

EGEN UTVÄRDERING

Framtidens social- och hälsocentral i Österbotten

Bedömning av projektets utgångsläge

Landskapet Österbotten

12.5.2021

Detta är en översättning av originaldokumentet *Pohjanmaan Tulevaisuuden SoteKeskus Hankkeen lähtötilannearviointi 12.5.2021*.

Sote-uudistus | **Social- och hälsovårdsreformen i Österbotten**
Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus Pohjanmaalla

Sammanfattning av bedömning av utgångsläget 30.11.2020

Syftet med bedömningen av utgångsläget i projektet Framtidens social- och hälsocentral i Österbotten är att få kunskap om hurdan beredskap kommunerna i Österbotten har för att ta i bruk verksamhetsmodeller för servicehandledning och familjecenter. Eftersom bland annat indikatorerna på tillgången till service definieras som en del av beredningsarbetet för Österbottens välfärdsområde, beskrivs här i kartläggningen av utgångsläget synpunkterna hos de ledande tjänstemännen för kommunernas social- och hälsovårdstjänster.

Målgruppen för projektet för Framtidens social- och hälsocentral är äldre personer, barn, familjer och unga. Tanken med projektets utvecklingsåtgärder är att förbättra tillgången till service för ovan nämnda grupper samt att ta i bruk olika kanaler för att ta kontakt. Med hjälp av projektinterventionerna eftersträvas en ökning i såväl mängd som variation av de förebyggande tjänsterna samt en förbättrad prognostisering. Systematiskt ibruktagande av multiprofessionellt teamarbete minskar att kunderna "bollas" fram och tillbaka. Uppföljning/utvärdering av effekten samt kvalitativa arbete utvecklas under projektet, exempelvis genom systematisk självutvärdering. Kostnadsökningen kan stävjas, då tjänsterna riktas bättre enligt kundernas behov.

På basis av resultaten från bedömningen av utgångsläget kan bland annat följande konstateras:

- Tjänster på distans och elektronisk tidsbokning används i viss utsträckning i kommunerna. I området finns intresse av att utveckla de digitala tjänsterna.
- Serviceprocesserna för äldre har definierats i kommunerna.
- Arbetsredskap för identifiering av kunder i behov av sektorsövergripande tjänster/vård används inte i omfattande utsträckning. Multiprofessionella verksamhetsmodeller används.
- I utvecklingsarbetet av verksamhetsmodeller för familjecentermodellen upplevdes det viktigt att utveckla förebyggande tjänster och att olika aktörer, inklusive tredje sektorn, finns tillgängliga på samma ställe.
- RAI instrumentet används i tjänster för äldre personer och det används för att identifiera kundernas behov. Lean är en annan metod som är i delvis användning.
- Samarbetet med den tredje sektorn upplevdes som viktigt, men systematiska handlingsmodeller för att skapa samarbetsmönstren finns det ännu lite av.
- Erfarenhetsaktörer används i ringa utsträckning i området.
- Den stora mängden datasystem inom området försvårar informationsgången mellan organisationerna.

Resultaten visar att serviceutbudet och arbetsmetoderna i Österbotten är oenhetliga. Oenhetligheten försvårar koordineringen av servicehelheterna och samordningen av basservicen. Resultatet sammanfaller med resultaten som Institutet för hälsa välfärd (THL) presenterar i sin rapport (5/2020). Området verkar ha en stark vilja att förstärka social- och hälsovårdstjänsterna samt dess verksamhet som helhet. Önskemålen i koppling till beredningen av Österbottens välfärdsområde handlar om att trygga enhetliga och jämlika tjänster för hela befolkningen i området.

Egen utvärdering 15.5.2021 - Sammanfattning

Utvecklingsarbetet kring verksamhetsmodellerna i projektet Framtidens social- och hälsocentral i Österbotten har gjorts i samarbete med beredningen av samkommunen för Österbottens välfärdsområde och strukturreformsprojektet. Beredningsprocessen för välfärdssamkommunen har emellertid påverkat social- och hälsocentralsprojektet så att man under våren 2021 mestadels satsat på att fastställa innehållet i verksamhetsmodellerna och verksamhetsprocesserna. I projektet har man använt sig av evidensbaserad information och regional expertis. Hösten 2021 påbörjas arbetet med att beskriva modellerna och planera piloteringen av interventionerna. På samma gång fördjupas dialogen med beredningsarbetet för välfärdssamkommunen om var modellerna ska placeras i välfärdssamkommunens organisation. Modellerna kan börja testas i större utsträckning och implementeras år 2022, då välfärdssamkommunen börjar producera servicen. Således kan vi också börja förbereda oss för den kommande nationella social- och hälsovårdsreformen.

Eftersom projektet Framtidens social- och hälsocentral i Österbotten är inne i ett skede där innehållet i verksamhetsmodellerna prioriteras, är det i nuläget inte möjligt att bedöma huruvida nyttomålen för projektet uppnåtts eller ej. I den egna bedömningen har vi fokuserat på att utvärdera hur projektet förverkligats i förhållande till processmålen. Den här egenbedömningen grundar sig på projektpersonalens lägesbedömning. Lägesbedömningen är från första veckan i maj 2021. Beskrivningen har uttryckts i text med rött under varje nyttomålsrubrik.

På ett allmänt plan går det att konstatera att social- och hälsocentralsprojektet framskrider i enlighet med tidtabellen och processmålen. Arbetet med projektet har påverkats av både det regionala och det nationella coronaläget. Grupparbete har huvudsakligen genomförts via möten och diskussioner på Teams. Projektpersonalen har mestadels arbetat på distans våren 2021.

Bakgrund

Projektet Framtidens social- och hälsocentral i Österbotten genomförs parallellt och i samarbete med beredningen och förverkligandet av Österbottens välfärdsområde. Interventionerna för social- och hälsocentralen hänför sig till åren 2021 och 2022. Välfärdsområdets serviceproduktion inleds i början av år 2022, således placerar sig projektet för social- och hälsocentralen tidsmässigt i harmoni med både beredningen av välfärdsområdet och serviceproduktionen.

Processmål till utgången av år 2022 för projektet Framtidens social- och hälsocentral i Österbotten

1. Ibruktagnings av en regional, tvåspråkig och social- och hälsovårdsintegrerad verksamhetsmodell och digitala verktyg för servicehandledningen.
 - Ibruktagningen sker stegvis (1–6, se projektplanen på s. 9) i enlighet med beredningsgraden som framkommit i bedömningen av utgångsläget. I den här bedömningen av utgångsläget jämförs beredningsgraden med de verksamhetsmodeller och processer för servicehandledning som presenteras i publikationen Österbottens servicehandledning i skick (SHM 2018). **Ändringar i beredningsgraden mäts med nyckeltal i projektets självutvärdering.**
 - De digitala verktygen testas i Jakobstad med omnejd direkt i projektets början i samarbete med strukturreformsprojektet.
 - Omaolo börjar användas i heltäckande utsträckning inom området (strukturreformsprojektet).

