



RANNIKKO-POHJANMAAN SOSIAALI- JA PERUSTERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

**STRATEGI FÖR UTVECKLING AV SERVICEN
INOM KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN
2012-2015**

”VÅR SAK”

(Utkast 1.0)

INNEHÅLL

1. "HUR SER SITUATIONEN UT IDAG" - INLEDNING
2. "VAD ÄR VIKTIGAST FÖR OSS" - VÄRDEDISKUSSION
3. "HÄLSO- OCH SOCIALVÅRDENS MÅNGA OLIKA SYSTEM OCH TJÄNSTER"
- HUR VÄLJA EN VISION
 - 3.1. Utgångspunkterna för utvecklingsarbetet
 - 3.2. Grund för det regionala utvecklingsarbetet
4. "VILKA NYA UTVECKLINGSOBJEKT VÄLJS" - UTVECKLINGSSTRATEGI
 - 4.1. Äldreomsorgen
 - 4.2. Primärvårdens utmaningar
 - 4.3. Den regionala arbetshälsovårdens möjligheter
5. "HUR VÅRDAR VI MÄNNISKOR OCH SYSTEM" - K5-MODELLEN, VÄLFÄRD I VARDAGEN
6. "HUR KOMMER VI TOPPFORM" - SAMMANDRAG

1. "HUR SER SITUATIONEN UT IDAG" – INLEDNING

Denna strategi för utvecklande av servicen är avsedd som riktgivande för Kust-Österbottens utvecklingsarbete och som ett förslag till hur social- och hälsovårdens processer kan utvecklas så att de motsvarar framtida behov. I planen tas kort fram några utvecklingsobjekt och ges förslag på hur uppställda mål kan nås. Strategin underlättar uppställandet och förverkligandet av målsättningar. Med begreppet strategi avses ofta hur olika system och organisationer klarar av att utvecklas och omorganisera sig i föränderliga och krävande förhållanden för att trygga effektiva prestationer. (Bakka m.fl. 2006). Mintzberg (1983) poängterar å sin sida organisationsledningens ansvar för strategin och beskriver organisationens strategiska ledning som den part som ska se till att organisationens målsättningar uppnås på ett effektivt sätt.

Kust-Österbottens samkommun borde redan i skyndsam ordning planera den framtida servicestrukturen. Samkommunens inledande skeden styrdes av kommun- och servicestrukturen, och Kssr-ramlagen är fortfarande i kraft till slutet av år 2012. Samarbetsområdenas utveckling och förändringar styrs nu av den nya lagen om hälso- och sjukvård samt de ändringskrav som bereds för närvarande gällande ordnandet av hälso- och socialvården. Budgeten för år 2011 bereddes under kommunsektorns recession, och även i framtiden blir vi tvungna att fundera över hur vi ska finansiera social- och hälsovården.

Utvecklandet av Kust-Österbottens samkommun sker i en situation då servicebehovet och kraven på effektivitet ökar samtidigt som skatteinkomsterna minskar. Med denna grundspänning måste man skapa olika och innovativa strukturella lösningar där den ekonomiska styrningen, ledningen och det operativa kunnandet är i balans. Oberoende av hur stor enhet som bildas för att ordna social- och hälsovården är lösningen samarbete mellan kommunerna.

Endast aktörer med fungerande ledarskap och beredskap inför framtiden klarar av att möta framtidens servicebehov. Samkommunens målsättning är att trygga områdets närservice och samtidigt inrätta regionala tjänster som kräver ett bredare befolkningsunderlag än en kommun. För de kommande åren har också planerats tjänster på specialnivå som ordnas som egen produktion, och på så sätt förs specialiserat kunnande närmare befolkningen. Sammantaget kan konstateras att det gäller att trygga välbefinnandet inom området och då är både förebyggande, hälsofrämjande och korrigerande åtgärder viktiga. Social- och primärvården kan ordnas med hjälp av K5-modellen. Den gemensamma modellen byggs upp och utvecklas genom att ta till vara hela områdets välfärdskunnande. Då de ekonomiska resurserna minskar lönar det sig att prova nya servicekoncept – det är fortfarande tillåtet att utvecklas.

Kust-Österbottens samkommun verkar inom komplicerade social- och hälsovårdsstrukturer. Hälsovårdens centrala begrepp är svåra att förstå och beslutsfattandet är också komplicerat, eftersom det är svårt att definiera social- och hälsovårdens slutprodukt (välfärd) på ett allmänt plan.

Utgångspunkten för all hälsovårdsverksamhet och -planering är klienten, patienten och servicebrukaren. Servicens tillgänglighet och beskrivning måste förbättras, så att beställaren, utföraren, klienten och beslutsfattaren tillsammans kan agera inom samma referensramar.

Vi kommer alla att bli bekanta med olika slags servicesystem inom hälsovården i något skede av livet. Ur klientens synvinkel skulle det vara bäst att hålla sig borta från dessa och hålla sig frisk, välmående. Grunden för den nationella hälsovården lades på ett skickligt sätt under 60-70-talen, men systemen borde underhållas och uppdateras så att de motsvarar framtidens och 2000-talets krav. Servicesystemen är anpassade enligt klientens behov då klienten eller anhöriga ifrågasätter den service som ges. Hälso- och sjukvården skulle kanske fungera bättre om klientens sakkunskap skulle användas som redskap i utvecklingen. Systemen strävar till balans och även hälsovården är ett system. Tyvärr är systemen mer än summan av dess delar och det är alltid någon del som uppvisar symptom. Hur ska vi kunna underhålla systemet då det inte går att få tag i alla reservdelar och det blir dyrt att reparera gammalt.

Det är allas sak att utveckla servicen inom Kust-Österbottens samkommun, nu behöver vi hela områdets kraft och stöd. Hälso problemen inom området ser ut att vara ganska homogena och större hälsoskillnader har ännu inte uppstått. Då det gäller utvecklandet av servicen är det också frågan om resurser. Paradoxalt nog tror vi att pengarna räcker till om vi vill utveckla tillsammans och ändra den relativt ineffektiva kostnadsstrukturen. Social- och hälsovårdens personalkostnader kommer även i framtiden att vara höga, men det kanske skulle löna sig att få ihop inbesparingar genom att ändra strukturerna.

