmark och Finland

När arbetskraftsandelarna har ökat har sjukfrånvarorna och antalet personer som är på invalidpension ökat märkbart i Norge, Sverige och Island. År 2000 registrerades i Norge jämfört med de andra nordiska länderna det största antalet personer med invalidpension, d.v.s. 9,0 procent av de personer som var i arbetsför ålder. Också i Sverige har antalet personer som är på förtidspension blivit flera när man jämför med Finland och då man beaktar de perioder då en rikssvensk person har fått sjukdagpenning i över ett års tid, vilket är den tidsperiod som motsvarar invalidpensionerna i Finland. För att avhjälpa situationen har man i Norge startat ett omfattande projekt som syftar till att minska sjukfrånvaron med minst 20 procent. Som en del av projektet försöker man i Norge locka personer som är på invalidpension tillbaka till arbetslivet. Därtill strävar man efter att förbättra arbetsförhållandena och att göra arbetsför-hållandena flexibla. På så sätt förbättras möjligheterna för åldersstigna personer och personer med nedsatt arbetsförmåga att stanna kvar i arbetslivet.

Kostnaderna avspeglar det faktum att flera personer än tidigare får invalidpension. Utgifterna i samband med handikapp växte med 21 procent i Island och med närmare 6 procent i Norge. I Finland och i Danmark minskade de här utgifterna.

## Hälsovårdsutgifterna har ökat – köerna har blivit ett diskussionsämne

I alla fem nordiska länder ökade hälsovårdsutgifterna. Utgifterna för sjukdom och hälsa ökade i Sverige och Norge år 2000 med närmare 10 procent. I Finland ökade de med knappt 3 procent. De höga tillväxtsiffrorna beror i främsta hand på att statens utgifter för sjukdagpenning har gått upp. I Norge ökade utgifterna för hälsoservicen rentav med 7 procent. De totala utgifterna för hälsovården omräknat per invånare låg på en betydligt lägre nivå i Finland än i de övriga nordiska länderna.

Inom hälsovården genomgick finländarna flera vårdperioder på sjukhus än medborgarna i de övriga nordiska länderna. Till en del beror detta på att i Finland är den sjukhusvård som erbjuds patienterna i genomsnitt kortare än i de övriga nordiska länderna – bara 4,4 dygn. I de andra nordiska länderna varierar motsvarande vårdperiod på sjukhus mellan 5,4–6,0 dygn. Antalet patienter som vårdas på sjukhus är jämnt i de nordiska länderna, cirka 11–14 procent av befolkningen år 2000.

I Danmark har man byggt ut klienternas möjlighet att välja den allmän läkare och privat hemvårdare som de önskar. För att korta av köerna har danskarna från början av juli i år kunnat få den vård som de behöver på en privat inrättning eller utomlands i det fall att de har tvingats köa för vården en längre tid än två månader. Också i Finland och Island har man diskuterat köernas längd.

År 2000 låg Sverige i topp vad gäller bruket av läkemedel och Finland placerade sig som tvåa. Med beaktande av inflationen ökade kostnaderna för läkemedel i Finland med cirka 5 procent jämfört med året innan. I alla länder använde man mest mediciner avsedda för hjärt- och kärlsjukdomar och mediciner som inverkar på nervsystemet. Av enskilda mediciner använde finländarna mest diabetesmediciner och betablockerare som intas via munnen. Däremot använde finländare smärtmediciner i mindre omfattning än man gjorde i de andra nordiska länderna: det var bara i Norge som konsumtionen var mindre än i Finland. Samma gäller för antidepressiva medel: det var bara i Danmark som konsumtionen var mindre än i Finland.

## Antalet personer som får ålderspension har ökat mest i Finland

De socialutgifter som omfattar åldringar (ålderspensioner och tjänster inom äldreomsorgen) var år 2000 den största utgiftsposten i Danmark, Finland och Sverige. I alla nordiska länder varierade andelen mellan 29 procent och 38 procent. Under de senaste åren har ökningen varit störst i Island och Norge, minst i Danmark. Samtidigt har antalet personer med ålderspension ökat mest i Finland.

Norge har tillsatt en kommitté för att reda ut målen och principerna för pensionssystemet. Kommittén skall bland annat reda ut behovet av förtidspensioner och grundandet av en pensionsfond. Utredningen blir klar i oktober 2003.

## Sociala förmånerna till barnfamiljer är högst i Danmark och Norge – system som motsvarar hemvårdsstödet är på frammarsch

År 2000 registrerades en liten ökning i de sociala förmåner som barnfamiljerna erhöll i Danmark, Island och Norge. I Sverige ökade utgifterna med närmare 5 procent till följd av att barnbidraget steg i likhet med kostnaderna för dagvård. I Finland sjönk de socialutgifter som omfattar barnfamiljer med 3 procent. Till en del berodde det här på att förskolan inledde sin verksamhet i utbyggd form. Utgifterna för förskolan räknas inte in i socialutgifterna. Omräknat per barn är förmånerna till barnfamiljerna störst i Danmark och Norge. Trea är Sverige och på fjärde plats kommer Finland. Island betalar minst förmåner till barnfamiljerna.

