



Eini Pihlajamäki och Susann Sjöström

Social- och hälsovårdsservice
under förändring i
Kust-Österbottens samkommun
2009-2010

Social- och hälsovårdsservice under förändring i Kust-Österbottens samkommun 2009-2010



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

Hävkraft
frånEU
2007-2013



Europeiska unionen
Europeiska regionala utvecklingsfonden



Ab Det finlandssvenska kompetenscentret
inom det sociala området

Eini Pihlajamäki och Susann Sjöström: Social- och hälsovårdsservice under
förändring i Kust-Österbottens samkommun 2009-2010

FSKC Rapporter 2/2011

Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området

Publikationen finns i pdf på vår webbplats www.fskc.fi

Helsingfors 2011

ISBN 978-952-5588-66-8

Innehåll

1	INLEDNING	8
2	DEN INLEDANDE FASEN FÖR K5	11
2.1	Förändringsprocessens första steg	13
3	SKAPANDET AV SAMKOMMUNEN SOM FÖREMÅL FÖR UTVÄRDERING	17
3.1	Utvärderingens syfte och teoretiska referensram	17
3.2	Utvärderingsfrågor och -metoder	19
4	KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN TAR FORM	21
4.1	Samkommunens vision och mål	21
4.2	Social- och hälsovårdsservice inom samkommunen	23
5	VERKSTÄLLANDET AV FÖRÄNDRINGEN 2009-2010	26
5.1	Resurser	26
5.2	Utvecklingsarbete utfört av arbetsgrupperna	27
5.2.1	Utbildningsgruppens verksamhet	28
5.2.1.1	JET-specialyrkesexamen	28
5.2.1.2	Framtiden - utmaningar och möjligheter	29
5.2.2	Plan för barns och ungas välmående inom K5	32
5.2.2.1	Nulägesanalys och hörande av personal	31
5.2.2.2	Regionala utvecklingsbehov	34
5.2.2.3	Familjearbete	35
5.2.2.4	Uppföljning av planen	36
5.2.3	Arbetsgruppen för socialvård	39
5.2.4	Utarbetandet av Mentalvårdsstrategi för Kust-Österbottens samkommun 2010-2015	42
5.2.4.1	Bakgrund och utgångspunkter	40
5.2.4.2	Mentalvårdsrådet och övriga resurser	42
5.2.4.3	Utgångspunkter och principer	43

5.2.4.4	Arbets- och utvecklingsprocesser	46
5.2.4.5	Strategins målsättningar	49
5.2.5	Några reflektioner kring mentalvårdsstrategin	55
5.2.5.1	Missbrukarvården	53
5.2.5.2	Brukarmedverkan	54
5.2.5.3	Samarbete med basservicen inom social- och hälsovård	55
5.3	Pågående projekt i K5 -kommuner	57
5.3.1	Projekt Välttäjä	59
5.3.2	FamiljeKaste	63
5.3.2.1	Några reflektioner	64
5.3.3	ÄldreKaste: Hälsa och livskvalitet för äldre i Österbotten	67
5.3.3.1	Några reflektioner	68
5.3.3.2	Distansmedicinska tjänster	69
5.3.4	Integrationsprojekt	72
5.3.5	Utvärderingsprojektet	73
5.4	Beställar- utförarmodellen	76
5.4.1	Nya roller	78
5.4.2	Tillämpningen av beställar-utförarmodellen	80
5.4.3	Utmaningar för nya samarbetsområden	82
5.4.4	Framgångsfaktorer vid tillämpning av beställar-utförarmodellen	84
6	K5-PROCESSEN FORTSÄTTER – REGIONAL SERVICE UTVECKLAS	86
6.1	Beställarorganisationen förstärks	87
6.2	Projektresurser	88
7	SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION	89
	Kommun- och servicestrukturen och K5	89
	Mål och utveckling	90
	Servicen utvecklas	91
	Förändring med stöd av projekt	93
	Utvecklingsarbete kräver resurser	94
8	KÄLLFÖRTECKNING	96

Figurer

Figur 1	Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård.	12
Figur 2	Strategiska målsättningar för Kust-Österbottens samkommun	22
Figur 3	Utformningen av mentalvårdsstrategin inom K5 områdets kommuner	46
Figur 4	Organisering av mental- och missbrukarsårdstjänster	50
Figur 5	Beställar- utförarmodellen för K5.	77

Bilagor

Bilaga 1	Arbetsgrupper inom K5	100
Bilaga 2	Organiseringsmodell för när- och specialservice enligt kunskapskrav	104
Bilaga 3	Brev till projektpersonal inom K5	106
Bilaga 4	Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård	108
Bilaga 5	Definition av några begrepp som används i samband med kommun- och servicestrukturereformen	110

1

Inledning

Under de senaste åren har förnyandet av social- och hälsovårdsservicen i Finland varit ett viktigt politiskt mål. En central orsak till detta är att befolkningen i Finland åldras och att den arbetsföra befolkningen minskar. Detta inverkar både på ekonomin och på servicebehoven. Högst antagligen ökar behovet av service inom social- och hälsovården i och med att befolkningen åldras. Även konkurrensen om yrkeskunnig arbetskraft ökar.

Förändringen av social- och hälsovårdens service styrs för närvarande av två nationella program: Kommun- och servicestrukturreformen (KSSR) och det nationella programmet för utvecklandet av social- och hälsovård, Kaste. Båda strävar efter att trygga befolkningens hälsa och välfärd oberoende av bopingsort.

I lagen om en kommun- och servicestrukturreform stipuleras att primärhälsovården och socialvården skall ordnas som en helhet med ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare. Målet med reformen är en livskraftig och funktionsduglig samt enhetlig kommunstruktur. Detta skall bland annat ske genom att med olika medel förbättra produktiviteten och dämpa utgiftsökningen i kommunerna. Vidare är målet att trygga befolkningens hälsa och välfärd samt tjänster av kvalitet oberoende av var man bor (Lag 169/2007). Lagen som styr förnyelseprocessen är en tidsbunden ramlag, som är i kraft till utgången av år 2012. Riksdagen har i mars 2011 ändrat lagen och förlängt den planeringsperiod som gäller social- och hälsovårdens struktur till slutet av år 2014. (Se bilaga 5 för definitioner av olika termer gällande reformen).

Kommunerna Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad beslöt år 2007 att bilda ett gemensamt samarbetsområde, med ett tillräckligt befolkningsunderlag, för att skapa förutsättningar för tillhandahållande av social- och hälsovårdsservice för befolkningen inom området. Samarbetsområdet blev en samkommun genom ett grundavtal: "Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård" (Rannikko-

Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä) år 2008. Samkommunen kallas vanligen K5, så även i denna rapport.

Samarbetsområdets kommuner och samkommunen deltar även i olika Kaste-projekt. Kaste-programmet är ett strategiskt verktyg för social- och hälsovårdsministeriet och dess mål är förbättra kvaliteten och tillgängligheten på social- och hälsovårdstjänster samt minska regionala skillnader.

Idén att utvärdera skapandet av samkommunen K5 och serviceutvecklingen väcktes under möten vid Länsstyrelsen i Västra Finlands län i Vasa. Marianne West-Ståhl vid Länsstyrelsen sammankallade i februari år 2007 alla utbildningsanordnare och andra aktörer inom social- och hälsovårdsområdet på svenska i Österbotten till ett gemensamt möte. Tanken bakom initiativet var att utgående från regionala behov samordna fortbildning och forsknings- och utvecklingsinsatser inom Österbotten. De kallade parterna sammanträdde i två grupper under cirka ett års tid. Vid ett av mötena initierade Eini Pihlajamäki från Det finlandssvenska kompetenscentret på det sociala området (FSKC) ett utvärderings – och utvecklingsprojekt som resulterade i detta av EU:s regionalfond finansierade projekt.

Projektets namn är "Gemensam social- och hälsovårdsservice – samarbete, samverkan, framgång? – Utvärdering av en process" (senare Utvärderingsprojektet). Finansiering har beviljats av den europeiska regionutvecklingsfonden via Västra Finlands län för tiden 1.1.2009–30.6.2011. Projektet har beviljats förlängning till 31.12.2011. Projektet ägs och administreras av Åbo Akademi i Vasa. Samarbetsparter är Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området - FSKC och Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Projektet har en heltidsanställd person, projektutvecklare Susann Sjöström, som är anställd av Åbo Akademi. Hon inledde sitt arbete 1.5.2009. Som projektledare (deltid) fungerar Eini Pihlajamäki vid FSKC och som projektkoordinator (deltid) Anna Smirnoff vid Centret för livslångt lärande vid Åbo Akademi. Novia har inom högskolan utsett en K5 –grupp som bland annat ansvarar för forskning och utveckling samt lärdomsprov och praktikperioder inom ramen för projektet.

Projektets syfte är i korthet att genom deltagande utvärdering stöda kommunerna inom Kust-Österbottens samkommun i KSSR -processen inom social- och hälsovårdsområdet. En närmare beskrivning av utvärderingens syfte och den teoretiska referensramen görs i kapitel 3. Projektets aktiviteter och produkter (t ex rapporter och seminarier) beskrivs i avsnitt 5.3.5.

Projektet kommer att ge ut två rapporter om förändringsprocessen varav den första, denna rapport, beskriver utgångspunkterna för bildandet av samarbetsområdet/samkommunen och det genomförda utvecklingsarbetet till början av år 2011. Vi redogör för det arbete som har gjorts i olika arbetsgrupper och projekt inom K5. Eini Pihlajamäki har skrivit kapitlen 1.-5.1. och 5.3; 5.3.2 - 5.3.4 samt 6 och 7. Susann Sjöström har skrivit avsnitten 5.2.-5.2.5 och 5.3.1. Tillsammans har vi skrivit avsnittet 5.3.5. Anna Smirnoff har tillsammans med Eini Pihlajamäki sammanställt kapitel 5.4.

2

Den inledande fasen för K5

I detta kapitel är vår avsikt att beskriva vilka grundläggande lösningar Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård (K5) valt och redogöra de förslag till strukturering av service som gavs av de förberedande arbetsgrupperna.

Fullmäktigeförsamlingarna i Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad fattade under år 2007 beslut om att bilda ett gemensamt samarbetsområde för primärvården och uppgifter i nära anslutning till den inom socialvården. Detta meddelades även till statsrådet i form av en genomförandeplan i slutet av augusti 2007. I genomförandeplanen framhölls att KSSR inte föranleder ändringar i kommunindelningen för de berörda kommunerna utan att samarbetsområdet verkar genom en samkommun, som i första hand kommer att fungera som en beställarorganisation (citerat ur protokollet från Malax kommunstyrelse 10.6.2008).

I Malax var åsikterna delade om att gå med i samarbetsområdet. En stark opinion var för samarbete med Vasa. I Kristinestad gjordes beslutet att gå med i samarbetsområdet med en rösts majoritet. Andra hälften av beslutsfattarna i Kristinestad hade velat gå med i det finskspråkiga samarbetsområdet Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä.



Figur 1 Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsövård

Med samarbetsområdet uppnås ett befolkningsunderlag på 26 013 invånare (2008). Befolkningen fördelar sig kommunvis enligt följande: Kaskö 1478, Korsnäs 2219, Kristinestad 7262, Malax 5549 och Närpes 9505. Samkommunen är tvåspråkig. Majoriteten av invånarna har svenska som modersmål. Den finskspråkiga befolkningen i området bor huvudsakligen i Kristinestad och Kaskö. I samkommunen bor även ett relativt stort antal inflyttade utlänningar. I slutet av år 2010 var antalet invandrare 1246 vilket utgör 4,8 % av hela befolkningen i området (Statistikcentralen, 2011).

Samkommunens uppgifter och relation till medlemskommunerna regleras i ett grundavtal. Grundavtalet för Kust-Österbottens samkommun för social-

och primärhälsovård trädde i kraft 1.8.2008. Den egentliga verksamheten och utvecklingsarbetet inleddes 1.1.2009.

Samkommunens organ är samkommunfullmäktige och samkommunstyrelse. Enligt grundavtalet väljer medlemskommunerna ledamöter (+ ersättare) till samkommunfullmäktige enligt antalet invånare i kommunen. Ledamöternas mandatperiod är samma som kommunfullmäktiges mandatperiod. Samkommunens styrelse består av 11 ledamöter och ersättare och dess mandatperiod är två år. Därtill har samkommunen en revisionsnämnd. Övriga organ tillsätts enligt vad som stadgas i instruktionen. Om samkommunens ekonomi och granskning av ekonomi och förvaltning stipuleras i § 15 – 27 i grundavtalet.(www.kfem.fi -> dokument -> avtal).

I grundavtalets § 3 mom. 2 stipuleras följande om servicen:

”Samkommunen ordnar servicen för områdets invånare i enlighet med Lag om planering av och statsandelar för social- och hälsovård (733/92). Samkommunen fungerar som beställare, vilket betyder att det är samkommunen som beslutar om servicens omfattning, kvalitet och sättet att producera den i samråd med medlemskommunerna. Samkommunen kan ordna verksamheten i form av egen produktion, i medlemskommunernas regi eller genom upphandling från tredje part. I Kristinestad, Malax och Närpes finns hälsovårdscentral samt i Kaskö och Korsnäs hälsostation med läkarmottagning. Medlemskommun kan för sin del definiera en service som, beträffande innehåll och kvalitet, överstiger den allmänna nivån inom samkommunen, varvid medlemskommunen står för merkostnaderna”.

Samkommunen valde beställar –utförarmodellen som modell för organisering av service. Denna modell beskrivs närmare i avsnitt 5.4.

