



HUR MÅR ÖSTERBOTTEN?

Regional välfärdsberättelse

LÄGESANALYS MARS 2025

ERKKI PENTTINEN, PIA-MARIA SJÖSTRÖM, HEIDI KOTANEN

VÄLFÄRDSOMRÅDESSTYRELSEN XX.3.2025 § X

VÄLFÄRDSOMRÅDESFULLMÄKTIGE XX.X.2025 § X

Innehåll

TILL LÄSAREN	3
Material	4
BEFOLKNINGEN SOM HELHET	5
Befolkningsstruktur	5
Befolkningens sociala miljö, välmående, funktionsförmåga och riskfaktorer	9
Skillnader i välfärd och hälsa	10
Hälsofrämjande och förebyggande tjänster	12
Behov och användningen av social- och hälsovårdstjänster	13
Social- och hälsovårdstjänsternas tillgång, tillgänglighet och kvalitet	14
BARN O UNGA	17
Inledning	17
Befolkningsstruktur och social miljö	18
Välmående, funktionsförmåga och riskfaktorer	19
Skillnader i välfärd och hälsa	21
Behov och användningen av social- och hälsovårdstjänster	22
Tillgång, tillgänglighet och kvalitet på hälsofrämjande, förebyggande och universella tjänster	22
Tillgång, tillgänglighet och kvalitet på tjänster på basnivå	24
Tillgång, tillgänglighet och kvalitet på specialtjänster	25
PERSONER I ARBETSFÖR ÅLDER	27
Inledning	27
Befolkningen i arbetsför ålder	29
Välmående, funktionsförmåga och riskfaktorer	30
Faktorer som påverkar individens välbefinnande och hälsa	33
Den sociala miljön för personer i arbetsför ålder	34
Behov av särskilt stöd inom social- och hälsovården	36
Behov och användning av social- och hälsotjänster	36
Användning av företagshälsovård	38
Service för personer med funktionsnedsättningar och specialomsorger	40
Studerande	42
Uppsökande ungdomsarbete	44
Utvecklingsbehov	46
ÄLDRE	48
Åldrande befolkning - utgångspunkter	48
Gruppering av den åldrande befolkningen enligt ålder	49
Äldres boende	52

Gemenskapsboende och seniorboende	53
Äldres välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och levnadssätt – kvantitativ analys	54
Äldres välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och levnadssätt – kvalitativ analys	56
Styrning av äldre till service	56
Äldres användning av service.....	58
Användning av hälsotjänster och digital kompetens	59
Användning av tjänster som är avsedda för i synnerhet äldre	61
Klienter som får hemvård regelbundet och klienter på serviceboende med heldygnsomsorg.....	61
Utvecklingsutmaningar	62
Från en tung servicestruktur till en mer förebyggande verksamhet – förslag till åtgärder åren 2025-2026....	63
BILAGOR.....	65
PRIORITERINGSOMRÅDEN INFÖR STRATEGIARBETET 2025 OCH INFÖR VERKSAMHETSPLANERING OCH BUDGET 2026	68
Allmänna prioriteringsområden	69
Prioriteringsområden barn, unga och familjer	69
Prioriteringsområden personer i arbetsför ålder.....	70
Prioriteringsområden äldre.....	70
BILAGOR.....	70
REFERENSER.....	71

TILL LÄSAREN

Österbottens välfärdsområde ansvarar sedan 2023 för anordnande av social- och hälsovård och räddningstjänster i Österbottens 14 kommuner. Rapporten "Hur mår Österbotten" kartlägger befolkningens välmående och hälsa, servicebehov och användning av service. Den fungerar också som välfärdsområdets regionala välfärdsberättelse.

I Österbotten är invånarnas hälsa enligt många uppföljningsindikatorer bland den bästa i Finland, sysselsättningsläget är gott och socialt sett finns många skyddande faktorer. Det finns ändå utmaningar, bl.a. i form av ökat psykiskt illamående hos unga och unga vuxna, sämre fysisk funktionsförmåga och en hög användning av hälso- och sjukvårdsvårdstjänster och krävande socialvårdstjänster för äldre.

Sammanställningen är basen för välfärdsområdets verksamhetsplanering och budgetarbete. 2025 uppdateras välfärdsområdets strategi, servicestrategi och lagstadgade planer för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Analysen ger i det arbetet ett viktigt bakgrundsmaterial för att utveckla verksamheten till att motsvara befolkningens behov av vård och service.

Social- och hälsovårdsministeriet uppdaterade i början av 2024 de riksomfattande målsättningarna för social- och hälsovården. Målsättningarna innehåller fyra överordnade principer och sammanlagt åtta målsättningar under de överordnade principerna för att uppfylla målen med reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet. Målsättningarna kommer att uppdateras under 2025.

1. Likabehandling
 1. Ökad tillgång, kontinuitet och samordning för basservicen genom ett tydligt servicesystem, servicenätverk och servicestyrning
 2. Föresättningar har skapats för att säkerställa tillräcklighet, tillgång och varaktighet i fråga om social- och hälsovårdspersonalen
2. Kostnadseffektivitet
 1. Verksamheten är ekonomiskt hållbar och kostnadsökningen bromsas i förhållande till det ökade servicebehovet
 2. Ett effektivitetsbaserat grepp betonas i styrningen och ledningen av verksamheten
3. Samarbete
 1. Välfärdsområdena och kommunerna samt de övriga aktörerna har fungerande samarbetsstrukturer som fokuserar på förebyggande åtgärder
 2. Ett flexibelt och kristallt servicesystem tryggar befolkningens hälsa, välfärd och tillräckliga utkomst i hela landet
4. Information
 1. Forsknings- och utvecklingsverksamheten i anslutning till servicesystemet och primär- och socialvårdstjänsterna stärks
 2. Den informationshantering och digitalisering som planerats nationellt och samarbetsområdesvis stöder måluppfyllelsen och det invånarorienterade förnyandet av verksamheten

I den här rapporten följer vi upp målsättningarna under principerna 1.1, 2, och 4.2 (bilaga 1).

Vi har sammanställt den här rapporten från olika åldersgruppers perspektiv: hela befolkningen, barn, unga och familjer, personer i arbetsför ålder och äldre. Vi har i rapporten också sett över servicetillgången, servicebehovet och invånarnas åsikter om servicen.

Vi hoppas att rapporten ska ge er en täckande bild av österbottningarnas välfärd och behov av social- och hälsovårdstjänster

Pia-Maria Sjöström (sektordirektör barn, unga och familjer)
Erkki Penttinen (sektordirektör personer i arbetsför ålder) och
Heidi Kotanen (sektordirektör, äldre)

Material

I sammanställningen används olika typer av offentlig statistik, främst från institutet för hälsa och välfärd (thl) / Sotkanet (www.sotkanet.fi), men också statistik från olika myndigheter. Materialet i Sotkanet består av befolkningsstatistik, olika indikatorer som dels olika organisationer har rapporterat, dels baserar sig på olika enkätundersökningar hos befolkningen, t.ex. hälsa i skolan och FinLapset. Kommunerna och välfärdsområdena rapporterar om sitt förebyggande arbete till thl via TEA-viisari. För äldre inom hemvård och boendeservice är RAI (www.thl.fi/RAI) ett viktigt uppföljningsinstrument. I sammanställningen används också material från nationella och regionala myndighetsutvärderingar, t.ex. [thl:s årliga utvärdering av social- och hälsovårdstjänsterna i välfärdsområdet](#), organisationens egna nyckeltal, information från de årliga diskussionerna med kommunernas ansvariga för främjande av hälsa- och välfärd, samt respons från olika intressegrupper. Resultaten för Österbottens del jämförs med landet som helhet, i vissa fall noteras större regionala skillnader inom landskapet. Även om kommunerna inte längre har anordnar- och finansieringsansvar för social- och hälsovården har de ett stort ansvar för det förebyggande arbetet. För att följa upp hur det förebyggande arbetet fungerar, behövs även i fortsättningen kommunvis statistik över användningen av social- och hälsovårdstjänsterna. De indikatorer som är relevanta rapporteras därför kommunvist som bilaga till rapporten.

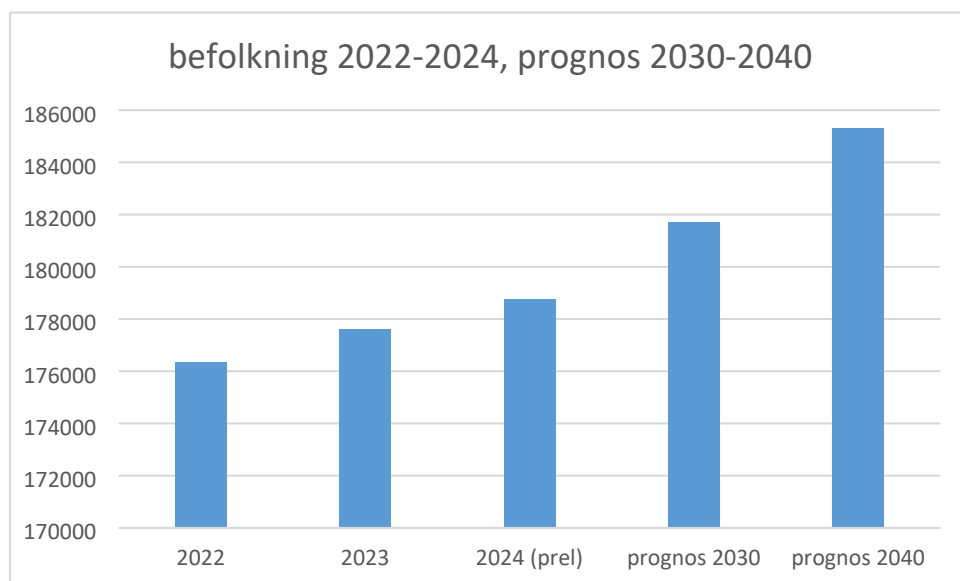
Nationellt bereds en förordning om minimiinformationsinnehållet i uppföljningen av befolkningens hälsa och välfärd i välfärdsområdena och av informationen inom social- och hälsovården samt i välfärdsområdets och kommunens välfärdsberättelse och välfärdsplan. De indikatorer som ska ingå i den regionala välfärdsberättelsen har i mån av möjlighet tagits med, antingen i själva rapporten eller som bilaga. Rapporteringen utvecklas efter att förordningen trätt i kraft.

Den nationella statistiken rapporteras vid olika tidpunkter under året och ännu finns inte all statistik för 2024 tillgänglig. De egna systemen för kunskapsledning ännu under utveckling och datan är därför inte till alla delar jämförbar. Detta behöver beaktas vid de slutledningar man drar utifrån det aktuella materialet och när man jämför det med resultaten under kommande år. Resultaten från jämförande år bakåt har till viss del uppstått i de tidigare organisationerna och det finns skillnader i hur datan då rapporterades, vilket också kan påverka jämförelsesiffrorna bakåt i tiden.