2. "VAD ÄR VIKTIGAST FÖR OSS" – VÄRDEDISKUSSION

Innan utgångspunkterna för utvecklingsarbetet fastställs är det nödvändigt att föra en värdediskussion om social- och hälsovården. Referensramen för diskussioner om hälsovården har ofta varit de ekonomiska faktorerna, dvs. till exempel hur vi kan spara. Social- och hälsovårdens kostnadseffektivitet och effekter är inte samma sak. En minskning av t.ex. barnskyddets resurser kan öka de totala kostnaderna och även illamåendet.

Social- och hälsovårdskostnaderna tenderar att öka årligen och det är svårt att förutse alla behov och eventuella kriser. Till exempel år 2008 var enbart hälsovårdsutgifterna per invånare 3000 € i Finland och utgjorde 8,4 % av bruttonationalprodukten. Det finländska hälsovårdssystemet får beröm för sina

låga kostnader, fastän servicens tillgänglighet inte ligger på europeisk toppnivå. Det finländska systemets kostnadseffektivitet stärks av Finlands låga lönenivå (Alkio 2011: sid. 33-37). Ur ekonomisk synvinkel är det logiskt att hänvisa till kostnadseffektivitet och större sparmålsättningar. Kan ett social- och hälsovårdssystem som enbart baserar sig på kostnadseffektivitet inverka negativt på människornas välfärd och nationalekonomin? Dagens informations- och kunskapssamhälle behöver välmående människor och familjer som bränsle, och vi har mycket kunskap om vilka mänskliga och ekonomiska effekter illamåendet kan förorsaka, bl.a. i form av förtidspensioneringar.

Värdediskussionen innebär naturligtvis också att man funderar över ekonomins betydelse, men är framför allt en diskussion om vad vi vill satsa på och vad som är viktigast för oss. I allmänhet värdesätter människorna välfärden mycket högt. Strävan är att flytta tyngdpunkten i värdediskussionen från kortsiktiga kostnader till hur klienterna upplever vårdens effektivitet. Vårdens effektivitet bör bara målsättningen för värdediskussionen. Men en effektiv vård förutsätter också investeringar och en utvärdering av social- och hälsovårdens produkter och kostnader på längre sikt.

Genom värdediskussion får vi fram gemensamma målsättningar och en god utgångspunkt även för ett kostnadseffektivt servicesystem som genom utvecklingsarbete ger effektiv service. Utgångspunkter för värdediskussionen är en rättvis, tillgänglig och jämlik service.

3. ”HÄLSO- OCH SOCIALVÅRDENS MÅNGA OLIKA SYSTEM OCH TJÄNSTER” - HUR VÄLJA EN VISION

3.1. Utgångspunkterna för utvecklingsarbetet

Kommunsektorn genomgår som bäst en förändring. Kommun- och servicestrukturreformen har varit ett sätt för kommunerna att organisera verksamheten för framtida behov och krav. Med hjälp av strategisk planering kan man klara av förändringarna inom kommunernas social- och hälsovård och samtidigt revidera innehållet och strukturerna i denna service. Utvecklandet av Kust-Österbottens samkommun är innevarande och kommande års utmaning. Kommunerna i området har i kommun- och servicestrukturreformens anda bildat ett samarbetsområde vars uppgift är att ordna basservice av hög kvalitet på lika grunder för invånarna i området. Den primära utgångspunkten för förändrings- och utvecklingsarbetet är samarbete. Utvecklingen lyckas bäst då åtgärderna ifrågasätts i lämplig utsträckning men för utvecklingsprocessen behövs alla aktörers stöd.

Den nya lagen om hälso- och sjukvård verkar betona primärvårdens funktioner så att även samarbetet med specialistsjukvården ska omvärderas. Samarbetsområdets viktigaste uppgift ur kommuninvånarnas synvinkel är uttryckligen att säkerställa och utveckla hälso- och socialvården inom Kust-Österbottens

område. Lagen om hälso- och sjukvård som uppdaterar hälsovårdens innehåll ger klienten fler valmöjligheter i två olika skeden: år 2011 kan de välja hälsovårdscentral inom kommunens område och år 2014 gäller valfriheten också specialsjukvården.

I kommun- och servicestrukturreformen stöds kommunerna och samarbetsområdena att bilda enhetliga helheter inom social- och hälsovården som på bästa möjliga sätt säkerställer barnskyddet och producerar välmående för barn, unga och familjer. I förslaget till lag om hälso- och sjukvård poängteras smidiga servicekedjor inom olika gränssnitt som är viktiga för klienten. Socialvården har också dryftats i samband med bildandet av samarbetsområden. Viktiga utmaningar för socialvården är tillgången på kompetent personal och planeringen av gemensam service på regional nivå. (Kommunförbundet 2006: 10–11.)

Kokko & Peltonen (2008: 2-4) har lyft fram på olika serviceprocesser inom primärvården. I Finland är det svårt att få tillgång till service, och man kan anta att också teknologin i framtiden kommer att underlätta tillgången till service inom primärvården. Samtidigt åldras befolkningen snabbt och det är en stor utmaning att anpassa primärvården och åldringsvården till detta. Däremot har de mentala och rusmedelsproblemen inte ökat men klienterna söker hjälp i ett tidigare skede. Primärvården borde utvecklas också med tanke på det mentala välbefinnandet.