2.1 Förändringsprocessens första steg

Initialt tillsatte kommunerna en styrgrupp, som med stöd av ett arbetsutskott och en deltidsanställd sekreterare (Jenny Malmsten) ledde planeringen av det nya samarbetsområdet. Därtill tillsattes tre arbetsgrupper: (1) Arbetsgruppen för ekonomi och förvaltning arbetade med uppgiften att utarbeta ett förslag till grundavtal, riktlinjer för instruktion och arbetsordning, informationspaket till personal och invånare samt IT – frågor.

(2) Arbetsgruppen inom socialvård och (3) Arbetsgruppen inom hälsovård kartlade servicen, gemensamma tjänster, samordning av social- och hälsovården, kostnadseffektivitet och vårdtrappan. (Malmsten, 2008a) I protokollet för kommunstyrelsen i Malax (10.6.2008) kan man läsa att beredningsarbetet förlöpte i god anda.

På styrgruppens möte i slutet av november 2007 fick arbetsgruppen för socialvård och arbetsgruppen för primärhälsovård likadana uppgifter, nämligen att diskutera fram ett förslag till vilka delar av socialvården och primärvården som kunde produceras av samkommunen, med andra ord ordnas som regional service med minst 20.000 invånare. Därtill ingick i uppdraget att beskriva:

- övriga samarbetsområden som tangerar socialvården och primärvården
- på vilket sätt de egna tjänsterna inom samkommunen produceras
- personalbehov för detta
- synergieffekter och skapa modell som ger god service, är kostnadseffektiv och flexibel
- varifrån köps de tjänster som inte produceras i samkommunen och inte heller i primärkommunerna.

Styrgruppens uppdrag till arbetsgrupperna ger en bild av att man hade som mål att omorganisera servicen. I detta skede av planeringen fanns dock ingen fastställd strategi för K5.

Tillsättandet av arbetsgrupperna säkerställde personalens delaktighet i förändringsprocessen/ arbetet. Arbetsgrupperna sammanträdde fyra gånger och hade därtill ett gemensamt möte. Uppdraget att koordinera arbetsgruppernas arbete gavs åt utredningsman Harry Bondas. (Medlemsförteckning i bilaga 1)

Grupperna indelade servicen i kategorier enligt anordnaransvar, producent och verksamhetspunkt. I arbetsgruppernas gemensamma sammanställning finns anordnaransvaret hos samkommunen. Service kunde produceras av samkommunen, kommunen eller som köptjänst av tredje part. Kartläggning av service som kunde produceras av samkommunen är behandlad av

arbetsgruppen för primärhälsovård i april 2008 och i arbetsgruppen för socialvård 5.5.2008.

Följande service kunde enligt arbetsgrupperna produceras av samkommunen:

- koordinator för hälsofrämjandet
- skolning- och utvecklingskoordinator, personalrekrytering (marknadsföring)
- upphandling (ansvarsperson inom centraladministration)
- gemensam social- och patientombudsman (deltid)
- talterapeut (ambulerande närservice)
- ergoterapeut
- näringsterapeut (ambulerande närservice, utbildar vårdpersonalen)
- psykosocial service, inkl. familjerådgivning (psykolog, depressionsskötare, sjukskötare i psykiatri, kurator)
- missbrukarkurator (ambulerande närservice, poliklinisk verksamhet)
- rehabiliterig (fysioterapiavdelning)
- tandläkarpool
- läkarpool
- minnespoliklinik (ambulerande närservice, geriatriker)
- invandrarkoordinator (ambulerande närservice).

Enligt förslaget skulle även personalen vara anställd av samkommunen.

Som köptjänster inom K5 -området föreslog arbetsgrupperna:

- serviceboende för specialgrupper
- missbrukarvård
- barnskyddets anstaltsplatser
- socialjour
- omsorg av utvecklingsstörda
- familjerådgivnings- och uppfostringservice
- laboratorieservice och röntgen
- ögonbottenfotografering
- företagshälsovård
- adoptionsrådgivning
- vård av demenspatienter

- rådgivningsservice i familjeärenden
- tandteknikertjänster
- sjuktransporter.

(Malmsten, 2008a, Mellanrapport , bilaga).

På hösten 2008 fortsatte diskussionerna om organiseringen av servicen. Den nybildade samkommunens styrelse tillsatte på sitt möte 20.8.2008 fem nya arbetsgrupper: Arbetsgrupp för organisering av förvaltning, arbetsgrupp för samordning av medlemskommuner, arbetsgrupp för planering av IT samt två arbetsgrupper för planering av den gemensamma servicen. Hälsovårdsgruppens arbete fortsatte genom att arbetsgruppen primärhälsovård diskuterade den gemensamma servicen, läkar- och tandläkarteam samt verksamhetsstrategier för 2009-2011. Socialvårdsgruppen sammanträdde under hösten 2008 och behandlade socialvårdens uppbyggnad i primärkommunerna från 2009, den gemensamma servicen, avtalsfrågor och verksamhetsstrategier för år 2009-2011. (Malmsten, 2008b)

I början av år 2009 utfördes av social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd och finansministeriet en gemensam SOTE – enkätundersökning. Syftet med undersökningen var att kartlägga organiseringen av social- och hälsovårdsservicen i kommunerna efter att Kommun- och servicestrukturen (KSSR) varit i kraft i ett par år. Undersökningen visade att omorganiseringen av social- och hälsovårdstjänster ännu 2009 var mycket oklar i många kommuner och samarbetsområden. Kartläggningen bestod av en enkätundersökning och enkäten skickades till samtliga kommuner i Finland och besvarades av en representant från varje kommun – även inom K5. En översikt av hur kommunernas bas- och specialservice organiseras inom det sociala området, bland annat i K5, gjordes vid Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området utgående från materialet från den nationella undersökningen. En sammanställning av hur social- och hälsovårdsservicen kunde vara uppdelad i "närservice" och "områdesbaserad service" finns som bilaga 2. Sammanställningen har gjorts på basis av både material från SOTE –enkäten och samkommunens egen kartläggning. (Backman, 2009)

3

Skapandet av samkommunen som föremål för utvärdering

Representanter för socialvården i kommunerna hade uttalat ett behov av att få bekräftelse på att processen går i rätt riktning och vidare ett behov av att förnya arbetssätten och förstärka det kvalitativa greppet inom sektorn. Dessa behov var startskottet till planeringen av ett projekt med deltagande utvärdering. (Projektplan, 2008)

Föremålet för utvärderingen i projektet är skapandet av samkommunen och utvecklingen av social- och hälsovårdsservice. Detta sker med hjälp av deltagande utvärdering av projektprocesserna (inklusive beställar-utförar funktionen). Projektet har två huvudmetoder i utvärderingen: 1) att studera dokument och delta i några av de arbetsgrupper som varit aktiva 2009-2010 inom K5 och 2) att stöda förändringsprocessen med olika åtgärder såsom utredningar och utvecklingsseminarier.

3.1 Utvärderingens syfte och teoretiska referensram

Bildandet och utvecklandet av samkommunen Kust-Österbotten kan studeras som ett förändringsprogram som har mål, strategier och resurser och inom vilket det genomförs åtgärder för att nå de uppställda målen.

Utvärderingens syfte är att genom deltagande utvärdering dels följa upp skapandet av K5 och dels stöda det förändringsarbete som utförs inom K5. Deltagande utvärdering har enligt Horelli två principer (2007; urspr. Cousins & Whitmore, 1998):

1. Praktisk deltagande utvärdering strävar efter att öka relevans och användning. Deltagandet sker därför i nära samarbete med kärngruppen.
2. Utvärderingen strävar efter empowerment. Utvärderarna strävar efter ett brett och djupt deltagande och ger parterna

(kärngruppen=projektets styrgrupp) möjlighet att kontrollera utvärderingsprocessen.

Inom detta projekt används praktisk deltagande utvärdering. Genom ett nära samarbete med samkommunens ledning och olika arbetsgrupper samt med övriga projekt som genomförs inom K5 strävar vi efter relevans. Vi reagerar och agerar även utgående från samkommunens önskemål och utgående de behov som lyfts upp av projektets styrgrupp.

Utvärderingen utgår ifrån Chens (2007) tre riktlinjer för evaluering:

1. Vår strävan är att göra en helhetsbedömning med beaktandet av föränderliga faktorerers inverkan på resultat (skapandet av samkommunen). T.ex. utgångspunkterna för bildandet av samarbetsområdet, resurser, den politiska miljön och den statliga styrningen av utveckling. Vi fokuserar på social- och hälsovårdens service och organiseringen av samkommunen.
2. I enlighet med programteorin studerar vi de centrala aktörernas syn på vilka aktiviteter och val av aktiviteter som behövs för skapandet av en fungerande samkommun och fungerande service. Vi frågar också om de valda åtgärderna kommer att ge de önskade resultaten.
3. Enligt evalueringsstrategin är syftet, förutom att utvärdera, även att stöda de centrala aktörerna genom att förtydliga och ta fram viktiga och nödvändiga faktorer för att projektet (samkommunen) skall vara framgångsrikt. Programteorin fungerar som en begreppslig referensram för att utvärdera effekter.

Ett utvärderingsprojekt skall enligt Chen (2007) fråga två allmänna frågor gällande den verksamhetsmiljö där förändringsprogrammet genomförs:

- Varför ger interventionerna effekter?
- Hur har man organiserat resurserna inom området och aktiviteterna inom programmet för att genomföra åtgärder och för att stöda förändring?

I denna rapport fokuserar vi på frågan "hur". Vi beskriver kort hur samkommunen kom till, vilka utgångspunkterna och målsättningarna var initialt samt hur servicen inom social- och hälsovården har utvecklats fram till början av år 2011. Utvärderingsåtgärderna följer samma principer som finns i en aktionsmodell (Chen 2007):

- Utvärdera, utveckla och säkerställa deltagande organisationers/och aktörers kapacitet.
- Rekrytera, utbilda och upprätthålla både kunnande och engagemang hos genomförare.
- Ha en öppen och trovärdig dokumentation.
- Skapa samarbete med närliggande organisationer.
- Sträva efter att få omgivningens stöd.
- Identifiera, rekrytera och ge service åt målgruppen.

3.2 Utvärderingsfrågor och -metoder

Syfte med KSSR -lagen är att skapa förutsättningar för en livskraftig kommunstruktur, utveckla produktions- och organiseringsformer för service och få till stånd en effektiv användning av resurser. Hur har K5 lyckats i skapande av samkommunen i förhållande till ställda mål? Målen som studeras i denna utvärdering kommer dels från lagstiftningen och dels från samkommunens egna målsättningar och strategier samt arbetsgruppernas förslag. Hur har målen operationaliserats, det vill säga vilken strategi har man valt och vilka åtgärder vidtas för att skapa samkommunen och utveckla servicen inom social- och hälsovård?

Projektet har två huvudmetoder. Förändringsarbete följs upp, stegvisa processer studeras, vad som sker på fältet observeras (professionellas åsikter) och mötesdokument studeras:

1. Projektutvecklaren deltar i K5:s arbetsgruppers arbete och är en resurs och en observatör. Hon dokumenterar arbetsgruppernas arbete samt är i dialog med nyckelpersoner inom K5. Projektledaren tar del av dokument från arbetsgrupperna och kommenterar vid behov planer och strategier.
2. Projektet stöder förändringsarbete och strävar även efter att reagera på de behov som lyfts upp inom samkommunen genom att a) arrangera aktiviteter, b) ha kontakt och samarbete med övriga projekt inom K5 och föra (evaluerande) diskussioner med anställda inom projekten inom K5, c) skapa samarbetsforum mellan samkommunen och högskolor och universitet samt att d) utreda och dokumentera.

Ofta har man vid utvärderingar av projekt och program varit intresserad av slutresultat och processen kan ha blivit i skymundan när man fokuserat på effekter. Weiss (1998) understryker att förutom resultat måste en utvärderare studera vad som verkligen görs inom programmet eller projektet. Kan effekter överhuvudtaget utvärderas om man inte känner till processen (Kettunen 2010)? Vi har valt att i denna första rapport dels ge en bild av i vilket skede K5 är i förhållande till sina mål, vilka områden (service och utveckling) inom social- och hälsovårdsservicen som K5 valt att satsa på och även göra en beskrivning av de åtgärder, som såhär långt har vidtagits. Förändringsprocessen studeras med hjälp av den kunskap som fås genom:

- deltagande i arbetsgrupper
- deltagande i övrigt utvecklingsarbete, styrgruppen, seminarier
- intervjuer med projektutvecklare
- genomgång av dokument, så som verksamhetsplaner, budget och ekonomiplaner etc.
- utredningar och protokoll
- stödtext av olika slag.

4

Kust-Österbottens samkommun tar form

4.1 Samkommunens vision och mål

Målsättningarna för samarbetsområdet presenterades på ett planeringsmöte kring utvärderingsprojektet i april 2008 enligt följande:

- Uppfylla ramlagens villkor.
- Samordning av social- och hälsovården, överlappande funktioner elimineras.
- Enhetligare vårdtrappa samt bättre kunna identifiera eventuella snedvridningar i vårdtrappan.
- Bättre kunna styra verksamheten och fokusera på kundens behov.
- Kostnadseffektivitet, genom samordning av hemvården, gemensamma anskaffningar, användning av informations- och kommunikationsteknologi.
- Bättre ekonomiskt och befolkningsmässigt underlag för vissa specialtjänster, t.ex. inom tal- och ergoterapi.