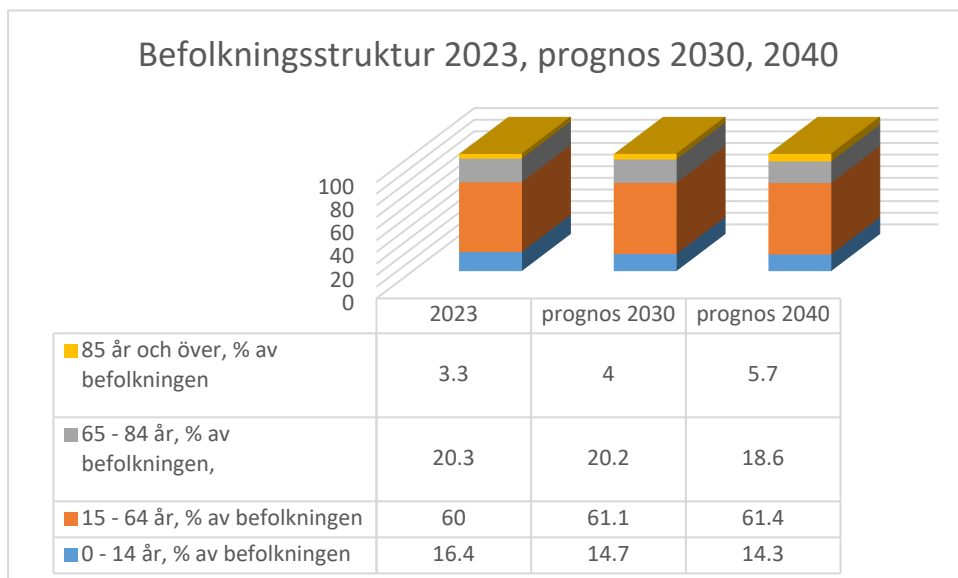
BEFOLKNINGEN SOM HELHET

Befolkningsstruktur

Nativiteten i Österbotten och andelen personer under 18 år av befolkningen har i flera år varit bland de högsta i landet, även om andelen barn och unga har minskat. Andelen invånare i arbetsför ålder minskade under flera års tid, men sedan 2022 har de igen ökat. Här är dock de kommunvisa skillnaderna stora. Andelen äldre än 75 och framförallt över 85 år ökar, men andelen 64-75 åringar har börjat minska. Andelen personer mellan 75 och 84 år förväntas öka med ca 13% mellan 2023 och 2030, men börjar därefter minska. Däremot ökar andelen som fyllt 85 år kraftigt, enligt prognosen från 2024 ökar den med ca 73% mellan 2023 och 2040. Jämfört med landet som helhet är prognosen att Österbotten 2040 har en något lägre andel över 75 åringar (14,3 jfrt med 14,6 %), medan andelen över 85-åringar är högre än i landet som helhet (5,7 resp 5,4 %). Under samma tidsperiod kommer däremot andelen barn under 15 år att minska med cirka 13 %. Minskningen är ändå mindre än i landet som helhet (ca 16 %). Orsaken till detta är den nedgång i antalet födda som setts de senaste åren och som ses med fördröjning i de äldre åldersklasserna. Antalet födda i Österbotten väntas dock, enligt prognosen, stiga något och då också inflyttningen i landskapen väntas öka, ökar också antalet barn. Skillnaden mellan de olika kommunerna i välfärdsområdet är också här stora. I fråga om behovet av vård och service är det viktigt att följa med utvecklingen av antalet i de olika åldersgrupperna, men med tanke på möjligheten att ordna behövlig vård och service med tanke på tillgång till personal i arbetsför ålder är det viktigt att följa med utvecklingen av andelen i arbetsför ålder. Eftersom befolkningsprognosen nu visar en positiv trend vad gäller befolkningen i arbetsför ålder är den procentuella ökningen vad gäller antal gäller antalet något högre än vad gäller andelen.

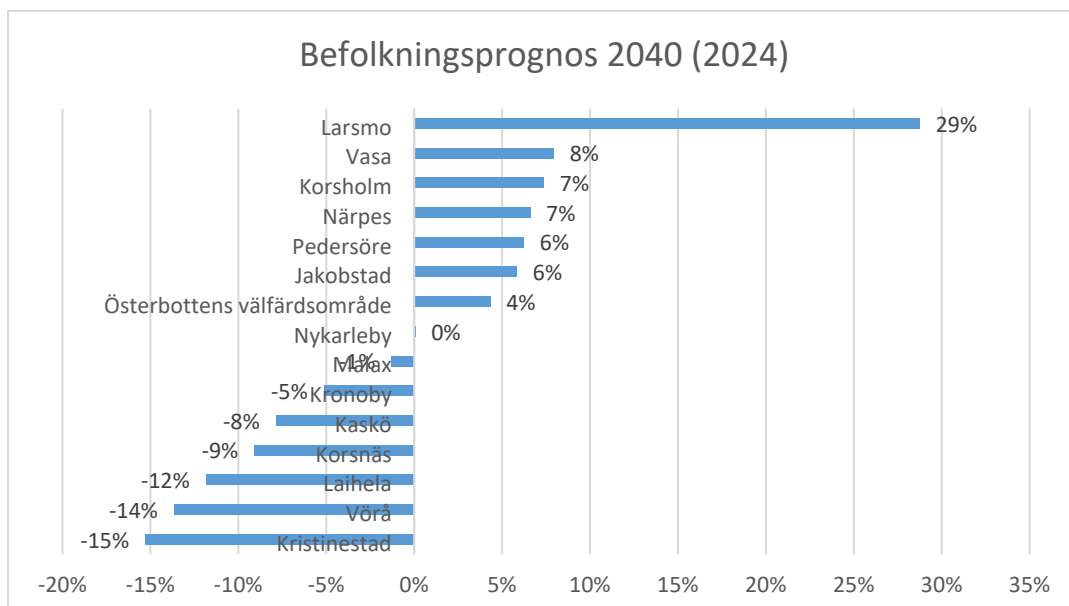


Figur 1: Befolkningsmängd och struktur i välfärdsområdet 2022, 2023, preliminärt för 2024, samt prognos för 2030 och 2040. Uppgifterna baserar sig på statistikcentralens material.

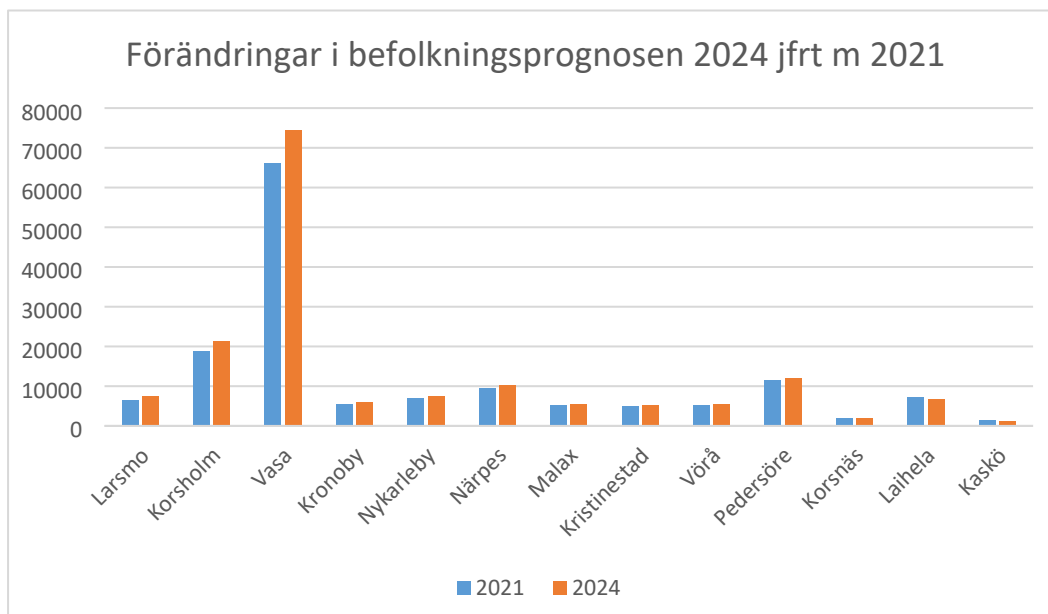


Figur 2: Befolkningsstruktur i välfärdsområdet 2023, samt prognos för 2030 och 2040. Uppgifterna baserar sig på statistikcentralens material.

Befolkningsprognosen från 2024 visar på en befolkningsökning fram till 2040 med drygt 7500 personer. Detta är en klar förändring jämfört med föregående prognos från 2021 som visade att befolkningen skulle minska med ca 6000 personer. Förändringen i befolkningsprognosen gäller främst personer i arbetsför ålder och beror till stor del på ökad invandring. De kommunvisa variationerna i befolkningsprognosen är fortsättningsvis märkbara. I alla delar av landskapet pågår eller planeras större industrietableringar som ytterligare kan påverka befolkningsprognosen. Behovet av inflyttning från andra delar av Finland, återflyttning och fortsatt arbetskraftsinvandring är stort.

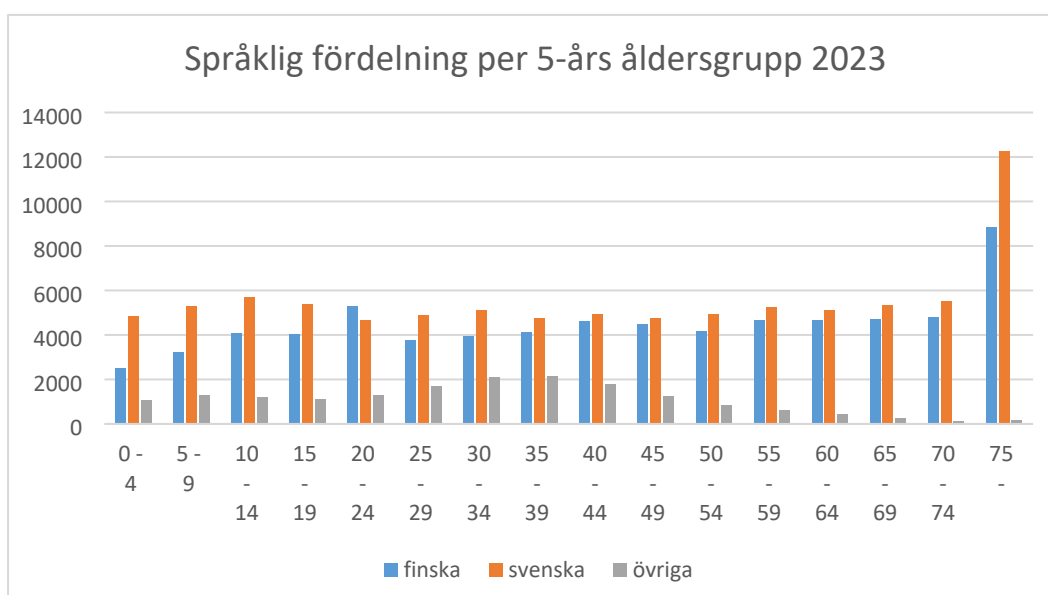


Figur 3: Befolkningsprognos 2040 (2024) för kommunerna i Österbottens välfärdsområde



Figur 4: Befolkningsprognos 2040 från 2024 jämfört med 2021 för de olika kommunerna i välfärdsområdet

I Österbotten är majoritetsspråket svenska. 2023 hade 50% svenska som modersmål, 40% finska och 10% övriga språk. Antalet som har samiska som modersmål är färre än 10. Den språkliga fördelningen varierar mellan åldersgrupperna, andelen svenskspråkiga är störst bland barn <15 år och äldre >75 år. I åldersgruppen 20-24 år har majoriteten finska som modersmål, vilket torde bero på det stora antalet studerande, främst i Vasa. Tvåspråkigheten innebär att de flesta enheter ger service på både svenska och finska. Det är stor variation i den språkliga fördelningen mellan kommunerna, något som behöver beaktas vid planering av verksamhetsförändringar. Betyget vid uppföljning av den språkliga servicen är gott; 2024 var det 4,7/5 för svenskspråkiga, 4,6/5 för finskspråkiga användare och 4,0/5 för de som svarat på engelska.



Figur 5: språklig fördelning 2023 i Österbotten per 5-års åldersgrupper, källa: [Statistikcentralen](#)

I Österbotten är andelen invånare med annat modersmål än finska eller svenska är bland de högsta i landet, större andel finns endast i de nyländska välfärdsområdena, i egentliga Finland och på Åland. Variationen mellan kommunerna är dock stor; 1,9 – 20,9 % av befolkningen (2023). Österbotten tog 2023 emot flest flyktingar i landet i förhållande till befolkningsmängden. Ca 95 % av de med utländsk bakgrund har ändå kommit hit av andra orsaker, främst arbetsrelaterade. 2024 såg man en fortsatt ökning i antalet arbetskraftsinvandrare i kommunerna. Könsfördelningen bland de med utländsk bakgrund är ganska jämn, ca 51% män och 49% kvinnor.

