



Eini Pihlajamäki

"Om vi inte vet vart vi ska, är det
lätt att gå vilse"

På jakt efter välfärd för invånare inom
Kust-Österbottens samkommun

”Om vi inte vet vart vi ska, är det lätt att gå vilse”¹

På jakt efter välfärd för invånare inom Kust-
Österbottens samkommun



KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSÖVÅRD
RANNIKKO-POHJANMAAN SOSIAALI- JA PERUSTERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

Hävkraft
frånEU
2007-2013



Europeiska unionen
Europeiska regionala utvecklingsfonden



Ab Det finlandssvenska kompetenscentret
inom det sociala området

¹ Rubriken är ett citat från Pirjo Wadéns anförande på ledarforumet i Närpes 22.11.2011

Eini Pihlajamäki: "Om vi inte vet vart vi ska, är det lätt att gå vilse"
På jakt efter välfärd för invånare inom Kust-Österbottens samkommun
FSKC Rapporter 1/2012

Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området
Publikationen finns i pdf på vår webbsida www.fskc.fi
Helsingfors 2012

ISBN 978-952-5588-77-4 (PDF)

ISBN 978-952-5588-81-1 (HFT)

Innehåll

Förord.....	7
1 Inledning	9
2 Framtiden i egna händer?	12
2.1 Hur ställer K5 in kompassens riktning?.....	15
3 Försörjningskvoten – en verklig utmaning för K5.....	18
3.1 Befolkning – siffrorna talar för sig	20
4 Äldres funktionsförmåga och boende – två viktiga framtidsfaktorer	23
4.1. Äldres hemmaboende minskar trycket på vårdkostnader	25
5 Förnyandet av social- och hälsovårdsservicen inom K5.....	27
5.1 K5:s kärn- och stödprocesser	27
6 Organisering av social- och hälsovårdens service	31
6.1 Hur utvecklade sig social- och hälsovårdens service under år 2011 inom K5?.....	32
6.2 Läkarefrågan och hälsovårdens vision.....	34
6.3 Säkerställandet av kunnandet inom grund- och specialservice inom socialvården	36
7 Hur nöjda är invånarna inom K5 med social- och hälsovårdsservicen idag?.....	40
8 Slutsatser	46
Figur 1 Processkarta över K5:s kärn- och stödprocesser	29
Figur 2 Vilka av följande social- och hälsovårdstjänster borde din kommun satsa på? Prioritering inom K5.	41
Figur 3 Satsning på stödtjänster för barn och unga. Samtliga svarare och Österbottniska regioner.	43
Figur 4 Satsning på familjeservice, stöd i familjekriser. Samtliga svarare och Österbottniska regioner.	43

Figur 5	Satsning på service för äldre. Samtliga svarare och Österbottniska regioner.	44
Figur 6	Service i min kommun borde utvecklas genom (följande åtgärder)..... K5 – kommunerna i prioriteringsordning.	45
Tabell 1	Försörjningskvoterna i K5-kommuner 2010, 2020, 2030.	19
Tabell 2	Befolkningen inom K5 samt antal och andel av 65, 75 och 85 år fyllda 31.12.2010	21
Tabell 3	Befolkningsprognos för K5-kommuner 2020 och 2030 samt antal och andel av 65, 75 och 85 år fyllda under samma år.	21
Tabell 4	Organisering av socialvårdens service i när- och regionalservice med beaktande av kunskapskrav. Exempel på serviceformer.	38

Förord

Föreliggande rapport *Om vi inte vet vart vi ska, är det lätt att gå vilse - På jakt efter välfärd för invånare inom Kust-Österbottens samkommun* är den sista utvärderingsrapporten inom ramen för projektet *Gemensam social- och hälsovårdsservice, samarbete, samverkan framgång? – utvärdering av en process* (Utvärderingsprojektet) som pågått under tiden 1.1.2009 - 31.12.2011. Rapporten fokuserar på de utmaningar K5 har nu och i framtiden.

Målsättningen med projektet har varit att stöda kommunerna i uppföljningen och utvärderingen av arbetet med att skapa starkare grund för arrangerandet av service och serviceproduktion inom samarbetsområdet Malax, Korsnäs, Kaskö, Närpes, Kristinestad. Utvärderingsprojektet har genom deltagande utvärdering följt upp dessa utvecklingsprocesser. Projektet har strävat efter att stöda förändringsprocessen genom att delta i olika arbetsgrupper och genom att ordna utvecklingsdagar samt genom att producera nyttig information för samkommunen K5.

Projektet har förutom denna rapport, gett ut en omfattande utvärderingsrapport *Social- och hälsovårdsservice under förändring i Kust-Österbottens samkommun 2009-2010*. Projektet har vidare gett ut fyra rapporter av vilka två handlar om de äldres hälsa och livsvillkor. En rapport kartlägger läkarnas och tandläkarnas åsikter om organisering av arbetet och slutligen en rapport i vilken intervjuer med ledare inom äldreomsorgen och dagvården sammanställdes. Intervjuerna gjordes i samarbete med studerande vid Yrkeshögskolan Novia.

Att sitta i samma båt, i betydelsen att vara i samma (ibland svåra) situation som någon annan, har under projektets gång använts för att beskriva mer än en av alla samtidigt pågående processer inom K5. För att komma ur en svår situation krävs samarbete. Och samarbete kräver i sin tur ett gemensamt mål och samsyn om hur målen ska uppnås. Goda tillvägagångssätt inom projektet har varit att samla personal från olika kommuner och sektorer till gemensamma utvecklingsdagar, vilket bidragit till ökat samarbete och dialog dem emellan. Dessa insatser har hållit processerna igång, skapat samhörighet och bidragit till en gemensam syn om K5. För att samarbetet ska lyckas på

lång sikt är det viktigt att fortsätta arbetet med tydliggöra målet och den gemensamma vägen för förändringsprocessen. Arbetet med att ställa in, eller finjustera kompassens riktning, återstår ännu för K5. I detta arbete önskar vi inom projektgruppen K5 all lycka!

Vi vill rikta ett stort tack till projektparterna, Åbo det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området (FSKC) och Yrkeshögskolan Novias enhet för ett givande samarbete. Vi vill i detta sammanhang även tacka ledning och förtroendevalda inom samkommunen K5 och kommunerna inom K5 för deras stöd både finansiellt och innehållsligt. Sist men inte minst riktar vi också ett tack till den Europeiska regionalfonden (ERUF) som med det finansiella stödet gjort projektet möjligt.

Vasa, 23 mars 2012

Anna Smirnoff
projektkoordinator

Centret för livslångt lärande vid Åbo Akademi och Yrkeshögskolan Novia

1

Inledning

Denna rapport är den andra rapporten inom ramen för projektet: "Gemensam social- och hälsovårdsservice, samarbete, samverkan framgång? – utvärdering av en process" (Utvärderingsprojektet) som pågått under tiden 1.1.2009-31.12.2011.

I den första rapporten: "Social- och hälsovårdsservice under förändring i Kust-Österbottens samkommun" beskrevs utgångspunkterna och förändringsprocessen inom samkommunen samt gjordes en utvärdering av processens framgång och hinder (Pihlajamäki & Sjöström, 2011). I rapporten redogjordes för arbetet med förnyandet och omstrukturering av service inom K5 och den utveckling som skett under de första åren av samkommunens existens.

Utvärderingens syfte har varit att genom deltagande utvärdering följa upp skapandet av K5 och utvecklingen av social- och hälsovårdens service samt att stöda det förändringsarbete som utförs inom K5 (Se närmare Pihlajamäki & Sjöström, 2011,17 ff).

Kust-Österbottens samkommunen för social- och primärvård, K5, bildades år 2008. Detta skedde ett år efter att fullmäktigeförsamlingarna i Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad hade fattat beslut om att bilda ett gemensamt samarbetsområde för primärvården och uppgifter i nära anslutning till den inom socialvården. Beslutet var inte enhälligt.

De första åren av verksamhet inom K5 kan karakteriseras som att ro i motvind. En broms har varit att de politiska beslutsfattarna inte har en samsyn om K5 och dess mål. Detta kommer tydligt fram i diskussionen om K5:s framtid i kapitel 2 i denna rapport. Beslutsfattandet på lokal- och regionalnivå har inte heller underlättats av nationella beslut – tvärtom. Under rubriken: "Hur ställer K5 in kompassens riktning?" redogörs för den diskussion som fördes om K5:s framgångsfaktorer på seminariet som projektet arrangerade tillsammans med samkommunens ledning i november

2011. De framtidsfrågor som diskuterades är oberoende av kommunstrukturen mycket centrala för invånarna och därför måste nya lösningar för att säkerställa servicen tas fram.

För närvarande (våren 2012) pågår en politisk dragkamp om kommun- och strukturreformen och varierande modeller för reformen föreslås från olika ministerier och Finlands Kommunförbund. Detta medför stor osäkerhet inom hela det kommunala fältet och kan leda till att förändringsarbetet avstannar. Arbetet med reformen tog ny fart i och med Jyrki Katainens regering (2011-2015). Den nya reformen ska svara mot 2020 –talets utmaningar, den ska trygga finansieringsunderlaget för de kommunala tjänsterna och den ska förbättra den offentliga ekonomins hållbarhet. (Finansministeriet, 2.9.2011). När det gäller de närmaste årens utmaningar säger Finansministeriet i sin ekonomiska översikt att finanskrisen har gjort den offentliga ekonomin ännu sårbarare när det gäller att svara mot det utgiftstryck och den minskning av skatteunderlaget som följer av befolkningsåldrandet. Tryggandet av den offentliga ekonomins hållbarhet utgör alltså en ännu svårare utmaning än tidigare. Försörjningskvoten tvingar Finland till kommunremont, rubricerade Helsingin Sanomat sin ledare träffande gällande utgångsläget för kommun- och strukturreformen (Helsingin Sanomat, 28.11.2011).

I början av februari 2012 lade regeringens arbetsgrupp fram sitt förslag till ny kommunindelning. Enligt förslaget skulle Korsnäs och Malax höra till den nya kommunen kring Vasa medan Kaskö, Kristinestad och Närpes skulle bilda en gemensam kommun. (Finansministeriet, 2012).

Social- och hälsovårdsministeriet har definierat ett socialt hållbart Finland 2020 som det strategiska målet för vårt land. Ett socialt hållbart samhälle kännetecknas av att människorna behandlas jämlikt, att människorna är delaktiga och att samhället stöder hälsan och funktionsförmågan. Social hållbarhet förutsätter en fungerande social trygghet. (SHM, 2011, 2-3).

Hur kommer K5-kommunerna att kunna säkerställa jämlik service inom social- och hälsovård? Svar på denna fråga sökes från den nya strategin för samkommunen för åren 2012-2015.

Ett tyngdpunktsområde för denna rapport är befolkningsutvecklingen. Andelen äldre i K5-kommunerna är redan nu högre än i landet i genomsnitt.

Enligt prognoserna kommer andelen äldre av alla invånare i K5 - kommunerna att vara mycket hög bara inom några år. Det är sålunda en betydande strategisk fråga hur kommunerna skall kunna erbjuda adekvat och jämlik service åt alla. I denna rapport (kapitel 4) redogörs för de äldres livsvillkor utgående från två inom ramen för detta projekt utgivna rapporter. Även resultat från den finlandssvenska Barometern om invånarnas tillfredsställelse med social- och hälsovårdsservicen presenteras.

2

Framtiden i egna händer?

”Framgångsfaktorer för K5 – Ledarforum” hette det avslutande seminariet för Utvärderingsprojektet som hölls i november 2011.² De mest diskuterade teman på seminariet blev bristande kunnskap om det arbete som görs inom samkommunen och den bristande samsynen om K5:s mål.

Frågan om information och kommunikation diskuterades och kommenterades både av föredragshållarna och av arbetsgrupperna. Samkommunens svåra förhållande till media har under hela perioden (2009-2011) för detta Utvärderingsprojekt diskuterats många gånger både i styrgruppen för projektet och bland ledande tjänstemän. Det har framförts hur illa media behandlar samkommunen, hur svårt det är att få fram riktig information. Det har ansetts att pressen har tagit som sin roll att vara ifrågasättande och kritisk till K5, medan man kanske mera sällan hör kritik över beslut som tas i andra samkommuner. En förklaring till den kritiska inställningen gavs av ordförande för K5:s fullmäktige Carl-Gustaf Mangs:

”Orsaken till detta är som jag ser det är att vi i princip tvingades in i en samkommun eller en dylik organisation av staten via KSSR processen. Vi måste bilda samarbetsområden med minst 20000 invånare. Detta gjordes på olika sätt i Finland. Beslutgången i kommunerna om vart man skulle vända sig kring samarbetet kunde vara mycket uppslitande. Fullmäktigemedlemmarna hade olika uppfattningar om vad som skulle vara bäst för den egna kommunen. Oftast kunde detta i primärkommunerna sluta med omröstningar som kunde bli mycket jämna. Den förlorande sidan försökte och har hela tiden försökt hitta fel och brister i den nybildade samkommunen”. (Mangs 2011). Han fortsatte analysen med att säga att kunskapen om K5 är väldigt svag hos förtroendevalda: ”För att få kritiken att tystna, borde vi komma mera ut till människorna”. Mangs menade också att förtroendevalda är lata att gå på informationsmöten och har därför bristfällig information.

