

Matti Heikkilä, Juha Kaakinen, Niina Korpelainen

Det nationella utvecklingsprojektet
för det sociala området

Utredarnas slutrapport

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet, Finland		Utgivningsdatum 25.3.2003	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Utredare: Matti Heikkilä, Juha Kaakinen och Niina Korpelainen Ordförande för projektets ledningsgrupp: Markku Lehto Projektets sekreterare: Saila Hietanen		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättande av organet 3.10.2002	
Publikation (även den finska titeln) Det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området. Utredarnas slutrapport. (Kansallinen sosiaalialan kehittämishankkeiden loppuraportti.)			
Publikationens delar			
Referat			
<p>Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 3.10.2002 ett nationellt utvecklingsprojekt för det sociala området. Projektet hade en ledningsgrupp med kanslichef Markku Lehto som ordförande. Till utredare utsågs överdirektör Matti Heikkilä från Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, verkställande direktör Juha Kaakinen från Sosiaalikehitys Oy och socialdirektör Niina Korpelainen från Kuusankoski stad. Projektet hade till uppgift att utarbeta ett utvecklingsprogram på lång sikt i syfte att trygga en balanserad och kontrollerad utveckling för det sociala området. Rapporten grundar sig på ett sakkunnigutlåtande av utredarna. I rapporten har tagits med endast de förslag till åtgärder som projektets ledningsgrupp kunde nå stor enighet om. För att vidta de föreslagna åtgärderna behövs tilläggsfinansiering. Finansministeriets representant förband sig inte till de förslag som skulle medföra att statens och kommunernas totala utgifter stiger.</p> <p>Utredarna bedömde särskilt fyra stora helheter: 1. tillgången till socialservice och servicens kvalitet ur olika befolkningsgruppers synvinkel, 2. tillräcklig och kunnig personal samt arbetspraxis, 3. ordnande av service i kommunerna och samarbete med de övriga förvaltningarna och 4. finansiering och styrning av det sociala området.</p> <p>Förslagen för att förbättra tillgången till service och servicens kvalitet gällde särskilt tjänster för barnfamiljer och äldre. I fråga om tjänster för barnfamiljer betonades tidigt ingripande, ökat samarbete mellan basservicen och specialservicen och mångsidigare service. Tilläggsåtgärder behövs bl.a. inom barnskyddet och specialdagvården. Den splittrade servicen för långtidsarbetslösa skall samlas och kommunernas ansvar i fråga om den strukturella arbetslösheten ökas. Beträffande tjänsterna för äldre föreslås att äldreården moderniseras, de äldre ges rätt till en bedömning av vårdbehovet, personalsituation inom hem- och institutionsvården förbättras och de anhöriga ges möjlighet att kortvarigt vårda sina föräldrar.</p> <p>Personalens kunskaper säkerställs med en lagstadgad fortbildningsskyldighet. Arbetspraxisen och metoderna utvecklas kännbart med ett separat projekt för god praxis. Utredarna föreslår att verksamhetsbetingelserna för nya regionala kompetenscentrum inom det sociala området förbättras för att de bättre skall kunna stödja arbetet för att utveckla den kommunala servicen. Utnyttjandet av datateknologin inom det sociala området skall förbättras.</p> <p>Socialservicen ordnas på ett mera mångsidigt sätt som ett samarbete mellan kommunerna, organisationerna och företagen. Klienternas valmöjligheter förbättras t.ex. med hjälp av servicesedlar. Specialservicen inom socialvården, dvs. främst barnskydd, missbrukarvård, handikapps-service och specialdagvård, ordnas utgående från ett tillräckligt stort befolkningsunderlag, vid behov regionalt med hjälp av modellen med en ansvarig centralkommun. Det regionala samarbetet kartläggs i hela landet före utgången av år 2003.</p> <p>Den riksomfattande finansieringen och styrningen av socialservicen utvecklas med hjälp av fyra element. Kommunerna skall garanteras tillräcklig grundfinansiering genom att statens finansieringsandel utökas, även grunderna för att få service stärks. Grunderna för att få service gör tillgången till service mera förutsägbar ur klientens synvinkel. Utredarna föreslår att man börjar med servicen för äldre. Den systematiska bedömningen av servicen skall utökas. Utredarna nämner minimistandarder som ett sätt att säkerställa kvaliteten på socialservicen.</p>			
Nyckelord Det sociala området, personal, projekt, socialservice, socialvård			
Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:11swe		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1363-6
Sidoantal 79	Språk svenska	Pris 14,80 €	Sekretessgrad offentlig
Distribution/Försäljning Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors tfn (03) 260 8158 och (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, e-post: julkaisumyynni@stm.vn.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DET NATIONELLA UTVECKLINGSPROJEKTET FÖR DET SOCIALA OMRÅDET

INNEHÅLL

INLEDNING.....	7
1. UTGÅNGSPUNKTERNA I DET NATIONELLA UTVECKLINGSPROJEKTET FÖR DET SOCIALA OMRÅDET.....	9
1.1 Projektets uppdrag och organiseringen av arbetet.....	9
1.2 Mål och utgångspunkter för det sociala området.....	10
1.2.1 Samband med den sociala tryggheten som helhet.....	10
1.2.2 Mål och utgångspunkter för socialvården.....	11
1.3 Föränderliga förhållanden.....	12
1.3.1 Befolkningsutvecklingen.....	12
1.3.2 Kommunalekonomin.....	13
1.3.3 Verkningsarna av en åldrande befolkning för kommunalekonomin.....	15
1.3.4 Finansieringen av den sociala tryggheten.....	17
1.3.5 Internationaliseringen.....	17
1.3.6 Socialpolitiska investeringar under levnadsloppet.....	18
1.3.7 Möjligheterna med nya servicekoncept och de strukturella förändringarna.....	18
2. BÄTTRE TILLGÅNG PÅ SOCIALSERVICE OCH BÄTTRE KVALITET	21
2.1 Barn och barnfamiljer.....	21
2.1.1 Barndagvård och annan förskolepedagogisk service.....	21
2.1.2 Förebyggande och psykosociala tjänster för barnfamiljer.....	24
2.1.3 Utveckling av barnskyddet.....	26
2.2 Service för vuxna.....	28
2.2.1 Handikappade och utvecklingsstörda.....	28
2.2.2 Missbrukare.....	30
2.2.3 Service för långtidsarbetslösa till arbetskraftsutvecklingscenter.....	31
2.3 Äldre människor.....	33
2.3.1 En modernisering av innehållet i äldrevården.....	33
2.3.2 Mot en vårdförsäkring.....	36
2.3.3 Mot en tillräcklig personaldimensionering.....	38
2.3.4 Bättre ställning för närstående vårdare och andra som vårdar närstående.....	39
2.4 Specialfrågor.....	40
2.4.1 Svensk- och samiskspråkiga.....	40
2.4.2 Invandrare.....	40
3. PERSONALTILLGÅNG, ARBETSMILJÖ, KOMPETENS OCH ARBETS- RUTINER.....	42
3.1 Personaltillgång och personalstruktur.....	42
3.1.1 Personaltillgång.....	42
3.1.2 Personalstruktur.....	43
3.1.3 Lagstiftningen om behörighet och yrkesutövning inom socialvården.....	44
3.2 Kompetens och arbetsrutiner.....	45
3.2.1 Tryggande och utveckling av kompetensen genom fortbildning.....	45
3.2.2 Programmet för god praxis inom det sociala området.....	46
3.2.3 Utvärdering av verksamhetens effektivitet, kvalitet och resultat.....	47
3.2.4 Forskning, utveckling och serviceproduktutveckling.....	48
3.2.5 Bättre socialvård med information och teknologi.....	50

3.3 Utveckling av socialvårdsledningen	51
3.3.1 Socialvårdsledningen	51
3.3.2 Utökande av ledarutbildningen	52
3.4 Personalens arbetsbetingelser	53
3.4.1 Personalens ork i arbetet	53
3.4.2 Utveckling av de krisartade arbetsbetingelserna vid socialbyråerna	54
4. ANORDNANDE AV SERVICE I KOMMUNEN	56
4.1 Kommunal och regional socialpolitik	56
4.2 Gradering av den kommunala servicen	56
4.3 Organisationernas och den privata sektorns roll	59
5. FINANSIERING, STYRNING OCH TILLSYN	62
5.1 Finansiering och styrning	62
5.2 Tillgången på service och servicens kvalitet	64
6. PROGRAMMETS KOSTNADER OCH FINANSIERING	66
7. BEHOVET AV ETT KLARLÄGGANDE AV PRINCIPERNA FÖR VÄLFÄRDS-	
 POLITIKEN.....	69
BILAGA 1.....	70

INLEDNING

Syftet med rapporten om det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området är att ge material dels för regeringsprogrammet efter riksdagsvalet i mars 2003 och dels mera allmänt för utvecklandet av det sociala området. Utredarna anser att åtgärdsförslagen och målsättningarna i denna rapport bör föras framåt på många plan. Målet för förslagen är till vissa delar att revidera lagstiftningen och på flera punkter ett mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården 2004 – 2007 samt en koordinerad tjänstemannaberedning.

Utredarna har gjort upp rapporten, som endast innehåller de förslag som man i projektets ledningsgrupp kunde nå stor enighet om. Ledningsgruppen har inte tagit ställning till utredarnas text i detalj. Genomförandet av förslagen förutsätter en sådan tilläggsfinansiering som föreslås i rapporten. Ledningsgruppen betonar att säkerställandet av en fungerande service förutsätter att en stabil kommunalekonomisk utveckling tryggas.

Finansministeriets representant förband sig inte vid de förslag som skulle medföra att statens och kommunernas totala utgifter ökar. Enligt finansministeriets representant bör målen för det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området uppnås inom ramen för rambesluten samt de dimensionerings- och allokeringsbeslut som årligen fattas i samband med budgeten.

Förslagen kan delas in i tre nivåer:

1. förslag som klart förutsätter tilläggsfinansiering från staten och kommunerna och bör genomföras under regeringsprogramperioden, dessa har dimensionerats enligt det fyraåriga kostnadsförslaget i programmet som ingår i slutet av rapporten,
2. förslag som man likaså bör förbinda sig vid politiskt men som inte direkt eller nämnvärt orsakar behov av tilläggsfinansiering, och
3. förslag som till karaktären snarare är principiella och stakar ut riktlinjer genom vilka befolkningens sociala handlingsförmåga och säkerhet kan utökas.

Tidtabellen och skalan för de åtgärdsförslag som ingår i utredarnas första nivå har gjorts upp så att den eftersträlvade nivån på statens och kommunernas tilläggssatsningar år 2007 är ca 330 miljoner euro. En sådan utgiftsram är givetvis en kompromiss – de totala kostnaderna för de ursprungligen beredda korrigeringsåtgärderna var avsevärt större än den föreslagna utgiftsramen.

Den socialpolitiska ministerarbetsgruppen i Paavo Lipponens andra regering behandlade utredarnas mellanrapport 22.1.2003. Då förekom avvikande åsikter om i vilken utsträckning utredarnas uppdrag befullmäktigade dem att utöver servicen även granska vissa inkomstöverföringar. Ministergruppen intog vid sitt möte ståndpunkten att utredarna också bör komma med förslag till åtgärder som lindrar barnfamiljernas försörjningsproblem vid inkomstöverföringar samt förslag till hur grundtryggheten för långtidsarbetslösa kan rationaliseras uttryckligen i skärningspunkten mellan utkomststödet och arbetsmarknadsstödet. Eftersom dessa två åtgärdshelheter är av annan art än det övriga utvecklingsprogrammet, presenteras de i en bilaga till rapporten och kostnaderna för förslagen har inte tagits med i kostnadsförslaget för det egentliga utvecklingsprogrammet. Utredarna anser det dock vara viktigt att dessa nämnda två helheter – att lind-

ra fattigdomen bland barnfamiljer genom punktåtgärder samt att få bort de långtidsarbetslösa från kommunernas utkomststöd – kommer att granskas när regeringsprogrammet görs upp och även när det bedöms vilka behov de centrala klientgrupperna inom socialvården har.

1. UTGÅNGSPUNKTERNA I DET NATIONELLA UTVECKLINGSPROJEKTET FÖR DET SOCIALA OMRÅDET

1.1 Projektets uppdrag och organiseringen av arbetet

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 2.10.2002 ett nationellt projekt för att utveckla det sociala området. Projektet hade till uppgift att före 31.3.2003 planera och bereda åtgärder som under de närmaste åren kommer att behövas för att lösa de centrala utvecklingsbehoven och problemen inom det sociala området.

Som ordförande för projektets ledningsgrupp kallades kanslichef Markku Lehto från social- och hälsovårdsministeriet och som medlemmar budgetrådet Raija Koskinen från finansministeriet, specialmedarbetare Rurik Ahlberg från social- och hälsovårdsministeriet, verkställande direktör Risto Parjanne från Finlands Kommunförbund, verkställande direktör Aulikki Kananoja från Helsingfors stad, biträdande avdelningschef Reijo Väärälä från social- och hälsovårdsministeriet, biträdande avdelningschef Aino-Inkeri Hansson från social- och hälsovårdsministeriet och överdirektör Matti Heikkilä från Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, verksamhetsledare Riitta Särkelä från Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa rf och docent Mirjam Kalland från Rädda Barnen rf (fr.o.m. 1.1.2003 verkställande direktör för Det finlands-svenska kompetenscentret inom det sociala området).

Som utredare kallades överdirektör Matti Heikkilä från Stakes, socialdirektör Niina Korpelainen från Kuusankoski stad och verkställande direktör Juha Kaakinen från Sosiaalikehitys Oy. Sakkunnigsekreterare för ledningsgruppen och utredarna var Saila Hietanen. Överdirektör Matti Heikkilä koordinerade helhetsberedningen.

Utredarna hade till uppgift att först utreda vilka akuta problem som kräver en lösning och lägga fram förslag till lösningar. För det andra hade de till uppgift att lägga fram förslag till åtgärder genom vilka problem i anslutning till samarbete och gränssnitt inom social- och hälsovården avgörs. Samtidigt avgörs hur man kan garantera en balanserad och kontrollerad utveckling för det sociala området inom följande områden och verksamhetssektorer:

1. Tillgången på centrala tjänster och strukturella frågor i anslutning till dem
2. Arbetskraftsfrågor inom det sociala området, tillgång, duglighet, utbildning och andra personalfrågor
3. Organiseringen och anordnandet av tjänster och förebyggande verksamhet i kommunen
4. Stärkande av samarbetet inom det sociala området i synnerhet tillsammans med hälso- och sjukvården och undervisningsväsendet
5. Finansieringen och styrningen av den centrala servicen inom det sociala området

Ett viktigt parallellt projekt är det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet som projektet enligt planerna skall idka ett nära samarbete med.

Till stöd för utredarna kallade social- och hälsovårdsministeriet in fyra sakkunnigarbetsgrupper med ansvar för olika sakhelheter. I arbetsgrupperna arbetade ca 50 sakkunniga inom området. Under arbetets gång ombads ledningen i kommunerna och socialledningen, kompetenscentren inom det sociala området, organisationer, organisationer som representerar arbetstagare och arbetsgivare bedöma utvecklingsbehoven. Sakkunniga från olika sektorer hördes särskilt. Utredarna har under projektets gång rest runt i landet och presenterat projektet på tiotals olika orter och länsstyrelserna har ordnat arbetsmöten som särskilt riktat sig till socialledningen i kommunerna. För att få respons delades projektets mellanrapport ut bl.a. till alla kommuner och organisationer inom det sociala området. Utredarna har också samarbetat med delegationen för socialarbetet, som inledde sin verksamhet hösten 2002.

I kapitel 1 i rapporten granskas målen och verksamhetsbetingelserna för det sociala området på 2000-talet. I kapitel 2 föreslås metoder som kan förbättra tillgången på socialservice och dess kvalitet. I kapitel 3 granskas tillgången på personal inom det sociala området, personalens kompetens, förhållandena på arbetsplatsen och arbetsrutiner. I kapitel 4 granskas hur socialservicen i kommunerna ordnas och graderas. I kapitel 5 behandlas de viktigaste frågorna inom finansiering, styrning och övervakning. I kapitel 6 presenteras kostnaderna för projektet och i sista kapitlet påtalas behovet av ett fortsatt arbete för att staka ut linjerna för välfärdspolitiken.

1.2 Mål och utgångspunkter för det sociala området

1.2.1 Samband med den sociala tryggheten som helhet

Utredarna har i sin uppgift förstått de centrala begreppen inom det sociala området som följer. *Socialvård* är en helhet bestående av de funktioner som i lagstiftningen har föreskrivits för kommunerna. Den täcker socialservicen samt en begränsad mängd sociala understöd, bl.a. underhållsbidrag, stöd för hemvård och privat vård av barn och utkomststöd. Det *sociala området* är som begrepp mera omfattande än socialvård och inbegriper utöver den kommunala socialvården olika organisationers socialservice och socialarbete, socialservice som produceras av den privata sektorn, andra kommunala och statliga aktörers sådana funktioner som är inriktade på att förbättra den sociala funktionsförmågan och förebygga problem t.ex. inom hälso- och sjukvården, i elevvården i skolan, inom arbetsförvaltningen och fängvården. Det mest omfattande begreppet är *social trygghet*.

Socialservicen och socialvården är en viktig del av den finländska sociala tryggheten. Social- och hälsovårdsministeriet har definierat strategierna för den sociala tryggheten år 2010 i formen ”Mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle”. Enligt definitionerna i denna rapport är målen för den sociala tryggheten bl.a. att främja en god funktionsförmåga samt trygga en tillräcklig försörjning och service. Dessa mål främjas också av socialservicesystemet och den ekonomiska hjälp som ingår i det. Bland de strategiska målsättningarna för den sociala tryggheten hör utöver de nämnda syftena inriktningen på att förebygga utslagning och på vård väsentligt till socialvårdens ansvarsområde. Centralt med tanke på detta är prioriteringen av ett förebyggande perspek-

tiv, en multiprofessionell behandling av barns och ungas problem, långtidsarbetslöshet, regionala välfärdsskillnader och rusmedelsrelaterade problem.

1.2.2 Mål och utgångspunkter för socialvården

En central utgångspunkt för anordnandet av socialservicen och utkomstskyddet är att alla har rätt till en sådan oundgänglig försörjning och omsorg som behövs för ett människovärdigt liv. Det allmänna skall genom lag tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster.

Den finländska socialvården behöver en modern utvecklingsstrategi som klart utsträcker sig till år 2015. Som ett resultat av en sådan målmedveten utvecklingsstrategi kan socialvården se ut som följer:

Största delen av socialservicen är universell service som är avsedd för hela befolkningen. Genom den tryggas omvårdnad och omsorg om individen och familjen i olika skeden av livet, möjliggörs deltagande i arbetslivet och jämställdhet mellan könen. Genom socialservice och utkomstskydd stärks människornas arbets- och funktionsförmåga och självständighet. I servicen betonas ett multiprofessionellt arbetssätt, förebyggande och ett tidigt ingripande. Utslagning förebyggs aktivt genom socialarbete och socialservice.

Största delen av servicen inom det sociala området är närservice som ges i klientens hem eller så nära hemtrakterna som möjligt. Målet är att förmedla kunskaper inom specialservicen till klienten och basservicen. Specialservicen och om förhållandena så kräver även när servicen produceras i form av ett regionalt samarbete, i regel av den ansvariga centralkommunen. Samarbetet med hälso- och sjukvården, undervisnings- och bostadsväsendet och arbeidskraftsförvaltningen löper smidigt och den sociala aspekten beaktas inom de övriga samhällspolitiska sektorerna.

Kommunerna bär ansvaret för att det ordnas socialservice. Socialservicen produceras på ett smidigt och mångsidigt sätt och produceras förutom av kommunerna även av organisationer och den privata sektorn. Klientens möjligheter att välja serviceproducent har förbättrats.

Det sociala området har blivit attraktivare. Personalen inom det sociala området är tillräckligt dimensionerad i relation till klienteletts behov. Personalen har en tillräcklig yrkesutbildning och kompetens som upprätthålls och utvecklas genom en kontinuerlig fortbildning. Arbetsmetoderna inom det sociala området bygger allt mer på undersökt och evaluerad information och betonar klientcentrering och multiprofessionalitet.

Det viktigaste målet för det allmännas styrning är att garantera en tillräcklig socialservice i alla delar av landet. Kommunerna bär huvudansvaret för finansieringen av socialservicen. De finansiella förbindelserna mellan staten och kommunerna är stabila och förutsägbara. Statsandelssystemet tryggar kommunernas möjligheter att producera en tillräcklig socialservice i alla delar av landet. Styrningen av socialservicen bygger på en uppdaterad lagstiftning och på informationsstyrning. Minimistandarder och kvalitetsrekommendationer har skapats för de centrala sektorerna och genomförandet av dem följs upp på riksplan.

1.3 Föränderliga förhållanden

Utvecklingen inom det sociala området påverkas av många förändringar i omvärlden. De mest framträdande är de demografiska förändringarna – en sjunkande nativitet, åldrande befolkning samt en regional centrering till följd av migrationen inom landet – internationaliseringen, utsikterna för den kommunala ekonomin och hela den offentliga ekonomin.

1.3.1 Befolkningsutvecklingen

Befolkningen i Finland kommer att öka ett tjugotal år till. I ungefär 15 år kommer ökningen att upprätthållas av en majoritet födda tillsammans med ett flyttningsöverskott i migrationen. Efter år 2015 överskrider antalet döda antalet födda och därefter ökar Finlands befolkning endast genom migration. Efter år 2020 räcker inte ens migrationen till för att ersätta majoriteten döda och befolkningen börjar åldras. Trots detta kommer det att finnas något fler finländare år 2030 än nu.

Befolkningsstrukturen ändras så att det år 2030 kommer att finnas ca 100 000 färre barn än nu. Antalet 15–64-åringar i arbetsför ålder börjar minska i slutet av decenniet, varvid de första representanterna för de stora åldersklasserna fyller 65 år. År 2030 finns det ca 600 000 fler personer som fyllt 65 år än nu. Efter trettio år finns det hälften fler 65–74-åringarna än nu och dubbelt så många som fyllt 75 år.

Befolkningen och befolkningsförändringarna 2000 – 2030

Befolkningen 2000 och 2030 och befolkningsförändringarna 2000 - 2030						
Ålder	2000	2030	Förändring 2000–30	Förändring, %	Andel 2000	Andel 2030
0–14	936 000	800 000	-136 000	-15	18	15
15–64	3 468 000	3 050 000	-418 000	-12	67	59
65–74	437 000	660 000	223 000	51	8	13
75–	340 000	700 000	360 000	106	7	13
Totalt	5 181 000	5 215 000	34 000	1	100	100

Statistisk källa: Statistikcentralen, Altika (år 2000)

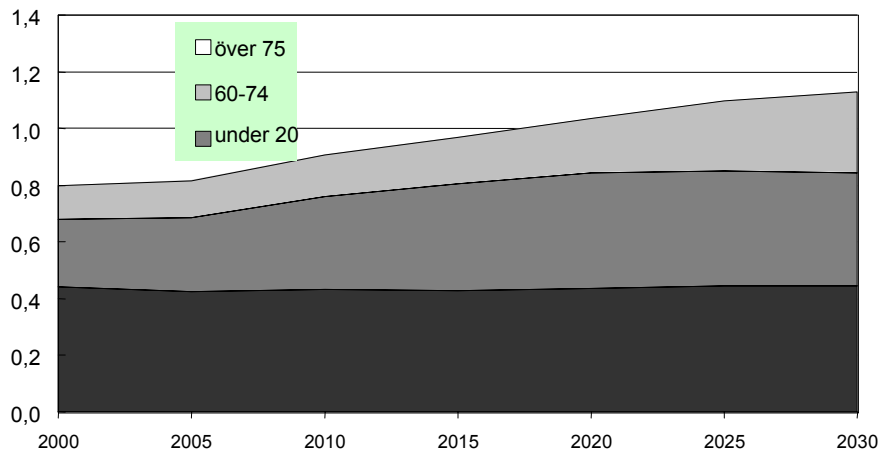
På grund av den kraftiga flyttningsrörelsen förändras befolkningens regionala fördelning, se tabellen ovan. Om trettio år bor 23 % av finländarna i huvudstadsregionen. Också andra centrum och områden för växelverkan ökar något sin andel av hela landets befolkning. Andelen personer bosatta på landsbygden kommer däremot att minska betydligt. År 2030 bor bara var tionde finländare kvar på den egentliga landsbygden och endast 6 % på den glest bebyggda landsbygden.

Med tanke på försörjningsförhållandet är åldersstrukturen på befolkningen bra, men situationen kommer att förändras under de närmaste åren. Som en samverkan av att de äldre åldersklasserna ökar i storlek och den arbetsföra befolkningen minskar stiger vär-

det på försörjningsförhållandet. I framtiden kommer det att finnas fler som blir försörjda än försörjare.

Under granskningsperioden 2000 – 2030 sker en klar förskjutning av tyngdpunkten i försörjningsförhållandet.

Barn och äldre per 20–59-åringar: Finland 2000 – 2030



Statistisk källa: Statistikcentralen, Altika (år 2000)

Diagrammet Försörjningsförhållandets utveckling i Finland 2000–2030. Källa: Nivalainen & Volk 2002

År 2030 kommer de äldres andel av försörjningsförhållandet redan att utgöra över 60 %. Det s.k. barnförsörjningsförhållandet kommer emellertid inte att sjunka så mycket, eftersom antalet personer i arbetsför ålder samtidigt minskar.