Sedan kriget i Ukraina började har ca **xx** ukrainska medborgare beviljats tillfälligt skydd i Österbotten. Personer som beviljats tillfälligt skydd och övriga asylsökande är registrerade vid mottagningscentralerna i Kristinestad, Vasa, Vörå och Jakobstad. De bor antingen i anslutning till mottagningscentralerna eller i hyrda lägenheter i närområdet. Migrationsverket ansvarar för anordnande av social- och hälsovårdstjänster för asylsökande och personer med tillfälligt skydd, men välfärdsområdet används delvist som serviceproducent. Från ~~mars~~ 2023 har de som haft tillfälligt skydd minst ett år kunnat söka om kommunplats. När en person beviljas kommunplats övergår anordnansvaret för social- och hälsovårdstjänsterna till välfärdsområdet. För de tilläggskostnader detta innebär får välfärdsområdet dels en kalkylerad ersättning, dels kan välfärdsområdet söka ersättning från NTM-centralen. Ca **x** ukrainska medborgare erhöll kommunplats i välfärdsområdets kommuner 2024.

THL undersökte 2022-2023 hälsan och välbefinnandet bland utlandsfödda vuxna som bor i Finland (MoniSuomi). Resultaten av undersökningen tyder på att de flesta invandrare mår bra, upplever sin omgivning som trygg, har en känsla av tillhörighet och delaktighet i det finländska samhället och även strävar efter att upprätthålla sunda levnadsvanor. Det finns dock stora skillnader inom gruppen beroende på kön, ursprungsland och orsakerna till att man kommit till Finland. Illamående och hälsomässiga riskfaktorer är störst hos de som kommit till Finland via landsflykt. Till de identifierade utmaningarna hör bland annat upplevelser av ensamhet, diskriminering, svårigheter med utkomststöd och otillräcklig tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster enligt behov. I Österbotten angav 41% av invandrarna, att saknaden av gemensamt språk hade försvårat vården och 32% angav att saknaden av information hade försvårat uppsökande av vård.

Man behöver komma ihåg att man, även efter flytt till ett annat land har med sig sin bakgrund vilket kan påverka livet i Finland; tex spänningar mellan ukrainare och ryssar, reaktioner på händelser i ursprungslandet där man har kvar anhöriga eller traumatiska upplevelser innan eller i samband med ankomsten till Finland.

Befolkningens sociala miljö, välmående, funktionsförmåga och riskfaktorer

Befolkningen i Österbotten har socialt sett många skyddande faktorer även om klara skillnader mellan kommunerna förekommer. Sysselsättningsgraden är hög, andelen i behov av bostadsbidrag är lägre än i landet som helhet, andelen skilsmässor lägre än landet i genomsnitt, medellivslängden är den högsta i Finland. Färre röker och den alkoholrelaterade dödligheten är klart lägre än i landet som helhet. Andelen trångbodda hushåll är något högre än i landet i genomsnitt och beror till största delen på trångbodda hushåll i barnrika kommuner eller kommuner med hög andel arbetskraftsinvandring (främst Larsmo, Närpes, Kaskö). Vid kommunrundorna vintern 2025 framkommer att föreningslivet är livligt och intresset för bl.a. kurser inom den fria bildningen är stort. Vid diskussioner framkommer ofta oro över att droganvändningen ökar. Droger är helt klart ett problem i Österbotten. THL:s uppföljning av resterna för olika narkotiska preparat i avloppsvatten bl.a. i Vasa och Jakobstad visar att användningen är bland de lägsta i Finland (information på finska: Jätevesitutkimus: väestötason huumeiden käyttö - THL). Informationen för Österbottens del uppdateras jämna år. I uppföljningen saknas dock uppföljning av opiater vilka, enligt polisens uppgifter är ett ökande problem i Österbotten.

Tabell 1: uppföljning av ensamhet, skador och förgiftningar och otrygghet (Sotkanet ind. nr. 4284, 3037, 5576), Österbotten jämfört med hela landet 2020-2023

	Österbotten 2021	2022	2023	Finland 2021	2022	2023
Andel som känner sig ensamma, % av 20 år fyllda	10,1 (2020)	11,6		10,5 (2020)	12,1	
Patienter som fått sjukhusvård pga skador eller förgiftningar / 10 000 invånare	112,0	102,8	101,7	104,2	94,1	91,8
Andel (%) av 20 år fyllda, som känner sig otrygga i sitt dagliga liv	3,7 (2020)	4,2		3 (2020)	4,3	

Skillnader i välfärd och hälsa

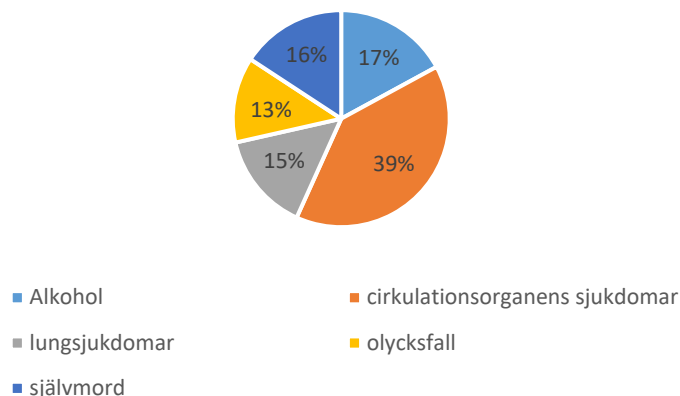
Nationellt sett finns det skillnader i hälsa och välfärd bland annat mellan olika regioner, mellan könen, mellan olika inkomst- och utbildningsgrupper, beroende på funktionsförmåga och hos andra minoriteter. Skillnaderna ses redan tidigt i livet som olika levnadsvanor och riskbeteenden och senare i livet i form av ökad sjuklighet och risk för marginalisering. Olika befolkningsgrupper har olika tillgång till och olika förutsättningar att tillgodogöra sig information om hälsosamma levnadsvanor, att använda digitala tjänster och att uppsöka rätt form av vård och service. Ganska få nationella uppföljningsindikatorer ger möjlighet att följa upp andra skillnader än kön och inkomstnivå utom när de baserar sig på olika enkätundersökningar bland befolkningen.

Åtgärdbara för tidigt förlorade levnadsår, dvs förlorade levnadsår p.g.a dödsfall hos personer under 75-80 år som skulle gå att förebygga mäts via det sk. PYLL-indexet (Potential Years of Life Lost). 2023 var välfärdsområdets PYLL-index för 0-80 åringar 4441 (landets medel 5636), endast Åland hade bättre siffror. Thl följer årligen upp PYLL-index för alkoholanvändning, cirkulationssjukdomar, lungsjukdomar, olycksfall och självmord vilket utgör ca 50% av de dödsfall som kan förebyggas. Österbotten ligger under det nationella medelvärdet i alla kategorier förutom lungsjukdomar (båda könen) och kvinnors självmord.

Välfärdsområdet och kommunerna gjorde 2023 också en gemensam uppföljning av kommunernas PYLL-index för perioden 2016-2020 där sjukdomsindelningen delvist är en annan (Bilaga 2). Utifrån den undersökningen var kvinnornas förluster i maligna tumörer större än männens. I thl:s uppföljning är männens PYLL-index däremot högre inom alla områden, PYLL-index var 2022 1,7 gånger större än för kvinnor men har minskat något, största könsskillnaderna gäller männens förlorade levnadsår p.g.a. olyckor (10 ggr högre) och sjukdomar i cirkulationsorganen (3,5 ggr högre).

En stor skillnad i PYLL-index ses mellan låg- och höginkomsttagare, de med låg inkomst hade 2022 ca 5 ggr högre dödlighet jämfört med de med hög inkomst. Störst är skillnaden gällande alkoholrelaterade dödsfall (13 ggr), olycksfall (10 ggr) och självmord (7 ggr). Män med låg inkomst har dubbelt högre överdödlighet än kvinnor, dessa skillnader ökar.

Fördelning av förlorade levnadsår (PYLL) för de vanligaste dödsorsakerna 2022



Figur 6: Fördelning av förlorade levnadsår (PYLL) för de vanliga dödsorsaker som går att förbygga

Funktionsjusterade levnadsår (eng. disability-adjusted life years, DALY) är ett mått utvecklat av WHO där hänsyn tas både till för tidig död och funktionsnedsättning. Indikatorn används för att beräkna sjukdomsburden på populationsnivå. Nationell uppföljning av DALY på välfärdsområdesnivå beräknades första gången 2023 och också där är Österbotten bäst i fastlands Finland, 157 år / 1000, landets (median 188). Största orsaken till förlorade levnadsår p.g.a. död eller funktionsnedsättning är cancersjukdomar (45), sjukdomar i rörelseapparaten (20) och övriga sjukdomar i cirkulationsorganen (18år / 1000).

Tabell 2: uppföljning av indikatorer som visar skillnader mellan befolkningsgrupper (Sotkanet ind nr. 5167, 5166, 5165, 3962, 5589, 5588, 5144, 4183, 4182)

	Österbotten 2021	2022	2023	Finland 2021	2022	2023
Andelen som fått otillräckliga tjänster på läkarmottagningen (%), hög utbildning	20,7 (2020)	29,4		18,9 (2020)	24,5	
Andelen som fått otillräckliga tjänster på läkarmottagningen (%), medelhög utbildning	20,5 (2020)	24,9		18 (2020)	23,9	
Andelen som fått otillräckliga tjänster på läkarmottagningen (%) låg utbildning	24,3 (2020)	29,0		21,7 (2020)	25,8	
Alkoholrelaterade, förlorade levnadsår (PYLL) i åldern 25 – 80 år / 100 000, låg inkomst	1846	1777		3021	2878	
Undvikbara slutenvårdsperioder inom primärvården och den specialiserade sjukvården som inletts på jouten, ojämlikhet efter inkomster, ojämlikhetsindex RII	3,4	4,7		4,0	4,3	
Undvikbara slutenvårdsperioder inom den specialiserade sjukvården som inletts på jouten, ojämlikhet efter inkomster, ojämlikhetsindex RII	3,3	5,3		3,2	3,5	
Rapportering av hälsoskillnader i befolkningen till fullmäktige, % av kommuner	29		50	62		66
Antalet förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 25 - 80 år / 100 000 i samma åldersgrupp, höginkomsttagare, män	4001	3724		4709	4675	
Antalet förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 25 - 80 år / 100 000 i samma åldersgrupp, höginkomsttagare, kvinnor	2248	2369		2697	2751	

Antalet förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 25 - 80 år / 100 000 i samma åldersgrupp, låginkomsttagare, män	18 548	21 017		25 695	26 010	
Antalet förlorade levnadsår (PYLL) i åldrarna 25-80 år/100 000 i samma åldersgrupp, låginkomsttagare	11 616	10 224		12 522	13 152	

Hälsofrämjande och förebyggande tjänster

Främjande av hälsa och välfärd är en av de viktigaste samarbetsytorna mellan kommunerna och välfärdsområdet. Välfärdsområdets invånare bor i en kommun och den kommunala grundservicen och kommunernas satsningar på strukturella förutsättningar för sunda levnadsvanor och hälsofrämjande arbete har en stor betydelse för behovet av social- och hälsovårdstjänster. Också inom välfärdsområdet är det förebyggande arbetet en viktig del. Även tredje sektorn och andra organisationerna har här en framträdande roll.