² Talare på seminariet var Carl-Gustaf Mangs, Jarkko Pirttipä, Pirjo Wadén, Peter Riddar, Ralf Häggqvist och Annette Tallberg. Som ordförande fungerande Siv Saarukka. Programmet och alla föredrag finns på webbplatsen www.kfem.fi.

"K5 har missat att marknadsföra det som händer inom samkommunen på ett bättre sätt. Både förtroendevalda och ledningen får se sig i spegeln", sade seminariedeltagaren Hans Ingvesgård från Kristinestad.

Ledande läkare Peter Riddar kommenterade informationsproblemet med att säga: *"Det är vi som skall marknadsföra den verksamhet vi har. Vi skall identifiera oss med det vi håller på med. Det är inte medias uppgift."* (Riddar, 2011)

Diskussionen om informations- och kommunikationsproblemen fortsatte och blev det ena viktiga temat i de fyra arbetsgrupperna som sammanträdde under seminariedagen.

- Man ansåg att kommunerna själva borde vara aktiva och föra ut informationen inom kommunen och inte vänta och se vad som skall hända inom K5. Men även K5 kunde vara aktivare och komma ut med nyhetsbrev/månadsinfo både till förtroendevalda, ledningen i kommunerna och ledande tjänsteman. Informationen borde gå i båda riktningarna. Därtill borde man försäkra sig om att informationen inte stannar hos ledarna utan når fram även till personalen. Ett förslag var att engagera lokal-TV. Mera information om K5:s hemsida och dess material behövs också. Det föreslogs en länk från kommunernas hemsida till K5:s webbplats.
- En starkare identifikation med K5 efterlystes i en av grupperna: K5 är vi! Man borde förstå att ro åt samma håll. Hur skapa vi-anda?
- Efterlystes ett brukarperspektiv vid planering av service.
- Samarbetet mellan olika samkommuner dryftades och frågan om hur säkerställa en utvecklande samverkan mellan K5 och primärkommunernas nämnder ställdes.
- Hur utnyttja teknologin för att utöka samarbete och kunnande i regionen?
- Alla arbetsgrupper tog även upp behov av samsyn hos politiker. Hur avstå från politisk och lokal egoism, frågades.

Brist på förtroende bland politiker för K5 kommer tydligt fram i den studie Annette Tallberg har utfört för projektet i sin avhandling pro gradu. Enligt de resultat hon presenterade vid seminariet är hela 46 procent av de förtroendevalda helt eller delvis av samma åsikt gällande påståendet: "Det råder misstro mellan medlemskommunerna inom K5" och endast en fjärdedel av respondenterna är av annan åsikt. För påståendet: "En del

medlemskommuner driver sina egna intressen på bekostnad av samkommunen” är 70 procent av respondenterna helt eller delvis av samma åsikt. Gällande samarbetet inom K5 anser trefjärdelar av de förtroendevalda som besvarat enkäten att inrättandet av samkommunen har förbättrat samarbetet över kommungränserna och att K5 har medfört förändringar i verksamheten på gräsrotsnivå.(Tallberg, 2011).

Det politiska stödet för K5 har delvis varit svagt. Det råder oklarhet om vad man strävar efter med K5 och fortfarande finns det till och med okunskap om vad samkommunen K5 är. Detta påverkar tjänstemännen som skall utföra förändringsarbetet. *”Åsikterna från högsta ledningen går ända ned och avgör stämningen och åsikterna om K5”,* påminde Ralf Häggqvist om i sitt anförande (Häggqvist, 2011).

Osäkerhet om vad staten vill kom upp under debatten, men samtidigt anser man att det inte skall få påverka verksamheten inom K5. *”Vi har haft ett bra samarbete och bättre blir det hela tiden. Vad än staten kommer att säga, så vill vi fortsätta med detta samarbete”,* sade seminariedeltagaren Christina Nygård från Malax.

Bristen på en samsyn om målet med samkommunen kom sålunda tydligt fram på detta seminarium. Det är därför inte överraskande att ledande tjänstemän fortfarande efter drygt tre år efter samkommunens grundande måste återkomma till frågan om vision och mål.

Chefen för vård- och omsorg inom K5 Pirjo Wadén sade i sitt anförande gällande samsynen bland annat att: *”Vi behöver en gemensam kompass (K5!) och ett uttalat övergripande mål, för att vi inte gör fel prioriteringar, utan prioriteringar som är konsekventa och ur ett helhetsperspektiv framstår som de mest rimliga och fungerande.”* (Wadén, 2011b)

”Kan vi formulera oss gemensamt till det nya? Kan vi ge K5 förtroendet att föra oss till det nya?” frågade i sin tur planeraren för den psykosociala enheten Ralf Häggqvist (2011).

I Utvärderingsprojektets första rapport som beskriver K5:s utvecklingsarbete under åren 2009 - 2010 lyftes problemet med otydliga mål fram som en central brist. (Pihlajamäki & Söderström, 2011). Brist på

ett tydligt uttalat mål skaver fortfarande inom K5 och gör ledandet av K5 till en mycket krävande uppgift. Även om man är överens om att förändring måste få ta tid, är det en orimlig uppgift för tjänstemannaledningen att genomföra det krävande förändringsarbetet, när det gemensamma målet inte är tydligt formulerat. Dessutom finns risk för fel åtgärder: *”Om vi inte vet vart vi ska, är det lätt att gå vilse”* (Wadén, 2011b).

Vad vill K5 skapa? Detta måste alla veta, sammanfattade seminariets ordförande Siv Saarukka diskussionen. Strukturen för samkommunen K5 måste bli tydlig så att alla kan identifiera sig med den. Dessutom måste man jobba med kulturen, sade hon. Kulturen består av normer, av våra värderingar och attityder och vårt förhållningssätt.

På basis av seminariedagen kan följande hinder för framgång inom K5 listas:

- bristande samsyn om K5 bland politikerna
- otydligt uttalad målsättning för K5.
- bristande förtroende för samkommunen hos förtroendevalda
- bristande identifikation med samkommunen
- bristande information och kommunikation om samkommunen.

2.1 Hur ställer K5 in kompassens riktning?

Direktör Jarkko Pirttipä talade på seminariet (22.11.2011) om en räddningsplan för K5. Han påminde åhörarna om att folkhälsolagen (1972) är gammal och att vårt hälsovårdssystem sålunda härstammar från 70 -talet. Systemet behöver förnyas, men ingen har presenterat en ny fungerande modell. Ralf Häggqvist var på samma linje: *”Vi inser att vi behöver förändring, men vi har inte samma sug som på 70- talet”*. (Häggqvist, 2011)

Den nödvändiga förnyelsen ligger i egna händer, sade Pirttipä och poängterade att det viktigaste är att göra en plan och hitta nya lösningar för framtiden. En välfärdsorganisation 2013 utan gränser, satte han som mål och visionerade att K5 -modellen blir något som andra kan ta modell efter.

Pirttiperäs räddningsplan för K5:

- Vi testar olika servicekoncept, först gör vi själva.
- Vi sköter om de äldres utmaningar (målsättning: K5-geriatriskt kunskapscenter, K:stad).
- Flexibla tjänster för barnfamiljers behov.
- Tillgodose befolkningens mentala hälsa (en investering).
- Invandringen framtida resurs för hälsovården.
- Offentliga servicen ansvarar för hela befolkningens välfärd, hälsovårdscentralerna blir åter kompetenscentrum för folkhälsoarbetet.
- Arbetslivet ser annorlunda ut i framtiden, fritiden måste anpassas ännu bättre i planeringen av social- och hälsovårdsbranschen.
- Fokus måste flyttas till tjänsternas användare, beskriva serviceprocesser.
- Strukturernas utseende kommer i andra hand.
- Service åt själva system, som lider av vissa symptom.
- Välfärdsorganisation år 2013.

(Pirttiperä, 2011)

Ledande läkare Peter Riddar var i sitt anförande (22.11.2011) mycket kritisk till dagens sätt att producera hälsovårdsservice. Han efterlyste mera expertis i vården i stället för endast "vänlig" service. Från servicekiosker till expertorganisation var hans devis. Vad skall vi göra för att nivån på vården höjs, vilken typs organisationer skall vi ha, frågade han och svarade att vi behöver läkare med bred kompetens, bättre samarbete och nytänkande. Viktigt att servicen organiseras så att människorna kommer till läkare endast då när de har ett medicinskt problem.

Vad behöver K5-området? Wadén sade i sitt anförande (22.11.2011) att trots att K5-området är avståndsmässigt långt och smalt samt delvis glesbyggt, har befolkningen många likheter och gemensamma utmaningar, utvecklandet av service borde inte vara således svårt. (Den åldrande befolkningen är en sådan gemensam utmaning (se närmare kap 4).

Pirjo Wadén sammanfattar sitt anförande så här: *”Vägen till välfärd och -befinnande för samkommunens invånare fordrar vilja, tillit, samverkan och ärlighet samt öppenhet inom K5-kommunerna: att bakgrundsfaktorer är utredda, att vi vet vad som hotar välfärden och att dessa hot korrigeras och den offentliga servicen förbättras.”* (Wadén, 2011b)

De ledande tjänstemännen och den nya strategin för K5 lyfter nu starkt fram framtidsperspektivet. I dag planeras 2020 -talets service. Vilka är behoven då?

I november 2011 tog styrelsen för K5 del av en ny strategi för åren 2012-2015. Strategin uppmanar till diskussion om värden. Man konstaterar att utformningen av visionen för Kust-Österbottens samkommun inte längre kan utgå från medlemskommunernas gränser, utan de grundläggande antagandena måste basera sig på befolkningens behov utan kommungränser. Den nya strategin tar nu fasta på förändringar och utmaningar i befolkningsstrukturen och dess konsekvenser för servicen. I strategin konstateras träffande *”I framtiden kommer det att vara omöjligt att ordna vården av äldre med nuvarande strukturer, och samkommunen bör sammanställa en regional plan/strategi för uppbyggandet av äldreomsorgen som beskriver nuvarande kompetens och presenterar en ny grund för äldreomsorgsservicen”*. (K5-strategi, 2012-2015).

En av de mest utmanande frågorna för kommunerna inom K5 är verkligen hur man ska klara av att ta hand om de gamla. En stor ökning av antalet äldre kommer att ske inom det närmaste och det därpå följande årtionde, vilket framgår i kapitel 3.

Hur samkommunen kommer att utvecklas, beror allt mera på områdets funktionella, sociala, ekonomiska och kulturella resurser. I ett välfärdsprogram för K5 borde man sträva efter att realisera områdets egna potentiella möjligheter istället för att prognostisera framtiden på basis av det förflutna.

Centrala faktorer blir då hur flexibel och anpassningsbar produktionen är, hur bra man når området trafikmässigt, om området är i centrum för informationsflöden, den ekologiska hållbarheten och människors livskvalitet, trygghet och personliga valmöjligheter. (Kinnunen, 2003, 163).

3

Försörjningskvoten – en verklig utmaning för K5

Befolkningen åldras snabbare i Finland än i något annat EU-land. Den arbetsföra befolkningen (15-64-åriga) började enligt Statistikcentralens befolkningsprognos (2009) att minska redan 2010 då den första stora årskullen, de som föddes 1945, fyllde 65 år. Den fortsätter att minska kraftigt under hela 2010-talet och minskar något mindre på 2020-talet. (Finansministeriet, Ekonomiska utsikter, 2011).

Under en allt sämre ekonomisk tillväxt bör sålunda en allt mindre del av befolkningen ta ansvar för hela befolkningens välfärd. Detta förhållande uttrycks med en demografisk försörjningskvot som anger barnens och äldres andel av människor i arbetsför ålder.