(Malmsten, 2008)

Den första verksamhetsplanen och strategin för samkommunen, *”Utgångspunkter för utvecklingsprocessen inom Kust-Österbottens samkommun och centrala strategier i verksamhetsplanen (2009- 2011)”* utarbetades hösten 2008. Inledningsvis konstateras i strategin att grundavtalet för K5 trädde i kraft 1.8.2008 och att den egentliga verksamheten och utvecklingsarbetet inleddes 2009.

För visionen och verksamheten redogörs kort i verksamhetsplanen: *”Samkommunens uppgift är att i demokratisk ordning garantera samarbetsområdets invånare lagstadgade tjänster inom primär- och socialvård. Samkommunen ansvarar också för att verksamheten är resultatrik samt bedrivs rationellt och effektivt samtidigt som invånarnas grundtrygghet garanteras”*. Vidare sägs att:

"Samkommunens verksamhetsidé, målsättningar och utvecklingsstrategier utformas ytterligare i budgeten, ekonomiplan samt med enskilda beslut." (Utgångspunkter... 2008)

I dokumentet Budget 2010 och i Ekonomiplanen för 2011-2012 (godkända hösten 2009) står att verksamhetsidén för Kust-Österbottens samkommun är *"att utveckla en transparent modell för ordnande av social- och hälsovårdsservice utgående från kommuninvånarnas behov så att samkommunen beställer och delvis producerar fungerande närservice för klienten, och samarbetsområdet (K5) i mån av möjlighet har ett integrerat system för social- och hälsovårdsservice"*.

I K5s verksamhetsplan för år 2009-2011 presenteras fyra strategier. Den första är en allmän strategi för samarbetsområdet som beskriver de olika faserna för utvecklandet av K5.

Kust-Österbottens Samkommun K5



Figur 2 Strategiska målsättningar för Kust-Österbottens samkommun
Källa: Utgångspunkter..., 2008, 6

Utvecklingsprocessen inleds med utvecklande av centrala tyngdpunktsområden och av serviceprocesser för ordnande av social- och hälsovårdstjänster som skall vara klara år 2013.

På motsvarande sätt har man i figurform presenterat en personalstrategi, en servicestrategi och en förändringsstrategi. Element i personalstrategin är rekrytering, kompetens, ledarskap och nätverksbildning. Servicestrategin utgår från en kundorienterad verksamhet och element i strategin är trygghet, välbefinnande, främjande av hälsa och förhindrande av utslagning samt utvecklande av boendeservice, mobila tjänster och innovationer samt därtill uppgörande av servicekedjor. I förändringsstrategin nämns förändringar i organisationerna, i social- och hälsovårdens förvaltning, i datasystem, i centrala begrepp och i klientelet.

Att uppfylla ramlagens villkor var sannolikt det viktigaste motivet för bildandet av samarbetsområdet. Ordförande för samkommunens styrelse Anita Ismark skriver också i Korsnäs Nytt 2/2010 (26.3.2010) i en artikel med rubriken K5 – Ett år av verksamhet!: *”Vårt samarbetsområde för social- och primärhälsovård grundades i augusti 2008 för att uppfylla ramlagens befolkningskrav på 20 000 invånare”.*

Man kan anta att visionen och målen är avsiktligt något lösa, dels för att andan inom samarbetsområdets kommuner var endast ”att uppfylla lagens krav” och dels för att man eventuellt vill låta utvecklingsprocessen inverka på hur samkommunen kommer att utformas. I så fall kunde man tala om en bottom up-planering, där man låter olika centrala aktörer (t.ex. arbetsgrupper och projekt) delta i utformningen av samkommunen.

4.2 Social- och hälsovårdsservice inom samkommunen

Det fanns tre självständiga hälsovårdscentraler med elva hälsostationer samt socialvård i alla kommuner inom K5-området när samkommunen K5 bildades. Antalet anställda uppgick till totalt ca 1000 anställda (budget på 65M€). I början av år 2009 upplöstes samkommunerna för primärhälsovården, och varje kommun grundade en egen, gemensam social- och hälsovårdsadministration. All service inom social- och

primärhälsovården förutom dagvården är från och med 2009 under den nya samkommunens (K5) regi. (Inom dagvården finns det möjlighet till samarbete över kommungränserna.) Kommunerna kan skaffa tilläggstjänster oberoende samarbetsområdet.

I verksamhetsplanen, samkommunens första strategidokument, för år 2009-2011, konstateras följande:

”Hörnstenar i social- och hälsovårdsservicen i Kust-Österbotten är närservice och kundorienterad verksamhet. Med hjälp av tillräckligt mångsidig service är det lättare att trygga kommuninvånarnas välbefinnande och främja deras hälsa. I planeringen av servicen måste det också finnas utrymme för förebyggande av utslagning som är en tvärsektoriell utmaning. I geografiskt hänseende är Kust-Österbottens samkommun rätt glest bebodd och avstånden utgör en stor utmaning för arbetstagarna inom social- och hälsovården. Därför är det skäl att utveckla mobila serviceformer. Servicens nuläge måste beskrivas och utredas för att den skall bli enhetlig och motsvara användarnas behov. Vårdkedjan är ett verktyg med vilket man definierar arbetsfördelningen mellan hälsovårdens olika aktörer. En utgångspunkt för service- och vårdkedjan är att säkerställa en kundorienterad verksamhet, integrering av olika tjänster samt vårdifferentiering” (Utgångspunkter., 2008).

Centrala tyngdpunkter för serviceutveckling enligt verksamhetsplanen är:

- vård och förebyggande arbete av folksjukdomar (som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, depression, sjukdomar i stöd- och rörelseorgan, rusmedelsproblematik)
- åldringsvårdens mångfasetterade problem
- utvecklandet av psykosocialservice
- planering av specialservice på basnivå, (psykiatri, geriatri, konsultationstjänster)
- rekrytering av personal och personalens fortbildning
- vårdkedjor inom till exempel barnskyddet
- en barnskyddsplan uppgörs 2009
- stärkande av den regionala familjerådgivningsverksamheten
- inrättandet av en gemensam tjänst som invandrarkoordinator
- utvecklande av serviceprocesser inom till exempel IKT (informations och kommunikationsteknologi), -regionala patientdata baser.

I verksamhetsplanen konstateras att den största utmaningen för primärvården inom Kust-Österbottens samkommun är rekryteringen av personal samt personalens fortbildning.

I verksamhetsplanen poängteras behovet att utveckla och förstärka psykosociala tjänster. Det konstateras att mentalvårdstjänsterna bör ordnas med en förstärkning på öppen vård. Samkommunens psykosociala tjänster bör vidare förstärkas, och dessutom finns det behov av att utreda mentalvårdens situation och möjligheterna att i framtiden ordna mentalvårdstjänster i området. (Utgångspunkter..., 2008). Uppgörandet av en strategi för mentalvården i Kust-Österbotten år 2010 tas upp som ett alternativ. För närvarande har Malax och Korsnäs gemensamt en depressionsskötarebefattning och Kristinestad en halv depressionsskötarebefattning, som stöder primärvårdens mentalvård. Inom områdets primärvård finns även psykologer.

När det gäller äldreomsorgen konstateras i planen att det behövs verktyg för att noggrannare kunna påvisa behov av service och för att kunna utvärdera och planera vården och rehabiliteringen av äldre.

I planen kring utvecklandet av service i allmänhet, understryks kundorientering och jämlikhet. Man har också tagit in några principer för utvecklingsarbetet inom samkommunen: att ständigt ifrågasätta saker, att göra saker tillsammans, en atmosfär som tillåter att pröva idéer och är sporrande och utvecklar förmåga att klara av förändringar. (Utgångspunkter..., 2008)

5

Verkställandet av förändringen 2009-2010

5.1 Resurser

I Verksamhetsplanen 2009-2011 konstateras att utvecklandet av förvaltningen och administrationen och därmed utvecklingsarbetet för Kust-Österbottens samkommun samt koordineringen av social- och hälsovården är en stor utmaning under de närmaste åren. (Utgångspunkter..., 2008)

Organisering av resurserna för förändringsarbete är en central sak i ett interventionsprojekt (Chen, 2007). I denna utvärdering granskar vi hur och med vilka resurser förändringsprocessen inom K5 genomförs. Verkställandet av förändringen sker på olika nivåer och med hjälp av olika resurser: Beställarorganisationen och dess egna (förvaltnings)resurser, arbetsgrupper tillsatta av K5, Kaste-program och delprojekt samt övriga projekt.

Uppbygganden av beställarorganisationen inleddes i och med rekryteringen av en direktör. Jarkko Pirttipera anställdes hösten 2008. Initialt fungerade Jenny Malmsten – och under en kort tid Magdalena Berg – som deltidsanställd utvecklingssekreterare. I januari 2010 anställdes en ordinarie förvaltningssekreterare, Petra Ollus. Placeringsort för direktören och förvaltningssekreteraren är Malax. Därtill finns en kanslitjänst på halvtid. Resurseringen för uppbyggnaden av beställarorganisationen var följaktligen under de första åren mycket knapp. Ledarresurser för socialvården och för hälsovården tilldelades från början av 2009. Äldreomsorgschef Pirjo Wadén från Närpes har fungerat som ledande socialdirektör och Peter Riddar från Kristinestad som ledande läkare. Båda ledande posterna har skötts som bisysslor. Resurseringen var först 10 % och från och med 1.1.2010 kan den ledande socialdirektören och den ledande läkaren använda 20 % av

veckoarbetstiden samkommunen till gagn. En ökning av personresurser sker år 2011 och 2012 (se närmare kap. 6).

Fem arbetsgrupper har varit tillsatta under åren 2009-2010: barnskydd, mentalvård, utbildning, socialvård och prissättningsgruppen. Därtill pågår tre Kaste-projekt, ett av inrikesministeriet finansierat projekt och detta utvärderingsprojekt som är finansierat av den Europeiska regionala utvecklingsfonden (ERUF). Personalen inom dessa projekt motsvarar cirka fem årsverken. Antalet tjänstemän involverade på olika sätt i planeringen och utvecklingen av K5 är betydande.

I de följande avsnitten redogörs för arbetsgruppernas och projektens arbete inom och i direkt anknytning till utvecklingen av K5.

5.2 Utvecklingsarbete utfört av arbetsgrupperna

Utvärderingsprojektet har följt med arbetet i fyra arbetsgrupper under åren 2009-2010. Socialvårdsgruppen har traditioner sedan tidigare och fortsatte på sitt mandat efter att man skapat samkommunen. Arbetsgruppen för planering av utbildning var ny, men hade traditioner sedan tidigare. Arbetsgruppen för utarbetande av en regional barnskyddsplan och mentalvårdsrådet var nya grupper i och med bildandet av samkommunen. I avsnitt 4.1 påpekas att utvecklandet av K5 verkar ske genom en bottom up strategi. Det är på enheterna, inom verksamheten och inom serviceorganisationen som K5 småningom formas. Det finns även andra grupper och undergrupper som i detta skede inte är aktuella för en uppföljning, särskilt socialvården har olika arbetsgrupper såsom riktlinjer för färdtjänster och resor enligt socialvårdslagen, handikapps-service, socialvårdens produktifiering och prissättning. Socialvårdens undergrupper beskrivs inte närmare i denna rapport.

För att kunna göra en så trovärdig processutvärdering som möjligt anhöll utvärderingsprojektet om närvarorätt vid arbetsgruppernas möten. Närvarorätten beviljades av samkommunstyrelsen. Projektutvecklaren har deltagit aktivt i arbetsgruppernas arbete. Projektledaren har gett feedback på de utkast som skrivits för Plan för barns och ungas välmående i K5 och för

Mentalvårdsstrategin 2010-2015. I början av 2010 arrangerade projektet ett gemensamt seminarium för alla arbetsgrupper. Syftet med dagen var att få en bättre helhetsbild av den pågående förändringen i K5 och att föra en gemensam diskussion om samkommunens strategier. De inbjudna arbetsgrupperna presenterade det arbete som hittills gjorts i grupperna. Presentationerna fokuserade på två frågor: Vilken förändring behövs? Hur skall förändringen förverkligas? Projektpersonalen uppmärksammade att det finns många gemensamma beröringspunkter, till och med överlappningar, mellan arbetsgrupperna som behöver lyftas upp och diskuteras.