Alla kommuner i Österbotten och välfärdsområdet har ansvariga för att koordinera tjänster för främjande av hälsa och välfärd. De flesta kommuner och likaså välfärdsområdet har även ett eget politiskt organ för detta. Ännu under 2025 deltar *Prima Botnia*-projektet i utvecklingen av välfärdsområdets hälsofrämjande och förebyggande arbete och deltar i de olika samarbetsgrupperna. Följande samarbetsgrupper koordinerar det förebyggande och hälsofrämjande arbetet för alla ålderssektorer:

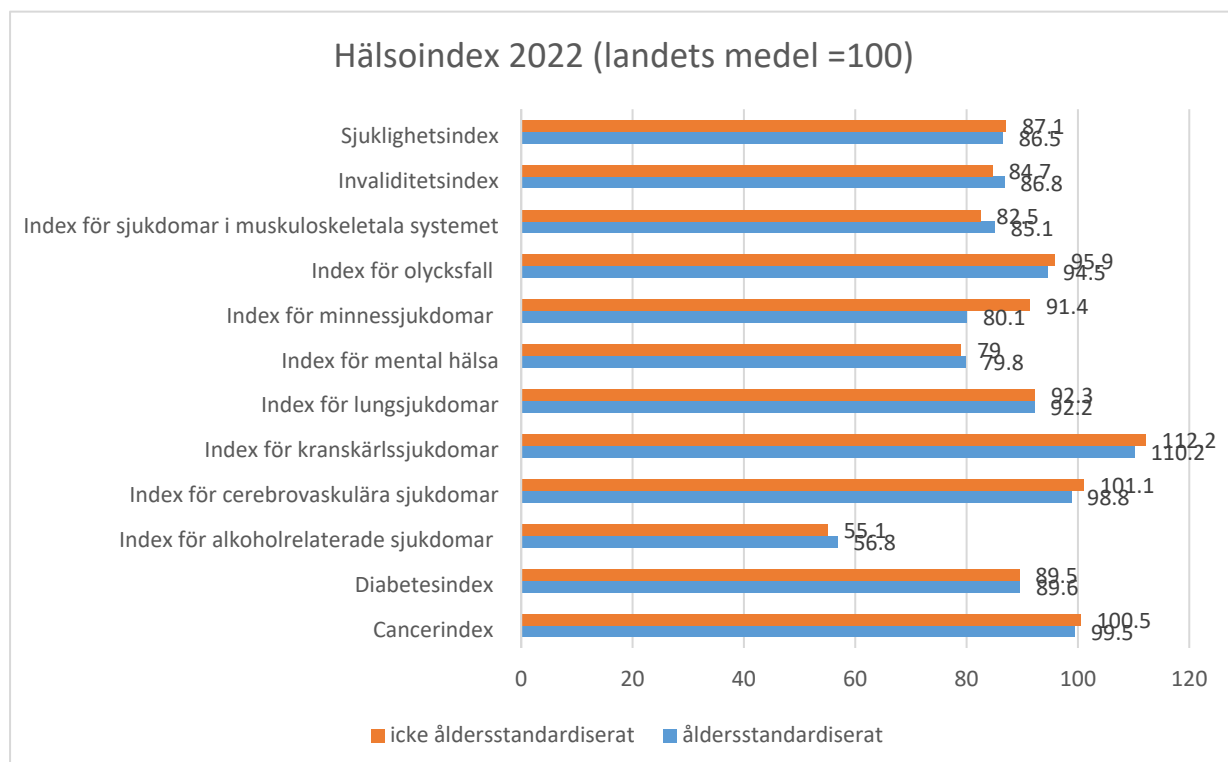
- Inom välfärdsområdet finns en enhet för främjande av hälsa och välfärd. Tre koordinators för främjande av välfärd och hälsa ansvarar på lokal nivå för att koordinera samarbetet mellan välfärdsområdet, kommunerna, tredje sektorn och andra aktörer. Koordinatorerna har ett nära samarbete med sektordirektörerna.
- På allmän nivå fungerar en regional grupp för chefer/ansvariga för främjande av hälsa och välfärd inom kommuner och välfärdsområdet.
- Regionala gruppen för främjande av mental hälsa och förebyggande av rusmedelsmissbruk och våld i nära relationer består av kommunernas ansvarspersoner för rusmedelsförebyggande arbete, representanter från tredje sektorn, representant för polisen, representanter för välfärdsområdet.
- Nätverket för främjande av delaktighet har representation från Österbottens föreningar, Österbottens förbund och välfärdsområdet.
- De årliga kommunrundorna där välfärdsområdets sektordirektörer, ordförande för sektionen för främjande av välfärd och hälsa, samt kontaktytor och koordinators för främjande av välfärd och hälsa träffar kommunernas ledning och ansvariga för det hälsofrämjande arbetet ger viktig information det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i kommunerna och hur samarbetet mellan kommunen, tredje sektorn och välfärdsområdet fungerar.

De förebyggande tjänsterna utvecklas via ett flertal nationella projekt. Under 2025 avslutas *Prima Botnia*-projektet där man bland annat utvecklat en digital regional välmåendeguide, digital serviceplattform för barnfamiljer, verksamhetsmodell för motionsrecept och utarbetar en regional drog- och alkoholförebyggande plan. Under 2025 påbörjas ett större projekt för utveckling av FINGER-modellen, för att förebygga demenssjukdomar.

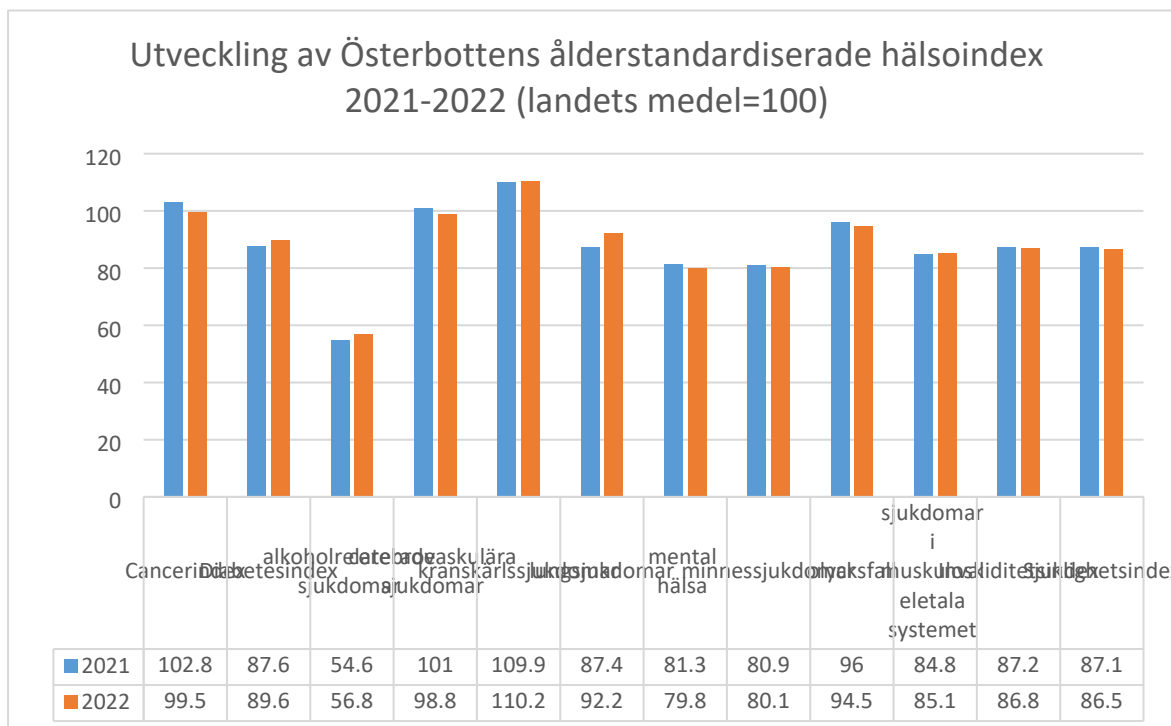
Behov och användningen av social- och hälsovårdstjänster

Uppföljningen av befolkningens sjuklighet utgår från det nationella hälsoindexet som, förutom thl:s uppgifter, också beaktar uppgifter från FPA och statistikcentralen. Indexet består av ett allmänt sjuklighetsindex, sjukdomsspecifika index och ett index för arbetsförmåga. Varje index rapporteras både åldersstandardiserat (i förhållande till befolkningen i motsvarande ålder i övriga områden) och

icke-åldersstandardiserat, som visar den sjuklighet som ett visst områdes befolkning i verkligheten har. Det allmänna sjuklighetsindexet visar att befolkningen i Österbotten är bland de friskaste i landet; det åldersstandardiserade sjuklighetsindexet är lägre bara på Åland. Alla kommuner i Österbotten hade 2022 ett åldersstandardiserat sjuklighetsindex <100. Det icke-åldersstandardiserade indexet är bättre i vissa av de nyländska välfärdsområdena och Helsingfors där befolkningens medelålder är lägre. Indexet för kranskärtsjukdomar är det enda som ligger över nationella medeltalet (åldersstandardiserat 110,2).



Figur 5: Hälsoindex för sjuklighet, sjukdomsgrupper och invaliditet 2022 källa: Sotkanet, (grupp-id 285)



Figur 6: Utveckling av hälsoindexets olika delar 2021-2022 källa Sotkanet (grupp id 285)

I Österbotten var nettodrifstkostnaderna för social- och hälsovården 2023 ca 3,2 % högre än landets medeltal. Nivån är något lägre än 2022. Med tanke på Österbottens hälsoindex och nivån på den nationella finansieringen, borde kostnaderna vara klart under landets medelnivå. 2023 var index för social- och hälsovårdens behovsjusterade kostnader 114 (landets medel 100). Kostnaderna för serviceboende med heldygnsomsorg för personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg, inkl. 24/7 boenden, vård på vårdavdelningar på primärvårdsnivå och specialiserade sjukvården låg 2023 högst över landets medeltal, medan socialvårdens tjänster för personer i arbetsför ålder och för barn och unga fortsättningsvis hade lägre kostnader.

Tabell 3: Användning av läkarbesök inom primärvårdens öppenvård och vårdperioder inom sjukhusvård (Sotkanet ind. 4123, 1253)

	Österbotten 2021	2022	2023	Finland 2021	2022	2023
Läkarbesök inom primärvårdens öppenvård / 1 000 invånare	985	902	830	1018	958	916
Vårdperioder i sjukhusvård / 1 000 invånare	203,4	185,6	188,1	168,3	153,6	150,0

Social- och hälsovårdstjänsternas tillgång, tillgänglighet och kvalitet

Inom välfärdsområdet finns utmaningar med tillgängligheten till icke-brådskande primärvård, munhälsovård och till vissa specialiteter inom specialiserade sjukvården. Vårdgarantilagstiftningen för primärvården har förändrats flera gånger de senaste åren, sedan 1.1.2025 ska icke-brådskande vård inom primärvården igen ordnas inom 3 månader och icke-brådskande munhälsovård inom 6 månader. För barn och unga under 23 år är tidsfristerna kortare. Tydliga variationer i tillgången till primärvård och munhälsovård ses ännu mellan kommunerna. Våren 2025 tas ett gemensamt patientdatasystem i bruk, vilket ger förutsättningar för valfrihet och bättre möjlighet att styra resurser

mellan verksamhetsenheter på det sätt man kan göra inom socialvården. 1.5.2025 träder en terapigaranti för unga i kraft, då ska behövlig psykosocial vård för unga < 23 år påbörjas inom 4 veckor från det att behovet konstateras.

Vid mätning av kontinuitet inom hälsovården används COCI , Continuity of Care, vilket är ett index för som beskriver huruvida klienten i allmänhet träffar samma eller liknande vårdare eller om den mottagande personen oftast är en annan. Indexet får utifrån klientens individuella besöksfördelning värdet 0 och 1: Värdet 0 innebär att alla besök har genomförts hos olika yrkespersoner (ingen kontinuitet), värdet 1 att besöken har genomförts hos samma yrkesperson och återspeglar den fullständiga kontinuiteten i vårdrelationen. I Österbotten träffar multisjuka patienter oftare samma läkare än samma skötare, men generellt är kontinuiteten låg. För att följa upp antibiotika användningen följer man nationellt andel med övre luftvägsinfektion som ordinerats antibiotika, där är andelen i Österbotten högre än nationellt, vilket kan vara ett tecken på för hög antibiotikaanvändning. Komplikationer vid kirurgisk eller medicinsk behandling är lägre än landets medeltal.