Försörjningskvoten i Finland har stigit så småningom allt sedan mitten av 1980-talet. År 2010 var försörjningskvoten för hela landet 51,6, det betyder att en arbetsför skulle försörja cirka 0,5 övriga personer. Den demografiska försörjningskvoten uppvisar stora regionala och kommunala skillnader. I landskapsperspektiv varierar försörjningskvoterna för närvarande mellan 43 i Nyland och 58 i Södra Savolax. Skillnaderna mellan kommunerna är ännu större. I kommuner med många invånare är försörjningskvoterna i regel fördelaktigare än i kommuner med få invånare. (Finlands Kommunförbund, 2012).

Under den första fasen av kommun- och servicestrukturreformen har inte förändringar i befolkningsstrukturen och i försörjningskvoten tagits upp så starkt som nu. Minister Henna Virkkunen presenterade kartor över förändringar i försörjningskvoten under de två kommande decennierna i de finländska kommunerna i början av september 2011. År 2010 var det relativt få kommuner vars försörjningskvot var över 71 medan situationen år 2030 kommer att vara den motsatta: få kommuner har en kvot under 71. En kvot på 71 och över kan anses vara en alarmerande nivå.

De demografiska försörjningskvoterna i K5 –kommunerna låg under 71 i alla kommuner år 2010, men förändringarna i befolkningsstrukturen kommer att höja kvoterna markant.

Tabell 1 Försörjningskvoterna i K5-kommuner 2010, 2020, 2030.

	2010	2020	2030
Kaskö	52,8	101,6	125,0
Korsnäs	61,1	68,7	72,4
Kristinestad	60,6	92,9	116,2
Malax	62,5	76,1	80,0
Närpes	64,9	77,0	81,1

Källa: Statistikcentralen, StatFin databas, 7.11.2011

År 2020 har alla andra kommuner förutom Korsnäs en försörjningskvot som är över Finansministeriets "alarmgräns" 71. Särskilt Kaskö och Kristinestad föräldras mycket snabbt. Att det är fråga om andelen äldre som växer, redovisas i tabell 3.

Efterfrågan på service kommer att öka trycket på den offentliga ekonomin. Under år 2009 var K5-kommunernas nettoutgifter för social- och hälsovårdsväsendet ungefär på samma nivå som i hela landet med undantag för Korsnäs. I hela landet var nettoutgifternas andel 64,8 %, i Österbotten 60,8 % och i K5-kommunerna följande: Kaskö 57,7%, Kristinestad 60,1 %, Malax 61,0 %, Korsnäs 70,9 % och Närpes 62,0 %.

Social- och hälsovårdens nettoutgifter per invånare var år 2009 i hela landet i genomsnitt 3066 euro/invånare och 3073 euro/invånare i Österbotten. Endast Malax överskred (3134) genomsnittstalen medan alla andra K5-kommuner låg år 2009 under genomsnittet. (Sotka-statistik, 2011) Nettoutgifterna kan variera från år till år och sålunda borde en utgiftsanalys göras för en längre period än vad här är möjligt.

I K5-kommunerna står statsandelarna för en stor del av inkomstbasen: år 2010 i Korsnäs utgjorde statsandelarna drygt 40 % och i Kristinestad, Malax och Närpes knappt 40 % av inkomstbasen (Finansministeriet, 2012).

En avgörande fråga är om det genom kommun- och strukturreformen är möjligt att minska det framtida trycket på de offentliga utgifterna. I en första granskning av kommunsammanslagningarnas och strukturreformens ekonomiska verkningar inom Paras-ARTTU-forskningsprogrammet konstaterar forskarna, att det ännu är för tidigt att ange exakta kommunalekonomiska verkningar. Forskarna undersökte om de 40 ARTTU-kommunernas ekonomi hade förändrats under 2007-2010 när kommun- och servicestrukturreformen varit i kraft. Generellt sett kan sägas att kommunsammanslagningar till en början innebär fler utgifter än inkomster, men sammanslagningen kan ses som en investering för framtiden, som på längre sikt ger inbesparingar. Inom vilken tidsperiod nyttan kommer att överstiga kostnaderna, är enligt forskarna svårt att säga. Forskarnas konklusion är att en sammanslagning eller ett samarbetsområde börjar få en netto nytta när de nya strukturerna har stabiliserat sig så att man kan effektivisera serviceproduktionen och ledarskapet samt då den ekonomiska basen har förstärkts. En central faktor är sålunda hur man arrangerar och organiserar servicen. Särskilt volymen och storleken på de enheter som producerar service har betydelse. (Kallio m fl. 2011, 5-7, 128-129).

3.1 Befolkning – siffrorna talar för sig

Inom samkommunen bor närmare 26 000 invånare. På ett 20-års perspektiv hålls invånarantalet inom K5 ungefär på samma nivå, men i de olika kommunerna varierar befolkningsmängden. Enligt prognosen (tabell 3) minskar befolkningen i Kristinestad och Närpes medan befolkningen ökar i Malax och Korsnäs och även lite i Kaskö. En viktig fråga när det gäller social- och hälsovårdsservicen är vad som händer med åldersstrukturen i K5-kommunerna. Behovet av strukturändringar motiveras ofta med att andelen äldre blir så stort att det är svårt att säkerställa service utan förändringar både i kommunstrukturen och i servicestrukturen. I tabell 2 och 3 redovisas andelen äldre i respektive kommun och inom hela K5.

Tabell 2 Befolkningen inom K5 samt antal och andel av 65, 75 och 85 år fyllda 31.12.2010

	År 2010	65 + (%)	75 + (%)	85 + (%)
Kaskö	1467	349 (24,4)	133 (9,3)	37 (2,6)
Kristinestad	7095	1881 (26,3)	974 (13,6)	300 (4,2)
Korsnäs	2236	536 (23,7)	301 (13,3)	121 (5,4)
Malax	5593	1322 (23,6)	703 (12,5)	277 (4,9)
Närpes	9415	2430 (25,8)	1326 (14,1)	426 (4,5)
K5- totalt	25806	6518 (25,2)	3437 (13,3)	1161 (4,5)

Källa: Statistikcentralen, StaFin databas, 7.11.2011

Andelen äldre (65 +) inom K5 -kommunerna är redan mycket hög (25 %). Jämför man med motsvarande siffror för hela landet kan man se att den åldrande befolkningen i samkommunen K5 är en betydligt större utmaning än i landet i genomsnitt: Andelen 65 år fyllda var år 2010 i hela landet 17 % och i Österbotten 19 %.

Inom de följande 10 - 20 åren kommer det att ske stora förändringar i åldersstrukturen så som framgår ur tabell 3.

Tabell 3 Befolkningsprognos för K5-kommuner 2020 och 2030 samt antal och andel av 65, 75 och 85 år fyllda under samma år.

	2020	65 + (%)	75+ (%)	85+ (%)	2030	65+ (%)	75+ (%)	85+ (%)
Kaskö	1494	600 (40,1)	237 (15,9)	51 (3,4)	1550	708 (45,7)	433 (27,9)	111 (7,2)
K-stad	6527	2443 (37,4)	1134 (17,4)	364 (5,6)	6325	2706(42,8)	1635 (25,8)	479 (7,6)
Korsnäs	2337	607 (26,0)	285 (12,2)	97 (4,1)	2465	686 (27,8)	388 (15,7)	117 (4,7)
Malax	5877	1599 (27,2)	777 (13,2)	247 (4,2)	6166	1805(29,3)	1075 (17,4)	341 (5,5)
Närpes	9156	2707 (29,5)	1403 (15,3)	484 (5,3)	9058	2829(31,2)	1712 (18,9)	584 (6,4)
	25391	7956 (31,3)	3836 (15,1)	1243(4,9)	25564	8734(34,2)	5243 (20,5)	1632 (6,4)

Källa: Statistikcentralen, befolkningsprognos, StatFin databas, 7.11.2011

Enligt Statistikcentralens prognos för år 2020 kommer andelen 65 år fyllda i hela landet och i Österbotten att vara cirka 23 %, men inom K5-kommunerna kommer andelen att vara närmare en tredjedel (31 %).

För år 2030 är prognosen för andelen 65 år fyllda i hela landet 26 % och för Österbotten 25 % och för K5-kommunerna 34 %. Särskilt i Kaskö och Kristinestad kommer andelen 65 år fyllda att vara mycket hög, i båda kommunerna kommer den äldre befolkningens (65 +) andel att vara över 40 % inom knappa 20 år. Andelen personer över 75 år kommer i Kaskö och Kristinestad att vara över en fjärdedel av befolkningen.

En stor ökning av antalet av de allra äldsta sker mellan åren 2020 och 2030. Under den perioden beräknas antalet 85 åringar och äldre öka med ca 400 personer. Efterfrågan på vård ökar vid högre ålder, till exempel räknar man i allmänhet att en tredjedel av de 85 år fyllda eller äldre har svår eller medelsvår demens som kräver vård.

En av de mest utmanande frågorna för kommunerna inom K5 är sålunda hur man ska klara av att ta hand om de gamla. När vi dessutom vet att inte heller nivån på dagens äldrevård överallt är anständig, kommer det att kräva stora satsningar för att ens behålla dagens nivå på äldreomsorgen.

4

Äldres funktionsförmåga och boende – två viktiga framtidsfaktorer

Inom Gerda Botnia -projektet genomfördes både år 2005 och år 2010 en enkätstudie om äldres hälsa och livsvillkor.³ I detta kapitel belyses några av resultaten från studierna för att ge ett underlag för diskussionen om hur äldres funktionsförmåga och boende kan tänkas se ut i framtiden .

Vad anser de äldre om sin hälsa och sina livsvillkor? De äldre i K5 - området var överlag nöjda med sina liv, inga åldersrelaterade skillnader kunde heller ses. Förtroendet för äldrevården var högre i K5 området än bland äldre i övriga Österbotten. Andelen som har litet förtroende för äldrevården var störst i Kristinestad. (Nygårdas m fl., 2011).

Den upplevda hälsan anses allmänt vara en bra indikator på hälsotillståndet. Det försämrade hälsotillståndet ökar efterfrågan på service. Frågor om den upplevda hälsan ställdes i Gerda –enkäten år 2005. Över hälften av 65 åringar i K5 –kommunerna upplever sin hälsa åtminstone god medan andelen bland 75 åringar är 37 procent eller med andra ord cirka två tredjedelar av 75 åriga personer upplever sin hälsa någorlunda eller dålig (Wentjärvi och Pellfolk, 2010).

³ Informationen till detta kapitel är hämtad från två rapporter om äldres hälsa och livsvillkor inom K5-kommunerna, som är sammanställda för detta projekt (Utvärderingsprojektet). Rapporterna är utgivna av Yrkeshögskolan Novia. Den första rapporten, som är skriven av Annika Wentjärvi och Tony Pellfolk beskriver äldres hälsa och livsvillkor och familjearbete inom K5-området, baserar sig på tidigare datainsamlingar inom "Gerda" projektet och inom projektet "För eget hem". Materialet till rapporten är sammanställt för K5 från Gerda – enkäten 2005. Gerda -enkäten riktade sig till personer i åldrarna 65 och 75år i Österbotten och Västerbotten. Gerda är en förkortning av Gerontologisk regional databas och resurscentrum. Enkäten besvarades i K5 området av 299 personer. År 2010 skickades Gerda-enkäten till alla personer i åldrarna 65, 70, 75 och 80 i 17 kommuner i Österbotten. Det sammanlagda antalet svar i Österbotten uppgår till 3059 personer. I K5 området är svarsantalet 610 personer. Resultat från studien presenteras i en rapport som är skriven av Nygårdas, Pellfolk och Wentjärvi 2011.

I undersökningen "För eget hem" som omfattade åldersgruppen 75-79 åringar upplevde drygt hälften att hälsan var någorlunda eller dålig. Cirka två tredjedelar av den äldre gruppen (75-79 år) anger att de haft regelbunden kontakt med läkare/vårdare, vanligast är 1-2 gånger per år, månatliga kontakter hade en fjärdedel av respondenterna. (Wentjärvi och Pellfolk, 2010).

I Gerda –studien från år 2010 visade det sig att det finns relativt stora skillnader mellan kommunerna inom K5 när det gäller andelen äldre som vårdats på sjukhus (9-25%), andelen som besökt läkare (53-72%) och andelen som besökt tandläkare (54-73%). (Nygårdas m fl., 2011).

Majoriteten av de äldre i K5-området bor i egnahemshus (mellan 76-87%), medan motsvarande siffra för äldre i övriga Österbotten låg på 59%. De flesta av de tillfrågade bor också tillsammans med någon, oftast bor de med make/maka eller sambo. Majoriteten av de äldre är också nöjda med sitt boende.