1.3.2 Kommunalekonomi

Skatteinkomsterna är kommunernas viktigaste inkomstform. Av kommunernas externa inkomster utgör skatteinkomsterna i genomsnitt 60 %, statsandelarna för driftsekonomin ca 15 % och verksamhetsintäkterna ca 15 %. Resten av de externa inkomsterna består av ränte- och finansieringsavkastning samt övriga inkomster.

Kommunernas genomsnittliga inkomstskatteprocent år 2003 är 18,03. Inkomstskatteprocenten för år 2003 höjdes i 93 kommuner med 1,6 miljoner invånare. Två kommuner sänkte sin inkomstskatteprocent för år 2003. Den högsta skatteprocenten har Pelkos-

niemi och Savukoski, vars inkomstskatteprocent är 20. Grankulla har landets lägsta skatteprocent 15,50.

Enligt Kommunförbundet utgörs i genomsnitt 48 % av kommunernas utgifter av social- och hälsovårdens omkostnader och investeringar. Undervisnings- och kulturväsendets omkostnader och investeringar utgör 26 % av utgifterna. Med resterande 26 % täcks kommunernas övriga uppgifter.

Årsbidraget per invånare är ett allmänt använt nyckeltal vid bedömningen av inkomstfinansieringens tillräcklighet. Kommunalekonomin anses vara i balans då årsbidraget motsvarar de planliga avskrivningarna. Kommunernas årsbidrag per invånare har kraftigt differentierats under de senaste åren. Detta beror på att antalet kommuner med ett negativt och svagt årsbidrag (under 500 mk/invånare) har ökat samtidigt som det har gått bättre än någonsin för kommuner med ett starkt årsbidrag.

Totalt förstärktes kommunernas inkomstbas år 2001. Från år 1997 till 2001 ökade årsbidraget i synnerhet i stadskommuner och på landsbygd med närhet till städer. Negativ utveckling förekom endast i landsbygdskommuner. Ett svagt eller negativt årsbidrag är fortfarande typiskt för kommuner med ett i genomsnitt mindre invånarantal. Av de sammanlagt 117 kommunerna med negativt årsbidrag hade 99 kommuner mindre än 6 000 invånare. Också lånebeståndet ökade mest i kommungrupper med mindre än 6 000 invånare. Årsbidraget förbättrades i 273 kommuner, bibehölls på ungefär samma nivå i 47 kommuner och försämrades i 112 kommuner. Årsbidraget blev mindre än nettoinvesteringarna i 309 kommuner.

År 2003 försämras den finansiella situationen inom kommunalekonomin klart. Ökningen av kommunernas utgifter dämpas bl.a. på grund av den måttfulla kostnadsutvecklingen. Kommunernas skatteinkomster minskar år 2003. Redovisningarna inom kommunalbeskattningen sjunker från 2002 års exceptionellt höga nivå. Minskningen orsakas av ändringar i beskattningsgrunderna och av att konjunktur känsliga anställningsoptionsinkomster och kapitalinkomster har en allt mindre inverkan på redovisningarna för skatter som skall betalas på förvärvs- och kapitalinkomster. Även lättnaderna i förvärvsskatteinkomsterna sänker avkastningen av kommunalskatten. Likaså har mervärdesskatteformen en minskande effekt på avkastningen av samfundsskatten i kommunerna.

Tabell: Kommunernas och samkommunernas ekonomi 2001 – 2007 (mrd. euro)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Verksamhetsbidrag	-15,00	-15,90	-16,46	-17,05	-17,67	-18,34	-19,06
Skatteinkomster*	14,08	14,02	13,51	13,86	14,34	14,85	15,33
Statsandelar för drifts-ekonomi**	3,67	3,88	4,24	4,34	4,54	4,70	4,87
Övriga finansiella poster, netto	-0,82	-0,02	0,02	0,01	-0,01	-0,02	-0,03
Årsbidrag***	1,93	2,02	1,31	1,16	1,20	1,20	1,11
Extraordinära och andra poster, netto	0,18	0,28	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
Investeringar, netto	2,35	2,10	1,95	1,75	1,75	1,75	1,75
Överskott (årsbidrag+extraordinära poster-investeringar)	-0,24	0,20	-0,46	-0,41	-0,37	-0,37	-0,46
Avskrivningar på anläggningstillgångar	1,45	1,50	1,55	1,60	1,63	1,66	1,69
Årsbidrag-avskrivningar	0,48	0,52	-0,25	-0,44	-0,43	-0,47	-0,58
Lån	4,35	4,80	5,13	5,42	5,68	5,94	6,26
Likvida medel	3,08	3,40	3,26	3,14	3,03	2,91	2,77
Nettoskuld (lån-likvida medel)	1,27	1,40	1,87	2,28	2,65	3,03	3,49

* Enligt kommunernas bokföring

** Avvikelserna beror på avrundningar

Källa: Kommunalekonomin 2003-2007, preliminär bedömning, uppdaterad kalkyl 14.2.2003

Årsbidraget enligt kalkylerna år 2003 räcker inte till för att täcka nettoinvesteringarnas beräknade årliga nivå på 2 miljarder euro. Det räcker alltså inte till för att finansiera avskrivningarna på anläggningstillgångarna efter år 2002. Fram till år 2006 leder en utveckling enligt kalkylen för kommunalekonomin till att kommunerna och samkommunerna måste fatta beslut om en dämpning av utgiftsökningen, investeringarnas omfattning, skatteprocenter, servicestrukturen och samarbetet mellan kommunerna.

1.3.3 Verkningarna av en åldrande befolkning för kommunalekonomin

Temagruppen för basservicen i landsbygdspolitikens arbetsgrupp har i en färsk rapport (2003) granskat vilka verkningar en åldrande befolkning har för kommunalekonomin. När befolkningen åldras sätts den finansiella basen för den offentliga ekonomin på

prov. När utgifterna ökar och den arbetsföra befolkningen minskar blir också skattebasen smalare. Detta kommer att öka trycket på en strängare beskattning i framtiden. En stor del av det tryck som en åldrande befolkning för med sig beror på de ökade pensionsutgifterna. Trycket på att höja arbetspensionsavgifterna beräknas röra sig om 5 – 7 procentenheter från slutet av 2010-talet till början av 2030-talet. Detta berör alla områden lika.

Däremot varierar trycket på en ökning och finansiering av de offentliga utgifter som orsakas av en ökad efterfrågan på välfärdsservice områdesvis beroende på att åldersstrukturerna i områdena är olika. På grund av behovet av och efterfrågan på välfärdsservice har man bedömt att förvärvs- och kommunalbeskattningen kommer att skärpas med några procentenheter i hela landet i början av 2030-talet. Eftersom man kommer att göra besparingar i framtida inkomstöverföringar, kommer åldrandet inte att föra med sig något tryck på höjningar i den statliga inkomstbeskattningen.

Trycket på att höja kommunalskatten beror på hur statsandelssystemet kompenserar utgiftsökningarna. Det nuvarande statsandelssystemet styr medel till kommuner med en svag ekonomisk bärkraft. T.ex. kommuner som får rikligt med statsandelar inom social- och hälsovården har i allmänhet en svag inkomstbas. För närvarande finns det inget samband mellan antalet äldre och den dåliga ekonomiska situationen i kommunerna och därför fungerar statsandelssystemet bra som helhet.

Kalkyler som sträcker sig fram till år 2030 visar att enbart en förändring i åldersstrukturen höjer kostnaderna för social- och hälsovårdsservicen. Förändringen i kostnaderna för social- och hälsovården är störst i städer och på landsbygd nära städer där befolkningsstrukturen är ung och invånarantalet fortfarande ökar kraftigt. I landsbygdskommuner är förändringen liten när det gäller åldrande, eftersom åldersstrukturen redan nu uppvisar ett större antal gamla än i städerna. Antalet barn på landsbygden sjunker snabbt under de närmaste tio åren, vilket gör att det kommer att frigöras resurser inom service som riktar sig till barn. Både stads- och landsbygdskommuner har således ett behov av att bygga ut servicen för äldre människor.

Då kostnaderna för social- och hälsovården ställs i proportion till den arbetsföra befolkningens omfattning, kommer kostnadstrycket att öka i alla kommuntyper före år 2030. Det största kostnadstrycket på arbetsföra finns på den egentliga landsbygden och i glesbebyggda områden på landsbygden.

I stadscentrum är den kommunalbeskattningsbara inkomsten 1,6 gånger större än på glesbebyggd landsbygd. Bidragande faktorer är en annan åldersstruktur på befolkningen, de förvärvsarbetandes inkomstnivå samt ett större antal förvärvsarbetande än på landsbygden.

De låga inkomsterna av kommunalskatten minskar kraftigt på landsbygdsområden på grund av förändringen i befolkningen. De beskattningsbara inkomsterna i stadsområden kommer däremot att öka, eftersom antalet arbetsföra ytterligare kommer att öka. Den krympande skattebasen i landsbygdskommunerna medför problem även om basservicen tryggas genom statsandelssystemet. Det försämrar kommunernas möjligheter att upprätthålla annan service som bidrar till kommuninvånarnas trivsel.

1.3.4 *Finansieringen av den sociala tryggheten*

Kommissionen som utrett de sociala utgifternas utveckling och tryggheten av finansieringen av den sociala tryggheten på lång sikt (Somera-kommissionen) ansåg i sitt betänkande (KB 2002:4) att det är möjligt att trygga en omfattande och tillräcklig social trygghet även i framtiden. Detta förutsätter dock en konsekvent ekonomisk tillväxt, vilket bl.a. förutsätter en höjning av sysselsättningsgraden, en ökning av arbetets produktivitet och nationalekonomins helhetsproduktivitet samt en fortsatt skälig skattegrad. När det gäller social- och hälsovårdsservicen föreslog Somera-kommissionen bl.a. följande fem målsättningar som är centrala även för socialvården:

1. Offentlig social- och hälsovårdsservice finansieras även i fortsättningen huvudsakligen med skattemedel och delvis med klientavgifter.
2. Migrationen inom landet gör det svårt att anordna service både i områden med flyttningsunderskott och i områden med flyttningsöverskott. För att garantera tillgången på service anser kommissionen det vara befogat att minska kommunernas beroende av konjunkturkänsliga inkomster. Statsandelens betydelse i finansieringen bör höjas så, att kommunernas ekonomi står på en tillräckligt stadig grund och på den nivå som uppgifterna förutsätter.
3. Till och med tryggheten av basservicen förutsätter endera en förändring i kommunindelningen eller ett långsiktigt samarbete över kommungränserna.
4. För att öka självständigheten och valfriheten förstärks andelen socialpolitiskt motiverade finansieringssätt som kanaliseras via klienterna.
5. För att trygga tillgången på personal bör man investera i arbetskraft inom social- och hälsovården.

1.3.5 *Internationaliseringen*

Internationaliseringen är en utmaning för välfärdssamhället. Internationaliseringen av världsekonomin och teknologins utveckling har minskat betydelsen av gränserna mellan nationalstaterna och i det samhälleliga beslutsfattandet skall man utöver de nationella aspekterna dessutom beakta internationella faktorer. Den europeiska integrationen för med sig tryck på skatte- och lönekonkurrensen och ökar den fria rörligheten för arbetskraften.

De senaste årens integrationsutveckling inom Europeiska unionen har visat att många socialpolitiska hotbilder varit ogrundade. Även den socialpolitiska tolkningen av integrationen i Europa har förändrats. I början av 2000-talet förs ett nytt slags diskussion om en social modell för Europa. En central roll i den här modellen har metoden för öppen koordination som tillämpats eller tillämpas inom sysselsättningspolitiken, i politiken mot social utslagning, pensionspolitiken, hälso- och sjukvården samt den motiverande politiken.

I Europeiska unionen fattas sådana beslut i ekonomiska frågor som är bindande för medlemsländerna och avspeglar sig i socialpolitiken och besluten om finansieringen av den sociala tryggheten i medlemsländerna. Arbetskraftens rörlighet förutsätter förändringar i strukturerna inom den sociala tryggheten. Ökningen av antalet invandrare förut-

sätter att socialservicen har förmåga att producera tjänster för klienter från olika etniska grupper.

1.3.6 Socialpolitiska investeringar under levnadsloppet

På basis av ovan beskrivna kontextfaktorer kan man dra slutsatsen att det uppstår spänningar mellan behov och resurser även om sysselsättnings- och den ekonomiska politiken är välskött. Upprätthållandet av den omfattande allmänna välfärdsskyldigheten förutsätter både prioritering och en betoning av medborgarnas eget ansvar. Även den sociala trygghetens klassiska uppgift, att erbjuda en säkerhet mot risker och förändringar kan ställas i en ny dager i ett samhälle som snabbt förändras.

En central paroll i den europeiska socialpolitiken har under hela 1990-talet varit aktivering och en aktiv socialpolitik. Med den har man i praktiken avsett en politik som återför till arbetet och svänger strömmen från social trygghet till arbete. Samtidigt har man ansett det vara nödvändigt att omdefiniera både statens och individens rättigheter och skyldigheter när det gäller att trygga funktionsförmågan och försörjningen.

I praktiken betonar den ovan beskrivna förändringen i det socialpolitiska paradigmet ett utökande av medborgarnas eget ansvar i arbetsför ålder och ytterligare så att denna aktiva period, perioden i arbetslivet, bör förlängas med flera år. Även i den kommunala välfärdspolitiken förblir det centralt att investera i början av levnadsloppet. Det har en stark förebyggande betydelse. Ett obestridligt faktum är också att befolkningens åldrande allt klarare förskjuter tyngdpunkten i de socialpolitiska investeringarna mot slutet av levnadsloppet. Detta blir allt möjligare ju friskare, funktionsdugligare och självständigare befolkningen är under sina aktiva år.

I enlighet med förändringen i det socialpolitiska paradigmet är det en viktig förutsättning för upprätthållandet och utvecklingen av arbets- och funktionsförmågan samt utvecklingen av det egna ansvaret och aktiviteten att de samhälleliga servicesystemen fungerar effektivt och aktivt. Funktionsförmågan gäller alltså också servicesystemet. De tjänster som skapats under de senaste årtiondena fungerar fortfarande i alltför hög grad bara inom sektorgränserna, är alltför passiva och ofta anpassade endast efter ett reagerande arbetssätt.

1.3.7 Möjligheterna med nya servicekoncept och de strukturella förändringarna

Utvecklingen av tjänsterna bör mer än för närvarande vara inriktad på behoven av att modernisera hela servicesystemet. De servicekoncept som skapats under den industriella samhällseran har fungerat effektivt ända fram till denna dag. Frågor som gäller arbetsfördelning och samarbete, bevarande och utvecklande av nivån på personalens kompetens och servicens effektivitet och verkningsfullhet har blivit problematiska. Det blir allt viktigare i informationssamhällets service att beakta individuella behov, aktivitet och förmåga att hjälpa människor att bevara sin funktionsförmåga. Detta förutsätter att ser-

vicesystemet har förmåga till flexibel anpassning, innovativitet och ett nätverksbetonat sätt att arbeta.

Den finländska socialvården bygger nu och även framdeles på det offentliga ansvaret att ordna service och även i huvudsak på den offentliga serviceproduktionen. Organisationer och andra organisationer som inte eftersträvar vinst har en andel av totalinsatsen som uppskattas till 17 %. Den företagsbaserade produktionens andel utgör endast fem procent. Detta slag av monotoni i serviceutbudet är en följd både av klienternas begränsade köpkraft och av de två kanalerna i finansieringen av socialservicen (inkl. vårdtjänster): finansieringen kommer i huvudsak av skattefinansiering och till en jämförelsevis liten del från klientavgifterna. Någon tredje kanal finns inte.

Vilket mervärde skulle socialservice som producerats på marknadsvillkor samt konkurrensutsättningen av det offentliga produktionsmonopolet tillföra servicen som helhet och i ett vidare perspektiv nationalekonomin? Generellt sett är svaret att kvaliteten blir bättre, klienterna får flera valmöjligheter och de totala kostnaderna minskar.

När man jämför den centrala socialservicen och de befolkningsgrupper som behöver den med en servicemodell som fungerar på marknadsvillkor är det två kriterier som blir framträdande: tillräcklig köpkraft (solvens) samt förutsättningar att bevaka sitt eget intresse när olika alternativ vägs mot varandra. Enligt vår uppfattning uppfyller de två centrala grupperna av socialserviceanvändare både kriterierna: barnfamiljer som behöver dagvårdsservice och den äldre befolkningen som behöver många slags stödtjänster. I barndagvården är klientens ställning stark och tryggad och barnfamiljernas köpkraft är viktig även på marknaden. Den enda begränsningen är egentligen den minskande efterfrågan: den jämförelsevis låga nativiteten gör att det redan nu uppstår en överkapacitet i barndagvården inom den offentliga sektorn. När det gäller äldreomsorgen är efterfrågan ökande. Också hushåll med äldre människor har en betydande köpkraft på grund av att förvärvspensionerna mognat. Den största begränsande faktorn för produktion på marknadsvillkor är en viss instabilitet i konsumentsuveräniteten när det gäller äldre människor, i synnerhet kan äldre människors förutsättningar att behärska en komplicerad konkurrenskonstellation vara begränsade. Eftersom dessa begränsningar finns anser vi att olika typer av stödtjänster, hemservice och serviceboende är en marknadsnisch för den privata serviceproduktionen.

Alternativen för tjänster som producerats på marknadsvillkor är den traditionella köpservicemodellen samt servicesedeln. I köpservicemodellen har kommunen full kontroll och priset för klienten är det samma som på service som kommunen själv producerar. I service som finansieras med sedel finns åtminstone två alternativ: kommunen beviljar servicesedel i en situation där den inte själv kan producera den service klienten behöver eller kommunens egen produktion finansieras helt eller delvis med servicesedlar. I servicesedeltänkandet utgör sedelns värde samt klientens egen betalningsandel tillsammans priset på privatproducerad service, dvs. produktionskostnaderna ökade med bidraget. Valfrihet uppstår endast om klienten kan välja mellan servicesedel och kommunalt producerad service. Efter detta är det delvis upp till klienten hur mycket mera eller mindre än den kommunala serviceavgiften han är beredd att betala för privat service för att t.ex. få mer kvalitet.

En betydande faktor som begränsar produktionen på marknadsvillkor i vårdservicen är avsaknaden av en s.k. tredje finansieringskanal. Vi anser att man ytterligare bör utreda nya finansiella lösningar för vårdtjänster.

2. BÄTTRE TILLGÅNG PÅ SOCIALSERVICE OCH BÄTTRE KVALITET

2.1 Barn och barnfamiljer

I början av årtusendet bestod Finlands befolkning till 45 % av barnfamiljer. På motsvarande sätt är en femtedel av befolkningen barn – det finns 1,1 miljoner barn under 18 år i Finland. Största delen av barnen mår bra.

Enligt den redogörelse som statsrådet våren 2002 gav om barns och ungas välfärd är en liten minoritet av barnfamiljerna belastade med olika psykosociala problem och har det sämre ställt än andra. Dessutom har risken för fattigdom enligt undersökningen ökat framför allt i småbarnsfamiljer.

Svaret på barnfamiljernas problem kräver förändringar i servicesystemet i samhället. Servicesystemet måste bättre än tidigare kunna förebygga och på ett tidigt stadium identifiera barnfamiljernas problem och effektivare bryta barnets missgynnade ställning, som i många fall kan vara i flera generationer. Ett tidigt ingripande är både mänskligt sett och med tanke på en besparing av samhällets resurser det primära tillvägagångssättet.

2.1.1 *Barndagvård och annan förskolepedagogisk service*

Mångsidigare förskolepedagogisk service

I ett internationellt perspektiv har Finland ett mångsidigt och heltäckande vårdssystem för små barn. Barn under tre år har sedan år 1990 haft rätt till en kommunal dagvårdsplats och år 1996 utvidgades rättigheten till alla barn under skolåldern. Rätten till avgiftsfri förskoleundervisning genomfördes år 2000. Som ett alternativ till den kommunala dagvården kan föräldrarna välja stöd för hemvård av barn under tre år och stöd för privat vård av barn under skolåldern. Inom förskoleverksamheten finns mål för vården, fostran och undervisningen. Förskoleverksamheten är en del av det livslånga lärandet och dess mål är att stärka barnens livskontroll.

Ungefär 46 % av barn under skolåldern fick kommunal dagvård år 2001. Av dem vårdades 65 % i daghem, 28 % i familjedagvård hemma hos vårdaren och 7 % i gruppfamiljedaghem. Antalet barn som vårdas i daghem har ökat märkbart under de senaste årtiondena. Kommunal lekverksamhet och öppen daghemsverksamhet erbjuder stöd och verksamhet i synnerhet för barn och föräldrar som är hemma, familjedagvårdare och deras barngrupper samt för små skolelever. Kommunalt ordnad lekverksamhet och öppen dagvård har avsevärt minskat på 1990-talet. Endast 14 % av kommunerna ordnade öppen daghemsverksamhet år 2001. Tillgången på familjedagvård bör utökas genom att familjedagvårdarens arbete görs attraktivare med bättre arbetsbetingelser och handledning. Tillgången på öppen dagvård och lekverksamhet bör förbättras för att barn som vårdas hemma och föräldrarna skall garanteras ett tillräckligt stöd från samhället.

Eftermiddagsvård för barn ordnas utom av kommunerna dessutom av organisationer och föreningar. Familjernas behov av morgon- och eftermiddagsvård för skolbarnen är större än utbudet. Ordnandet av eftermiddagsvård för skolelever förutsätter lokala lösningar där man i samarbete med undervisningsväsendet, organisationer och privata serviceproducenter garanterar ett tillräckligt serviceutbud i kommunen.

Trycket på ändringar i dagvårdslagstiftningen är stort. Detta tas fram i principbeslutet om riksomfattande riktlinjer för förskoleverksamheten, som fastställts av statsrådet. Man har i synnerhet efterlyst en sådan reform där man i samma lag skulle ta in hela vården, fostran och undervisningen av små barn. I gällande lagstiftning uppmärksammas inte barn som behöver särskilt stöd och särskild undervisning tillräckligt. Social- och hälsovårdsministeriet bereder som bäst ett program för utvecklande av servicelagstiftningen där en revidering av lagstiftningen om barndagvård ingår.

Dagvårdslagstiftningen ändrades för en viss tid i år så att kommunen kan ordna dagvården underställd valfri förvaltning. Förvaltningen av den kommunala dagvården bör ordnas så att en övergripande och multiprofessionell syn på barnet bibehålls i dagvården. I dagvårdsförvaltningen skall man kunna kombinera de centrala dagvårdselementen: vård, fostran och undervisning.

Tryggandet av varaktiga relationer för barnet

Föräldrarna har det primära ansvaret för barnet och dagvården skall stöda denna relation. Partnerskapet mellan föräldrarna och dagvården när det gäller fostran bör främjas och den vård- och fostringsplan som görs upp tillsammans med föräldrarna tas som utgångspunkt för dagvården av barnet. Dagvårdspersonalens förmåga att stöda föräldrarna i deras fostringsuppgift bör stärkas. Detta förutsätter att andelen anställda med yrkeshögskoleexamen inom det sociala området bör utökas inom dagvården.

Barndagvården är vid sidan av hemmet och skolan barnets viktigaste utvecklingsmiljöer. En stor del av barnen tillbringar till vardags nästan hela sin vakna tid i dagvård. Dagvårdsfostran är en viktig del av finländska barns upplevelsevärld. Med tanke på barnets uppväxt och utveckling är det väsentligt att barnet garanteras långvariga och bestående relationer också i dagvården. Om organiseringen av den kommunala dagvården misslyckas kan barnet i sämsta fall belastas av flera onödiga byten av dagvårdsplats, vårdpersonal eller barngrupp. För att trygga barnets relationer bör det ha en egen namngiven fostrare. Målet för personalen och användningen av lokalerna bör vara att man under vårdagens lopp arbetar i smågrupper.

Antalet anställda inom barndagvården i proportion till barnen minskade på 1990-talet, men situationen har blivit bättre under de senaste åren. Barngruppsstorlekarna i daghemmen har ställvis blivit för stora med tanke på barnen. Genom att utöka fostringspersonalen har storleken på enskilda barngrupper kunnat utökas. Av de kommuner som besvarade social- och hälsovårdsministeriets och Kommunförbundets dagvårdsutredning år 2001 föreslog 63 % ändringar i personaldimensioneringen i daghemmet. Det allmännaste ändringsförslaget var att en maximistorlek bör anges för barngrupperna. I dagvårdsförordningen regleras för närvarande endast relationstalet mellan barn och vuxna.

Barn som behöver särskild vård och fostran

De barn som löper störst risk att bli utslagna kan identifieras redan i dagvården. Dagvårdens betydelse är särskilt viktig vid ett tidigt ingripande och erbjudande av stöd, eftersom dagvården når en stor del av åldersklassen och barnet kan vistas i dagvård upp till 10 timmar om dagen. Förskolepedagogiken har stor betydelse när det gäller att förebygga och avhjälpa inlärningssvårigheter och därigenom förebygga utslagning.