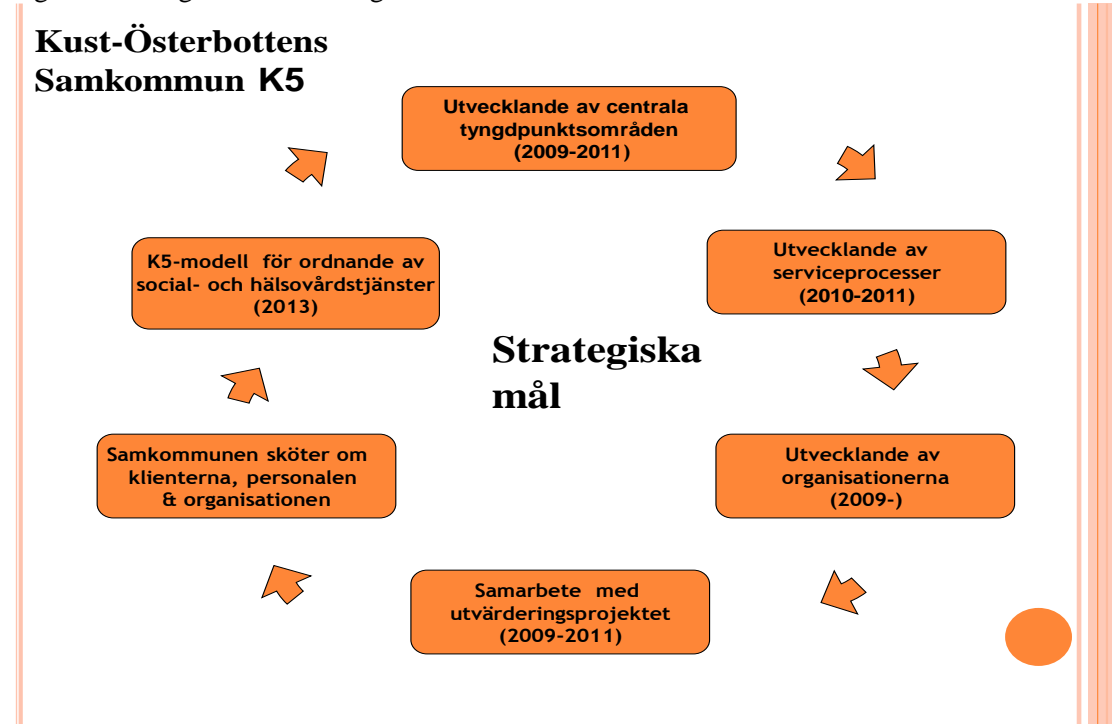
En målsättning för utvecklingsarbetet inom Kust-Österbottens samkommun är att vårda och sköta klienterna, men det är också viktigt att sköta om personalen och organisationen. Som grund och tidtabell för verksamhetsplanen för utvecklande av vårt samarbetsområde föreslogs följande (samkommunstyrelsen 1.1.2008):

- **Utvecklande av centrala tyngdpunktsområden (2009–2011)**
- **Utvecklande av organisationen (2009-)**
- **Samarbete med utvärderingsprojektet (FSKC & Åbo Akademi) (2009–2011)**
- **Utvecklande av serviceprocesserna (2010–2011)**
- **Mål: K5-modell för ordnandet av social- och hälsovården (2013)**

Verksamhetsidén för Kust-Österbottens samkommun är *”att utveckla en transparent modell för ordnande av social- och hälsovårdstjänster utgående från kommuninvånarnas behov så att samkommunen beställer och delvis producerar fungerande närservice för klienten, och samarbetsområdet (K5) i mån av möjlighet har ett integrerat system för social- och hälsovårdstjänster”*. (Samkommunstyrelsen 1.1.2008).

I figur 1 presenteras de centrala målsättningarna för Kust-Österbottens samkommun.

Figur 1. Strategiska målsättningar för Kust-Österbottens samkommun 2008.



Visionen/verksamhetsidén som presenterades i december 2008 fastställdes i skyndsam ordning och behöver uppdateras. Det är svårt att definiera en vision då omgivande strukturer förändras. Utformningen av visionen för Kust-Österbottens samkommun kan inte längre utgå från medlemskommunernas gränser, utan de grundläggande antagandena måste basera sig på befolkningens behov utan kommungränser.

3.2. Grund för det regionala utvecklingsarbetet

Primärvårdens och socialvårdens arbetsgrupper kartlade och funderade år 2008 över ordnandet av både regional service och närservice inom samkommunens område. Enligt arbetsgruppens förslag bör när servicen bibehållas som primärkommunernas verksamhet och regional service som kräver ett större befolkningsunderlag skulle produceras via samkommunen. Arbetsgruppen föreslog att följande service skulle ordnas om **egen produktion**:

- koordinator för hälsofrämjande verksamhet
- utbildnings- och utvecklingskoordinator
- upphandling (kunnande inom samkommunens centralförvaltning)
- gemensam social- och patientombudsman på deltid
- talterapeut
- ergoterapeut

- näringsterapeut
- psykosocial service, inkl. familjerådgivning (psykolog, depressionsskötare, psykiatrisk sjukskötare, kurator)
- koordinator för missbrukarvården
- rehabilitering (fysioterapiavdelning)
- tandläkarpool
- läkarpool (inkl. specialister)
- minnespoliklinik (geriatriker)
- invandrarkoordinator

Närservice produceras av medlemskommunerna och består av bl.a.

- öppen hälso- och sjukvård
- hemsjukvård & hemservice
- serviceboende
- bäddavdelningsvård
- familjearbete
- socialarbete
- närservice för handikappade
- stödservice

Köptjänster är:

- tjänster inom missbrukarvården
- anstaltsplatser inom barnskyddet
- socialjour
- specialomsorgstjänster
- familjerådgivning
- laboratorie- och röntgentjänster
- arbetshälsovård
- ögonbottenfotograferingar
- sjuktransport och förstadelvård
- tandteknikertjänster
- mammografi
- sållning för livmoderhalscancer
- boendeservice för specialgrupper
- ungdomspoliklinikverksamhet

Arbetsgruppen konstaterade 2008 att det inom samkommunen eller i medlemskommunerna inte finns någon verksamhetsenhet som koncentrerar sig på att ge mentalvård eller missbrukarvård eller psykosocial vård för barn, unga och familjer. Planeringen av Kust-Österbottens samkommuns service har långt baserat sig på arbetsgruppernas önskemål. Inrättandet av många regionala och gemensamma uppgifter har skjutits framåt i tiden då de ekonomiska resurserna minskat.