Att ha någon närstående är en viktig del av det sociala livet och utgående från forskningsresultat konkluderar forskarna att make/maka/sambo/särbo samt barnen är viktiga för att de äldres vardagsliv skall kunna fungera. Däremot är kontakten till HVC-personal och hemtjänst bland äldre mellan 65-80 år förhållandevis låg. (Nygårdas m fl, 2011).

Hur äldre i åldrarna 75-79 klarar olika vardagssituationer såsom att röra sig i hemmet och röra sig ute och gå i trappor, kartlades i intervjustudien "I eget hem". De flesta klarar de nämnda situationerna bra, utom gällande svårigheter att gå med trappor, som 41 % uppgav att de hade svårigheter med. Enligt uppgift hade 68 procent trappor ute och 42 procent inne. De flesta säger sig fortfarande röra sig bra såväl inom- som utomhus, men att röra sig i trappor innebär ett hinder. Samtidigt har majoriteten trappor i sina hem. Trappor kan utgöra ett hinder för de äldres vardagliga liv och således kan trapporna även utgöra en brist i de äldres livskvalitet vid hemmaboende länge. (Wentjärvi & Pellfolk, 2010).

De äldre har en livsstil med olika former av aktiviteter, men hur ofta de utför aktiviteterna framkommer dock inte utgående från enkäten. Forskarna intresserade sig också för vad de tillfrågade skulle vilja göra. Av de som

besvarat frågan har de flesta angett resa och nöjen, som aktiviteter som de inte utför, men skulle vilja. 10 % vill men kan ej. (Wentjärvi & Pellfolk, 2010)

På basis av undersökningarna år 2005 har forskarna sammanställt en lista över utmaningar angående utökat hemmaboende (alla svarande <80 år):

- Majoriteten bor i egnahemshus
- En stor del bor ensamma
- Anhöriga bidrar med hjälp (många har anhöriga på nära avstånd)
- 25% har svårt att resa sig ur stol
- 41% har svårt att gå i trappor
- 29% har svårt att röra sig utomhus
- Hälsan är någorlunda/dålig (över 75 åriga)
- Var tredje har fallit under det senaste året
- Var tredje lider ibland/ofta av ensamhet
- Nästan hälften har svårt att få ekonomin att gå ihop
- Information om tjänster och förmåner upplevs som bristfällig
- Det finns en större andel ensamboende bland 75-79 åriga personer jämfört med 65 och 75 åriga personer. Den äldre gruppen besöker också läkare mer ofta och har ett större hjälpbehov.
- Att de anhörigas hjälpinsats uppmärksammas är viktigt, eftersom denna ter sig betydande.

(Wentjärvi & Pellfolk, 2010, 44)

4.1 Äldres hemmaboende minskar trycket på vårdkostnader

I Isabella Nymans rapport (2010, 35-38) inom projektet Äldrecentrum Österbotten finns jämförande uppgifter om andelen äldre som får regelbunden hemvård. Uppgifterna baserar sig på statistik från SOTKA-databasen. Andelen 75-åringar och äldre som år 2009 fick regelbunden hemvård varierar i K5-kommunerna mellan 7.2 % till 17.2 %. Andelen är

lägst i Kristinestad och högst i Närpes. Den nationella rekommendationen är att 13-14 % av 75-åringar och äldre skall få regelbunden hemvård. Man kan sålunda notera att Närpes har satsat på hemvården medan Kristinestad ligger långt efter. Det samma gäller för 85 åringar och äldre. I hela landet är andelen som får regelbunden hemvård ca en femtedel, i Närpes ca en tredjedel, i Kaskö och Korsnäs ca en femtedel medan andelen i Kristinestad och Malax är endast cirka 16 %. I Malax, Korsnäs och Kaskö är andelen hemmaboende äldre (75 +) cirka 87-88 % medan andelen i Närpes och Kristinestad är cirka 91 %. Det nationella målet är att 91-92 % av äldre skulle bo hemma. Här bör ännu noteras att i Kristinestad är andelen äldre som bor hemma på god nivå, medan andelen som får regelbunden hemvård mycket låg.

En stor del av kostnaderna för äldrevården används för vård på anstalt. Kostnader för anstaltsvård har sålunda en avgörande betydelse för totalkostnaderna. Vård och omsorg av en åldring som bor hemma är förmånligt jämfört med anstaltsvård. (Ikääntymisraportti, 2009, 217) Kommunerna borde således överväga olika insatser som upprätthåller äldres funktionsförmåga och senarelägger behovet av anstaltsvård.

5

Förnyandet av social- och hälsovårdsservicen inom K5

Styrelsen för K5 har i november 2011 tagit del av en strategi för samkommunen för åren 2012-2015. Den nya strategin fokuserar starkt på behovet att förändra och utveckla servicen inom K5 (K5 –strategi 2012-2015). Fokuset för förändringsarbetet är riktigt; det viktiga med tanke på resultat är hur man ordnar och organiserar servicen (Kallio m fl., 2011).

Det centrala för serviceproduktionens effektivitet är inte kommunens storlek mätt med invånarantal, utan sättet att ordna och organisera verksamheten och servicen. Speciellt storleken och volymen på de enheter som ger service har betydelse konkluderade forskarna inom Finlands Kommunförbunds Paras -ARTTU –program. I programmet undersöktes år 2011 kommun- och strukturreformens ekonomiska konsekvenser och man kom till slutsatsen att en sammanslagning börjar ge en positiv nettonytta först när de nya strukturerna och verksamhetssätten har stabiliserat sig. Tillsvärdare är det svårt att ange de exakta kommunalekonomiska verkningarna av strukturreformen, men forskarna förutspår att det tar flera år - om inte ett årtionde - innan man kan effektivisera serviceproduktionen och ledarskapet samt stärka den ekonomiska basen för ett område. Framgången beror på förtroende, hur väl man förbinder sig till förändringen samt kapaciteten att söka och finna nya innovationer. (Kallio m fl, 2011, 128-129).

5.1 K5:s kärn- och stödprocesser

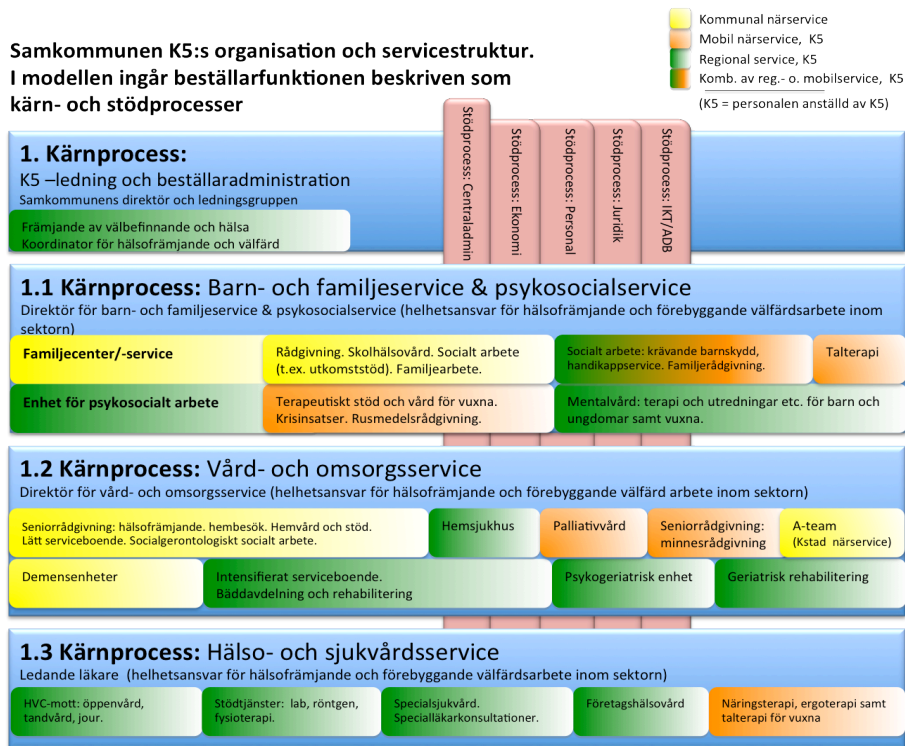
I inledningen i strategin för K5 lyfts det de ekonomiska realiteterna för ordnandet av service fram. Förändringarna i åldersstrukturen skapar ett behov att förändra servicestrukturerna. I väntan på den nya kommunstrukturreformen är fokus i K5 på att förändra och beskriva serviceprocesser som är viktiga ur klientens synvinkel (Strategi 2012-2015, 4 och 15).

Liksom i flera kommuner i Finland söker K5 nu svar på dagens problem genom att använda sig av processtänkande. Kännetecknande för processtänkande är iden om att bryta ner de traditionella sektorgränserna för att organisera servicen utgående från klienternas synvinkel och behov. I bakgrunden till denna förändring ligger kundorienteringens starka frammarsch på senare år. (Kenni & Asikainen, 2011).

Grundfrågan inom processtänkandet är hur producera mervärde för invånare. Kärprocesserna skapar den samhälleliga effektiviteten. Stödprocesserna skapar i sin tur de nödvändiga förutsättningarna för verksamheterna inom kärnprocesserna. Med processtyrning avses aktiviteter genom vilka man identifierar och utvecklar verksamhet/verksamhetskedjor som är viktiga för organisationen. Man anser vidare att det blir lättare att leda verksamheten och utvecklingsarbete mellan dem som utför likadana uppgifter. I utvecklandet av processtänkandet ligger kärnan i service- och verksamhetskedjorna i stället för avdelningar eller funktioner. (Virtanen & Wennberg, 2005).

I strategin för K5 presenteras en processkarta som består av tre kärnprocesser och fem stödprocesser. K5:s kärnprocesser är: 1) Barn- och familjeservice & psykosocialservice, 2) Vård- och omsorgsservice och 3) Hälso- och sjukvårdsservice. Innehållet i processerna har inte förklarats närmare i strategin. En närmare beskrivning av kärn- och stödprocesserna förutsätter definition av mål, åtgärder och prestationer, och som det framkommit ovan finns det inom K5 inte en samsyn om målet. Vid identifiering av processer är det centrala att hitta kommuninvånarnas verkliga behov. Men det behövs också politiska beslut på vilken nivå och hurudan service man strävar efter att ha inom samkommunen.

Figur 1 Processkarta över K5:s kärn- och stödprocesser



Källa: K5:s strategi 2012-2015

Kärnprocesserna beskriver den verksamhet organisationen och enheterna är till för. Kärnprocesserna fungerar som beställarenheter av service för de definierade befolkningsgrupperna och områdena. Den politiska ledningen inom samkommunen har ansvar över den strategiska helheten, den ansvarar för nivån på kärnprocesserna och ansvarar sålunda för beställarfunktionen, medan den professionella ledningen (i kommunerna eller i samkommunen om den producerar service) ansvarar för serviceproduktionen, dess koordinering och kvalitet samt för köptjänsterna.

Stödprocesserna skall som namnet anger stöda och möjliggöra verksamheten i kärnprocesserna. Tillsviare finns det knappt om resurser inom K5:s administration och det försvårar verksamheten. All omorganisering kräver mycket arbete, dels är det fråga om att avveckla den gamla verksamheten

och dels att bygga upp en ny verksamhet. För att detta "dubbelarbete" skall lyckas behövs ett starkt politiskt stöd men också mycket konkret arbete av de olika samarbetsparterna. Stödet till ledningen och tillräckligt med personal inom stödprocesserna borde sålunda vara i skick.

Processkartan för K5 ovan avbildar samtidigt hur produktionsenheterna fördelar sig mellan närservice och regionalservice. Denna processkarta som i strategin kallas för K5-modellen lämnar dock frågan om organiseringen av serviceproduktionen öppen: *"Innebär den föreslagna K5-modellen i praktiken att medlemskommunernas produktion minskar eller att hela serviceproduktionen överförs till samkommunen – denna diskussion ska föras nu"* (K5 -Strategi 2012-2015, 17).

6

Organisering av social- och hälsovårdens service

Tillgången till tillräcklig social- och hälsovårdsservice nås enligt aktuella reformförslag på nationell nivå genom att bilda större och enhetliga serviceenheter inom social- och hälsovården. Dessa serviceenheter har ansvaret att ordna basservicen och en del av specialservicen. Förutom själva ordnandet av servicen, är också organiseringen och utförandet av denna service av stor vikt för invånarna i kommunerna. Hur nära skall servicen finnas?