År 2001 höjde Sverige storleken på barnbidraget med 100 kronor (11 euro) i månaden. I Norge utsträcktes barnbidragen från början av år 2000 till att omfatta barn under 18 år men reformen verkställdes så att barnbidragets belopp sänktes. I Sverige har man från början av det här året höjt moderskapspenningens minimibelopp från 60 kronor till 120 kronor (6,6 euro till 13,1 euro). I Danmark, Island och Sverige har moderskaps-/föräldradigheterna förlängts. Samtidigt har det blivit möjligt för föräldrarna att på ett flexibelt sätt dela perioden sinsemellan.

I Norge infördes i slutet av år 1998 ett stöd som motsvarar hemvårdsstödet i Finland. Följande år byggdes systemet ut. I början av det här året har Danmark infört ett motsvarande system.

## I Finland placerades flest barn under skolåldern utanför hemmet

I Finland var antalet barn som placerades utanför hemmet näst störst. Danmark låg i täten i det här avseendet. Placeringarna av barn har vuxit jämnt i Finland, Norge och Sverige under de senaste 10 åren. I Danmark och Island har placeringarna däremot i viss mån sjunkit. I Danmark beror nedgången på en lagändring som kom till i början av 1990-talet.

Andelen barn som ännu inte har nått skolåldern har minskat bland de barn som placeras utanför hemmet samtidigt som behovet av placeringar har ökat i de äldre åldersgrupperna. I alla länder i Norden var placeringarna vanligast bland ungdomar i åldern 15–17. Island är undantaget: här upphör åtgärderna inom barnskyddet när den unga fyller 16 år. I Finland placerades dock fortfarande fler barn som ännu inte hade nått skolåldern utanför hemmet än i de andra länderna.

## Antalet personer som erhåller inkomststöd är högre i Finland än i de övriga nordiska länderna

I alla nordiska länder finns ett system för inkomststöd, som är behovsprövat. Inkomststöd beviljas en person i det fall att annan inkomst saknas eller för att dryga ut andra inkomster. Från år 1999 till år 2000 sjönk i alla nordiska länder andelen personer som fick inkomststöd. I Finland är andelen personer som får inkomststöd högre än i de andra nordiska länderna (8,3 procent av befolkningen) och andelen är speciellt framträdande bland unga vuxna (i åldern 18–24). I Sverige, Danmark och Norge var andelen personer som erhöll inkomststöd 4–5 procent av hela befolkningen. I Island var motsvarande siffra 2,4 procent.

Ensamförsörjarnas ekonomiska problem ger sig till uttryck i de nordiska länderna. Ensamförsörjande mödrar och fäder är den största enskilda gruppen som får inkomststöd. Ett finländskt drag är den exceptionellt stora andelen ensamstående män som får inkomststöd. Nivån på inkomststödet är i Finland lägst i alla familjetyper när man jämför med förhållandena i de övriga nordiska länderna.

## Förändringar i finansieringen av socialutgifterna på 1990-talet

De sociala förmåner som betalas ut i pengar, d.v.s. närmast dagpenningar och pensioner, finansieras i Finland och Sverige till övervägande del med arbetsgivarnas och arbetstagarnas försäkringsavgifter. Arbetsgivarnas andel av de här utgifterna är i Finland 55 % och i Sverige 47 %. Arbetstagarnas andel är 17 och 27 %. Också i Danmark betalar arbetstagarna en relativt stor del av utgifterna, d.v.s 31 %. Däremot är det Folketrygden (motsvarar Folkpensionsanstalten i Finland) som i Norge erlägger merparten av de förmåner som betalas ut i pengar. Gemensamt för alla nordiska länder är att arbetstagarnas del i finansieringen av dagpenningarna och pensionerna har blivit större. Ett gemensamt drag är också den lokala förvaltningens betydande roll i finansieringen av social- och hälsovården: 88–90 % i Danmark och i Sverige, 55–58 % i Norge och Finland. På motsvarande sätt uppgår statens andel i Danmark och Sverige till cirka 10 %, i Norge och Finland till 30–45 %. Skillnaden beror närmast på statsandelarnas olika karaktär – är de ett allmänt underhåll till kommunerna eller har de allokerats speciellt för social- och hälsovård.

Ovan nämnda information om Finland och övriga EU-länder går att läsa i publikationen *Sosiaalija terveystiennot 2000* (Utgifter för social- och hälsovården 2000, publikationen är på finska och engelska). Den belyser de senaste statistiska sammanställningarna om social- och hälsovårdsutgifter, deras finansiering och socialskyddssystemet i Norden. Sammanställningarna på nordisk nivå finns i de nyaste publikationerna som dels Nomesko (den nordiska medicinalstatistiska kommittén) har gett ut, dels Nososko (den nordiska socialstatistiska kommittén) har presenterat. I publikationen *Social Protection in the Nordic Countries 2000* granskas i de temaavsnitt, som årligen växlar, i år finansieringen av socialutgifterna på 1990-talet. I temaavsnittet i publikationen *Helsestatistik i nordiske lande/Health Statistics in the Nordic Countries 2000* granskas i vilken mån statistik i de nordiska länderna för olika kirurgiska ingrepp går att jämföra med varandra.