- I slutet av projektet tas verksamhetsmodellen för servicehandledning genomgripande i bruk inom Vasa sjukvårdsdistrikt.
- 2. Framställning av en regional, social- och hälsovårdsintegrerad, tvåspråkig och digital familjecentermodell.
 - **Områdets beredskapsgrad i den här bedömningen** reflekteras mot visionerna för Österbottens LAPE-projekt, det vill säga barn och familjer, (2019) och THL:s publikation Työpaperi 6/2020. Työpaperi används i utvecklingsarbetet av den regionala modellen. I projektet fokuserar man särskilt på tyngdpunkter kring tidigt stöd samt processer, verktyg för identifiering och interventioner i koppling till det. **Ändringar i beredskapsgraden mäts med samma principer som i servicehandledningen.**
- 3. Göra pilotförsök med IPC-metoden och tillsammans med Åucs upptagningsområde för den högspecialiserade vården utveckla en samordningsmodell för de tjänster på basnivå som främjar ungas psykosociala välbefinnande.
 - Pilotförsöket förverkligas i samarbete med upptagningsområdet för den högspecialiserade vården och senare i enlighet med överenskommen praxis och nyckeltal.
- 4. Att initiera ibruktagandet av en verksamhetsmodell för sektorsövergripande och multiprofessionellt teamarbete.
 - Tanken är att initiera det sektorsövergripande och multiprofessionella teamarbetet i både servicehandledningen och familjecentret under projektets gång. Beredskapsgraden granskas i bedömningen av utgångsläget.
- 5. "Sammanställa" projektets uppföljnings- och utvärderingsdata systematiskt med hjälp av en regional verksamhetsmodell för kunskap, utveckling och praktisk forskning inom social- och hälsocentralen.
 - Sammanställningen görs i samarbete med bland annat ett av strukturreformsprojektets delområden, informationsledningen.

Projektets förverkligande av bedömningen av utgångsläget som en del av beredningen för Österbottens välfärdsområde

Syftet med bedömningen av utgångsläget i projektet för social- och hälsocentralen är att bistå med information om utgångsläget i de österbottniska kommunerna, att främja ibruktagandet av projektets interventioner samt att genomföra förändringsprocesserna på ett ändamålsenligt sätt inom området. Eftersom indikatorer på tillgången till tjänster i regionen är en del av beredningsarbetet för Österbottens välfärdsområde, har man i den här bedömningen av utgångsläget fokuserat på social- och hälsovårdens ledande tjänstemäns erfarenheter av nuläget i kommunerna (figur 1). Dessutom har egna rapporteringsmallar utgående från exempelvis RAI-data utformats. Utgående från THL:s kommunenkät har en kommunvis Excel-tabell utformats. I den här bedömningen av utgångsläget används hädanefter begreppet "eget material" för ovan nämnda tabeller och materialinsamling (bilaga 2–4).



Figur 1. Sammanställning av det egna materialet för bedömningen av utgångsläget, en del av beredningsarbetet för Österbottens välfärdsområde hösten 2020.

Målgrupperna för projektet för social- och hälsocentralen är äldre personer, barn, familjer och unga. Tanken med projektets utvecklingsåtgärder är att på sikt förbättra tillgången till tjänster för ovan nämnda grupper samt att ta i bruk olika kontaktkanaler. Med hjälp av projektinterventionerna eftersträvas en ökning i såväl mängd som variation av de förebyggande tjänsterna samt en effektivare prognostisering av tjänsterna. Tanken med multiprofessionellt teamarbete är att minska att kunderna "bollas" fram och tillbaka. Kvalitativt arbete, uppföljning/utvärdering av effekterna och användning av nyckeltal utvecklas under projektet och med hjälp av processerna för projektets självutvärdering. Kostnadsökningen kan stävjas, då tjänsterna bättre når sina målgrupper enligt kundernas behov.

I bedömningen av utgångsläget har man försökt dra nytta av tidigare utfört kartläggningsarbete i regionen och undvika överlappande datainsamling (bilaga 1). De valda sektordirektörerna för Österbottens välfärdsområde har fått i uppgift att utarbeta kriterier för servicen och servicenätbeskrivningar under våren 2021. Till uppgiften hör även tillgången till tjänster, effekten och fastställning av kvalitetskriterierna.

Eget material i bedömningen av projektets utgångsläge

Eftersom syftet med bedömningen av utgångsläget varit att få en djupare insyn i den kommunspecifika praxisen, har man strävat efter att kommunernas ledande tjänstemäns upplevelser om servicehandledningen förklaras ur såväl hälsovårdens som socialvårdens synvinkel. Dessutom har teman i koppling till utvecklingsarbetet av familjecentermodellen och det multiprofessionella teamarbetet kartlagts (bilaga 2). RAI-data har beskrivits för utvecklingsarbete av kundsegmenteringen (bilaga 3). Utgående från teman i THL:s enkät (30.10) har en kommunspecifik Excel-tabell uppgjorts, med hjälp av den kan ändringar i kommunerna följas upp och effekterna av projektet utvärderas under projektets gång. Det egna materialet (bilaga 2) har samlats in via en Webropol-enkät och diskussioner på Teams i november år 2020. Målgruppen har varit ansvarspersonerna och ledningen för servicehandledningen, familjecentret och vårdbehovsbedömningen på hälsovårdscentralen. De väsentligaste resultaten sammanfattas i bilaga 2.

1. Förbättra tillgången till tjänster på lika grunder och i rätt tid och att förbättra tjänsternas kontinuitet

Projektets målsättningar

Tillgången till tjänster på regional nivå förbättras, då

- verksamhetsmodellen för den social- och hälsovårdsintegrerade servicehandledningen tas i bruk och verksamhetsmodellen för familjecentret utformas. IPC-metoden testas och multiprofessionellt teamarbete inleds.
- träffpunkten för familjecentret utformas.
- elektroniskt uträttande av ärenden och användning av tjänster med flera kanaler, bland annat Omaolo, symtombedömning och chatt, ökas i samarbete med projektet för Österbottens strukturreform.

Kundsegmenten identifieras och motsvarar olika behov ändå målsenligt, då

- RAI MAPLe-nyckeltalen tas i systematiskt bruk och används för att forma kundsegment (THL 13/2017).
- kundsegmenten bildas med hjälp av Föra barnen på tal-metoden och rådslag (mielenterveys.fi) samt screeningsdata från Kraftfamiljer (Åbo universitet).
- IPC-metoden börjar testas och en samordningsmodell uppgörs (Åucs upptagningsområde för den högspecialiserade vården).
- produktionsstyrningen för social- och hälsovårdsservicehandledningen testas och prognostiseringsmodeller för förebyggande arbete uppgörs i samarbete med strukturreformsprojektet.

Mätare/kriterier för bedömningen

Tillgången till tjänster blir bättre: Målet är att uppfylla vårdgarantin och de nationella tidsfristerna år 2022. Förändringen jämförs med utgångsläget.

Kundsegmenteringen och bättre identifiering av behoven: Målet är att minska antalet besök på akuten på basnivå i jämförelse med utgångsläget.

Datainsamling och metoder för bedömningen

- Tillgängligheten för den sociala servicens kunder mäts av THL (30.10) i en enkät, som sammanfattats i en kommunspecifik Excel-tabell (bilaga 4).
- En egen Webropol-/Teams-enkät innehållande tillgänglighet, förebyggande, kvalitet och effekt samt bredd för de ledande tjänstemännen i kommunerna (bilaga 2).

THL gjorde enkäten 9–10/2020, deadline var 30.10. En kommunspecifik Excel-tabell har uppgjorts utgående från svaren för uppföljning av ändringarna i kommunerna.

Den egna Webropol-/Teams-enkäten besvarades veckorna 47–48 av kommunernas ledande tjänstemän för primärvården och socialvården (servicehandledning och familjecenter). De mest väsentliga resultaten lyfts fram i bilaga 2.

Den kommunspecifika RAI-datan har samlats in med hjälp av den RAI-programvara som används i hemvården, datan samlades in tvärsnittsdatumet 1.10.2020. Eftersom datainsamlingen hade krävt

tillstånd av kommunerna, har datainsamlingen genomförts i endast några kommuner. I fortsättningen samlas data in från alla kommuner.