4. "VILKA NYA UTVECKLINGSOBJEKT VÄLJS" – UTVECKLINGSSTRATEGI

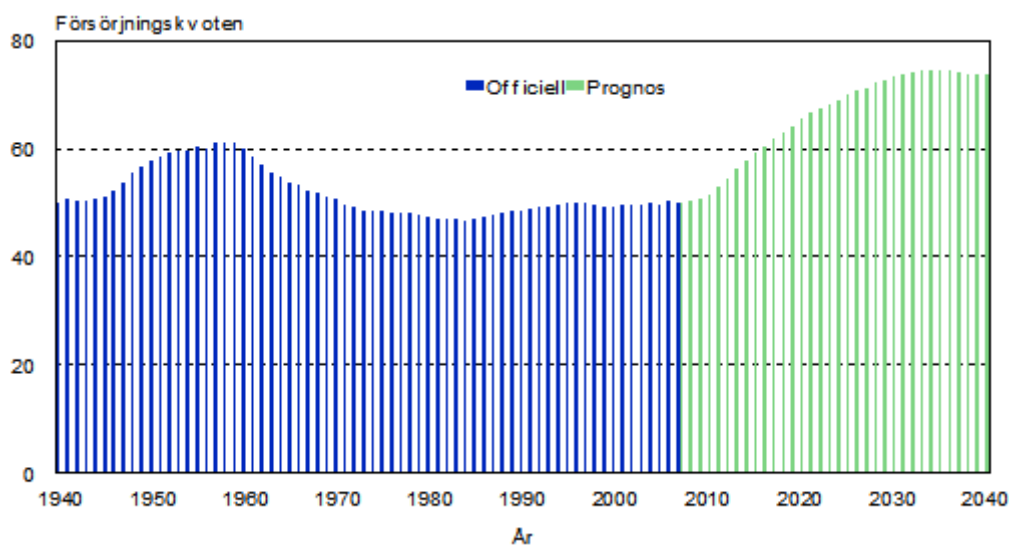
4.1. Äldreomsorgen

Ett av samhällets största utmaningar är att trygga de äldres välbefinnande. Även befolkningen inom Kust-Österbotten åldras och den åldrande befolkningens andel ökar t.o.m. snabbare i de österbottniska kommunerna än i övriga landskap. Enligt arbetsgruppen för hälso- och sjukvårdslagen (2008: 29) har den kommunala social- och hälsovården huvudansvaret för åldringsvården. Servicehelheten för de äldre är inte täckande och det finns också överlappande planer för rehabilitering och service. En viktig mätare för åldringsvårdens service är antalet personer över 75 år som bor ensamma och deras servicebehov. Särskilt utanför tätorterna är servicen i hemmet för ensamma äldre en stor utmaning. Samtidigt ökar demenssjukdomarna servicebehovet. Dessutom bör nämnas att det finns ett stort antal invånare över 85 år inom samkommunens område. Enligt statistikcentralens befolkningsprognos (2007) överstiger det årliga antalet döda antalet födda år 2030, men nettoinvandringen antas hålla befolkningsökningen uppe också efter det. Den årliga nettoinvandringen antas vara 10 000 personer.

Andelen personer över 65 år antas stiga från 16 % av befolkningen till 26 % fram till år 2030 och vara nästan lika stor under de följande tio åren. Andelen personer under 15 år minskar för sin del från nuvarande 17 % till 15,5 % av befolkningen fram till år 2040. Under samma tid minskar andelen personer i arbetsför ålder från nuvarande 66,5 % av befolkningen till 57,5 %. Antalet personer i arbetsför ålder börjar minska år 2010 då de stora åldersklasserna som föddes efter kriget uppnår pensionsåldern. **Den demografiska försörjningskvoten dvs. antalet barn och åldringar i förhållande till 100 personer i arbetsför ålder stiger från 50 till 74,5 fram till 2030.** Försörjningskvoten avser förhållandet mellan de som ska försörjas och de som försörjer.

Andelen personer över 85 år antas öka från 1,8 % av befolkningen vid förra årsskiftet till 6,1 % år 2040. På så sätt stiger antalet från nuvarande 94 000 till 349 000 personer. Statistikcentralens befolkningsprognoser baserar sig på observationer om utvecklingen av fruktsamhet, dödlighet och omflyttning. Statistiken beaktar inte t.ex. hur ekonomiska och samhällspolitiska beslut inverkar på den kommande befolkningsutvecklingen.

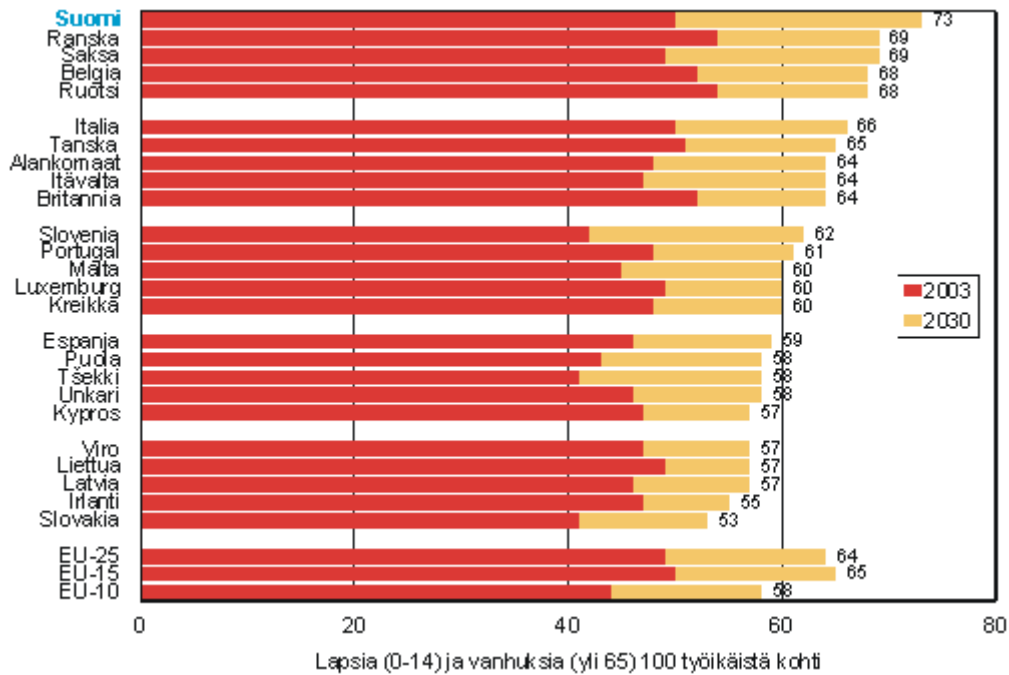
Figur 1. Demografisk försörjningskvot 1940 - 2040 (Källa: Statistikcentralen)