## KVALITETSREKOMMENDATION FÖR MISSBRUKARVÅRDEN

Social- och hälsovårdsministeriet vill genom en kvalitetsrekommendation för missbrukarvården öka tillgången på tjänster samt förbättra vårdkvaliteten. För att vara till verklig nytta för såväl dem som planerar, ordnar och producerar tjänster som för kunderna är rekommendationen detaljerad och konkret. Handboken innehåller dessutom bakgrundsfakta om servicesystemet, om särdragen inom missbrukarvården samt om värderingsgrunderna för rekommendationen. Handboken färdigställdes av en expertgrupp som forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården hade tillsatt. Kvalitetsrekommendationen publicerades på de IX riksomfattande dagarna om missbrukarvård i Helsingfors den 10 september.

### Centrala principer för en god missbrukarvård

- Missbrukarvården och därtill hörande problem skall på bred bas åtgärdas inom kommunen. Förebyggandet missbrukarvård förutsätter medveten kommunal planering och särskilda strategi. Vid planering av service och formulering av verksamhetsprinciperna skall förändringarna i rusmedelskonsumtionen tas i betraktande.
- Basservicen inom social- och hälsovården är ett centralt element i missbrukarvården i kommunen.
- För att förebygga social utslagning, öka välfärden och uppnå jämlikheten beträffande hälsa är det viktigt att missbrukarvården fungerar väl.
- Ett klientcentrerat arbetssätt är både etiskt riktigt och samhällsnyttigt. Tjänsterna bör vara lättillgängliga. Klienten deltar i planeringen, genomförandet och utvärderingen av sin rehabilitering.
- Klientens grundrättigheter respekteras i vården.
- Klientens förmåga att utnyttja tjänsterna bör särskilt uppmärksammas. Klientens ålder, kön, språk och kulturell bakgrund beaktas vid ordnandet av en fungerande service.
- Ett regionalt kostnadsfördelningssystem som bygger på befolkningsunderlaget är klientvänligare, kostnadseffektivare, och lättare att styra än ett system med fakturering per besök.
- Ordnandet av betalningsförbindelse får inte vara hinder för att smidigt och effektivt hänvisa en klient till service. Vid serviceboende och även vid tillfällig inkvartering bör särskild uppmärksamhet fästas på utrymmenas standard och klienternas självbestämmanderätt.
- Ledningen för den förebyggande verksamheten inom missbrukarvården bör förstärkas. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid personaldimensioneringen, kompetensen och vid att personalen orkar med sitt arbete.

### Bakgrund

På grund av den ökade alko-holkonsumtionen ökar även olägenheter som förorsakas av alkoholbruk och därmed ökar också behovet av tjänster inom missbrukarvården. Enligt prognoserna kommer även vårdkostnaderna på grund av narkotikamissbruk att fortsättningsvis stiga.

Styrningen och av missbrukarvården har även visat sig vara svår att genomföra på lokal nivå. De totala kostnaderna för att åtgärda de olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk kommer att stiga mycket om vården av klienter och patienter inom missbrukarvården i en allt större utsträckning flyttas över till den specialiserade sjukvården, vilket skett på 1990-talet. Väl fungerande social- och hälsovårdstjänster på basnivå samt specialtjänster inom missbrukarvården är en förnuftig och viktig investering ur såväl klienternas och kommunernas som hela samhället synvinkel.

Social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbunds gemensamma kvalitetsrekommendation för missbrukarvården skapar en grund för högklassiga tjänster inom missbrukarvården. Rekommendationen har beretts i en bredbasig sakkunniggrupp som tillsatts av Stakes. I arbetsgruppen har social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund, Stakes, kommunala och privata serviceproducenter samt klienter varit företrädare.

Den riksomfattande rekommendationen för att förbättra kvaliteten på tjänster inom missbrukarvården är en del av mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000–2003, som statsrådet godkände. Syftet är att rekommendationen skall vara till stöd för planeringen och beslutsfattandet i anslutning till missbrukarvården och då det gäller att ordna, producera och utveckla tjänster inom missbrukarvården. Vid beredningen av rekommendationen utgick man ifrån att förebyggandet av olägenheter som förorsakas av rusmedelsbruk skall beaktas i kommunens alla beslut. Syftet är även att rekommendationen skall styra och stödja allt arbete för förebyggande av rusmedelsbruk inom social- och hälsovården, inte endast specialtjänsterna inom missbrukarvården. Rekommendationen gäller tjänster som staten, kommunerna, privata företag eller organisationer producerar.

För att säkerställa kvaliteten och tillgången på specialtjänster inom missbrukarvården behövs överkommunala strukturer. I rekommendationerna har man tagit ställning till utgångspunkterna för missbrukarvården, nödvändigheten av strategisk planering i klientarbetet, till utnyttjandet av hela servicesystemet och till klientens vilja, rättigheter och speciella behov samt till standarden på lokaliteterna, personalresurserna och personalens kunskaper och arbetshälsa, till det egentliga klientarbetet samt till dess uppföljning och utvärdering.