Inom hälsovården är servicen i huvudsak organiserad enligt vårdbehov/-krav på tre nivåer: i primärhälsovård, i specialsjukvård (sjukvårdsdistrikten) och i de så kallade specialansvarsområdena (universitetscentralsjukhusen). Inom K5 startar en ny vårdnivå i och med Enheten för psykosocial service, som kombinerar både primär- och specialvård inom samma center. Inom socialvården finns inte motsvarande nivåer och inget etablerat sätt att ordna specialservice. Enligt huvudregeln ordnas socialservice på kommunnivå. En del service för specialgrupper ordnas för en bredare befolkningsmängd. I små kommuner och i glesbygden har klientunderlaget inte alltid räckt till för att kunna upprätthålla specialservice i kommunen.

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård skall såsom namnet anger även omfatta socialvården, men inom samkommunen finns inte planer eller strategier för omorganisering av socialvårdens tjänster. I avsnitt 6.3. diskuteras olika organiseringsperspektiv för socialservice.

Den centrala frågan när det gäller service är att både förbättra tillgången till service och servicens kvalitet. Det handlar sålunda om omorganisering av servicen och om säkerställandet av kunnandet.

6.1 Hur utvecklade sig social- och hälsovårdens service under år 2011 inom K5?

Samkommunen K5 har under 2011 gjort några satsningar på den gemensamma regionala specialservicen som är tillgänglig för alla kommuner. En svenskspråkig talterapeut, två koordinatörer för missbrukarvården och en ambulering palliativ sjukskötare i samarbete med Österbottens Cancerförening arbetar i samkommunens regi.

I enighet med den år 2010 godkända Mentalvårdsstrategin för K5 grundades en psykosocial enhet i Närpes. Tjänster från Vasa sjukvårdsdistrikts psykiatriska polikliniker i Närpes och Kristinestad har överförts till samkommunens nya psykosociala enhet i Närpes. Samkommunen beslöt även att anställa en psykiater, ledande psykolog och avdelningsskötare till den psykosociala enheten fr.o.m. 1.1.2012. (K5-Samkommunstyrelsen 23.11.2011) Totalt kommer det att finnas ca 25 tjänster inom den psykosociala enheten under år 2012 (K5 -Socialvårdsgruppen 26.10.2011). I detta skede är det för tidigt att säga om omstruktureringen är lyckad, men planeringsarbetet är väl utfört och åtgärderna har följt strategin.

Samkommunens mål är att ordna en del hälsovårdsservice som regional service för områdets hela befolkning. Detta motiveras med att servicen kan erbjudas på ett kostnadseffektivt sätt och snabbare än tidigare. Som en del i denna utveckling ansvarar Malax-Korsnäs hälsovårdscentral för regional skopiverksamhet såsom gastroskopi och colonoskopi. (K5-styrelsen 13.4.2011). Enligt planerna kommer Bottenhavets sjukhem i Kristinestad att ansvara för geriatri. År 2012 planerar man att inrätta fyra nya regionala befattningar: en ergoterapeut, en näringsterapeut, en invandrarkoordinator och en minnesskötare. Därtill planerar man att från Kristinestad överföra en tjänst för minnesskötare sålunda skulle det finnas två regionala minnesskötare. Det finns också planer på att inrätta fyra speciallistläkartjänster: en specialist inom inre medicin, en geriatriker, en röntgenläkare och den ovan nämnda psykiatertjänsten. Dessa tjänster motiveras med att specialsjukvården på detta sätt kommer närmare befolkningen och att man kan minska på kostnader på lång sikt. (Pirttipä, 2010)

Alla dessa nya befattningar och tjänster förstärker samkommunen som ordnare av service. Denna utveckling är i enlighet med den beställar - utförar-modell man har gått inför inom samkommunen och som innebär att service kan produceras av samkommunen, primärkommunen eller av tredje part.

Omorganisering av service för att säkerställa även specialservice nära invånarna i samkommunen har enbart gällt hälsovårdens service. Service inom socialvården har inte varit i fokus när man planerat omstruktureringar av service inom K5.

Strategin för barn och unga inom K5-kommunerna som sammanställdes år 2010, innehåller många förändringsförslag, men inga förslag till omstrukturering av tjänster/befattningar. Arbetsgruppen som följer upp förverkligandet konstaterar ...*”En hel del åtgärder påbörjats sedan planen godkändes i samkommunsstyrelsen i februari 2010. Konstateras att i och med att planen har godkänts i respektive medlemskommuns fullmäktige har kommunerna således förbundet sig till dess förverkligande. En ökad vilja och strävan efter att göra ett så bra arbete som möjligt för att främja barns och ungas välmående genomsyrar området och stor vikt verkar sättas vid barns och ungas väl hos såväl förtroendevalda som personal”.* (K5-Arbeitsgruppen för uppföljning av planen för barns och ungas välmående i K5, 6.9.2011).

Inom äldreomsorgen har utvecklingsarbetet fortsatt under år 2011. Målet är att servicestrukturen skall motsvara service- och vårdbehovet för den åldrande befolkningen. Öppenvårdsmodellen som fått namnet ”Hemvård under samma tak” består av fyra element: 1) seniorrådgivning, 2) regional minnesrådgivning, 3) regelbundna välfärdsfrämjande hembesök och 4) dagverksamhet. Därtill ingår i planerna en regional psykiatrisk enhet. (Wadén, 2011a).

En modell för seniorrådgivning har utarbetats år 2010 och godkänts av styrelsen för K5 (K5- samkommunstyrelse, 21.1.2011). Samkommunens styrelse tog del av vård- och omsorgschefens redogörelse om utvecklingsbehov inom äldreomsorgen på sitt möte i september 2011 och beslöt att tillsätta en mångprofessionell minnesarbetsgrupp. Arbetsgruppen fick i uppdrag att konkretisera grundandet av en regional minnesrådgivning. (K5 -

samkommunstyrelse, 21.9.2011). Som modell för en regional minnesrådgivning fungerar rådgivningen i Kristinestad-Kaskö-Närpes. Inom den regionala rådgivningen kommer enligt planerna att finnas två minnesskötare (Arbetsgruppen för minnesrådgivning, 15.12.2011)

Inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård, Kaste, pågår inom K5 utvecklingsprojekt inom äldreomsorg, barn- och familjeservice och socialt arbete. Därtill pågår ett av inrikesministeriet finansierat projekt som har snabb integrering av invandrare till arbetslivet och till samhället som mål.

6.2 LäkARFRÅGAN OCH HÄLSOVÅRDENS VISION

Som det framkom i avsnitt 6.1 finns det inom K5 några befattningar inom hälsovården som fungerar som regionala tjänster. Den största förändringen har skett inom mentalvården, där det bildats en enhet för psykosocial service. K5 har dessutom planer på att inrätta fyra specialistläkartjänster (Pirttipä, 2010)

Läkarna hade redan år 2008 börjat diskutera en eventuell överföring av läkar- och tandläkarmottagningar från kommunerna till samkommunen. Den bakomliggande tanken var att man på detta sätt skulle kunna garantera primärvården för invånarna. Dessutom skulle arbetsplatserna bli mera lockande för läkarna, när de kunde erbjudas en viss möjlighet till specialisering.

Bristen på läkare har styrt diskussionen om hälsovården. På uppdrag av samkommunen utfördes under hösten 2009 inom ramen för detta Utvärderingsprojekt en utredning om läkarnas och tandläkarnas åsikter om hur de uppfattar en framtida arbetssituation med K5 som ett helhetsansvarsområde. Bakom utredningen fanns antagandet om en framtida läkarbrist i hela regionen. Dessa hotbilder, ville man "motarbeta" genom att kartlägga läkarnas specialiseringsintressen, och vidare om de kunde tänka sig att jobba inom K5 med ett särskilt ansvarsområde. Samkommunen sågs som en möjlighet att bygga upp strukturer så att anställda upplever det som attraktivt att jobba inom regionen. Den bakomliggande tanken var att nya

utmaningar, läkarnas möjligheter att specialisera sig och känna samhörighet i ett större sammanhang skulle bidra till att läkarna stannar kvar eller alternativt locka nya läkare till K5.

Utredningen gav vid handen att hälften (5/11) av läkarna ansåg att det är bra att läkarservicen samlas administrativt under samkommunen, medan tre var tveksamma och lika många var emot tanken. Däremot kunde så gott som alla (9/10) tänka sig att vara anställda av samkommunen men i så fall ansvara endast för sitt eget HVC -område. (Pihlajamäki & Sjöström, 2010)

Ingen omorganisering av läkartjänsterna har dock skett. Läkarbristen särskilt i de södra delarna av samkommunen är påtaglig. Rekryteringsåtgärderna som vidtagits inom K5 har inte lett till resultat. Tjänsten som ledande läkare för K5 har varit lediganslagen, men tjänsten har inte lockat sökande.

I den nya strategin för K5 (2012-2015) ingår inte tankar om hur man försöker tackla läkarbristen, men i visionen för primärhälsovården 2015 finns dock formuleringar om omorganisering av vården och om arbetsfördelning mellan de olika hälsocentralerna.

K5:s vision för primärhälsovården:

- 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 (K5 -strategi 2012-2015, 13).

Strategin innehåller endast denna vision, men inte en handlingsplan som skulle beskriva hur man ska gå till väga för att nå visionen, ej heller ingår en plan hur man strävar efter att avveckla läkarbristen.

6.3 Säkerställandet av kunnandet inom grund- och specialservice inom socialvården

För socialvården finns i strategin för K5 inte en motsvarande vision som för hälsovården, men till någon del finns tankar om organisering i processkartan (se figur 1 i kap. 5.1). Processkartan visar att den sociala servicen huvudsakligen även framöver kommer att finnas i kommunerna.

Läkarbristen inom K5 har diskuterats mycket, men mindre diskussion har förts kring säkerställandet av tillgång till övrig personal. Framöver förväntas efterfrågan på personal inom social- och hälsovården öka bland annat på grund av att de så kallade stora årskullarna går i pension. Redan nu råder det brist på behöriga socialarbetare. I vakansutredningen som genomfördes hösten 2011 kom det fram att närmare en tredjedel av socialarbetarbefattningarna i Svenskfinland innehas av obehöriga (Vakanskartläggning, 2011).

Bristen på behöriga socialarbetare ställer krav både på utbildningsväsendet och på arbetsmiljöer. En kunnig och utvecklande arbetsmiljö är trivsamt och attraktivt för arbetstagare.

I tider av resursbrist är det skäl att studera alternativa möjligheter till att säkerställa grundservice och specialservice inom socialvården inom K5. En nyorganisering av socialservicen kunde övervägas i samband med omstrukturering av servicen inom samkommunen. Nedan dryftas omorganisering av socialvårdens service med tanke på arbetsfördelning och säkerställandet av service av god kvalitet.⁴

⁴ Detta avsnitt är ett omarbetat avsnitt av Eini Pihlajamäkis artikel "Social- och hälsovårdens servicestrukturer förändras – Vad händer med socialservicen?". Artikelnen ingår i Nygård och Finnäs (red) Hälsa och välfärd i ett föränderligt samhälle, 2011.

Invånarna i kommunerna vill i allmänhet ha närservice, men på primärnivå finns det inte alltid det kunnande som behövs för att kunna erbjuda specialservice. Vilka möjligheter kunde en omorganisering ge för att säkerställa god service och samtidigt möjliggöra upprätthållandet av god kvalitet inom socialvården inom K5?

Först några ord om vad som avses med specialkunnande inom socialvården. Specialkunnande behövs när problemen är mycket långvariga och svåra att lösa, till exempel vid missbruk, inom barnskydd eller när det är fråga om små specialgrupper. Numera lyfts även behovet av specialkunskaper inom äldrevården allt oftare upp, t.ex. inom gerontologiskt socialt arbete. Om klienten eller familjen har en mycket svår situation eller många problem krävs det förutom specialkunnande även mångprofessionell samverkan. Dessutom kommer socialvårdens expertis även i högre grad att behövas inom de sektoröverskridande samarbetsforum där man dryftar förebyggande hälsofrämjande åtgärder i kommunen. En stor del av socialservicen kan dock skötas med baskunnande.

I tabell 4 redogörs genom ett fyrfält för olika organiseringsperspektiv med beaktande av hurudant kunnande som kan tänkas behövas inom socialservicen.⁵ Servicen i tabellen är indelad i närservice och regionalservice enligt de krav på kunnande som ställs på servicegivaren.

Service som kräver endast baskunnande kunde organiseras både som närservice (fält 1) och som regionalservice (fält 2). Baskunnande räcker för att förebygga problem och för att ta hand om "små problem".