Antalet barn som får särskild vård och fostran var år 2001 ca 12 700, dvs. ca 6 % av alla barn i dagvård. Den nuvarande regleringen av dagvården har inte i tillräcklig utsträckning tryggt de tjänster och stödåtgärder som barn som behöver särskilt stöd behöver i dagvården. I många kommuner har man inte kunnat erbjuda barnet de stödåtgärder det behöver. Vården försvaras även av dagvårdspersonalens bristfälliga möjligheter till konsultation. På basis av en förfrågan som social- och hälsovårdsministeriet gjorde bland kommunerna var möjligheterna att konsultera specialbarntädgårdslärare alltför små i 70 % av kommunerna och i 70 % av de små kommunerna fanns det över huvud taget inga möjligheter att konsultera specialbarntädgårdslärare. Assistenterna för barn som behöver särskild vård är i regel visstidsanställda, omsättningen är stor och de saknar yrkesutbildning. Den för barnets utveckling väsentliga kontinuiteten i de mänskliga relationerna lider märkbart på grund av omsättningen bland assistenterna.

Konsulteringen av specialbarntädgårdslärare och annan sakkunnigservice bör i alla kommuner garanteras i en utsträckning som tillgodoser behovet. Servicen bör vid behov ordnas i form av regionalt samarbete. Barn som behöver särskild vård och fostran bör garanteras utbildade och stadigvarande assistenter.

Åtgärdsförslag 1:

Förskoleverksamheten bör göras mångsidigare för att familjerna skall kunna välja den serviceform som passar dem bäst. Att stöda föräldraskapet och fostringsarbetet i familjerna och ett tidigt ingripande i barnfamiljernas fostringsvårigheter bör tas som ett prioritetsområde för dagvården.

Barnets behov av varaktiga mänskliga relationer bör beaktas vid organiseringen av hela den kommunala dagvården och den enskilda dagvårdsverksamheten. Maximigruppstorleken i heldagsvården i daghemmen föreslås bli begränsad så att högst det antal barn som tre personer med vård- och fostringsansvar kan ansvara för får vara närvarande samtidigt.

Barn som behöver särskild vård och fostran måste ges en bättre ställning i dagvården.

2.1.2 Förebyggande och psykosociala tjänster för barnfamiljer

Hemservice som förebygger utslagning bland barnfamiljer

Den förebyggande hemservicen för barnfamiljer minskades i kommunerna på 1990-talet. Ännu för ett tiotal år sedan fick ungefär 60 000 barnfamiljer kommunal hemservice, men i slutet av årtiondet hade antalet sjunkit till ca 20 000 barnfamiljer. Bakgrunden till minskningen av hemservicen för barnfamiljer är bl.a. den ökade användningen av dagvård, hemservicens fokusering på hushåll med äldre människor och ökningen av familjearbetet inom barnskyddet. I hemservicen för barnfamiljer stöder och handleder en närvårdare föräldrarna och familjen hemma i vardagssysslorna, barnskötsel, matlagning och betalning av räkningar. Hemservicen är förebyggande och inriktad på familjer som inte ännu har några stora problem. Barnfamiljer kan ha svårigheter att klara av vardagen t.ex. på grund av föräldrarnas sjukdomar, inlärd hjälplöshet eller att föräldern är ensamförsörjare. Den hjälp och handledning i vardagen som en närvårdare som arbetar hemma hos en familj ger kan när den fungerar som bäst förhindra uppkomsten av ett behov av barnskydd. Det måste skapas ett fungerande samarbete med sakkunniga inom rådgivningen, socialarbetet och annan socialservice samt hälso- och sjukvården inom hemservicen för barnfamiljer. Via dessa kan familjer som behöver stöd styras till servicen och en tillräcklig multiprofessionell konsultation vid behov garanteras.

Omorganisering av de psykosociala tjänsterna för barnfamiljer

Systemet med psykosociala tjänster för barnfamiljer är för närvarande splittrat och svårtillgängligt för en barnfamilj som behöver hjälp. Det finns högklassig yrkeskompetens i servicesystemet och även välfungerande enheter, men enheterna är ofta alltför differentierade och deras verksamhet inte tillräcklig integrerad som en helhet som stöder barnfamiljernas välfärd. Det finns avsevärda regionala skillnader i tillgången på tjänster och arbetsfördelningen mellan basservice och specialservice fungerar inte så smidigt. I praktiken märks den otillräckliga basservicen också i form av köer till specialservicen: till familjerådgivningar och barnpsykiatriska enheter. I områden där det inte går att få familjerådgivning, riktas trycket nästan enbart mot barnpsykiatrin. Det finns också fingervisningar om att behovet av specialservice inte ens kommer fram på alla områden på grund av bristerna i basservicen.

Det är uppenbart att man i basservicen inom social- och hälsovården inte tillräckligt väl kan stöda föräldraskapet och ingripa i familjernas psykosociala problem. Dessa utmaningar har uppmärksammats i flera projekt där man har utvecklat psykosociala tjänster och tjänster som går ut på att stöda föräldraskapet, bl.a. olika sätt att ta itu med problemen i ett tidigt skede. Nytänkande förekommer speciellt i projekt där organisatoriska frågor och förankringen i en yrkesmässig vådoriering kommer i andra hand och man fördomsfritt har sökt nya sätt att kombinera resurser och olika aktörers kompetens till en servicehelhet som stöder barnfamiljernas välfärd.

Nedan presenteras nya slags sätt att anordna psykosociala tjänster för barn:

- 1) Barnrådgivningsarbetsgruppen vid social- och hälsovårdsministeriet har berett en riksomfattande handledning för utvecklingen av rådgivningsarbetet och föreslår

där att tjänsterna för barnfamiljer i kommunen eller inom ett större område samlas vid en s.k. familjeservicecentral eller i ett familjeservicenätverk. Verksamhetsidén med en familjeservicecentral är beroende på förhållandena i hemmet, rådgivningen, dagvården, socialarbetet, hälso- och sjukvården samt de lokala förhållandena också att utveckla samarbetet mellan organisationer och församlingar. I den här modellen hör barnrådgivningen till en familjeservicecentral eller familjeservicenätverk, men fortsätter sin verksamhet från samma utgångspunkt som nu. Utöver hälsovårdare och läkare utökas kompetensen inom det sociala området vid rådgivningarna genom att arbetsgruppen förstärks med en familjearbetare som skulle arbeta i par med hälsovårdaren i familjer som behöver stöd och vid behov också skulle vara familjens kontaktperson till dagvården och skolan. Den centrala verksamhetsidén med en familjeservicecentral är sålunda att dra nytta av den möjlighet till förebyggande och tidigt ingripande som öppnar sig via den normala användningen av basservicen.

- 2) Modellen med rådgivningar för familjers välmående bygger på kommunens omfattande välfärdspolitiska ansvar, som även inbegriper stöd för barnfamiljernas försörjning och boende. I modellen för dessa rådgivningar läggs tonvikten på att stöda utvecklingssamfunden (familjen, dagvården, skolan, hobbyer) och minska barnklienterna. Modellen bygger på rådgivningar för hela familjens välmående till stöd för föräldraskapet och på basserviceteam med en samlad expertis inom hälsa, socialarbete och mentalvårdsarbete. Basserviceteamens huvudsakliga uppgift är att stöda utvecklingssamfunden. Differentierad service, t.ex. familjerådgivningsbyråer och rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor, barnpsykiatri med inriktning på öppen vård och ungdomsmottagningarna slås i modellen ihop till familje- och ungdomscentraler som är avsedda för en befolkning med ca 30 000 – 100 000 invånare. Familje- och ungdomscentralernas huvudsakliga uppgift är att stöda basserviceteamen genom handledning, konsultering och vid behov även genom klientarbete. Först på en tredje nivå kommer specialservicen, t.ex. barnpsykiatri, barnsjukdomar och vård utom hemmet inom barnskyddet. Den föreslagna modellen kan genomföras som en funktionell lösning och helhet även utan förvaltningsändringar.
- 3) En administrativt smidig koncentrerings av resurserna har också eftersträvat i de aktuella modellerna för "Barnens hus" och resursboende. Inom elevvården i skolorna har det multiprofessionella samarbetet utvecklats bl.a. i projekt där en familjearbetare har placerats ut i skolan. Likaså har man bildat multiprofessionella "matrixgrupper" för olika akuta problemsituationer där de anställda rör sig smidigt också på området för en annan förvaltning.

I alla ovan beskrivna exempel är målet en klientcentrerad funktionell helhet av bas- och specialservice. Vid genomförandet av en funktionell servicehelhet och den administrativa organiseringen av den skall man beakta de lokala specialförhållandena och inte riva upp lokala lösningar som visat sig fungera.

Åtgärdsförslag 2:

I enlighet med de förslag som rådgivningsarbetsgruppen vid social- och hälsovårdsministeriet lagt fram förstärks basarbetsgrupperna vid rådgivningarna med familjearbetare.

Basservicen för familjer slås ihop till särskilda familjeservicenätverk, vars uppgift är att både förbättra det professionella samarbetet och stöda barnens viktigaste uppväxtmiljöer: hemmet, skolan och dagvården. Psykosocial service på specialnivå, framför allt barnpsykiatrisk öppenvård och de familjerådgivningsbyråer och rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor som avses i socialvårdslagen samordnas till en funktionell helhet.

Den förebyggande hemservicen för barnfamiljer som möjliggör ett tidigt ingripande och stöd utökas.

2.1.3 Utveckling av barnskyddet

Största delen av de finländska barnen och barnfamiljerna mår bra. Samtidigt visar många mätare att en del av barnen började må allt sämre på 1990-talet. Antalet barn inom öppenvården i barnskyddet år 1992 var 23 500 och år 2001 redan 49 600. Antalet barn som placerats utom hemmet har på ett decennium ökat nästan 40 % och var år 2001 ca 13 500. I synnerhet har omhändertagandet av barn över 12 år ökat. Långvarig vård utom hemmet av barn har av tradition ordnats i privatfamiljer men dess andel har minskat kraftigt och man har i ökande grad satsat på professionell familjevård.

Omhändertagande bottnar oftast i föräldrarnas missbruk och mentala problem och familjevåld, som leder till att vården av barnet försummas. De ökande placeringarna av unga beror ofta på skolsvårigheter, kriminalitet och droganvändning. Mentalvårdsproblemen bland placerade barn ökade på 1990-talet och över hälften av de barn som placerats på barnhem hade varit i behov av barnpsykiatrisk hjälp (Hukkanen 2002). Enligt Mirjam Kallands undersökning är dödlighetsrisken bland omhändertagna barn mångdubbel jämfört med bland andra barn. Barn och unga som hör till etniska minoriteter är en ökande grupp inom barnskyddet. En särskild utmaning för servicesystemet är att bryta den kedja av utsatthet som följer ett barn från generation till generation. Enligt uppskattning upplever var femte kvinna fysiskt våld i sitt nuvarande parförhållande. Utifrån detta lever ca 200 000 barn i Finland i en atmosfär av våld och skräck. Genom att förebygga familjevåld och våld mot barn kan man ofta bryta den våldsspiral som löper från generation till generation.

Största delen av de barn och unga som är i behov av barnskydd bor i kommuner med stadskaraktär och behovet av service är stort. Omsättningen bland socialarbetarna och bristen på socialarbetare som är insatta i barnskydd, kompetenta och erfarna försvårar allvarligt barnskyddsarbetet i hela landet.

Utanför de stora städerna är det i synnerhet svårt att få tillgång till kompetens inom barnskydd och specialservice. Serviceproduktionen och -kedjan inom barnskyddet skall ordnas som regionalt koordinerade helheter. Utifrån avtal som ingåtts med social- och

hälsovårdsministeriet skall ett kompetenscentrum inom det sociala området eller någon annan regional aktör tillsammans med kommunerna i sitt område inleda en beredning som syftar till att utveckla en regionalt fungerande servicestruktur och en obruten servicekedja. Varje kommun skall ha tillgång till ett tillräckligt och mångsidigt utbud av specialservice och specialkunnande inom barnskyddet.

Kunskaper om barnskydd bör betonas i grundutbildnings- och fortbildningsprogram för socialarbetare. Användningen av arbetsmetoder som bygger på undersökt och evaluerad kunskap skall utökas som en del av projektet för god praxis inom det sociala området. Frågor som kräver särskild uppmärksamhet inom utvecklandet av barnskyddet är kunskaper i forsknings- och evalueringsmetoder som förutsätter att behovet av barnskydd utreds, kompetens som behövs vid beredningen av omhändertagande, produktion av en tillräckligt mångsidig vårdplatshelhet och tillgången på vårdplatser samt tillgången på eftervårdsservice. Barnskyddslagen och barnskyddsförordningen bör ändras så att socialarbetare är skyldiga att kartlägga barnets situation och de stödåtgärder som barnet behöver i samarbete med barnet, närstående till barnet och andra myndigheter, om det finns risk för att barnets hälsa och utveckling allvarligt äventyras. Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes bör ge närmare anvisningar om de verksamhetsmodeller som skall användas i de inledande bedömningarna. Genom att skapa kvalitetsrekommendationer för barnskyddet kan man stöda utvecklingsarbetet i kommunerna. Metoderna i familjearbete som stöder klientfamiljerna inom barnskyddet i vardagen bör också ytterligare utvecklas och i synnerhet med beaktande av behoven i babyfamiljer och samarbetet med barnpsykiatrin.

Det finns inte tillräckligt med platser där barn kan ges vård utom hemmet i rätt tid och den förmåga och de resurser enheterna inom vård utom hemmet och fosterfamiljerna har att möta barnens behov är på många ställen otillfredsställande. De förutsättningar vård utom hemmet har att möta barnens behov bör förbättras. I enheter inom vård av barn utom hemmet måste andelen personer som fått en barn- och ungdomspsykiatrisk utbildning och andra specialarbetstagare utökas. Personaldimensioneringarna vid enheterna för vård utom hemmet bör lyftas till en tillräcklig nivå och familjevårdarnas möjligheter till förberedande undervisning, stöd och utbildning förbättras.

Det finns stora luckor i servicesystemet för de barn som har det allra sämst ställt och en grundlig revidering av lagstiftningen är påkallad. Ett allvarligt problem är att omhändertagna barn ofta måste byta vårdplats, vilket gör att de ständigt avbrutna mänskliga relationerna traumatiserar barnet ytterligare. På många ställen fungerar inte eftervården av omhändertagna barn på det sätt som förutsätts i lagstiftningen.

En totalrevidering av barnskyddslagen bör med det snaraste inledas vid social- och hälsovårdsministeriet. De punkter i barnskyddslagen som mest kräver en revidering är bl.a. att de olika skedena i klientprocessen bör förtydligas, beslutsfattandet i första instans vid omhändertagande mot klientens vilja bör överföras från socialnämnderna till förvaltningsdomstolarna och möjligheterna till permanent omhändertagande eller adoption utredas.

Åtgärdsförslag 3:

En minskning av de psykosociala problemen bland barn och utvecklandet av barnskyddet skall lyftas fram som ett nationellt flerårigt program där man bl.a. tar med utredarnas utvecklingsförslag.

Den grundliga inledande kartläggning som görs ur barnets synvinkel och utredningen av behovet av barnskydd, utifrån vilken man planerar behövliga stödåtgärder, skall ges en starkare ställning i socialarbetet inom barnskyddet.

Serviceproduktionen och servicekedjan inom barnskyddet skall ordnas som regionalt koordinerade helheter. De mest krävande uppgifterna för en socialarbetare inom barnskyddet, t.ex. att bereda ett omhändertagande, bör koncentreras till en erfaren arbetstagare som är specialiserad på denna uppgift, vid behov genom regionala arrangemang.

2.2 Service för vuxna

I kapitlet om service för vuxna tas upp tjänster för handikappade, utvecklingsstörda, missbrukare och långtidsarbetslösa. Även om det finns handikappade och utvecklingsstörda i alla åldersgrupper behandlas frågor som gäller dem i detta kapitel.

2.2.1 Handikappade och utvecklingsstörda

Ett utökat regionalt samarbete vid produktionen av tjänster

De största problemen med servicen för handikappade är den regionala ojämlikheten. Lagstiftningen garanterar handikappade subjektiva rättigheter, men i praktiken varierar handikappservicen kommunvis. Lagarna tillämpas på olika sätt och det kan hända att någon helt går miste om all service. Orsaken till den regionala ojämlikheten är kommunernas ekonomiska svårigheter och bristen på kompetens. Servicesystemet som är uppspjälkat i många små delar och splittrat gynnar inte en utveckling av expertisen i branschen.

Utveckling av systemet med personliga assistenter

Subjektiva rättigheter enligt lagen om service och stöd på grund av handikapp är färdtjänst, tolktjänst, serviceboende, ändringsarbeten i bostaden samt anskaffning av redskap och anordningar i bostaden. Sett ur kommunens synvinkel är de övriga tjänsterna och förmånerna s.k. anslagsbundna. Till dem hör bl.a. personliga assistenter.

Färdtjänsten är med avseende på klientantalet den största av de tjänster som beviljas på basis av lagen om service och stöd på grund av handikapp. År 2001 fick mer än 70 000 personer färdtjänst. Handikapporganisationerna har betonat att färdtjänsten bör utvecklas med beaktande av den handikappades individuella behov. Kommunernas representanter har påpekat att färdtjänsten enligt lagen om service och stöd på grund av handikapp håller på att bli en färdtjänst för äldre och en service som fyller igen luckorna i kollektivtrafiken.

Kommunernas representanter har framhållit att de subjektiva rättigheterna tar bort resurser från andra tjänster som eventuellt behövs. Det finns stora regionala skillnader i möjligheterna att få en personlig assistent. Handikapporganisationerna har föreslagit att systemet med personliga assistenter skall utformas som en subjektiv rättighet och att de kostnader som det orsakar kommunerna utjämnas. År 1990 hade systemet med personliga assistenter ca 1 300 och år 2001 ca 3 100 klienter. Den årliga ökningen av klientantalen har under de senaste åren varit ca 9 %. En arbetsgrupp vid social- och hälsovårdsministeriet (2002:9) föreslog att systemet med personliga assistenter utvecklas med hjälp av ett kostnadsutjämningsystem. Kommunerna ersätts 70 % av kostnaderna för den personliga assistenten till de delar som överskrider 20 veckotimmar. Folkpensionsanstalten administrerar kostnadsutjämnningen och tilläggsfinansiering anvisas genom en överföring av ett förslagsanslag från kommunernas statsandel för social- och hälsovårdens driftskostnader.

Med sikte på en enhetligare lagstiftning

Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda stiftades år 1977 och lagen om service och stöd på grund av handikapp år 1987. Gällande lagstiftning är splittrad och svårtillgänglig till och med för dem som arbetar i branschen. Lagen om utvecklingsstörda kräver en totalrevidering och samordning i synnerhet med lagen om service och stöd på grund av handikapp, socialvårdslagen och mentalvårdslagen. Andra behov av en utveckling av lagstiftningen är bl.a. den utvecklingsstördas rätt att välja hemort, tryggnad av de stödåtgärder som behövs för utvecklingsstörda i grundläggande och yrkesinriktad utbildning samt anordnandet av ansvaret för styrning och samordning av service för utvecklingsstörda.

Revidering av strukturerna inom omsorgen om utvecklingsstörda

Det finns 17 specialomsorgsdistrikt i Finland. Kommunerna har en lagstadgad skyldighet att höra till ett specialomsorgsdistrikt men är inte förpliktade att köpa tjänster. Kommunerna har utökat sin egen produktion, grundat stiftelser som producerar tjänster eller köper tjänster från organisationer eller privata serviceproducenter. Den regionala serviceproduktionen håller på att öka. Som en följd av dessa förändringar har antalet tjänster som köps från specialomsorgsdistrikt minskat och en del av specialomsorgsdistrikten håller på att drivas in i en ekonomiskt ohållbar situation. De administrativa strukturerna och arbetsfördelningen inom omsorgen om utvecklingsstörda bör göras effektivare så att det motsvarar kommunernas förändrade servicebehov. Kommunernas lagstadgade skyldighet att höra till ett specialomsorgsdistrikt möter inte de framtida

behoven. Det regionala samarbetet vid produktionen och anordnandet av tjänster tryggas bäst genom frivilliga arrangemang. Högklassig specialservice kräver både regionalt och riksomfattande samarbete för att kompetensen skall säkerställas.

Åtgärdsförslag 4:

Handikappservicen bör produceras med ett tillräckligt stort befolkningsunderlag, vid behov som ett regionalt koordinerat samarbete.

Social- och hälsovårdsministeriet bör påbörja en totalrevidering av handikappservicelagen och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda, så att dessa lagar samordnas. Man bör se till att samordna dessa lagar med socialvårdslagen och mentalvårdslagen. En revidering av systemet med personliga assistenter bör utredas i samband med detta.

De administrativa strukturerna och arbetsfördelningen inom omsorgen om utvecklingsstörda bör revideras. Behovet av de nuvarande specialomsorgsdistrikten som bygger på kommunernas skyldighet att höra till ett specialomsorgsdistrikt skall omvärderas som en del av revideringen av lagstiftningen.

2.2.2 Missbrukare

Servicerättigheterna för klienter inom missbrukarvården kan alltmer förverkligas främst genom att serviceförutsättningarna och verksamhetsprinciperna utvecklas och därför utgör snedvridningarna och flaskhalsarna i servicesystemet ett hot mot ett klientcentrerat arbete. Konkreta specialfrågor inom missbrukarvården är det ökande bruket av narkotika och den snabba ökningen av efterfrågan på service i anslutning därtill, oförutsägbara förändringar i arbetsfördelningen vad gäller social- och hälsovårdsservicen i samband med skador till följs av narkotikabruket samt flaskhalsarna i systemet och problem som gäller omfattningen av den sociala tryggheten i anslutning till drogrehabilitering.

Alkoholkonsumtionen började öka i slutet av 1990-talet, vilket också avspeglar sig i efterfrågan på tjänster. Alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna kommer enligt uppskattningar ytterligare att öka betydligt till följd av Estlands EU-medlemskap och skattebeslut. Ungefär 60 % av missbrukarklienterna använder fortsättningsvis alkohol men andelen blandmissbrukare som använder både narkotika och rusmedel ökar. När det gäller missbrukarservice måste man bereda sig på en betydligt större efterfrågan på service.

I specialservicen inom missbrukarvården, i synnerhet inom institutionsvården, gjordes besparingar under 1990-talet. Detta orsakade oförutsägbara och oändamålsenliga förändringar i servicestrukturen. I den interna arbetsfördelningen inom missbrukarservicen minskade andelen rehabiliterande specialtjänster inom missbrukarvården snabbt samtidigt som missbrukarklienter allt oftare vårdades inom den specialiserade sjukvården. Ju bättre tillgången på socialvårdsservice är, desto mindre tryck uppstår det på den specia-

liserade sjukvården. Därför bör man i fråga om avvänjningsservice gå tillbaka till 1990 års nivå. Detta skulle i praktiken innebära att antalet avvänjningsvård dagar vid avgifts- och rehabiliteringsinrättningar ökar med ca 100 000 vårddygn på riksnivå.

Missbrukarklienternas ställning inom socialförsäkringen har försämrats på 1990-talet. Arbetslösa klienter hamnar på basis av förordningen om rehabiliteringspenning utanför rehabiliteringspenningförmånerna. Missbrukarklienter som genom administrativa åtgärder sökt sig till institutionsvård gled ut i periferin både inom sjukförsäkrings- och rehabiliteringssystemen. Ett missbruk som kräver institutionsvård är enligt Folkpensionsanstalten inte i sig ett tillräckligt kriterium för förmåner under sjukdomstiden. Missbrukarklienter som behöver rehabilitering i institutionsvård har överförts till det kommunala utkomststöd som beviljas i sista hand.

Lagen om rehabiliteringspenning bör ändras så att missbrukarklienterna kan få rehabiliteringspenning medan de är i öppen och institutionsvård.

Åtgärdsförslag 5:

Tillgången på avvänjningsvård för personer som använder alkohol, narkotika och andra rusmedel utökas betydligt vid institutioner inom missbrukarvården och primärvården. Missbrukarservicen skall föras till mininivån i de föreslagna kvalitetsrekommendationerna före utgången av år 2007.

2.2.3 Service för långtidsarbetslösa till arbetskraftsutvecklingscenter

I Finland är uppskattningsvis 180 000 personer arbetslösa av strukturella orsaker. Deras arbetslöshet beror delvis på matchningsproblem på arbetsmarknaden och delvis på att denna grupp av arbetslösa har många olika slags problem. Största delen av de arbetslösa, ca 150 000 personer får sin grundläggande försörjning av arbetsmarknadsstödet. Cirka 20 % av dem berörs av stödarbets-, praktik och andra aktiva åtgärder som arrangerats med arbetsmarknadsstöd. Största delen, ca 130 000 personer lever åratals arbetslösa på passivt stöd. Denna grupp utgör ca 85 – 90 000 av de ovan nämnda strukturarbetslösa. Gemensamt för dem är dålig utbildning, kort arbetshistoria och en ålder kring 30–50. I denna grupp har 55 000 fått arbetsmarknadsstöd passivt mer än 4 år och 26 000 mer än 6 år. Nästan hälften av dem som får arbetsmarknadsstöd har fått arbetsmarknadsstöd så länge att det har blivit en försörjningskälla jämförbar med medborgarlön.