Nationella allmänna kvalitetsindikatorer för socialvården som motsvarar de för hälsovården är ännu under utveckling.

Tabell 4: indikatorer över tillgång till vård och service (Sotkanet ind. 2497/2676, 2917, 4771, 3949, 5004)

	Österbotten 2022	2023	2024	Finland 2022	2023	2024
Väntetiden för icke-brådskande läkarbesök inom primärvården > 3 mån från bedömning av vårdbehovet, % av genomförda besök (oktober)	0,0	0,0*	Vårdgarantin 3 månader från 1.1.25	0,6	0,8	
Väntetiden för icke-brådskande besök hos tandläkare > 3 mån, % av genomförda besök (mars)	7,5*	7,9*	24* Vårdgarantin 6 mån från 1.1.2025	15,3	18,6	15,6
Antalet personer som 31.8 väntat på specialiserad sjukvård i mer än 6 månader / 10 000 invånare		33,7	20,0	34,6	49,1	50,0
Andelen av välfärdsområdenas ansökningar om utkomststöd som behandlats inom 7 vardagar, % av ansökningarna (oktober)	97,7	98,0	92,3	96,54	97,9	98,2
Fjärrbesök, % av besöken inom öppna primärvården	22,8	20,9		23,6	24,5	

* Siffrorna tagna från Sotkanet, överensstämmer inte med egen rapportering

Tabell 5: indikatorer över servicens kvalitet och smidighet (Sotkanet ind. 5587, 5506, 5507, 5075, 5374, 5074)

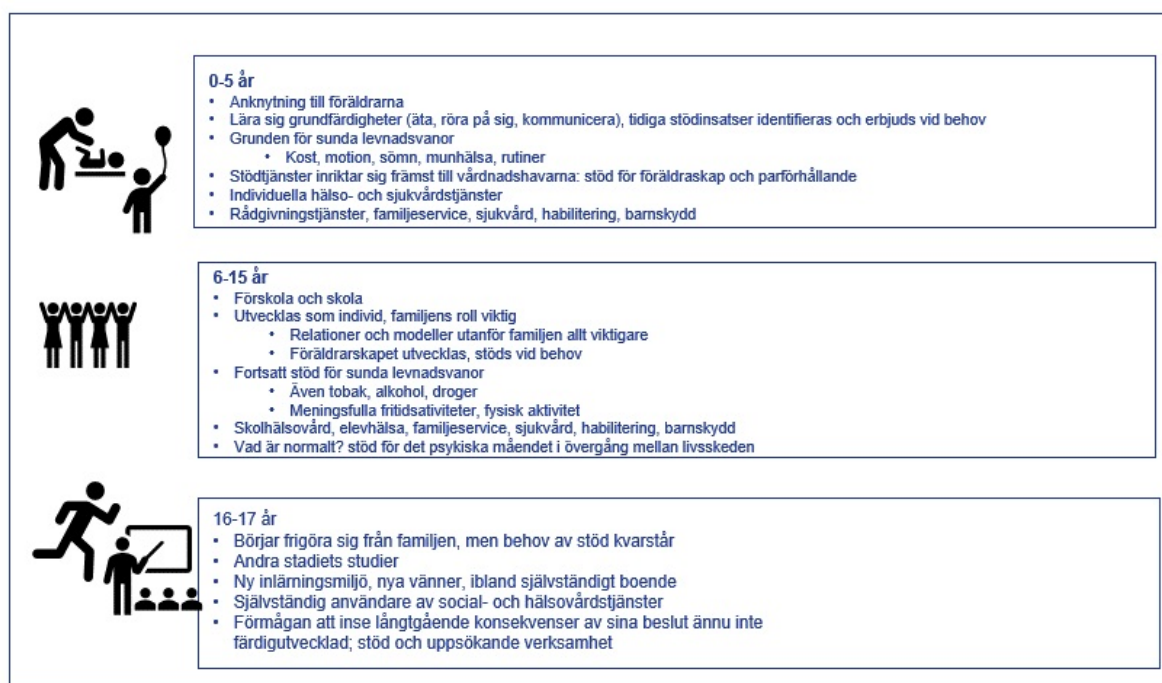
	Österbotten 2022	2023	2024	Finland 2022	2023	2024
Undvikbara slutenvårdsperioder inom den specialiserade sjukvården som inletts på jouten / 100 000 > 25 år, åldersstandardiserad	561	512		1093	1044	
Kontinuitet i vården (COCI)* vid läkarbesök i öppenvården inom primärvården för multisjuka	0,36	0,33		0,29	0,28	
Kontinuitet i vården (COCI) vid besök hos sjukskötare i öppenvården inom primärvården för multisjuka	0,15	0,16		0,17	0,18	
NPS (egen uppföljning)	65	60	69			
Klienter som fått över 10 remisser till den specialiserade sjukvården, % av alla som fått remiss	0,03	0,02		0,02	0,02	
Patienter för vilka vid samma servicehändelse registrerats akut övre luftvägsinfektion, ospecificerad och ordinerats antibiotika, %	8,1	8,4		6,5	6,4	
Komplikationer vid kirurgisk eller annan medicinsk behandling, % av behandlingsperioderna	1,8	1,9		2,4	2,5	

BARN O UNGA

Inledning

Barn och unga har olika behov av social- och hälsovårdstjänster i olika åldrar och sektorn är därför inom välfärdsområdet indelad i tre undergrupper; 0 - 5 år, 6 - 15 år och 16 - 17 år. I åldersgruppen 16 - 17 finns många samarbetsytor med åldersgruppen 18 – 25 år.

Särdragen för de olika åldersgrupperna bland barn och unga



Figur 7: särdragen för de olika åldersgrupperna bland barn och unga och vilken typ av service som behövs

Olika specialgrupper, t.ex. barn och unga med kroniska sjukdomar, neuropsykiatriska utmaningar, utmaningar i familjesituationen eller olika fysiska eller kognitiva funktionsvariationer har också särskilda behov som sträcker sig över alla åldersgrupper.

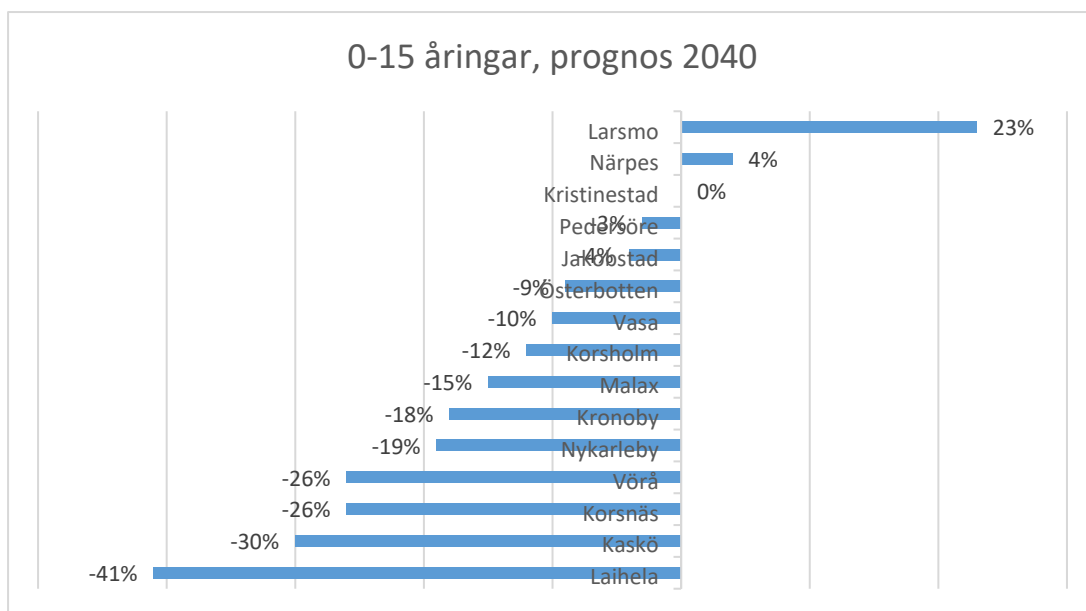
En långvarig målsättning i Finland har varit ett barn- och familjevänligt Finland och som en del i detta pågår nu implementeringen av den första nationella barnstrategin. Målet är ett samhälle som respekterar barnets rättigheter. Utgångspunkten vid barnstrategin är FN:s konvention om barnets rättigheter och där redogörs för hur barns och ungas välfärd och rättigheter tillgodoses i nuläget samt vilka som är de viktigaste målen och åtgärderna för att främja dessa. Beredningen av barnstrategin sker i två nivåer. I den egentliga barnstrategin antecknas långsiktiga mål och åtgärder som främjas över regeringsperioderna. På den andra nivån utarbetas en genomförandeplan för barnstrategin. I arbetet engageras offentliga aktörer, samt högskolor och utbildningsanordnare, idéburna organisationer, församlingar och näringslivet. Flera kommuner i Österbotten arbetar också enligt [UNICEFs principer för en barnvänlig kommun](#).

Befolkningsstruktur och social miljö

Enligt befolkningsprognosen från 2024 minskar antalet barn och unga något mindre än i landet som helhet, med ca 9,5% fram till 2040, andelen 0-15 åringar sjunker från 17,6 till 15,3 %.. Antalet 0-6 åringar förväntas minska med ca 4% fram till 2030 för att därefter öka till ungefär dagens nivå. Antalet 7-15 åringar kommer att fortsätta minska fram till 2030 med ca 10 % och med ytterligare ca 5% fram till 2040. Skillnaden mellan kommunerna är dock stor, med den största minskningen i Laihela; -41 % och den största ökningen i Larsmo; +23%. Minskningen beror på att antalet födda mellan 2014 och 2023 minskat med ca 23 %. Enligt befolkningsprognosen kommer dock dels antalet födda att öka något, dels gör en ökad arbetsrelaterad inflyttning också att antalet barn och unga ökar, t.ex. var antalet 18-åringar 2023 ca 9% fler än antalet födda 18 år tidigare (statistikcentralens uppgifter).

Tabell 6: andelen 0-4, 5-9, 10-14 och 15-19 åringar i Österbotten 2023 med prognos för 2030 och 2040 (2024).

	Antal 2023	Antal prognos 2030	Förändring 2023-2030	Antal prognos 2040	förändring 2030 – 2040
Österbottens befolkning	177 605 (+1564)	173694		169533	
0-4 åringar	8365	8102	-263	8478	376
5-9 åringar	9779	8804	-927	8852	48
10-14 åringar	10 951	9778	-1173	9144	-634
15-19 åringar	10 490	11 036	546	9557	-1479



Figur 8: Kommunvis befolkningsprognos för 2040 i Österbottens välfärdsområde (2024)

Liksom för befolkningen som helhet, visar många indikatorer över socialt välmående för barn, unga och familjer goda resultat. Färre familjer har en förälder, färre barnfamiljer får utkomststöd, risken för

barnfattigdom är lägre. Andelen 1 - 2 åringar som får heldags dagvård varierar stort mellan kommunerna, medeltalet för Österbotten är nära det nationella

Tabell 7: sociala indikatorer för barn och unga, källa thl / Sotkanet 2022 (ind. 74, 179, 423, 228, 3519, statistikcentralen)

	Hela landet	Österbotten	Min	Max
Familjer med en förälder (%)	23,9	16,5	5,8	24,4
barnfamiljer % av familjerna	37,5	38,3	24,8	51,2
% av barnfamiljerna som fått utkomststöd	8,5	6,2	2,0	12,0
Risk för fattigdom bland barn %	12,2	11,2	6,7	20,4
Familjer som omfattats av hemservice inom servicen för barnfamiljer, %	2,2	1,1	0,3	1,5
0-17 åriga med utländsk bakgrund (%)		12,2		

Välmående, funktionsförmåga och riskfaktorer

Barn och ungas upplevda hälsa, välmående och levnadsvanor uppföljs vartannat år genom enkätundersökningen "[Hälsa i skolan](#)", senaste undersökningen gjordes våren 2023. I undersökningen deltar eleverna i årskurs 4 och 5 samt 8 och 9 i den grundläggande utbildningen, samt årskurs 1 och 2 i gymnasier och yrkesskolor. Utbildningsstyrelsens system [MOVE](#) testar årligen den fysiska funktionsförmågan hos eleverna i årskurs 5 och 8.