Resultat från bedömningen av utgångsläget

Vårdgarantin och de lagstadgade tidsfristerna förverkligas i de flesta fall enligt kommunernas representanter. Verksamhetsmodell för systematisk uppföljning används emellertid inte heltäckande. Antalet besök på den specialiserade sjukvårdens samjour har minskat.

Bedömningen av vården och servicebehovet görs för det mesta per telefon. En mer omfattande bedömning av behovet (socialvårdslagen) görs på hembesök. Vid behov får kunden en läkartid till hälsovården. Funktionen call back används i telefonrådgivningen. Elektronisk tidsbokning är möjlig för vissa tjänster. Distansmottagning används i viss utsträckning.

Enligt klassificeringen RAI MAPLe 15 ser det ut som att styrningen till hemvården bör utvecklas, speciellt för de kunder som har ett lindrigt behov av tjänster.

Egen utvärdering 15.5.2021

Gränsytorna för processerna i PATA-kundstyrningen i strukturreformsprojektet och för servicehandledningen i social- och hälsocentralsprojektet håller på att ta form. Så småningom börjar helhetsprocessen för servicehandledningen kunna urskiljas, inklusive den omfattande bedömningen av servicebehovet. Kundsegmenten som beskriver kundbehoven utgående från RAI/MAPLe håller på att bli en del av servicehandledningen.

I Österbotten har tolv professionella (från högstadierna) deltagit i IPC-metodutbildningen (13–14.5) och arbetshandledningen. Under projektet skapas ett IPC-nätverk för dessa. Gruppens upplevelser av IPC utvärderas första gången i maj 2021. I regionen finns det intresse av att implementera IPC-metoden i större utsträckning.

Verksamhetsmodellen för familjecentrets träffpunkt är ännu bara i visualiseringsskedet. I uppbyggandet av Österbottens familjecentermodell används de nationella riktlinjerna för familjecentermodellen (verksamhetsmodell och digitalt familjecenter). För att bygga upp modellen krävs djupare dialog med beredningen av välfärdssamkommunen. Arbetet med att utforma samarbetsmodellerna för aktörerna och gränsytorna i familjecentret är bara i startgroparna, så är även planeringsarbetet med utbildningen för och koordineringen av Föra barnen på tal, som också är en del av familjecentret.

2. Förskjuta tyngdpunkten i verksamheten från tunga tjänster till förebyggande och föregripande arbete

Projektets målsättningar

Identifera de kunder som behöver förebyggande tjänster och svara på behovet med ändamålsenliga interventioner, då

- kunderna med hjälp av kundsegmenteringen styrs enligt behov till förebyggande interventioner och då handledningen och effekterna av interventionerna utvärderas systematiskt.*

Utbudet av förebyggande tjänster är bredare i serviceproduktionen, då

- förebyggande interventioner tas i bruk/testas, till exempel hemrehabilitering/distansrehabilitering (äldre personer), livsstilscoaching (äldre personer) samt Föra barnen på tal-diskussioner och rådslag (barn och familjer) samt familjeintervention i Kraftfamiljer (barn och familjer).

Mätare/kriterier för bedömningen

Kundsegmentering används.

Mängden förebyggande tjänster har ökat och utbudet är bredare.

Digitala tjänster används mer och det finns olika sätt att ta kontakt på.

Datainsamling och metoder för bedömningen (se nyttomål 1)

Resultat av bedömningen av utgångsläget

Familjecentret och tjänster med låg tröskel lyftes fram som förebyggande tjänster. Social- och hälsovårdsintegration och gemensamma utrymmen upplevdes främja normala, obegränsade och lättillgängliga tjänster. Dylika tjänster användes än så länge väldigt lite.

Samarbetet med den tredje sektorn upplevdes som viktigt, men systematiska handlingsmodeller för samarbetsmönstren finns det ännu lite av. Systematiken i de digitala tjänsterna användes än så länge bara i liten utsträckning.

IPC-metoden används i endast en kommun, där en person utbildats i metoden. Föra barnen på tal-metoden används i kommunerna, men en regional täckning och verksamhetsplan saknas i användningen av verktyget.

Egen utvärdering 15.5.2021

Med hjälp av RAI/MAPLe-segmenteringen som utgår från kundens behov strävar vi efter att hitta de servicehandledningskunder (äldre personer) som har nytta av förebyggande interventioner. Den behovsbaserade segmenteringsprocessen är fortfarande under arbete. I den här segmenteringsprocessen används RAI-information från hemvården inom social- och hälsovårdsverket i Jakobstad, speciellt beaktas de kunder som har ett litet servicebehov (MAPLe-grupperna 1–2). Bland de förebyggande interventionerna som ingår i servicehandledningen är verksamhetsmodellen för livsstilsrådgivning i utformningsskedet. Modellen i fråga kan börja testas hösten 2021. Påverkningsmätarna för interventionerna har inte fastställts ännu.

Fastställandet av påverkningsmätarna för IPC-metoden är också på hälft. Metoden Föra barnen på tal och interventionen Kraftfamiljer har inte implementerats i det här skedet av projektet.

3. Förbättra tjänsternas kvalitet och effekt

Projektets målsättningar

Processerna för servicehandledning och familjecentret har definierats, uppföljningen och utvärderingen är systematisk, då

- bedömningen av utgångsläget förverkligas med hjälp av områdets kvalitativa arbete (Labquality) och intern auditering.
- de social- och hälsovårdsintegrerade processerna för servicehandledningen och familjecentret definieras i projektet.
- användningen av förebyggande interventioner grundar sig i evidensbaserad kunskap och evidensbaserade metoder.

Att dra nytta av data i ledningen och tjänsteproduktionen har ökat i området, då

- riskgrupperna (äldre personer samt barn och familjer) identifieras med hjälp av informationsledningen (strukturereformens delområde 2–3) och framtagna rapporteringshelheter används för att förbättra tillgången till tjänster
- informationsledningen används för att identifiera effekterna av de förebyggande interventionerna.

Kunderna har blivit mer nöjda med tjänsterna, eftersom

- kundstyrningen blir bättre då kundsegmenteringen används ändamålsenligt för att svara på kundernas behov av tjänster.
- mängden digitala kanaler för att ta kontakt har ökat. Kunderna kan kontakta professionella när som helst och var som helst.
- multiprofessionellt teamarbete minskar bollandet av kunder, förtydligar kundernas roll i servicehelheten och främjar kundernas delaktighet.

Tjänsterna är tvåspråkiga och fungerar även för befolkningen med invandrabakgrund, då

- alla interventioner och handlingsmönster i projektet utvecklas tvåspråkigt.
- den kulturella mångfalden har beaktats i ålderssegmenten.

Mätare/kriterier för bedömningen

Processerna för servicehandledning och familjecentret har definierats, uppföljningen och utvärderingen är systematisk, då

nyckeltalen för informationsledningen används systematiskt.

tjänsterna är tvåspråkiga och kundnöjdheten förbättrats.

Datainsamling och metoder för bedömningen (se nyttomål 1)

Resultat av bedömningen av utgångsläget

Program för kvalitetsledning används i kommunerna. Haipro, Sotkanet, RAI, Exreport och planer för egenkontroll lyftes fram som verktyg för kvalitetsutvecklingen. Kundrespons samlades in, men systematiken i datainsamlingen var knapp.

I kommunerna används nyckeltal för uppföljning och utvärdering av kundstyrningen samt för styrningen av personalresurser. Data från mätarna används i budgeteringen, i uppgörandet av verksamhetsplaner och i det politiska beslutsfattandet. Mätning av tjänsternas effekt kom inte fram.

Olika datasystem och lagstiftningen ansågs försvåra uppföljningen och utvärderingen.