Statens arbetsförvaltning har huvudansvaret för sysselsättningsåtgärderna, men när det gäller personer som är svåra att sysselsätta behövs likriktade åtgärder inom flera förvaltningsområden samtidigt för att åstadkomma ett gott slutresultat. En stor del av dem som är svåra att sysselsätta behöver i första hand annan service än arbetskraftsbyråns service innan möjligheterna att komma ut på arbetsmarknaden kan utredas. Socialvårdens uppgift är att för egen del sörja för medborgarnas sociala trygghet, främjandet av arbets- och funktionsförmågan samt stödandet av ett självständigt och aktivt liv. Det blir då i synnerhet viktigt att främja sysselsättningen av funktionshämjade, personer

med olika slags handikapp, invandrare, långtidsarbetslösa, personer med missbrukar- och mentalvårdsproblem, unga som hotas av utslagning och andra motsvarande grupper.

Service för långtidsarbetslösa utgör idag en splittrad och delvis svårtillgänglig helhet. Servicen produceras av olika kommunala förvaltningar, statliga myndigheter, organisationer och privata producenter, en del har permanent finansiering och en del fungerar som visstidsprojekt.

Nätverket av arbetscentraler och rehabiliterande arbetsträningscentraler som ursprungligen var avsedda som serviceenheter för specialgrupper är varken till innehållet eller geografiskt räckligt täckande. Där det finns sådana centraler har personer som av sociala skäl är svåra att sysselsätta också sysselsatts vid dem. År 1999 fanns 70 produktionsarbetscentraler och 175 främst kommunala arbetscentraler för utvecklingsstörda. Arbetscentralernas problem är den dåliga genomströmningen bland klienterna. Följande steg i servicekedjan, ett stöd för övergången från arbetscentralen till den öppna arbetsmarknaden saknas nästan helt. Understödd sysselsättningsverksamhet har genomförts som försöksverksamhet vid arbetscentralerna och även i kommunerna samt klubbhusverksamhet och program för övergångsarbetsplatser i samarbete med rehabiliteringsklienterna inom mentalvården. Vissa organisationer har skapat en s.k. förmedlarorganisationsmodell, enligt vilken personer som är svåra att sysselsätta får hjälp med att bli sysselsatta där det t.ex. inte finns arbetscentraler.

På 18 orter pågår som bäst ett försök med 25 samservicekontor som bildats av representanter för arbetskraftsförvaltningen, kommunen (socialbyrån) och Folkpensionsanstalten. Försöket pågår till slutet av år 2003. En lag om sociala företag bereds som bäst.

Olika service- och stödstrukturer för grupper som är svåra att sysselsätta bör slås samman och utvecklas till ett slags arbetskraftsutvecklingscenter. Här bör man dra nytta av erfarenheterna av det ovan nämnda samserviceförsöket. Verkställigheten av lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte som en del av helheten bör stärkas. Hävandet av den strukturella arbetslösheten och rehabiliteringen av arbetslösa för arbetsmarknaden förutsätter att de nuvarande nätverken komprimeras och vid behov slås ihop, att nätverket av samservicekontor utvidgas så att det blir regionalt täckande i hela landet och att serviceanskaffningen för grupper som är svåra att sysselsätta etableras hos goda serviceproducenter med beaktande av de regionala skillnaderna i landet.

Arbetscentralerna bör framdeles utvecklas som en del av ovan beskrivna regionala multiservicenätverk för svårsysselsatta personer (arbetskraftsutvecklingscenter). Vid arbetscentralerna bör också finnas arbetsprövnings- och arbetsträningservice samt även tillgång till övergångsarbetsplatser och understödd sysselsättning för personer som övergår till arbetsplatser på den öppna arbetsmarknaden. Även sociala företag bör knytas an till nätverket. Sociala företag placerar sig någonstans i gränslandet mellan arbetscentraler och vanliga företag. De bör hjälpa arbetscentralernas klienter att gå framåt i servicekedjan, eftersom de kan erbjuda stadigvarande arbetsplatser, till skillnad från arbetscentraler och arbetsträningscentraler, där man i dagens läge försöker åstadkomma rotation för att kunna erbjuda service åt så många som möjligt. I den lagstiftning om sociala företag som är under beredning bör också tas med sådana personer som står utanför arbetskraften men fortfarande har bibehållen arbetsförmåga, t.ex. en del handikappade.

Bland de arbetslösa finns trots alla stöd- och rehabiliteringsåtgärder också sådana arbetssökande som inte har någon nämnvärd arbetsförmåga kvar. För dem borde pensionering göras möjlig enligt den s.k. Taipale-modellen.

Utslagningen av unga på arbetsmarknaden och inom utbildningen bör förebyggas. Kommuner, utbildningsanordnare och Arbetskraftsmyndigheter bör ges anvisningar som hur de genom bestämmelser kan skapa en fungerande samarbetsmodell för elevernas övergång från grundskolan till yrkesinriktad utbildning så att alla elever kan studera vidare på en lämplig plats eller på annat sätt placera sig i arbetslivet.

Åtgärdsförslag 6:

Arbetsministeriet bör tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet bereda ett program för svårssysselsatta personer för åren 2004 – 2007. Målet för programmet är att samla den splittrade offentliga Arbetskraftservicen och andra verksamheter som stöder den. Målet är att i hela landet inrätta Arbetskraftsutvecklingscenter som fungerar som nätverk. Nyckelaktörer i nätverket är Arbetskraftsbyrån och kommunen. Genomförandet av programmet förutsätter för kommunernas del att det i socialvårdslagen tas in en klar bestämmelse om kommunernas uppgifter vid skötseln av den strukturella arbetslösheten. Kommunerna bör under Arbetsministeriets huvudtitel anvisas öronmärkt tilläggsfinansiering för projektet.

2.3 Äldre människor

2.3.1 En modernisering av innehållet i äldrevården

Individualisering av servicebehoven bland äldre

Den framtida utmaningen för äldrevården är differentieringen bland de äldre. De äldres livsstil differentieras och individualiseras. Den socioekonomiska ställningen, familjestrukturen, etnisk bakgrund, livsföring och kön kan ställa en gränslös mängd olika anspråk på servicen. Massservice som bygger på en traditionell bild av äldre förmår inte längre möta de allt mer specifika servicebehoven bland framtidens äldre. I dagens läge kan kommunens utbud av vård och service diktera servicebehovet, inte själva personens behov.

För att man skall kunna betrakta de äldre som individer krävs ändringar i både vårdrutinerna och servicestrukturerna. Servicesedeln är ett sätt att förbättra klientens möjligheter att välja den service som passar honom eller henne bäst. Med hjälp av en servicesedel som beviljas av kommunen kan klienten fritt välja serviceproducent, t.ex. för hem- eller stödservice. Den äldres möjlighet att själv välja vårdplats förutsätter andra nya lösningar i finansieringsmodellerna för vårdservicen, ibruktagande av en s.k. vårdförsäkring.

Från långvarig institutionsvård mot hemmaboende och hemlik vård

Hemmet bör vara den äldres primära boende-, funktions-, service- och vårdmiljö. Detta förutsätter att hela servicesystemet byggs upp utifrån detta perspektiv. Även om man har nått positiva resultat är situationen i synnerhet vad gäller beviljandet av resurser för öppenvårdstjänster fortfarande otillfredsställande i förhållande till servicebehoven. När det gäller institutionsvården för äldre är det nödvändigt att fortsätta utveckla de serviceformer av vårdtyp som socialväsendet ansvarar för och samtidigt minska en oändamålsenlig användning av hälso- och sjukvårdens enheter för institutionsvård till långtidsvård av äldre.

I framtiden bör man rikta in sig på att omvandla institutionsvården till en mera hemlik vård som ges vid mindre enheter. Vaarama och Voutilainen (2002) målar upp ett framtidsscenario där långvarig institutionsvård i huvudsak ges vid vårdhem och i effektiviserat serviceboende. De s.k. vanliga servicebostäderna är för närvarande en allmän boendeform där de äldre får stöd från hemtjänsten för sitt dagliga liv. Här kan man undra om det vore mera befogat att stöda de äldre så att de kan bo hemma. Enligt undersökningar upplever de äldre flyttningen till serviceboende ungefär som en flyttning till långvarig institutionsvård. I samband med flyttningen till en servicebostad mister den äldre ofta den bekanta omgivningen och sina mänskliga relationer.

En fungerande servicehelhet

Äldrevården i kommunen är inte enbart social- och hälsovårdens sak. Målet bör vara övergripande, en modern syn på äldrepolitiken. I den kommunala äldrepolitiken beaktas de äldre som en viktig resurs för det lokala samhället och deras behov beaktas i allt kommunalt beslutsfattande samt när service ordnas. Sålunda skall äldre människors behov beaktas både vid planläggning och byggande, placering av kommersiell service, anordnande av lokaltrafiken samt inom idrotts- och kulturservicen. En övergripande äldrepolitik som gör att äldre människor hålls aktiva och vitala är också den bästa möjliga förebyggande verksamheten.

De äldres allt mer differentierade servicebehov förutsätter mångsidig service och mångsidiga serviceproduktionssätt. I takt med att servicesedeln införs får klienten bättre möjligheter att välja serviceproducent. Kommunen ansvarar dock fortsättningsvis för koordineringen av servicen inom äldrevården i hela kommunen och för att servicekedjan fungerar. Servicen för äldre produceras av social- och hälsovårdssektorn och övriga sektorer, organisationer och privata serviceproducenter i kommunen. De anhörigas och frivilligas hjälp har varit och förblir i en viktig roll när det gäller att stöda äldre.

Också veteranorganisationerna har producerat närservice som kompletterar den kommunala servicen. Pensionärsorganisationernas verksamhet har en stor förebyggande betydelse. Man skall också komma ihåg att de äldre själva är aktiva frivilliga och gör dessutom i egenskap av närstående vårdare en arbetsinsats av stor ekonomisk betydelse i samhället.

Samarbetet mellan socialvården och hälso- och sjukvården i administrativt differentierade organisationer

Socialvårdens viktigaste samarbetspartner vid anordnandet av ett flertal centrala tjänster är hälso- och sjukvården. I det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet betonas en klientcentrerad service och ett smidigt oberoende av organisationsgränser. I principerna för anordnandet av socialvårdsservice betonas dessutom betydelsen av basservice nära klienten som en faktor som bestämmer graderingen av servicen och därigenom också samarbetet.

Totalansvaret för långtidsvården av äldre ifall klienten inte behöver kontinuerlig medicinsk vård på grund av sin sjukdom bärs av socialväsendet som också ansvarar för att ordna och koordinera den service som ges hemma. Vid anordnandet av service som ges hemma och hemvård framhävs betydelsen av ett friktionsfritt samarbete mellan yrkesfolk inom socialvården och hälso- och sjukvården. Det finns för närvarande flera olika organisationsmodeller för hemvården. Det är ändamålsenligt att service som ges hemma och hemvården utvecklas genom att socialväsendets nuvarande hemservice förstärks med hjälp av fortbildning samt med anställda som fått den nya närvårdarutbildningen. Ansvaret för en del av sådana rutinåtgärder inom övervakad hemsjukvård som utförts av sjukskötare eller primärskötare inom hemsjukvården kan överföras på denna nya typ av hemvård.

Betydelsen av insatserna inom hemsjukvården i denna verksamhetsmodell blir särskilt framträdande vid bedömningen av behovet av vård samt i kritiska situationer, t.ex. i samband med utskrivning. Å andra sidan kommer det att inom hemvården i framtiden finnas sådana äldre människor med många sjukdomar vars vård förutsätter en ständig sakkunskap om själva hemsjukvården. En ändamålsenlig arbetsfördelning förutsätter inte nödvändigtvis stora administrativa beslut. Organisationen av hemvården och hemsjukvården och arbetsfördelningen mellan dem beror långt på regionala specialfaktorer och det är därför inte ändamålsenligt att föreslå en färdig modell som skulle passa för hela landet. Däremot är det skäl att särskilt utreda behovet av en harmonisering av sådan lagstiftning som eventuellt komplicerar samarbetet.

Åtgärdsförslag 7:

Centralt i äldrevården är att stöda de äldre så att de kan bo kvar hemma och bygga ut servicesystemet så att det stöder denna princip. Den långvariga institutionsvården för äldre omorganiseras. Långvarig institutionsvård består av effektiverat serviceboende och vårdhem. De nuvarande långvårdsavdelningarna vid hälsocentralerna måste göras till mera hemlika vårdhem. I den institutionsvård som anordnas av hälsocentralerna fokuseras på kortvarig vård och rehabilitering för den åldrande befolkningen.

De äldres möjligheter att själva besluta om den service de vill ha förbättras. Servicesedeln är ett bra sätt att förbättra klientens valmöjligheter. Möjligheten att införa en s.k. frivillig vårdförsäkring bör utredas.

Äldrevården bör bilda en fungerande regional servicekedja som består av den kommunala social- och hälsovårdsservicen, organisationer och privata serviceproducenter. I social- och hälsovårdsservice som ges hemma skall särskilt utredas behoven av en harmonisering av lagstiftningen för att en klientcentrerad och flexibel service skall kunna tryggas.

I en administrativt differentierad social- och hälsovård är det socialväsendet som bär totalansvaret för långvården av äldre, ifall klienten inte behöver fortlöpande medicinsk vård eller uppföljning på grund av sin sjukdom. Socialväsendet svarar också för koordineringen och anordnandet av service som ges hemma. Service som ges hemma och hemvården utvecklas genom att socialväsendets nuvarande hemservice förstärks med fortbildning samt anställda med närvårdarutbildning. Regionalt måste man söka bästa möjliga samarbetsförfaranden och organiseringsmodeller för hemsjukvården och hemservicen.

2.3.2 Mot en vårdförsäkring

I socialvårdslagstiftningen definieras för närvarande inte närmare när en äldre person har rätt att få service eller få sitt vårdbehov utvärderat.

Antalet äldre kommer att öka kraftigt under de närmaste årtiondena. Det finns nu ca 380 000 personer över 75 år, men år 2010 kommer de redan att vara 460 000. Ökningen av antalet äldre är en utmaning för socialservicen. Kommunernas ekonomiska förutsättningar att möta efterfrågan på service hos den nuvarande äldre befolkningen är ställvis dåliga redan som det är nu, för att inte tala om förutsättningarna att möta en ökande efterfrågan. Service som ges hemma hos den äldre har minskat i omfattning på 1990-talet och det finns ställvis stora brister i institutionsvården.

Samtidigt som samhället förändras höjs även kravnivån bland de äldre. Servicen för äldre varierar åter kommunvis i fråga om kvalitet, nivå och omfattning. Socialservicesystemets trovärdighet förutsätter en noggrannare reglering av de äldres servicerättigheter. Regleringsmålet kan anses löpa parallellt med förslaget i det nationella hälsoprojektet enligt vilket det i lagstiftningen bör tas in tidsfrister för tillträdet till undersökningar och vård.

Utredarna föreslår att klienten i lagstiftningen skall ges rätt att få sitt servicebehov bedömt inom tre dygn från den första kontakten med kommunen och rätt till att få en serviceplan uppgjord. En sådan rättighet skall tillkomma alla hemmaboende 80 år fyllda äldre människor som uttrycker ett sådant behov och rätten uppstår när den äldre tar kontakt med kommunen. Denna särskilda rättighet för 80 år fyllda undanröjer inte yngres möjlighet att få äldrevårdsservice på samma sätt som nu. Informationen om vem som behöver service kan också komma från Folkpensionsanstalten, som underrättar kommunen om att en pensionstagare beviljats vårdbidrag. Kommunen kan också aktivt söka äldre personer som är i behov av service, t.ex. med hjälp av hembesök i förebyggande syfte.

Det är nödvändigt att på riksplan ge förenhetligande anvisningar om vilka metoder som skall användas vid bedömningen av servicebehovet. Ett smidigt förfarande förutsätter att lättillgängliga mätare som mångsidigt utvärderar äldre människors behov av service utvecklas och tas i bruk. Bedömningen av servicebehovet görs av en multiprofessionell arbetsgrupp.

En ändamålsenlig bedömning av behovet kan leda till att en vård- och serviceplan görs upp. I denna plan skrivs i samarbete med klienten in vilken service och vård klienten behöver samt i hurdan form servicen skall ges och under hur lång tid. Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården förutsätter att anordnandet av socialvården bygger på ett beslut och att en vård- och serviceplan görs upp för klienten då socialvården förverkligas. I praktiken genomför kommunerna mycket bristfälligt bestämmelserna i denna lag inom äldreården.

Den kommunala service som hemmaboende äldre personer mest använder sig av är hemservice, hemsjukvård, stöd för närståendevård, korttidsvård, stödservice och dagverksamhet. I det förfarande som nu föreslås förbinder sig kommunen att ordna endast den service som i serviceplanen antecknats vara kommunens uppgift. Kommunen kan då bestämma att den ordnar servicen själv eller genom att bevilja en servicesedel. Kommunen är skyldig att vägleda klienten och ge råd om hur denna kan skaffa den övriga servicen på annat håll, t.ex. hos anhöriga, organisationer eller en privat producent på egen bekostnad.

I praktiken innebär det ovanstående att bedömningen av servicebehovet inte ger klienten någon subjektiv rätt till service. Klientens rättigheter att få behovet bedömt förbättras dock väsentligt och informationen i serviceplanerna hjälper kommunerna att dimensionera serviceresurserna för äldre och vägleder enskilda serviceproducenter i hur man inleder verksamhet.

Den högsta nivån på pensionstagarens vårdbidrag från FPA, specialvårdbidraget, och den kommunala servicen måste samordnas. År 2001 fick 18 585 personer specialvårdbidrag. Den som får specialvårdbidrag har kontinuerligt haft nedsatt funktionsförmåga under nästan ett års tid och är i behov av kontinuerlig vård och övervakning eller orsakas mycket omfattande kostnader på grund av sjukdomen eller skadan. Detta bidrag bör styras till anordnandet av vård för pensionstagare. Därför föreslås att om en person får specialvårdbidrag på grund av ett behov av kontinuerlig vård och övervakning, bör han eller hon ha en lagstadgad rätt att få servicebehovet bedömt och en serviceplan uppgjord.

Också andra grupper än äldre personer använder service som ges hemma. Dessa grupper, främst långtidssjukas och handikappades, rättigheter till en motsvarande bedömning av servicebehovet och uppgörande av en serviceplan bör utredas noggrannare.

Åtgärdsförslag 8:

Utredarna föreslår att det i lagen tas in bestämmelser om äldres rätt att få sitt servicebehov bedömt inom tre dygn från det att han eller hon tagit kontakt med kommunen om servicebehovet och om rätten att få en serviceplan uppgjord. Alla 80 år fyllda hemmaboende äldre som uttrycker ett

sådant behov skall ha denna rättighet som uppstår när den äldre tar kontakt med kommunen. Denna särskilda rätt för 80 år fyllda undanröjer inte yngres möjlighet att få äldrevårdsservice på samma sätt som nu. Kommunen kan också få information om vem som behöver service från Folkpensionsanstalten, som underrättar kommunen om när en pensionstagare beviljats vårdbidrag.

Om en person får specialvårdbidrag för pensionstagare från Folkpensionsanstalten på grund av ett behov av kontinuerlig vård och övervakning, bör han eller hon ha lagstadgad rätt att få sitt servicebehov bedömt och en serviceplan uppgjord.

2.3.3 Mot en tillräcklig personaldimensionering

De viktigaste utvecklingsobjekten inom äldrevården är att göra hemvården mera täckande och att korrigerar bristen på personal inom institutionsvården och den öppna vården. Den yrkesutbildade personalen inom äldrevården är uppenbart underdimensionerad inom både institutionsvården och hemvården. I detta avseende var utvecklingen på 1990-talet påfallande regressiv. Under perioden 1990 – 2000 minskade hemservicens personal med 9 % räknat per tusen personer över 75 år, personalen i ålderdomshemmen med hela 18 % och bäddavdelningspersonalen inom primärvården med 25 % räknat per tusen personer över 75 år. Antalet anställda och dimensioneringarna inom äldrevården i Finland är anmärkningsvärt låga jämfört med i de övriga nordiska länderna. Den regionala variationen är också stor.

Även om endast ett medelvärde för landet skulle tas som fixpunkt för personaldimensioneringen är det kvantitativa behovet enormt och torde inte kunna tillgodoses på några år. På basis av situationen år 2000 skulle uppnåendet av ett riksomfattande medelvärde inom institutionsvården innebära 3 000 nya arbetstagare och 78 miljoner euro. Uppnåendet av en tillfredsställande servicenivå inom hemservicen innebär på motsvarande sätt 3 600 nya arbetstagare och 95 miljoner euro. Att tillgodose hela detta behov skulle sålunda innebära en ökning på 173 miljoner euro för kommunernas social- och hälsovård.

Statsandelen för social- och hälsovårdens driftskostnader utökades år 2002 med ca 32,8 miljoner euro för att bristerna inom äldrevården i kommunerna skulle kunna korrigeras. Denna tilläggsatsning på statsandelen förutsatte en tilläggsatsning på ca 97 miljoner euro från kommunerna. Enligt preliminära bedömningar har kommunerna utökat antalet anställda inom äldrevården under år 2000 – 2002, men personalbristen bedöms fortfarande röra sig kring ca 4 500 anställda.

Åtgärdsförslag 9:

Målet bör vara att personalbristen i hemvården och institutionsvården inom äldrevården skall täckas före utgången av år 2007.

2.3.4 *Bättre ställning för närståendevårdare och andra som vårdar närstående*

En person som hemma vårdar en äldre, handikappad eller sjuk närstående kallas närståendevårdare. I Finland finns uppskattningsvis ca 300 000 närståendevårdare som dagligen deltar i vården. Kommunen kan betala stöd för närståendevård till vårdaren. År 2002 vårdades ca 23 000 med detta stöd för närståendevård. En stor del av vårdarna står dock utanför detta stöd. Närståendevårdarnas rätt till lagstadgad ledighet förverkligas inte heller alltid och omfattningen av stödtjänsterna för närståendevårdare har enligt de senaste utredningarna minskat. Kontinuiteten i närståendevårdarnas verksamhet och vårdrelationer har på sina håll försvårats av kortvariga och oförutsägbara avtal.

I Finland liksom i de övriga nordiska länderna är fullvuxna barn inte formellt ansvariga för vården av sina gamla föräldrar utan denna uppgift hör enligt lagen till kommunen. I praktiken fördelar sig ansvaret dock ofta på ett annat sätt. Ute i arbetslivet är det många som måste hitta en balansgång mellan vården av sina sjuka föräldrar och de dagliga arbetsuppgifterna. När det gäller små barn har föräldrarna i Finland redan i årtal enligt arbetsavtalslagen haft rätt att bli hemma en viss tid för att ordna vården av sitt sjuka barn utan att anställningen avbryts. Det föreslås att motsvarande förfarande tas till prövning också när det gäller vården av äldre människor.

Gällande arbetslagstiftning samt tjänste- och arbetskollektivavtalen ger en begränsad möjlighet att i tvingande situationer vara borta från arbetet av familjeskäl (se 4 kap. 7 § arbetsavtalslagen). Det vore befogat att åstadkomma ett arrangemang där arbetstagaren skulle ha rätt att under en längre tid ha förkortad arbetstid eller för en viss tid helt utebli från arbetet för att möjliggöra ett mera bestående vårdarrangemang. På det här sättet skulle arbetslivet visa flexibilitet inför vårdansvaret och samtidigt kunde efterfrågan på offentliga vårdtjänster och institutionsvård minska eller åtminstone senareläggas.

Åtgärdsförslag 10:

Närståendevårdarnas ställning bör förbättras genom långsiktiga lösningar samt genom en utveckling av stöd- och semestertjänster.

Utredarna föreslår särskilt att det inom ramen för ett trepartssamarbete bereds en lagstiftning där arbetstagare ges en lagstadgad rätt att i en oförutsedd situation vara borta från arbetet under en kortare tid för att ordna vården av sin förälder, under en längre tid ha förkortad arbetstid för att delta i vården av en förälder och att för viss tid vara borta från arbetet för vården av en förälder i terminalskedet. Det måste utredas om denna rättighet även kan utsträckas till andra närstående. Detta skulle innebära en väsentlig utvidgning av gällande bestämmelser i 4 kap. 7 § arbetsavtalslagen.

2.4 Specialfrågor

2.4.1 Svensk- och samiskspråkiga

Rätten att få socialservice på sitt modersmål, finska, svenska eller samiska, hör till det allra viktigaste ur klientens synvinkel. De svenskspråkiga utgör 6 % av befolkningen, dvs. ca 300 000 personer. Det bor ca 7 000 samer i Finland och av dem bor ca 4 000 i samernas hemtrakter. Enligt uppskattningar har små kommuner bäst kunnat tillgodose den svenskspråkiga befolkningens behov av service. Problem har förekommit i synnerhet i större kommuner med finska som majoritetsspråk. Bland socialvårdssektorerna har det förekommit brister i synnerhet i äldrevården och specialservicens förmåga att producera svenskspråkig service.

När det gäller service på samiska har det i synnerhet varit svårt att ordna dagvård och äldrevård. Från ingången av år 2002 anvisades ett statsunderstöd för tryggheten av social- och hälsovårdsservice för samiskspråkiga. Problemet är för närvarande den osäkra finansieringen, eftersom beslut om anslag fattas årligen.

Särskild uppmärksamhet bör fästas vid tryggheten av tillgången på service för andra etniska minoriteter, romer och teckenspråkiga.

Åtgärdsförslag 11:

Möjligheten att få socialservice på svenska eller samiska bör tryggas.