I fält 1 finns närservice som skall utföras nära klienten, t.ex. basservice för barn och familjer. Närservicen kan också vara ambulerande och komma hem till klienten, som exempelvis familjearbete och hemservice för äldre. Närservicen kommer i framtiden allt oftare att produceras tillsammans med klienten, med anhöriga eller med den tredje sektorns organisationer. Till

⁵ Det är viktigt att social- och hälsovårdens service ordnas som helheter, eftersom en mycket stor andel av klienternas service och vård består av både social- och hälsovårdstjänster. I modellen har jag dock tagit med endast service inom socialvården. Detta för att jag särskilt önskar lyfta fram kunskapskrav och kunnandets betydelse inom socialvården för organiseringen av servicen.

exempel i ett familjecenter kan olika frivilliga organisationer och församlingen utföra service vid sidan av den offentliga sektorns service.

Tabell 4 Organisering av socialvårdens service i när- och regionalservice med beaktande av kunskapskrav. Exempel på serviceformer.

	Närservice	Regionalservice
Baskunnande	<p>1. Förebyggande och stödande service, t.ex. hemservice, familjearbete, familjecenter. Vård- och serviceplaner.</p> <p>Gruppverksamhet. Service i samarbete med klienter, anhöriga och den tredje sektorn.</p> <p>Ambulerande service; servicebilar.</p>	<p>2. Klienterna använder servicen enligt egna förutsättningar.</p> <p>Service produceras oberoende av ort, t.ex. internetbaserad rådgivning och handledning.</p> <p>Mobilservice. Transportservice.</p>
Specialkunnande	<p>3. Socialt arbete. Serviceplaner tillsammans med klienten och grundservicen.</p> <p>Krävande service utförs som närservice genom olika mobila arrangemang: t.ex. ambulerande missbrukarvård och -terapi, barnskydd, gerontologiskt socialt arbete.</p>	<p>4. Specialkunnande, koncentreras till enheter som ger service till hela området.</p> <p>Krävande service, t.ex. soc.arb. inom barnskydd och handikappservice.</p> <p>Mångprofessionella, mobila team av specialister. Konsultation och stöd åt basservicen.</p> <p>Expertis till olika förvaltningar när det gäller det förebyggande arbetet, t.ex. kommunplanering.</p>

Människorna blir allt vanare att använda service som är oberoende av tid och plats varför de elektroniska tjänsterna borde utvecklas snabbare än vad som nu är fallet (fält 2) . Redan nu kunde en stor del av rådgivnings- och informationstjänster, tidbeställningar, blanketter och så vidare erbjudas på

regional nivå i form av internetservice. De sociala mediernas möjligheter att bidra till människors välfärd är ännu outvecklade.

Även mobilservice kan organiseras som regional service. I modellen är den service som kräver specialkunnande koncentrerad till en regional enhet (fält 4). Exempel på krävande service är till exempel socialt arbete inom barnskydd och service för handikappade. En sådan enhet kunde ge krävande socialservice direkt till klienter och stöda grundservicen t ex genom konsultation. Denna typ av koncentration av specialkunnande till en regional enhet har K5 erfarenhet av i och med skapandet av det nya psykosociala centret i Närpes.

När det gäller service inom socialt arbete för vuxna, handlar arbetet huvudsakligen om ekonomiskt stöd och arbete med arbetslösa och bostadslösa. Här är en arbetsfördelning mellan socialarbetare och socionomer (yh) att föredra (fält 3). Det är viktigt att även en del specialservice finns nära klienten som närservice, men socialarbetaren kunde vara ambulerande.

Basservicen kan hållas på god nivå om den får stöd av professionella som har specialkunnande, t.ex. genom konsultation eller genom deltagande i mångprofessionella team. De klienter som inte blir hjälpta med lätt stöd, har ofta svåra eller långvariga problem, som kräver mycket service och mångprofessionell samverkan. I dessa team är socialarbetaren nödvändig. Socialvårdens expertis behövs även i det sektoröverskridande arbete som utförs tillsammans med fritids- och kultursektorn samt kommunplaneringen i syfte att förebygga problem.

Specialkunnande och specialservice kan upprätthållas och utvecklas om den finns inom en tillräckligt stor enhet och antalet klienter är tillräckligt stort. Det förutsätts dessutom att den som ansvarar för servicen ha tillräckliga resurser för att kunna upprätthålla tjänster av hög kvalitet. I en större arbetsenhet finns förutsättningar att upprätthålla högklassigt yrkesmässigt kunnande och stöda utvecklingen av personalens kompetens. Arbetsplatser där ansvaret kan delas med kolleger kan tänkas vara mera lockande för arbetstagarna än sådana där man blir tvungen att bära ett stort ansvar ensam.

7

Hur nöjda är invånarna inom K5 med social- och hälsovårdsservicen idag?

På hösten 2011 genomfördes av Institutet för samhällsforskning vid Åbo Akademi i Vasa en barometerundersökning i Svenskfinland. Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området (FSKC) ställde i Barometern frågor om hur nöjda invånarna är med social- och hälsovårdsservicen.⁶ Antal personer i Svenskfinland som besvarade enkäten är 1034 av dessa är 7 % (72) från K5 -kommunerna. (Barometern, 2011)

Här redogörs för befolkningens åsikter om social- och hälsovårdens service inom K5, dessa jämförs med övriga Österbotten och hela Svenskfinland.

Hur fungerar socialservicen generellt sett i Finland? Resultat från nationella undersökningar år 2006 och 2009 visade att nära på tre fjärdedelar av svaranden ansåg att socialservicen generellt sett fungerade bra i Finland. En ännu större andel av svaranden litar på personalens yrkeskunnande inom socialvården. Andelen hade dock sjunkit en aning från 80 % till 77 % . Ju äldre respondenterna var desto mera kritiska var de mot socialservicen. (Muuri, 2010)

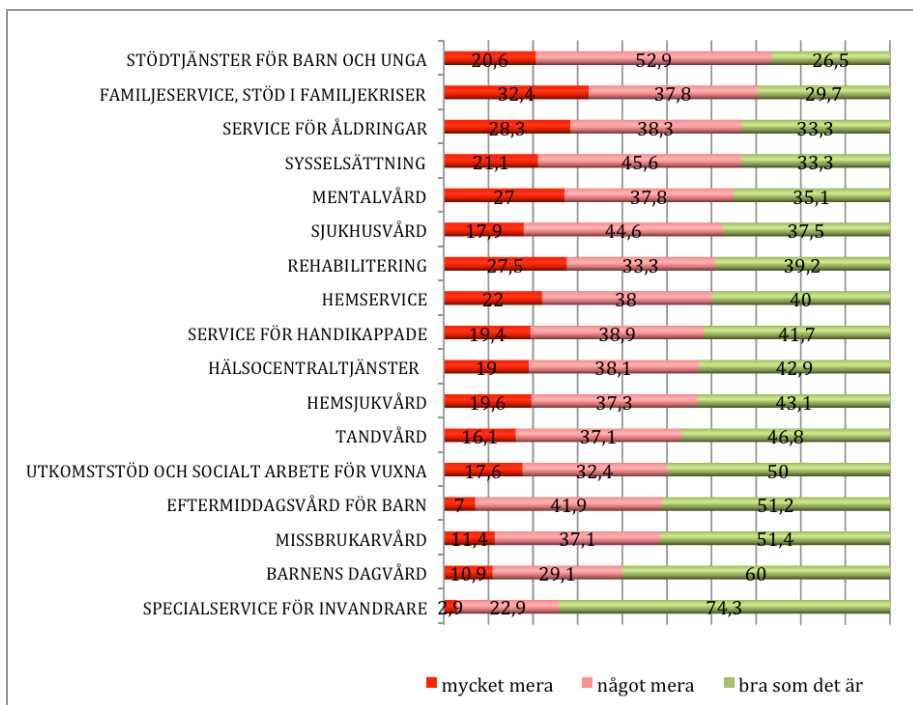
I Svenskfinland är förtroendet för servicen på samma nivå; 8 av 10 anser att socialservicen fungerar bra eller mycket bra, i K5-kommunerna är andelen ännu högre, 85 %. I Svenskfinland litar man också på hälsovården: 82 % anser att hälsovårdsservicen fungerar bra eller mycket bra, i K5-kommunerna är motsvarande siffra 88 %.(Barometern, 2011)

På frågan "Kan man lita på personalens yrkeskunnande inom hälsovården?" svarar 87 % i hela Svenskfinland jakande. Inom K5 litar en ännu större

⁶ SAMS - Samarbetsförbundet kring funktionshinder r.f. beviljade ekonomiskt understöd till FSKC för deltagande i Barometerenkäten.

andel, 94 %, på personalens yrkeskunnande. För socialservicens del är andelen som litar på personalens yrkeskunnande inom K5 -kommunerna 88 % och i hela Svenskfinland 78%. (Barometern, 2011) Skillnader mellan hälso- och socialvård kan bero på att en mindre andel av befolkningen har egna kontakter med socialvården medan nästan alla har egna erfarenheter om hälsovården.

Figur 2 Vilka av följande social- och hälsovårdstjänster borde din kommun satsa på? Prioritering inom K5. (Kan inte säga alternativet exkluderat)



Källa: Barometern 2011

I barometern bads respondenterna ta ställning till vilken service som borde utvecklas i den egna kommunen. Invånarna är mest nöjda med specialservice för invandrare samt med barnens dagvård och eftermiddagsvård. Resultaten är likadana för hela Svenskfinland, men andelarna som anser "det är bra som är" är lägre Svenskfinland än inom K5. Cirka hälften av respondenterna

inom K5 är nöjda även med missbrukarvården och socialt arbete för vuxna medan motsvarande andel för hela Svenskfinland är ca en tredjedel.

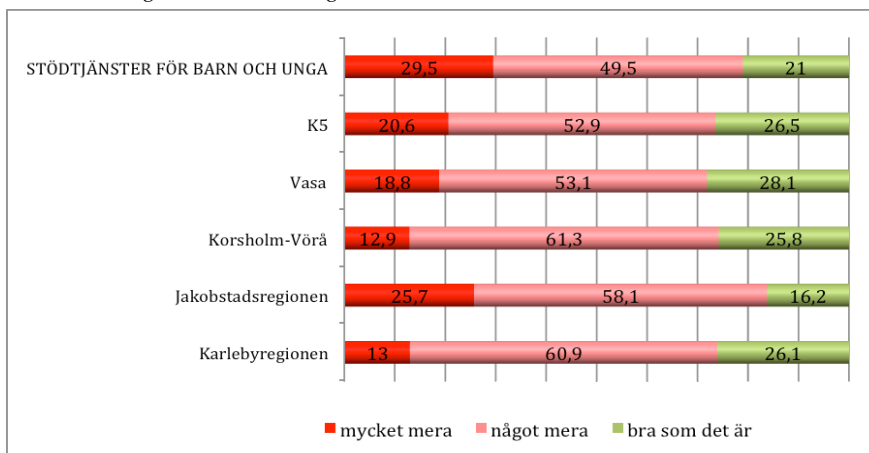
De största satsningarna borde enligt svaranden inom K5 –området göras inom tjänster för barn, unga och familjer. Mera satsningar förespråkas även för åldringsvården, mentalvården och sysselsättningen.

För hela Svenskfinland är prioriteringarna något annorlunda. Satsningarna på mentalvården och service för äldre får högsta prioritet därefter kommer stöd för barn och unga, service för handikappade och familjeservice. Även i en nationell undersökning kom det fram att medborgarna är oroliga för befolkningens mentala hälsa. Vid en medborgarenkät som Social- och hälsovårdsministeriet lät utförda hösten 2011, anger medborgarna mentala problem, arbetslöshet och missbruk av alkohol som de största hoten för/mot välfärd. Antalet svaranden var 1984. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2011b).

Att respondenterna inte lyfter mentalvården på första plats i Kust-Österbotten, kan bero på att fokus inom samkommunen K5 uttryckligen har varit utvecklandet av mentalvårdens tjänster. Utvecklingsarbetet resulterade i grundandet av ett Center för psykosocial service, som påbörjar sin verksamhet 2012.

Cirka tre fjärdedelar av respondenterna i K5 –kommunerna anser att det behövs mycket eller något mera satsningar på stödtjänster för barn och unga. Om vi jämför K5 med hela Svenskfinland och med övriga Österbottniska regioner gällande stödtjänster för barn och unga, ser vi i figur 3 att andelen svarande som har åsikten "bra som det är" är ungefär likadan förutom i Jakobstadsregionen där den är betydligt lägre än i de övriga österbottniska regionerna och i hela landet.

