

**EN GEMENSAM HÄLSOVÅRDSCENTRAL FÖR
KOMMUNERNA KORSHOLM, KORSNÄS, MALAX,
NÄRPES, ORAVAIS OCH VÖRÅ-MAXMO: EN UTREDNING
ÖVER ETT SAMARBETSOMRÅDE FÖR PRIMÄRVÅRDEN**



FEBRUARI 2007

**EN GEMENSAM HÄLSOVÅRDSCENTRAL FÖR KOMMUNERNA KORSHOLM,
KORSNÄS, MALAX, NÄRPES, ORAVAIS OCH VÖRÅ-MAXMO: ETT
SAMARBETSOMRÅDE FÖR PRIMÄRVÅRDEN**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sida
Inledning	3
Utredningens uppläggning	4
1. Ramlagen	4
2. Kommunens skyldigheter enligt Ramlagen	7
3. Alternativ för kommunerna	8
4. Primärvården idag i utredningsområdet	9
5. Förslag till ny verksamhetsmodell	10
5.1 Närservice	12
5.2 Centraliserad verksamhet	15
5.3 Den nya verksamhetsmodellen: för- och nackdelar	19
6. Samarbetsmodeller	19
6.1 Samkommun	20
6.2 Vårdkommun	21
6.3 Beställar-utförarmodellen	24
6.4 En jämförelse mellan samkommuns- och vårdkommunsmodellen	25
7. Konkreta förslag för samarbetsmodeller	27
7.1 Samkommun	27
7.2 Vårdkommun	29
8. Ekonomin	32
9. Det fortsatta arbetet	38
BILAGOR	
	40-64

EN GEMENSAM HÄLSOVÅRDSCENTRAL FÖR KOMMUNERNA KORSHOLM, KORSNÄS, MALAX, NÄRPES, ORAVAIS OCH VÖRÅ-MAXMO: EN UTREDNING ÖVER ETT SAMARBETSOMRÅDE FÖR PRIMÄRVÅRDEN

INLEDNING

Kommunstyrelserna i Korsholm, Korsnäs, Malax, Oravais, Vörå och Maxmo beslöt hösten 2006 utreda förutsättningarna för samarbetet kring en gemensam hälsovårdscentral, d.v.s. bildandet av ett samarbetsområde för primärvården.

Parterna beslöt att utredningen skulle göras av en utomstående utredningsman och att den skulle vara klar inom februari 2007. Till utredare utsågs i oktober 2006 PM Harry Bondas och till hans assistent stud. Nina Högbäcka.

Det egentliga utredningsarbetet kunde inledas i slutet av oktober år 2006.

Arbetet har letts av en styrgrupp bestående av följande representanter för utredningskommunerna:

Korsholm: Michael Luther (ordförande för styrgruppen) och Monica Siren-Aura.

Korsholms hälsovårdscentral: Anders Furustrand.

Korsnäs: Anita Ismark och Henrik Rosendahl.

Malax: Christer Bogren och Håkan Knip.

Malax-Korsnäs hälsovårdscentral: Lasse Rantala.

Oravais: Kjell Heir och Johan Karls.

Vörå-Maxmo: Ingvald Back, Christina Öhling och Per Östman.

(Maxmo och Vörå gick samman den 1 januari 2007).

Oravais, Vörå-Maxmo hälsovårdscentral: Gunilla Jusslin.

I januari år 2007 anslöt sig Närpes stad till utredningsprojektet och stadens medlemmar i styrgruppen är: Gun Forsman och Kaj Rösgren.

I anslutning till styrgruppen har dessutom fyra arbetsgrupper medverkat. Arbetsgruppernas arbete har varit uppdelat på förvaltning, närservice, vårdarbete och specialiseringar.

Avsikten med utredningen (i fortsättningen Utredningen) är att den skall kunna ligga till grund för kommunernas ställningstagande till bildandet av ett samarbetsområde för primärvården i enlighet med Ramlagen.

UTREDNINGENS UPPLÄGGNING

Utredningen och de olika förslagen i Utredningen grundar sig på diskussioner med de centrala beslutsfattarna i utredningsområdet (samtliga kommunstyrelser, kommunfullmäktigen och samkommunstyrelser-hälsovårdsnämnd), med de ledande tjänsteinnehavarna inom primärvården i utredningsområdet samt med de fackliga representanterna. Diskussioner har även förts med de ledande tjänsteinnehavarna inom utredningsområdets socialväsen. Då tidsramen för Utredningen varit snäv har existerande statistiskt material för utredningsområdet använts.

I Utredningen kommer följande att behandlas:

- 1) Ramlagen. Bakgrund och målsättning.
- 2) Kommunernas skyldigheter enligt Ramlagen, bl.a. vad som stadgas om genomförandeplanen och om personalen.
- 3) Alternativ för kommunerna.
- 4) Primärvården idag i utredningsområdet.
- 5) Förslag till ny verksamhetsmodell. Utredningen granskar en verksamhetsmodell som utgår från en gemensam hälsovårdscentral för utredningsområdet, hur närservicen respektive den centraliserade verksamheten kunde vara uppbyggd.
- 6) Samarbetsmodeller. Utredningen undersöker följande samarbetsmodeller: a) samkommun, b) värdkommun, c) beställar-utförarmodellen.
- 7) Konkreta förslag till nya samarbetsmodeller.
- 8) Ekonomin.
- 9) Det fortsatta arbetet.

1. RAMLAGEN

Kommun- och servicestrukturreformen har föranletts av följande scenario: en snabbt åldrande befolkning, och ett därmed ändrat servicebehov, bristen på arbetskraft förorsakad av pensioneringar, flyttningsrörelsen från landsbygd till stad, och ett ökat tryck på den offentliga ekonomin.

På grund av detta scenario avgav regeringen efter cirka ett års beredningsarbete hösten 2006 en proposition till riksdagen med förslag till lagar om en kommun- och servicestrukturreform, om en ändring av kommunindelningenslagen samt om en ändring av lagen om överlåtelseskatt. Behandlingen av propositionen i riksdagen blev klar i januari 2007 och lagarna trädde ikraft den 23 februari 2007.

I lagen om kommun- och strukturreformen, d.v.s. Ramlagen, bestäms om riktlinjer och ramar för kommun- och strukturreformen. Ramlagen är ikraft till utgången av år 2012.

Den fortsatta Utredningen koncentrerar sig på Ramlagen, den centrala lagen (av totalt tre lagar) för Utredningen.

Ramlagen är en tvångsplaneringslag och ansvaret för genomförandet av reformen vilar i huvudsak på kommunerna.

När reformarbetet inleds bör bl.a. följande beaktas:

- 1) tillgången på service, kvaliteten på och finansieringen av servicen i hela landet.
- 2) de grundläggande fri- och rättigheterna samt jämlikhet i fråga om erhållande av service.
- 3) förutsättningarna för kommunernas självstyrelse.
- 4) kommuninvånarnas möjligheter att påverka beslutsfattandet.
- 5) den finsk- och svenskspråkiga befolkningens rätt att använda sitt modersmål och att få service på detta språk.

Enligt Ramlagen stärks å ena sidan kommunstrukturen genom att kommuner sammanslås och genom att delar av kommuner ansluts till andra kommuner. Å andra sidan stärks servicestrukturen genom att samarbetsområden bildas för den service som förutsätter ett större befolkningsunderlag. Målet är att i hela landet säkerställa en service av hög kvalitet.

Servicestrukturen skall vara heltäckande och ekonomisk. Dessutom skall den möjliggöra en effektiv användning av resurserna. Förutom att utveckla kommun- och servicestrukturen, strävar reformen till att förbättra produktiviteten i den kommunala verksamheten.

Samarbetet mellan kommunerna stärks genom att ett samarbetsområde bildas utgör en funktionell helhet. Med en funktionell helhet avses i Ramlagen en helhet som har ekonomiska och på personalresurserna grundade förutsättningar att ansvara för ordnandet och finansieringen av servicen. Enligt Ramlagen kan en funktionell helhet också grunda sig på samhällsstrukturen, det geografiska läget, pendlingen, uträttandet av ärenden eller språkförhållandena.

Enligt Kommunallagen kan kommunerna samarbeta antingen genom ett gemensamt organ eller genom en samkommun.

Vidare konstateras i Ramlagen att en kommun eller ett samarbetsområde, som sköter primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården, skall ha åtminstone 20.000 invånare.

Kommunerna skall vidta åtgärder för att uppfylla ovan nämnda krav på befolkningsunderlag för servicen, antingen genom att verkställa kommunsammanslagningar eller genom att inrätta samarbetsområden för kommunerna. Ramlagen medger avvikelser från kravet på ett minimiinvånarantal om det på grund av skärgård eller långa avstånd inte går att bilda ett samarbetsområde med i Ramlagen nämnda befolkningsunderlag.

Målet för inrättandet av samarbetsområden är att stärka det förebyggande arbetet, trygga tillgången på basservice, förbättra servicens kvalitet, effektivitet samt finansieringen av servicen. Genom att inrätta samarbetsområden skall också befolkningens hälsa och välfärd främjas, skillnaderna i välfärd mellan befolkningsgrupperna minskas, samt kontroll över kostnadsutvecklingen säkras. Ett tillräckligt befolkningsunderlag minskar också de tillfälliga kostnadsvariationerna samt minskar behovet av olika utjämningsystem.

Enligt Ramlagen skall resultatet av reformen vara, att den kommunala servicen får en starkare administrativ och ekonomisk grund. Således skall servicen till invånarna kunna tryggas även om befolkningen åldras och flyttningen från landsbygd till stad ökar.

Trots att ansvaret för att tillhandahålla vissa former av service i fortsättningen kommer att vila på större enheter, bör servicen fortfarande produceras nära invånarna. Att ansvaret för att tillhandahålla servicen centraliseras till större enheter innebär inte en försämring av servicen.

2. KOMMUNENS SKYLDIGHETER ENLIGT RAMLAGEN

Ramlagen § 10 stadgar om kommunens skyldighet att presentera en utredning för statsrådet om de åtgärder kommunen beslutat vidta för att genomföra reformen, genom att

- a) bilda en kommun som uppfyller villkoren i Ramlagen § 5 mom. 1.
- b) bilda samarbetsområden inom primärvården och inom sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården, enligt villkoren och folkmängden i Ramlagen § 5 mom. 2 och mom. 3.
- c) bilda samarbetsområden inom den grundläggande yrkesutbildningen, enligt villkoren och folkmängden i Ramlagen § 5 mom. 2 och 4.
- d) för kommunens del organisera den specialiserade sjukvården och specialomsorgerna för utvecklingsstörda, i enlighet med Ramlagen § 6, som förutsätter ett stort befolkningsunderlag.

Enligt statsrådets förordning om kommunens skyldighet att lämna uppgifter om kommun- och servicestrukturreformen till statsrådet, skall kommunens utredning när det gäller bildandet av ett samarbetsområde för primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården, innehålla uppgift om vilka kommuner som tillsammans bildar ett samarbetsområde. Vidare skall av kommunens utredning framgå vilka uppgifter inom primärvården och socialväsendet som tillhandahålls inom samarbetsområdet samt hur miljö- och hälsoskyddet samt företagshälsovården skall ordnas. Kommunens utredning till statsrådet skall ytterligare innehålla uppgifter om sättet för hur samarbetsområdet bildas, hur beslutsfattandet inom samarbetsområdet sker, hur de språkliga rättigheterna tryggas samt tidtabellen för bildandet av samarbetsområdet.

Ramlagen § 10 mom. 1 stadgar dessutom om kommunens skyldighet att utarbeta en plan för genomförandet av reformen i kommunen. Syftet med genomförandeplanen är att stöda

beredningen av kommunens utredning till statsrådet som beskrivits ovan. I genomförandeplanen bedöms kommunens ekonomiska förutsättningar att för invånarna trygga de tjänster som lagstiftningen förutsätter. Enligt Ramlagen § 10 mom. 2 skall varje kommun som en del av genomförandeplanen utarbeta en befolkningsanalys och en analys av servicebehovet för år 2015 och 2025. Genomförandeplanen skall basera sig på kommunens ekonomiplan enligt Kommunallagen § 65 mom. 1. Om underskott i balansräkningen inte kan täckas under ekonomiplanens planperiod skall genomförandeplanen innehålla ett åtgärdsprogram, enligt Kommunallagen § 65 mom. 3. Genomförandeplanen skall också innehålla en plan för hur kommunen utnyttjar de metoder som nämns i Ramlagen § 4 för att genomföra reformen.

Kommunens utredning, som alltså baserar sig på genomförandeplanen skall, efter godkännande av kommunfullmäktige, överlämnas till statsrådet senast den 31 augusti 2007. De ändringar i kommun- och servicestrukturen som Ramlagen förutsätter bör till alla delar vara slutförda under lagens giltighetstid, d.v.s. senast vid utgången av år 2012. Statsrådet kommer bl.a. att använda sig av kommunernas utredningar vid beredningen av redogörelsen till riksdagen år 2009.

Det bör framhållas att Ramlagen är oklar och öppen på några väsentliga punkter. I Ramlagen ingår inga stadganden om vad som sker, om kommunen lämnar in en utredning som inte uppfyller de krav Ramlagen förutsätter, eller om kommunen lämnar in uppgifter som inte överensstämmer med de uppgifter som samarbetskommunerna inlämnat. Ramlagen innehåller inga sanktioner på dessa punkter.

Frågor gällande personalen stadgas i Ramlagen § 13. Omorganiseringar skall genomföras i samarbete med företrädarna för kommunens personal.

De omorganiseringar som avses i Ramlagen och som leder till att personalen byter arbetsgivare betraktas som överlåtelse av rörelse. På grundval av omorganiseringar i verksamheten har arbetsgivaren inte rätt att säga upp ett anställningsförhållande av ekonomiska orsaker eller produktionsorsaker. En arbetstagare eller tjänsteinnehavare kan dock sägas upp om han eller hon vägrar att ta emot en ny arbetsuppgift eller tjänst som arbetsgivaren erbjuder honom eller henne. Förbudet är ikraft fem år efter det att personalen har övergått i anställning hos den nya arbetsgivaren. Personalens löneförmåner som förfallit

till betalning och andra förmåner, t.ex. rätt till semester, är bindande för den nya arbetsgivaren oavsett arbetsgivarbyte.

3. ALTERNATIV FÖR KOMMUNERNA

De kommuner som inte uppfyller kraven på det i Ramlagen nämnda invånarantalet, 20.000, ges möjlighet att antingen gå samman eller att bilda ett samarbetsområde för primärvården och de uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården.

Ingen av utredningskommunerna har visat intresse för kommunsamgångar. Inte heller uppfyller någon av de enheter som handhar primärvården (Korsholms hälsovårdsnämnd, Närpes samkommun, Malax-Korsnäs samkommun, Oravais-Vörå-Maxmo samkommun) kriteriet på 20.000 invånare. Enligt Ramlagen återstår följaktligen för utredningskommunerna endast alternativet att bilda ett samarbetsområde inom primärvården och de uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården.

Stadgandet om vilka uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården kan tolkas på olika sätt. I motiveringarna till Ramlagen nämns bl.a. äldre vården och missbrukarvården. Det primära i inledningsskedet av reformarbetet är dock att hitta samarbetskommuner.

Vid diskussioner som förts med utredningskommunernas beslutsfattare har det framkommit att man i inledningsskedet önskar koncentrera krafterna på ett samarbete inom primärvården. Därför behandlar Utredningen främst kommunernas uppgifter enligt Folkhälsolagen § 14. Vid sidan av Utredningen pågår en skild utredning om samarbetet inom miljö- och hälsoskyddet och därför behandlas detta inte i Utredningen.

4. PRIMÄRVÅRDEN IDAG I UTREDNINGSOMRÅDET

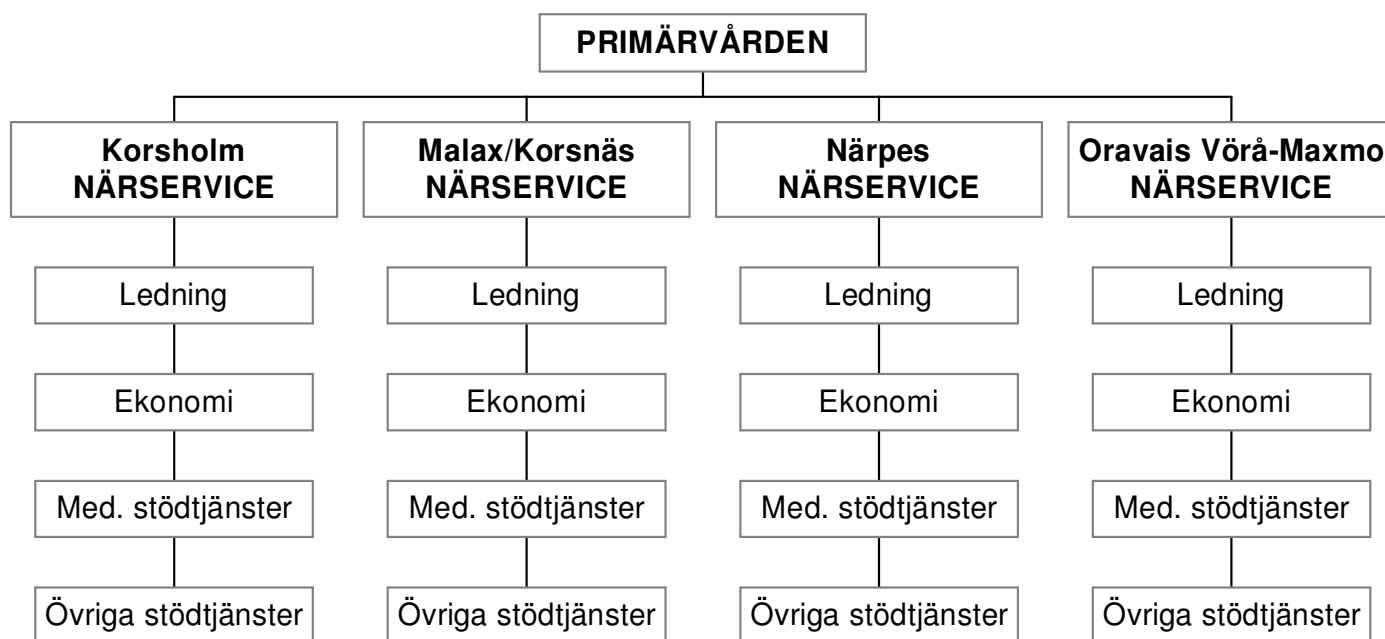
Primärvården i utredningsområdet är idag organiserad i tre samkommuner: Närpes, Malax-Korsnäs och Oravais-Vörå-Maxmo. I Korsholm är primärvården en del av den egna kommunala verksamheten.