Tryggheten av service på svenska förutsätter ett lokalt eller regionalt samarbete. För användningen av statsunderstödet för social- och hälsovårdsservice för samiskspråkiga bör göras upp en flerårig plan som alla parter förbinder sig vid.

2.4.2 Invandrare

I slutet av år 2001 bodde ca 98 600 utländska medborgare i Finland, vilket är 1,9 % av befolkningen. Det finns ca 18 200 utländska medborgare med flyktingbakgrund och ca 25 000 återflyttare från det forna Sovjetunionen. Över hälften av invandrarna bor inom det forna Nylands län. I och med att utbudet på arbetskraft minskar i Finland kan man anta att den arbetsbetingade invandringen ökar. Detta ställer nya krav på den bosättningsbaserade sociala tryggheten i Finland.

Integreringen av invandrarna är inte bara socialväsendets sak utan alla kommunala förvaltningar bär ansvar för integreringen av invandrarna. Vid anordnandet av service för invandrare betonas i synnerhet vikten av samarbete mellan olika förvaltningar. Ökningen av invandrarnas andel av befolkningen påverkar också behoven av att utveckla socialservicen. I framtiden måste man kunna producera allt mångsidigare socialservice. Kompetenscentrumen inom det sociala området kan enligt det lokala behovet specialise-

ra sig på invandrarfrågor och stöda kommunerna vid utvecklingen av service. I dagvårdsservicen har man under de senaste åren lärt sig producera service även för kommuninvånare från olika etniska grupper men det finns fortfarande utvecklingsbehov. Äldreservicen kommer snart att stå inför samma utmaning vid mötet med åldrande invandrare.

Målet för integreringslagen är att främja invandrarnas integrering, jämställdhet och valfrihet genom åtgärder som stöder uppnåendet av sådana kunskaper och färdigheter som är centrala i samhället. Kvinnor som inte hör till arbetskraften och som sköter sina barn hemma har lämnats utanför uppgörandet av integreringsplaner. Integreringen av invandrarbarn är av särskilt stor betydelse för barn som lever mellan två kulturer. Det finns risk för att barnet blir ”förälder” till sina egna föräldrar, om föräldrarna inte kan språket och inte klarar sig själva i det finländska samhället. Integreringslagstiftningen bör ändras så att invandrare som står utanför arbetskraften, t.ex. hemmamammor, inbegrips i integreringsskyldigheten.

Åtgärdsförslag 12:

Socialservicens förmåga att möta behoven bland invandrare från olika etniska grupper bör förbättras. I fortbildning för socialvårdspersonal skall invandrarfrågorna beaktas som ett både attitydmässigt och kunskapsmässigt kompetensområde. Personalstrukturen inom det sociala området skall göras mångsidigare på områden med invandrardominans så att man även anställer personer med etnisk bakgrund.

3. PERSONALTILLGÅNG, ARBETSMILJÖ, KOMPETENS OCH ARBETSRUTINER

3.1 Personaltillgång och personalstruktur

3.1.1 Personaltillgång

I början av år 2001 fanns det ca 307 000 anställda i social- och hälsovårdsservice. Antalet anställda inom socialservice var 151 000, varav ca 121 000 var löntagare inom den offentliga sektorn och 29 000 löntagare inom den privata sektorn. Det fanns något färre än 1 500 egna företagare och ca 5 500 anställda vid de aktuella företagen. I kommunernas social- och hälsovård fanns i oktober år 2001 sammanlagt 241 000 personer, varav drygt 123 000 inom hälso- och sjukvården, 102 000 inom socialvården och 14 700 inom social- och hälsovården. Ungefär drygt 80 % av alla dem som verkar inom social- och hälsovården arbetade inom den offentliga sektorn. Enligt det kommunala personregistret arbetade ca 4 500 socialarbetare i socialarbete inom den kommunala sektorn år 2002, vilket är 5 % av personalen inom hela det sociala området och merparten arbetade inom dagvård och äldrearbete.

Personalbehovet inom det sociala området utgörs av den existerande personalbristen samt av kommande behov. Inom äldreården fattades år 2000 ca 6 300 anställda jämfört med kvalitetsrekommendationerna och på motsvarande sätt 500 anställda inom missbrukarvården. Inom båda sektorerna behövs i fortsättningen även språkkunniga anställda från olika etniska grupper. Det råder brist på kompetenta specialbarntädgårdslärare, talterapeuter, psykologer och socialarbetare. Ungefär en fjärdedel av socialarbetarnas tjänster har besatts med personer som saknar formell kompetens och det finns flera tiotals små kommuner i landet som helt saknar socialarbetare. Likaså råder det brist på svensk- och samiskspråkig personal inom det sociala området. I enlighet med betänkandet av kommissionen för beräkning av social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov bör det ordnas fler utbildningsplatser och i samband därmed skall även personalbehoven i de svensk- och samiskspråkiga områdena beaktas.

Enligt kommissionens uppfattning står en stor del av den arbetsföra arbetsreserven inom social- och hälsovården utanför arbetsmarknaden i branschen. I fortsättningen bör man utreda hur denna arbetskraft skall kunna fås tillbaka i arbete i branschen.

Samtidigt som det råder personalbrist inom det sociala området finns det också arbetslöshet. Enligt Statistikcentralens uppföljningsmetoder fanns det enligt medelvärdena för år 2000 22 600 arbetslösa inom området för social service. Enligt lägesrapporten i arbetsförmedlingsstatistiken 29.11.2002 var de största yrkesgrupperna av arbetslösa inom det sociala området familjedagvårdare med ca 1 500, barnskötare med ca 1 400, hemhjälpare med ca 800 och hemvårdare, närvårdare med ca 750 arbetslösa arbets sökande.

Kommissionen för beräkning av social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov har uppskattat att ökningen av servicebehovet inom social- och hälsovården kommer att kräva ca 12 000 fler anställda under kommande tioårsperiod. Enligt en rapport från Pellervo ekonomiska forskningsinstitut kommer ca 8 000 anställda att frigöras inom dagvården i kommuner med en minskande befolkning, men i Nyland och östra Nyland behövs sammanlagt 1 300 fler anställda inom dagvården, vilket betyder att ett netto på ca 6 700

anställda kommer att frigöras inom dagvården. De 49 000 – 55 000 anställda inom social- och hälsovården som går i pension under nästa årtionde skall ersättas genom grundläggande yrkesutbildning och fortbildning. Enligt en grov uppskattning kommer knappt hälften av dem att gå i pension inom det sociala området. Regionalt differentierade behov förutsätter en regional uppföljning av personalbehoven och ett effektiviserat föregripande samt regional rekrytering och marknadsföring av arbetsplatser.

Åtgärdsförslag 13:

Utredarna betonar att de utökade utbildningsplatser som planerats för det sociala området skall genomföras åtminstone i enlighet med det förslag som framlagts av kommissionen för beräkning av social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov. Överenskommelse om i vilken utsträckning utbildningen för specialbarntädgårdslärare skall utvidgas träffas särskilt med undervisningsministeriet. I enlighet med kraven i utbildningsprogrammet för socialarbete bör regionala magisterutbildningsprogram förverkligas.

Invandrarnas egen utbildning i branschen bör utnyttjas effektivare än för närvarande med s.k. examensinriktad fortbildning och annan fortbildning samt undervisningen i finska och svenska integreras med den arbetskraftspolitiska utbildningen. Utbildningen skall inledas på de områden där det finns mest invandrare.

Det skall göras möjligt för sådan personal inom det sociala området som frigörs inom dagvården att genom vuxenutbildning utbilda sig för andra uppgifter inom det sociala området, vilket skall beaktas när antalet vuxenutbildningsplatser planeras.

3.1.2 Personalstruktur

Personalstrukturen inom socialvården har formats under årens lopp och består i huvudsak av personer som fått utbildning på andra stadiet eller yrkeshögskoleutbildning eller motsvarande utbildning samt till en liten del av personer med högre högskoleexamen.

En förändrad utbildningsstruktur, ökad kompetensnivå samt förändrade krav på arbetets innehåll till följd av klienternas behov förutsätter en översyn av personalstrukturen samt motsvarigheterna inom uppgifts- och utbildningsstrukturerna. Personal- och uppgiftsstrukturerna skall ses över så att de motsvarar de kompetensområden som arbetstagarna fått i sin utbildning och klienternas behov. I synnerhet bör den kompetens som de nyaste utbildningsformerna ger utnyttjas i så stor utsträckning som möjligt. För att utnyttja socionomernas (YH) kompetens bör man målmedvetet skapa nya uppgiftsstrukturer för det sociala området och samtidigt beakta resultaten av STEAM-projektet, som utvecklar uppgiftsfördelningen mellan socialarbetare och socionomer. Närvårdarnas kompetensområde i synnerhet inom den öppna servicen för äldre skall samordnas med uppgifterna inom social- och hälsovården så att uppgiftshelheterna är meningsfulla och närvårdarnas hela kompetensområde alltifrån hemvård till basvård kan utnyttjas.

Åtgärdsförslag 14:

Social- och hälsovårdsministeriet bör ge rekommendationer om hur uppgiftsstrukturen inom socialvården kan tillrättaläggas så att den motsvarar klienternas behov och personalens kompetens.

Social- och hälsovårdsministeriet bör utifrån erfarenheterna av STEAM-projektet utarbeta riksomfattande rekommendationer för samarbetet och arbetsfördelningen mellan socialarbetare och socionomer (yh). En spridning av god praxis vid arbetsfördelning i hela landet bör främjas.

3.1.3 Lagstiftningen om behörighet och yrkesutövning inom socialvården

Målet för lagstiftningen om behörighet och yrkesutövning är att trygga servicens kvalitet och klienternas rättsskydd samt att skapa klarhet i det sociala områdets profil. Lagstiftningen om behörighet och yrkesutövning skall anpassas till de riktlinjer man dragit upp för utvecklandet av utbildningssystemet. Man skall i synnerhet beakta att magisterexamen inom det sociala området och YH-examen för socionomer har utvecklats utifrån en s.k. dualmodell till parallella examina som ger olika kompetens. Behörigheterna skall regleras så att den kompetens som båda examina ger kan utnyttjas på bred front och ändamålsenligt. Även yrkes- och specialyrkesexamina skall beaktas i behörighetsbestämmelserna.

I 18 § socialvårdslagen definieras socialarbete som sådant arbete som handhas av yrkesutbildad personal inom socialvården, vilket inte längre motsvarar uppfattningen om innehållet i socialarbetet. Socialvårdslagen måste ändras på denna punkt och eventuella verkningar av en lagändring för de övriga socialvårdslagarna ses över.

I lagen som gäller behörighetsvillkoren inom socialvården bör utbildning inom det sociala området förutsättas i förmannauppgifter vid enheter enligt socialvårdslagen. Av personer i förmansställning bör även förutsättas ledarutbildning.

Vid sidan av behörighetslagen som är under beredning behövs en lag om socialarbetares yrkesutövning och registrering för att regleringen av socialarbetare skall kunna utsträckas till alla socialarbetare oberoende av inom vilket förvaltningsområde eller i vilken organisation de arbetar. Utöver socialarbetarna inom den kommunala socialvården arbetar nästan 2000 socialarbetare inom hälso- och sjukvården, skolväsendet, försvarsmakten, fångvården och polisen i Finland. Behörigheterna eller yrkesutövningen i denna grupp regleras inte i lagstiftningen. Med tanke på tillämpningen av klientlagen är det av stor betydelse att lagstiftningen görs klarare. En lagstiftning om yrkesutövning skulle också bringa klarhet i tillsynen över yrkesutövning inom privat socialarbete i enlighet med lagstiftningen om tillsynen över privat service. I ökande mån finns det kommuner som måste köpa socialarbetartjänster från en annan kommun även i anslutning till utövandet av offentlig makt, och då måste kommunerna kunna vara säkra på socialarbetarnas kompetens och rätt till yrkesutövning.

Åtgärdsförslag 15:

Beredningen av lagar om behörighet i socialvårdsuppgifter och socialarbetares yrkesutövning skall fortsättas.

Definitionen på socialarbete i 18 § socialvårdslagen bör ändras så att den motsvarar rådande uppfattning samt lagändringens eventuella följdverkningar för den övriga sociallagstiftningen ses över.

3.2 Kompetens och arbetsrutiner

3.2.1 Tryggande och utveckling av kompetensen genom fortbildning

Fram till år 1993 innehöll socialvårdslagen en bestämmelse om fortbildning. I samband med statsandelsreformen ströks bestämmelsen i socialvårdslagen. På hälso- och sjukvårdssidan har det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet föreslagit att fortbildning tas in i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård.

Under de tio senaste åren då det inte har förekommit någon fortbildningsskyldighet har en del av personalen inte över huvud taget deltagit i någon fortbildning trots de förändrade kraven i arbetslivet.

Ett särdrag i personalpolitiken i 1990-talets socialväsande har varit att man i huvudsak har valt personer med hälsovårdsutbildning både som förmän och annan personal till de boendeserviceenheter som inrättats i stället för de minskande åldringshemsplatserna, vilket bidragit till att kompetensen inom det sociala området väsentligt har minskat inom hela äldrevården. Situationen skapar sitt eget tryck på en fortbildning för personalen.

Personalutvecklingen förutsätter både en systematisk och långsiktig processlik utbildning på arbetsplatsen och utanför den fortbildning som samordnas så att den stöder de mål för ekonomin, verksamheten och kvaliteten som personalen vid enheterna ställer tillsammans med ledningen. Fortbildningen för alla yrkesgrupper bör innehålla utbildning som ingår i utvecklandet av arbetsgemenskapen och ges inom arbetsgemenskapen samt främjar det inbördes samarbetet mellan yrkesgrupperna. Man bör beakta de svensk- och samiskspråkiga arbetstagarnas fortbildningsbehov och vid genomförandet utnyttja de möjligheter virtualundervisning ger.

För att genomföra fortbildningen bör man skapa ett fortbildningsnätverk som består av regionala aktörer och i enlighet med behovet planera systematiska fortbildningsprogram för olika uppgiftsområden i samarbete med universiteten, yrkeshögskolorna, läroanstalterna på andra stadiet, organisationer samt kompetenscentren inom det sociala området, varvid de sistnämnda fungerar som koordinatörer.

Som en ungefärlig kostnadskalkyl kan betraktas social- och hälsovårdsministeriets kalkyl enligt vilken det för närvarande används ca 70 milj. euro till fortbildning. Nya kost-

nader på sammanlagt ca 70 milj. euro uppstår på motsvarande sätt gradvis under 2004–2007, varav kommunernas andel skulle vara sammanlagt 51 milj. euro.

Åtgärdsförslag 16:

Bestämmelserna om fortbildning och handledning lagstadgas och verkställs gradvis under år 2005 – 2007. Arbetsgivaren förpliktas att sörja för fortbildning och handledning av personalen samt att följa hur utbildningen förverkligas som en del av trygghandet av arbetsenhetens kvalitet och arbetstagaren förpliktas att delta i fortbildning i enlighet med utvecklingsplanen för arbetsenheten. Fortbildningens minimilängd definieras stegvis med beaktande av den grundläggande utbildningens omfattning samt arbetsuppgifterna, i genomsnitt till 3–10 dagar.

Social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet, Finlands Kommunförbund, Kommunala arbetsmarknadsverket och fackorganisationerna utarbetar rekommendationer för fortbildningens innehåll och genomförande före utgången av år 2004.

3.2.2 Programmet för god praxis inom det sociala området

Det finns inte tillräckligt med forskningsinformation om vilka arbetsmetoder som används inom det sociala området och vilka verkningar de har för medborgarnas liv. Den obetydliga forskningsinformationen når inte heller fram till arbetarna på fältet. Det finns ett uppenbart behov av att utöka forskningen och utvärderingen samt att förmedla information om goda arbetsrutiner för att förbättra kvaliteten på ledarskapet och klientarbetet samt för att trygga medborgarnas delaktighet och grundläggande fri- och rättigheter.

Målet för programmet är att skapa förutsättningar för att arbetsrutinerna inom socialarbetet och socialservicen i allt högre grad skall bygga på undersökt information och prövad bevisning. I programmet fokuserar man på att utveckla rutinerna och metoderna i socialarbetet och socialservicen samt producerar man information om fungerande rutiner och arbetsmetoder och om vilka verkningar de har i medborgarnas liv.

Programmet är som process ett progressivt projekt som bygger på samarbete och nätverksbildning mellan många aktörer. Programmet har tre mål: 1) En lärande infrastruktur: målet är att åstadkomma strukturer för att utveckla och utvärdera god praxis, åren 2004 – 2010, 2) Goda utvärderingsrutiner, målet är att etablera system och förfaranden som möjliggör god praxis, åren 2005 – 2010, 3) God praxis, målet är att samla och förmedla information om god praxis och om förutsättningarna och processerna för produktionen av dem, åren 2006 – 2010. Det slutliga målet är att skapa bestående strukturer för att bättre välfärdsservice skall skapas för det sociala området.

Forskningen kring god praxis och utvecklingsprogrammet förutsätter nätverksbildning och samarbete med centrala aktörer i branschen. Social- och hälsovårdsministeriet har det strategiska planeringsansvaret för programmet. Samarbetsparter är Stakes, universi-

teten, kompetenscentrumen, yrkeshögskolorna samt riksomfattande organisationer och forskningsenheter i branschen. Stakes' enhet FinSoc koordinerar programmet på riksnivå och kompetenscentren svarar för det regionala genomförandet av programmet på ett sätt som gynnar alla kommuner. De regionala kompetenscentrumen inom det sociala området har till uppgift att stärka utvecklingen av ett undersökande sätt att arbeta och utvärderingen. Information bör förmedlas på riksnivå och regionalt så att kommuner och andra instanser kan utnyttja den t.ex. med hjälp av publikationsverksamhet, litteraturöversikter, Internet, webbundervisning och fortbildning.

Att samla och förmedla effektiva rutiner som är baserade på bevisning och information förutsätter en kraftfull och kunnig aktör på riksplplanet. Stakes' utvärderingsenhet FinSoc har arbetat för att utveckla metoder för utvärdering av socialservice och införa en utvärderingskultur i Finland. FinSoc' uppgifter i forsknings- och utvecklingsprogrammet God praxis är en riksomfattande nationell koordinering av arbetet för att utveckla evalueringen av socialservicen och effektiva arbetsmetoder, en informations spridning på många plan, konsultering och utbildning, systematisk informationsproduktion samt förmedling av den nyaste nationella och internationella informationen.

Det föreslås att sammanlagt 5,5 miljoner euro reserveras för projektet under år 2004–2007.

Åtgärdsförslag 17:

Programmet "God praxis" startas inom det sociala området på riksnivå. För detta bör Stakes' utvärderingsenhet FinSoc och kompetenscentrumen inom det sociala området anvisas tillräckliga resurser som ökas stegvis i takt med att verksamheten utvidgas år 2004 – 2007. En ledningsgrupp bildas för projektet. Under 2003 koordinerar social- och hälsovårdsministeriet och FinSoc utarbetandet av en detaljerad plan för genomförandet av programmet "God praxis".

3.2.3 *Utvärdering av verksamhetens effektivitet, kvalitet och resultat*

Utvärderingen kan vara normbaserad, projekt- eller programbaserad, en jämförelse med de bästa rutinerna eller en ömsesidig bedömning, extern eller intern utvärdering, organisationsbaserad, nationell eller internationell.

Lagstadgad utvärdering genomförs vid social- och hälsovårdsministeriet som en del av vägledningsverksamheten och vid Stakes, där FinSoc utvecklar och förmedlar utvärderingsmetoderna till fältet. Till socialombudsmännens uppgifter hör att utvärdera den lokala serviceproduktionen inom det sociala området.

Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes och Kommunförbundet har i samarbete skapat kvalitetsrekommendationer och vägledningar för äldreården, mentalården och missbrukarården samt håller på att skapa sådana för handikappservicen och förskoleverksamheten. Motsvarande kvalitetsrekommendationer bör ytterligare skapas för barnskyd-

det samt vuxensocialarbetet. Länsstyrelserna bedömer som en del av sitt eget arbete hur kvalitetsrekommendationerna följts.

Utvärderingen av offentliga tjänster är bara i början. På riksnivå fattas en systematisk utvärdering t.ex. av lagstiftningen. På lokalnivå godkänner kommunfullmäktige och nämnderna de funktionella och ekonomiska målen i de årliga budgeterna och grunderna för dem och bedömer hur de uppnåtts i samband med boksluten. Även revisionsnämnderna bedömer för sin del hur de funktionella målen uppnåtts. För att utveckla verksamhetens resultat pågår flera projekt där kommunerna är med. Socialväsendet i kommunerna bör aktivare delta i utvecklingsprojekt och ta in utvärderingen av socialservicen som en del av budget- och plancykeln.

Enligt preliminära uppgifter i socialbarometern år 2003 idkar endast 29 % av kommunernas socialväsenden en systematisk utvärdering av den egna verksamhetens resultat. Privata serviceproducenter utvecklar och bedömer sin verksamhet mera systematiskt än den kommunala sektorn. I programmet God praxis skall skilt för varje serviceområde skapas riksomfattande allmänna indikatorer för utvärderingen av verksamhetens kvalitet och effektivitet med början från områden för vilka det har utarbetats kvalitetsrekommendationer samt kvalitetsbedömningen beredas som en processutbildning som förklarar utbildningsinnehållet på arbetsplatserna.

Socialekonomi skulle vara av stor betydelse för utvärderingen av servicens resultat och resurshushållning. Man har på riksplan satsat på att utveckla hälsoekonomin, men socialekonomins utveckling har varit dålig. Dess ställning bör stärkas vid universitet som ger utbildning i socialarbete.

Åtgärdsförslag 18:

Utvärderingen av socialservicens kvalitet, effektivitet och resultat bör tas med som ett prioriteringsområde i social- och hälsovårdsministeriets följande mål- och verksamhetsprogram.

3.2.4 Forskning, utveckling och serviceproduktutveckling

Statens vetenskaps- och teknologiråd har föreslagit att nivån på den offentliga forskningsfinansieringen höjs med 300 miljoner euro före år 2007. Enligt förslaget bör statens forskningsfinansiering årligen öka med 5 %. Det är viktigt att en del av forskningsfinansieringen inriktas på forsknings- och serviceproduktutvecklingsarbete inom det sociala området, eftersom området under kommande år kommer att ställas inför stora utmaningar på grund av den regionala differentieringen och den åldrande befolkningen. Till alla större utvecklingsprojekt bör i fortsättningen anslutas en utvärdering.

Trots utvidgningen finns det fortfarande många luckor i forskningsverksamheten vid universiteten. Det behövs en analys av forskningsbehoven och informationsbehoven inom det sociala området för att fylla igen informationsluckorna, för en ändamålsenlig koordinering av forskningen samt för att täcka informationsbehoven inom utbildningen

och utifrån det bör utarbetas ett program för utveckling av forskningen och arbetsmetoderna. Den vetenskapliga forskningen vid universiteten som informationsproduktion i branschen och stöd för utvecklingsverksamheten samt den forsknings- och utvecklingsverksamhet som är med i yrkeshögskolornas praktiska projekt utgör grunden för en undersökande utveckling av arbetsfördelningen inom det sociala området och förutsätter ett nära och fruktbart samarbete.

Organisationerna bedriver en omfattande vetenskaplig forskning för att utveckla sitt eget specialområde eller vården, rehabiliteringen och serviceutvecklingen för en viss grupp av människor och karaktäristiskt för deras forsknings- och informationsproduktionsverksamhet är att de kombinerar empirisk kunskap och forskningsinformation. Många organisationer har antingen egna forskare eller avtalsamarbete med universiteten. För tillämpad forskning får organisationerna understöd från Penningautomatföreningen.

Organisationernas forsknings-, utvecklings- och utbildningsenheter behöver inlemmas i nätverket av befintliga sociala kompetenscentrum som självständiga organisationsdrivna specialkompetensenheter. På det sättet kan man säkerställa att den information och kompetens som i organisationerna samlats om vissa specialgrupper och vissa utvecklingsområden utnyttjas vid utvecklingen av det sociala området.

De disponibla resurserna för forskning inom det sociala området utgör på riksplan endast en bråkdel av den volym som används t.ex. för forskning kring hälso- och sjukvård även om de funktionellt utgör en nästan lika stor del av kommunernas budgeter och personal. Inom det sociala området har man inte heller tillgång till de stora företagens finansieringsbidrag för forskning och produktutveckling.

Den regionala verksamhetens alltmer framträdande roll under kommande år kräver stöd av forsknings- och utvecklingsverksamhet. Undervisnings-, forsknings- och produktutvecklingsverksamheten inom det sociala området kan förstärkas så att man skapar ett regionalt nätverk av verksamhetsenheter som utvecklar specialkompetensen. Ett sådant nätverk möjliggör även en mera kontrollerad riksomfattande utvecklingsverksamhet än för närvarande: utvecklingspengarna kan styras direkt till regionala utvecklingsenheter inom det aktuella området. Merparten av kostnaderna för nätverket utgörs av forsknings-, utvecklings- och utbildningstjänster som är placerade vid kommunala enheter. Överenskommelser om vilka enheter och vilken kommuns enheter som skall utses till statligt finansierade utvecklingsenheter träffas med hjälp av ett regionalt förhandlings-system som tillhandahålls av kompetenscentrumen inom det sociala området. Målet bör vara ett praktiskt förankrat nätverk av forsknings- och utvecklingsenheter som täcker hela landet. Det bör närmare utredas hur man administrativt kunde ordna en finansiering som tryggar en sådan långsiktig utvecklingsverksamhet.