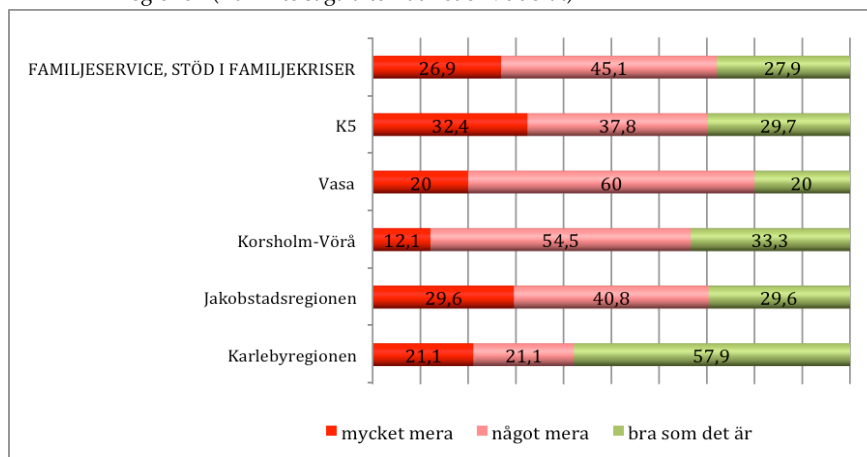
Figur 3 Satsning på stödtjänster för barn och unga. Samtliga svarare och Österbottniska regioner. (Kan inte säga alternativet exkluderat)



Källa: Barometern 2011

Figur 4 visar att behovet av satsningar på familjeservice och stöd i familjekriser är något större inom K5 än i hela Svenskfinland eller i de övriga Österbottniska regionerna förutom Vasa. Endast en knapp tredjedel är nöjd med servicen medan en tredjedel anser att det behövs mycket mera satsningar på familjeservice och stöd i familjekriser i K5 -kommunerna.

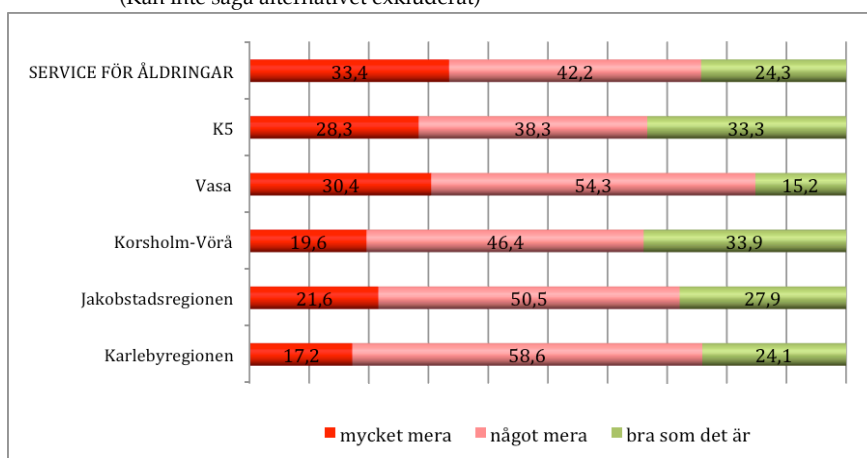
Figur 4 Satsning på familjeservice, stöd i familjekriser. Samtliga svarare och Österbottniska regioner. (Kan inte säga alternativet exkluderat)



Källa: Barometern 2011

När det gäller service för äldre är cirka en tredjedel av svaranden inom K5 nöjda med den, medan nästan lika stor andel anser att kommunen borde satsa mycket mera på servicen för äldre. Andelen nöjda är högre inom K5 än i hela Svenskfinland och ungefär på samma nivå som i samarbetsområdet Korsholm-Vörå. Men i hela landet och i Österbotten är det ändå en stor majoritet som anser att det behövs mera satsningar på service för äldre: 76 % i hela Svenskfinland och 67% i K5-kommunerna. I hela Finland ansåg 70 % år 2009 att service för äldre bör förbättras. Som vi kan se i figur 5 finns det i de olika Österbottniska regionerna relativt stora skillnader i hur nöjda invånarna är med äldreomsorgen.

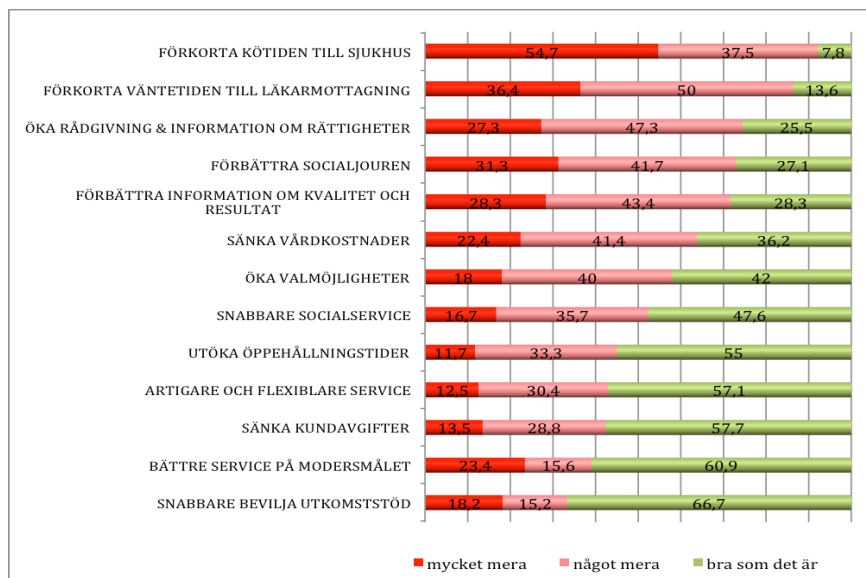
Figur 5 Satsning på service för äldre. Samtliga svarare och Österbottniska regioner. (Kan inte säga alternativet exkluderat)



Källa: Barometern 2011

I barometern ingick även en serie frågor om hur servicen i kommunen borde utvecklas. I figur 6 presenteras svarsfördelningar inom K5-kommunerna i prioriteringsordning. Service som kräver mest förbättringar är förkortning av kötiden till sjukhus och väntetiden till läkarmottagningen. Prioriteringarna är de samma inom K5 som i hela Svenskfinland.

Figur 6 Servicen i min kommun borde utvecklas genom (följande åtgärder).... K5 – kommunerna i prioritetsordning. (Kan inte säga alternativet exkluderat)



Källa: Barometern 2011

Inom K5 är det 9 av 10 respondenter som anser att kötiderna till sjukhus är för långa och 86 % anser att väntetiden till läkarmottagning borde vara kortade. I Svenskfinland är procentandelarna lite lägre (88 och 84%). Missnöjet med läkartjänsterna är både inom K5 och i Svenskfinland större än i hela landet. I den nationella undersökningen år 2009 ansåg drygt 2/3 att den egna hemkommunen borde förbättra på möjligheten att komma snabbare till läkarens mottagning och till ingrepp på sjukhus (Klavus, 2010)

Öka rådgivning och information om rättigheter samt förbättra socialjouren är förbättringsförslag är de nästa på förbättringslistan både inom K5 och i hela Svenskfinland.

En betydande majoritet (67%) av svarare i K5-kommunerna är nöjda med den nuvarande tillgången till utkomststöd, medan andelen nöjda i hela Svenskfinland är 37 procent.

Invånare inom K5-kommunerna är verkar överlag vara nöjdare med servicen än i det övriga Svenskfinland.

8

Slutsatser

Otydligheten om samkommunens mål och bristen på samsyn bromsar fortfarande utvecklandet av K5:s service. Detta konstaterades redan i den första projektrapporten (Pihlajamäki & Sjöström, 2011) och även på seminariet om samkommunens framtid i november 2011 kom det bristande förtroendet och den svaga identifiering med K5 fram. Det hördes dock även positiva ord, men det allmänna intrycket är att "K5 -tåget" går långsamt och alla är inte medpassagerare.

Det politiska stödet för utvecklingsarbetet är sporadiskt. *"Skulle det politiska stödet ha varit synligare, hade genomförandet av utvecklingsprocesserna varit lättare"* (Intervju, 2011). Ett viktigt framsteg har gjorts i och med att omorganisering av servicestrukturen inom mentalvården kunde genomföras, vilket ledde till grundandet av den psykosociala enheten. Hur väl man lyckas effektivisera serviceproduktionen och ledarskapet samt stärka den ekonomiska basen för ett område, beror enligt Paras - Arttu forskarna på förtroende, hur väl man förbinder sig till förändringen samt kapaciteten att söka och finna nya innovationer. (Kallio m fl., 2010)

För att K5 skall bli ett framgångsområde behövs det större engagemang och bättre identifikation med samkommunen. Brist på information om åtgärder och resultat inom K5, borde åtgärdas. Ett första steg kunde vara uppgörande av en kommunikations- och informationsstrategi för K5.

Landet är för närvarande i omvälvning på grund av att nya kommunkartor och nya förslag till kommunsammanslagningar under 2012 har presenterats. När nationen befinner sig i en förändringsspiral, finns det risk att den nuvarande situationen betraktas som ett övergångsskede och utvecklingsbetet på lokalplan bromsas upp. Detta bekymrar den administrativa ledningen. Nu borde man i kommunerna jobba vidare med att utvärdera verksamheten samt beskriva och utveckla serviceprocesser. Den administrativa personalen inom samkommunen är mest bekymrad över att området inte självt förstår det mervärde som samkommunen ger och att

det inte erkänner att det finns en gemensam sak. Dels vill inte alla erkänna framgångar och dels utnyttjas inte alla möjligheter att säkerställa områdets invånare god service. (Intervju 2011)

Det förändringsarbete som utförts inom samkommunen K5 för förnyelse av social- och hälsovårdens service måste betraktas i förhållande till det politiska klimatet nationellt och inom K5 –kommunerna samt även till de resurser som står till förfogande för förändringsarbetet. I skrivande stund är det oklart vilka nya kommunsammansättningar föreslås och kommer att förverkligas. I ett läge som detta är det naturligt att samarbete och samverkan mellan kommunerna inte gynnas. Trots detta finns utmaningarna på lokalplan: beslut om service och dess organisering i närservice och regionalservice måste göras. Alla K5 –kommuner är så små att säkerställandet av specialservice inom social- och hälsovård utan samarbetsarrangemang är så gott som omöjligt. Specialkunnande och specialservice kan upprätthållas och utvecklas om den finns inom en tillräckligt stor enhet och antalet klienter är tillräckligt stort. Samkommunen K5 fyller dessa villkor och Centret för psykosocial service ett gott exempel på en lyckad omorganisering. Även när det gäller närservice, t ex utvecklandet av öppenvårdsservice för äldre, ger det mervärde att samarbeta kring utvecklingsprocesserna.

Samkommunens styrelse har i november 2011 tagit del av strategin för K5 för åren 2012 – 2015, men inte gjort beslut om dess giltighet utan endast antecknat den för kännedom. (K5-strategi, 2012-2015) I strategin presenteras en processkarta som består av tre kärnprocesser och fem stödprocesser. K5:s kärnprocesser är: 1) Barn- och familjeservice & psykosocialservice, 2) Vård- och omsorgsservice och 3) Hälso- och sjukvårdsservice. Kärnprocesserna beskriver den verksamhet organisationerna är till för. Det politiska stödet för omorganiseringen av servicen i dessa kärnprocesser är öppet, eftersom beslut om på vilken nivå och hurudan service man strävar efter att ha inom samkommunen saknas. En knapp satsning på stödprocesser (resurser för K5:s administration) visar också att förtroendet för K5 -organisationen är bristfälligt. Den gemensamma politiska viljan är sålunda fortfarande svag.

Oberoende av kommunstrukturen ställer förändringen av befolkningens åldersstruktur stora krav på förnyelse av servicestrukturen. Utvecklingen av

åldersstrukturen syns i försörjningskvoten i K5 –kommunerna. Per hundra invånare i åldern 16-64 är andelen äldre redan år 2020 mycket hög särskilt gäller detta för Kaskö och Kristinestad.

Den åldrande befolkningen har nu uppmärksammats i K5:s strategi för åren 2012-2015, i den ingår en strategi för äldreomsorgen. Behovet att göra förberedelser inför den åldrande befolkningen togs upp i den första utvärderingsrapporten (Pihlajamäki & Sjöström, 2011). Det är nödvändigt att kartlägga tillgången till vård- och omsorgstjänster för att kunna ta ställning till servicens tillräcklighet. Det är också nödvändigt att utgå från analyser av äldres livsvillkor och göra förslag på hur äldres levnadsförhållanden kunde förbättras.