Invånarantalet i utredningsområdet är följande: Närpes 10.900, Malax-Korsnäs 7.700, Korsholm 17.500 och Oravais-Vörå-Maxmo 6.700. I Närpes samkommun ingår också Kaskö med 1.500 invånare. Kaskö stad är inte med i Utredningen.

Invånarantalet i utredningsområdet är totalt cirka 41.000. Till landytan är det ett stort område, totalt cirka 3.310 km².

Närpes och Korsnäs är enspråkigt svenska kommuner, medan Malax, Korsholm, Oravais och Vörå-Maxmo är tvåspråkiga kommuner, med svenska som majoritetsspråk.

De fyra enheterna som idag handhar primärvården är organiserade på likartat sätt och sköter i stort likadana uppgifter. Primärvården i de fyra enheterna är organiserad på följande sätt:



De fyra enheterna har inom sitt eget område en huvudhälsostation samt ett varierande antal hälsostationer med begränsad verksamhet. I närservicen ingår: läkar- och sjukskötarmottagning, mödra-, barn- och förebyggande rådgivning, skolhälsovård, tandvård, företagshälsovård, laboratorier, röntgen, fysioterapi samt bäddavdelningar.

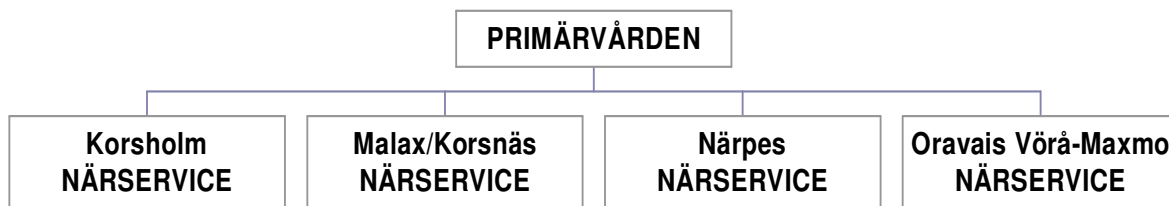
En del av samkommunerna i utredningsområdet har brist på bl.a. läkare. De flesta av stödfunktionerna sköts lokalt i små, sårbara enheter och en del av de administrativa uppgifterna handhas av läkare och vårdpersonal. Allt detta tär på de knappa vårdresurserna.

5. FÖRSLAG TILL NY VERKSAMHETSMODELL

De största inbesparingarna kunde erhållas genom en rationalisering av förvaltnings- och stödtjänsterna.

Ett förslag till en ny verksamhetsmodell presenteras nedan. Den utgår ifrån en för utredningsområdet gemensam hälsovårdscentral. Huvudhälsostationerna i de enskilda samkommunerna/kommunen skulle kvarstå. Den närservice som hälsostationerna tillhandahåller skulle byggas upp enligt invånarnas vårdbehov. Alla stödfunktioner och all upphandling skulle däremot centraliseras.

GEMENSAM HÄLSOVÅRDSCENTRAL



När servicen skulle handhas av nuvarande huvudhälsostationer och den skulle omfatta:

- läkar- och sjukskötarmottagning
- mödra-, barn och förebyggande rådgivning
- preventiv- och fertilitetsrådgivning
- skolhälsovård
- tandvård
- företagshälsovård
- provtagningar (laboratorieprov, röntgen)
- fysioterapi
- bäddavdelningar
- hemsjukvård
- mental- och missbrukarvård

En centralisering av stödfunktionerna skulle avlasta hälsostationerna. Samtidigt skulle man få enhetliga system och en möjlighet att koncentrera fackkunskapen i de olika stödfunktionerna.

De lokala hälsostationerna kunde ha en ledningsgrupp med begränsat ansvar. Denna ledningsgrupp skulle ansvara för sin enhet i enlighet med de centrala strategierna.

5.1 NÄRSERVICE

5.1.1 Läkar- och sjukskötarmottagning

Läkaren och sjukskötaren skulle tillsammans bilda ett team, med ett befolkningsunderlag på 1.800-2.000 invånare per team. Mottagningar dagtid, med tidsbeställning, och med några öppna tider för akut sjuka. Jourverksamheten skulle tillsvidare skötas som idag, men på sikt skulle all jourverksamhet koncentreras till Vasa Centralsjukhus.

Servicebehovet kommer att öka i Korsholm vid huvudhälsostationen i Smedsby samt i Solf och Helsingby hälsostationer, medan övriga hälsostationer i utredningsområdet har ett minskande befolkningsunderlag.

5.1.2 Rådgivningarna

Rådgivningsverksamheten skulle höra till närservicen och skulle ske lokalt. De framtida satsningarna skulle ske inom den förebyggande vården med utökat samarbete med olika sektorer inom samhället.

Den traditionella rådgivningsverksamheten håller på att förändras. Tidigare handlade rådgivningen enbart om mor och barn. Nu riktar sig rådgivningsverksamheten mot ett samarbete med den sociala sektorn, i form av familjecenter, avsedda att stöda hela familjen.

Den framtida rådgivningsverksamheten kunde koncentrera sig mer på en verksamhet som förebygger de problem dagens samhälle medför, som dålig kondition, övervikt, mentala problem och missbruk. Till rådgivningsverksamheten skulle också höra olika former av sållningsundersökningar.

Social- och hälsovårdsministeriet har gett rekommendationer för rådgivningsverksamheten, rekommendationer som väl kan följas också på det lokala planet.

Befolkningsprognoserna visar att antalet personer över 65 år ökar kraftigt, medan antalet unga personer minskar. I takt med denna utveckling utvidgas/förändras en del av hälsovårdarnas arbete från mödra- och barnavård till äldreomsorg.

5.1.3 Skolhälsovården

Skolhälsovården skulle skötas lokalt. Skolhälsovårdaren skulle vara anträffbar under tjänstetid, med såväl tidsbeställning som med öppna tider. Mottagningsutrymmen finns för det mesta redan i skolorna.

Skolhälsovårdaren skulle ingå i ett elevvårdsteam, som kunde bestå av skolkurator, psykolog, vårdnadshavare och vid behov en representant för den sociala sektorn.

Personaldimensioneringen skulle följa social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer.

5.1.4 Tandvården

I och med att andelen vuxna patienter ökar växer behovet av specialtandvård. Detta i sin tur ställer krav på en utvidgning av tandvårdsverksamheten. En undersökning om huvuvida det är ekonomiskt förmånligare att köpa specialtandvård i stället för att själv producera specialtandvården kunde göras.

De befintliga tandläkarresurserna kunde utnyttjas effektivare om planering och administration skulle handhas av endast en ledande tandläkare.

5.1.5 Företagshälsovården

Företagshälsovården kunde på sikt bli en självfinansierande enhet. En gemensam enhet för företagshälsovården skulle underlätta rekryteringen av företagshälsovårdspersonal. Dessutom kunde en centralisering leda till minskade kostnader inom administration och till en minskad sårbarhet.

Företagshälsovården skall vara av förebyggande natur. Det borde finnas lokala mottagningspunkter, så att besök hos läkare och hälsovårdare inte skulle innebära en lång frånvaro från arbetet.

5.1.6 Provtagningar

Själva provtagningarna kunde skötas lokalt och vid behov snabbanalyseras. Mer krävande analyser skulle på sikt utföras vid Vasa Centralsjukhus.

5.1.7 Fysioterapi

Behovet av fysioterapi ökar och den kunde fortsätta som lokal verksamhet, men knuten till en central enhet.

5.1.8 Bäddavdelningsvård

Behovet av och tillgången på bäddavdelningsvård varierar. Kommunerna Oravais och Malax använder i stor utsträckning bäddavdelningsvård, medan kommunerna Korsnäs och Vörå-Maxmo gör det i mindre utsträckning. Dessa variationer beror på den sociala sektorns uppbyggnad i respektive kommun.

Idealet skulle vara att hälsocentralen tillhandahåller bäddavdelningsvård för

- kortvariga vårdperioder som inte kräver specialsjukvård
- rehabilitering efter specialsjukvård
- rehabiliterande intervallvård
- terminalvård
- kroniker

Hälsocentralen skulle däremot inte upprätthålla direkta boendeformer.

Bäddavdelningarna kunde samarbeta för att minska antalet klinikfärdiga vårddagar, m.a.o. kunde t.ex. en klient från Närpes placeras på bäddavdelningen i Malax (förutsatt att det finns lediga platser) några dagar i väntan på vårdplats på bäddavdelningen i Närpes.

5.1.9 Hemsjukvård

Hemsjukvård och hemvård kunde på sikt samordnas.

5.1.10 Mental- och missbrukarvård

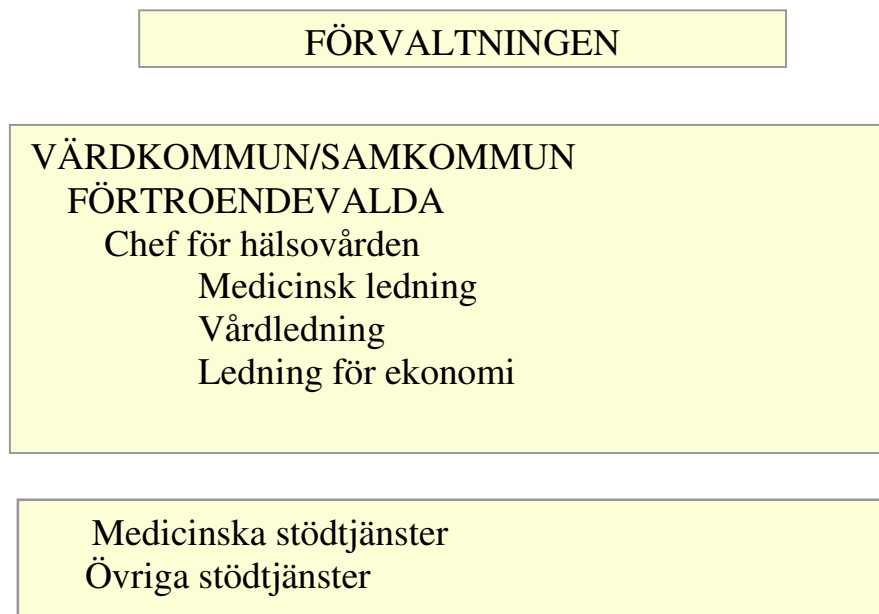
Inom samarbetsområdet borde fokus läggas på öppen mentalvård, d.v.s. vården av psykipatienterna borde ordnas som närservice.

Då det gäller missbrukarvården borde samarbetet mellan hälsovården och den sociala sektorn utvecklas.

5.2 CENTRALISERAD VERKSAMHET

All verksamhet som inte berör klienten direkt, borde koncentreras till centrala enheter.

Verksamhetsformer som kunde centraliseras är:



Värd- och samkommunen samt de förtroendevaldas ställning beskrivs senare i Utredningen.

De tjänster som kunde centraliseras är:

- Förvaltning och administration, omfattande ledning och ekonomi
- Upphandling
- Läkarjour utanför tjänstetid
- Specialistkonsultationer
- Laboratorieanalyser
- Specialarbetare
- Röntgenanalyser
- Hjälpmedelshantering

- Läkemedelshantering
- Lagerhållning
- Datafunktionerna
- Professionell rehabilitering
- Sjuktransport

5.2.1 Förvaltning och administration

Det finns idag inom samkommunerna-kommunen i utredningsområdet olika system för ledning och förvaltning av primärvården. Systemen borde förenhetligas så, att den gemensamma hälsovårdscentralen skulle kunna administreras centralt med följande enheter:

- operativ ledning
- medicinsk ledning
- vårdledning
- ekonomisk ledning

En rationalisering av förvaltning och administration skulle ge de största direkta inbesparingarna samtidigt som resurser skulle friställas för den primära verksamheten, d.v.s. att sköta om invånarnas hälsa och välmående. En centraliserad ledning skulle ge bättre möjlighet att både utveckla och höja kvaliteten på vården.

Operativ ledning

Det operativa övergripande ansvaret för den gemensamma hälsovårdscentralen skulle innehas av en direktör, tillsammans med en stab. Han/hon skulle samtidigt ansvara för utvecklingen av verksamheten. Till staben skulle höra a) den medicinska ledningen samt b) vård- och c) ekonomiledningen.

a) Medicinsk ledning

En centraliserad medicinsk ledning skulle öka möjligheterna till en standard, som kvalitativt skulle vara densamma på de lokala verksamhetspunkterna. Personaldimensioneringen på de olika verksamhetspunkterna skulle också bättre kunna samordnas.

Den medicinska ledningen skulle handhas av en förvaltningsöverläkare, vars uppgift i främsta rummet skulle vara administrativ, med utvecklings- och utbildningsansvar. Förvaltningsöverläkaren skulle sköta den icke-klientrelaterade administrationen som nu belastar de enskilda hälsostationernas läkare. Förvaltningsöverläkaren skulle vara förman för den medicinska verksamheten och skulle även koordinera de medicinska resurserna.

b) Vårdledning

En centraliserad vårdledning skulle öka möjligheterna att hålla samma standard, såväl kvalitativt som kvantitativt, på de lokala verksamhetspunkterna. Den ansvariga skötaren skulle vara förman för de olika vårdarkategorierna och skulle leda och utveckla vårdarbetet. Den ansvariga skötaren skulle koordinera de lokala enheternas verksamhet så att vårdresurserna fördelas enligt behov.

c) Ekonomisk ledning

Ekonomichefen skulle vara förman för ekonomiförvaltningen. En centraliserad ekonomiförvaltning skulle göra det möjligt att skapa sig en helhetsbild av kostnaderna för primärvården.

5.2.2 Upphandling

Upphandlingen skulle centraliseras. En centraliserad upphandling skulle ge volymfördelar och skulle frigöra resurser för hälsovården. Upphandlingen har blivit en för mindre enheter juridiskt besvärlig fråga. En centralisering av upphandlingen minskar riskerna för felaktig upphandling.

5.2.3 Läkarsjour utanför tjänstetid

Läkarsjournen utanför tjänstetid skulle fortsätta på samma sätt som hittills. På sikt skulle jourverksamheten koncentreras till Vasa Centralsjukhus.

5.2.4 Specialistkonsultationer

En större hälsovårdscentral skulle göra det möjligt att anlita specialister i högre grad och sålunda minska behovet av specialistsjukvård.

5.2.5 Laboratorieanalyser

Provtagningar skulle som tidigare ske lokalt i de olika verksamhetspunkterna, där vissa snabbanalyser som är viktiga för vården kan utföras. På sikt skulle laboratorieanalyserna koncentreras till Vasa Centralsjukhus.

5.2.6 Specialarbetare

Bristen på specialarbetare, som tal-, närings- och ergoterapeuter, har varit så gott som total i utredningskommunerna. En samordning skulle möjliggöra anställningar eller köp av tjänster i större utsträckning än vad som idag är fallet.

Eftersom tal-, närings- och ergoterapi ges under längre perioder till klienter i alla åldrar, vore det ändamålsenligt att ordna själva vården lokalt. I den lokala enheten kunde också ingå diabetes- och astmaskötare.

5.2.6 Röntgen

Röntgenenheterna skulle fungera som hittills. På sikt skulle större delen av röntgenbildanalyserna utföras på Vasa Centralsjukhus.

5.2.7 Hjälpmedelshanteringen

Anskaffning av hjälpmedel skulle i fortsättningen ske centralt, medan utlåningen skulle ske lokalt. Man skulle också utarbeta gemensamma förhållningsregler för beviljande av hjälpmedel.

Man skulle även utveckla en gemensam databas för registrering av samtliga hjälpmedel.

Utöver detta skulle den gemensamma hälsovårdscentralen tillsammans med Vasa upprätthålla en serviceverkstad för hjälpmedel.