5.2.1 Utbildningsgruppens verksamhet

Sedan år 2004 är arbetsgivaren enligt lag skyldig att se till att personalen inom hälso- och sjukvården årligen får tillräcklig fortbildning, i syftet att upprätthålla, uppdatera och förbättra arbetstagarens yrkesskicklighet och kompetens (Socialvårdslag 1982/2005, § 53 och Hälso- och sjukvårdslag 2010, §5). Utgångspunkten är att personalen ska få fortbildning 3 – 10 dagar per år. Skyldigheten att ordna fortbildning för socialvårdens personal trädde ikraft 1.8.2005. K5:s styrelse utsåg våren 2009 en arbetsgrupp för planering av utbildning. (Samkommunstyrelsen protokoll 27.3.2009) Syftet med arbetsgruppens arbete är att koordinera utbildningar, att kartlägga behov och även ordna utbildningar och kurser i hela K5. Målsättningen är kompetenshöjande och informationsgivande kunskap för olika yrkeskategorier inom social- och hälsovårdsområdet. (Sjöberg, 2010)

Det finns traditioner inom samkommunen gällande planering av fortbildning. Planeringen av utbildning för personalen inom hälso- och sjukvården i Syd-Österbotten har sedan år 2003 skötts av en gemensam planeringsarbetsgrupp som inledde sin verksamhet inom Sydin -projektet. (Söderlund, 2007) Inom ett delprojekt i fortsättningsprojektet Fyrklövern kallades denna grupp "KKF-gruppen", KKF betyder Kunskap – kompetens – fungerande servicekedja. Målsättningen var att trygga tillgången till kunnig personal för områdets organisationer, vars yrkeskunskaper upprätthålls och kompletteras. En viktig målsättning med fortbildning för personal är att trygga fungerande vårdkedjor. (Samkommunstyrelsens protokoll 27.3. 2009) Ingen av de cirka 1.000 anställda inom social- och hälsovården i K5 är

anställda av samkommunen utan de är anställda av sina primärkommuner vilket gör att förutsättningarna för utbildning varierar. ¹

Till ordförande för den nybildade arbetsgruppen för planering av utbildning valdes från och med våren 2009 Elisabeth Sjöberg, ledande hemvårdare i Kristinestad. Majoriteten av arbetsgruppens medlemmar representerar äldreomsorgen och primärhälsovården. (Samkommunstyrelsen protokoll 15.9.2010) Detta är en tradition som lever kvar från Sydin och Fyrklöver - projekten och det är fråga om de största områdena inom kommunal service, både då det gäller antalet servicetagare och personal. (Se bilaga 1)

Inom K5 har utbildningsgruppen bland annat ordnat eller informerat om följande kurser: kostskolning, säkerhetsskolning, äldremassage och repetitionskurs i första hjälpen. Följande kurser har man planer på att genomföra: läkemedelsskolning, IV-skolning, vaccinerings, fortbildning för tandskötare. På K5:s webbplats finns en länk med information om utbildningar som ordförande har sammanställt. Man planerar även att införa så kallade fortbildningskort vilket en stor del av personalen redan har tack vare projektet Fyrklövern. Förutom att ordna kurser har arbetsgruppen fått ta del av information från utbildningsanordnare i regionen.

Arbetsgruppen för planering av utbildning borde ha en central roll i utvecklandet av samkommunen, konstaterades det på det gemensamma utvecklingsseminariet för arbetsgrupper i januari 2010. Vidare konstaterades under strategidagen att det vore önskvärt att utbildningsinsatserna skulle stöda samkommunens strategier. Det vill säga att utbildningsinsatserna till sitt innehåll är uppbyggda så att de stöder tanken om en gemensam social- och hälsovårdsservice, lågtröskelprincipen, fungerande vårdkedjor. (Sjöström, 2010)

Man kan konstatera att utbildningsgruppens uppgifter haft karaktären av en utbildningsanordnare. Till uppgifterna har hört allt från att planera, begära offerter och boka utrymmen. Detta är naturligtvis resurskrävande för de som ska göra det vid sidan av sitt ordinarie arbete. I maj 2010 avsade sig Elisabeth Sjöberg ordförandeskapet. Under majmötet diskuterades

¹ Sedan 2011 har samkommunen anställt en talterapeut, en palliativ sjukskötare och två missbrukarkoordinatorer

arbetsgruppens målsättning och utbildningsgruppens roll i K5 och man kom fram till att målet med utbildningar inom samkommunen är följande:

- Kunnig personal samt utvecklande av yrkeskompetens.
- Trygga fungerande vårdkedjor.
- Ordna utbildningar lokalt på båda språken samt utbildningsplatser.

Man konstaterade även att följande är aktuellt:

- JET-utbildning.
- Mentorskap som ingår i ÄldreKaste projektet ².
- Kaskö ordnar egen finskspråkig utbildning då man ska ta i bruk elektronisk vårdjournal (Efficca).
- I Närpes har man tagit i bruk RAI (se beskrivning på sid 64).

5.2.1.1 JET-specialyrkesexamen

Vid förändringsprocesser ställs det höga krav på ledarskap. Samkommunen ville satsa på en JET utbildning för sina förmän. JET-utbildning är en specialyrkesexamen inom ledarskap och förkortningen kommer från dess finska namn: "Johtamisen erikoisammattitutkinto". Finansiering sker via Läroavtalsbyrån i Västra Finland och examen är godkänd av utbildningsstyrelsen. Inom K5 riktas utbildningen främst till förmän inom social- och hälsovårdssektorn och målsättningen var en grupp på 20 personer för att starta upp. I Jet-examen ingår planering och ledning av organisationens verksamhet. (Samkommunstyrelsen protokoll 23.9. 2009)

På följande sätt beskrivs vilken roll utbildningen kunde ha: *"Jet-examen kunde vara ett redskap med vilket Kust-Österbottens samkommun kan förbereda sig på framtida utmaningar och då utbildningen framskrider kunde samkommunen bearbeta sina strategiska tyngdpunktsområden och engagera medlemskommunernas organisationer i utvecklingsarbetet."* (Samkommunstyrelsen protokoll 27.3. 2009)

Tretton personer går JET-utbildning inom K5, av dessa är ungefär hälften inte berörda av social- och hälsovårdssamarbetet, utan arbetar inom dagvård

² Våren 2009 inledde 7 mentor-adept par en utbildning som avslutas i april 2011. (Nyman, 2011)

eller förvaltning. Det visar sig att man inom JET- utbildningen koncentrerar sig på det individuella ledarskapet och att man väldigt lite tar upp utvecklingen av K5 och/eller social- och hälsovårdsservice. De tretton som påbörjat och fortsatt utbildningen blir färdiga med sin examen hösten 2011. (Frans, 2010).

5.2.1.2 *Framtiden – utmaningar och möjligheter*

Hösten 2010 fortsatte arbetsgruppen sitt arbete med socialdirektör Pirjo Wadén som ordförande. En utmaning är att kunna tillgodose enskilda enheters och personals behov av fortbildningsinsatser. Ytterligare utmaningar är att koordinera utbildningar som gagnar samkommunen på lång sikt, särskilt med tanke på servicen för befolkningen. Det är då viktigt att arbetsgruppen för planering av utbildning har en helhetssyn på det som sker på alla nivåer inom samkommunen.

Inom andra delprojekt i samkommunen ordnas rikligt med utbildningar som riktar sig till både hälso- och socialvårdspersonal (t. ex inom ÄldreKaste och Välttāja -projektet). Utbildning och gemensamma satsningar på personal från både social- och hälsovården är viktig för att få igång synergieffekter, en fungerande vårdtrappa och ur klienternas synvinkel ett helhetstänkande. Målet med all verksamhet för samkommunens innehåll är att skapa och garantera kvalitativt god service.

Vid den gemensamma strategidagen i januari 2010 för arbetsgrupper inom K5 lyfte ordförande för arbetsgruppen för utbildning Elisabeth Sjöberg fram följande då det gäller framtida utmaningar: (Sjöberg, 2010)

- Utbildningskoordinering. Arbetstid för sammanförandet av olika utbildningar.
- Mera samarbete med befintliga fortbildningsenheter kring upplägget av utbildningar.
- Utmaning är avståndet mellan Malax och Kristinestad för deltagarna i utbildningarna.
- K5 borde ha budgeterade medel för utbildning.
- Feedback på utbildningarna, kvalitetsaspekt.

Ytterligare en utmaning lyfter Pirjo Wadén upp i sin redogörelse till revisionsnämnden:

”Problemet med alla projekt är att det hela tiden ska vara något nytt trots att en del projekt nyss påbörjats. Man satsar på skolning men får aldrig möjlighet att lägga tid på att implementera det man lärt sig.”

(Socialvårdsgruppens protokoll 1.6.2010)

Vid arbetsgruppens möte i början av hösten 2010 konstaterar ordförande Pirjo Wadén att det i planerandet och ordnandet av fortbildning har skett förändringar regionalt. Sifko-center och projekten Opinpolku och Edu-vuxen har från sin sida samlat in uppgifter för att ordna utbildningar, utbildningsrådgivning och vägledning också för social- och hälsovårdens enheter (www.sifko.fi och www.opinovi.fi). K5:s planeringsgrupp för utbildning kan genom samarbete med nämnda projekt utveckla personalens fortbildning så att den svarar på utmaningarna inom enheterna. (Utbildningsgruppen, 2010b)

5.2.2 Plan för barns och ungas välmående inom K5

Inom K5 beslöt samkommunstyrelsen i oktober 2008 att samkommunen skulle göra en gemensam regional plan för skydd av barn (Samkommunstyrelsen protokoll 31.10.2009). I den nya barnskyddslagen som trädde i kraft 2007 stipuleras att kommuner eller kommuner tillsammans ska göra upp en plan. Planen ska godkännas av respektive kommuns fullmäktige och ses över minst vart fjärde år. (Barnskyddslag, § 12, 417/2007)

Inom K5 tillsattes en tvärssektoriell arbetsgrupp med representanter för socialvården, hälsovården, specialsjukvården (psykiatri), bildningsväsendet, fritidssektorn, och den tekniska sektorn för arbetet med den gemensamma barnskyddsplanen. I augusti 2009 anställdes en projektkoordinator Johanna Aspelin-Wikman, på 60 procent. Som ordförande för arbetsgruppen har familjeomsorgschef Yvonne Lindén, från Närpes fungerat och som sekreterare Johanna Aspelin-Wikman. (Övriga medlemmar, se bilaga 1)

Syftet med utarbetandet av en gemensam barnskyddsplan är:

”Syftet med en plan för barns och ungas välmående är att ge kommunens beslutsfattare en bättre helhetsuppfattning om barnens uppväxtförhållanden och välfärd samt de resurser som de behöver. Rapporten består dels av en nulägesanalys av barns och ungas uppväxtförhållanden inom K5, dels centrala utvecklingsförslag för att främja barns och ungas välmående. I nulägesanalysen har material samlats in bl.a. från olika databaser, men även kommunspecifika uppgifter från olika sektorer och instanser ingår.” (Plan för barns och ungas välmående, 2010, 4)

Begreppet ”barnskydd” uppfattas ofta enbart som den korrigerande verksamheten med stöd för marginaliserade och hjälpbehövande familjer, omhändertagande av barn, terapi etc., när begreppet och verksamheten i sig de facto är mycket bredare (Se barnskyddslagen, 2007). I arbetet med planen för barns och ungas välmående utgick arbetsgruppen från riktlinjer i barnskyddslagen och kommunförbundets rekommendationer för utarbetande av välfärdsplan för barn och unga. (Johanna Aspelin-Wikman, 2009 och Plan för barns och ungas välmående 2010, 4). I planen poängteras det förbyggande arbetet och att alla samhällets sektorer berörs av planen.

I februari 2010 presenterades och godkändes den regionala planen av K5:s styrelse. Styrelsen gav planen vidare till kommunernas fullmäktigen för utlåtande och godkännande. Närpes, Kaskö och Korsnäs godkände planen i sin helhet. I Malax och i Kristinestad går ärendet vidare för behandling under våren 2011.

5.2.2.1 Nulägesanalys och hörande av personal

För att kunna utarbeta planen i vilken ingår utvecklingsförslag gjordes en beskrivning och en analys av nuläget. Servicen indelades i delområden (se listan nedan) och utifrån delområdena gjordes en beskrivning och analys av situationen i dagsläget, både kommunvis och regionalt. Varje delområde beskrevs i detalj i planen. Bildningsväsendet (dagvård, skolor och fritid) och tekniska sektorn hör inte till K5:s ansvarsområde men har tagits med/ingår i den gemensamma barnskyddsplanen. Delområdena man valt för att kunna beskriva barns och ungas välmående i K5 är:

- trygghet i uppväxtmiljö
- barns och ungas hälsa, utveckling och utbildning
- delaktighet
- rådgivning
- dagvård
- skola
- munhälsovård
- fritidsarbete bland barn och ungdomar
- organisationers och privata serviceproducenters service
- hemservice, familjearbete
- hekniska sektorn
- specialtjänster.

Inom varje delområde har arbetsgruppen använt nationellt utvalda indikatorer (t.ex. antalet omhändertaganden, tillgång till personal inom elevvården, tillgång till fritidsaktivitet osv.) för att beskriva situationen inom K5. Dessa indikatorer har sedan legat till grund för förslag till åtgärder. Planen innehåller en omfattande och detaljerad nulägesbeskrivning – och analys av barns och ungas uppväxtvillkor i K5, bakgrundsfakta, statistik, tabeller och översikter som tydliggör servicens nuläge och brister.

I barnskyddsplanen poängteras rådgivningsverksamheten som en viktig service då det gäller förebyggande arbete. I en praktikrapport kring rådgivningsverksamheten i K5, som en studerande vid Åbo Akademi gjort, fick arbetsgruppen information om servicens utformning och eventuella brister kommunvis. I rapporten intervjuades tio förstföderskor kring sin syn på barn- och mödrarådgivningen.³ (Håkans, 2010)

Förutom statistiska nulägesanalysen ville arbetsgruppen få en uppfattning om hur personal inom området vill utveckla barnskyddet både i sin kommun och inom K5. Arbetsgruppen arrangerade därför ett arbetsseminarium senhösten 2009. Inbjudna till seminariet var de som i sitt arbete kommer i

³ Förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 28.5.2009/380. Denna förordning trädde i kraft den 1 juli 2009.

Kommunerna är skyldiga att ordna återkommande hälsoundersökningar enligt 9 och 10 § från och med den 1 januari 2011.

beröring med barn, ungdomar och familjer i sitt arbete. Syftet med arbetsseminariet var att klargöra för hurudant förebyggande och stödjande arbete som görs inom olika sektorer med tanke på barns och unga personers välfärd, hur samarbetet mellan olika områden fungerar och vilka delar man vill utveckla inom området. (Inbjudan till arbetsseminarium 5.11.2009) Arbetsmötet kan ses som ett hörandetillfälle (enligt ramlagen) för personal.