I Barometerenkäten kom det fram att invånarna generellt sätt litar på social- och hälsovårdsservicen (Barometern, 2011). Även om befolkningen i K5 – kommunerna har ett stort förtroende för servicen och personalens kunnande, är det ett under om den nuvarande föråldrade servicestrukturen klarar av de framtida behoven. Även om servicen skulle vara i toppform, är det en stor utmaning för området att klara sig på grund av förändringar i befolkningens åldersstruktur.

De äldre i K5 –kommunerna är överlag nöjda med sina liv. De använder lite service och de får hjälp av sina anhöriga (Wentjärvi & Pellfolk, 2010; Nygårdas m fl., 2011). Förtroendet på social- och hälsovårdens service och på personalens kunnande är starkt i K5-kommunerna. Även förtroendet för äldrevården är, med undantag för Kristinestad, gott. Detta kan ge ett intryck av att servicen inom äldreomsorgen är i gott skick och att utbudet motsvarar efterfrågan. Bra så, men kommer efterfrågan på service även i framtiden att vara låg och kommer de anhöriga även i framtiden att ansvara för en stor andel av omsorgen? Och kommer de äldre att klara av att bo i sina hus med besvärliga trappor? Bl.a. dessa frågor borde utredas.

Grundandet av ett geriatriskt centrum i Kristinestad ingår i K5:s strategi. Det är ett bra, men inte ett tillräckligt mål. Efterfrågan på geriatrisk expertis ökar sannolikt på grund av att flera blir allt äldre. Det är därför bra att samkommunen även planerar en regional minnesrådgivning. Även vårdpersonalen efterlyser ett ökat kunnande inom demensvård (Backman,

2011). Men expertis inom äldreomsorgen löser inte K5 –kommunernas stora utmaning utan det behövs en stark satsning på utvecklandet av den öppna vårdens tjänster och service. Det är servicestrukturen som måste förändras till en mera öppenvårdsbetonad struktur. I och med den nya öppenvårdsmodellen "Hemvård under samma tak" har K5 tagit många steg i rätt riktning. Även tjänstestrukturen borde ändras så att de äldre inte endast blir bemötta som vårdbehövande utan som individer med självbestämmande rätt, individuella behov och rättigheter. En kartläggning av behovet för gerontologiskt socialt arbete i svenska Österbotten visade att hemvårdsledarna skötte många sådana rådgivnings- och handledningsuppgifter som skulle tillhöra socialarbetare, socialhandledare, geronomer, psykiatriska sjukskötare, demensrådgivare etc. (Kroksfors, 2009)

Eftersom netto nyttan av omstrukturering av servicen kan låta vänta på sig flera år, är det skäl att förutspå förändringsbehovet i mycket god tid. Det viktiga är att sträva efter att hålla den åldrande befolkningens funktionsförmåga och förmåga att klara sig i sitt eget hem i skick. Alla satsningar på den öppna vården och på den allmänna servicen, må det sen gälla möjligheter till motion eller minskning av hinder (t. ex. trappor) för boende i eget hus, är av stor betydelse i denna strävan.

I barometerenkäten prioriterar svarande i K5 -kommunerna satsningar på service för barn, unga och familjer. (Barometern, 2011). I planen för barnens, ungas och familjers välfärd inom K5, som godkänts av alla kommuner, ingår en stor mängd åtgärder som samkommunen och kommunerna borde ta itu med. Och liksom för äldres del är det viktigt att satsa på förebyggande och stödande insatser när det gäller service för barn, unga och familjer.

Inom ramen för detta projekt har uppföljningstiden varit åren 2009-2011. Projekt har strävat efter att stöda förändringsprocessen och att producera nyttig information för samkommunen K5 i reformarbetet. Under denna period har det inom K5 funnits tydligt uttalade mål endast för förändring av mentalvårdens servicestruktur. Därtill har några tjänster grundats som samkommunens regionala tjänster, t ex en palliativ skötersketjänst. Sålunda kan konkluderas att endast dessa omorganiseringar har utgått från de behov och mål som de politiska beslutsfattarna har identifierat. Om verksamheten ger den nytta för invånarna man strävat efter bör utvärderas skilt.

Det kan sägas att samkommunen K5 gjort de förändringar i servicestrukturen som de ansett vara viktiga och riktiga ur deras synvinkel och använt den nya gemensamma samarbetsstrukturen, samkommunen, på ett för dem ändamålsenligt sätt. Å andra sidan bör konstateras att del av de förtroendevalda och den ledande personalen skulle ha varit redo för en mera omfattande förnyelseprocess. I Annette Tallbergs studie⁷ kommer det fram att många upplever att processen varit dyr samt att samkommunens ledning inte har kunnat definiera tydliga mål för vad man vill uppnå med samarbetet. Oron inför den kommande kommunstrukturreformen har också begränsat en del kommuners vilja att satsa på K5. Samtidigt är tilltron till K5:s möjligheter att svara på framtida utmaningar stor; en del ser till exempel att ett starkt K5, med mera gemensam service, är ett villkor för att hålla kvar servicen i regionen, samt att möjligheterna att utveckla samarbetet också inom andra sektorer (t.ex. utbildning) bör utredas. (Tallberg, 2012)

⁷ I Annette Tallbergs studie ingår resultat från en enkät till ledamöterna i samkommunfullmäktige (24.2.-22.3.2011) och 10 halvstrukturerade temaintervjuer (i maj-juni 2011) med medlemmar i beställar-utförararbetsgruppen.

Källförteckning

Backman, A. (2011) Förmäns åsikter om utvecklingsbehov inom äldreomsorgen och inom dagvården i Kust-Österbottens samkommun. FSKC Rapporter 1/2011

Finansministeriet, 02.09.2011. Pressmeddelande 88/2011

Finansministeriet. Ekonomiska utsikter. Online:

http://www.vm.fi/vm/sv/08_ekon_utsikter_och_ekon_politik/02_ekon_politik_strukturpol/01_utmaningarna/index.jsp. Hämtad 28.12.2011

Finansministeriet . En livskraftig kommun- och servicestruktur Online:

http://www.vm.fi/vm/sv/04_publicationer_och_dokument/01_publicationer/03_kommunerna/20120206Enlivs/4_Oesterbotten.pdf. Hämtad 14.2.2012

Finlands Kommunförbund (2012)

<http://www.kunnat.net/sv/databanker/statistik/befolkning/Forsorjningskvot/Sidor/default.aspx>) Hämtad 5.3.2012

Helsingin Sanomat, Huoltosuhde pakottaa Suomen kuntaremonttiin. Ledare, 28.11.2011

Häggqvist, R. (2011) Den psykosociala enheten. Presentation på seminariet "Framgångsfaktorer för K5 – ledarforum" 22.11.2011, Yttermark

Ikääntymisraportti (2009) Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. Helsinki: Yliopistopaino

Intervju med Jarkko Pirttiperä, Pirjo Wadén, Peter Riddar och Ralf Häggqvist, 23-25.11.2011

Kallio, O., Meklin, P., Tammi, J., Vakkuri, J. (2011) Rakennemuutoksen taloushyötyjä odotellessa. Kunta- ja palvelurakennemuutos kuntatalouden näkökulmasta vuosina 2000-2010. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 17. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Tillgänglig online: www.kunnat.net

Kaste (2012) Sosiaali- ja tervydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Tillgänglig online: www.stm.fi. Hämtad 2.2.2012

Kenni, M & Asikainen, J. (2011) Kohti uuden sukupolven organisaatioita. Esimerkkejä kuntien prosessimaisesta toiminnasta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kinnunen, P. (2003) Maakunnalliset ja seudulliset hyvinvointistrategiat. Ingår i Kinnunen P. Kostamo-Pääkkö, K (toim.) Alueelliset hyvinvointistrategiat. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja. Oulu 2003

K5 - Arbetsgruppen för uppföljning av planen för barns och ungas välmående i K5, Brev till samkommunstyrelsen 6.9.2011

- K5 - Arbetsgruppen för minnesrådgivning, Promemoria 15.12.2011
- K5 – Socialvårdsgruppen. Promemoria 26.10.2011
- K5 – strategi (2012-2015) Strategi för utveckling av service inom Kust-Österbottens samkommun 2012-2015. "Vår sak". Behandlats i styrelsen 23.11.2011.
- K5 –samkommunstyrelse. Protokoll 21.1.2011
- K5 –samkommunstyrelse. Protokoll 14.3.2011
- K5 –samkommunstyrelse. Protokoll 21.9.2011
- K5 – Samkommunstyrelsen. Protokoll 23.11.2011
- Klavus, J. (2010) Suomalaisten terveysterveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Ingår i Vaarama, M., Moisio P. & Karvonen S. (toim) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveysterveys ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino
- Krokkfors, Y. (2009) Kartläggning om behovet för gerontologiskt socialt arbete i svenska Österbotten. FSKC Arbetspapper 14/2009
- Laine, T.K., Airaksinen, J., Kyösti, A., Härkönen, H. (2011) Raamit kaulassa. Rakenteet ja johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Online: www.kunnat.net
- Mangs, C-G (2011) En förtroendevalds syn på K5. Presentation på seminariet "Framgångsfaktorer för K5 – ledarforum" 22.11.2011, Yttermark.
- Muuri, A. (2010) Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Ingår i Vaarama, M., Moisio P. & Karvonen S. (toim) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveysterveys ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino
- Nygårdas, P., Pellfolk, T., Wentjärvi, A. (2011) Äldres hälsa och livsvillkor samt familjearbete inom K5 –kommunerna. Yrkehögskolan Novia, enheten för forskning och utveckling.
- Nyman, I. (2010) Modell för senior-rådgivning inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsövård. Projekt rapport december 2010, Äldrecentrum Österbotten. Tillgänglig online:
<http://www.korsholm.fi/medialibrary/data.seniorrådgivning>
- Pihlajamäki, E. & Sjöström, S. (2010) Kartläggning av läkarnas och tandläkarnas åsikter om sin arbetssituation och organisering av arbetet inom Kust-Österbottens samkommun hösten 2009. FSKC Rapporter 1/2010
- Pihlajamäki, E. & Sjöström, S. (2011) Social- och hälsovårdsservice under förändring i Kust-Österbottens samkommun 2009-2010. FSKC Rapporter 2/2011
- Pirttipärä, J.(2010) Vad är K5? Närpes stads informationstidning, 7.11.2010.
- Pirttipärä, J (2011), Vårt K5, samkommunen 2012-2014. Presentation på seminariet "Framgångsfaktorer för K5 – ledarforum" 22.11.2011, Yttermark

- Riddar, P. (2011) Hur säkerställer vi tillgång på läkar- och hälsovårdstjänster? Presentation på seminariet "Framgångsfaktorer för K5 – ledarforum" 22.11.2011, Yttermark
- Social- och hälsovårdsministeriet (2011) Ett socialt hållbart Finland 2020. Strategi för social- och hälsovårdspolitiken. Publikationer 2011:5. Helsingfors
- Social- och hälsovårdsministeriet (2011 b). Resultat från en medborgarenkät 15.11.2011. Online:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-16802.pdf. Hämtad 20.1.2012
- Statistikcentralen, StatFin databas. Tillgänglig online:
http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/databasetree_sv.asp, 7,11,2011
- Tallberg, Annette (2011) Beslutsfattarnas röster om samarbete inom K5 - Resultat från en studie för avhandling pro gradu 2011. Presentation på seminariet "Framgångsfaktorer för K5 – ledarforum" 22.11.2011, Yttermark
- Tallberg, Annette (2012). Utkast till avhandling pro gradu "Varför beställarutförarmodellen? Valet av samarbetsmodell inom samkommunen K5 granskat ur ett institutionellt perspektiv " 14.3.2012. Opublicerat material.
- Vakanskartläggning (2011) Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala områdets kartläggning av socialarbetarvakanser i Svenskfinland. Online: www.fskc.fi
- Valtiovarainministeriö, 02.09.2011. Ajankohtaista kuntapolitiikasta. Tillgänglig online: <http://www.vn.fi>
- Wadén, P. (2011a) Det enda sättet att leva länge är att åldras. Förslag till regional minnesrådgivning och psykiatrisk enhet. Opublicerad plan.
- Wadén, P. (2011b) Vägen till välbefinnande för samkommunens invånare. Presentation på seminariet "Framgångsfaktorer för K5 – ledarforum" 22.11.2011, Yttermark
- Wentjärvi, A. & Pellfolk, T (2010) Äldres hälsa och livsvillkor samt familjearbete inom K5 –kommunerna.
- Virtanen, P. & Wennberg, M. (2005) Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita



AB DET FINLANDSSVENSKA KOMPETENSCENTRET
INOM DET SOCIALA OMRÅDET – FSKC
Tavastvägen 13, 00530 HELSINGFORS
www.fskc.fi