5.2.8 Läkemedelshantering

På sikt skulle hela läkemedelshanteringen centraliseras till Vasa Centralsjukhus.

5.2.9 Lagerhållning

Den gemensamma hälsovårdscentralen skulle sköta centrallagerhanteringen tillsammans med Vasa.

5.2.10 Datafunktionerna

Utvecklandet av samarbetet mellan de olika hälsovårdsenheterna underlättas av att samtliga enheter använder dataprogrammet Abilita.

5.2.11 Professionell rehabilitering

Rehabiliteringsklienter i utredningsområdet kunde eventuellt koncentreras till en centraliserad rehabiliteringsavdelning.

5.3 DEN NYA VERKSAMHETSMODELLEN: FÖR- OCH NACKDELAR

Fördelar med den nya verksamhetsformen är:

- personalrekryteringen underlättas.
- upprätthållandet av servicen underlättas.
- rekrytering av vikarie- och semesterpersonal underlättas.
- arbetsfördelningen mellan personalen klarare.
- utvecklingen av specialiseringsområden.
- möjligheter att ha egna specialarbetare.
- gemensam upphandling.
- läkemedels- och hjälpmedelshanteringen underlättas.
- möjligheter för klienter till fritt val av hälsostation.
- garanti för tvåspråkighet samt svenska som förvaltningspråk.
- självständighet för kommunerna.

Nackdelar med den nya verksamhetsformen är:

- hur av fyra nuvarande samkommuner-kommun få en enhetlig helhet.
- eventuellt ”demokratiunderskott”.

6. SAMARBETSMODELLER

Kommunallagens kap. 10 stadgar om kommunernas offentligrättsliga samarbete.

Kommunallagens § 76 lyder:

Kommuner kan med stöd av avtal sköta sina uppgifter tillsammans.

Kommunerna kan komma överens om att anförtro en annan kommun att sköta en uppgift för en eller flera kommuners räkning eller att uppgiften skall skötas av en samkommun.

I det följande granskas samkommuns- samt värdkommunsmodellerna. I samband med dessa samarbetsmodeller tas också upp den s.k. beställar-utförarmodellen. Samarbetet kan också ordnas som ett affärsverk eller ett samkommunsaffärsverk. De sistnämnda samarbetsmodellerna granskas inte här, då de inte är aktuella för utredningsområdet. Inte heller behandlas det avtalsbaserade samarbetet utan ett gemensamt organ, då denna form inte uppfyller de krav Ramlagen ställer på bildandet av ett samarbetsområde.

6.1 SAMKOMMUN

Samkommunen är en från medlemskommunerna skild, självständig offentligrättslig person, som i sitt eget namn kan ha rättigheter och skyldigheter. I sin egenskap av juridisk person har samkommunen rättshandlingsförmåga, d.v.s. den kan ingå förbindelser och ådra sig juridiskt ansvar. Det juridiska ansvaret omfattar också skadeståndsskyldighet. Samkommunssamarbetet kan vara frivilligt eller obligatoriskt. Huvudregeln är att samarbetet är frivilligt.

Om man för utredningsområdets del skulle gå in för samkommunsmodellen skulle det innebära, att tre samkommuner och en hälsovårdsnämnd upphör med sin verksamhet och att istället en ny samkommun skulle bildas.

Nedan redogörs i korthet för hur en samkommun bildas.

Det avtal som ligger till grund för en samkommun kallas grundavtal och om innehållet i grundavtalet stadgas i Kommunallagen §§ 76-85.

Grundavtal

I grundavtalet skall nämnas samkommunens namn, hemort, medlemskommuner och samkommunens uppgifter. I samkommunens namn skall ingå ordet ”sankommun”.

Beslutsfattande

Det finns tre olika alternativ för det högsta beslutsfattande organet i en sankommun, nämligen sankommunsfullmäktige, sankommunsstämma, eller enbart en sankommunsstyrelse. Ifall man väljer sankommunsfullmäktige eller sankommunsstämma, bör det också finnas en sankommunsstyrelse och en revisionsnämnd.

Vidare skall grundavtalet innehålla antal ledamöter i sankommunens organ, antal representanter vid en sankommunsstämma och grunderna för rösträtten i sankommunsstämman. Grundavtalet bör också innehålla uppgifter och befogenheter för en eventuell sankommunsstämma samt vilket av sankommunens organ som bevakar sankommunens intressen, representerar sankommunen och ingår avtal för dess räkning samt på vilket sätt beslut fattas om rätten att teckna sankommunens namn.

Finansieringen av sankommunens verksamhet

I grundavtalet kommer man överens om medlemskommunernas andelar i sankommunens tillgångar och deras ansvar för sankommunens skulder samt annat som gäller sankommunens ekonomi.

Utträde ur sankommunen

I grundavtalet skall man komma överens om vilka rättigheter en medlemskommun har som utträder ur sankommunen och vilken ställning de kvarvarande medlemskommunerna får efter utträdet. I en frivillig sankommun är huvudregeln den, att en medlemskommun kan utträda.

I grundavtalet skall man också komma överens om förfarande vid upplösning och likvidation av sankommunen.

Granskning av sankommunens förvaltning och ekonomi

En sankommun kan ha en revisionsnämnd och som revisor en OFR-revisor eller ett OFR-samfund.

6.2 VÄRDKOMMUN

Kommunerna kan komma överens om att anförtro en annan kommun skötseln av en uppgift för en eller flera kommuners räkning. När en kommun med stöd av ett avtal sköter en uppgift för en eller flera kommuners räkning, kan kommunerna komma överens om att en del av ledamöterna i det organ i den kommun som sköter uppgiften skall utses av de andra kommunerna (Kommunallagen §§ 76-77).

Denna samarbetsmodell kallas avtalsbaserat samarbete eller avtalssamarbete. I denna samarbetsmodell finns ingen separat juridisk person för samarbetet, utan en av kommunerna, den s.k. värdkommunen, sköter de överenskomna uppgifterna för de övriga kommunernas räkning.

I samarbetsavtalet bör åtminstone följande ingå:

Avtalsparterna

Avtalsparter är de kommuner som bildar ett gemensamt organ.

Avsikten med avtalet

I avtalet bör framgå de uppgifter som det gemensamma organet skall handha, vilket det gemensamma organet är, samt inom vilken kommuns organisation det gemensamma organet verkar.

Förvaltning och beslutsfattande

- skötseln av förvaltningen förutsätter att värdkommunens fullmäktige godkänner en förvaltningsinstruktion. I förvaltningsinstruktionen skall nämnas att värdkommunens sammanträdes- och övriga instruktioner kommer att iakttas. Det är skäl att komma överens om att förvaltningsinstruktionen godkänns efter det att de övriga samarbetskommunerna hörts eller att ta med förvaltningsinstruktionen i sin helhet i samarbetsavtalet.
- sammansättningen av det gemensamma organet: antalet ledamöter i organet, samt hur många medlemmar varje samarbetskommun utser. Vid val av ordförande och viceordförande för organet kan man avtala om från vilka kommuner ordförandena väljs och också hur posterna alternerar mellan kommunerna.

- den ledande tjänsteinnehavaren och hans/hennes uppgift som föredragande, samt på vilket sätt denna person utses.
- eventuellt bildandet av ett rådgivande, gemensamt organ i initialskedet.

Övertaganderätten

Genom en ändring av Kommunallagen år 2006 kan man i samarbetsavtalet överenskomma om att värdkommunens styrelse inte använder sig av övertaganderätten. På detta sätt har man velat minska värdkommunens möjligheter att inverka på det gemensamma organets verksamhet

Personalen

I värdkommunens modellen övergår samarbetskommunernas personal i värdkommunens tjänst. I samarbetsavtalet bör man därför komma överens om hur personalöverföringen skall ske. Personalens ställning vid överföringen regleras enligt Ramlagen § 13. Upplupna pensionskostnader står den tidigare arbetsgivaren för.

Ekonomi och ekonomiförvaltning

- värdkommunen svarar för ekonomiförvaltningen. Det gemensamma organets ekonomi är en del av värdkommunens budget och ekonomiplan.
- i avtalet kommer man överens om hur samarbetskommunerna deltar i beredningen av budget och ekonomiplan.
- i samarbetsavtalet bör man komma överens om grunderna för samarbetskommunernas betalningsandelar. Grunderna kunde vara utnyttjande av servicen, antal invånare eller en kombination av dessa två.
- bokföringens ordnas så att uppföljning är möjlig.
- värdkommunens rapporteringsskyldighet till de övriga samarbetskommunerna.
- samarbetskommunernas rätt att ta del av värdkommunens bokföring och förvaltning.

Inventarier och utrustning

I samarbetsavtalet bör man komma överens om hur avtalskommunernas inventarier och utrustning kan användas av eller överföras till värdkommunen, samt de eventuellt överförda inventariernas och utrustningens behandling i värdkommunens balansräkning/bokföring.

Fastigheterna

Utgångspunkten är att fastigheterna förblir i samarbetskommunernas ägo och att värdkommunen hyr upp fastigheterna.

Övriga avtal

I samarbetsavtalet bör man komma överens om vilka nu gällande avtal som överförs på värdkommunen samt vilka avtal som eventuellt bör uppsägas.

Ändring av samarbetsavtalet

Eventuella ändringar i samarbetsavtalet kan göras efter det att beslut fattats av samarbetskommunernas fullmäktige.

Meningsskiljaktigheter

I samarbetsavtalet kan man komma överens om att eventuella meningsskiljaktigheter löses genom förhandlingar mellan samarbetskommunerna och om meningsskiljaktigheterna inte går att lösa förhandlingsvägen, avgörs de av förvaltningsdomstolen.

Ett annat sätt att lösa meningsskiljaktigheter är att använda sig av skiljemän enligt lagen om skiljeförfarande.

Avtalets giltighetstid och uppsägning

I samarbetsavtalet kan man komma överens om avtalets giltighetstid, om avtalet är i kraft tillsvidare, och i så fall hur lång uppsägningstiden är. Dessutom bör man i samarbetsavtalet överenskomma om fördelningen av tillgångar eller skulder mellan kommunerna, i det fall att avtalet upphör.

6.3 BESTÄLLAR-UTFÖRARMODELLEN (samkommun eller värdkommun möjlig)

Beställar-utförarmodellen innebär ett sätt att organisera produktionen av offentliga tjänster så, att man tydligt skiljer åt rollen som beställare och rollen som utförare/producent.

Modellen härstammar från England och Nya Zeeland och har fått ett starkt fotfäste i Sverige. I Finland har modellen prövats i mindre utsträckning, men modellen vinner terräng också hos oss.

Beställaren är en offentlig instans, t.ex. en kommun, och utföraren kan vara en organisation inom kommunen själv eller en utomstående organisation. Det väsentliga är att den som beställer tjänsten inte får vara samma aktör som den som utför/producerar tjänsten.

När det gäller att organisera primärvården enligt beställar-utförarmodellen kan beställaren vara ett gemensamt organ, d.v.s. antingen en värdkommun eller en samkommun. De nuvarande primärvårdsorganisationerna kan vara utförare. Modellen innebär alltså att nuvarande primärvårdsorganisationer kvarstår oförändrade. Det gemensamma organet, samkommun eller värdkommun, som är beställaren har endast ett fåtal egna tjänsteinnehavare.

En nackdel med beställar-utförarmodellen är att tjänsterna eventuellt i något skede måste konkurrensutsättas.

Beställar-utförarmodellen förutsätter vidare att beslutsfattarna i kommunen är beredda att iklä sig en ny roll, d.v.s. beställarrollen. Det är en stor utmaning för kommunerna att övergå till ett nytt sätt verka. Det är också fråga om en relativt lång process att ta i bruk beställar-utförarmodellen.

Då beredskapen att införa en beställar-utförarmodell för primärvården i utredningsområdet är relativt låg, är modellen för närvarande inte aktuell.

6.4 EN JÄMFÖRELSE MELLAN SAMKOMMUNS- OCH VÄRDKOMMUNS- MODELLEN

6.4.1 Juridiken

Samkommunen

Samkommunen är en från medlemskommunerna skild, självständig offentligrättslig person, som i sitt eget namn kan ha rättigheter och skyldigheter. I sin egenskap av juridisk person har samkommunen rättshandlingsförmåga, d.v.s. den kan ingå förbindelser och ådra sig juridiskt ansvar.

Samkommunen styrs enligt bestämmelserna i Kommunallagen. Som högsta beslutande organ fungerar antingen en samkommunsstämma eller ett samkommunsfullmäktige. Medlemskommunerna väljer ledamöterna till det högsta beslutandeorganet i samkommunen.

Värdkommunen

I värdkommunen finns det ingen separat juridisk person för samarbetet utan en av samarbetskommunerna, den s.k. värdkommunen, sköter de överenskomna uppgifterna för de övriga kommunernas räkning.

Rent formellt styrs verksamheten av värdkommunens kommunfullmäktige. Det operativa ansvaret innehas ofta av en hälsovårdsnämnd. Nämndmedlemmarna väljs av samarbetskommunernas fullmäktigen.

I samarbetsavtalet kan värdkommunens inflytande regleras på olika sätt.

Förutom hälsovårdsnämnden kan man ha ett samarbetsorgan av rådgivande karaktär. I detta samarbetsorgan kommer man överens om strategierna, riktlinjerna, servicenivån och budgeterna för den kommande verksamheten.

Enligt en nyligen gjord ändring i Kommunallagen är det dessutom möjligt att avtala bort värdkommunstyrelsens rätt att överta frågor från hälsovårdsnämnden.

6.4.2 Ekonomi

Samkommun

Samkommunen har en egen ekonomiförvaltning. Medlemskommunerna faktureras enligt användningen av de tjänster samkommunen producerar.

Värdkommun

I värdkommunsmodellen är samarbetskommunernas ekonomiförvaltning en del av värdkommunens ekonomiförvaltning och samarbetskommunerna faktureras enligt de tjänster de beställer.

6.4.3 Personalen

Personalens ställning är likartad i båda modellerna, dock med den skillnaden att i samkommunen är personalen anställd av samkommunen och i värdkommunen av värdkommunen.

6.4.4 Demokrati

I bägge modellerna minskar antalet förtroendevalda jämfört med nuläget. Generellt kan man anse att det s.k. demokratiunderskottet är större i en samkommun än i en värdkommun.

7. KONKRETA FÖRSLAG FÖR SAMARBETSMODELLER

I utredningsområdets kommuner finns det för närvarande olika åsikter om vilken samarbetsmodell som skall ligga till grund för ett kommande samarbetsområde. För att underlätta beslutsfattandet i denna viktiga fråga presenteras nedan konkreta förslag för de nya samarbetsmodellerna.

7.1 SAMKOMMUN

Om man väljer samkommunen som samarbetsform, innebär det att man bildar en ny samkommun för den gemensamma verksamheten. De tre nuvarande samkommunerna upphör med sin verksamhet liksom också hälsovårdsnämnden i Korsholm.

Den nya samkommunen bildas genom ett grundavtal, som skall godkännas av medlemskommunernas fullmäktige.

Uppgifter i grundavtalet

Samkommunens (arbets)namn: K6.

Samkommunens hemort: Korsholm.

Medlemskommuner: Korsholm, Korsnäs, Malax, Närpes, Oravais, Vörå-Maxmo.

Samkommunens uppgift: Att sköta primärvården (Folkhälsolagen § 14, förutom miljö- och hälsoskyddet) för medlemskommunernas räkning.

Beslutsfattande: Högsta beslutande organet är en samkommunsstämma. Varje medlemskommun väljer minst en medlem till organet. Ingen av medlemskommunerna har ensam majoritet i organet. Operativt och verkställande organ är en samkommunsstyrelse. Varje medlemskommun har minst en medlem i samkommunsstyrelsen. Ingen kommun har ensam majoritet i samkommunsstyrelsen.

Den politiska sammansättningen och könsfördelningen i organen följer bestämmelserna i Kommunallagen.

Samkommunen har en revisionsnämnd med en medlem från varje medlemskommun.

Verksamhetsmodell för samarbetet

Samarbetets verksamhet utformas enligt förslaget till ny verksamhetsmodell i punkt 5 ovan.

Finansiering av samkommunens verksamhet

Som grundkapital har samkommunen medel för 2-3 månaders verksamhet. Grundkapitalet fördelas i enlighet med invånarantalet i varje medlemskommun.

I inledningsskedet utgör varje verksamhetspunkt ett kostnadsställe. Varje medlemskommun i samkommunen faktureras för de tjänster som den egna kommuninvånaren använder.

Personalen

Den nuvarande personalen i de organisationer som upphör med sin verksamhet överförs till den nya samkommunen. Överföringen sker med iakttagande av stadganden i Ramlagen § 13. De tidigare arbetsgivarna står för upplupna semesterersättningar och pensionskostnader .

Inventarier och utrustning

Inventarier och utrustning övergår kostnadsfritt i den nya samkommunens ägo.

Fastigheter

Fastigheterna förblir i de nuvarande ägarnas ägo samt hyrs upp av den nya samkommunen. Då man bestämmer fastigheternas värde samt hyresnivå kan man använda sig av erfarenheterna från bildandet av de nya räddningsverksenheter.

Investeringar

För varje större investering upprättas ett skilt avtal mellan medlemskommunerna. Den kommun där investeringen sker, står för investeringskostnaderna och uppbär som motprestation en skälig hyra av samkommunen.