Arbetsgruppen såg det som viktigt att höra så många som möjligt i bland annat vad man anser vara det viktigaste att arbeta med då det gäller barnskydd eftersom det är ett fält där sektoröverskridande verksamhet, kontakt och samarbete är viktig. Drygt 50 personer från samkommunen deltog med representanter från följande sektorer: rådgivning, dagvård, skola, skolhälsovård, fritidssektorn, sociala sektorn, tekniska sektorn och församlingen. Arbetsseminariet gick till så att deltagarna diskuterade kring vissa teman kommunvis och sedan sektorsvis mellan kommuner. Projektledare Eini Pihlajamäki ledde arbetsseminariet och Johanna Aspelin-Wikman och Susann Sjöström fungerade som sekreterare.

Deltagarna fick till uppgift att tänka över tre teman: för det första (1) Verksamhet som främjar, förebygger uppväxt och utveckling, för det andra (2) Verksamhet som stöder uppväxt och utveckling och för det tredje (3) Korrigerande verksamhet. För alla teman skulle följande frågor besvaras: Med vem/vilka sektorer samarbetar ni med? Vad fungerar bra? Vad borde förbättras/utvecklas? Med vem/vilken sektor tillsammans?

Inom K5 upplever man att det finns ett bra utvecklat gränsöverskridande samarbete inom samarbetsområdets kommuner. Resultat av arbetsseminariet finns i form av bilaga i själva planen. (Plan för barns och ungas välmående, 2010 , 38).

Det finns utvecklingsbehov som utkristalliserades under arbetsseminariet. Följande service kunde utvecklas som är områdesvis centraliserad service för barn och familjer:

- familjerådgivningsbyrå
- föräldrautbildning
- sektorövergripande ansvar för det förebyggande arbetet
- familjecenter

- krisgrupp
- talterapeut
- familjecaféverksamhet
- rusmedelsförebyggande arbete
- ökat samarbete med tredje sektorn
- toleransfostran
- specialisttjänster
- elevvård
- fortbildning av personal
- Job Center

och följande service vill man/kunde utvecklas som är närservice:

- familjeservicecenter
- skolkurator (Kristinestad)
- JOPO -grupp (flexibel grundläggande utbildning som riktar sig till elever som riskerar att bli utan avgångsbetyg) inom K5.

5.2.2.2 *Regionala utvecklingsbehov*

I detta sammanhang presenteras i korthet de utvecklingsförslag inom barnskyddsplanen som berör hela K5. Planen resulterar i sju centrala utvecklingsförslag för att främja barns, ungas och familjers välfärd i K5 och dessa har i sin tur sammanlagt 21 olika åtgärdsförslag. De sju utvecklingsförslagen är:

1. Barns och ungas välmående tryggas och delaktighet i beslutsfattandet säkerställs.
2. Utveckla och trygga service som riktar sig till barn och unga
3. Förebyggande barnskyddsarbete.
4. Barns och ungas fritidsverksamhet tryggas och utvecklas.
5. Utbildning och fostran.
6. Specialisttjänster inom samkommunen.
7. Service för barn, unga och barnfamiljer med mångkulturell bakgrund utvecklas.

Vad gäller annan service på regional nivå förelås bland annat följande åtgärder:

- En läkare inom K5 med huvudansvar för det planmässiga arbetet inom skolhälsovården rekommenderas.
- Att samkommunen tillsätter en tvärssektoriell styrgrupp för utvecklandet av det förebyggande arbetet.
- Gemensamma fortbildningar inom K5, till exempel föräldraskapsbedömning.
- Specialkunnande inom familjeservice på regional nivå, ex. par- och familjeterapi.
- En regional motdragsgrupp inom förebyggande verksamheten för rusmedel.
- Regional lösning för att trygga behovet av tal- och ergoterapi.
- Samordna krisgruppsverksamheten inom K5.

Många av åtgärderna syftar till att man inom samarbetsområdet K5 för det första ska få en gemensam syn, både på var utmaningarna finns för att garantera välfärd och en gemensam syn på vilka insatser man kan göra för att öka barns och ungas välmående. För det andra försöker man hitta gemensamma lösningar på eventuella problem som uppstår. Andra utvecklingsförslag och därmed mål är direkt eller indirekt beroende av den enskilda kommunens situation och service i dagsläget. Elevvården föreslås helt och hållet vara på den enskilda kommunens (bildningsväsendets) ansvar. Skolkuratorer finns endast i Malax och Närpes.⁴ Att få behöriga socialarbetare blir en utmaning i framtiden.

5.2.2.3 *Familjearbete*

En form av service där det skiljer sig mycket mellan samarbetskommunerna är familjearbete. Med familjearbete menas service inom socialvården⁵. (Plan för barns och ungas välmående inom K5, 2010, 15).

I en del kommuner är familjearbete underställt hemservicen medan det inom andra kommuner finns inom barnskyddet. Detta innebär att innehållet i familjearbete varierar. Kristinestad och Kaskö har familjearbete ordnats inom

⁴ Skolkuratorn i Malax är anställd på den gemensamma hälsocentralen Malax-Korsnäs HVC (vård- och omsorgsnämnd). Skolkuratorn i Närpes är underställd bildningsväsendet.

⁵ Inom ramen för projektet Utvecklingsenhet för barnskydd i Österbotten 2007-2009, gjordes en kompetensevaluering av familjearbete i Österbotten. <http://www.jakobstad.fi/barnskydd>.

hemservicen. I Korsnäs är det socialarbetare som ansvarar för servicen och i Närpes har man nästan en halvtjänst (0,4) inom hemservicen liksom inom barnskyddet. Malax är den enda av medlemskommunerna som har en heltidsanställd familjearbetare inom socialvården som inte är underställd hemservicen, det vill säga inom barnskyddet. (Plan för barns och ungas välmående inom K5, 2010, 21).

Det finns beröringspunkter med mentalvårdsstrategins målsättningar då det gäller att stärka familjearbete:

"Strävnan bör vara att familjearbete stärks och likställs inom kommunerna i K5 vilket innebär att det krävs olika satsningar i de fem kommunerna. Inom K5 kunde man gemensamt utarbeta och ge riktlinjer för familjearbetets innehåll, struktur och administration. Vid utvecklandet av familjearbete kan den kompetensevaluering av familjearbete som utfördes hösten 2009 med fördel tas i beaktande." (Plan för barns och ungas välmående 2010, 15).

5.2.2.4 Uppföljning av planen

Samkommunens styrelse godkänner planen samt beslutar hur man förankrar och förbinder de enskilda kommunerna till planen. Enligt barnskyddslagens § 12 bör respektive kommuns fullmäktige godkänna planen. (Plan för barns och ungas välmående inom K5, 2010, 30).

Utvecklingsförslagen och åtgärderna godkänns som riktlinjer för samkommunens och de enskilda kommunernas arbete för att främja barns, ungas och familjers välmående. De föreslagna åtgärderna förverkligas planmässigt (2010 →) och i enlighet med samkommunens och/eller kommunernas ekonomiska resurser.

Den tvärssektoriella arbetsgrupp som ansvarat för upprättandet av planen för barns och ungas välmående förankras inom det regionala samarbetet och har huvudansvar för att planen uppdateras och uppföljs. Arbetsgruppen följer med utvecklingen och ger årligen rapport till samkommunstyrelsen och kommunernas fullmäktige.

Barnskyddsplanen följs årligen upp och prestationer som skrivits in i planen utvärderas. Med uppföljning och utvärdering försöker man skapa sig en helhetsbild och söka svar på frågorna: Hur mår barn och unga och hur har välfärden utvecklats? Hur fungerar servicen för barn, unga och familjer och hur har barns och ungas uppväxtmiljö utvecklats? Hur har målen och åtgärderna i planen realiserats?

Mycket av det som föreslås i planen har direkt samband med andra planer inom K5, utvecklandet av primärhälsovården samt mentalvårdsstrategin. Både inom barnskyddet och inom mentalvården i K5 vill man satsa på förebyggande arbete på basnivå och K5 har tillsatt en styrgrupp för det förebyggande arbetet i vilket barnskyddsplanens åtgärdsförslag kommer att ingå. (Samkommunstyrelsen, protokoll 25.2.2010).

5.2.3 *Arbetsgruppen för socialvård*

Då man skapade grunden till samkommunen 2007 tillsattes en socialvårdsgrupp och den har fortsatt sitt arbete. Ordförande är ledande socialdirektör (20%) Pirjo Wadén. Wadén blir från och med mars 2011 heltidsanställd chef för vård- och omsorg i K5. Övriga medlemmar är socialdirektörerna i respektive kommun (se bilaga 1). Vid behov har äldreomsorgsledare medverkat i arbetsgruppens arbete. Förutom att stöda i bildandet av samkommunen, genom substanskunnandet, har socialvårdsgruppen till många delar fungerat som en referensgrupp för socialdirektören och som ett forum för att sprida information. I Österbotten pågår olika projekt som har betydelse för socialvården som helhet så som ÄldreKaste med sitt delprojekt i K5, Integrationsprojektet i K5, Vältittjäprojektet i K5 samt FamilieKaste i Österbotten.

Socialvårdsgruppen har bestått av undergrupper med uppgift att utarbeta förslag på gemensamma lösningar inom samkommunen. Bland annat har en grupp arbetat kring gemensamma riktlinjer för färdtjänsten och resor enligt socialvårdslagen samt kring gemensamma riktlinjer för handikappservice, till exempel gällande subjektiv rätt till personlig assistent för svårt handikappade. (Socialvårdsgruppen, protokoll 2.12. 2009)

En utmaning för samkommunen är produktifiering och prissättning av socialvårdens tjänster. För detta har också funnits en undergrupp, där man påbörjat sitt arbete med bland annat prissättning inom äldreomsorgen. Företaget Audiator anlätades för att förstärka arbetet med prissättningen. Avsatta medel för arbetet med prissättningen visade sig vara för knappa och det fanns inga möjligheter att frigöra personal inom K5 att arbeta med detta på heltid i några månader vilket ledde till att arbetet med produktifiering och prissättning inte framskred i förväntad takt. Arbetsgruppen för prissättning har inte sammanträtt under år 2010. (Samkommunstyrelsen, protokoll 20.5.2009)

Arbetsgruppen för socialvård har gett utlåtande till arbetsgruppen för utvecklandet av en regional barnskyddsplan och till mentalvårdsrådet. I februari 2010 gav socialvårdsgruppen följande förteckning över önskemål och behov till FamiljeKaste -projektet:

1. Föräldraskapsbedömning; samtliga fem kommuner betonade en fortsättning och vidareutveckling av föräldraskapsbedömning. I utbildningen deltar personer från alla fem kommuner och olika sektorer (hälsovård, socialarbete, familjearbete, psykolog).
2. Föräldrastöd; olika sektorer framhållit vikten av föräldrastöd redan från tidig ålder, med syfte att stärka föräldraskapet och föräldrarollen (attitydskapande, nyhjälploshet). En fortsättning på föräldraförberedelsekurserna lyftes fram (jämför intervjuer med föräldrar i K5).

Övrigt:

- forum för socialarbetare – både inom K5, men även gemensamma för hela landskapet
- familjearbete – gemensam arbetsmodell, gemensamma riktlinjer inom K5
- familjearbete i skolan
- initialbedömning – implementeringstillfällen
- konsultation från Vasa sjukvårdsdistrikt till elevvårdsgrupper (Kristinestad)
- effektiverat rådgivningsarbete – för riskfamiljer: handledning, fördjupning av kunskap, konsultation (Kaskö)
- läsläsningshjälp för barn med invandrabakgrund (Korsnäs, Kaskö)

- familjecaféverksamhet (Kaskö)
- tvärsektoriell utbildning
- linjevalet viktigt – vilken metod/arbetsätt väljer man att satsa på för att få en gemensam bestående arbetspraxis när det gäller t. ex tidigt ingripande? Den kompetens som redan finns bör aktivt tillvaratas (kartläggning av vilka metoder som används, vilken kunskap har erhållits). Utbildning som ordnas bör vara tvärsektoriell -> större förståelse för varandras arbete, varandras sektorer.

Aktuella teman för socialvårdsgruppen under sommaren/hösten 2010 har varit:

- olika ansökningar till Kaste –projekt, FamilieKaste och ÄldreKaste
- integrationsprojektet och mångkulturellt arbete inom K5
- gemensamma lösningar angående till exempel patientombudsman
- kartläggning av situationen inom familjearbete
- nätverksgrupp för socialarbetare inom K5, för att "stödja" varandra, en sådan grupp funnits tidigare.

Det kan konstateras att många parallella processer förutsätter resurser i form av tid och att de personer som arbetar med förändringsprocesserna behöver stöd. Om modellen upplevs som oklar, vilket Pirjo Wadén framförde under strategidagen för K5:s arbetsgrupper, krävs ett förtydligande av vad samkommunens vision är och vad till exempel beställar-utförarmodellen innebär. (Sjöström, 2010)

I sin redogörelse över socialvårdens utveckling till Kust-Österbottens revisionsnämnd hösten 2009 skriver Pirjo Wadén:

"Medlemskapet i K5 har gett mera arbete. Deltagandet i olika arbetsgrupper upptar mycket tid och tar resurser från det vanliga arbetet inom kommunen, och resekostnaderna har stigit. Planeringen av hur beställar-utförarmodellen ska förverkligas skulle kunna göras tydligare och med ett klarare tidsperspektiv. Eftersom området är stort och situationen i kommunerna är olika är det ett arbete som kommer

att ta tid och även bör få ta tid. Ett bredare samarbete mellan fem kommuners social- och hälsovårdsförvaltningar har dock kommit bra igång.” (Wadén, 2009)

Socialvårdsgruppen inom K5 fortsätter med sitt mandat och styrs till stora delar av den utveckling som sker på nationell nivå, regionalt och på enskilda enheter. Gemensamma lösningar beträffande tolkning av nya lagar och direktiv, utbildning och upprätthållande av forum för socialarbetarna är centrala frågor för socialvårdsgruppen. Även dialogen till övriga utvecklingsprocesser inom K5 poängteras. Att Pirjo Wadén från och med mars 2011 blir heltidsanställd chef för vårdarbetet och omsorg med ansvar för både primärhälsovården och socialvården ger dessutom helt andra förutsättningar att utveckla området.