Lean-metoden används inom hälsovården samt i servicen för äldre personer. Intresset för att utveckla verktygen för informationsledning är stort.

Egen utvärdering 15.5.2021

Utvecklingsarbetet med innehållet i verksamhetsmodellerna i projektet utgår från evidensbaserad information. God sed och systematiska tillvägagångssätt och metoder har använts i fastställandet av processerna. RAI-verktyget används i samarbete med beredningen av välfärdssamkommunen och kvalitetsdirektören. Användningen och utvecklingen av digitala verktyg har gjorts i samarbete med strukturreformsprojektet (delområde 2 och 3).

Hur kvaliteten på och effekten av servicen förbättrats kan utvärderas först i slutet av projektet, då alla verksamhetsmodeller testats och det bland annat finns kundupplevelser från testen till förfogande.

4. Säkerställa att tjänsterna är tvärsektoriella och samverkande

Projektets målsättningar

Kunder i behov av sektorsövergripande service har nytta av kontaktpersonen för samordningen av servicehelheterna, eftersom

- *multiprofessionellt teamarbete främjar kundorienterad verksamhet och riktar teamets sakkunnighet enligt kundens behov och till kundens fördel.*

Multiprofessionellt teamarbete förtydligar rollen och arbetsprocesserna yrkesgrupperna emellan och minskar överlappande och onödigt arbete i verksamheten, eftersom

- *kundens servicehelhet för social- och hälsovård (testning av produktionsstyrningssystemet: strukturreformsprojektet) och behovet av sakkunnighet i servicehelheten synliggörs.*

Den multiprofessionella/sektorsövergripande kunskapen har ökat, eftersom <

- *det multiprofessionella teamarbetet har ökat nätverkandet och det sektorsövergripande samarbetet samt interaktionen mellan olika professioner. Det sociala arbetet har blivit en del av basservicen i hälso- och sjukvården och kundsegmenten.*
- *den multiprofessionella kunskapen för identifieringen av särskilda behov hos invandrarbefolkningen har stärkts i kundsegmenten.*

Mätare/kriterier för bedömningen

Kunder i behov av sektorsövergripande service identifieras och för dem tryggas behovsenlig och samordnad helhetsservice och -vård.

Multiprofessionellt teamarbete minskar överlappning inom verksamheten och minskar bollandet av kunder fram och tillbaka.

Datainsamling och metoder för bedömningen (se nyttomål 1)

Resultat av bedömningen av utgångsläget

Det finns inga systematiska verktyg för identifiering av kunder i behov av sektorsövergripande service/vård. Ett multiprofessionellt arbetssätt används. Serviceintegreringen håller på att förverkligas i en del av kommunerna. Nivån på integreringen varierar.

RAI instrumentet används i tjänster för äldre personer och används för att identifiera kundernas behov. Lean-metoden är också i delvis användning.

Servicekriterier finns för tjänster för äldre personer, tjänster för personer med funktionsnedsättning, färdtjänst samt utkomststöd.

Erfarenhetsexperten används ännu i ringa utsträckning i området. Kunders och intressentgruppernas deltagande i utvecklingsarbetet av tjänsterna behöver ännu effektiviseras.

Egen utvärdering 15.5.2021

Verksamhetsmodellen för mångprofessionellt/tvärsektoriellt teamarbete är i beskrivningsfasen. Här samarbetar projektet med både kompetenscentren och yrkeshögskolorna. Arbetet är endast i startgroparna.

5. Dämpa kostnadsökningen

Projektets målsättningar

I bruktagande av effektiva arbetsmetoder ger mer effektiva resultat.

Befolkningens självutvärdering samt främjande av beredskapen för egenvård, mer mångsidiga kontaktkanaler och utvecklande av servicehandledningen styr befolkningen till mer ändamålsenliga tjänster och minskar behovet av att ta kontakt med jouren eller styrning till de "tyngre tjänsterna".

Multiprofessionellt teamarbete och användning av evidensbaserad kunskap och praktisk forskning gör det möjligt för personalen att utvidga sitt kunnande, gå framåt i karriären och främja välbefinnandet i jobbet och samtidigt förbättras tillgången till och användningen av resurserna indirekt.

Utvecklande av systematiska verksamhetsmodeller och verktyg för informationsledning främjar uppföljningen, bedömningen och utvecklingen av serviceproduktionen på ett behovsorienterat och kostnadseffektivt sätt och påverkar även servicenätet och tillgången till tjänster indirekt.

Ett mer omfattande bruk av digitala tjänster och verktyg styr befolkningen till att använda servicelösningar lämpligast för dem själva, minskar överlappande och onödigt arbete inom serviceproduktionen, förbättrar informationsgången och främjar tillgången till tjänster.

Servicen/kundstyrningen/serviceintegreringen styr tjänsterna föregripande och preventivt och tar bort överlappningar. Tidigt ingripande/multiprofessionellt och sektorsövergripande livsstilscoaching samt hemrehabilitering dämpar kostnadsökningar och förbättrar kundens livskvalitet och deltagande i sin egen vardag.

Resultat från bedömningen av utgångsläget

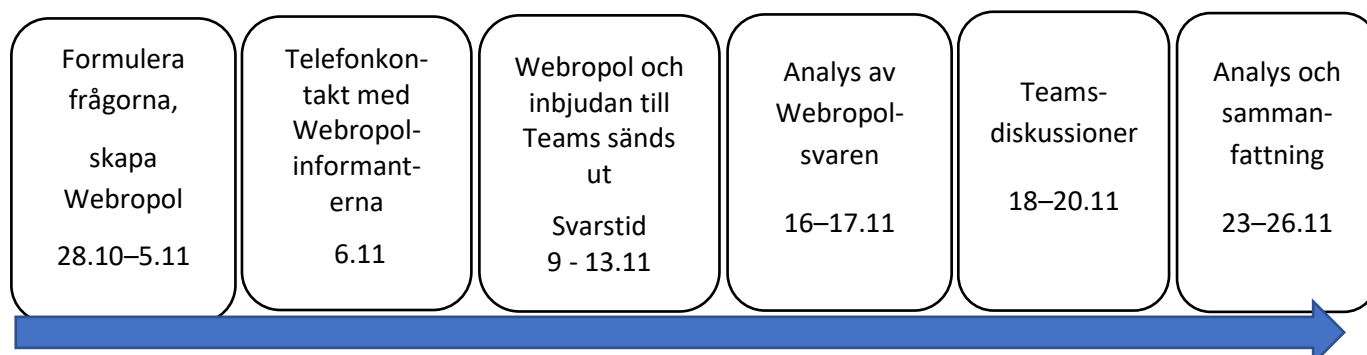
På grund av coronasituationen i Österbotten hösten år 2020 kunde data från teman i koppling till kostnader och kostnadseffektivitet inte samlas in till bedömningen av utgångsläget.