Övriga avtal

Nu gällande avtal överförs antingen på den nya samkommunen eller sägs vid behov upp.

Utträde ur samkommunen

Den nya samkommunen är en frivillig samkommun, varför utträde ur samkommunen kan ske med iakttagande av en skälig, minst två år lång uppsägningstid.

Vid ett utträde kan den utträdande kommunens tidigare personal i mån av möjlighet återgå i den utträdande kommunens tjänst.

I grundavtalet kommer man också överens om förfarande vid upplösning och likvidation av samkommunen.

7.2 VÄRDKOMMUN

Den nya värdkommunen bildas genom ett samarbetsavtal, som godkänns av medlemskommunernas fullmäktige. I utredningsområdet skulle sålunda tre samkommuner upphöra med sin verksamhet.

Uppgifter i samarbetsavtalet

Avtalsparter: Korsholm, Korsnäs, Malax, Närpes, Oravais och Vörå-Maxmo.

Värdkommun: Korsholm.

Gemensamt samarbetsorgan: Hälsovårdsnämnden i Korsholm.

Varje medlemskommun väljer minst en medlem till hälsovårdsnämnden i Korsholm. Ingen medlemskommun har ensam majoritet i hälsovårdsnämnden. Posterna som ordförande och viceordförande i hälsovårdsnämnden alternerar mellan kommunerna.

En skild förvaltningsinstruktion för hälsovårdsnämnden utarbetas av medlemskommunerna. Likaså anpassas värdkommunens övriga instruktioner till den gemensamma nämndens verksamhet. Förvaltningsinstruktionen för hälsovårdsnämnden är en del av samarbetsavtalet. I samarbetsavtalet stadgas att värdkommunens styrelse inte har rätt att överta ärenden från hälsovårdsnämnden.

Dessutom tillsätts ett gemensamt rådgivande organ. Organet består av medlemskommunernas högsta politiska- och tjänstemannaledning. I detta rådgivande organ kan man komma överens om värdkommunens verksamhet, framtida strategi, servicenivå och budget. Det rådgivande organet sammanträder minst två gånger om året.

Samarbetets omfattning

Samarbetet omfattar de uppgifter som anges för primärvården i Folkhälsolagen § 14. Eftersom en skild utredning pågår om samarbetet kring miljö- och hälsoskyddet, skall denna del inte ingå i samarbetet.

Verksamhetsmodell för samarbetet

Samarbetets verksamhet utformas enligt förslaget till ny verksamhetsmodell i punkt 5 ovan.

Personalen

Den nuvarande personalen i de samkommuner som upphör, övergår med bibehållna löner och löneförmåner i värdkommunens tjänst, som gamla arbetstagare med iakttagande av stadganden i Ramlagen § 13. De tidigare arbetsgivarna står för upplupna semesterersättningar och pensionskostnader.

Ekonomi och ekonomiförvaltning

Värdkommunen svarar för ekonomiförvaltningen. Hälsovårdsnämndens ekonomi är en del av värdkommunens budget och ekonomiplan. Bokföringen ordnas så att uppföljning är möjlig. Värdkommunen har rapporteringsskyldighet till de övriga medlemskommunerna fyra gånger om året. Likaså ingår i samarbetsavtalet att medlemskommunerna har rätt att ta del av värdkommunens bokföring och förvaltning.

Kostnadsfördelningen baserar sig på kommuninvånarnas användning av servicen. Verksamheten produktifieras i varje verksamhetspunkt och i initialskedet finns olika kostnadsstrukturer för de olika verksamhetspunkterna. Samtliga direkta och indirekta kostnader beaktas.

Inventarier och utrustning

Inventarier och utrustning övergår kostnadsfritt i värdkommunens ägo. I samarbetsavtalet kommer man överens om hur de övertagna inventarierna och den övertagna utrustningen behandlas i värdkommunens balansräkning och bokföring.

Fastigheterna

Fastigheterna förblir i de nuvarande ägarnas ägo samt hyrs upp av den nya värdkommunen. Då man bestämmer fastigheternas värde samt hyresnivå kan man använda sig av erfarenheterna från bildandet av de nya räddningsverksenheter

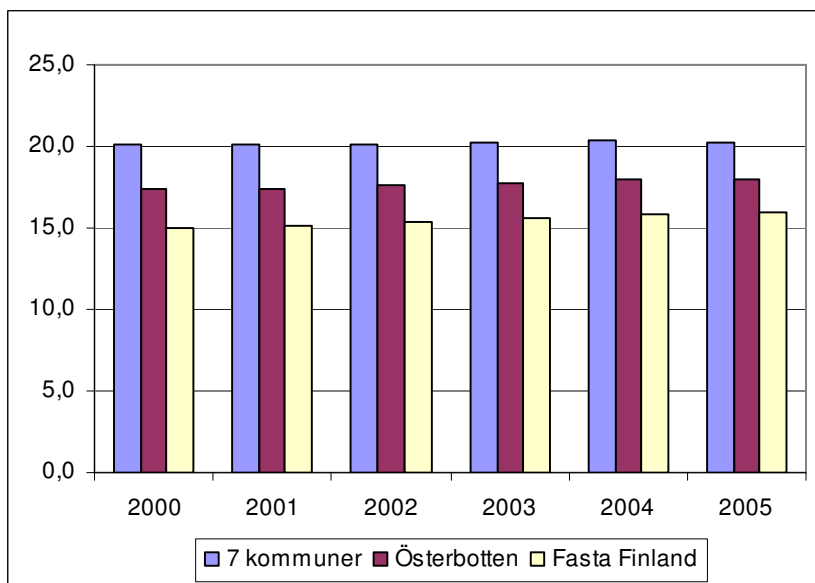
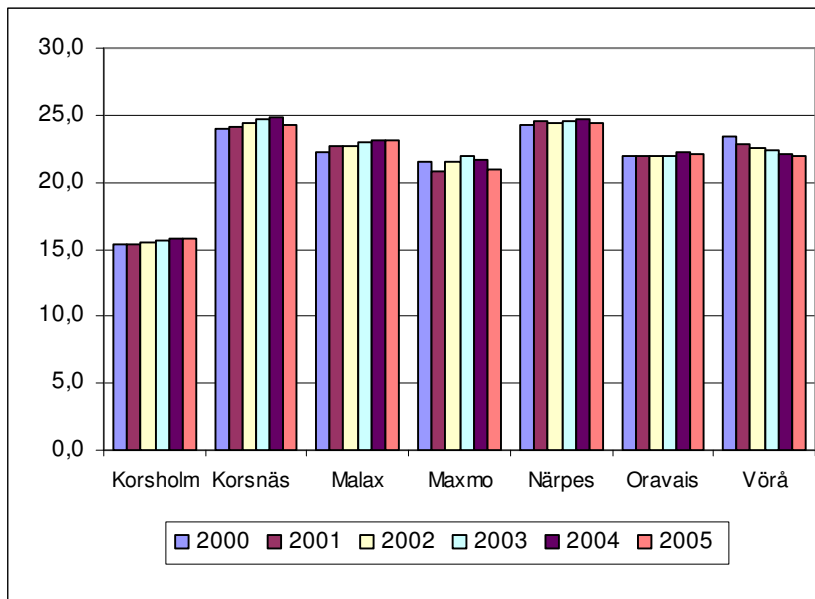
Övriga avtal

Nu gällande avtal överförs antingen på den nya värdkommunen eller sägs vid behov upp.

Ändring av samarbetsavtal

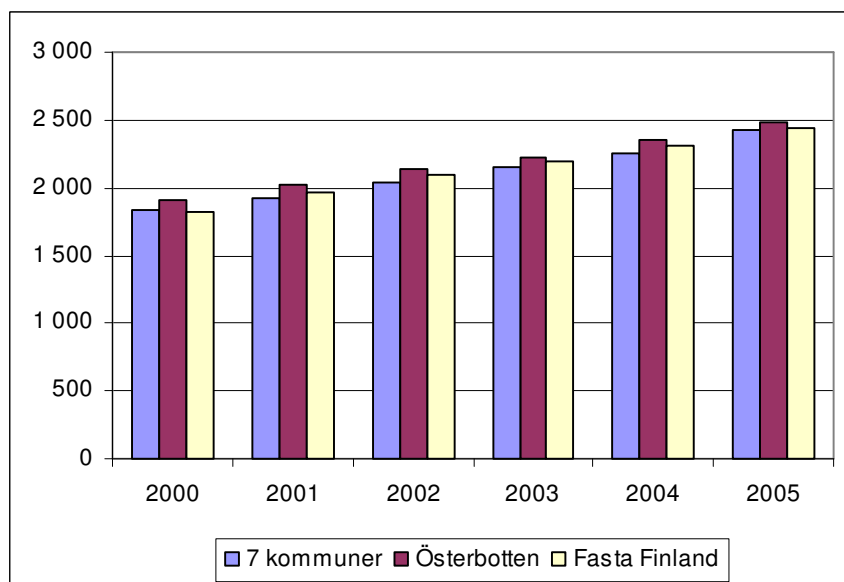
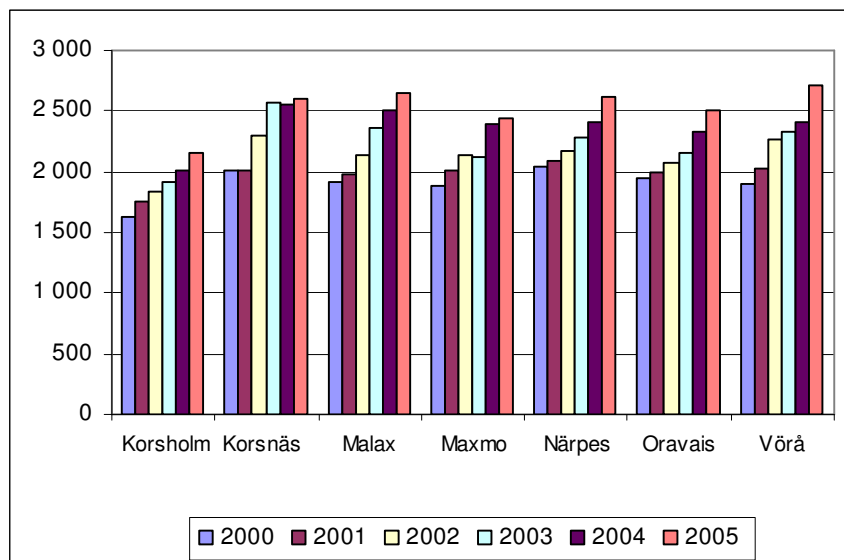
Ändringar i samarbetsavtalet kan göras efter att beslut om ändringarna fattats av medlemskommunernas fullmäktigen.

Antal personer som fyllt 65 år, %

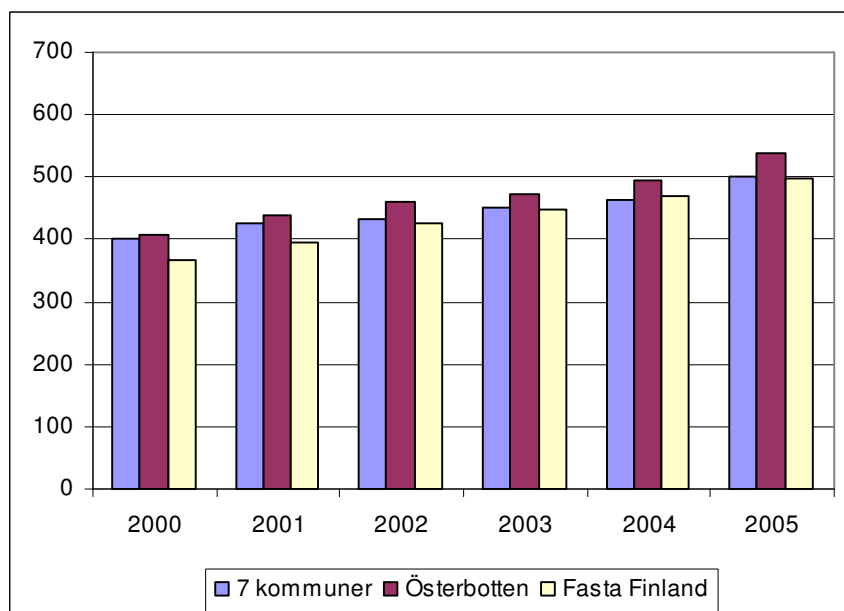
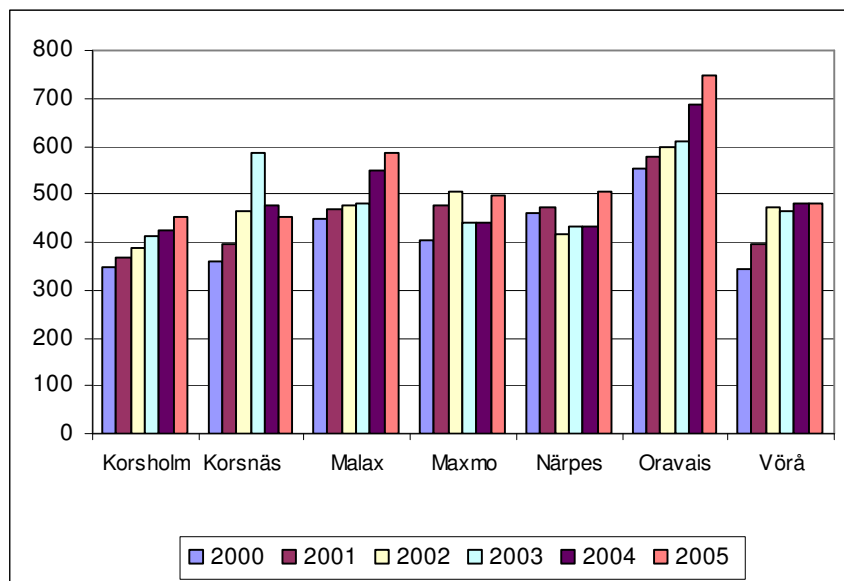


Korsholm är den enda kommunen i utredningsområdet som kan räkna med en ökning av invånarantalet. Detta faktum bör beaktas vid dimensioneringen av framtida hälsovårdstjänster. Korsholm avviker från de övriga utredningskommunerna även när det gäller antalet personer som fyllt 65 år. Trots att andelen personer som fyllt 65 år är relativt låg i Korsholm kan det konstateras att utredningsområdets befolkning totalt sett är åldersstigen, jämfört t.ex. med kommunerna i det övriga Österbotten, eller jämfört med hela landet.

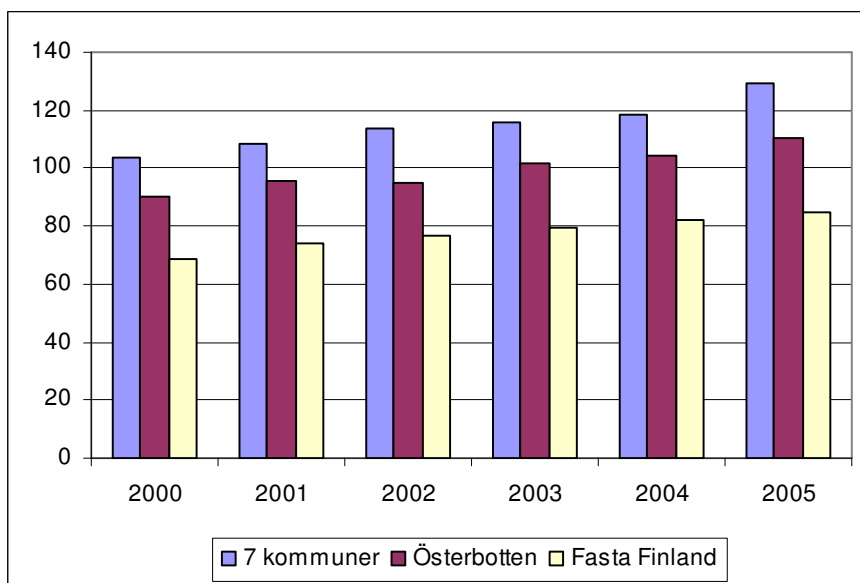
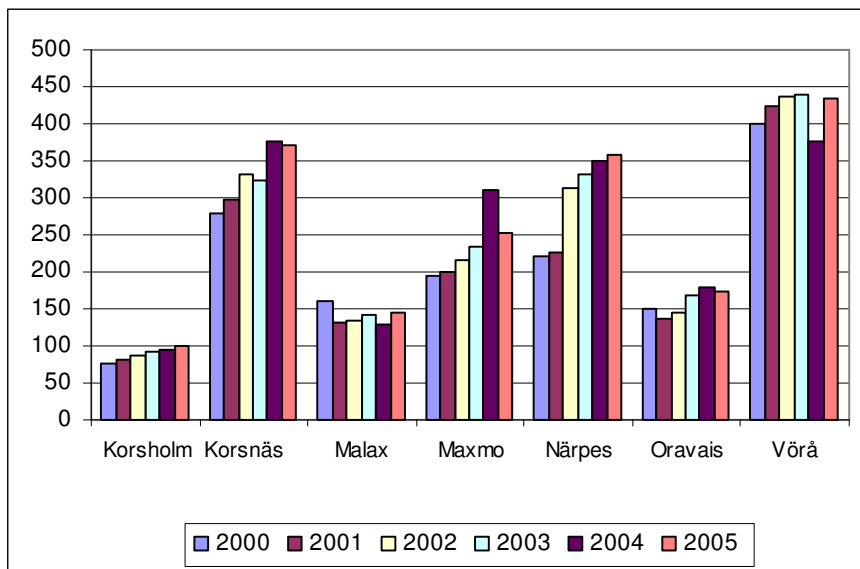
Nettokostnader för social- och hälsovård, EUR/invånare