5.2.4 Utarbetandet av Mentalvårdsstrategi för Kust-Österbottens samkommun 2010-2015

5.2.4.1 Bakgrund och utgångspunkter

Utvecklandet av mental- och missbrukarvården är ett av de centrala tyngdpunktsområdena och strategiska valen för Kust-Österbottens samkommun. Ett av de valda utvecklingsobjekten är mentalvårdstjänsterna och avsikten har varit att utarbeta en gemensam mentalvårdsstrategi, i vilken ingår missbruksarbete, till år 2010. (Samkommunstyrelsen protokoll 29.4. 2009)

Institutet för hälsa och välfärd har utarbetat en nationell plan för utvecklandet av mental- och missbruksarbetet (Mieli). Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete följer den internationella världshälsoorganisationen WHO:s och Europeiska unionens linjedragningar enligt vilka bland annat den psykiska hälsan för befolkningen ska beaktas i alla politiska program. (THL, 2009)

Utvecklandet av mental- och missbrukarvården (inkluderat förebyggande insatser) är en utmaning för samkommunen. Inte minst ur folkhälsoperspektiv är det fråga om ett mycket viktigt område. Mental ohälsa och missbruksproblemen är de största orsakerna till långtidssjukskrivningar,

psykisk ohälsa, invalidpension och dödlighet (alkoholskador) samt till marginalisering. Då det uppstår problem påverkar det inte enbart den enskilde som drabbas utan hela familjer och barns och ungas uppväxtvillkor. (Se bl.a. THL 2009)

I strategin, som är indelad i en utredningsdel och en åtgärdsdel, har man valt att lyfta fram teorier och forskning kring främjande av psykisk hälsa under hela livscykeln och särskilt förebyggande åtgärder. Utgångspunkt för strategin har fram för allt varit insatser som främjar den psykiska hälsan och förebygger störningar. (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 2-30.) Målet har dessutom varit att allt mera service ska erbjudas inom samkommunen som närservice eller regionalt, både så att samkommunen producerar och/eller beställer. *”Genom att ändra inriktningen på verksamheterna och utveckla arbetets innehåll strävar man till att resurser som tidigare använts för specialsjukvårdens öppen- och anstaltsvård i fortsättningen kunde riktas allt mera till bas- och när servicen”.* (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 60)

Mentalvårds- och missbruksarbetet prioriteras på nationell nivå vilket syns bland annat genom arbetsgruppen Mielis plan: *”Plan för mentalvårds och missbruksarbete samt förslag för utvecklandet av mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015”*⁶, Österbotten -projektet⁷, samt Vällittjä -projektet. Som ett resultat av de nationella och regionala programmen finns fakta, forskning och utvecklingsidéer kring området som stöder den utveckling K5:s mentalvårdsråd presenterar. Det är med andra ord inte svårt att finna förklaringar, teorier, helhetssyn och argument för planen eftersom det finns mycket forskning och utredningar kring området.

Samkommunens styrelse gav mentalvårdsrådet följande uppgifter:

⁶ Social- och hälsovårdsministeriet styr verkställandet av planen och tillsatte en styrgrupp under våren 2010. Institutet för hälsa och välfärd (THL) stöder verkställandet med informationsmaterial, kommunkonsultationer och utvecklingsprojekt. Kommunerna ansvarar för genomförandet av planen. <http://info.stakes.fi/mielijapaihde/SV/>

⁷ Österbotten -projektet är ett projekt med bred bas för utvecklandet av missbrukar- och mentalvården. Projektet fungerar i samarbete mellan Vasa och Syd-Österbottens sjukvårdsdistrikt, Mellersta Österbottens samkommun för specialsjukvård och grundservice, SONet BOTNIA samt social- och hälsovårdsministeriet. (<http://www.pohjanmaanhanke.fi/>)

”Den första uppgiften för det mentalvårdsråd som utses inom Kust-Österbottens samkommuns område skulle vara att fungera som ledningsgrupp för den gemensamma mentalvårdsstrategin. Mentalvårdsrådet kunde i fortsättningen ta ställning till utvecklandet av mentalvårdsarbetet, ge utlåtanden samt upprätthålla ett nätverk mellan olika aktörer. Med de olika aktörerna avses primärserVICEN, specialsjukvården samt tredje sektorn. Till mentalvårdsrådet bör även utses representanter för serviceanvändarna och anhöriga.” (Samkommunstyrelsen, protokoll 29.4. 2009, se även bilaga 4 Instruktion för mentalvårdsrådet)

5.2.4.2 Mentalvårdsrådet och övriga resurser

Samkommunstyrelsen utsåg medlemmar till mentalvårdsrådet som har fortsatt mandat även efter att arbetet med mentalvårdsstrategin är klar. Ansvarig psykolog Ralf Häggqvist från Närpes valdes till koordinator och till ordförande för mentalvårdsrådet. Övriga medlemmar i mentalvårdsrådet och sakkunniga är uppräknade i bilaga 1. (Samkommunstyrelsen, protokoll 29.4. 2009) Tiia Järvinen från Institutet för hälsa och välfärd, har varit anställd på deltid för 5 månader för att skriva själva strategin. Järvinen har deltagit i mentalvårdsrådets möten och även fungerat som sekreterare, dessutom har hon sammanfattat statistiska uppgifter.

I det förslag till sammansättning av mentalvårdsrådet som behandlades av styrelsen i april 2009 föreslogs att brukare och representanter för anhöriga skulle höra till rådet, detta ändrade man så att mentalvårdsrådet vid behov kallar representanter för serviceanvändare och anhöriga till möten.

Ett verktyg som mentalvårdsrådet hade tillgång till för strategiarbetet var en skiss för utgångspunkter som utarbetats av K5:s direktör Jarkko Pirttipäri tillsammans med ett team bestående av sakkunniga inom mental- och missbrukarvård, ”Teamet för psykiskt välmående”. Teamet har diskuterat mentalvårdsservicens struktur och innehåll samt arbetsprocessen för utarbetandet av mentalvårdsstrategin. I beredningen till styrelsens möte i april skriver Jarkko Pirttipäri: *”Utarbetandet av mentalvårdsstrategin är en lång process och det lönar sig att ta till vara de gemensamma strategiska avsikterna inom mentalvårdsarbetet i vårt område”.* (Samkommunstyrelsen, protokoll 29.4. 2009)

Rådet har hört sakkunniga. Speciellt har man haft kontakt med överläkare Veijo Nevalainen från Institutet för hälsa och välfärd. Nevalainen är en av ansvarspersonerna inom: "Nationell plan för psykisk hälsa och missbruksarbete" (THL 2009) och förespråkare och utvecklare av den så kallade Imatramodellen. Nevalainen har deltagit i några av mentalvårdsrådets möten som sakkunnig och han har även kommenterat utkast till mentalvårdsstrategi. Andra sakkunniga som hörts sjukvårdsdistriktets psykiatriska enhets överläkare och ledande sjukskötare samt projektanställda inom K5. Rose-Marie Holmberg från På Spåret har varit inkallad som sakkunnig om missbrukarvården. Britt-Marie Lindqvist från Välttjäjä-projektet har även deltagit i mentalvårdsrådets möten som sakkunnig sedan januari 2010. Därtill har rådet hört tredje sektorn, till exempel anhörigföreningarna Anhörigas stöd för mentalvården i Vasanejden r.f. och Svalan r.f., samt Job-Center och Pixneklinden. (Mentalvårdsrådet, protokoll 15.1., 3.2.2010)

Några av mentalvårdsrådets medlemmar har deltagit i olika seminarier som ordnats kring mental - och missbruksfrågor samt i seminarier som ordnats inom K5. I ett studiebesök till Imatra deltog några från mentalvårdsrådet.

Andra projekt inom K5 som kan betraktas som resurser för mentalvårdsrådet är: Välttjäät, ÄldreKaste, FamiljeKaste, Arbetsgruppen för utarbetande av en regional barnskyddsplan, Integrationsprojektet i K5 i samarbete med Vasa stad och Utvärderingsprojektet.

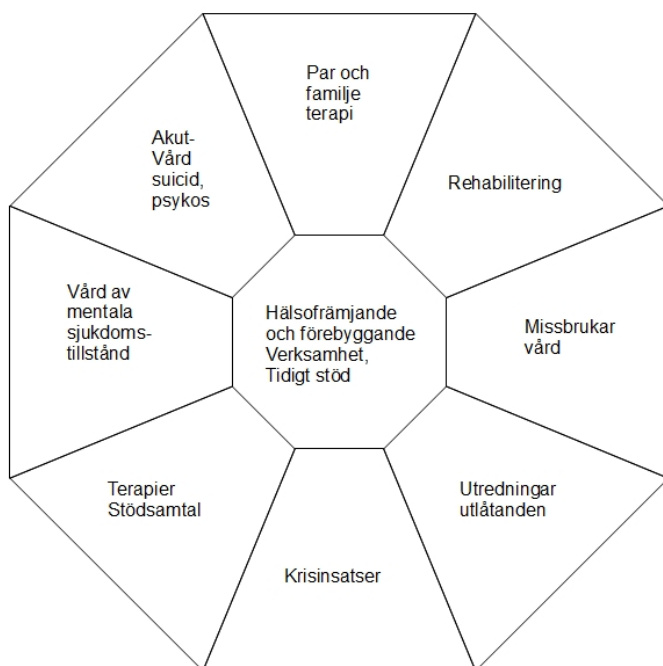
Personal inom mental- och missbrukarvården, både kommunalt anställda och de som är anställda av Vasa sjukvårdsdistrikt, har hörts. Till ett av hörandetillfällena i april 2010 hade inbjudits personal från sjukvårdsdistriktet, psykiatriska polikliniken i Närpes och Kristinestad, Vasa stads mentalvårdsbyrås ledare och personal som arbetar på Malax-Korsnäs HVC, depressionssköterna i Malax och Kristinestad samt rusmedelsrådgivaren i Närpes. På mötet, som ägde rum i Kristinestad, deltog drygt 30 personer. (Mentalvårdsrådet, protokoll 7.4. 2010)

5.2.4.3 Utgångspunkter och principer

K5:s mentalvårdsråd har valt att ha följande utgångspunkter i sitt strategiarbete utgående från det den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete. (THL 2009)

1. Servicen utgår från klientens behov.
2. Lågröskelprincipen och tillgång till vård enligt behov.
3. En dörrs principen.
4. Förebyggande av hälsoarbete.

En viktig aspekt, som genomsyrar hela mentalvårdsstrategin är den fjärde principen. Förebyggande arbete har varit en av de utgångspunkter från vilken allt annat tar sin avstamp. På följande sätt beskriver mentalvårdsrådet detta med en figur:



Figur 3 Utformningen av mentalvårdsstrategin inom K5-områdets kommuner (Häggqvist, ingår i Mentalvårdsstrategin).

På följande sätt beskrivs figuren och dess innehåll i mentalvårdsstrategin:

”Figurens kärna, främjande av den psykiska hälsan och arbete som förebygger psykiska störningar är utgångspunkten för all verksamhet. De olika delarna i figuren kommer längre fram i strategin att beskrivas mera ingående då det gäller nuvarande serviceproduktion, utvecklingsutmaningar och målsättningar. Dessutom tas ställning till hur var och en av dessa delar placerar sig på den lokala nivån, regionala K5-nivån och specialistsjukvårdsnivån. På detta sätt bildar mentalvårdsarbetet ett enhetligt fält, där de olika delarna i figuren bildar en ändamålsenlig helhet när det gäller att främja den psykiska hälsan och välbefinnandet för invånarna i K5-området.” (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 10)

I mentalvårdsstrategin beskrivs i sammanfattningen principerna som mentalvårdsrådet utgått ifrån i sina utvecklingsförslag på följande sätt:

”Mentalvårdsrådet har sammanställt en helhetsplan för mentalvårdsarbetet inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Hälsofrämjande och förebyggande arbete, rehabilitering och vård har behandlats parallellt och beaktats som lika viktiga delar av helheten. Man betonar vikten av gemensamma och klargjorda målsättningar för hela området. Den politiska ledningens roll är viktig för att skapa välfärdsindikatorer, välfärdsbokslut och utvärderingsinstrument som styrmedel för arbetet med mål att främja hela befolkningens välmående.” (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 5)

Utvecklingsförslagen har utformats utgående från bl.a. följande principer:

1. Personalen inom mentalvårdsarbetet ska bilda en helhet, ett psykosocialt servicecenter vars verksamhet är specialistledd.
2. Existerande personalresurs överförs till denna enhet.
3. Verksamheten sker både i primärkommunerna på hälsovårdscentralerna och centraliserat som gemensam verksamhet.
4. Personalen planerar och förverkligar verksamheten så att tillbudsstående resurser används så effektivt som möjligt.
5. De nya verksamhetssätten integreras i nuvarande eller nya strukturer med beaktade av klientens och anhörigas delaktighet.
6. Samarbetet med specialistsjukvården och tredje sektorn utvecklas som en del av mentalvårdsarbetets helhet.
7. Verksamheten är ekonomiskt hållbar.
8. Patient- anhörig som sakkunniga synliggörs i planeringen och verkställandet.
9. Patient- och anhörigorganisationens sakkunskap tillvaratas.