Sammanfattning av utredningarna och kartläggningen från Österbotten åren 2018–2020 för utvecklingsarbetet av social- och hälsocentralen

Utvecklingspunkter i projektet	Datainsamling och tidpunkt	Centrala resultat
Social- och hälsovårdsintegrerad verksamhetsmodell för servicestyrningen (äldre personer).	I I&O-projektet har användningen av resurserna och arbetsredskapen i servicehandledningen kartlagts (hösten 2018).	Österbottens servicehandledning i skick (SHM publikation 2018) innehåller en generisk modell för servicehandledningen. Processerna och praxisen för servicehandledningen varierar i kommunerna. Stora skillnader ses även i social- och hälsovårdsintegreringen.
Användning av digitala verktyg i servicehandledningen och i hemvårdens tjänster.	Som en del av det regionala ICT-utvecklingsarbetet i Österbotten har en enkät om användningen av digitala verktyg i kommunerna uppgjorts (november 2019).	Användningen av digitala verktyg varierar från kommun till kommun. Den digitala tjänst som används mest hör till distansrehabiliteringen.
116117: Utvecklingsarbete på landskapsnivå och ibruktagning av numret.	Kommunrunda hos hälsovårdscentralernas telefon-/sjukmottagningar i regionen gjordes i augusti år 2019 och datainsamlingen från telefonrådgivningen gjordes i september år 2019.	Praxisen, verktygen och kundstyrningen varierar från kommun till kommun. Integreringsnivån på social- och hälsovårdstjänsterna varierar också. Kontakterna med telefonrådgivningen/mottagningen gäller huvudsakligen icke-brådskande utredning/vård av hälsotillstånd/sjukdom.
Barn och familjer i Österbotten	I projektet för barn och familjer har en handbok uppgjorts för Österbottens barn- och familjeprojekts interventioner och fortsatta utvecklingsutmaningar för åren 2017–2019.	Handboken (Innokylä) innehåller utvecklingsförslag i koppling till bland annat etablering av arbetsmetoder, utveckling av dialog, ändringsledarskap och regional förpliktelse samt bildande av en ”samordnande aktör”.
En enkät har utarbetats i landskapet inför välfärdsområdet och projektberedningen.	Webropol-enkät till kommunerna (november 2019) gällande statusen på social- och hälsovårdsintegreringen samt utvecklingsbehov i koppling till den.	Svarsprocenten blev mycket låg, således beskriver inte de erhållna resultaten uppfattningen i landskapet. Den insamlade datan har använts i beredningen för social- och hälsocentralsprojektet.
Utredningar i beredningen för välfärdsområdet.	Enkäten genomfördes i oktober 2020 i samband med att ledarna för välfärdsområdet gjorde en kommunrunda.	Speciellt de digitala tjänsterna lyftes fram som utvecklingsmål. Nyttan av digitala tjänster ses speciellt i de tjänster som tas hem, i mottagningstjänsterna samt i de förebyggande tjänsterna.
Informationsledningens mognadsnivå har utvärderats i strukturreformsprojektet.	Webropol-enkäten gjordes i oktober 2020 (DigiFinland).	Den nuvarande statusen för informationsledning i Österbotten är dålig. Attityden till utveckling är god.

Bilaga 2

Kommunspezifisk Webropol-enkät och Teams-diskussioner, november 2020



Teman från programmet Labquality har använts i frågorna. Frågorna har modifierats så att de passar för Webropol. Eftersom tidtabellen för insamlingen av data var så pass snäv beslöt vi i projektgruppen att telefonledes kontakta enkätens målgrupper i kommunen innan Webropol-enkäten skickades ut. Samtidigt informerade vi om tidtabellen för insamlingen och vi bokade även tid för kommunspecifika Teams-diskussioner. Telefonkontakten fick positiv respons. Den ökade också förståelsen för väsentligheten i svaren och den korta svarstiden. Webropol-enkäten skickades till de ledande tjänstemännen för socialvården, hälsovården samt äldreomsorgen. I följebrevet fanns instruktioner om att enkäten vid behov kunde förmedlas vidare till andra medlemmar inom den egna organisationen för att få en högre svarsprocent. Följebrevet till Webropol-enkäten och tidpunkten för Teams-diskussionen sändes till alla informanter 9.11. Webropol-svarstiden var kort (9–13.11 till och med klockan 17.00). Kommunspecifika sammanfattningar gjordes utgående från svaren. Antalet svar var mycket bra, sammanlagt erhöles 32 stycken. Från varje kommun erhöles svar från såväl socialvården som hälso- och sjukvården. Svaren sammanställdes kommunspecifikt i en PowerPoint-presentation. PowerPoint-presentationerna användes sedan som grund för de kommunspecifika Teams-diskussionerna. Presentationen var en sammanfattning av kommunens svar, och vi hade lagt till extra frågor som vi önskade få mer information om.

Kommunspecifika Teams-diskussioner hölls 18–20.11. Projektpersonerna var moderatorer och sekreterare. Med andra ord höll en projektperson i trådarna för diskussionen och den andra skrev ner de synpunkter, erfarenheter och åsikter som kom fram under diskussionen. Via diskussionen kom bilden av organisationens handlingsmönster och utvecklingsutmaningar fram. Sammanlagt sju Teams-diskussioner hölls. I dessa diskussioner deltog sammanlagt 41 personer. De representerade socialvården, äldreomsorgen och hälsovården. De personer som inte hade möjlighet att delta i de avtalade Teams-diskussionerna kontaktades per telefon under tiden 23–24.11. Dessa var några till antalet och kunde uttrycka sin åsikt gällande tillägsfrågorna. På det här sättet strävade vi efter att få en så heltäckande bild som möjligt samt möjliggöra deltagande för alla ledande tjänstemän i organisationerna. Telefonkontakten innan Webropol-enkäten skickades ut och möjligheten att delta i Teams-diskussionen har fått mycket positiv respons av deltagarna. Deltagarna upplevde att det var viktigt att Webropol-svaren sammanfattades och diskuterades i Teams-diskussionen. Sammanfattningen upplevdes visuell. Deltagarna tyckte också att det var bra att sådant som förblivit oklart i enkäten kunde förtydligas under Teams-diskussionen. Under diskussionen var det också möjligt att rangordna temana enligt hur viktiga de är och presentera utvecklingsförslag. Under tiden 23–26.11 analyserade projektpersonerna materialet kvalitativt och sammanfattade resultaten temavis i tabellen. Inga kommunspecifika resultat presenteras i tabellen,

utan de presenteras på en allmän nivå. De allmänna resultaten sammanfaller med resultaten i THL:s rapport Tiedosta arviointiin 5/2020.

Kommunspezifisk sammanfattning av Webropol-enkäten och Teams-diskussionerna, november 2020, Österbotten

Tillgänglighet, i rätt tid och kontinuitet

Vilka processer har definierats i er organisation?	På vilket sätt bedöms vårdbehovet (hälsovårdslagen)?	På vilket sätt bedöms servicebehovet (socialvårdslagen)?	Har utbudet av digitala tjänster utvecklats i er organisation?	Var syns de definierade processerna?	Hur uppfylls vårdgarantin och de lagstadgade tidsfristerna i er organisation?	
					Hälsovårdscentralens brådsökande och icke-brådsökande mottagning:	Tillgång/kö till service i enlighet med socialvårdslagen (äldre personer, barn och familjer):
Serviceprocesserna för äldre personer har definierats i många kommuner. Även processerna för barn och familjer har definierats, men inte i lika stor utsträckning.	Bedömningen av vårdbehovet görs huvudsakligen per telefon eller vid "luckan". En mer omfattande bedömning görs vid behov och multiprofessionellt. Ofta får kunden en tid till mottagningen eller så sätts hen i kö för en tid till läkarmottagningen. Distansmottagning används i viss utsträckning.	Bedömningen av servicebehovet för äldre personer inleds ofta per telefon och sedan bokas ett hembesök in. RAI-bedömning används i stor utsträckning. Bedömningen genomförs ofta multiprofessionellt (terapeuter, socialarbetare, socialhandledare, servicehandledare, hemsjukvården, minnespl.) Flexibla samarbetsformer används och nyttan med dessa har identifierats. Bedömning av servicebehovet enligt socialvårdslagen görs inom tre månader för barn och familjer. Den första kontakten är vanligen uttryck av oro per telefon. Den fortsatta bedömningen genomförs för det mesta av socialarbetare på hembesök. Bedömningen genomförs multiprofessionellt vid behov. Servicebehovet uppföljs och bedöms regelbundet.	Digitala tjänster har utvecklats i liten utsträckning. Det finns emellertid utvecklingspotential. Det är möjligt att boka tid elektroniskt till tjänsterna. Distansmottagning används i viss utsträckning. I tjänsterna för äldre personer används Alvar (distans) och Evondos läkemedelsautomat. I diskussionerna kom det fram en stor vilja att utveckla de digitala tjänsterna.	Processbeskrivningarna finns på kommunernas interna sidor. Processerna finns inte synliga för kunderna. Servicebeskrivningarna är offentliga på webbsidorna och tillgängliga för kunderna.	De lagstadgade tidsfristerna för hälsovårdscentralens brådsökande och icke-brådsökande mottagningar förverkligas i huvudsak. Det saknas dock systematisk uppföljning av tidsfristerna. Uppfattningen är att de lagstadgade tidsfristerna (inom tre månader) i huvudsak förverkligas i kommunerna. Funktionen call back används i telefonrådgivningen.	Kösituationen till tjänsterna för äldre personer publiceras med ett halvt års mellanrum. I flera kommuner kan hemvård fås samma dag eller dagen efter att behovet konstateras. Väntetiden till stödtjänsterna kan vara upp till tre veckor. Köandet till serviceboende förverkligas i huvudsak inom den lagstadgade tidsfristen (det varierar mellan kommunerna).