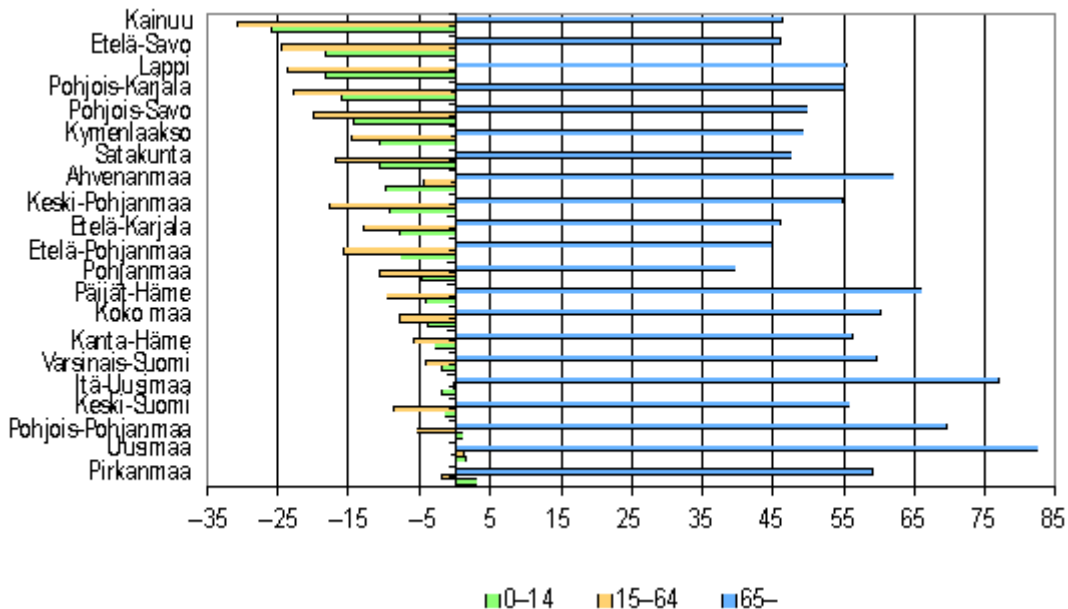
Finland kan ses som exempel på hur den demografiska försörjningskvoten förändras. De stora åldersklasserna som föddes efter kriget har haft avgörande inverkan på samhällets utveckling under olika tider. Nu uppnår de stora åldersklasserna pensionsåldern och den allt längre livslängden kommer att öka antalet äldre under kommande år.

De kommande åren kommer att förändra alla länders demografiska försörjningskvot i en ofördelaktigare riktning, antalet personer som ska försörjas ökar för varje år. Mest ofördelaktig är försörjningskvoten år 2030 i Finland då det finns 73 personer som ska försörjas per 100 personer i arbetsför ålder. Inom Kust-Österbottens samkommun kommer också försörjningskvoten att förändras starkt enligt de nationella prognoserna. Inom åldringsvården innebär detta ett ökat behov av vård och omsorg i en situation då det finns betydligt färre personer i arbetsför ålder. Samkommunen måste redan nu förbereda sig på en ytterst svår situation som vi inte kommer att klara av med nuvarande servicestrukturer. I figur 2 beskrivs förändringen av försörjningskvoten i EU-länderna.

Figur 2. Demografisk försörjningskvot i EU-länderna 2003 och 2030, barn (0-14) och pensionärer (över 65) per 100 personer i arbetsför ålder (Källa: Eurostat, New Cronos)



Figur 3. Förändring av befolkningens mängd per åldersgrupp 2005-2025 (%) i olika landskap (Källa: Statistikcentralen)



För utvecklingen av äldreomsorgen inom Kust-Österbottens samkommun behövs verktyg för att noggrannare påvisa servicebehovet samt utvärdera och planera vården och rehabiliteringen av äldre. Ovanstående figurer 1 och 2 åskådliggör den revolutionerande förändring i försörjningskvoten som är på kommande och där servicebehovet troligen kommer att överstiga

serviceproduktionens resurser. Denna förändring av försörjningskvoten ökar behovet av vård och omsorg inom samkommunens område. Samkommunen måste förbereda sig på förändringen i försörjningskvoten i god tid och områdets glesbebyggelse och skärgårdsförhållanden ställer sina egna krav på att äldreomsorgen ordnas på ett effektivt och välfungerande sätt. **I framtiden kommer det att vara omöjligt att ordna vården av äldre med nuvarande strukturer, och samkommunen bör sammanställa en regional plan/strategi för uppbyggnaden av äldreomsorgen som beskriver nuvarande kompetens och presenterar en ny grund för äldreomsorgsservicen.** Den starka förändringen i försörjningskvoten förutsätter en analys av äldreomsorgens servicestruktur som helhet och att man hittar nya fungerande tillvägagångssätt. Då de ekonomiska resurserna minskar kan vi söka nya lösningar i omsorgsteknologin och särskilt i servicen som helhet där teknologin ökar de anhörigas, klienternas och hjälparnas trygghetskänsla.

Enligt planerna ska ett geriatriskt kompetenscenter placeras i Kristinestad. Målsättningen är att stärka områdets gerontologiska kunnande och skapa flexibla vårdkedjor för de äldre. Geriatriskt kunnande kan naturligtvis också produceras på distans och som mobil service för hela samkommunens område, men kompetenscentret kommer att placeras i Kristinestad. Planeringen av ett regionalt geriatriskt kompetenscenter kan intas i den regionala strategin för äldreomsorgen.