Nettokostnader för primärvården, EUR/invånare

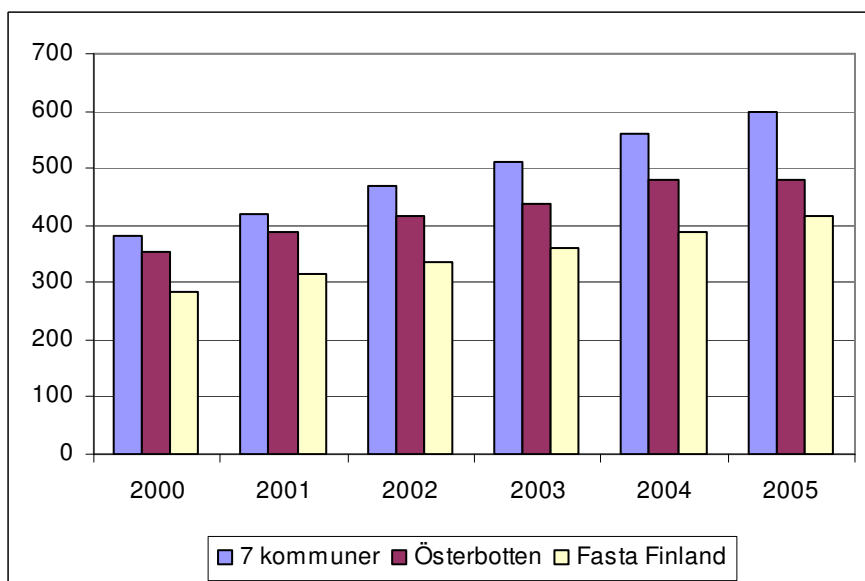
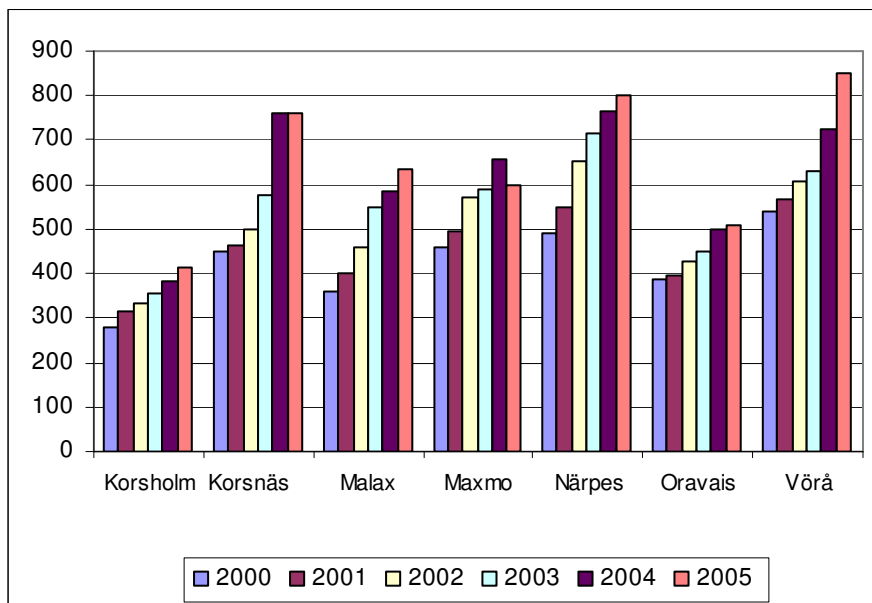


Nettokostnader för anstaltstjänster för äldre, EUR/invånare



Nettokostnader för åldringvården mm., EUR/invånare

Anstaltstjänster för äldre, hemtjänst, samt annan service för äldre och handikappade.



Som framgår av de statistiska uppgifterna ovan, har Korsholm de lägsta vårdutgifterna per invånare. En naturlig förklaring är den idag gynnsamma åldersstrukturen, men andra orsaker kan inte uteslutas.

”Bench-marking” mellan hälsostationerna kunde vara ett intressant projekt.

Statistiken i Utredningens bilagor visar dock att Korsholms åldersstruktur snabbt förändras, d.v.s. befolkningen i Korsholm blir äldre.

Den årliga kostnadsökningen inom hälsovården har sedan år 1997 legat på cirka 4,9%. Det som bidragit till kostnadsökningen inom hälsovården är bl.a. dyrare läkemedel, vårdgarantin samt invånarnas inställning till hälsovården. Invånarna är väl medvetna om sjukdomar, nya vårdmetoder och om sina rättigheter. Mot denna bakgrund är det skäl att se till att hälsovården är välfungerande. Med större hälsocentraler står man bättre rustad inför framtiden, samtidigt som en större hälsocentral också är mindre sårbar än en mindre enhet.

Utgångspunkten då man bildar en större hälsocentral är att servicen bibehålls åtminstone på samma nivå som idag, och följaktligen kan man inte räkna med några större inbesparingar, åtminstone inte i början.

9. DET FORTSATTA ARBETET

Som utredningsman rekommenderar jag att ett samarbetsområde för primärvården i utredningsområdet bildas. Min rekommendation grundar sig främst på de diskussioner jag fört med utredningsområdets beslutsfattare, men också på att utredningsområdet dels bildar en funktionell helhet och dels uppfyller kravet på minimiinvånarantal för bildandet av ett samarbetsområde för primärvården enligt Ramlagen.

Frågan om vilken samarbetsmodell som skall väljas (samkommun eller värdkommun) avgör utredningskommunernas beslutsfattare.

Efter det utredningskommunerna fattat ett principbeslut om att bilda ett samarbetsområde för primärvården samt kommit överens om vilken samarbetsmodell som väljs, bör förändringsarbetet inledas omedelbart.

Den nuvarande styrgruppen, kompletterad med representanter för personalen, leder förändringsarbetet.

Styrgruppen tillsätter följande arbetsgrupper:

- 1) En arbetsgrupp som uppgör ett detaljerat förslag om hur förvaltningen och ekonomin handhas.
- 2) En arbetsgrupp som med hänsyn till juridiken uppgör förslag om hur personalen överförs och inplaceras i den nya organisationen. Likaså föreslår arbetsgruppen nödvändiga förändringar av tjänstebenenämningar.
- 3) En arbetsgrupp för samordning av IT-verksamheten.
- 4) En arbetsgrupp som uppgör förslag om verksamhetens omfattning och personal i de olika verksamhetspunkterna.
- 5) En arbetsgrupp för att organisera tandvården.
- 6) En arbetsgrupp för att organisera företagshälsovården.
- 7) En arbetsgrupp för att utarbeta ett skolnings- och utvecklingsprogram för den kommande verksamheten.

En ledare på heltid för förändringsarbetet utses. Denna ledare kan eventuellt i ett senare skede väljas till chef för den nya organisationen.

Målsättningen är att arbetet inom den gemensamma hälsovårdscentralen inleds den 1 januari år 2009.

Efter det att arbetet inom den gemensamma hälsovårdscentralen kommit igång, utvidgas samarbetet till att omfatta lämpliga delar av socialväsendet. Dessutom koordineras upphandlingen av specialsjukvårdtjänster.

Avslutningsvis bör framhållas, att en sammanslagning av organisationer kan te sig som en teknisk och enkel åtgärd, men praktiska erfarenheter och många organisationsteorier visar att en organisationssammanslagning är en på många plan komplex och tidvis kaotisk process. I förändringsprocessen finns både rationella och irrationella element som bildar en förändringsdynamisk helhet. Ett uttryck för denna förändringsdynamik är motståndet mot förändringar, som alltid finns med i bilden när det är fråga om förändringar.

Harry Bondas

28.2.2007

BILAGOR

STATISTIK ÖVER UTREDNINGSKOMMUNERNA



499 Mustasaari Korsholm

Ekonomisk region	Vasa		Annat			
1.1.2006						
Landskap	Österbotten		Kommungruppering	Tätortskommun		
1.1.2006						
BEFOLKNING 31.12.2005		AREAL 1.1.2006				
Invånarantal , person		17 369	Landareal , km2		847,26	
Förändring från föregående år i , %		0,7	Areal totalt exklusive havet , km2		865,15	
Svenskspråkiga , person		12 415	Tätortsgrad 2000		81,6	
			Folktäthet , invånare per km2 land		20,5	
ÅLDERSSTRUKTUR 31.12.2005, person		BEFOLKNINGSPROGNOS 2004, person				
	%			2010	2020	2030
0-6-åring	8,8	1 531	0-6-åring	1 503	1 530	1 457
7-14-åring	10,7	1 850	7-14-åring	1 784	1 847	1 849
15-64-åring	64,7	11 234	15-64-åring	11 403	11 186	11 108
65-74-åring	8,0	1 388	65-74-åring	1 654	2 374	2 267
75-84-åring	5,9	1 031	75-84-åring	977	1 264	1 877
85-åringar och äldre	1,9	335	85-åringar och äldre	378	428	615
totalt , person		17 369	totalt , person	17 699	18 629	19 173

**BRANSCHSTRUKTUR
2004*, %**

Jord- och skogsbruk	9,3
Industri	27,7
Tjänster	60,5

ARBETE 2004*

Arbetsplatssufficiens , %	57,5
Arbetskraft , person	8 698
Sysselsatta , person	8 176
Arbetslösa , person	522
Relativt arbetslöshetstal , %	6,0
Försörjningskvot	1,11
Försörjningskvot utanför arbetskraften	1,04

* = förhandsuppgift

Källor: landareal Lantmäteriverket;
beskattning Skattestyrelsen; övriga
Statistikcentralen.**NÄRINGSSTRUKTUR 2004*,
%**

Jord- och skogsbruk	5,6
Industri	25,2
Tjänster	67,7

UTBILDNING 2004

	%	Person
Personer som fyllt 15 år		13 847
Utexaminerade	65,8	9 108
Mellanstadium	56,8	5 170
Lägsta högskolenivå	22,0	2 003
Lägre högskolenivå	12,0	1 094
Högre högskolenivå	8,6	779
Forskarutbildning	0,7	62

280 Korsnäs Korsnäs

Ekonomisk region Vasa
1.1.2006 Annat
Landskap Österbotten
1.1.2006 Kommungruppering Landbygdskommun

BEFOLKNING 31.12.2005

Invånarantal , person 2 208
Förändring från föregående år i , % 0,4
Svenskspråkiga , person 2 099

AREAL 1.1.2006

Landareal , km² 235,65
Areal totalt exklusive havet , km² 239,59
Tätortsgrad 2000 67,2
Folktäthet , invånare per km² land 9,4

ÅLDERSSTRUKTUR 31.12.2005, person

	%	
0-6-åring	5,6	124
7-14-åring	9,3	205
15-64-åring	60,8	1 342
65-74-åring	10,0	221
75-84-åring	10,3	227
85-åringar och äldre	4,0	89
totalt , person		2 208

BEFOLKNINGSPROGNOS 2004, person

	2010	2020	2030
0-6-åring	123	123	110
7-14-åring	172	155	150
15-64-åring	1 283	1 094	998
65-74-åring	255	343	292
75-84-åring	176	199	279
85-åringar och äldre	98	79	98
totalt , person	2 107	1 993	1 927

BRANSCHSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk 28,4
Industri 16,1
Tjänster 52,6

NÄRINGSSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk 26,0
Industri 18,3
Tjänster 53,0

ARBETE 2004***UTBILDNING 2004**

			%	Person
Arbetsplatssufficiens , %	88,2	Personer som fyllt 15 år		1 857
Arbetskraft , person	1 035	Utexaminerade	54,2	1 007
Sysselsatta , person	983	Mellanstadium	67,2	677
Arbetslösa , person	52	Lägsta högskolenivå	17,6	177
Relativt arbetslöshetstal , %	5,0	Lägre högskolenivå	9,7	98
Försörjningskvot	1,24	Högre högskolenivå	5,4	54
Försörjningskvot utanför arbetskraften	1,18	Forskarutbildning	0,1	1

* = förhandsuppgift

Källor: landareal

Lantmäteriverket; beskattning

Skattestyrelsen; övriga

Statistikcentralen.

475 Maalahti Malax

Ekonomisk region Vasa
1.1.2006 Annat
Landskap Österbotten
1.1.2006 Kommungruppering Landbygdskommun

BEFOLKNING 31.12.2005

Invånarantal , person	5 542	Landareal , km2	521,01
Förändring från föregående år i , %	-0,2	Areal totalt exklusive havet , km2	525,30
Svenskspråkiga , person	4 927	Tätortsgrad 2000	73,4
		Folktäthet , invånare per km2 land	10,6

ÅLDERSSTRUKTUR 31.12.2005, person

	%	
0-6-åring	6,1	340
7-14-åring	8,9	494
15-64-åring	61,8	3 426
65-74-åring	10,0	554
75-84-åring	9,0	499
85-åringar och äldre	4,1	229
totalt , person		5 542

AREAL 1.1.2006

BEFOLKNINGSPROGNOS 2004, person

	2010	2020	2030
0-6-åring	351	327	304
7-14-åring	446	421	402
15-64-åring	3 169	2 773	2 551
65-74-åring	593	741	654
75-84-åring	399	444	574
85-åringar och äldre	216	165	199
totalt , person	5 174	4 871	4 684

BRANSCHSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk	17,2	Jord- och skogsbruk	13,3
Industri	24,4	Industri	25,0
Tjänster	56,5	Tjänster	60,4

NÄRINGSSTRUKTUR 2004*, %

ARBETE 2004***UTBILDNING 2004**

			%	Person
Arbetsplatssufficiens , %	77,2	Personer som fyllt 15 år		4 688
Arbetskraft , person	2 596	Utexaminerade	56,2	2 634
Sysselsatta , person	2 409	Mellanstadium	66,2	1 744
Arbetslösa , person	187	Lägsta högskolenivå	19,1	503
Relativt arbetslöshetstal , %	7,2	Lägre högskolenivå	9,4	248
Försörjningskvot	1,31	Högre högskolenivå	4,9	130
Försörjningskvot utanför arbetskraften	1,23	Forskarutbildning	0,3	9

* = förhandsuppgift

Källor: landareal

Lantmäteriverket; beskattning

Skattestyrelsen; övriga

Statistikcentralen.

545 Närpiö Närpes

Ekonomisk region 1.1.2006	Sydösterbottens kustregion	Stad
Landskap 1.1.2006	Österbotten	Kommungruppering Tätortskommun

BEFOLKNING 31.12.2005

Invånarantal , person	9 463
Förändring från föregående år i , %	-0,5
Svenskspråkiga , person	8 626

AREAL 1.1.2006

Landareal , km ²	977,16
Areal totalt exklusive havet , km ²	985,12
Tätortsgrad 2000	65,0
Folktäthet , invånare per km ² land	9,7

ÅLDERSSTRUKTUR 31.12.2005, person

	%	
0-6-åring	5,8	549
7-14-åring	8,5	807
15-64-åring	61,2	5 793
65-74-åring	11,0	1 038
75-84-åring	9,7	918
85-åringar och äldre	3,8	358
totalt , person		9 463

BEFOLKNINGSPROGNOS 2004, person

	2010	2020	2030
0-6-åring	531	490	438
7-14-åring	641	604	563
15-64-åring	5 355	4 435	3 929
65-74-åring	1 075	1 272	1 056
75-84-åring	824	831	1 021
85-åringar och äldre	363	353	391
totalt , person	8 789	7 985	7 398

BRANSCHSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk	23,6
Industri	23,7
Tjänster	50,9

NÄRINGSSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk	23,5
Industri	21,1
Tjänster	53,5

ARBETE 2004*

Arbetsplatssufficiens , %	100,6
Arbetskraft , person	4 522
Sysselsatta , person	4 279
Arbetslösa , person	243
Relativt arbetslöshetstal , %	5,4
Försörjningskvot	1,22
Försörjningskvot utanför arbetskraften	1,17

* = förhandsuppgift

Källor: landareal

Lantmäteriverket; beskattning

Skattestyrelsen; övriga

Statistikcentralen.