Förebyggande och föregripande	Kvalitet och effekt				
Vad innebär verksamhetsmodellen för familjecenter i er kommun?	Har program för kvalitetskontroll tagits i bruk i er organisation? Om svaret är jakande, vänligen ge exempel.	Hurdana strategiska mål, indikatorer och nyckeltal samt målnivåer i koppling till dessa följs upp i er organisation?	Hur förverkligas uppföljningen, bedömningen och utvecklingen av processerna i organisationen?	Hur har ni utvecklat en enhetlig informationsgång mellan olika aktörer och över enhets- och organisationsgränserna?	Används Lean-metoden i er organisation?
Allmänt innebär familjecentermodellen att förebyggande social- och hälsotjänster finns i samma utrymmen, antingen fysiskt eller digitalt. Det är viktigt att olika aktörer, inklusive tredje sektorn, är tillgängliga på samma plats för familjerna (rådgivning, socialarbetare, terapeuter). Det är också viktigt med normal, obegränsad och lättillgänglig service för kunden.	SHQS används i de kommuner där kvalitetsverktyg används. Några kommuner har inga verktyg för kvalitetsutveckling. Andra verktyg för kvalitetsutveckling som nämndes var Haipro, Sotkanet, RAI, Exreport och planer för egenkontroll.	Mätare för kundstyrning, förverkligandet av servicen samt uppföljning av kvalitetsnivån används. Det finns också mätare för uppföljning av personalens tillräcklighet. Uppföljningen genomförs i samband med budgeteringen och då verksamhetsplanerna uppgörs. Mätarna används i det politiska beslutsfattandet. Mycket kundfeedback samlas in. Mätarna som används kommer från Exreport och RAI. Ett gemensamt system för informationsledning önskas.	Systematisk uppföljning saknas i området. Årsklockemodellen används i vissa kommuner. I andra kommuner är uppföljningen sporadisk. Uppföljningen förverkligas på ledarskapsnivå i koppling till bokslutet och budgeteringen.	Den stora mängden datasystem försvårar informationsgången mellan organisationerna. Även lagstadgade bestämmelser begränsar. Ärenden behandlas ofta per telefon. Informationsgången är snabbare i små organisationer där servicen är koncentrerad, eftersom avstånden är korta.	Lean-metoden används delvis inom hälso- och sjukvården eller i tjänsterna för äldre personer. Socialvården använder inte Lean.

Kvalitet och effekt				Sektorsövergripande
Vilket klient-/patientdatasystem används i er organisation?	Vilka utvecklingsbehov har datasystemen i er organisation gällande uppföljning av processmålen och kundhanteringen?	Vilka servicekriterier har dokumenterats i er organisation?	Hur tänker ni om kundens delaktighet?	Har multiprofessionella/sektorsövergripande arbetsmetoder beaktats i uppgörandet av processerna? Har integreringen av social- och hälsovården påbörjats?
Olika programvaror och system används i området: Lifecare, Abilita, Pro Consona, Nurse Buddy, Abilita Socialvård, Pegasos och DomaCare.	Ett samstämmigt datasystem i anslutning till befintlig programvara önskades (under övergångsperioden innan Aster Bothnia börjar användas). Man önskade information om kundkedjan och eventuella problem hos kunden i kedjans olika skeden. En mer flexibel informationsgång önskas. Verktyg och uppföljningsindikatorer för informationsledning önskades tas i bruk.	Servicekriterierna har definiterats i tjänsterna för äldre personer (hemvården, stödtjänster, stöd för närståendevård och effektiverat serviceboende). Kriterier finns också för utkomstskydd, för tjänster för personer med funktionsnedsättning samt för färdtjänsten.	Att kunden som använder servicen är delaktig upplevdes viktigt. Om bedömningen av servicebehovet görs hemma är det möjligt för kunden att delta på så kallat normalt sätt. Kunden deltar för det mesta i uppgörandet av den första vård-/serviceplanen. Kunden deltar vanligen inte lika mycket då planen uppdateras. Samarbete med äldre personer, ungdomsfullmäktige eller personer med funktionsnedsättning bör ännu utvecklas i de situationer då serviceplanerna uppgörs. Fördelen med erfarenhetsexperten används i ringa utsträckning i området. Utvecklingsutmaningar gällande samarbete med olika patientföreningar finns fortfarande.	Resultaten visar att utvecklingsarbetet för integreringen av social- och hälsovården har påbörjats i kommunerna. En heltäckande integration har förverkligats i endast ett fåtal kommuner. Resultaten visar att en multiprofessionell handlingsmodell används inom den egna organisationen. I flera kommuner sträcker sig den multiprofessionella verksamheten även utanför den egna organisationen. Den tredje sektorn är en viktig aktör. En systematisk handlingsmodell för samarbetet saknas dock i området.

RAI-data i analysen av utgångsläget för utveckling av kundsegmenteringen

Insamling och analys av materialet

Verktöget RAI används i stor utsträckning inom hemvården i Österbotten. Eftersom RAI-datan i Österbotten är kommunspecifik, krävs tillstånd av kommunen för insamling av datan. På grund av den snäva projekttidtabellen beslöt man i bedömningen av utgångsläget att beskriva nyckeltalen i RAI på ett allmänt plan genom exempelkommuner: A, B och C. I en från projektet åtskild, kommunspecifik rapport kommer RAI-data att analyseras mer detaljerat och behandlas på kommunnivå. Utgående från den mer detaljerade data utformas regionala RAI-uppföljningsindikatorer för projektets interventioner. Dessa presenteras i samband med självutvärderingsrapporten i maj år 2021.

För den här bedömningen av utgångsläget samlades RAI-data in med hjälp av RAIsot-programvarans sammanfattande rapport (Excel). Datan bestod av ett tvärsnittssampel (1.10.2020), och utgående från det sammanfattades data från kommunernas hemvård (medelvärden, procent) i en gemensam Excel-tabell. Eftersom materialet är insamlat på kommunnivå går det inte att identifiera hemvårdens kunder. I den här bilagan presenteras resultaten så att det inte går att identifiera data från enskilda kommuner.

Tabell 1: Bakgrundsinformation om hemvårdens kunder (n=833) i exempelkommunerna, tvärsnitt 1.10.2020.