Planen för uppbyggande av äldreomsorgen ska också gå hand i hand med det arbete projekten utför. Socialvårdens arbetsgrupp inom samkommunen har å sin sida funderat över frågor som berör den regionala nivån inom äldreomsorgen, och arbetsgruppens ställningstaganden kan säkert tas till vara i det kommande strategiarbetet. En av hörnstenarna för att arbetet med den regionala mentalvårdsstrategin skulle lyckas var en tillräckligt stor satsning på skrivandet av strategin och sakkunniga. Dessutom leddes arbetet med mentalvårdsstrategin av det regionala mentalvårdsrådet.

4.2. Primärvårdens utmaningar

En av de största utmaningarna för primärvården är att återställa hälsovårdscentralerna till kompetenscenter inom folkhälsoarbetet. Hälsovårdscentralerna inom området har fungerat som jourservicepunkter och således ganska långt gett korrigerande vård. Resurserna för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet minskades under och efter lågkonjunkturen på 90-talet. Dessutom har primärvården länge lidit av kompetensbrist, t.ex. läkarna söker idag utmaningar på annat håll. Regionens ekonomiska bärkraft samt en snabbt åldrande befolkning är också en utmaning.

Inom Kust-Österbottens samkommun produceras primärvården av medlemskommunerna. Samkommunen söker som beställare som bäst en gemensam ledande läkare för att kunna förverkliga en gemensam vision om utvecklingsobjekten och för att läkarrekryteringen och fortbildningen ska få

de resurser som behövs. Samarbetet mellan specialistsjukvården och primärhälsovården kräver också åtgärder för att klienterna ska kunna vårdas och undersökas på ett förnuftigt sätt i rätt tid och på rätt plats. Hälsovårdscentralerna inom vårt område kunde å sin sida specialisera sig på att producera en viss kunskap och service.

Vision för primärhälsovården 2015 (Riddar, Lövdahl, Lähteenmäki 2011, bearbetad):

- *fem hälsovårdscentraler producerar närservice under tjänstetid*
- *uppsökande och förebyggande folkhälsoarbete erbjuds alla i en hälsofrämjande miljö*
- *inom hemvården utnyttjas de möjligheter hälsoteknologin erbjuder*
- *den gemensamma och regionala servicen fördelas i mån av möjlighet mellan vård- och omsorgscentralerna*
- *den geriatriska kunskapen stärks*
- *akutvården och rehabiliteringen får egna avdelningar/enheter*
- *mobila specialtjänster*
- *verksamheten planeras och förverkligas utgående från befolkningens behov*
- *mera centraliserad jourservice och planerad mottagningsverksamhet utanför tjänstetiden*
- *akutvård av tillräckligt hög nivå*

Primärhälsovårdens verksamhet och struktur baserar sig fortfarande på 60-70-talens hälsovårdsreform (t.ex. Folkhälsolagen 1972), medan de hälsovårdsreformer som presenterats under 2010, såsom lagen om hälso- och sjukvård och lagförslaget om social- och hälsovårdens struktur som bereds som bäst, presenterar ett nytt innehåll och nya strukturer. Folksjukdomarna har ändrats under årtiondenas lopp och förutom sjukdomar i stöd- och rörelseorganen och blodkärlssjukdomar lider medborgarna också allt oftare samtidigt av andra hälsohinder. Denna ändring av situationen bör beaktas även inom samkommunens område.

Tack vare hälsovårdssystemet som fungerat väl under tidigare årtionden är finländarna, som varit de mest sjuka i Västeuropa, nu bland de friskaste (i form av förväntad livslängd). Under senare år har Finland dock fallit till 26:e plats (kvinnor) respektive 24:e plats (män) då det gäller förväntat antal friska levnadsår (Leikola 2011: sid. 9-10). Finländarnas höga sjukfrekvens, den stora och ofördelaktiga förändringen i försörjningskvoten inverkar också på de kommande trenderna för primärvården inom Kust-Österbottens samkommun.

4.3. Den regionala arbetshälsovårdens möjligheter

En av hörnstenarna för en fungerande primärhälsovård är en fungerande arbetshälsovård, som arbetsgivarna måste ordna åt sina anställda - för att upprätthålla arbetsförmågan och förebygga hälsohinder. Eftersom en stor del av arbetshälsovårdens klienter är företag och företagare har en fungerande arbetshälsovård en viktig näringspolitisk betydelse även i kommuner där landsbygdsnäringsen är omfattande. I Finland omfattas ca 60 % av områdets arbetskraft av den kommunala arbetshälsovården. I denna situation har det ansetts att bildandet av regionala arbetshälsovårdsenheter som täcker flera kommuner och organiseringen av dessa till fungerande och konkurrenskraftiga enheter gör det möjligt att bibehålla konkurrenskraftiga arbetshälsovårdstjänster inom området. Erfarenheterna visar att en tillräckligt stor regional arbetshälsovårdsenhet bör omfatta ca 10.000 arbetstagare.

Redan i samkommunens planeringsskede valdes arbetshälsovården till en eventuell regional verksamhet. Kristinestad och Närpes önskade att denna verksamhet blir regional redan år 2008. Kaskö ville bibehålla verksamheten som köptjänst av privatföretagare. Malax och Korsnäs önskade fortsätta verksamheten som kommunal verksamhet och köptjänst. Landsbygdsförvaltningen övergår till Kust-Österbottens samkommun år 2012. Företagarna inom denna bransch har redan länge uttryckt önskemål om att utveckla lantbruksföretagarnas förebyggande och korrigerande hälsovårdstjänster. Samkommunen har fått ett skriftligt meddelande angående ordnandet av jordbrukarnas arbetshälsovård som regional service inom K5.