Jämfört med den undersökningen 2021, som gjordes ca 1 år in i coronapandemin, har en del resultat förbättrats 2023. Bland annat anger färre att de är ensamma eller att de har social ångest och fler anger att de får stöd av vuxna i skolan. Under flera års tid har man kunnat se oroväckande signaler gällande ungas psykiska mående och dessa ses fortsättningsvis. Andelen som har ångest ökar och många har kronisk eller återkommande smärta. Olika typer av sexuella trakasserier har fortsatt att öka, vilket ses redan i årskurs 4 och 5. Andelen mobbade har ökat något, även om man har ser variationer mellan kommunerna och vissa har riktigt bra resultat. Jämfört med undersökningen 2021 ser man också tydliga signaler på hela att familjen i många fall fortsättningsvis mår dåligt, andelen som upplevt fysiskt våld av vårdnadshavaren har ökat, framför allt bland pojkar i åk 4 och 5 och över 1/3 av eleverna i årskurs 4 och 5 anger att de upplevt psykiskt våld.

THL har 2024 för första gången jämfört resultatet i Hälsa i skolan-undersökningen mellan finska och svenska skolor för åk 4-5 och 8-9. I de svenska skolorna var lärarna i allmänhet mera intresserade av hur eleverna mådde, eleverna hade lättare att tala med en vuxen i skolan, det förekom mindre mobbning och eleverna trivdes bättre i skolan. Däremot var det klart vanligare att barnen i svenska skolor utsattes för psykiskt våld hemma och de upplevde också att de fick sämre hjälp av elevvårdspersonalen, trots att de i större utsträckning använde elevvårdstjänster. I stort ses motsvarande skillnader mellan finska och svenska skolor i Österbotten, även inom samma kommun.

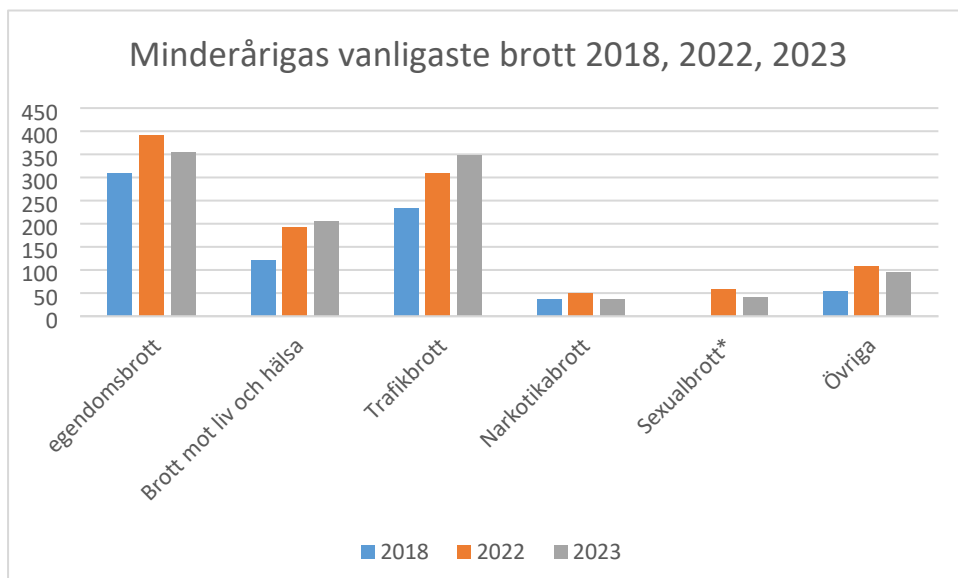
Bildningssektorn tar upp ett allt större problem med unga som har en hög skolfrånvaro och elever och studerande som når så pass psykiskt dåligt att de inte klarar av att vara i skolan. Nya fenomen under senare år är också en allmän otrygghet p.g.a. det försämrade säkerhetsläget i världen och den ekonomiska osäkerheten, samt behoven för de barn och unga som flytt från Ukraina. Från verksamhetsenheterna tar man dessutom upp stödbehoven hos de barn och unga där föräldrarna har psykisk sjukdom eller missbruk, ökad droganvändning, kriminalitet och självskadebeteende. Polisen lyfter fram ett ökande problem med sk. Roadman-kultur, unga som förhållar en kriminell livsstil.

Tabell 8: Faktorer som påverkar det psykiska välmåendet. Källa: Hälsa i skolan-undersökningen 2023 (Sotkanet ind. 4888, 4941, 1514, 328, 4890, 4891, 4712)

	Hela landet	Österbotten	Riktning
Upplevt sexuella kommentarer, förslag, har fått meddelanden eller fått se bildmaterial under året, % av eleverna i årskurs 4 och 5	10,9	11,8	☹️
Upplevt sexuellt våld under året, % av eleverna i årskurs 8 och 9	9,1	10,0	😊
Mobbats minst en gång / vecka % av elever i åk 8-9, finländsk bakgrund	6,7	7,2	☹️
Mobbats minst en gång / vecka % av elever i åk 8-9, utländsk bakgrund, födda utomlands	18,4	16,0	☹️
Upplever hälsotillståndet måttligt eller dåligt (%) åk 8 och 9	25,7	26,6	☹️
Måttlig eller svår ångest (%) åk 8 -9, pojkar	8,2	7,3	☹️
Måttlig eller svår ångest (%) åk 8 -9, flickor	34,1	30,1	☹️
Upplevt fysiskt våld av förälder eller vårdnadshavare under året (%) åk 4 och 5, pojkar	17,5	21,6	☹️
Upplevt psykiskt våld av förälder eller vårdnadshavare under året (%) åk 4 och 5	27,7	35,6	☹️
Känner sig ensam, % av elever i åk 8 och 9	15,0	12,1	😊

Barn och ungas beteende och levnadsvanor påverkar dels deras hälsa, välmående och livsförutsättningar på kort sikt, men lägger också grunden till risken för sjukdomar, nedsatt funktionsförmåga och möjligheter till delaktighet på lång sikt. I hälsa- i skolan undersökningen 2023 och MOVE-undersökningen 2024 har övervikten hos eleverna i årskurs 8 och 9 något minskat, men andelen i åk 5 och 8 med svag fysisk rörelseförmåga har ökat och ligger fortsättningsvis över det nationella medeltalet. Andelen som äter frukost dagligen kan används som ett mått på sunda kostvanor och har fortsatt att minska. Däremot anger något fler av eleverna att de borstar tänderna två gånger om dagen, vilket är viktigt med tanke på munhälsan. Andelen som röker dagligen har minskat, speciellt inom yrkesutbildningen, däremot ökar användningen av snus och e-cigarett. Andelen som är ordentligt berusad minst en gång per månad eller har provat på olagliga droger har minskat och ligger under landets medeltal.

Andelen som deltar i mobbning har ökat och är något högre än det nationella medeltalet, även här ser skillnader mellan kommunerna. Andelen brottsmisstänkta <15-åringar är lägre än landets medeltal, antalet sjönk också något 2023. Antalet brottsmisstänkta 15-17-åringar ökade kraftigt 2021, men minskade 2022 och 2023, 2022 var andelen lägre än i landet som helhet. Enligt polisens statistik minskade antalet brottsmisstänkta gällande minderåriga som kommit till polisens kännedom med ca 5 % mellan 2022 och 2023. Antalet aborter bland 13-17 åringar ökade 2022, men minskade igen 2023 och ligger klart under landets medelnivå.



Figur 9: Minderårigas vanligaste brott 2018, 2022, 2023, brottsplats kommunerna i Österbotten; polisens statistik

Tabell 9: Indikatorer som beskriver levnadsvanor och riskbeteende hos barn och unga. Källa: Hälsa i skolan- och MOVE-undersökningarna 2023 och thl /Sotkanet (2022, ind nr 3906, 5022, 3904, 4823, 288, 289, 3920, 3935, 290, 367)

	hela landet	Österbotten	riktning
Övervikt %, åk 8-9 (hälsa i skolan 2023)	17,4	18,6	😊
MOVE-test åk 5, % med svag fysisk rörelseförmåga (2024)	35,8	39,2	😞
MOVE-test åk 8, % med svag fysisk rörelseförmåga (2024)	40,4	41,3	😞
12-åringar med friska tänder %	60,4	59,6	😞
Äter inte skollunch dagligen (%) åk 8 o 9	38	31,1	😞
Har provat nikotinprodukt (%) åk 4-5	5,5	5,2	😞
Röker dagligen (%) åk 8 o 9	5,0	4,4	😊
Ordentligt berusad minst en gång / mån (%) åk 8 och 9	8,8	10,8	😊
Ordentligt berusad minst en gång / mån (%) åk 1 o 2 i gymnasiet	14,6	16,0	😊
Ordentligt berusad minst en gång / mån (%) åk 1 o 2 i yrkesskolor	21,8	20,4	😊
Provatt olagliga droger minst en gång (%), åk 8-9	8,0	5,9	😊
Deltagit i mobbning varje vecka (%), åk 8-9	3,8	4,3	😞
Brottsmisstänkta 15-17 åringar/1 000 inv.	84,2	70,8	😊
Aborter 13-17 åringar / 1000	2,0	1,5	😊😊

Skillnader i välfärd och hälsa

Som för befolkningen som helhet finns även skillnader i välfärd och hälsa bland olika grupper av barn och unga t.ex. beroende på familjesituation, kön, kulturell bakgrund, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller könsidentitet. Till skillnad från övriga ålderssegment finns det något mer nationell information om skillnader i välfärd och hälsa för barn och unga då svaren på hälsa i skolan-undersökningen kan fås utifrån kön och till vissa delar även uppdelade i de med finländsk eller utländsk bakgrund. Kommunerna får resultaten på skolnivå och kan då också bättre se skillnader

mellan de inhemska språkgrupperna. Med tanke på att utbildningsnivå senare i livet har en klar relation till hälsotillståndet är det oroväckande att man ser så stor skillnad på levnadsvanor redan mellan studerande i gymnasier resp. yrkesskolor. Pojkar i åk 8-9 med utländsk bakgrund anger betydligt mera ångest än pojkar med finländsk bakgrund i samma ålder och känner sig också betydligt mera ensamma. För flickornas del är skillnaden inte lika tydlig.