Grundfinansieringen av kompetenscentrumverksamheten är tryggad med statsbidrag genom en lag som trädde i kraft vid ingången av 2002, men nivån på finansieringen har redan nu visat sig vara alltför låg. Vid sidan av att producera och sprida information är det en utmaning att skapa responssystem och god praxis, där kompetenscentrumen också är i en avgörande ställning. Utvecklingsprojektet Nätverk för specialservice, vars uppgift hittills har varit att trygga specialservicen inom socialvården för alla som behöver sådan överallt i landet oberoende av kommunstorlek, upphör före utgången av år

2003 och uppgifterna överförs på kompetenscentrumen som bereder sig på att profilera sig och att på överenskommet sätt ta ansvar för vissa specialuppgifter.

Åtgärdsförslag 19:

Grundfinansieringen för kompetenscentren inom det sociala området bör höjas. Det skall reserveras ett skilt anslag för skötseln av riksomfattande specialuppgifter som anvisas på det sätt som social- och hälsovårdsministeriet avtalar med kompetenscentrumen inom det sociala området

Organisationernas forsknings-, utvecklings- och utbildningsenheter skall inlemmas i nätverket av befintliga kompetenscentrum inom det sociala området som självständiga organisationsdrivna specialkompetenscentrum.

3.2.5 Bättre socialvård med information och teknologi

Information och god informationshantering är en av betingelserna för socialvårdsverksamheten. Både socialvårdsarbetarna, beslutsfattarna och klienterna behöver tillräcklig och tillförlitlig information i rätt tid. Genom informationsstyrning riktas socialvårdsutvecklingen mot bättre service. I en omvärld som snabbt förändras måste socialarbetaren fortgående kunna uppdatera sin kompetens och kunskapsunderlaget för sitt arbete. Det finns dock brister och svårigheter i tillgången på, hanteringen och användningen av information.

Genom god informationshantering skapas kunskapsmässiga förutsättningar för verksamheten inom, samt ledningen och utvecklingen av socialvården på ett så effektivt sätt som möjligt. Till informationshanteringen hör en klar bild av informationsbehoven och en plan för hur uppgifter kan fås, hur de skall förvaras, behandlas, skyddas och förmedlas till användarna. Informationsteknologin ger redskapen för informationshantering. Undervisning i informationshantering skall införas i den grundläggande utbildningen, fortbildningen och den kompletterande utbildningen inom det sociala området.

Inom social- och hälsovården pågår omfattande projekt för att utveckla det regionala samarbetet och obrutna servicekedjor. Ett centralt utvecklingsobjekt är redskapen för informationshanteringen: de regionala systemen med uppgifter om klienter och patienter, elektroniska dokument, elektronisk identifiering och en dataskyddad informationsarkitektur. Även om man eftersträvar system som betjänar både hälso- och sjukvården samt socialvården utförs utvecklingsarbete och fattas beslut som är viktiga för verksamheten utifrån behoven inom hälso- och sjukvården. Det finns inga gemensamt definierade klassificeringar, begrepp och termer inom socialvården. Det finns inga anvisningar på nationell nivå om produktion, hantering och arkivering av klientdokument. Dokumenteringen stöder inte en elektronisk behandling av informationen.

Internet har snabbt blivit en av de viktigaste informationskanalerna. Medborgarna får information om socialvården på både branschorganisationernas och kommunernas webbsidor. Kvaliteten på webbsidorna är ofta dålig. Elektronisk kommunikation före-

kommer i liten utsträckning. Möjligheterna till elektronisk kommunikation och information inom det sociala området bör förbättras i enlighet med verksamhetsprogrammet för elektronisk kommunikation inom den offentliga förvaltningen. Tillgången på handledning och expertinformation i branschen via nätverken bör tryggas och elektroniska tjänster utvecklas också för yrkesfolkets behov.

Inom socialvården bör skapas bestämmelser och anvisningar som styr produktionen, hanteringen och arkiveringen av elektroniska klientdokument. Stakes resurser för att utveckla informationsförvaltningen, datasystemen, den elektroniska kommunikationen och tillgången till riksomfattande databaser och deras användbarhet inom det sociala området bör utökas.

För elektronisk kommunikation, dokument och datasystem inom socialvården bör utvecklas nationella lösningar som är förenliga med rutinerna inom hälso- och sjukvården. Det sociala områdets andel i gemensamma regionala datasystem- och teknologiprojekt inom social- och hälsovården bör stärkas samt samarbetet mellan kommunerna främjas inom dessa. Lokalt bör träffas överenskommelser om regionala aktörer inom dataadministrationen på det sociala området. Det föreslås att 2 500 000 miljoner euro per år reserveras för det regionala samarbetet inom dataadministration under 2004 – 2007.

Åtgärdsförslag 20:

För elektronisk kommunikation, dokument och datasystem inom socialvården utvecklas nationella lösningar som är förenliga med rutinerna inom hälso- och sjukvården.

Det sociala områdets andel i gemensamma regionala datasystem- och datateknologiprojekt inom social- och hälsovården stärks. Det kommunala samarbetet vid utvecklandet, anskaffningen och upprätthållandet av regionala datasystem som betjänar socialvårdens behov främjas. Kunlandet om dataadministration inom det sociala området samlas och utvecklas vid regionala stödenheter, t.ex. kompetenscentren inom det sociala området.

3.3 Utveckling av socialvårdsledningen

3.3.1 Socialvårdsledningen

Socialvården går ut på att trygga kommuninvånarnas sociala grundläggande rättigheter och att anordna välfärdsservice på det sätt som de grundläggande rättigheterna förutsätter. Det yttersta syftet med ledningen är att styra verksamheten så att klienternas behov blir tillgodosedda så ändamålsenligt som möjligt inom de gränser som resurserna tillåter. De ledande tjänsteinnehavarna inom socialvården ansvarar för att en serviceproduktion som följer socialvårdslagen planeras och genomförs samt att de sociala förhållandena utvecklas och missförhållanden undanröjs. Socialvården upptar en stor andel av kommunens grunduppgifter och en betydande andel av kommunens årliga budget, vilket

förutsätter en ansvarsfull och kunnig ledare inom området. Enligt en utredning som gjorts av social- och hälsovårdsministeriet har socialdirektörstjänsten dragits in i vissa kommuner och uppgifterna överförts på andra tjänsteinnehavare som inte nödvändigtvis har någon utbildning inom området, vilket äventyrar klienternas rättsskydd och grundläggande rättigheter. Enligt det kommunala personregistret saknar flera tiotals små kommuner en ledande tjänsteinnehavare inom socialvården. Utredarna anser att det bör finnas en ledande tjänsteinnehavare inom socialvården i en kommun. I små kommuner kan det vara ändamålsenligt att sköta socialdirektörens uppgifter genom regionala arrangemang.

Utvecklingsarbetet inom det sociala området, det sociala rapporteringsarbetet samt det sociala ändringsarbetet baserat på empirisk kunskap har äventyrats till följd av ovan beskrivna utveckling. En konkurrensutsättning som beaktar det sociala elementet samt tillsynen över servicens kvalitet och effektivitet förutsätter också att den som leder det sociala området behärskar områdets substans i en väsentligt större utsträckning än tidigare.

Socialvårdsledningen kan ordnas och har ordnats på olika sätt i olika kommuner. Det kan gälla att leda sammanslagna sektorer, socialvården, socialarbetet, socialserviceenheter, t.ex. äldrearbetet eller dagvården, eller att leda enskilda socialserviceenheter.

Åtgärdsförslag 21:

Det föreslås att till 10 § socialvårdslagen fogas en bestämmelse om att kommunen bör ha en ledande tjänsteinnehavare inom socialvården.

Det föreslås att till lagen om behörighetsvillkoren inom socialvården fogas en bestämmelse enligt vilken en person som har behörighet som socialarbetare eller en annan högre högskoleexamen som är lämplig för uppgiften, kännedom om branschen samt tillräcklig ledarutbildning är behörig för i huvudsak administrativa ledningsuppgifter inom socialvården eller social- och hälsovården. I sådana ledningsuppgifter inom den kommunala socialvården som också inbegriper klientarbete och ledningsuppgifter inom socialarbetet är behörighetskravet behörighet som socialarbetare, förtroenhet med socialvården och en sådan ledarförmåga som uppgiften förutsätter.

3.3.2 *Utökande av ledarutbildningen*

Utmaningarna för ledningen har ökat betydligt under de senaste åren. I ledningen av socialvården och socialarbetet samt enheterna inom det sociala området betonas krav på resultat och i uppgifterna krävs kunskaper om expert-, personal-, kvalitets-, process- och ekonomisk ledning samt i synnerhet om nätverksledning. För att välmågan i arbetslivet skall kunna upprätthållas krävs kraftfulla insatser för att utveckla och stärka ledarmetoderna för ledningen på mellannivå vid verksamhetsenheterna inom det sociala området.

För att innehållet i ledarutbildningen skall kunna utvecklas bör man utreda vilka fortbildningsprogram det finns för ledningen och analysera erfarenheterna av den nu aktuella PD-utbildningen för social- och hälsoledningen. Man bör också höra sakkunniga och fundera över olika alternativ för genomförandet av utbildningen. Med tanke på framtiden bör man överväga att ta med ledarutbildningen i den grundläggande utbildningen för personalen i branschen. För dem som redan är ute i arbetslivet bör ledarutbildningen genomföras som fortbildning och i mån av möjlighet sammanjämkas med den ledarutbildning som planeras för hälso- och sjukvården.

Åtgärdsförslag 22:

Behoven av ledarutbildning inom det sociala området bör beaktas när en arbetsgrupp för utbildningen av social- och hälsovårdsledningen inrättas.

3.4 Personalens arbetsbetingelser

3.4.1 Personalens ork i arbetet

Arbetets psykiska belastning och stressen ökade inom det sociala området under slutet av senaste årtionde. Sjukledigheterna inom det sociala området ökade mest bland socialarbetarna, primärskötarna och barnträdgårdslärarna. Utöver den höjda medelåldern förklaras utvecklingen av att arbetsmängden och kraven ökat, den etiska belastningen i arbetet, rädslan för våld, ledarproblem samt de senaste årens omfattande organisationsreformer.

Metoderna för att arbetstagarna skall orka i arbetet är framför allt att förbättra arbetsbetingelserna, upprätthålla arbetsförmågan och yrkesskickligheten, utveckla personalpolitiken och ledningen, utveckla lönesättningen så att den motsvarar utbildningsnivån och kravnivån i arbetslivet samt att dimensionera antalet arbetstagare så att det motsvarar servicebehovet. Ledningsgruppen för utvecklingsprogrammet för arbetslivet håller på och bereder ett program för utveckling av arbetslivets produktivitet och kvalitet (TYKES) för åren 2003 – 2009, vars mål är att främja en självständig utveckling av arbetsplatserna bl.a. enligt principen för livslångt lärande. I programmet för utvecklingen av arbetslivet bör 2004 – 2007 tas in ett årligt anslag (2 milj. euro/år) för utvecklingen av arbetsgemenskaperna inom det sociala området. Programmet VETO som initierats av social- och hälsovårdsministeriet och pågår fram till år 2006 i samarbete med Institutet för arbetshygien, distriktsförvaltningen för arbetarskyddet samt andra ministerier och aktörer i landet är fokuserat på att utveckla handlingsätt och -former samt en policy för organisationer som stöder arbetsplatser, arbetsgemenskaper och individer.

De missförhållanden som råder i lönesättningen inom det sociala området undergräver väsentligt områdets attraktionskraft samt personalens arbetsmotivation och ork. Lönesättningen bör utvecklas i riktning mot resultatlön och man bör i synnerhet se till att höja lönerna för sådana yrkesgrupper inom den kommunala sektorn som halkat efter i löneutvecklingen mellan de olika förvaltningsområdena. Äldre arbetstagare bör få hjälp

med att orka i arbetet genom att deras uppgiftsbeskrivningar utvecklas och görs allt mer inriktade på mentorskap och handledning av studerande. Aslak- o.a. rehabilitering bör ordnas för yrkesgrupper som samlas ihop regionalt eller på riksnivå för att göra det möjligt för små yrkesgrupper att delta i dem.

Åtgärdsförslag 23:

I social- och hälsovårdsministeriets program VETO bör åtgärder som hjälper personalen inom det sociala området att orka i arbetet tas som ett prioriteringsområde.

Det föreslås att social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund och Kommunernas pensionsförsäkring tillsammans gör upp ett handlingsprogram på medellång sikt för välmågan i arbetet bland personalen inom det sociala området i kommunerna. Effekterna av programmet bör följas upp. Vid planeringen av programmet bör man utnyttja den information om arbetsbetingelserna för personalen inom det sociala området som produceras av undersökningen Kommunjobb 2010, som genomförs under ledning av Kommunernas pensionsförsäkring.

Utredarna föreslår att den kommunala arbetsgivaren bör sörja för att det sociala området förblir attraktivt och har en konkurrenskraftig lönesättning för att trygga tillgången på personal.

3.4.2 Utveckling av de krisartade arbetsbetingelserna vid socialbyråerna

De stora serviceanvändargrupperna inom socialväsendet (äldre och dagvårdsklienter) får service också utan insatser av någon socialarbetare. Däremot kräver barns, familjers och ensamstående vuxnas ökande svårigheter i anpassnings- och integrationsprocesserna, anhopningen av livskontroll- och försörjningsproblem bland långtidsarbetslösa, personer med mentala problem och missbrukare, bostadslösa, frigivna, personer med olika slags handikapp, överskuldsatta och deras familjer en arbetsinsats av socialarbetarna. Det finns en stor risk för att de s.k. svagaste klientgrupperna inom socialväsendet blir utan den service de behöver, om man inte kan anställa tillräckligt många kompetenta socialarbetare i grundsocialarbetet vid socialbyråerna och garantera att klienterna i dessa specialgrupper tillräckligt snabbt får sitt servicebehov utrett.

Många klienter inom socialarbetet behöver samtidigt både socialarbetarens arbete och socialservice. Därför är det viktigt att dra nytta av samarbetet mellan socialarbetarna och socionomerna (yh). SHM:s projekt för utveckling av uppgifts- och yrkesstrukturen inom socialvården (STEAM) utvecklar och bedömer med hjälp av olika försök detta samarbete, utifrån vilket dessa två yrkesgruppers uppgiftsstrukturer bör utvecklas för att underlätta socialbyråernas klientarbete. Teambildningen eller arbetet i par i olika yrkesgrupper (socialarbetare, socionomer, förmånshandläggare) bör utvecklas. Tyngdpunkten i socialarbetet bör i klientarbetet ändras till arbete för en social förändring, samarbete i samhället och social rapportering samt en systematisk utveckling av arbetsrutinerna.

Vintern 2002 – 2003 utfördes en undersökning av hur organisationerna vid socialbyråerna fungerar vid ca 50 socialbyråer. Av undersökningsresultaten att döma finns det stora skillnader mellan socialbyråernas arbetsrutiner och sätt att fungera och stora brister när man jämför deras verksamhet med privat verksamhet. Utbrändheten bland socialarbetarna och andra yrkesgrupper vid socialbyrån håller på att öka, vilket i synnerhet för socialarbetarnas del i många fall leder till invalidpension på psykiska grunder. Den delegation för socialarbetet som inrättades år 2002 har konstaterat att den långvariga bristen på kompetenta socialarbetare försämrar tillgången på socialarbete och dess kvalitet. Orsaken till bristen på socialarbetare och den ständiga omsättningen bland socialarbetarna vid socialverken är bl.a. den omänskliga dimensioneringen av arbetsmängderna vid kommunernas socialbyråer, det psykiskt tunga arbetet och den låga lönenivån i relation till arbetstagarnas utbildningsnivå, det tunga arbetet och kraven i arbetet.

Socialbyråernas arbetssätt skall utvecklas med klienten i fokus. I utvecklingsprojekten lönar det sig att utnyttja finansieringen för programmet för utveckling av arbetslivet. Formerna för samarbetet med hälso-, arbetskrafts-, bostads-, undervisnings- och polisväsendet samt samarbetet över kommungränserna bör utökas.

Det har blivit allt otryggare att arbeta vid socialbyråernas mottagningar. Socialbyråernas förmän skall se till att det finns en uppdaterad arbetarskyddsplan vid arbetsenheten och att man vidtagit åtgärder i enlighet med den samt att en ändamålsenlig fortbildning görs möjlig.

Åtgärdsförslag 24:

Det föreslås att utvecklingsarbetet vid socialbyråerna påskyndas med hjälp av ett separat program och genom att projekt som gäller programmet tas med som ett prioriteringsområde i social- och hälsovårdsministeriets mål- och handlingsprogram för 2004 – 2007 samt för statsunderstöd för projekt.

4. ANORDNANDE AV SERVICE I KOMMUNEN

4.1 Kommunal och regional socialpolitik

Socialväsendets roll som kommunal aktör är inte begränsad till att anordna och producera socialservice. Socialväsendet har också till uppgift att sörja för att man inom kommunalt beslutsfattande utvärderar och beaktar vilka verkningar besluten har för kommuninvånarnas välfärd. Socialväsendet förmedlar å ena sidan kommuninvånarnas behov och åsikter till beslutsfattarna och tillför å andra sidan beslutsfattandet sin expertis. Socialväsendets största uppgift är att bygga upp en långsiktig kommunal och regional välfärdspolitik. För att lyckas i denna uppgift förutsätts bl.a. systematisk vetenskaplig forskning om befolkningens välfärd och en utveckling av utvärderingsinstrumenten så att de stöder beslutsfattandet.

I egenskap av en välfärdspolitisk aktör bör kommunens socialväsende vara aktivt, initiativrikt och utmana till samarbete. En stor del av de beslut som centralt påverkar kommuninvånarnas välfärd fattas utanför socialväsendet. Beaktandet av den sociala aspekten inom de övriga kommunala sektorerna, i synnerhet inom hälso- och sjukvården, undervisningen, kulturväsendet, ungdomsarbetet, bostadsfrågor och arrangemang inom kollektivtrafiken kan främja kommuninvånarnas delaktighet och handlingskraft och förebygga utslagning och att kommuninvånarna på detta sätt drivs till den service som ges i sista hand inom socialväsendet. Socialväsendet kan genom sin aktiva roll avsevärt påverka den lokala och regionala utvecklingen. Genom att satsa på förebyggande och strukturellt arbete skapas även förutsättningar för en enhetlig lokal gemenskap och säkerhet.

Kommuninvånarnas välfärd påverkas av strategiska beslut utom på kommunnivå även i ökande utsträckning också på regional och landskapsnivå. Beaktandet av aspekterna inom det sociala området både i regional planering och planering på landskapsnivå och inom beslutsfattandet förutsätter att samarbetsstrukturerna för de centrala aktörerna på landskapsnivå stärks så att även den socialpolitiska aspekten på kommunnivå finns företrädd bland dem. Kompetenscentrumen inom det sociala området och länsstyrelserna har en central roll som förmedlare av kommunernas åsikter i denna samarbetsstruktur.

4.2 Gradering av den kommunala servicen

Anordnandet av socialservice på 2000-talet förutsätter nya infallsvinklar. Den primära utgångspunkten för sättet att anordna service är den servicebehövande klientens, kommuninvånarens intresse. Den regionala differentieringen i kombination med det växande servicebehovet innebär också en ökande differentiering i sättet att anordna service. Differentieringsutvecklingen verkar också leda till en regional ojämlikhet i tillgången på service som hör till de sociala grundläggande rättigheterna. Tryggandet av de sociala grundläggande rättigheterna och en större regional jämlikhet i tillgången på socialservice förutsätter en omvärdering och en målmedveten utveckling av sätten att ordna service samt satsningar på sådana förebyggande åtgärder genom vilka behovet av och efterfrågan på service kan förebyggas och minskas.

Till särdragen i socialservicen hör att den i huvudsak är närservice som produceras för att ges i klientens hem, i hemlik miljö eller i klientens omedelbara boende/livsmiljö. Socialservice karaktäriseras av ett starkt socialt band, den produceras i en viss social gemenskap och förankrar klienten i den. Denna samhörighet är en central värdeutgångspunkt också för socialvården. Kopplingen till en gemenskap är en central del av socialservicens effektivitet. Socialservicens samhälleliga karaktär har också betydelse när man bedömer olika sätt att anordna service.

Den socialservice som kommunen skall anordna definieras i 17 § socialvårdslagen. Kommunen kan producera servicen själv eller i samarbete med andra kommuner eller också skaffa servicen från staten, en annan kommun, en samkommun eller något annat offentligt samfund eller en privat serviceproducent. Inom omsorgen om utvecklingsstörda skall alla kommuner höra till en samkommun för ett specialomsorgsdistrikt som fastställts av statsrådet.

I uppskattningsvis hälften av kommunerna i Finland är socialvården och primärvården administrativt och även funktionellt sammanslagna. Upplösandet av samkommunerna för hälsocentralerna och den administrativa sammanslagningen av social- och hälsovården i baskommunerna var en klar utvecklingstrend på 1990-talet. Målet för hälso- och sjukvården i det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet är en strävan efter större, regionala servicehelheter.

Behovet av att gradera socialservicen är nödvändigt för att utvecklingen av servicesystemet och tillgången på service skall kunna tryggas. Utvecklingsarbete i anslutning till detta har redan utförts bl.a. inom ramen för SHM:s projekt Nätverk för specialservice. Graderingen av socialservicen har inom ramen för utredningsarbetet granskats enligt flera olika kriterier. Vid bedömningen av serviceklassificeringar och det befolkningsunderlag som anordnandet av servicen förutsätter skall man utöver servicens eller service-ställets fysiska läge beakta tillgången på service för olika klientgrupper. Det administrativa anordnandet av service är dessutom en separat fråga.

I utredningsarbetet har socialservicen preliminärt delats in i tre grupper beroende på funktion: närservice, närservice som produceras regionalt och regional service. Den administrativa organiseringen av servicen kan genomföras på flera olika sätt utgående från de lokala förhållandena. Indelningen i grupper utgår i fråga om regionalitet från en statistisk pendlingsregion eller en något större region som motsvarar en eventuell pendlingsregion. Det väsentliga är att den region som avses här är ett strategiskt samarbetsområde som är naturligt för kommunerna. De regionala arrangemang som beskrivs här gäller givetvis inte städer och kommuner som har ett tillräckligt befolkningsunderlag för att anordna servicen på eget initiativ.

Med *närservice* avses här service som klienten behöver fortgående: ofta eller dagligen. Servicen skall vara tillgänglig så nära klientens hem som möjligt, vid ett serviceställe i hemkommunen eller hemma hos klienten. Närservicen kan sålunda ytterligare delas in i service som ges hemma och annan närservice som ordnas i hemkommunen. Exempel på närservice som ges hemma är hemservice för äldre och på annan närservice daghem.

I *närservice som produceras regionalt* fungerar t.ex. en gemensam regional enhet eller så har man på annat sätt regionalt ordnat en gemensam anställd som vid behov kommer

till klientens hemkommun antingen hem till klienten eller till ett verksamhetsställe i kommunen.

Också i regionalt producerad närservice ges den egentliga servicen alltså hemma hos klienten eller vid ett verksamhetsställe i hemkommunen. Exempel på regionalt producerad närservice är specialbarnträdgårdslärarens service eller socialarbetet inom handikappomsorgen.

Det är ändamålsenligast att ordna *socialservice som kräver specialkompetens samt specialservice för små klientgrupper* regionalt eller vid behov med ett ännu större befolkningsunderlag. Motiveringen för regionaliteten är framför allt att erforderlig specialkompetens kan tryggas. Regionala serviceenheter är t.ex. rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor, familjerådgivningsbyråer, poliklinisk service inom missbrukarvården samt specialservice inom barnskyddet. Anmärkningsvärt är också att man genom en regional skötsel av många administrativa stödtjänster kan uppnå klara ekonomiska fördelar och sålunda inrikta mer resurser på den egentliga serviceverksamheten.

Den ekonomiska regionen är för närvarande ett centralt basområde för kommunernas strategiska samarbete. Problematiskt med tanke på utvecklingen av det regionala samarbetet har visat sig vara att organisera den regionala beslutanderätten och behörigheten och dess förhållande till det kommunala beslutsfattandet. Inom ramen för det riksomfattande regionexperimentprojektet har behörigheten bl.a. överförts på kommunalt ägda aktiebolag. Utgångspunkten i detta utredningsarbete har varit att produktionen av regionala tjänster i regel bygger på en låg organisation och på avtalsbaserade modeller, där den s.k. ansvariga centralkommunen/kommunerna ser till att servicen ordnas. En organisation, stiftelse eller en privat serviceproducent kan också svara för den egentliga produktionen av servicen. Med modellen ansvarig centralkommun vill man säkerställa att det inom alla områden finns en behörig juridisk person som kan representera den ekonomiska regionen i förhållande till statsförvaltningen. Utöver modellen med centralkommun kan kommunerna givetvis använda andra modeller för sammanslagning av resurser, t.ex. samkommun, stiftelse eller i vissa fall aktiebolag.

Avsikten är inte heller att modellen skall ersätta existerande samarbetsarrangemang som visat sig fungera.