”För att förverkliga målsättningarna bildas alltså en psykosocial enhet där man samlar personal med specialkunnande inom mentalvården. Personalen får olika arbetsuppgifter och arbetsplatser i enlighet med planen. För att minska hinder och överlappande funktioner placeras en del av personalen nära brukarna och olika samarbetspartners inom social och hälsovården. Arbetsteamerna hanterar olika vårdbehov och kommer lokalt överens om arbetsfördelning.” (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 5)

5.2.4.4 Arbets- och utvecklingsprocessen

Mentalvårdsrådet har arbetat i följande faser:

1. Kartläggning av servicens nuläge, brister och önskemål.
2. Utarbetat innehåll i servicen utifrån principerna ovan.
3. Strukturerat servicen utgående från basservice (närservice), regional service och brett befolkningsunderlag.
4. Gjort en administrativ/strukturell och ekonomisk analys.
5. Gjort en övergripande tidsplan för implementering av strategin i samkommunen.
6. Gjort förslag till mentalvårdsstrategi, med allt från innehåll, struktur till personal (ny personal och nya team).
7. Arrangerat hörandetillfällen.
8. Mentalvårdsrådet har utgått från ett processmässig dialogtänkande i sitt arbete, vilket innebär att det inte funnits en färdig modell utan rådet har utarbetat en egen.

Mentalvårdsrådet har under nio månaders tid haft regelbundna möten och mellan mötena har rådets medlemmar fått uppdrag. Uppdragen kan ha gällt att ta reda på hur servicen fungerar i primärkommunerna, vilken service som saknas och hur personalstrukturen ser ut. Alla medlemmar i rådet fick till exempel till uppgift att för en viss service göra en delområdesbedömning. Detta gjordes så att var och en fyllde i ett schema där man delar in i närservice/centraliserad service och baskompetens/specialistkompetens. Som grund för schemat fungerade ett ursprungligen för Åboland utarbetat fyrfält och som senare utvecklats i ett arbete kring bas- och specialservice (Pihlajamäki & Henriksson, 2004; Se bilaga 2, Backman, 2009).

	Produceras som närservice inom eget primär- område	Produceras som centraliserad service inom hela K5-området
Baskompetens		
Specialistkompetens		
Sammanlagt resursbehov		

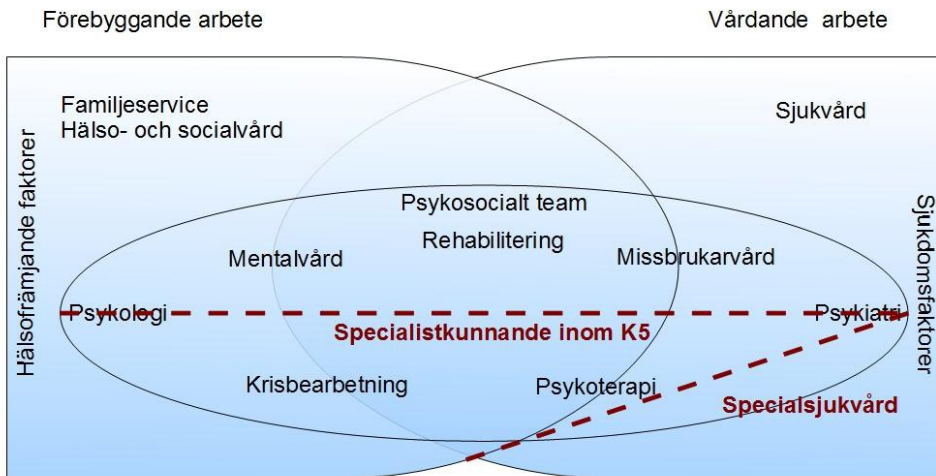
(Mentalvårdsrådets protokoll 11.12.2009)

Delområden som utreddes utifrån indelningen i figuren var: rehabilitering, missbrukarvården, familjesamtal/familjeterapi, terapier och stödsamtal/par- och familjeterapi i Malax-Korsnäs, krisgruppsverksamhet, förebyggande och hälsofrämjande mentalvård och utredningar och utlåtanden (Mentalvårdsrådet protokoll 11.12.2009 och 7.1. 2010).

Mentalvårdsrådet utarbetade en modell för servicens innehåll, principer för klientarbete och servicens organisering utgående från den utarbetade skissen, kartläggningar över servicebehov utifrån befolkningens behov och personalens resurser.

Nedan illustreras K5:s mental- och missbrukarvårdstjänster:

Mentalvårdsplan inom K5



Ralf Häggqvist 2010

Figur 4 Organisering av mental- och missbrukarsårdsstjänster (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 44).

På följande sätt beskrivs bilden: "Bilden kan ses som en helhet där det hälsofrämjande arbetet finns i den vänstra kanten och sjukvården i den högra. Det psykosociala arbetsfältet finns mellan dessa två och kräver kunskap både på primär- och specialnivå. Utgångspunkten för primärkommunernas mentalvårdsarbete är främst hälsofrämjande och förebyggande arbete, vilket också bör vara en målsättning för verksamheten på den regionala K5-nivån samt inom hela sjukvårdssystemet. Inom vård och omsorgscentralerna möter man klienten först och därför borde det också finnas goda kunskaper inom mentalvårdsarbete både då det gäller att identifiera problem, ta dem till tals samt hänvisa till vård". (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 44).

Mentalvårdsrådet har kartlagt den nuvarande servicen på specialnivå. Projektanställda Tiia Järvinen har tagit fram statistiskt material angående kommunernas användande av specialistsjukvård. Information om detta finns redovisat kommunvis i planen. Förutom statistik har även ekonomiska kalkyleringar gjorts, särskilt har man fokuserat i att kunna minska på antalet klienter inom anstaltsvården genom att satsa på öppen vård och

rehabilitering i samkommunens regi. Man har i sin analys utgått från service på basnivå, regional service och brett befolkningsunderlag.

5.2.4.5 Strategins målsättningar

Under våren 2010 var det meningen att strategin skulle ha behandlats i samkommunstyrelsen men på grund av för stram tidtabell sköts beslutet upp till september 2010. Planen är godkänd och strategin börjar verkställas 1.1.2012. Ralf Häggqvist har fått i uppdrag att från och med januari 2011 arbeta med planering av implementering på halvtid. Nedan beskrivs hur man vill gå vidare med mentalvårdsstrategin i det man benämner: "Genomförandeplan för mentalvårdsstrategin 2010–2013". (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 60)

Målsättningarna för den regionala mentalvårdsstrategin inom K5 är följande:

Målet är att utveckla en helhet för mentalvårdsarbetet som utgår från klientens behov, är öppenvårdsbetonad och som baserar sig på mentalvårdskunnande inom närservicen:

- genom att prioritera tidigt ingripande och satsa på hälsobefrämjande verksamhet
- genom att utveckla hälsovårdscentralernas bedömning av vårdbehovet i enlighet med lågröskel - och en dörrs principen för att trygga invånarnas tillgång till kvalitativa mentalvårdstjänster i rätt tid
- genom att föra det mobila teamets mentalvårdskunnande och -service till människornas vardagsomgivning på ett flexibelt, snabbt sätt i enlighet med behovet
- genom att utveckla den rehabiliterande verksamheten så att alla har möjlighet att fungera självständigt i sin vardag och att återgå till arbetslivet/studierna
- genom att utveckla den regionala tillgången på service.

Vidare sägs: *"I praktiken innebär detta att åtgärderna kommer att riktas till att uppnå ovannämnda mål bl.a. med hjälp av den nya personalstrukturen. Genom att ändra inriktningen på verksamheterna och utveckla arbetets innehåll strävar man till*

att resurser som tidigare använts för specialsjukvårdens öppen- och anstaltsvård i fortsättningen kunde riktas allt mera till bas- och närserVICEN. För att implementera mentalvårdsstrategin i vård - och omsorgsverksamheten i kommunerna måste t.ex. samordningen av vård- och terapifilosofin samt vårdhänvisningspraxisen baseras på vårdpersonalens eget intresse att utveckla arbetet och yrkeskunskaperna och viljan att förbinda sig till detta.” (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 60)

Själva strategin, som vi inte gör en djupare analys av i denna rapport, är väl gjord.⁸ Den är lätt att ta till sig och innehåller all fakta som behövs för att förstå helheten av strategin. Samtidigt tillåter den flexibilitet och anpassning efter behov och förändringar i själva samkommunen, i de enskilda medlemskommunerna och i brukarnas behov. I planen definieras även begreppet strategi bland annat på följande sätt: *”Strategin utvecklas och förändras kontinuerligt varför man samtidigt måste hålla i minnet de stora linjerna och kunna vara flexibel då situationen så kräver.”* (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 21)

Rådet har gjort val, och kunnat göra val, i en uppsjö av idéer. Det har lätt till resultat då man haft mål och definierat vilka utgångspunkter som varit de väsentliga. Den följer de av Institutet för hälsa och välfärd uppgjorda rekommendationerna (Mieli). Strategin är uppdelad i en utredningsdel och en åtgärdsdel.

Långsiktiga resultat är att trygga befolkningens välbefinnande och mentala hälsa och att garantera likvärdig service utifrån befolkningens behov. Detta förverkligas bland annat genom att satsa på regionala lösningar så att samkommunen K5 har ett helhetsansvar för mental- och missbrukarvården. Ett annat viktigt beslut på lång sikt är att stärka klientens ställning och arbeta enligt evidensbaserade metoder, satsa på lågtröskel princip och en dörrs princip. Ett av målen är att personal inom social- och primärhälsovårdens mental- och missbruksvård bildar en helhet, ett team.

⁸ Med ”djupare analys” förstås här att ingen djupare analys av människosyn och/eller psykologisk/sociologisk/socialpolitisk teori görs.

5.2.4.6 Utvecklingsförslag

Mentalvårdsstrategin innehåller utvecklingsförslag där ny personal och nya helheter ingår. Bland annat vill man på kort sikt anställa en rehabiliteringsansvarig för hela samkommunen, bilda ett mobilt team och stärka elevvården genom att anställa fler skolkuratorer och skolpsykologer i kommunerna. Utgående från strategin vill man utveckla främjande av psykisk hälsa på basnivå, särskilt inom familjeservicen, och då är det nödvändigt att hälsocentralernas och socialbyråernas personal bildar ett team.

I och med skapandet av familjecenter och i utvecklandet av elevvården vill mentalvårdsrådet stärka den förebyggande vården. Samtidigt vill man kunna erbjuda till exempel familjeterapi som regional service, vilket man i varje enskild kommun hittills köpt som tjänst utifrån.

Ett mobilt team som verkar i hela samkommunen garanterar att befolkningens behov tillgodoses och att man snabbt och smidigt kan få vård enligt lågröskel, en dörrs principen. (Det mobila teamet kommer inte att arbeta på nätterna). I Imatramodellen, varifrån mentalvårdsrådet fått många idéer, har man ett mobilt team och där har man även satsat på en dörrs principen och lågröskelmottagande. I Imatra har man dessutom anställt mera personal inom mental- och missbrukarvården och det har visat sig vara en bra lösning på lång sikt i och med att man har kunnat minska på antalet vård dygn inom specialistsjukvården. Arbetsteamerna i Imatra och i det som planeras i K5 består dessutom av personal från både social- och primärvårdsvården. Detta betyder att personal i basservice bör ges utbildning och verktyg att arbeta med mental- och missbrukarfrågor på basnivå.

Det psykosociala centret skulle placeras i mitten av K5 (Närpes) med personal för utrednings-, terapi- och mobilverksamhet. För att göra detta möjligt behövs en psykologtjänst och två sjukskötare till det mobila teamet samt en halv psykologtjänst till barnteamet. För att förstärka den lokala tillgängligheten kommer sex sjukskötare i psykiatri och två rusmedelsskötare att placeras vid de lokala hälsovårdscentralerna, en ökning med en och en halv sjukskötartjänster. Ledningen för det psykosociala centret ansvarar för att utveckla och leda såväl förebyggande och hälsofrämjande som vårdande

mentalvårdsarbete inom hela K5 områdets kommuner. (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 51)

För att säkerställa att brukarna får sin röst hörd samarbetar man med föreningar för till exempel anhöriga inom mentalvården. Genom att utveckla team och samarbeta inom rehabiliteringen kommer tredje sektorn in som en naturlig partner i vården och rehabiliteringen. Lokala team som planeras få utbildning och handledning på hälsovårdscentralerna ska garantera en dörrs- och lågtröskelprincipen. Även hemvårdspersonalen planeras få utbildning i att möta personer med mentala problem. För att lyckas med planerna bör en dialog och en gemensam syn på vårdkedjan och remissförfarandet utarbetas tillsammans med sjukvårdsdistriktet. (a.a., 44-59)

Då det gäller missbrukarvården är samarbetet med Vålittjä -projektet som pågår för närvarande viktigt. Bland annat satsas det inom det projektet på utvecklandet av kunnandet på basnivå genom till exempel utbildning i miniintervention. För tillfället är det bara en kommun som har en fungerande krisgrupp (Närpes) och mentalvårdsrådet ser att de kan göra en insats i att utveckla även den delen av servicen. Också delar av arbetshälsovården integreras i mentalvårdsstrategin. Specialkunnande på regional nivå kan skötas av de personer som har det kunnande inom K5, i övrigt bör man avtala om köptjänst, till exempel neurologiska undersökningar. Genom att främja samarbetet mellan social- och primärhälsovården garanteras en god service där befolkningens servicebehov är utgångspunkten. (a.a., 44-59)

Metantalvårdsplanen innehåller många utvecklings och förändringsförslag vars implementering är betydelsefull att följa upp, på följande sätt beskrivs uppföljningen och utvärderingen av strategin:

"Enligt i linje med mentalvårdsrådet har ledningsgruppen för K5 hellhetsansvar för uppföljningen. Mentalvårdsrådet kommer att vara verksamt även efter att detta strategiutkast blivit klart. Utvärderingen av strategin kunde t.ex. omfatta klientenkäter eller dylikt. Föreliggande strategi sträcker sig fram till år 2015, varför den första utvärderingen bör ske i slutet av år 2013." (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 63)

För att följa med hur de uppställda målen uppnås skapas regionala mätare som beaktar de lokala specialbehoven. Förändringarna i bl.a. användningen

av öppen- och anstaltsvårdens tjänster efter att den nya personalstrukturen tagits i bruk kommer att följas upp. (a.a., 63)

Följande tjänster planeras inom K5 utifrån mentalvårdsstrategin:

1. Anställa psykolog Ralf Häggqvist på deltid från 1.1.2011 - 31.5. 2011 för planering av implementering (förverkligat).
2. Koordinator för hälsofrämjande arbete inom samkommunen, 2013.
3. En skolkurator och två skolpsykologer, 2013.
4. Rehabiliteringshandledare, 2014.
5. Mobil arbetsgrupp med ansvar även för den rehabiliterande verksamheten, 2015.