UTBILDNING 2004

	%	Person
Personer som fyllt 15 år		8 115
Utexaminerade	52,7	4 275
Mellanstadium	68,7	2 937
Lägsta högskolenivå	17,5	750
Lägre högskolenivå	8,4	359
Högre högskolenivå	5,1	220
Forskarutbildning	0,2	9

559 Oravainen Oravais

Ekonomisk region Vasa
1.1.2006 Annat
Landskap Österbotten
1.1.2006 Kommungruppering Landbygdskommun

BEFOLKNING 31.12.2005 AREAL 1.1.2006

Invånarantal , person	2 193	Landareal , km2	203,94
Förändring från föregående år i , %	0,4	Areal totalt exklusive havet , km2	208,53
Svenskspråkiga , person	1 837	Tätortsgrad 2000	65,6
		Folktäthet , invånare per km2 land	10,8

ÅLDERSSTRUKTUR 31.12.2005, person

BEFOLKNINGSPROGNOS 2004, person

	%		2010	2020	2030
0-6-åring	5,3	116	0-6-åring 125	120	111
7-14-åring	11,4	251	7-14-åring 210	196	193
15-64-åring	61,1	1 341	15-64-åring 1 292	1 157	1 061
65-74-åring	9,5	208	65-74-åring 210	253	269
75-84-åring	9,3	203	75-84-åring 172	159	204
85-åringar och äldre	3,4	74	85-åringar och äldre 75	70	71
totalt , person		2 193	totalt , person 2 084	1 955	1 909

**BRANSCHSTRUKTUR
2004*, %**

Jord- och skogsbruk	17,3
Industri	33,3
Tjänster	48,1

NÄRINGSSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk	18,2
Industri	29,7
Tjänster	50,7

ARBETE 2004*

Arbetsplatssufficiens , %	100,1
Arbetskraft , person	998
Sysselsatta , person	955
Arbetslösa , person	43
Relativt arbetslöshetstal , %	4,3
Försörjningskvot	1,29
Försörjningskvot utanför arbetskraften	1,24

UTBILDNING 2004

	%	Person
Personer som fyllt 15 år		1 819
Utexaminerade	54,6	994
Mellanstadium	68,0	676
Lägsta högskolenivå	18,4	183
Lägre högskolenivå	8,6	85
Högre högskolenivå	5,0	50
Forskarutbildning	0,0	0

* = förhandsuppgift

Källor: landareal

Lantmäteriverket; beskattning

Skattestyrelsen; övriga

Statistikcentralen.

944 Vöyri Vörå

Ekonomisk region	Vasa	Annat
1.1.2006		
Landskap	Österbotten	Kommungruppering Landbygdskommun
1.1.2006		

BEFOLKNING 31.12.2005

Invånarantal , person	3 513
Förändring från föregående år i , %	-0,8
Svenskspråkiga , person	2 980

AREAL 1.1.2006

Landareal , km2	425,67
Areal totalt exklusive havet , km2	428,50
Tätortsgrad 2000	51,8
Folktäthet , invånare per km2 land	8,3

ÅLDERSSTRUKTUR 31.12.2005, person

	%	
0-6-åring	7,9	277
7-14-åring	9,5	334
15-64-åring	60,7	2 133
65-74-åring	9,9	347
75-84-åring	8,3	291
85-åringar och äldre	3,7	131
totalt , person		3 513

BEFOLKNINGSPROGNOS 2004, person

	2010	2020	2030
0-6-åring	277	282	272
7-14-åring	343	355	357
15-64-åring	2 088	2 006	1 959
65-74-åring	366	453	431
75-84-åring	268	278	355
85-åringar och äldre	122	113	133
totalt , person	3 464	3 487	3 507

BRANSCHSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk	17,6
Industri	28,8
Tjänster	50,8

NÄRINGSSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk	16,8
Industri	23,4
Tjänster	57,0

ARBETE 2004***UTBILDNING 2004**

			%	Person
Arbetsplatssufficiens , %	96,9	Personer som fyllt 15 år		2 916
Arbetskraft , person	1 597	Utexaminerade	56,7	1 654
Sysselsatta , person	1 524	Mellanstadium	63,6	1 052
Arbetslösa , person	73	Lägsta högskolenivå	18,3	303
Relativt arbetslöshetstal , %	4,6	Lägre högskolenivå	10,0	165
Försörjningskvot	1,32	Högre högskolenivå	7,9	131
Försörjningskvot utanför arbetskraften	1,28	Forskarutbildning	0,2	3

* = förhandsuppgift

Källor: landareal

Lantmäteriverket;

beskattning Skattestyrelsen;

övriga Statistikcentralen.

479 Maksamaa Maxmo

Ekonomisk region Vasa
1.1.2006 Annat
Landskap Österbotten
1.1.2006 Kommungruppering Landbygdskommun

BEFOLKNING 31.12.2005

Invånarantal , person	1 043	Landareal , km2	151,71
Förändring från föregående år i , %	-0,6	Areal totalt exklusive havet , km2	153,76
Svenskspråkiga , person	921	Tätortsgrad 2000	0,0

AREAL 1.1.2006

Folktäthet , invånare per km2 land	6,9
------------------------------------	-----

ÅLDERSSTRUKTUR 31.12.2005, person

	%	
0-6-åring	6,7	70
7-14-åring	9,9	103
15-64-åring	62,4	651
65-74-åring	9,4	98
75-84-åring	8,8	92
85-åringar och äldre	2,8	29
totalt , person		1 043

BEFOLKNINGSPROGNOS 2004, person

	2010	2020	2030
0-6-åring	70	66	55
7-14-åring	76	81	80
15-64-åring	618	523	476
65-74-åring	102	158	147
75-84-åring	81	81	128
85-åringar och äldre	35	33	38
totalt , person	982	942	924

**BRANSCHSTRUKTUR
2004*, %**

Jord- och skogsbruk	18,4
Industri	28,8
Tjänster	48,9

NÄRINGSSTRUKTUR 2004*, %

Jord- och skogsbruk	14,0
Industri	28,2
Tjänster	55,4

ARBETE 2004*

Arbetsplatssufficiens , %	64,6
Arbetskraft , person	510
Sysselsatta , person	478
Arbetslösa , person	32
Relativt arbetslöshetstal , %	6,3
Försörjningskvot	1,19
Försörjningskvot utanför arbetskraften	1,13

UTBILDNING 2004

	%	Person
Personer som fyllt 15 år		869
Utexaminerade	49,6	431
Mellanstadium	68,4	295
Lägsta högskolenivå	17,4	75
Lägre högskolenivå	9,0	39
Högre högskolenivå	4,6	20
Forskarutbildning	0,5	2

* = förhandsuppgift

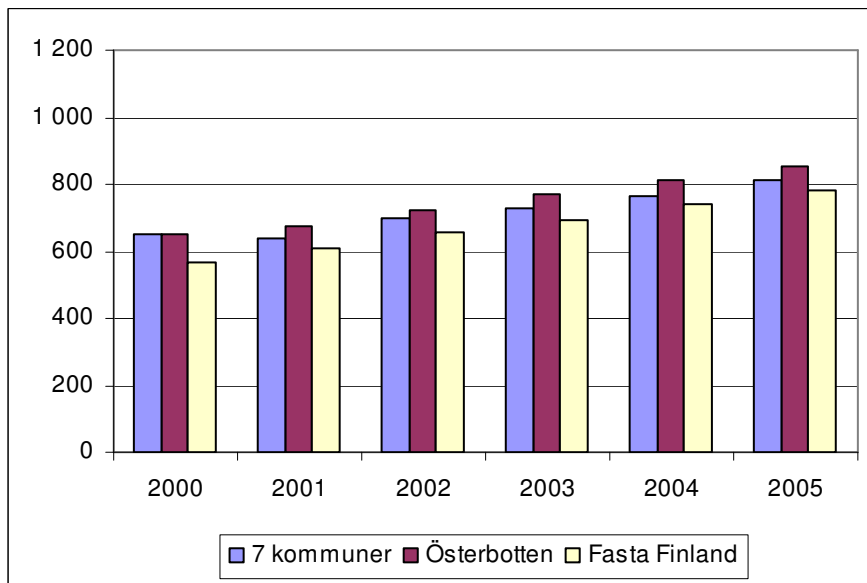
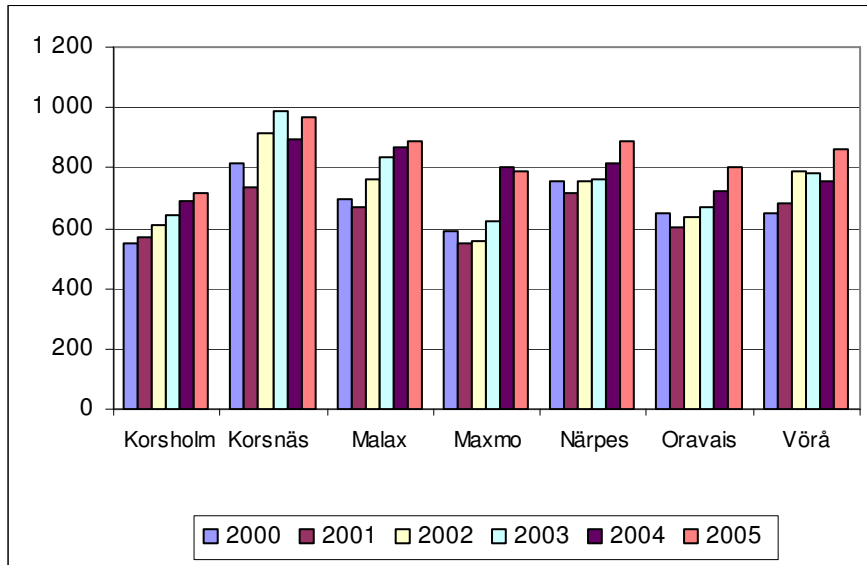
Källor: landareal

Lantmäteriverket; beskattning

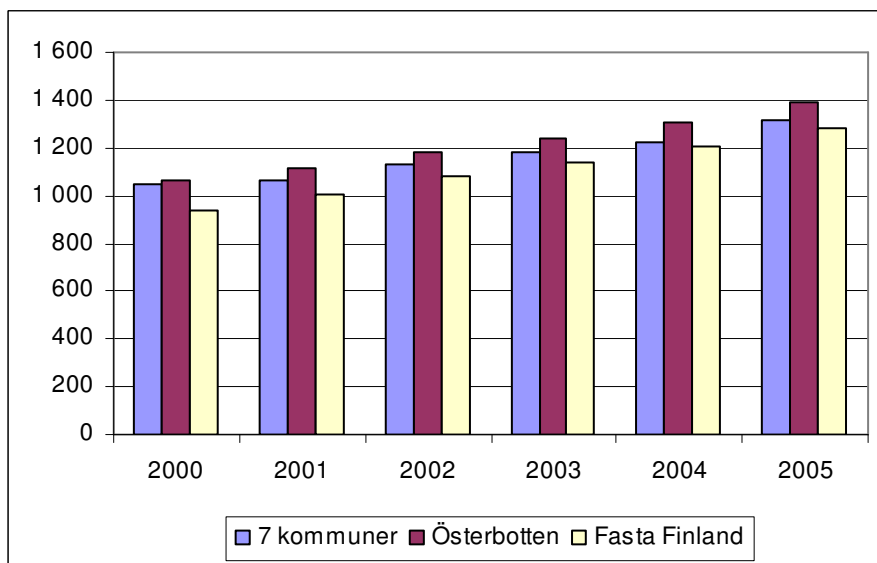
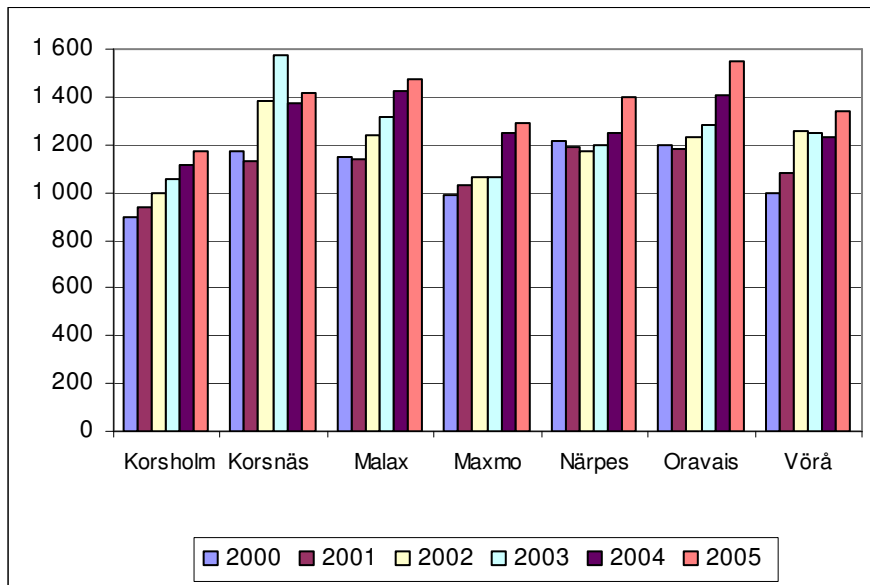
Skattestyrelsen; övriga

Statistikcentralen.

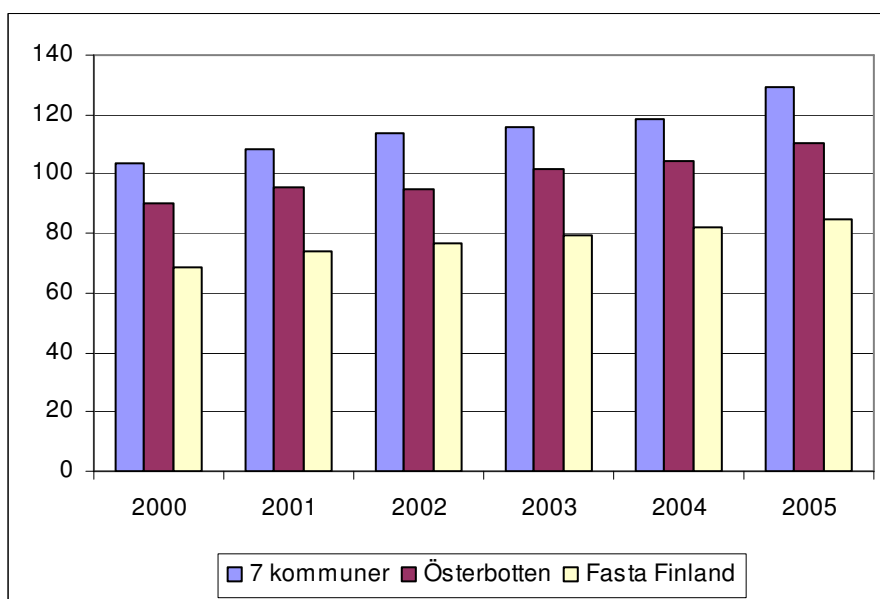
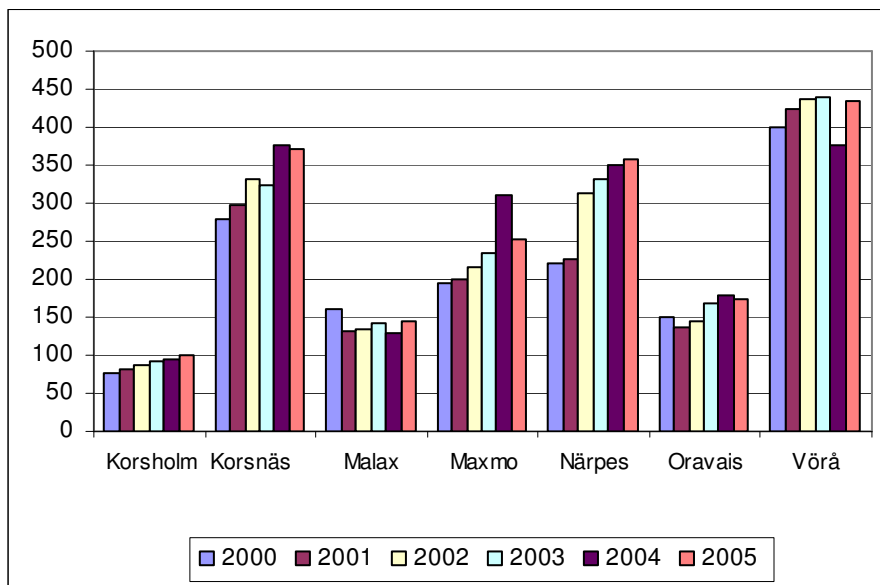
Nettokostnader för specialsjukvård, EUR/invånare