Nytan av att slå ihop regionala resurser är lätt att påvisa ifall det är fråga om specialservice av ovan nämnt slag. Det är dock sannolikt att en betydande funktionell och ekonomisk nytta inom många regioner skulle fås också av sådan närservice där stora resurser är uppbundna, t.ex. dagvården och äldrevården. Genom att även basservicen ordnas regionalt kan man både uppnå besparingar och åstadkomma service som i fråga om kvalitet utvecklas och differentieras bättre. På det här sättet kan man bättre möta den utmaning som regional konkurrenskraft och allt mer specifika servicebehov innebär. Genom ett regionalt samarbete som slår samman resurserna kan man åstadkomma ett resultat som är bättre för välfärden i regionen och bland dess invånare. Om man utgår från en region skulle det sannolikt vara enklare att få personal till service som utvecklas och blir allt mer specialiserad än till enskilda kommuner. Det är också enklare att på regionnivå ordna en modern utveckling för personalens befattningsbeskrivningar och göra dem meningsfulla, vilket för sin del förbättrar den kommunala arbetsgivarens konkurrenskraft.

Målet för en sådan här regional sammanslagning av resurserna är att genom en regional användning och utveckling av personalens kompetens stöda de nuvarande serviceenheterna i baskommunerna och tillhandahålla bättre kvalitet vid dem än tidigare. Målet är inte att koncentrera serviceenheterna utan ett slags regional version av servicefrontbakgrundsstöd-tänkandet (frontoffice – backoffice).

Av nuläget inom det regionala samarbetet att döma är det ovan beskrivna regionala anordnandet av närservice sannolikt mera en eventuell trend på lång sikt som kan påskynas av ekonomiska realiteter. Därför är det för att stöda den regionala utvecklingen viktigt att i första skedet fokusera på specialservice som produceras regionalt eller med ett större befolkningsunderlag. De ekonomiska regionernas struktur och det regionala samarbetets tillstånd i olika delar av landet varierar kraftigt. Bedömningen av om regionala samsarbetsmodeller är lämpliga förutsätter en kartläggning av situationen i hela landet. På uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet har redan inletts ett kartläggningsarbete som koordineras av ministeriet och genomförs av regionala grupper inom Nätverk för specialservice och kompetenscentrumen inom det sociala området. Målet är att kartläggningsarbetet skall kunna genomföras redan i år, men på grund av uppgiftens omfattning bör det finnas beredskap att fortsätta även år 2004.

Åtgärdsförslag 25:

Projektet Nätverk för specialservice och kompetenscentrumen inom det sociala området bereder före utgången av år 2003 regionala planer för anordnandet av specialservice inom socialvården (barnskydd, missbrukarvård, handikapps-service, specialdagvård) i hela landet. Kartläggningsarbetet och planerna bör utföras i samarbete med regionala aktörer inom hälso- och sjukvården. Resultatet är planer som gjorts utifrån nuläget och som kommunerna har förbundit sig vid. Den ansvariga centralkommunen kan ansöka om projektfinansiering för verkställigheten av planerna för år 2004.

4.3 Organisationernas och den privata sektorns roll

Social- och hälsoorganisationerna har ungefär två miljoner medlemmar. Det finns uppskattningsvis cirka 180 000 – 200 000 frivilligarbetare i organisationerna, vilket motsvarar 25 000 årsverken. Organisationernas omkostnader är mer än en miljard euro på årsnivå. Penningautomatföreningen har en betydande andel i finansieringen av organisationernas verksamhet. Det finns enligt uppskattning 26 000 anställda i huvudsyssla i social- och hälsovårdsorganisationer och organisationerna producerar något över 17 % av servicen inom det sociala området. En del av kommunerna har byggt upp i synnerhet sina öppenvårdssystem med stöd av allmännyttiga sammanslutningar och via köpserviceavtal köpt tjänster direkt från organisationer.

Serviceproduktionen är bara en del av de sociala organisationernas roller och uppgifter som betonas på olika sätt i enskilda organisationers verksamhet. Organisationerna erbjuder verksamhetsmöjligheter och möjliggör medborgarnas egen verksamhet, medbor-

garaktivitet, upprätthåller frivilligverksamhet och skapar sammanhållning. Organisationerna är på det sättet viktiga aktörer inom området för förebyggande arbete. Ett kärnområde och en allt viktigare prioritering i organisationernas verksamhet är specialkompetens som bygger på stöd av personer i samma situation och likställdhet och på dess utvecklande. Organisationerna har också rollen av intressebevakare för sina medlemmar. I organisationerna har via verksamheten byggts upp en väsentlig kompetens inom specialområdena, vilket har skänkt dem ställningen som en viktig sakkunnig och påverkare i samhället.

De privata företagens andel av socialservicen är ca 5 %, vilket är litet i ett internationellt perspektiv. De privata serviceproducenternas andel har dock hållit på att öka och för närvarande sysselsätter privata socialserviceföretag ca 7 000 anställda. Det finns också regionala skillnader i förhållandena mellan organisationer och företag. I Nyland och det övriga södra Finland drivs fler verksamhetsställen än genomsnittet av en organisation, medan större delen i norra Finland och mellersta Finland drivs av företag.

Både statsunderstödslagen och lagen om penningautomatunderstöd innehåller bestämmelser enligt konkurrenslagstiftningen vars syfte är att förhindra att offentliga bidrag stör konkurrensen och verksamheten på marknaden. Kommunerna skall på basis av lagen om offentlig upphandling konkurrensutsätta sin serviceanskaffning ifall servicen anordnas genom köp utanför kommunen på basis av något annat än ett offentligrättsligt avtal. Även social- och hälsoervice omfattas av den serviceanskaffning som avses i lagen om offentlig upphandling.

I praktiken har det varit många problem med konkurrensutsättningen av servicen i kommunerna. Utöver bristen på kunskaper om konkurrensutsättning har det också varit en fråga om att beakta speciallagstiftningen inom socialvården och klientlagen, som förutsätter att servicen ordnas i enlighet med klientens individuella betingelser och grunder med hänsyn till klientens självbestämmanderätt och åsikter. Kraven på konkurrensutsättning har också haft en inverkan på anvisandet av Penningautomatföreningens bidrag och därigenom på organisationernas ställning i kommunernas servicehelhet och på kommunernas servicestruktur i synnerhet i fråga om serviceboende för äldre människor.

I social- och hälsovårdsministeriets nyligen färdigställda organisationsstrategi som utarbetats i samarbete med representanter för organisationerna konstateras följande om konkurrensutsättning:

- 1) Social- och hälsovårdsministeriet styr genom sina egna beslut klarläggandet av arbetsfördelningen mellan offentliga, allmännyttiga och privata serviceproducenter inom sitt förvaltningsområde.
- 2) Social- och hälsovårdsministeriet stöder en konkurrensutsättning och produktifiering av serviceproduktionen för att man skall kunna åstadkomma kostnadsmedvetenhet, kvalitet och god praxis. Särskild uppmärksamhet skall fästas vid att konkurrensutsättning och produktifiering inte får leda till att fungerande servicekedjor och serviceprocesser splittras. Utvecklingen bör hela tiden följas aktivt och man skall också beakta medborgaraktivitetens roll i och med kraven på att konkurrensen skall drivas mer på marknadens villkor.
- 3) En bolagisering av serviceproduktionen rekommenderas ifall det finns motsvarande företagsbaserad verksamhet på verksamhetsområdet och ifall servicen inte skulle ge något mervärde även om den var organisationsbaserad.

- 4) Stödandet av serviceverksamhet med penningautomatavkastning minskas ifall det finns andra serviceleverantörer på verksamhetsområdet och kraven i lagen om offentlig upphandling beaktas vid användningen av stöden.

Kommunförbundet har i de strategiska målsättningarna för konkurrenspolitiken bl.a. konstaterat att ett förfarande som tryggar en öppen och jämlik konkurrens, men är enklare och flexiblere än det nuvarande nationellt kunde föreskrivas för sådan upphandling (socialservice). Kommunförbundet har också initierat projekt vars mål har varit att utöka kommunernas kunskaper om konkurrensutsättning.

Handels- och industriministeriet kommer att inleda en revidering av lagen om offentlig upphandling under detta år. I det sammanhanget är det nödvändigt att klarlägga vilka oklarheter som förekommit i socialservicen vid tillämpningen av lagen och vilka eventuella verkningar de har haft för klienternas ställning.

Verksamhetsbetingelserna för privat företagsverksamhet och det jämlika bemötandet av sådan verksamhet måste förbättras i synnerhet på grund av de ökande servicebehoven i anslutning till åldrande. Användningen av privat service beror i hög grad på det lokala kommunala beslutsfattandet. Med tanke på en planmässig utveckling av företagsverksamheten vore det viktigt att kommunerna och de ekonomiska regionerna gör upp strategiska planer för serviceproduktionen, där man även drar upp riktlinjer för de allmännyttiga och privata serviceproducenternas roll.

Med tanke på socialservicens framtid är det också viktigt att definitionen på kvalitetskriterierna för servicen görs så att samma kriterier kan tillämpas både på kommunal, allmännyttig och privat serviceproduktion.

Åtgärdsförslag 26:

Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter en arbetsgrupp på bred bas med representanter för handels- och industriministeriet, Konkurrensverket, organisationer inom det sociala området, företagare inom det sociala området och Kommunförbundet. Arbetsgruppen skall kartlägga sådana frågor i anslutning till lagstiftningen som försvårar det praktiska samarbetet mellan den offentliga, privata och tredje sektorn vid anordnandet av service.

Mångformiga och klientcentrerade sätt att anordna service främjas.

Klienternas möjlighet att själva välja serviceproducent, t.ex. med hjälp av en servicesedel, utökas.

5. FINANSIERING, STYRNING OCH TILLSYN

5.1 Finansiering och styrning

Behovet att omvärdera styrmedlen i socialvården kommer från två olika håll – ökningen av variationen i servicens kvalitet och serviceutbudet till den omfattning den fått på 1990-talet samt revideringen av de grundläggande fri- och rättigheterna. Man kan säga att variationerna inom landet är betydande vad gäller både kvalitet och rättigheter. Vidare kan man säga att detta följer andan i statsandelsreformen och avregleringen på 1990-talet, om en viss riksomfattande miniminivå kan tryggas i alla kommuner.

Riksdagens justitieombudsman Riitta-Leena Paunio och professor Kaarlo Tuori, som hörts av utredarna som sakkunniga på grundläggande fri- och rättigheter, intog ståndpunkten att gällande 19 § i grundlagen och i synnerhet tredje momentet i paragrafen förutsätter en noggrannare reglering av förverkligandet eller tryggheten av rättigheterna inom den aktuella sektorlagstiftningen. Enligt de sakkunniga finns det för närvarande en klar lucka mellan grundlagen och sociallagstiftningen.

Kort historik

En kort historik över utvecklingen av förhållandet mellan den statliga finansieringen och den centraliserade styrningen inom social- och hälsovården kan beskrivas som följer:

Genom 1993 års statsandelsreform befriades den statliga finansieringen från styrning. Styrningen byggde därefter på lokalt beslutsfattande (kommunal demokrati), lagstiftning och olika grader av instrument för informationsstyrning (mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården, kvalitetsrekommendationer m.fl.). I socialvårdslagstiftningen finns säkra lagstadgade rättigheter till service i synnerhet inom barndagvården och handikappomsorgen.

Statsandelen för social- och hälsovården sjönk till 36 % år 1993, år 1998 var statsandelsprocenten 24,2 och började stiga år 2002. År 2003 är statsandelen 27,01 %

Om man vill ställa statsandelarna i relation till kommunernas ekonomi som helhet, kan man konstatera att alla statsandelar för driftsekonomin utgör för närvarande (2002) ca 15 % och skatteinkomsterna 60 % av kommunernas externa inkomster. År 2003 har kommunerna en genomsnittlig inkomstskatteprocent på 18,03. Inför detta år (2003) höjde 93 kommuner med 1,6 miljoner invånare sin inkomstskatteprocent. Enligt Finlands Kommunförbund utgörs i genomsnitt 48 % av kommunernas utgifter av social- och hälsovårdens omkostnader och investeringar.

Styrning utan pengar

I det rådande läget står det klart att det är svårt för att inte säga omöjligt att minska den eftersläpning som uppstått i tillgången på socialservice, dimensioneringen av personalen m.m. enbart genom att ge kvalitetsrekommendationer och genom att endast litet öka statsandelen för social- och hälsovården antingen allmänt eller med hjälp av en koefficient. Delvis som en följd av detta har det under de senaste åren kommit in en mängd öronmärkta statsunderstöd i statsbudgeten. De är ett bevis på att det finns ett behov av styrning med hjälp av pengar, dvs. en mera exakt inriktning på tilläggsfinansieringen önskas.

Utredaren Aino-Inkeri Hansson talar i sin rapport (SHM 2002:8) om en trovärdighetskris inom informationsstyrningen. Hon konstaterar att även om man har försökt förbättra styrsystemets trovärdighet genom att effektivisera informationen har det varit svårt att påvisa att sådan styrning varit verkningsfull och effektiv med hänsyn till den ställning klienter som behöver och använder servicen befinner sig i.

En väsentlig fråga enligt utredarna är hur man skall lyckas åstadkomma önskade förändringar i kommunernas socialservice i den nuvarande styrningsstrukturen. Alternativen och medlen är

- en avsevärd ökning av den allmänna kalkylmässiga statsandelen (procenthöjning)
- i anslutning därtill eller separat en förstärkning av klienternas rättigheter genom lag, dvs. en noggrannare definiering av grunderna för erhållande av service, och
- statsunderstöd som öronmärks på olika sätt (prioriterande finansieringsstöd).

Under de senaste åren har statligt finansieringsbidrag i synnerhet kunnat fås för olika utvecklingsprojekt. Enligt utredarnas uppfattning vill man inom socialvården inte alls ha mer pengar för utvecklingsarbete eller -projekt utan för att laga grunden – dvs. mer kvantitet och även kvalitet för själva basfunktionerna. Sålunda verkar det som om statens finansieringssatsningar på olika utvecklingsprojekt inte skulle föra med sig någon bestående förbättring i situationen vad gäller socialservice och socialarbete.

2000-talets styrfilosofi

Under utredningsarbetets gång har man i den aktuella stödgruppen, med kommunala tjänsteinnehavare, organisationernas representanter samt i projektets ledningsgrupp haft omfattande diskussioner om strukturerna och filosofin bakom dagens styrning. Väsentliga element i framtidens styrmodell är enligt utredarna följande:

- en *tillräcklig basfinansiering* för serviceproduktionen, vilket uttryckligen innebär att statens finansieringsandel skall utökas,
- grunderna för klientens (service)rättigheter, dvs. främst erhållande av service skall stärkas och förtydligas, dvs. *tillgången på service tryggas*,
- minimistandarderna skall definieras, dvs. *servicens kvalitet tryggas* och
- den systematiska *utvärderingen utökas*.

I utredarnas mellanrapport intogs ståndpunkten att den primära vägen är att få mera statliga pengar för socialvården via en höjning av den allmänna statsandelen. Därutöver ansågs att man med eftertanke kan öronmärka pengar.

Utredarna har funderat över en begränsad mängd olika alternativ och vägar att gå vidare. Alternativen har också behandlas jämförelsevis grundligt i projektets ledningsgrupp. Realistiska alternativ som kommit fram är främst de följande två:

Statlig finansiering:

Statsandelen för social- och hälsovårdens driftskostnader ökar något (t.ex. -> 30 %)

Utvecklingsmodell. Finansieringen för utvecklingsprojekt utökas och inriktas.

Styrning / rättigheter:

”Svag vårdgaranti”, dvs. man skapar rätt till en bedömning av vårdbehovet men inte direkt till service (som föreslagits i kapitel 2.3.5)

De svagare delarna i socialvården utvecklas via finansiering för utvecklingsprojekt. Skapar inga nya (service)rättigheter för klienterna.

Det kostnadsförslag för utvecklingsprogrammet som presenteras i slutet av rapporten bygger på dessa två verksamhetslinjer. I budgeten föreslås att statsandelen för social- och hälsovårdens driftskostnader ökas med sammanlagt 155 miljoner euro fram till år 2007 och statens finansiering för olika projekt och annan utveckling med sammanlagt 56 miljoner euro. Därtill kommer ytterligare reserveringar på sammanlagt 36 miljoner euro under fyra års tid för verkställigheten av programmet, utvecklandet av barnskyddet, utvecklande av dataadministrationen m.fl. reserveringar,

5.2 Tillgången på service och servicens kvalitet

Tillgången på service

Socialservicens kvalitet är i hög grad beroende av hur kunnig personalen är. Gällande lagstiftning innehåller i någon mån bestämmelser om servicens kvalitet, dimensionering och serviceprocessen. Normerna på lägre nivå är främst kvalitetsrekommendationer som företräder den nyaste synen på informationsstyrning.

Definitionen på grunderna för erhållande av service på det sätt som föreslås för äldre servicen i denna rapport strävar efter att trygga tillgången på service uttryckligen ur den hjälpbehövande medborgarens synvinkel. Den tar inte ställning till servicens kvalitet utan till dess existens och till om tillgången på servicen är förutsägbar. Utredarna anser att definitionen på tillgänglighetskriterierna bör utgå från den centrala servicen för äldre och gradvis utsträckas till socialarbete, familjeservice och missbrukarvård. Motsvarande förslag har framlagts av direktionen för socialarbetet, som 19.3.2003 avlät sin rapport om åtgärder i första skedet till utredarna.

Åtgärdsförslag 27:

För central socialservice och centrala befolkningsgrupper definieras servicekriterier som gradvis skapar ett slags servicegaranti. Arbetet inleds med äldreservicen. Avsikten är att ur den hjälpbehövande medborgarens synvinkel trygga tillgången på service och göra hjälpen mera förutsägbar.

Servicens kvalitet

Servicens kvalitet innefattar många saker. Kvalitet är vänte- och handläggningstider, serviceprocessen i sig själv, personalens kompetens och även den kvantitativa dimensioneringen. De normer som styr kvaliteten – såväl bestämmelser som rekommendationer – är inte tillräckliga i dagens läge, vilket leder till avsevärda variationer i kvalitet i olika delar av landet. De statliga myndigheternas tillsyn över socialservicen (kvaliteten) är i stor utsträckning övervakning som utförs i efterhand. Ett undantag utgörs av privat service som förutsätter länsstyrelsens godkännande på förhand. Man kan säga att den nuvarande övervakningen till största delen bygger på klagomål, dvs. reaktioner på enskilda klienters missnöjesyttringar. Det egentliga ändringssökandet genom besvär begränsar sig inom socialvården till besluten om förmåner och service. I övervakningsproblematiken framhävs tillsynsmyndigheternas små befogenheter, de otillräckliga resurserna samt den vaga ramlagstiftningen. Frågan har senast behandlats i social- och hälsovårdsministeriets utredarrapport 8/2002.

I 19 § grundlagen garanteras alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Vidare skall det allmänna enligt grundlagen tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Klyftan mellan kraven i grundlagen och verkligheten är ställvis djup. Enligt utredarna bör man skapa nationellt definierade minimistandarder för socialservicen. Uppgiften är inte enkel och därför bör beredningen av standarderna igångsättas med det snaraste. Beredningen bör utgå från servicen för de allra svagaste befolkningsgrupperna. Med minimistandarder avses normer som är klart mer bindande, färre och entydigare än de nuvarande kvalitetsrekommendationerna och övervakas av statliga myndigheter. Minimistandarderna skulle också utgöra en måttstock enligt vilken de klienter som använder service och deras anhöriga kan utvärdera servicen. Därefter hänger det på den kommunala demokratin att definiera den faktiska nivån och kvaliteten på servicen. Syftet med minimistandarder är inte att minska det kommunala självstyret eller kommunernas möjligheter att utifrån de lokala behoven fatta beslut om hur servicen kan ordnas på ett ändamålsenligt sätt.

6. PROGRAMMETS KOSTNADER OCH FINANSIERING

Enligt utredarnas bedömning förutsätts åtgärder till ansevärd kostnader för att eftersläpningen i servicen skall kunna korrigeras och de mål som föreslås i programmet uppnås. Sämre ekonomiska utsikter ställer allvarliga hinder för genomförandet av programmet i en så omfattande form. Därför har man på ledningsgruppens begäran gjort en annan mindre omfattande version som bygger på att programmet genomförs i en något långsammare takt.

Över hälften av denna summa är inriktad på att korrigera eftersläpningen, t.ex. täcka personalbristen inom äldreomsorgen. I summan ingår också besparingar på cirka 35 miljoner euro. De bygger bl.a. på en minskning av dagvårdsbehovet, effektiviserade vårdrutiner samt en rationalisering av servicekedjorna. De ökade driftskostnaderna har antagits fördela sig jämnt mellan staten och kommunerna. I tabellen här invid specificeras utgifterna noggrannare:

Tabell: Statens finansieringsandel (kommunernas andel har utöver detta uppskattats till 155 miljoner euro)

Statens finansieringsandel

Det nationella utvecklingsprojektet för det sociala området

Anslagsförslag till statens rambudget 2003 – 2007

<i>Projektfinansiering ökning jämfört med 2003 års nivå</i>	2003	2004	2005	2006	2007
Verkställigheten av det nationella programmet	460 000	800 000	800 000	800 000	800 000
Det nationella projektet för barnskyddet		1 250 000	1 250 000	1 250 000	1 250 000
Utveckling av den regionala dataadministrationen		2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000
God praxis 1)		1 000 000	1 250 000	1 500 000	1 750 000
Basfinansiering av kompetenscentrumverksamheten inom det sociala området		2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
och riksomfattande specialuppgifter		1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Statsunderstöd för projekt och annat					
Utvecklingsfinansiering 2)		14 000 000	14 000 000	14 000 000	14 000 000
Sammanlagt	460 000	22 550 000	22 800 000	23 050 000	23 300 000
Statsandel till kommunerna		2004	2005	2006	2007
Ökningar jämfört med nivån föregående år		38 750 000	38 750 000	38 750 000	38 750 000
Kumulativ nivå		38 750 000	77 500 000	116 250 000	155 000 000

Vilken omfattning genomförandet av programmet får beror i sista hand på regeringsprogrammet, beredningen av budgetramarna för de närmaste åren och beslut som fattas i samband därmed samt på den ekonomiska utvecklingen inom staten och kommunerna. Ändringen av åldersstrukturen och korrigeringen av eftersläpningen i servicen förutsätter en ökning av finansieringen, om man vill säkerställa den aktuella servicen. Det är inte en fråga om att ensidigt utöka utgifterna utan framför allt om att förbättra effektiviteten och förnya och effektivisera verksamheterna. Förutsättningen för en ökning av statsandelen är att man försäkras om att verkställigheten av förslag som siktar på en effektivisering av verksamheten och förbättring av effektiviteten inleds utan dröjsmål. Detta innebär bl.a. att man konkretiserar åtgärder genom vilka äldre personers funktionsförmåga och egen aktivitet höjs samt genom vilka man ingriper i barns och ungas problem i ett tidigare skede än nu och sålunda förhindrar uppkomsten av dyra vårdkostnader. Likaså bör man förbinda sig vid att utöka det regionala samarbetet så att man på det

sättet förbättrar en flexibel och ekonomisk organisering av servicen. Anordnandet av service bör fördomsfritt bygga på en sammanslagning av servicen inom den offentliga, privata och tredje sektorn så att man får ett servicenätverk som förutom att det är täckande också är effektivt och ekonomiskt.

Höjningen av statsandelen för social- och hälsovårdens driftskostnader bygger på nedanstående kalkyl:

Kostnader milj. euro	2004	2005	2006	2007
Korrigerigering av eftersläpning 3)	50	100	150	220
Ökningen av servicebehovet bland äldre 4)	30	50	70	90
Personalens fortbildning 5)		15	25	35
Besparingar 6)		-20	-30	-35
Sammanlagda kostnader	80	145	215	310
Statsandel 50 % av tilläggsbehovet, varav				155
				2004
				38,75
				2005
				38,75
				2006
				38,75
				2007
				38,75

Hänvisningar:

- 1) Innehåller finansiering för FinSoc vid Stakes (50 %) och kompetenscentrumverksamheten inom det sociala området (50 %)
- 2) Statsunderstöd för projekt som stöder målen för det nationella programmet för det sociala området: en strukturell och funktionell utveckling av servicen för kommuner och andra regionala aktörer, t.ex. kompetenscentrum inom det sociala området
- 3) Korrigerigering av eftersläpningen bl.a. personalbristen inom äldre vården, personalbehoven inom den öppna dagvården och specialdagvården, bristerna inom vård utom hemmet, behoven av tilläggsresurser inom socialarbetet och utökande av hemservicen för barnfamiljer
- 4) I ökningen av servicebehovet bland äldre har bl.a. beaktats rätten till en bedömning av servicebehovet och den rätt mottagare av FPA:s specialvårdbidrag för pensionstagare har till service
- 5) Skyldigheten att ordna fortbildning för personalen genomförs gradvis under 2005–2007
- 6) Besparingarna innehåller bl.a. en minskning av behovet av dagvårdspersonal (1 000 arbetstagare före år 2007), de besparingar som ett tidigt ingripande i utvecklingen och utvecklingen av barnskyddet för med sig och rationaliseringsbesparingar i servicekedjan inom missbrukarvården.