RAI-data från hemvården, tvärsnitt 1.10.2020.				
	Kommun A, n=212	Kommun B, n=116	Kommun C, n=505	Finland, n=58 631 (THL:kotihoito 1_2020)
N	212	116	505	58 631
Medelålder	81,1	85,5	82,2	81,8
Kvinnor %	64,1	62,1	62,6	66,6

Medelåldern på hemvårdens kunder i exempelkommunerna är i huvudsak högre i jämförelse med kunderna i Finlands hemvård. I det här materialet är antalet kvinnor i hemvården lägre än i hela Finland.

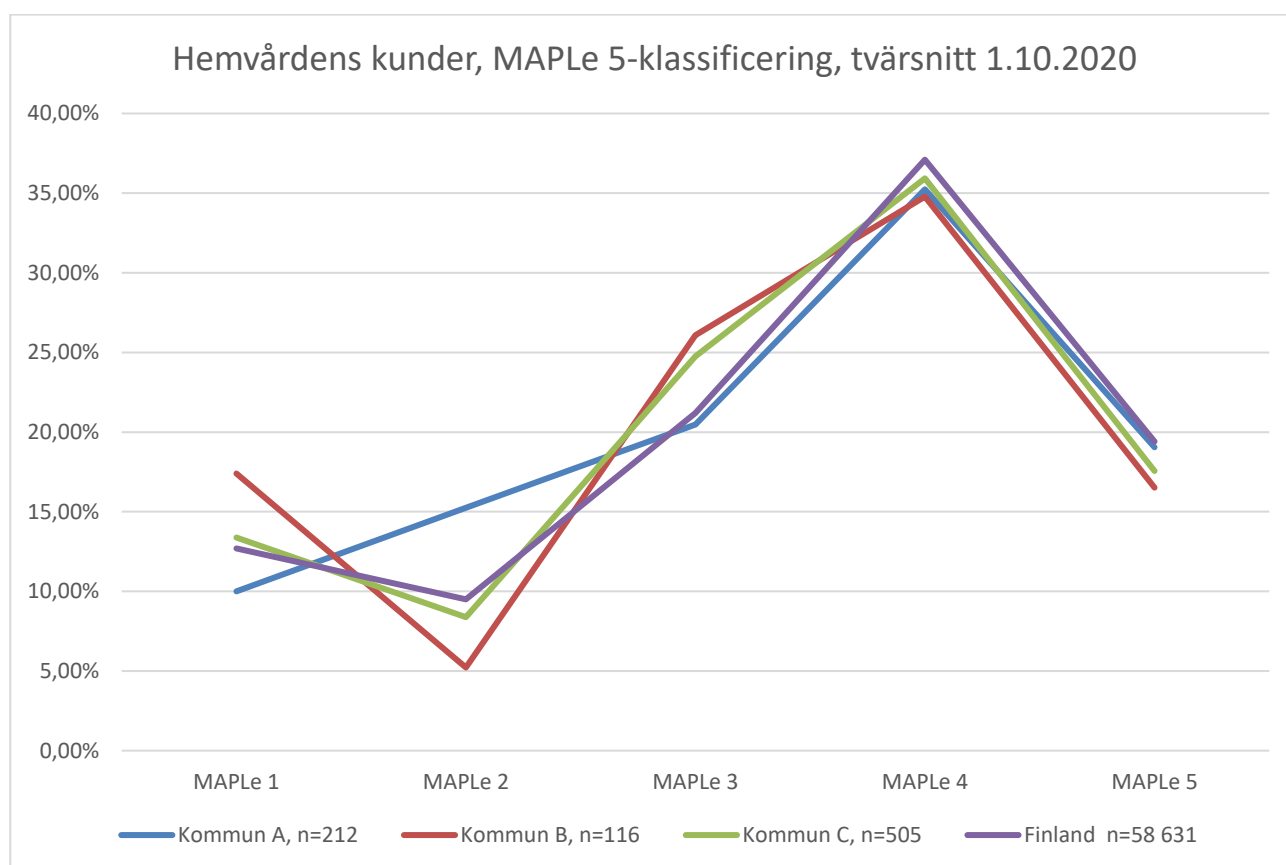
Tabell 2: Bakgrundsinformation om kundstrukturen i hemvården (n=833) i exempelkommunerna, tvärsnitt 1.10.2020.

RAI-data från hemvården, tvärsnitt 1.10.2020				
	Kommun A, n=212	Kommun B, n=116	Kommun C, n=505	Finland, n=58 631
CPS, 0–6 (mv)	1,4	1,3	1,3	1,5
ADLH, självständig (%)	71,4	72,2	64,8	62,9
Sinnesstämning, 0–14 (mv)	1,0	0,9	1,0	1,1
CHESS, 0–5 (mv)	1,1	0,9	1,1	1,0

CPS 0–6-mätaren beskriver kundens kognitiva funktionsförmåga (närminne, förmåga att fatta beslut, göra sig förstådd). Ju högre värdet är desto större utmaningar har kunden i den kognitiva funktionsförmågan. I exempelkommunerna är kundernas kognition på en aningen högre nivå än Finlands medeltal. ADLH 0–6 beskriver kundens fysiska funktionsförmåga i vardagen (motion, ätande, hygien, wc-besök). Ju högre ADL-värde desto större utmaningar. I exempelkommunerna verkar det finnas fler kunder som är självständiga i ADL-funktionerna jämfört med hela Finland.

DRS 0–14-mätaren beskriver sinnesstämningen. Misstanke om depression väcks om värdet är 3 eller högre. Misstanke om depression verkar det i exempelkommunerna det finnas mindre av i jämförelse med Finlands medeltal. CHESS 0–5-mätaren beskriver hur stabilt kundens hälsotillstånd är, ju högre värde desto instabilare hälsotillstånd. Stabiliteten i hälsotillståndet för hemvårdens kunder varierar något mellan exempelkommunerna.

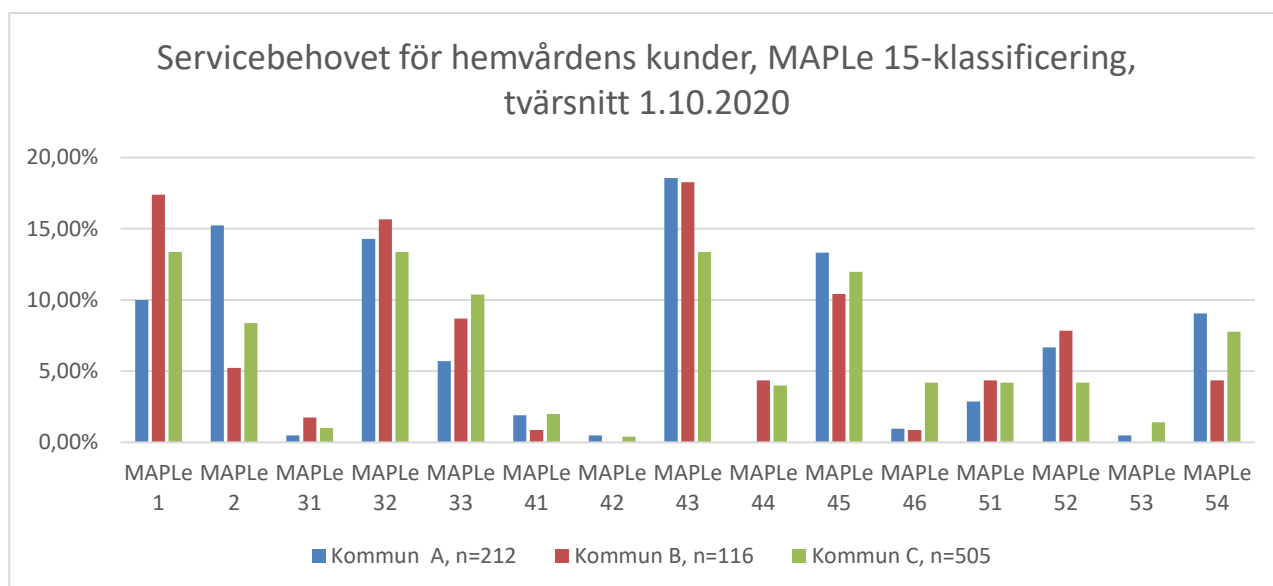
I tabell 1 jämförs servicebehovet för kunderna i de utvalda hemvårdsorganisationerna med den nationella nivån genom MAPLe 5-klassificeringen.