Även inom andra motsvarande samarbetsområden för social- och hälsovården har konstaterats att en regional arbetshälsovård är lättare att utveckla t.ex. till en verksamhet med resultatansvar än en liten enhet som verkar ensam. Arbetshälsovårdens resurser kan då samlas för att betjäna områdets näringsliv på ett heltäckande sätt. Den största utmaningen för en regional arbetshälsovård är att hitta en lämplig modell för ordnandet av servicen som alla kommuner godkänner. Som utvecklingsobjekt för år 2012 bör samkommunen välja utvecklandet av regional arbetshälsovård. Som ledare för den regionala arbetshälsovården behövs en specialist, eftersom arbetshälsovården bör ha en ansvarig läkare som kan leda och övervaka även legitimerade läkare.

De strategiska valen för utvecklingsarbetet inom Kust-Österbottens samkommun åren 2012 - 2013 är följande:

- ✓ Regional plan för uppbyggande av äldreomsorgen (inkl. utredning om användandet av välfärdsteknologi som stöd för vårdens effektivitet)
- ✓ Plan för uppbyggande av regional arbetshälsovård

- ✓ Åtgärdsplan för primärhälsovården

5. ”HUR VÅRDAR VI MÄNNISKOR OCH SYSTEM” - K5-MODELLEN, ”VÄLFÄRD I VARDAGEN”

Samkommunstyrelsen beslöt 1.12.2008 att målsättningen är att sammanställa en modell för K5-områdets social- och hälsovårdsservice år 2013. Målsättningen utgick från kommun- och servicestrukturreformen, som skulle avslutas 31.12.2012. Utgångsläget har ändrats i viss mån men vi väntar fortfarande på att kommun- och hälsovårdsreformen ska verkställas. I denna komplicerade situation där man antar att strukturerna och enhetsstorleken kommer att ändras på ett revolutionerande sätt är det bättre att koncentrera sig på att ändra och beskriva serviceprocesser som är viktiga ur klientens synvinkel.

Ledningsgruppen för Kust-Österbottens samkommun har funderat över en modell för K5-området ur serviceprocessernas och servicebehovets synvinkel. Utvärderingsprojektet (Pihlajamäki & Stoor 2011) har också hjälpt till att visualisera en K5-modell och beskriva processerna. I utvecklingen av K5-modellen har tyngdpunkten inte varit på kommungränserna, utan den har utgått från befolkningens servicebehov och hur servicen kan ordnas på ett förnuftigt sätt. Den viktigaste servicen inom K5-processmodellen beskrivs som följande kärnprocesser:

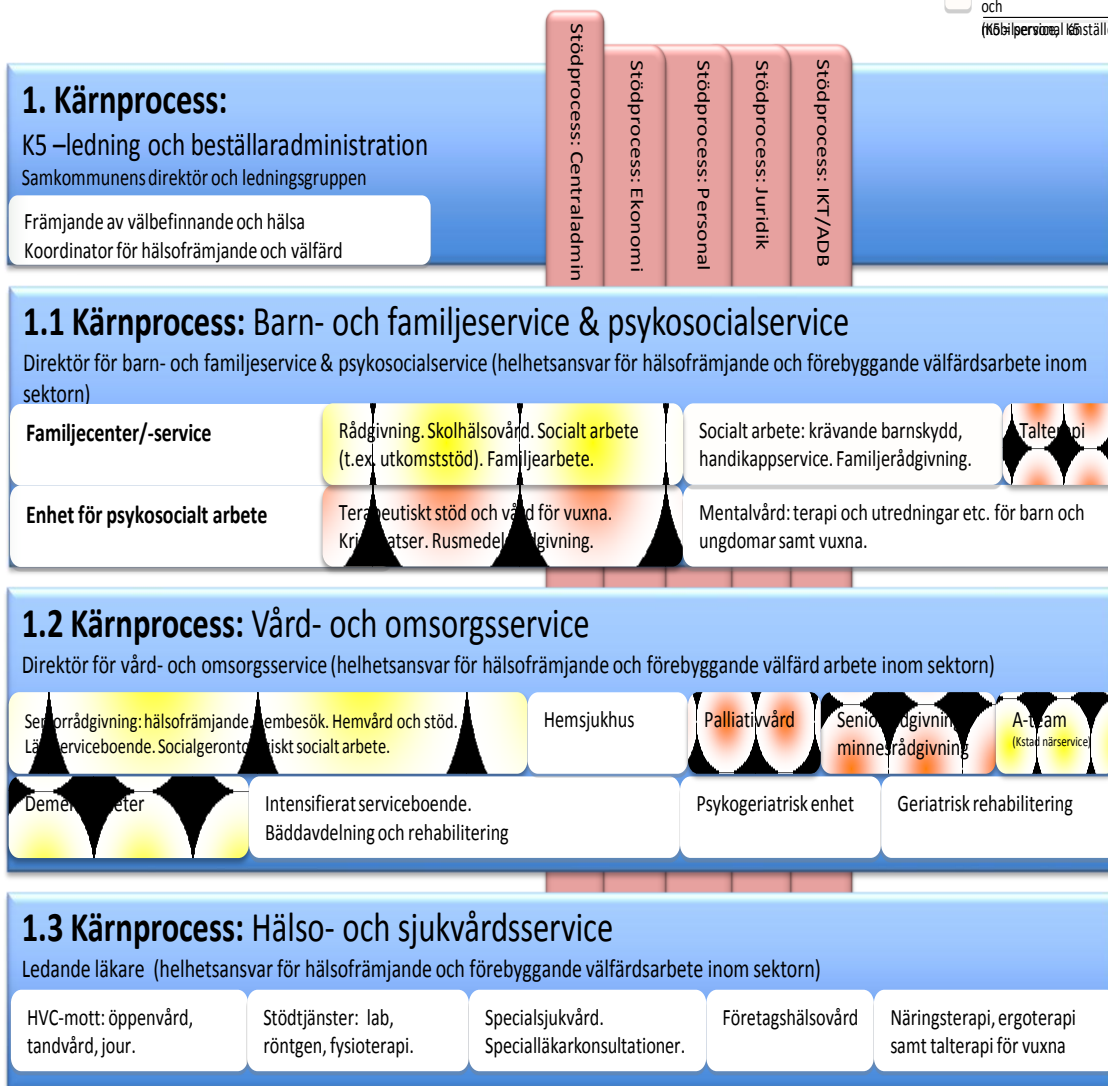
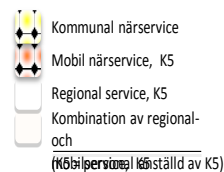
**Samkommunen K5:s organisation och operativa ledning.
I modellen ingår beställarfunktionen beskriven som kärn- och stödprocesser**



2

Samkommunen K5:s organisation och servicestruktur.