Sammandrag:

Enligt utredarnas kalkyler uppgår behovet av tilläggsfinansiering inom socialvården till ca 650 miljoner euro år 2007, se kalkylen nedan. En tilläggsatsning på socialvården i denna storleksklass är dock inte realistisk om man beaktar de nuvarande ekonomiska utsikterna för kommunerna och staten. Därför har man stannat för att för år 2007 ställa en nivå på ca 400 miljoner euro som mål för kommunernas och statens tilläggsatsning på socialvården.

Kalkylerade faktiska behov av tilläggsresurser inom socialvården

Kostnader milj. euro	2004	2005	2006	2007
Korrigerig av eftersläpningen	350	350	350	350
Ökningen av servicebehovet bland äldre	30	75	125	175
Personalens fortbildning		15	25	35
Besparingar		-40	-50	-60
Sammanlagda kostnader	380	400	450	500

7. BEHOVET AV ETT KLARLÄGGANDE AV PRINCIPERNA FÖR VÄLFÄRDSPOLITIKEN

Omgivningen kring välfärdsstaten och dess politik håller på många sätt på att förändras. Denna förändring beskrivs kort i kapitel 1 i denna rapport. Från år till år har forskning- en i Finland visat att den omfattande välfärdsansvarspolitik som förts och den s.k. nor- diska välfärdsmodellen har ett starkt stöd bland befolkningen. Modellen stöds också av de centrala politiska partierna.

Miljöfaktorer i politiken är däremot i en mera osäker situation. Med detta avses t.ex. finansieringen av service och inkomstöverföringar, globaliseringens verkningar, föränd- ringar i befolkningsstrukturen och ökningen av regionala skillnader.

Det finns färsk och täckande analyser över finländarnas välfärd och hälsa (bl.a. Suoma- laisten hyvinvointi 2002/Stakes och Suomalaisten terveyst/FHI). Likaså har den långsik- tiga finansieringen av den sociala tryggheten utretts grundligt (Somera-kommissi- onen/SHM).

De politiska strukturerna behöver däremot uppenbart en övergripande översyn. Då talar man både om sociala inkomstöverföringar och om välfärdsservice. Utöver social- och hälsovården samt socialförsäkringen och -bidragen bör man samtidigt också se över bl.a. bostadspolitiken och arbetspolitiken med dess strukturer. En utgångspunkt kan vara den reform av de grundläggande fri- och rättigheterna som genomfördes för några år sedan, dvs. den senaste definitionen på sociala, ekonomiska och kulturella grundlägg- ande fri- och rättigheter. Med i granskningen bör likaså tas det offentliga välfärdsansvarets omfattning och genomförande i olika risksituationer och livsskeden samt arbetsfördel- ningen mellan medborgarnas självrisk, medborgarsamhället, marknaden och det all- männa.

De omfattande och principiella frågorna inom den sociala tryggheten och välfärdspoliti- ken har inte utretts grundligare sedan 1970-talet. Däremot har man framfört många en- skilda anföranden om behoven av och inriktningarna på en reform av välfärdsstaten.

Den offentliga sektorns ansvar för välfärden bör granskas i ett vidare perspektiv och på en mer principiell grund än det har varit möjligt här. Beredningsarbetet bör inledas efter det att beslut om verkställigheten av detta program har fattats.

BEHOVEN AV EN UTVECKLING AV DE SOCIALA FÖRMÅNERNA

Utredarna har utvärderat de väsentligaste behoven av en utveckling av de sociala förmånerna i olika befolkningsgrupper. Nedan presenteras resultaten av utredningsarbetet för barnfamiljernas och de långtidsarbetslösas del.

1. METODER FÖR ATT LINDRA BARNFAMILJERNAS FÖRSÖRJNINGSPROBLEM

Fattigdomen bland barnfamiljerna har ökat på 1990-talet och utvecklingen av barnfamiljernas försörjning har släpat efter utvecklingen av den övriga befolkningens försörjning. Andelen barnfamiljer som lever under fattigdomsgränsen (60 % av medianen) av alla barnfamiljer har under 1990-talet fördubblats från 4,4 % till 10 %. Fattigdomsriskerna har ökat i synnerhet i familjer med barn i åldern 0–2. År 1990 underskred 5,4 % av dessa familjer fattigdomsgränsen, men år 2000 redan 15,8 %. Av ensamförsörjarhushållen hörde år 2000 nästan 40 % till den femtedel som har de minsta inkomsterna. I synnerhet har fattigdomsgraden bland ensamförsörjare med barn under skolåldern stigit avsevärt.

Nedan söker man sådana åtgärder i anslutning till familjepolitiska inkomstöverföringar genom vilka man med stor säkerhet kan påverka den ekonomiska försörjningen för småbarnsfamiljerna med de allra lägsta inkomsterna.

Föräldradagpenningens minimibelopp

Antalet kvinnor som fått föräldradagpenning till minimibelopp ökade kraftigt på 1990-talet. Medan endast 5,3 % av de mammor som år 1990 fick föräldradagpenning fick den till minimibelopp var motsvarande andel år 1996 redan 30,1 %. Andelen har sedermera permanent stannat på en hög nivå. År 2001 fick fortfarande 26,1 % av mammorna lägsta möjliga föräldradagpenning.

Minimivån på föräldradagpenningen sänktes år 1996 till 60 mark per vardag. År 2002 var minimimoderskaps- och faderskapspenningen minst 10,09 euro om dagen och år 2003 stiger minimivån till 11,45 euro/vardag, dvs. 13,48 %. Eftersom månadscoeffcienten är 25, uppgår minimiföräldradagpenningens belopp per månad år 2003 till 286,25 euro.

Från början av år 2003 förändras dagpenningens storlek också så att förmånen är minst lika stor som utkomstskyddet för arbetslösa när en arbetslös person blir familjeledig. Enligt en proposition som gäller saken får en mamma som övergår från utkomstskyddet för arbetslösa till föräldrapenning och föräldraledighet minst 86 % av sitt tidigare utkomststöd (dagpenning eller arbetsmarknadsstöd) som föräldrapenning. Villkoret är att hon varit minst fyra månader arbetslös innan moderskapspenningens perioden börjar. En

kvinnor som föder sitt första barn (= ingen barnförhöjning) och före förlossningen fått minimiutkomstskydd för arbetslösa är föräldradagpenningens minimibelopp 19,80 euro, dvs. 495 euro i månaden. I den beskrivna situationen är minimimoderskapspenningsökning jämfört med 2002 års nivå + 209 euro i månaden, dvs. hela 73 % (11,45 euro -> 19,80 euro per dagpenningdag). I regeringens proposition uppskattas att cirka 3 500 skulle få del av denna nivåförhöjning. Eftersom det uppskattas att de som får minimidagpenning sammanlagt kan uppgå till 25 – 26 000 per år, kommer cirka 20–21 000 föderskor fortfarande att få det lägre minimibeloppet, dvs. 11,45 euro.

Ökningen av dem som får minimidagpenning förklaras av flera omständigheter, varav de två viktigaste är den ökade arbetslösheten och ändringen i beräkningsgrunderna för dagpenningar som bestäms enligt arbetsinkomsterna från ingången av år 1996. Till följd av ändringen förutsatte erhållandet av dagpenning som berättigar till arbetsinkomster större inkomster än tidigare. Numera räknas dagpenning som baserar sig på arbetsinkomsterna ut på basis av sökandens beskattade årsinkomster under föregående år. Om inkomsterna har ökat med mer än 20 %, kan sökanden få dagpenning på basis av ett löneintyg. Då beaktas inkomsterna under de senaste sex månaderna.

Den låga nivån på dagpenning till minimibelopp ökar behovet av utkomststöd. I november 2000 måste de som får föräldradagpenning till minimibelopp ta till utkomststöd nästan tio gånger oftare än de som får föräldradagpenning som baserar sig på arbetsinkomsterna. Enligt en färsk avhandling (Arajärvi 2002) är miniminivån på dagpenningar baserade på föräldraskap så låg att det är osäkert om den är grundlagsenlig.

Orsaken till avsaknaden av inkomster eller till att inkomsterna är låga kan också vara att det fötts ett nytt barn i familjen. Sökanden kan ha fått dagpenning baserad på arbetsinkomsterna på basis av att föregående barn fötts men i och med den nya graviditeten har hon inte hunnit eller velat skaffa tillräckligt med inkomster för dagpenning baserad på arbetsinkomsterna. Om intervallet mellan graviditeterna är kort vill många föräldrar själva sköta sitt barn.

Familjens försörjningssvårigheter kan drivas till sin spets om två barn föds inom en kort tid. I Sverige har problemet lösts så att om modern börjar vänta barn innan det föregående barnet fyller ett år och nio månader, räknas hennes föräldradagpenning ut på basis av de gamla arbetsinkomsterna. Detta sätt att räkna har tillämpats ända sedan år 1980.

Att införa en motsvarande modell i Finland skulle innebära att nivån på den inkomstrelaterade föräldradagpenningen bibehålls på samma nivå vid förlossningar som följer inpå varandra om mamman på nytt blir moderskapsledig när det föregående barnet är högst tre år. Efter reformen kunde utbetalningen av vårdpenning enligt stödet för hemvård av barn upphöra när en moderskapspenningsperiod som bestäms enligt arbetsinkomsterna börjar.

Modellen skulle sporra kvinnor att i ännu större utsträckning delta i arbetslivet innan barnet föds. Å andra sidan tvingar modellen inte kvinnorna ut i arbetslivet efter det att barnet fötts bara för att de måste skaffa sig rätt till föräldradagpenning baserad på arbetsinkomsterna. Modellen kunde också ha positiva verkningar för nativiteten. Enligt en grov uppskattning skulle reformen årligen ge cirka 3 000 mödrar som enligt det nuvarande systemet inte har rätt till föräldradagpenning baserad på arbetsinkomsterna en sådan rätt. Antalet motsvarar på årsnivå cirka en fjärdedel av de mödrar som nu får för-

äldradagpenning till minimibelopp. Dessa mödrars dagpenning skulle uppskattningsvis fördubblas i förhållande till minimidagpenningen. Det vore motiverat att höja minimidagpenningen även för sådana föderskor som inte får utkomstskydd för arbetslösa omedelbart innan de blir föräldralediga. Det finns uppskattningsvis 20 000–21 000 sådana kvinnor på årsnivå. Nivåhöjningen går också för dem från 11,45 euro till 19,80 euro.

Metod:

Bestämmelserna ändras så att nivån på den inkomstrelaterade föräldradagpenningen kvarstår på samma nivå vid förlossningar som följer in på varandra om modern på nytt blir moderskapsledig när det föregående barnet är högst tre år. Efter reformen kan vårdledigheten och/eller utbetalningen av hemvårdsstöd upphöra när en moderskapspenningsperiod som bestäms på basis av arbetsinkomsterna inleds.

Kostnaderna för reformen är med beaktande av verkningarna av beskattningen ungefär 8 miljoner euro på årsnivå. De utgifter som sparas in i stödet för hemvård av barn har inte beaktats här.

Det föreslås att miniminivån på föräldradagpenningen år 2004 höjs från nuvarande (2003) 11,45 euro till 19,80 euro också för dem som inte får utkomstskydd för arbetslösa omedelbart innan de blir familjelediga. Kostnaderna för nivåhöjningen är ca 46 miljoner euro¹.

Stöd för hemvård av barn

En majoritet av barnfamiljerna väljer att sköta barn under tre år hemma. Babyer som inte fyllt ett år sköts till nästan 100 % hemma och 64 % av barn i åldern 1–2 år sköts hemma. Hemvårdsstödet och vårdledigheten i anslutning därtill har i Finland utvecklats som en del av dagvårdssystemet, som ett alternativ till den dagvårdsplats som kommunen ordnar. I praktiken ger inte den nuvarande låga nivån på hemvårdsstödet föräldrarna några verkliga möjligheter att välja mellan hem- och dagvård. Försök att förbättra situationen har dock gjorts med tillägg som betalas av enskilda kommuner.

Stödet för hemvård utnyttjas mest av familjer där modern har en låg utbildningsnivå och socioekonomisk ställning och familjens inkomster är små (bl.a. Takala 2000). När man talar om mottagare av hemvårdsstöd talar man således om småbarnsfamiljer som har låga inkomster och hotas av fattigdom. En stor del av stödtagnarna har inte en stabil ställning på arbetsmarknaden.

Hemvårdsstödet har både höjts och sänkts på 1990-talet och för närvarande är stödet ungefär på samma nivå som i början av 1990-talet. Stödet för hemvård av barn består av vårdpenning och ett inkomstrelaterat vårdtillägg. Vårdpenningens storlek är 252,28 euro för det första barnet under tre år och 84,09 euro i månaden för varje följande barn under

¹ Beräknade enligt 11 mån. x 209 euro x 20 000 personer.

tre år. För övriga barn under skolåldern är vårdpenningen 50,46 euro i månaden. Vårdtillägget till hemvårdsstödet är maximalt 168,19 euro i månaden.

Kommunerna kan på grunder som de bestämmer betala ett kommuntillägg enligt prövning. År 2001 betalade uppskattningsvis ca 40 kommuner kommuntillägg.

Av föräldrar/vårdnadshavare till 1–2-åringar får 58 % stöd för hemvård av barn och en knapp femtedel av mödrarna till ett- och tvååringar är vårdlediga från sitt anställningsförhållande.

Nivån på hemvårdsstödet ligger nära arbetsmarknadsstödet, men dock under. Båda förmånerna är beskattningsbar inkomst. I nettobelopp (skatten avdragen, 2002 års nivå) utgör vårdpenningen och fullt vårdtillägg utan kommuntillägg 92 % av arbetsmarknadsstödet till nettobelopp.

Metod:

Stödet för hemvård, stödet för privat vård och den partiella vårdpenningen binds vid APL-indexet. APL-indexet för arbetsföra stiger 2,4 % från år 2002 till år 2003.

Om stödet för hemvård av små barn binds vid APL-index på 2003 års nivå, ökar beloppet av de stöd som betalas ca 7,8 miljoner euro, varav hemvårdsstödet 7,2 miljoner, stödet för privat vård 0,5 miljoner och den partiella vårdpenningen 0,03 miljoner euro.

Vårdpenningen enligt hemvårdsstödet för det första barnet höjs till arbetsmarknadsstödet nivå, varvid vårdpenningen för det första barnet på 2003 års nivå skulle vara 420,48 euro i månaden. Utgiftsökningen skulle på årsnivå vara 132 miljoner euro. Höjningen kan genomföras gradvis under regeringsprogramperioden.

Stärkande av ensamförsörjares försörjning

Ensamförsörjarhushållens realinkomster har utvecklats sämre än för den övriga befolkningen. I själva verket hade inte ensamförsörjarnas realinkomster ännu vid millennieskiftet nått den nivå som rådde i början av 1990-talet. Beroendet av utkomststöd är mycket allmännare bland ensamförsörjare än bland de övriga barnfamiljerna.

Eventuella punktåtgärder genom vilka man kunde ingripa uttryckligen och enbart i ensamförsörjarhushållens försörjning är att höja underhållsstödet och ensamförsörjarförhöjningen av barnbidraget. Nedan granskas den senare.

Ensamförsörjarförhöjningen uppgår till 33,60 euro i månaden för varje barn under 17 år. Beloppet av ensamförsörjarförhöjningen utgör 37 % av grundbarnbidragets belopp (90

euro). Enligt Folkpensionsanstaltens uppskattning betalas år 2004 sammanlagt knappt 64 miljoner euro i ensamförsörjarförhöjning för sammanlagt 158 500 barn.

Antalet familjer som fick barnbidrag år 2000 var sammanlagt 586 834. Av dessa var 102 069 ensamförsörjarfamiljer, dvs. 17 % av alla barnfamiljer. Barnbidrag betalades år 2000 för sammanlagt 1 063 680 barn, varav ensamförsörjarnas barn utgjorde 157 145 (15 %).

Om ensamförsörjarförhöjningen av barnbidraget höjs från nuvarande 33,60 euro till 50 euro, utgör beloppet av förhöjningen då 55 % av grundbarnbidragets belopp. Höjningen ökar barnbidragsutgifterna med 31,2 miljoner euro på årsnivå (158 500 x 16,40 euro x 12 mån.).

Förhållande till utkomststödet

När utkomststöd beviljas beaktas i regel alla de disponibla inkomster som personen eller familjen har. I 11 § lagen om utkomststöd föreskrivs om inkomster som inte beaktas när stödet beviljas (s.k. prioriterade inkomster). Dessa är understöd och förvärvsinkomster som skall anses ringa samt vissa inkomster eller understöd med karaktären av kostnadsersättning, t.ex. moderskapsunderstöd, vårdbidrag för pensionstagare, handikappbidrag och vårdbidrag för barn. Dessutom inleddes 1.3.2002 ett treårigt försök under vilket minst 20 % av förvärvsinkomsterna, dock högst 100 euro/hushåll/mån., lämnas obeaktat då stödet beviljas.

Alla de övriga inkomsterna, bl.a. barnbidrag, underhållsstöd, stöd för hemvård av barn osv. beaktas sålunda som inkomst då utkomststödet beräknas. Om barnbidraget eller den därtill anknutna ensamförsörjarförhöjningen höjs, gynnas inte familjer som får utkomststöd av förhöjningen så länge de omfattas av utkomststödet, eftersom förhöjningen endast minskar beloppet av det utkomststöd som beviljas, men inte ökar beloppet av deras disponibla inkomster. Om ensamförsörjarförhöjningen på nuvarande nivå helt görs till en prioriterad inkomst, ökar kommunernas utkomststödsutgifter på årsnivå med uppskattningsvis ca 11 miljoner euro. Också de disponibla inkomsterna för ensamförsörjarhushåll som omfattas av utkomststödet ökar med motsvarande belopp.

Om endast höjningen av ensamförsörjarförhöjningen (16,40 euro) föreskrivs vara prioriterad inkomst, ökar också de disponibla inkomsterna för ensamförsörjarfamiljer som får utkomststöd med lika mycket som förhöjningen. Detta arrangemang har åtminstone inte på kort sikt några betydande verkningar för kommunernas utkomststödsutgifter.

Om man i alla situationer vill garantera att även ensamförsörjarfamiljer som får utkomststöd får del av den ökning av de disponibla inkomsterna i ensamförsörjarhushåll som beror på att ensamförsörjarförhöjningen höjts, är det ändamålsenligast att endast förhöjningens belopp (16,40 %) föreskrivs vara prioriterad inkomst i utkomststödet.

Lagtekniskt är det lätt att förverkliga den prioriterade ställningen genom att det till förteckningen över prioriterade inkomster i 11 § lagen om utkomststöd fogas en ny punkt, enligt vilken 16,40 euro av ensamförsörjarförhöjningen av barnbidraget inte beaktas som inkomst då utkomststödet beviljas.

Metod:

För att stärka ensamförsörjarfamiljernas ekonomi kan ensamförsörjarförhöjningen av barnbidraget höjas 16,40 euro och denna del av förhöjningen föreskrivas vara prioriterad inkomst i utkomststödsförfarandet. Kostnadsverkningar i form av statliga utgifter är 31,2 miljoner euro.

Sammandrag över kostnaderna för en höjning av förmånerna för barnfamiljer:

1. Förlängning av den period som beaktas vid fastställandet av inkomstbaserad föräldrapenning vid förlossningar som följer på varandra	8,0
2. Höjning av föräldrapenning till minimibelopp från nuvarande 11,45 euro till 19,80 euro.	46,0
3. Bindning av hemvårdsstödet, stödet för privat vård och den partiella vårdpenningen vid APL-indexet	7,8
4. Höjning av hemvårdsstödet (vårdpenningen för första barnet) till samma nivå som arbetsmarknadsstödet	132,0
5. Höjning av ensamförsörjarförhöjningen av barnbidraget med 16,40 euro	31,2
<hr/>	
Sammanlagt	225 milj. euro
Utgifter som omfattas av statsandelen för kommunerna (L om planering av och statsandel för social- och hälsovården)	144 milj. euro

2. ARBETSLÖSA BORT FRÅN KOMMUNENS UTKOMSTSTÖD GENOM EN HÖJNING AV ARBETSMARKNADSSTÖDET OCH GRUNDDAGPENNINGEN FÖR ARBETSLÖSA

Massarbetslösheten i Finland har pågått snart tio år och tyngdpunkten inom utkomstskyddet för arbetslösa har klart förskjutits från förtjänstskydd till grundskydd. År 2001 fick 58 % av alla dem som fick utkomstskydd för arbetslösa antingen arbetsmarknadsstöd eller grunddagpenningen enligt utkomstskyddet för arbetslösa.

År 2003 steg grunddagpenningen enligt utkomstskyddet för arbetslösa och arbetsmarknadsstödet till följd av en indexjustering 1,2 %, dvs. från 22,75 euro till 23,02 euro/dag. Den låga nivån på arbetsmarknadsstödet och grunddagpenningen har lett till att en stor del av de långtidsarbetslösa måste komplettera sitt utkomstskydd med kommunalt utkomststöd. Detta orsakas i synnerhet av boendekostnaderna. I praktiken täcks 13 % av bostadsbidragets självriskandel på 20 % för boendeutgifter med utkomststöd och resterande sju procent ingår i utkomststödet grunddel. I november år 2000 fick 37,1 % av alla arbetsmarknadsstödtagare dessutom kompletterande utkomststöd. Utkomststöd betalades till 21 % av mottagarna av grunddagpenning för arbetslösa. På motsvarande sätt är utkomstskyddet för arbetslösa den primära försörjningskällan för 48 % av utkomststödtagarna. Denna omständighet sysselsätter den kommunala socialvården i betydande

utsträckning. Man kan säga att kompletteringen av utkomstskyddet för långtidsarbetslösa är en av orsakerna till att arbetet vid socialbyråerna råkat in i en kris.

En sakkunnigarbetsgrupp vid miljöministeriet (MM duplikat 86, 2001) har utrett med vilka medel man kan minska arbetslösas behov av att komplettera den primära förmånen med utkomststöd så att det inte samtidigt görs mindre sporrande att arbeta. De metoder som arbetsgruppen kommit fram till var att beskattningen av utkomstskyddet för arbetslösa skall lindras, självriskerna i boendeutgifterna för utkomststödtagare höjas och utkomstskyddet för arbetslösa eller bostadsbidraget höjas. Enligt arbetsgruppen skulle en utvidgning av det s.k. grundavdraget i kommunalbeskattningen vara en anmärkningsvärt dyr lösning. Arbetsgruppen ansåg att ett skilt avdrag för arbetslösa skulle strida mot arbetets primära ställning och de grundläggande målsättningarna att stöda sysselsättningen samt tack vare den förbättrade beskattningsmässiga ställning små arbetsinkomster fått i enlighet med dem. Det måste anses vara orimligt att höja utkomststödet självrisk för boendeutgifter från nuvarande 7 % till 13 %.

Den bästa lösningen enligt utredarna är en liten höjning av arbetsmarknadsstödet och grunddagpenningen enligt utkomstskyddet för arbetslösa samt en motsvarande justering av inkomstgränserna för bostadsbidraget för ensamstående stödtagare. Denna lösning skulle avlägsna en stor del av de långtidsarbetslösa från den kommunala utkomstservicen. Åtgärden skulle uttryckligen ha verkningar för ensamstående (utan familj) långtidsarbetslösas beroende av utkomststöd. Denna åtgärd kunde avsevärt lindra arbetsbördan. Antalet utkomststöds klienter i kommunerna och utgifterna för utkomststödet skulle minska betydligt och socialarbetarnas arbetsinsats kunde inriktas på rehabiliterande socialarbete i stället för på behandlingen av ansökningar.

Ekonomiskt skulle en höjning av arbetsmarknadsstödet och inkomstgränserna för bostadsbidraget i huvudsak gynna sådana långtidsarbetslösa som får arbetsmarknadsstöd men inte utkomststöd samt delvis också de som får inkomstbaserat utkomstskydd för arbetslösa. Dessutom faller långtidsarbetslösa som får kompletterande utkomststöd i huvudsak bort från kommunens utkomststöd.

Åtgärden ökar statens utgifter med 72 miljoner euro och minskar kommunernas utgifter med sammanlagt 42 miljoner euro. Arbetslöshetskassornas andel av kostnaderna är 17 miljoner euro. Nettoökningen av utgifterna är sålunda 47 miljoner euro. En mera exakt specifikation över kostnaderna ges nedan (milj. euro):

	Samman- lagt	Staten	Kommunerna	Arbetslös- hetskassorna
Förmånsutgifternas ökning:				
– grundskyddet	60,5	60,5		
– förtjänstskyddet	33,6	16,8		16,8
Total utgiftsökning	94,1	77,4		16,8
Ökningen av skatteinkoms- terna	-25,2	-5,0	-20,2	
Utgifternas nettoökning:				
– statens utgifter		+ 72		
– arbetslöshetskassornas utgifter		+ 17		
– kommunernas övriga inkomster		- 20		
– minskningen av utkomststødet		- 21		
Utgifternas totala nettoökning		+ 47 milj. euro		

Höjningen av inkomstgränserna i bostadsbidraget för ensamstående så att rätten till bidrag till fullt belopp kvarstår även efter nivåförhöjningen ökar behovet av bostadsbidragsanslag med ca 12,5 milj. euro. Totalt förblir bostadsbidragsutgifterna i denna modell dock på samma nivå som förut, eftersom en höjning av utkomstskyddet för arbetslösa minskar bostadsbidraget för andra hushåll än ensamförsörjarhushåll.