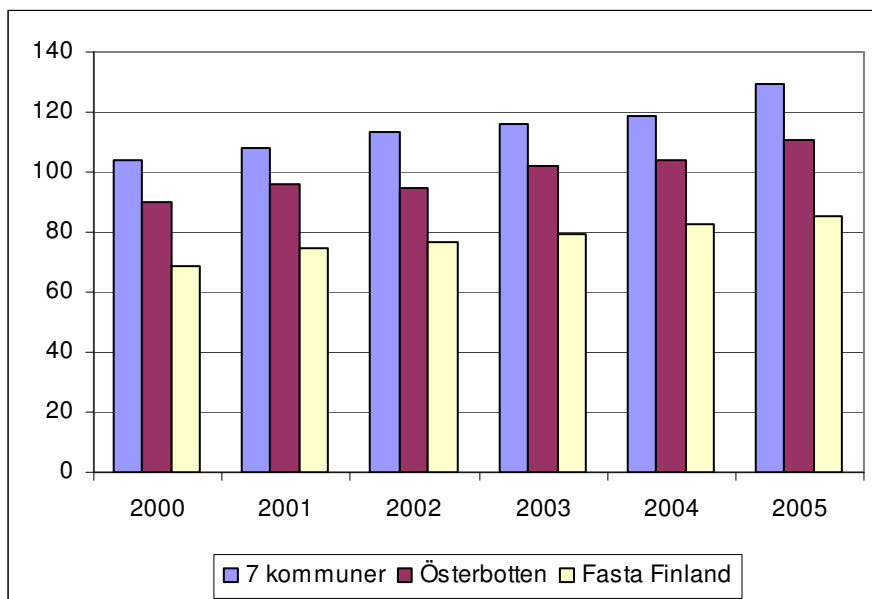
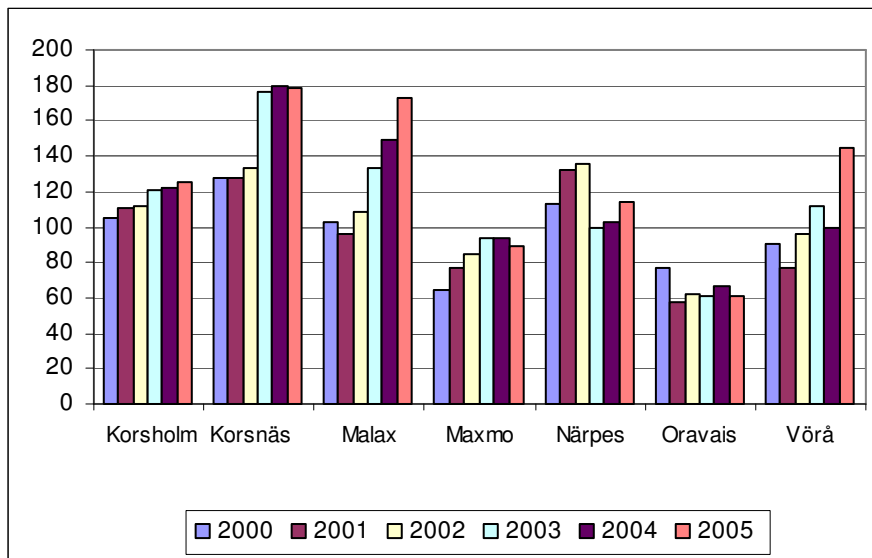
Nettokostnader för primärvård + specialsjukvård, EUR/invånare



Nettokostnader för anstaltstjänster för äldre, EUR/invånare



Nettokostnader för hemtjänst, EUR/invånare



De politiska partiernas fördelning i K6 kommunernas fullmäktigen

	SFP	SDP	C	KD	SAML.	VF	MSK	Obunden	
Korsholm	34	2	0	1	1	1	4	0	43
Malax	17	4	5	1	0	0	0	0	27
Korsnäs	21	0	0	0	0	0	0	0	21
Närpes	28	0	4	2	0	0	0	1	35
Oravais	18	2	0	0	0	1	0	0	21
Vörå-Maxmo	31	3	0	0	0	0	0	0	34
	149	11	9	4	1	2	4	1	181

De politiska partiernas fördelning i K5 kommunernas fullmäktigen

	SFP	SDP	C	KD	SAML.	VF	MSK	Obunden	
Korsholm	34	2	0	1	1	1	4	0	43
Malax	17	4	5	1	0	0	0	0	27
Korsnäs	21	0	0	0	0	0	0	0	21
Oravais	18	2	0	0	0	1	0	0	21
Vörå-Maxmo	31	3	0	0	0	0	0	0	34
	121	11	5	2	1	2	4	0	146

SFP: Svenska Folkpartiet

SDP: Finlands Socialdemokratiska Parti

C: Centern i
Finland

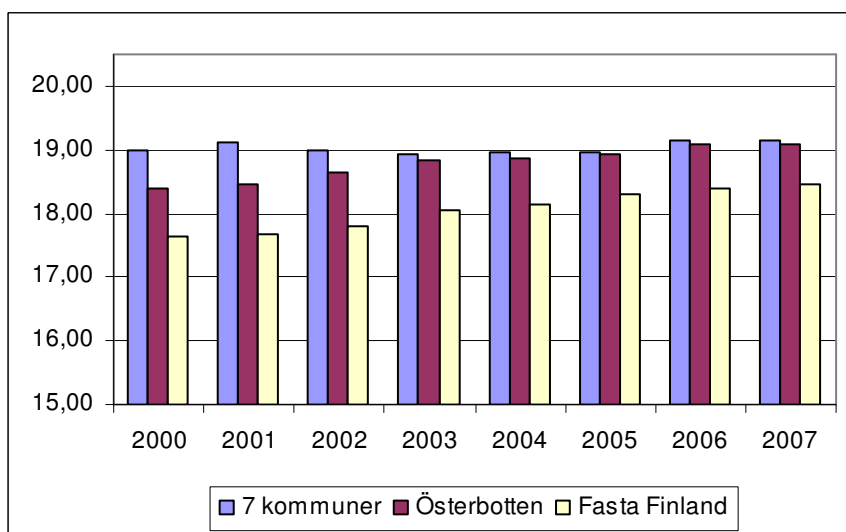
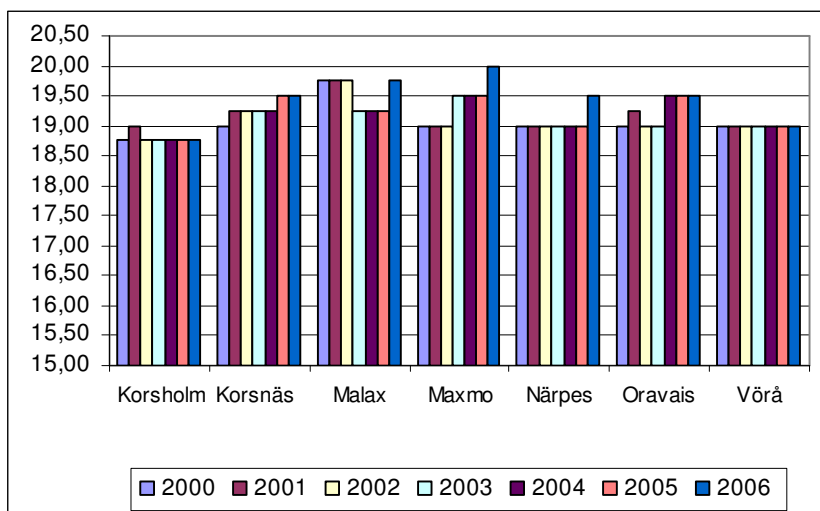
KD: Kristdemokraterna i Finland

SAML.: Samlingspartiet

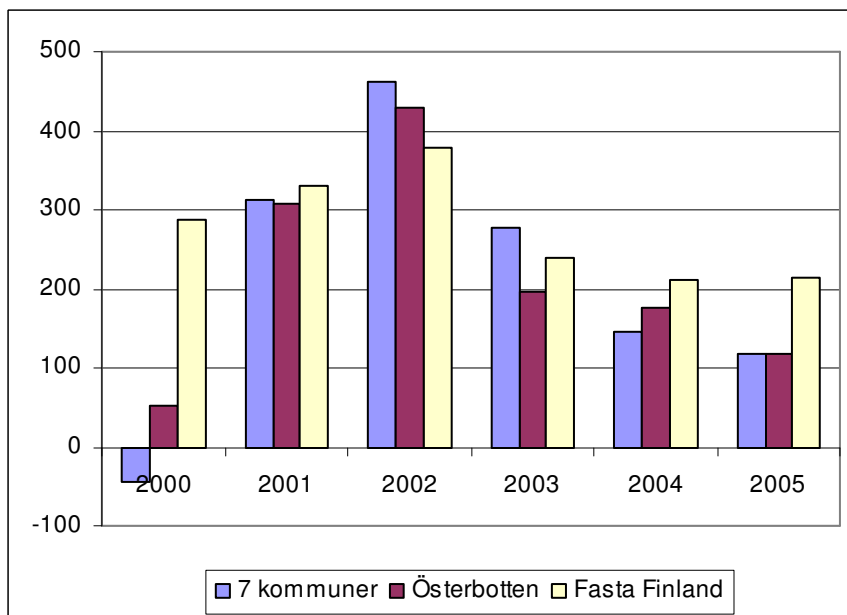
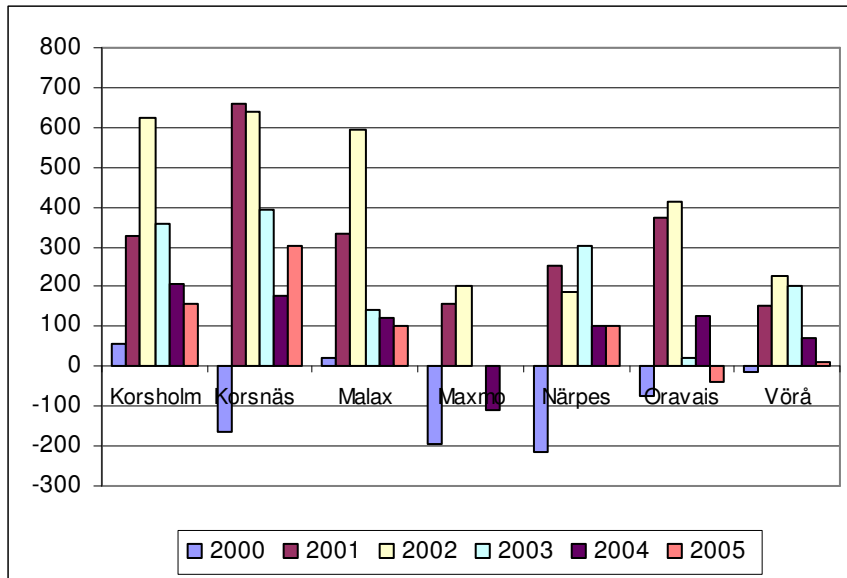
VF: Vänsterförbundet

MSK: Mustasaaren suomenkielisten kunnallisjärjestö

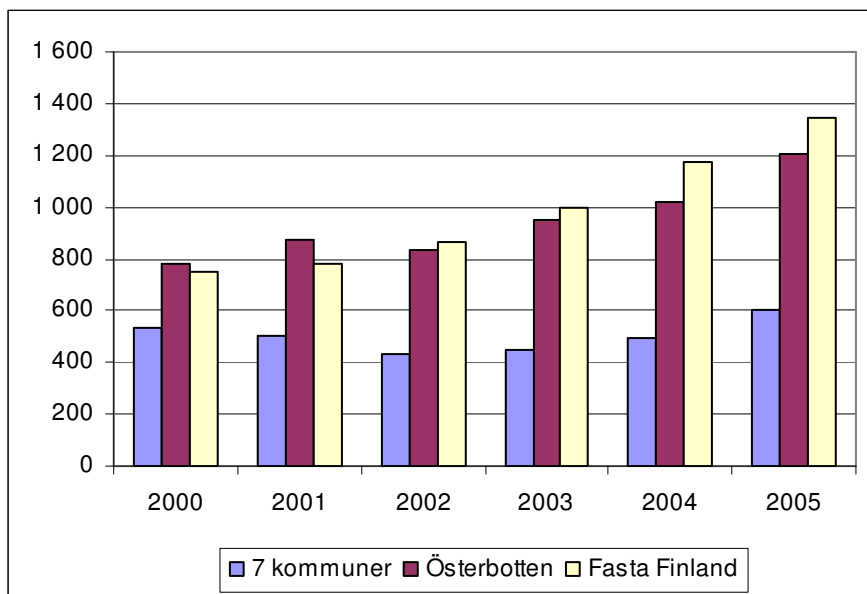
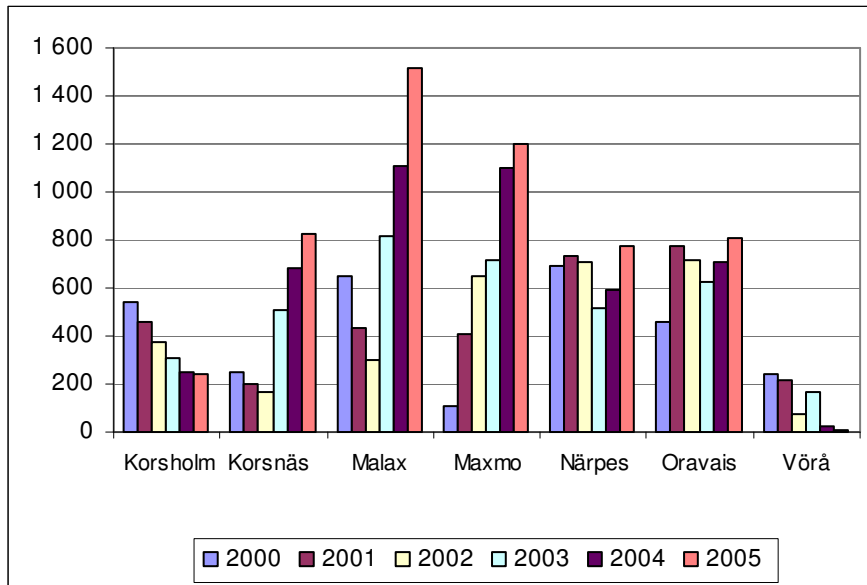
KOMMUNERNAS EKONOMISKA NYCKELTAL ÅREN 2000-2005

Inkomstskatteprocent

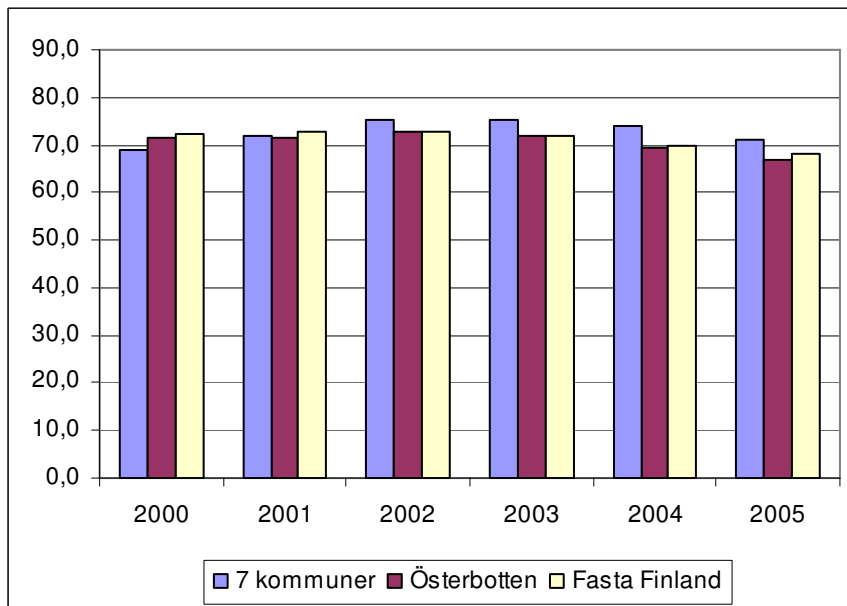
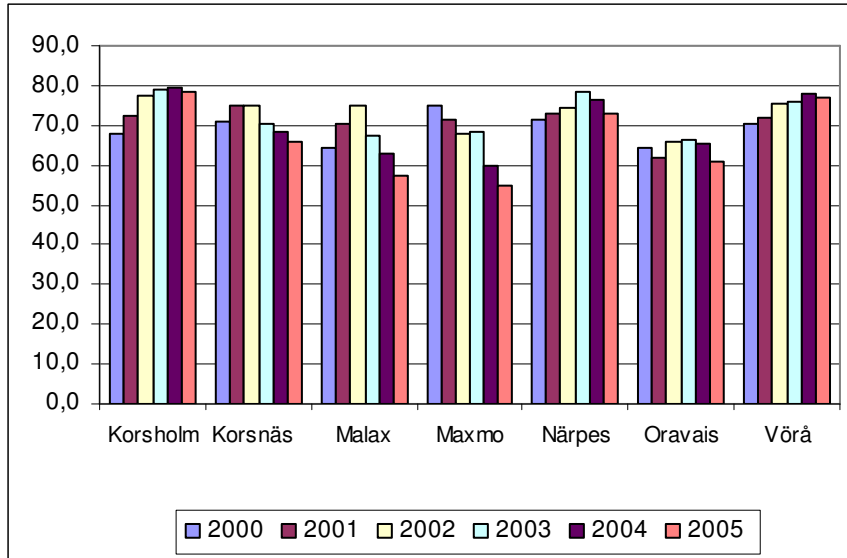
Årsbidrag, EUR/invånare