Tabell 10: välmående och levnadsvanor mellan olika grupper av barn och unga (Resultat av hälsa i skolan undersökningen 2023, Sotkanet ind. 3922, 3937, 3921, 3936)

	hela landet	Österbotten	riktning
Mobbats i skolan minst en gång / vecka % av elever i åk 8-9, finländsk bakgrund	4,9	7,2	☹️
Mobbats i skolan minst en gång / vecka % av elever i åk 8-9, utländsk bakgrund, födda utomlands	13,7	16,6	☹️
Upplever hälsotillståndet måttligt eller dåligt (%) åk 8 och 9, finländsk bakgrund	25,4	26,1	😊
Upplever hälsotillståndet måttligt eller dåligt (%) åk 8 och 9, utländsk bakgrund, födda utomlands	30,1	32,6	☹️☹️
Måttlig eller svår ångest (%) åk 8 -9, pojkar finländsk bakgrund	7,1	saknas 2023	☹️
Måttlig eller svår ångest (%) åk 8 -9, pojkar utländsk bakgrund, födda utomlands	20,5	saknas 2023	☹️
Måttlig eller svår ångest (%) åk 8 -9, flickor finländsk bakgrund	34,2	saknas 2023	☹️
Måttlig eller svår ångest (%) åk 8 -9, flickor utländsk bakgrund, födda utomlands	32,9	saknas 2023	☹️
Provat olagliga droger minst en gång (%), gymnasiet åk 1 o 2	11,6	7,1	☹️
Provat olagliga droger minst en gång (%), åk 1 o 2 i yrkesskolor	16,6	9,7	😊
Röker dagligen (%) åk 1 o 2 i gymnasier	2,4	2,4	😊
Röker dagligen (%) åk 1 o 2 i yrkesskolor	13,6	9,9	😊😊

Behov och användningen av social- och hälsovårdstjänster

Analys av kombinerad statistik från olika källor som gjordes via det nationella [LEA-projektet](#) (lapsiperheiden edistynyt analytiikka, avancerad analys av barnfamiljer) 2021, där Vasa och Laihela deltog, visade att generellt klarar sig ca 70% med basservice, ca 20 % behöver tillfälligt eller långvarigt stöd och ca 10 % ett systematiskt stöd. För Vasas del kunde man även göra en analys för mindre åldersgrupper och noterade då att behoven är ganska stabila i åldersgrupperna 0-5, 6-12 och 13-15 år, men i åldersgruppen 16-19 år ser man en kraftig ökning av behovet av främst tillfälligt stöd till ca 35%, basservicen är tillräcklig endast för ca 55%. Möjligheterna att följa upp hur stor andel av de resurser som barn och unga använder går till förebyggande, stödjande respektive krävande tjänster är ännu under utveckling. Även om undersökningen är några år gammal ger den fortsättningsvis en fingervisning över behoven.

Tillgång, tillgänglighet och kvalitet på hälsofrämjande, förebyggande och universella tjänster

Främjande av hälsa och välfärd är en av de viktigaste samarbetsytorna mellan kommunerna, välfärdsområdet, övriga myndigheter, tredje sektorn och övriga organisationer. Gällande barn och unga är de viktigaste samarbetsytorna kommunernas bildningsväsende och övriga utbildningsanordnare, andra stadiets utbildningsanordnare, småbarnspedagogiken, kommunernas ungdoms- och fritidssektor, polisen via Ankar-verksamheten, tredje sektorn och församlingarna.

Välfärdsområdet har tillsatt en arbetsgrupp för elevhälsa som har som sin främsta uppgift att utarbeta och följa upp den regionala elevhälsoplanen. Medlemmarna består av representanter för kommunernas bildningsdirektörer, övriga utbildningsanordnare, andra stadens yrkebildning, ansvariga för elev- och studerandevården och övrig representation från välfärdsområdet, studeranderepresentanter och representanter för elevvårdspersonalen. Dessutom träffas regelbundet en grupp med representanter för samtliga utbildningsanordnare i välfärdsområdet samt representanter från välfärdsområdet. En motsvarande arbetsgrupp finns för småbarnspedagogiken.

I motsats till de övriga ålderssegmenten så finns de största offentliga utgifterna för barn och unga fortsättningsvis inom kommunerna, social- och hälsovårdens andel är endast ca 20 %. Barnen och de unga tillbringar en stor del av sin vakna tid inom verksamheter ordnade av småbarnspedagogiken, bildningen och ungdoms- och fritidssektorn och vikten av en trygg vardag och förbyggande tjänster som ordnas av kommunerna kan inte nog betonas. För social- och hälsovårdens del finns största delen av det förbyggande arbetet inom barnrådgivningen, elev- och studerandevården, inklusive munhälsan, samt socialvårdens förebyggande tjänster.

THL:s uppföljning av hur de lagstadgade hälsoundersökningarna hos barn och unga har ordnats under coronapandemin visade att det fanns brister i ordnandet av hälsoundersökningar i nästan alla kommuner både år 2020 och 2021. Efterhand har man ganska bra kommit i kapp med undersökningarna, men vissa barn har lämnat utan endel av sina kontroller och det ses bland annat som de inte fått alla grundvacciner enligt vaccinationsprogrammet.

Tillgången till personal inom elev- och studerandevården uppfyller dimensioneringsrekommendationerna och -kraven vad gäller hälsovårdare och kuratorer, medan det fortsättningsvis är brist på skolpsykologer, även om den lagstadgade bemanningen är beaktad i budgeten. Den generella bristen på läkare inom primärvården visar sig också i form av stor brist på främst skolläkare. Tillgången till socialvårdens förebyggande tjänster har varit klart lägre än för landet i genomsnitt, men ökade personalresurser har fått via framtids- och anpassningsprogrammet.

Möjligheterna till digitala kontakter inom servicehelheterna för barn och unga är begränsande och tillgängligheten per telefon till bl.a. rådgivningspersonalen är utmanande, vilket dock förväntas förbättras i och med det gemensamma patientdatasystemet 2025. Under våren 2025 tas också nya digitala tjänster i bruk. Föräldrar, förtroendevalda och professionella både inom bildningen och social- och hälsovården har framfört behovet av förbättrat stöd för barn och unga med utmanande beteende och psykisk illamående och stöd i föräldraskapet, även för äldre barn och ungdomar. Tillgängligheten till personal inom elev- och studerandevården är relativt god, men andelen som tycker att de fått hjälp av kontakten är lägre än i landet som helhet. Bland annat ungdomsfullmäktige för fram att de långa avstånden försvårar tillgängligheten. Fortsättningsvis är också samordningen mellan de olika servicehelheterna både inom det förebyggande arbetet och till tjänster på mera krävande nivå bristande, även om det skett en klar förbättring efter starten på välfärdsområdet.

Under välfärdsområdets första verksamhetsår har två stora nationella projekt; *Framtidens social- och hälsocentral* och *Prima Botnia* varit till stöd för att utveckla de förebyggande tjänsterna. Under 2024 har ett digitalt familjecenter tagits i bruk. Plattformen samlar ihop alla tjänster åt barnfamiljer på ett och samma ställe och besvarar kundens informationsbehov i ett tidigt skede av processen. Tredje sektorn är starkt med i utvecklingsprocessen och kan erbjuda sina egna tjänster. Digitala familjecentret erbjuder information, videoklipp, spel, föreläsningar, självbedömningar, egenvårdsråd, tester och hänvisning till områdets, tredje sektorns, församlingens, bildningssektorns och nationell service. Implementering av en modell för familjecentermodell och mötesplatser, där social- och hälsovårdstjänster och övriga aktörers förebyggande tjänster integreras pågår. Via projekt utvecklas också det förebyggande rusmedelsarbetet

Ankarverksamheten är ett nationellt koncept för samarbete mellan polisen, socialvården, psykiatrien och kommunernas ungdomssektor för att tidigt och snabbt kunna ingripa när unga befinner sig i riskzonen eller gör sig skyldiga till brott. Inom välfärdsområdet finns ankarteam i Vasaregionen och

Jakobstadsområdet, men teamet betjänar hela välfärdsområdet. Erfarenheterna av samarbetet är positiva.

Tabell 11: barn och ungas användning av förebyggande och universella tjänster 2023 (Sotkanet ind. 2453, 4864, 4867, 694, 3518, 1243, 4796, 4793, 3868, 3870, 3869).

	Hela Finland	Österbotten	trend
0-7-åringars besök på barnrdg / 1 000 inv.	3435	3569	☹️
Har besökt skolkuratoren under läsåret (%), åk 8 o 9	13,4	18,4	😊
Har besökt skolpsykologen under läsåret, % av eleverna i årskurs 8 och 9	9,9	9,4	😊
skolhälsovårdarbesök hos 7-18 åringar / 1 000 inv (2021)	1887	2038	😊
Familjer (%) som fått familjearbete enligt socialvårdslagen	3,0	1,1	😊
Uppfostrings- och familjerådgivningens klienter under året / 1 000 under 18 år	51	26	😊
Har inte fått hjälp av skolkuratoren trots behov (%), åk 8 o 9	30,9	34,7	☹️
Har inte fått hjälp av skolhälsovårdaren trots behov (%), åk 8 o 9	17,3	25,3	☹️
Vaccinationstäckning för "fem i ett" -vaccin (DTaP-IPV-Hib) vaccinationsserie (2024)	91,6	82,4	☹️☹️
Vaccinationstäckning för MPR (mässling, röda hund och påssjuka) vaccin, andra dosen (2024)	90,3	86,8	😊
Vaccinationstäckning för HPV-vaccin, flickor (2024)	59,8	59,5	☹️

Tillgång, tillgänglighet och kvalitet på tjänster på basnivå

Service på basnivå (primärvård, munhälsovården, socialt arbete på grundnivå, psykosociala tjänster på grundnivå) ska stå för den största delen av servicen då det förebyggande arbetet inte räcker till. Endast få nationella indikatorer följer specifikt upp barn och ungas tjänster grundnivå. Inom primärvården och munhälsovården är tillgängligheten för barn och unga i allmänhet god, men det finns luckor i den psykosociala servicen på basnivå, speciellt vad gäller barn < 13 år. Det råder brist på rådgivningspsykologer, även om situationen lättat något, och socialomsorgens tjänster på basnivå har inte räckt till. Ungdomsstationerna, som utgör basen för psykosocial service på grundnivå då skol- och studerandevården inte räcker till har verksamhet i Jakobstad, Vasa och i södra delarna av området via det psykosociala centret. Verksamheten är svår att nå för unga på andra orter och personalresursen är inte tillräcklig för att svara mot behoven. Ungdomsstationerna erbjuder missbrukartjänster för unga endast i begränsad omfattning. Sedan 2024 har ungdomsstationernas team förstärks med sjukskötare med psykiatrisk kompetens som ska jobba i högstadierna på de orter där det inte finns ungdomsstation / psykosocialt center. Styrning av klienter mellan de olika nivåerna av psykosocial service behöver utveckling och digitala tjänster som t.ex. terapinavigatören för barn och unga har tagits i bruk. Nya arbetsmetoder har gett personalen som jobbar på basnivån nya verktyg för att stöda barn, unga och deras familjer.

Tabell 12: tillgänglighet och användning av barn och ungas tjänster på grundnivå 2023. Källa: thl / Sotkanet 2022 (ind nr. 2382, 2407, 3519)

	hela landet	Österbotten	trend
Läkarbesök i åldrarna 1 - 6 år inom primärvårdens öppenvård / 1 000	1036	1137	<->
Tandvårdsbesök hos 0-17 åringar / 1 000 inv. (2022)	657	693	☹️
Familjer som omfattats av hemservice inom servicen för barnfamiljer, % av barnfamiljerna	2,2	1,1	<->

Tillgång, tillgänglighet och kvalitet på specialtjänster

Till tjänster för barn och unga på specialnivå räknas specialistsjukvården för barn och unga (somatisk samt psykiatri), barnskydd, samt service enligt funktionshinderlagen. Gällande funktionshindersservicen saknas än så länge specifika indikatorer för barn och unga.

Användningen av tjänster på specialnivå är ofta beroende av tillgången till förbyggande tjänster och tjänster på basnivå och på hur samarbetet mellan de olika aktörerna fungerar. Till en del beror användningen även på de interna processerna, sätten att ordna service och statistikföring. Till exempel statistikfördes under 2023-2024 fortsättningsvis de psykosociala tjänsterna i södra delen av området fortfarande som primärvård, även om verksamheten till vissa delar varit jämförbar med den som ges inom den psykiatriska öppenvården.