Figur 1. Kundbetjäningsprofilerna i exempelkommunernas hemvård och Finlands hemvård 2020.

Enligt figur 1 följer hemvårdens kundbehovsprofiler i stort sett samma schema. Skillnader ses emellertid i det lindriga servicebehovet (MAPLe 1–2). Skillnaderna berättar eventuellt om behovet att utveckla styrningsprocesserna till hemvården eller exempelvis att antalet förebyggande tjänster är litet eller att nyckeltal för informationsledning saknas i uppföljningen och utvärderingen av styrningen till tjänsterna.

I figur 2 fördjupar vi oss i servicebehovsprofilerna för hemvårdens kunder genom MAPLe 15-klassificeringen. Kommunerna har ingen nationell jämförelsedata tillgänglig från klassificeringen i fråga.



Figur 2. Servicebehovet för hemvårdens kunder i exempelkommunerna - MAPLe 15-klassificering.

Enligt kurvan i figur 2 är lindrigt servicebehov (MAPLe 1–2) och grupperna 32, 43 och 45 de högsta spetsarna gällande servicebehoven för hemvårdens kunder. Det varierar dock mellan kommunerna. I servicehandledningen är det viktigt att identifiera de kundgrupper som skulle ha mest nytta av förebyggande interventioner innan de styrs till regelbunden hemvård (till exempel MAPLe 1–2 och 31). Å andra sidan bör styrningen till tyngre tjänster från hemvården förebyggas, speciellt i MAPLe-grupperna 43 och 45. I de här grupperna finns också kunder som skulle ha nytta av rehabiliteringsfrämjande tjänster. I ovan nämnda MAPLe-grupper ska även den eventuella närståendevårdarens situation, ork och stöd tas i beaktande.

Sammanfattning

I bedömningen av utgångsläget har hemvårdens RAI-data använts, eftersom den är täckande i Österbotten. I bedömningen har man strävat efter att lyfta fram de RAI-nyckeltal som man under projektets tid har ämnat följa och utgående från dem formas mer detaljerade uppföljningsindikatorer även på kommunnivå. I delområde 3 av strukturreformsprojektet testas produktionsstyrningen i servicehandledningen. Tanken är att använda MAPLe-15-klassificeringen i skapandet av de föregripande modellerna och kundsegmenteringen som testas där.

På ett allmänt plan visar resultaten att kundstrukturen i exempelkommunerna i Österbotten är aningen "lättare" jämfört med kundstrukturen i hela Finlands hemvård. Servicebehovsprofilerna (MAPLe 5) löper åt samma håll i exempelkommunerna och Finlands hemvård. Exempelkommun B beskriver en mindre kommuns profil i Österbotten, dess kundstruktur och serviceprofiler ligger troligen nära andra kommuner av motsvarande storlek i Österbotten.

Bilaga 4

Sammanfattning av resultaten från den egna Excel-tabellen/THL:s kartläggning från projektet Framtidens social- och hälsocentral i Österbotten

Bakgrund

- Webbenkäten utgår från THL:s nationella kartläggning av uppföljningen och bedömningen av förverkligandet av nyttomålen i programmet Framtidens social- och hälsocentral (30.10.2020).
- Enkäten kommer att fungera som bedömning av utgångsläget och som kommunspecifik utvärdering under tiden för projektet Framtidens social- och hälsocentral i Österbotten.
- Under projekttiden kommer samma förfrågan att sändas ut årligen i september för att kommunspecifikt utvärdera hur servicen i området har utvecklats
- Webbenkäten genomfördes 22.9–16.10.2020.
- Enkäten skickades ut till 11 kommuner, endast 5 svar kom in, svarsprocenten var 45 %.

Enkätens uppbyggnad

- Enkäten bestod av 14 frågor (THL gjorde upp ett frågepaket 30.10.2020).
- Svarsalternativen var flerval, ja/nej, fritt svar eller skalan 1–10, där 1 var *inte alls* och 10 *motsvarar behoven*.
- Medeltalet har räknats ut på vissa frågor (THL:s datainsamling och bestämmelse). Svarmängden är liten och således går det inte att dra reliabla slutsatser om situationen i landskapet.

Nuläget, enligt de insamlade svaren

- Kunderna kommer till socialvårdens icke-brådskande mottagning i genomsnitt:
 - inom 6 vardagar/barnfamiljer.
 - inom 6 vardagar/personer i arbetsför ålder.
 - inom 4 vardagar/äldre personer.
- För att främja barn och ungas psykosociala välbefinnande används IPC-metoden inom basservicen i en kommun och en yrkesperson har utbildats i att använda metoden.
- CoolKids-metoden används ej i områdets basservice.
- I två kommuner används andra metoder för att främja barn och ungas psykosociala välbefinnande: TLP, NuortenBeck, Friends och JagKan.
- Palliativ konsultationstjänst finns vid 80 % av områdets hälsovårdscentraler.
- Inom området finns tre fysiska träffpunkter med låg tröskel för barnfamiljer. För alla invånare finns det två träffpunkter med låg tröskel. På dessa punkter finns allmän, lagstadgad handledning och rådgivning tillhörande social- och/eller hälsovården.
- Inom området finns ingen elektronisk servicekanal med rådgivning och handledning i social- och hälsovårdsrelaterade ärenden av en yrkesutbildad person för någon åldersgrupp.
- En handlingsmodell för livsstilscoaching i förebyggande syfte för minnessjukdomar finns i 40 % av kommunerna.

- Socialservicen i kommunerna i området använder kundspecifika mätare för effekt och funktionsförmåga på följande sätt:
 - Kykyviisari 20 %
 - RAI 100 %
 - ICF 20 %
- En handlingsmodell för socialservicens strukturella socialarbete (systematiskt barnskydd) används i 20 % av kommunerna.
- Antalet besök på den specialiserade sjukvårdens samjour i området har minskat: 33 847 besök under tiden 1.9.2018–31.8.2019 och 31 062 besök under tiden 1.9.2019–31.8.2020.

Slutsatser

Det insamlade materialet har sammanställts både ur en kommunspecifik och ur en områdesspecifik synvinkel. Eftersom svarsantalet är litet går det inte att säga att materialet ger en sanningsenlig bild av serviceutbudet i landskapet Österbotten. THL:s datainsamling används också om ett år.

Utvecklingsarbetet i projektet görs i samarbete med personalen i kommunerna och välfärdsområdet och i enlighet med välfärdsområdets strategi och projektplan. Utvecklandet av regionala digitala tjänster i området är en stor utmaning som man ser mycket framemot. Resultaten visar att serviceutbudet och arbetsmetoderna i Österbotten är oenhetliga. Samma resultat framkom också i Institutet för hälsa och välfärds (THL) rapport (5/2020), som publicerades i oktober år 2020.

Önskemålen för beredningen av välfärdsområdet är att trygga enhetlig och jämlik service för alla invånare i området.