I modellen ingår beställarfunktionen beskriven som kärn- och stödprocesser



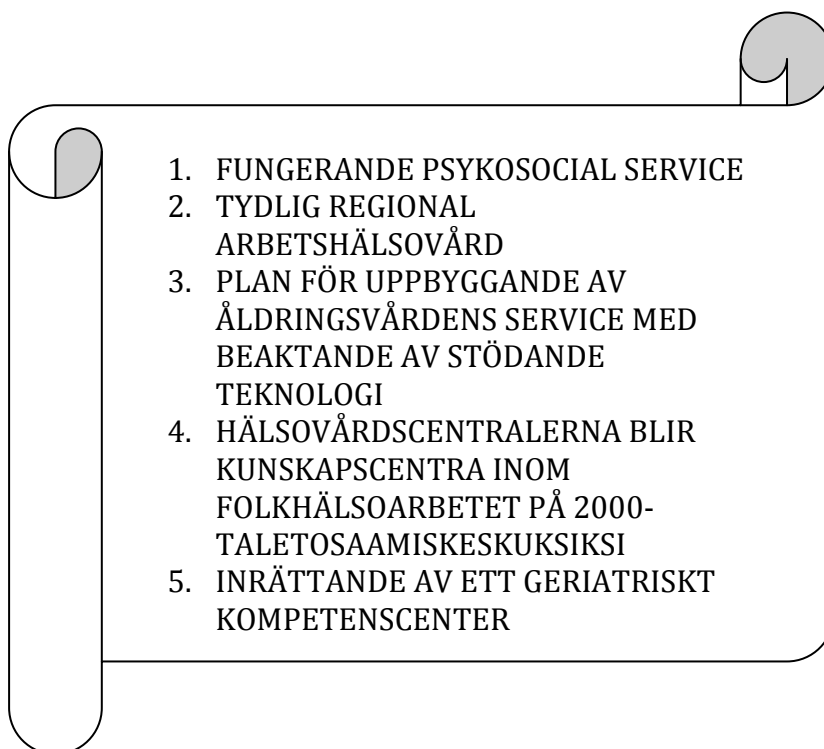
För befolkningen inom samkommunens område är det viktigt att den service som beskrivs ovan ordnas och produceras. Ordnandet av samkommunens service styrs av beställar-utförar -modellen. Hälso- och sjukvårdssystemet är också ett servicesystem där klienten ska vara i centrum, liksom inom alla andra servicesektorer. Innebär den föreslagna K5-modellen i praktiken att medlemskommunernas produktion minskar eller att hela serviceproduktionen överförs till samkommunen - denna diskussion ska föras nu.

6. ”HUR KOMMER VI I TOPPFORM” - SAMMANDRAG

Sammantaget handlar ”Vår sak” om att ha mod att förändras för att bättre svara på samhällets behov. Strukturer och reformer kommer och går, ibland går de endast förbi oss, men befolkningens

servicebehov består. Samarbetsområdenas och medlemskommunernas korta historia är inte nödvändigtvis vacker. Många aktörer har organiserat sig inom större enheter i hopp om att göra inbesparingar, medan utvecklingen av servicen har kommit i andra hand. Social- och hälsovårdens överlappningar och föråldrade strukturer äter upp de sista resurserna även för Kust-Österbottens samkommuns del - om vi inte själva tar ställning i frågan.

Kust-Österbottens samkommun har haft mod att vara föregångare inom kustområdet i vissa saker: utvecklingen av konceptet med distansmedicinska tjänster samt psykosociala tjänster. För att komma i toppform kan vi använda följande recept:

- 
1. FUNGERANDE PSYKOSOCIAL SERVICE
 2. TYDLIG REGIONAL ARBETSHÄLSOVÅRD
 3. PLAN FÖR UPPBYGGANDE AV ÅLDRINGSVÅRDENS SERVICE MED BEAKTANDE AV STÖDANDE TEKNOLOGI
 4. HÄLSOVÅRDSCENTRALERNA BLIR KUNSKAPSCENTRA INOM FOLKHÄLSOARBETET PÅ 2000-TALETOSAAMISKESKUKSI
 5. INRÄTTANDE AV ETT GERIATRISKT KOMPETENSCENTER

Ingredienserna ger en god rätt som vi senare kan krydda enligt behov. Rätten ska tillredas i en kastrull av lämplig storlek och kokas till en sammanbunden helhet. Varje kock ska ha en klar uppgiftsbild och klara målsättningar. Då får vi en smaklig rätt som smakar bra även för kommande generationer.

KÄLLOR

Alkio, Mikko. 2011. Terveiden kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uudistettava. WSOY:

Bakka J., Fivelsdal E., Lindqvist L. 2006. Organisationsteori. Liber. Malmö.

Simo Kokko & Eija Peltonen. Perusterveydenhuollon kehittämisen asialista – keskustelun lähtökohdiksi maakuntavierailulla. Stakes. 1.9.2008 Muistio.

Junnila, Maijaliisa, Klami, Päivi, Pirkola, Sami & Kristian Wahlbeck. 2004. Vaasan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian selvitystyön loppuraportti. Stakes. Alue- ja kuntapalvelut. Kehittämisselvityksiä 10/2004.

Leikola, Markus. 2011. Sairaat elämät. Suomalaisen terveydenhuollon korjauspaketti. EVA. Taloustieto Oy.

Mintzberg Henry. 1983. Designing effective organizations. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J.

Sosiaalipalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Kuntaliitto. 2006: Helsinki.

Utgångspunkter för utvecklingsprocessen inom Kust-Österbottens samkommun och centrala strategier i verksamhetsplanen (2009-2011). Plan godkänd av samkommunstyrelsen 1.12.2008.