Fortsättningsvis finns det utmaningar i tillgången till psykiatriska tjänster för barn och unga som placerats i vård utom hemmet. En av utmaningarna är att det i området finns flera privata barnskyddsenheter som tar emot klienter från hela landet, dessa barn och unga har rätt att använda välfärdsområdets hälso- och sjukvårdstjänster och har ett stort behov av specialistsjukvård inom barn- och ungdomspsykiatri. Socialarbetarresurserna inom barnskyddet har tillräcklig budgeterad resurs, men rekryteringen var under 2024 utmanande. Under början av 2025 har läget förbättrats. Inom barn- och familjesocialt arbete är rekryteringsläget fortsättningsvis utmanande och handläggningstiderna för utredning av barnskyddsanmälningar överskrider den lagstadgade tiden på tre månader.

Användningen av ungdomspsykiatriens öppenvård har varit klart längre än i landet som helhet, men börjar närma sig den nationella nivån. Besöken inom specialiteten för barnsjukdomar är klart högre än i landet som helhet, och ökade ytterligare 2023. Antalet vårddygn inom barn- och ungdomspsykiatri är högre än i landet som helhet, under 2023 främst i åldersgrupperna 7-12 år. Gällande åldersgruppen 0-6 år saknas siffror för Österbottens del 2023.

Antalet vårddygn inom barnsjukdomar och kirurgi i förhållande till befolkningen i samma ålder har varit ca dubbelt högre än landets medeltal, patienterna i sjukhusvård har minskat något under senare år, men vårdperioderna pga kirurgiska åtgärder har fortsatt att öka. Till viss del ser man att användningen av sjukhusvård är högre i södra delen av välfärdsområdet där avstånden till sjukhusvård är långa, men samma sak ses i mellersta delen av området där avstånden inte torde utgöra ett problem. Enligt organisationens egen uppföljning hade 31.12.2024 samtliga barn som väntade på somatisk specialistsjukvård fått den inom vårdgarantin på 6 månader och 1 barn hade väntat på vård inom barn- och ungdomspsykiatri > 3 månader.

Antalet barnskyddsanmälningar fortsatte att öka 2023, andelen barn i barnskyddets öppenvård ökade något medan andelen omhändertagna barn 2023 sjönk något. Andelen är fortsättningsvis låg i jämförelse med landets medeltal. Vid diskussion med sakkunniga inom barnskyddet framkommer att barnskyddsanmälningar ofta kommer i ett sent skede när problemen redan är stora. För stor del av vården utanför hemmet av barnskyddsklienter sker som köptjänst för att organisationen ska uppfylla anordnansvaret med tillräckligt eget kunnande.

Inom funktionshindersservicen behöver det på samarbetsområdesnivå hittas en lösning för utredning och vård av barn och unga med kognitiv funktionsnedsättning och svår beteendestörning. Tillgången till korttidsvården har förbättrats, men behöver ännu utvecklas.

Tabell 13: användning av och tillgängligheten till tjänster inom barnskydd och specialistsjukvård källa: thl / Sotkanet, 2023 om inte annat anges (ind. nr 2469, 2484, 2527, 2990, 1086, 1245, 191, 2564, 2565, 2566, 3025, 3027, 3029, 3495)

	hela landet	Österbotten	trend
Öppenvårdsbesök, pediatrik / 1 000	389,7	647,7	ökar
Öppenvårdsbesök, ungdomspsykiatri / 1 000	889,8	821,2	ökar



Patienter 0-17 år i sjukhusvård / 1000	51,1	76,3	<->
0-17 åringar med vårdperioder pga kirurgisk åtgärd / 1000	10,6	22,0	ökar
0 - 17-åriga barn om vilka en barnskyddsanmälan gjorts, % av befolkningen i samma ålder	10,2	6,9	ökar
% 0-17-åringar i barnskyddets öppenvård under året	3,8	2,6	ökar
% 0-17 åringar som placerats utanför hemmet	1,6	0,8	minskar
Vårddygn i psykiatrisk institutionsvård i åldrarna 0 - 6 år / 1 000 i samma åldrar	1,3		uppg saknas 2023
vårddygn psykiatri 7-12 åringar / 1000 i samma ålder	81,6	123,2	minskar
vårddygn psykiatri 13-17 åringar / 1000 i samma ålder	245,7	301,9	ökar
0-6 åringar som fått sjukhusvård pga skador och förgiftningar / 10 000	53,5	70,8	minskar
7 - 14 åringar som fått sjukhusvård till följd av skador och förgiftningar / 10 000	58,7	77,5	minskar
15- 24 åringar som fått sjukhusvård till följd av skador och förgiftningar / 10 000	60,6	73,6	minskar
Bedömningar av servicebehovet inom barnskyddet som färdigställt inom den lagstadgade tidsfristen på 3 månader under tiden 1.4. - 30.9., % (2024)	80,0	51,1	minskar
Mentalvårdstjänster för barn och unga, antal som väntat längre än 90 dygn, psykiatrins specialområden sammanlagt (egen uppföljning)		1	<->

PRIORITERINGSOMRÅDEN INFÖR STRATEGIARBETET 2025 OCH INFÖR VERKSAMHETSPLANERING OCH BUDGET 2026

Resultaten från genomgången används som grund för planering av verksamheten och vid prioritering av utvecklingsprojekt. Den utgör ett basmaterial vid arbetet med välfärdsområdets strategi, servicestrategi, för den regionala välfärdsplanen, den regionala planen för barn och ungas välfärd, regionala planen för elevhälsa, regionala planen för äldres välbefinnande och eventuella övriga planer eller program som välfärdsområdet uppgör. Den är också ett viktigt grunddokument vid uppgörande och uppföljning av strategierna för flerproducentmodell och fysiska servicenätverket.

Vid analys av de olika indikatorerna ser man ibland stora skillnader mellan kommunerna. En målsättning är att kunna använda redan existerande goda exempel för på sikt minska skillnaderna i hälsa och välmående. Personalresurs till nya uppgiftshelheter hittas genom förnyade arbetssätt, inte genom att öka personalresursen som helhet inom välfärdsområdet. De närmsta åren fortsätter arbetet med att utarbeta gemensamma arbetsmetoder och -processer till den del det behövs för att ge befolkningen likvärdig service.

Allmänna prioriteringsområden

- åtgärder som stöder invånarnas egen aktivitet och förutsättningar för att i vardagen ta hand om sig själva och sina anhöriga. Åtgärderna ska verka hälsofrämjande, förebygga försämringar i funktionsförmågan och därmed minska behovet av social- och hälsovårdstjänster
- satsningar som minskar skillnader i hälsa, välmående och levnadsvanor mellan befolkningsgrupper
- säkerställa de språkliga rättigheterna, med speciellt fokus på verksamhetsförändringar
- åtgärder som förenklar kontakterna till vård och service och förkortar vård- och serviceprocessen som helhet, stor vikt behöver läggas på utveckling av digitala tjänster
- åtgärder som förbättrar tillgången och tillgängligheten till vård och service och tjänster som styr verksamheterna mot mera öppna vård- och serviceformer
- egen kontaktperson och kontinuitet i vården och servicen för de med långvariga eller ofta återkommande behov av social- och hälsovårdstjänster
- användning av verksamhetsformer som har visad effekt och som ger ett mervärde för de som är i behov av tjänsterna
- att de metoder som utvecklas och testas via de olika projekten utvärderas och tas med i den ordinarie verksamheten om de är verkningsfulla
- tillräcklig nivå på understöd som beviljas tredje sektorn
- garantera tillräckligt eget kunnande inom informationsledning och kunskapsledning

Prioriteringsområden barn, unga och familjer

- fortsatt implementering av familjecentermodellen
- satsningar för att stärka barnen och de unga och stöda vårdnadshavarna vid olika utmaningar i familjen
- insatser för att förebygga, identifiera och ingripa vid våld och trakasserier som drabbar barn och unga

- åtgärder för att få barn och unga att röra på sig mera i samarbete med kommunerna, tredje sektorn och samarbetsparter. Vikten av fysisk aktivitet och hälsosamma levnadsvanor gäller alla åldersgrupper.
- förbättra tillgängligheten till psykosocial service, på olika nivåer och klargöra arbetsfördelningen, förbättrat samarbete mellan olika aktörer som ger psykosocial service inom hälsovården, socialvården och utbildningsanordnarna. Fokusområden är mentalvårdstjänster på grundnivå för barn <13 år, missbrukartjänster för minderåriga, gemensamma arbetsprocesser och ibruktagning av terapigarantin för barn och unga <23 år.
- minska användningen av 24/7 service inom somatiska specialiserade sjukvården och utveckla öppna och halvöppna vårdformer
- tillräckliga möjligheter till korttidsvård för barn med funktionsnedsättning och i tidigt skede träning till största möjliga självständighet i vardagen och delaktighet i samhället
- utveckla den egna verksamheten för barn som placerats utanför hemmet via barnskyddet och öka andelen av dessa barn som får familjevård
- utveckla diagnostik, behandling, uppföljning och mångprofessionellt stöd vid komplexa sjukdomssymptom

Prioriteringsområden personer i arbetsför ålder

Åtgärder som konkret ska utvecklas:

- Införande av nya serviceformer enligt handikappservicelagen och fastställande av servicekriterier i samarbete med handikapprådet
- väg till självständigt boende / gemenskapsboende för unga med funktionshinder, funktionsnedsättningar eller neuropsykiatriska störningar
- utvecklas arbetsmetoder inom socialarbete avsett för unga och uppsökande / mobilt vuxensocialarbete
- dagverksamhet med låg tröskel för 16-18-åriga unga som inte reder sig i arbetsverkstäder/på andra stadiet
- Mångprofessionellt stödja och hjälpa personer i arbetsför ålder i frågor som gäller välbefinnande, hälsa, livskontroll, arbete, studier eller uppehåll samt ork i arbetslivet i samarbete med kommunerna och den tredje sektorn
- stöda personer i arbetsför ålder att aktivt upprätthålla arbets-, studie- och funktionsförmågan
- i samarbete med företagshälsovården och studenthälsovården utvecklas förebyggande metoder som främjar välbefinnande och hälsa samt service- och vårdkedjor mellan välfärdsområden och företagshälsovården samt SHVS (YTHS) .
- Söka lösningar tillsammans med olika aktörer (kommuner, privata serviceproducenter och den tredje sektorn) i syfte att främja sysselsättningen av partiellt arbetsföra arbetstagare, funktionshindrade personer och personer med mentala störningar, t.ex. IPS-verksamhet.
- Utveckla service- och vårdkedjorna för klienter med neuropsykiatriska symtom
- Utveckla verksamheten i de team som bedömer arbets- och funktionsförmågan, utvidga användningen av verksamhetsmodellen Ansvarsfullt stöd för arbetsförmågan

Prioriteringsområden äldre

- Åtgärder för att öka antalet äldre personer som bor hemma i alla åldersgrupper
- Åtgärder för att integrera servicehandledning och ta i bruk ett förebyggande perspektiv vid styrning till tjänster/egenvård och för stöd i att bo hemma
- Åtgärder för att utöka gemenskapsboende och göra boenden mångformigare.
- Åtgärder för att öka de äldres möjligheter och färdigheter att använda digital service

- Åtgärder som stöder smidiga och rättidiga vård- och serviceprocesser för äldre.

BILAGOR

Bilaga 1: Uppföljning av de riksomfattande målsättningarna för social- och hälsovården

Bilaga 2: Kommunvisa PYLL-index (FCG)

Bilaga 3: Minimidatainnehållet kommunvisa siffror

REFERENSER

[Ingångssidan - Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi](#)

Statistikcentralen: [PxWeb - välj tabell \(stat.fi\)](#)

[De riksomfattande målen för ordnandet av social- och hälsovården \(valtioneuvosto.fi\)](#)

[MoniSuomi Resultat - THL](#)

[Resultaten av enkäten Hälsa i skolan - THL](#)

[Resultat av enkäten Hälsa i skolan enligt undervisningsspråk i de svenskspråkiga och finskspråkiga skolorna \(julkari.fi\)](#)

(THL statistikrapport 44/2024)

Social rapport 2024