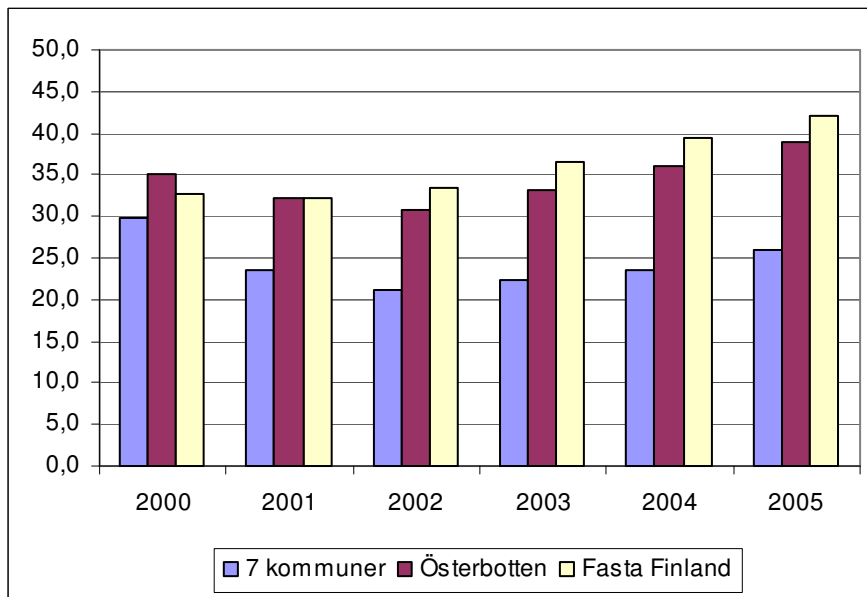
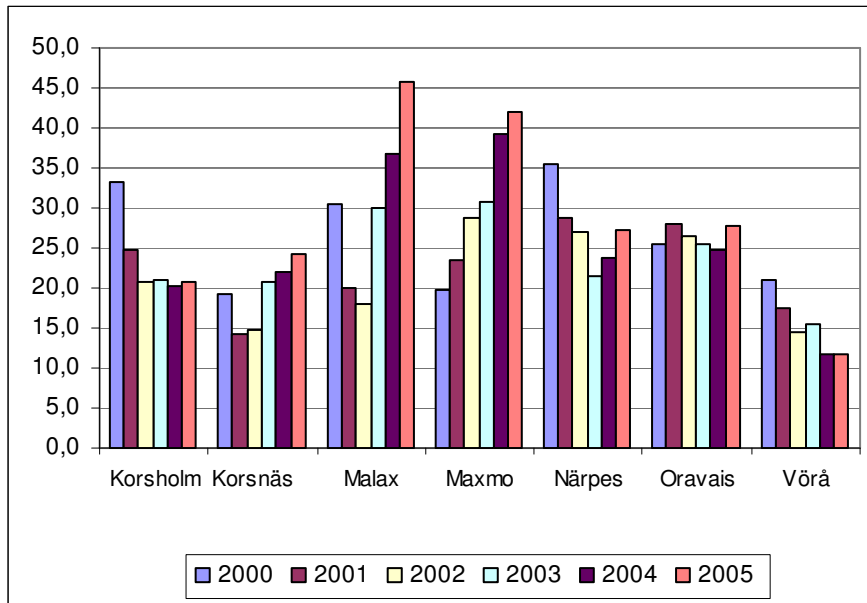
Länestock, EUR/invånare



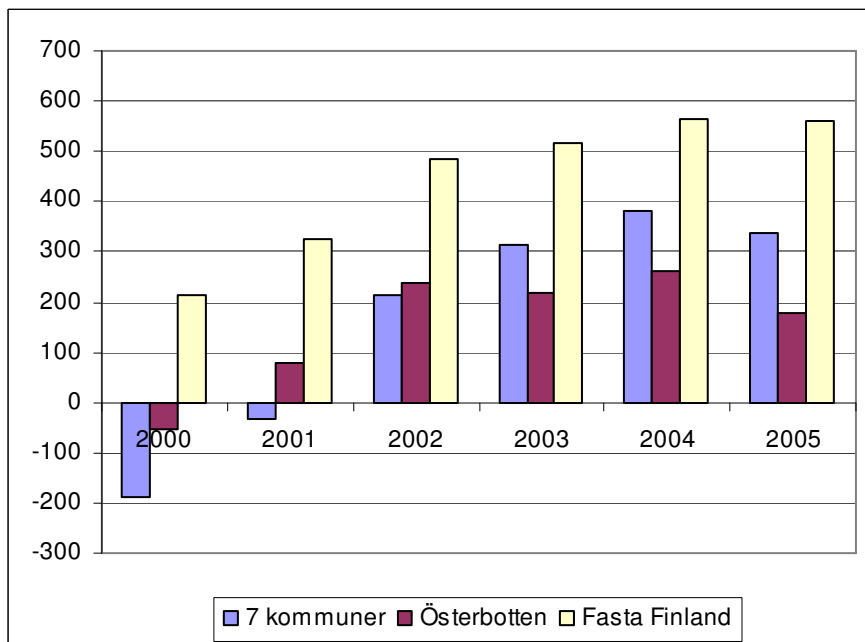
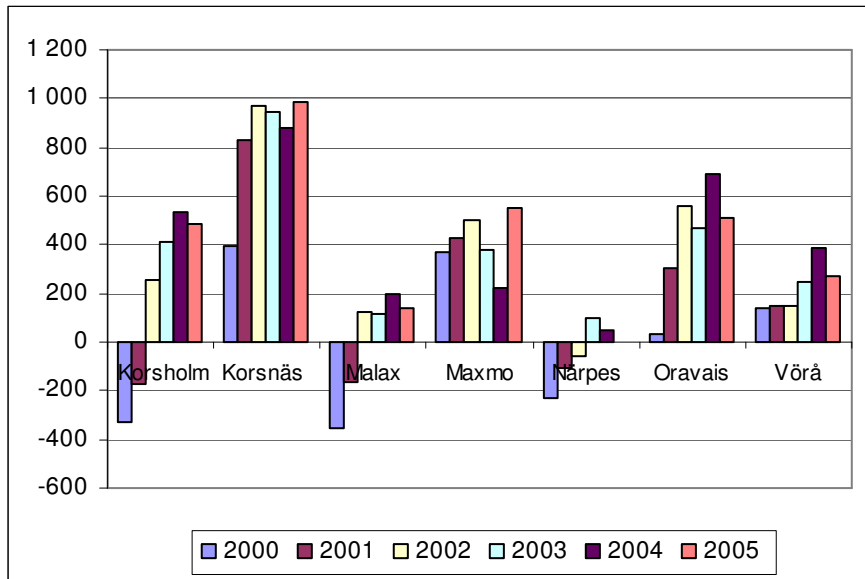
Soliditets-%



Relativ skuldsättning i %



Akkumulerat över- underskott, EUR/invånare



PERSONALSTATISTIK**KORSHOLMS HÄLSOVÅRDSCENTRAL**
Budgeterade tjänster och befattningar 2007

FÖRVALTNING	2007	Besatta	
Överläkare	0,8	0,8	
Ekonomisekreterare	1	1	t.f.
Lönebokförare	0	0	
Kanslist	2	2	
Kanslist/ADB-stöd	1	1	
Lagerförvaltare	1	1	
Telefonist	0	0	
Vaktmästare	1	1	
	6,8	6,8	

Telefonisten överflyttades till ämbetshuset 2005

ÖPPEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Överläkare	0,2	0,2
Bitr. överläkare	1	1
Hvc-läkare	7,8	7,8
Läkare, skolningstjänst	1	0
Psykolog	1	1
Talterapeut	1	1
Skr. för hälsofostran	1	1
Socialarbetare	1	1
Ledande skötare	1	1
Hälsovårdare	19,5	19,5
Sjukskötare	12	12
Laboratorieskötare	4,5	4,5
Röntgenskötare	2	2
Fysioterapeut	0,5	0,5
Primärskötare	3	3
Medikalvaktmästare	1	1
Hälsovårdscentralbitr.	6	6
Instrumentvårdbitr.	1,5	1,5
Anstaltsbitr.	4	4
	69	68

19,5 hälsovårdare:

astma: 0,5 sjukskötare
 diabetes: 1 hälsovårdare
 företagshälsovårdare: 2
 psykiatriskötare: 0
 familjepreventivrådgivare: 1 hälsovårdare
 äldre rådgivare: 1 sjukskötare

Ökning 2007: 1 sjukskötare, 1 hälsovårdare
 Övriga ändringar: interna omflyttningar

Läkarsekreterare: hvc-biträde
 Hvgläkare för företagshälsovården: 1 hvgläkare

TANDVÅRD	2007	Besatta
Övertandläkare	1	1
Spec. tandläkare	0	0
Hvctandläkare	7	7
Delvis leg. tandläkare	0	0
Tandhygienist	2	2
Tandskötare	10	10
Hälsovårdscentralbitr.	0,1	0,1
	20,1	20,1

BÄDDAVDELNINGAR OCH FYSIOTERAPI

Bitr. överläkare	1	1
Hvgläkare	0,2	0,2
Avdelningsskötare	1	1
Bitr. avdelningsskötare	2	2
Sjukskötare	19,5	19,5
Fysioterapeut	2	2
Primärskötare	24,5	24,5
Konditionsskötare	2	2
Hälsovårdscentralbitr.	1,15	1,15
Anstaltsbitr.	8	8
	61,35	61,35

ALLA TJÄNSTER/BEFATTNINGAR

Förvaltning	6,8	6,8
Öppen hälso- och sjukvård	69	68
Tandvård	20,1	20,1
Bäddavd. och fysioterapi	61,35	61,35
	157,25	156,25

Miljöhälsovården: förvaltningscentralen
 Fastighetsskötsel: fastighetsverket
 Skolkurator: bildningscentralen
 Bispisning: fastighetsverket

MALAX-KORSNÄS HÄLSOVÅRDSCENTRAL
Tjänster och befattningar 2006

FÖRVALTNING	2006	Besatta
Ekonomichef	1	1
Huvudbokförare	1	1
Löneräknare	1	0,72
Kanslist	1,5	0,52
	4,5	3,24
ÖPPEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD		
LÄKARMOTTAGNINGAR		
Ledande läkare	1	1
Hvc-läkare	2,9	0,9
Euroläkare	1	2
Ledande skötare	1	0
Ansvarig skötare	0	0,6
Specialsjukskötare, diabetes	1	1
Sjukskötare, läkarmottagning	2,15	2,15
Sjukskötare, psykiatri	1	1
Sjukskötare, hemsjukvård	3,65	3,65
Medikalvaktmästare	1	1
Läkarsekr.	2	1,5
Kanslist (arkiv)	0,5	0,5
RÅDGIVNING		
Hvcläkare	0,35	0,35
Hälsovårdare	8	6,25
Psykolog	1	1
Skolkurator	1	1
	27,55	23,9
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Hvcläkare	0,25	0,25
Företagshälsovårdare	1	1
Fysioterapeut	0,35	0,35
	1,6	1,6
TANDVÅRD		
Hvctandläkare	5	5
Tandhygienist	1,75	1
Tandskötare	6,75	6,4
	13,5	12,4

BÄDDAVDELNING	2006	Besatta
Hvcläkare	0,5	0,5
Avdelningsskötare	1	1
Bitr. avdelningsskötare	1	1
Sjukskötare	8,75	8,75
Fysioterapeut	0,5	0,5
Primärskötare	11,5	11,5
Närvårdare, rehab.	0,75	0,75
Avdelningssekreterare	1	1
Anstaltsbitr.	4	4
	29	29
REHABILITERING		
Fysioterapeut	2,15	2,15
Närvårdare, inrikt.rehab.	0,25	0,25
Specialsjukskötare, social	0,5	0,2
	2,9	2,6
LABORATORIUM		
Laboratorieskötare	3	3
RÖNTGEN		
Röntgenskötare	1	1
MILJÖHÄLSOVÅRD		
Hälsoinspektör	1	0,81
Veterinär	1	1
	2	1,81
CENTRALFÖRRÅD		
Centralförrådsförvaltare	1	1
FASTIGHETSSERVICE		
Gårdskar	1	1
Telefonist	1	1
Anstaltsbiträde	1	1
Anstaltsbitr./Instrumentskötare	1	1
	4	4
BESPISNING		
Husmor	1	1
Kokerska	1	1
Köksbiträde	2	1,75
	4	3,75

ALLA TJÄNSTER/BEFATTNINGAR

Förvaltning	4,5	3,24
Öppen hälso- och sjukvård	27,55	23,9
Företagshälsovård	1,6	1,6
Tandvård	13,5	12,4
Bäddavdelning	29	29
Rehabilitering	2,9	2,6
Laboratorium	3	3
Röntgen	1	1
Miljöhälsovård	2	1,81
Centralförråd	1	1
Fastighetsservice	4	4
Bespisning	4	3,75
	94,05	87,3

NÄRPES HÄLSOVÅRDSCENTRAL
Befattningar 2007

FÖRVALTNING	2007	Besatta
Förvaltningschef	1	1
Byråchef	1	1
Bokförare	1	1
Löneräknare	1	1
Kanslist	1	1
	5	5
ÖPPEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD		
LÄKARMOTTAGNINGAR		
Läkare	7	7
Läkarsekreterare	4	4
Ledande skötare	1	1
Sjukskötare, läkarmottagning	2,5	2,5
Sjukskötare, hemsjukvård	4	4
Sjukskötare, diabetes	1	1
Sjukskötare, socialarbetare	1	1
Primärskötare	2	2
Kanslist	1,5	1,5
Medikalvaktmästare	2	2
Häsovårdare	1	1
RÅDGIVNING		
Häsovårdare	6,65	6,65
Häsovårdare (sjukvård/hemsjukvård)	2,75	2,75
Sjukskötare	2	2
Primärskötare	1	1
Företagshäsovård	2	2
Psykolog	1	1
	42,4	42,4
TANDVÅRD		
Hvctandläkare	6	6
Tandhygienist	2	2
Tandskötare	6	6
Kanslist	0,75	0,75
	14,75	14,75

BÄDDAVDELNING	2007	Besatta
Avdelningsskötare	1	1
Bitr. avdelningsskötare	1	1
Sjukskötare	8	8
Primärskötare	8	8
Vårdbiträde	1	1
Avdelningssekreterare	1	1
Anstaltsbitr.	3	3
	23	23

REHABILITERING		
Fysioterapeut	2	2
Konditionsskötare	1	1
	3	3

LABORATORIUM		
Laboratorieskötare	4	4

RÖNTGEN		
Röntgenskötare	2	2
Hvcbiträde	1	1
	3	3

MILJÖHÄLSOVÅRD		
Hälsoinspektör	3	3
Veterinär	1	1
	4	4

FASTIGHETSSERVICE (37,7 % av servicen säljs till Närpes stad, socialvården)

Teknisk chef	1	1
Ansvarig fastighetsskötare	1	1
Fastighetsskötare	1	1
	3	3

BESPISNING (2/3 av servicen säljs till Närpes stad, socialvården)

Bespisningschef	1	1
Kock	3	3
Kock/köksbitr.	1	1
Köksbiträden	5,5	5,5
	10,5	10,5

KOMPLETTERANDE TJÄNSTER	2007	Besatta
Farmaceut	1	1
Telefonist	1	1
Kafeteriaföreståndare	1	1
Instrumentskötare	0,75	0,75
Anstaltsbiträde, städ	4	4
Serviceman	1	1
Företagshälsovårdens sekr.	0,5	0,5
	9,25	9,25

ALLA TJÄNSTER/BEFATTNINGAR

Förvaltning	5	5
Öppen hälso- och sjukvård	42,4	42,4
Tandvård	14,75	14,75
Bäddavdelning	23	23
Rehabilitering	3	3
Laboratorium	4	4
Röntgen	3	3
Miljöhälsovård	4	4
Fastighetsservice	3	3
Bespisning	10,5	10,5
Kompletterande tjänster	9,25	9,25
	121,9	121,9

ORAVAIS VÖRÅ-MAXMO HÄLSOVÅRDSCENTRAL
Befattningar 2006

FÖRVALTNING	2006	Besatta
Ekonomitjänster köps av Oravais kommun		
ÖPPEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD		
LÄKARMOTTAGNINGAR		
Hvcläkare	5	2,5
Hvcbiträde	1,78	1,78
Ledande skötare	1	1
Sjukskötare	2	2
Primärskötare	1	1
Hvcbiträde	0,5	0,5
Anstaltsbiträde	1	1
Medikalvaktmästare	2	1
RÅDGIVNING		
Hälsovårdare	8	8
Sjukskötare	2	2
Företagshälsovård	2	2
Psykolog	1	1
Skolhälsovårdare	0,78	0,78
	28,06	24,56
TANDVÅRD		
Hvctandläkare	4	4
Tandskötare	5	6
Hvcbiträde	1	1
	10	11
BÄDDAVDELNING		
Avdelningsskötare	1	1
Bitr. avdelningsskötare	1	1
Sjukskötare	7,56	7,56
Primärskötare	9	9
Anstaltsbiträden	3,5	3,5
Hvcbiträde	0,78	0,78
	22,84	22,84
REHABILITERING		
Fysioterapeut	2	2
Konditionsskötare	1	1
	3	3

LABORATORIUM	2006	Besatta
Laboratorieskötare	2,5	2,5
RÖNTGEN		
Röntgenskötare	1	1
MILJÖHÄLSOVÅRD		
Hälsoinspektör	1	1
Veterinär	2	1
	3	2
FASTIGHETSSERVICE		
Gårdskarlar	1	1
Anstaltsbiträde	1,5	1,5
	2,5	2,5
BESPISNING		
Husmor	1	1
Kokerska	1	1
Köksbiträde	2	2
	4	4
KOMPLETTERANDE TJÄNSTER		
Centralvarulagerföreståndare	0,5	0,5
Socialarbetare	0,5	0,5
Företagshälsovårdsekr.	1	1
Pool (lab/sekr.)	0,78	0,78
	2,78	2,78
ALLA TJÄNSTER/BEFATTNINGAR		
Förvaltning	köptjänst	
Öppen hälso- och sjukvård	26,06	24,56
Tandvård	10	10
Bäddavdelning	22,84	22,84
Rehabilitering	3	3
Laboratorium	2,5	2,5
Röntgen	1	1
Miljöhälsovård	3	2
Fastighetsservice	2,5	2,5
Bespisning	4	4
Kompletterande tjänster	2,78	2,78
	77,68	75,18