5.2.5 Några reflektioner kring mentalvårdsstrategin

5.2.5.1 Missbrukarvården

I utvecklandet av mentalvårdsstrategin har mentalvårdsrådet utgått från de utgångspunkter och principer som finns i "Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete". (THL, 2009) I den betraktas mental- och missbrukarfrågan som en helhet:

"Arbetsförmåga till följd av psykisk ohälsa har ökat samtidigt som alkoholrelaterade sjukdomar och dödsfall blivit vanligare. Trots att allt fler människor har både psykiska problem och missbruk samtidigt, är servicen ofta separerad. Det är viktigt att utveckla tillsammans främjande av psykisk hälsa och icke-bruk av alkohol och andra droger, förebyggande arbete för psykisk hälsa och mot missbruk samt behandling av psykisk ohälsa och missbruk." (THL, 2009)

I mentalvårdsstrategin lyfts inte missbrukarvården och dess servicekedjor upp särskilt tydligt, vilket även sägs i strategin: *"De slutsatser man kommit fram till i dessa planer angående missbruksarbete ska i mån av möjlighet (skribentens understreckning) beaktas i mentalvårdsstrategin även om vi i första hand utarbetar en plan för psykisk hälsa". (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 15)*

Problematiken med att inte tillräckligt tydligt lyfta fram missbrukarvården i K5:s mentalvårdsstrategi har bland annat kommit fram under ett hörandetillfälle där representanter för sjukvårdsdistriktet var inbjudna.

Deras bedömning, efter att ha tagit del av ett utkast till plan, var att rusmedelssidan har lite tjänster och liten del i planen med tanke på omfattning av problematiken. (Mentalvårdsrådet protokoll 19.3. 2010)

Om missbrukarnas situation inte lyfts fram finns risken att missbrukarna kan hamna utanför i vårdkedjan eller att de som arbetar med dessa frågor blir ganska ensamma och får kämpa för sin sak. K5 har från och med januari 2011 två heltidsanställda koordinatörer inom missbrukarvårdens öppna vård. Detta har startat via Välttjäjä -projektet och via projektet har socialarbetarna i kommunerna och personal på hälsovårdscentralerna fått utbildning i miniintervention. Det finns skäl att tydliggöra samarbetet och relationen med Välttjäjä -projektet och till de regionala rusmedelsstrategierna i K5.

5.2.5.2 *Brukarmedverkan*

Vad gäller brukarna och deras delaktighet har vi ytterligare en utmaning. Den service som utvecklas enligt mentalvårdsstrategin ska utgå från klientens behov, enligt lågröskel och en dörrs principen. En mera detaljerad beskrivning av service- och vårdkedja vore önskvärd för att få en tydligare bild av brukarens väg från "första dörren" till rehabiliteringsfasens sista skeden.

I utvecklandet av K5:s mentalvårdsstrategin gjordes ingen brukarutvärdering av servicens nuläge utan hänvisade till de två regionala strategierna i regionen. Samtidigt sägs i mentalvårdstrategin att: *"Med tanke på strategiprocessen är det viktigt att höra lokala sakkunniga samt klienternas och deras anhörigas åsikter. Användarna av mentalvårdsservicen och deras anhöriga har på grund av erfarenhet andra synpunkter och annan kunskap, som är till nytta när innehållet i det framtida mentalvårdsarbetet utformas"*. (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 9)

Vid tillsättande av K5:s mentalvårdsråd var det meningen att en representant för brukare skulle utses. Detta ändrade samkommunstyrelsen så att brukarna kunde höras vid behov. Mentalvårdsrådet hörde brukarna indirekt via anhörigföreningar och vårdenheter inom missbrukarvården. De

anhörigföreningar som hördes under arbetsprocessens gång välkomnade ett mera etablerat samarbete, de välkomnade också det mobila team som planeras.

Därtill sägs det i strategin att ett brukarperspektiv kommer att antas i utvärderingen av strategin, genom att utvärderingen kommer att omfatta en klientenkät eller dylikt. (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 63) Brukarnas röst är viktig och det är en utmaning att få med dem i processen. Att ta med brukarna i planeringen och utvecklandet av servicen kräver både kunskap och mod.

5.2.5.3 *Samarbete med basservicen inom social- och hälsovård*

Socialarbetarnas roll i mentalvårdsstrategin lyfts fram i planen, bland annat sägs det i planen att socialarbetarna behöver ha baskunskaper i psykiatri. Vidare sägs att socialarbetarna borde tas med i de psykiatriska teamen som gör upp vårdplaner. (Mentalvårdsstrategin 2010-2015, 53) Personal på basnivå vid hälsocentralerna förväntas också ha kunskap att bemöta personer med mental och/eller missbruksproblem. Det blir en utmaning för mentalvårdsrådet att involvera personal som inte i dagsläget har mental- och missbrukarfrågor i sin arbetsbeskrivning eller i sina ansvarsuppgifter. (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 13, 41, 45)

För att lyckas med implementeringen av mentalvårdsstrategin i K5 krävs ett nytt tänkande, villighet till förändring och till att arbeta i nya nätverk, sägs det i strategin. (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 60) Sedan januari 2011 arbetar Ralf Häggqvist på deltid med implementeringen av strategin. Han träffar så gott som all personal inom K5 som berörs av planen och en sammanställning av hörandetillfällena ska göras.

5.3 Pågående projekt i K5 -kommuner

De allmänna utvecklingsmålen och åtgärderna inom social- och hälsovården för åren 2008-2011 har definierats i det nationella utvecklingsprogrammet Kaste. Det nuvarande Kaste-programmet förverkligas under åren 2008-2011 och ett nytt Kaste II-program fortsätter från och med år 2012.

Kaste är ett strategiskt verktyg utvecklat vid social- och hälsovårdsministeriet för att leda den finländska social- och hälsovårdspolitiken. De viktigaste målen är att:

- öka delaktighet och minska marginalisering
- höja graden av hälsa och välfärd samt
- förbättra kvaliteten på tjänsterna, deras effekt och tillgänglighet samt minska de regionala skillnaderna.

Man strävar efter att uppnå målen genom att:

- förebygga problem och ingripa i dem så tidigt som möjligt
- trygga en yrkeskunnig och tillräcklig personal samt
- skapa sammanhängande servicehelheter inom social- och hälsovården samt goda verksamhetsmodeller.

Programmet består av 39 åtgärds punkter som genomförs av staten, kommuner, samkommuner och av organisationer. Antalet åtgärder (39) för den första perioden har ansetts vara för stort. Ledningsgrupperna för de fem geografiska områden har till social- och hälsovårdsministeriet gett ett utlåtande i vilket de betonar att de nationella målen för det nya Kaste II-programmet som inleds 2012 bör avgränsas så att man kan koncentrera sig på långsiktigt utvecklingsarbete. (Kaste-lausunto 25.10.2010)

Kaste-utvecklingsprogrammet är ett dokument för informationsstyrning. I Kaste-programmet ingår även resursstyrning i form av projektbidrag som kommunerna och samkommunerna årligen kan ansöka om. Finansieringsstödet för den första programperioden är 105 miljoner euro. Utvecklingsarbetet styrs av tre nationella och fem områdesvisa ledningsgrupper. Samkommunen K5 hör till Mellan Finlands område. Under den första Kaste-perioden har man i området Mellan Finland fokuserat på barn och äldre. (www.stm.fi).

Under år 2010 pågick tre Kaste-projekt i K5-kommunerna och ett av inrikesministeriet finansierat projekt. För dessa redogörs närmare i avsnitt 5.3.1 -5.3.4. FamiljeKaste ingår inte i samkommunens budget. För att få en bild av kopplingen mellan samkommunens mål och projektens mål

intervjuades de olika projektens medarbetare i april 2010. Intervjuteman bifogas i rapporten (Bilaga 3).

5.3.1 *Projekt Välittjä*

Mellan Finlands Välittjä -projekt 2009 pågår under tiden 1.11.2009–31.10.2011. Projektet får en förlängning från hösten 2011 till hösten 2013. Målsättningen med projektet är främst att stärka kunskanndet på grundnivån inom mentalvården och missbrukarvården samt att utveckla nya verksamhetssätt och arbetsmetoder.

Välittjä -projektets mål är:

1. Utveckling och förankring av verksamhetsmodeller och servicestrukturer inom bastjänsterna tidiga missbruks- och mentalvårdsarbete.
2. Ökande av klienternas delaktighet.
3. Utveckling och förankring av förebyggande missbrukar- och mentalvårdsarbete.
4. Stärkande av kompetens inom missbrukar- och mentalvårdsarbetet.
5. Flexibla servicekedjor från bastjänster till specialtjänster.
6. Uppgörande av regionala planer för missbruks- och mentalvårdsarbetet. (Välittjä projektplan 2009)

Kust-Österbottens samkommun ansökte om finansiering för projektet Välittjä 2009 tillsammans med K3-området, numera K2.⁹ I projektet deltar Vasa sjukvårdsdistrikt, Syd-Österbottens sjukvårdsdistrikt, Österbotten - projektet, Tammerfors stad och samkommunen för missbrukarvården i Tavastland och Lahtis stad. Dessa aktörer bildar fem delprojekt inom Välittjä 2009 -projektet, och inom dessa arbetar sammanlagt ett trettiotal projektanställda. (Välittjä projektplan 2009)

Inom K5 anställdes Britt-Marie Lindqvist som projektkoordinator från och med januari 2010. Hon är stationerad i Kristinestad. Våren 2010 anställdes med finansiering via projektet en missbrukskoordinator, Maria Lindell, i Malax-Korsnäs området och från och med januari 2011 är hon anställd av K5.

⁹ Till K2 samarbetsområde hör Korsholm och Vörå. Från och med 1.1.2010 bildas kommunen Vörå av kommunerna Vörå-Maxmo och Oravais, tidigare hette samarbetsområdet K3.

Projektet "På Spåret" som pågick åren 2006-2008 i Kristinestad, Kaskö och Närpes bestod bland annat i att man anställde en missbrukskoordinator, Rose-Marie Holmberg, även hon är från och med 2011 anställd av K5 . Ett nära samarbete görs mellan projektkoordinatorn och missbrukarvårdskoordinatorerna. Samarbete görs även tillsammans med anställda inom projektet i K2 och man har även en gemensam referensgrupp. Inom K5 finns sålunda ingen särskild styrgrupp eller referensgrupp för projektet.

I Österbotten har uppgjorts två planer som gäller missbruksarbetet: På spåret -projektet (2007) samt Vasaregionens rusmedelsstrategi (2009). Projektet På spåret genomfördes i de södra kommunerna inom Kust-Österbottens samkommun (Kaskö, Närpes och Kristinestad) och på basen av projektets rekommendationer anställdes en koordinator för missbrukarvården med uppgift att koordinera missbrukarvården i regionen och delta i det kliniska arbetet. Av samkommunens medlemskommuner har Malax och Korsnäs deltagit i uppgörandet av Vasaregionens rusmedelsstrategi. (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 15)

En mentalvårdsstrategi har utarbetats för K5 och godkänts av samkommunens styrelse hösten 2010. Brukarnas talan, lågröskelprincipen och en flexibel vårdkedja poängteras i Vällittjä -projektets målsättning och i de utgångspunkter K5 har i sin mentalvårdsstrategi.

Med utgångspunkt i Vällittjä-projektets målsättning kartlade Britt-Marie Lindqvist i början av 2010 , på socialbyråerna och hälsocentralerna inom K5, vilka behov det fanns av insatser. Genom På Spåret -projektet hade många inom K5 fått utbildning i miniinterventionsmetoden och Lindqvist kartlade i början av projektperioden hur man tagit i bruk metoden. Det visade sig att det finns personer som kan metoden, men att den används mycket litet. (Lindqvist 2010a). Det är en utmaning att strategiskt satsa på gemensamma utbildningar och att skapa förutsättningar att implementera nya metoder. En större kartläggning: *"Kartläggning av vård- och omsorgspersonalens kunskaper i mental- och rusmedelsfrågor"* gjordes hösten 2010 vilken är till nytta för vidare planering inom projektet. (ZEF-resultat Vällittjä K5, 2010)

För att nå projektets målsättning, att bland annat arbeta med förebyggande verksamhet, tidigt ingripande, utvecklande av vården och därmed servicen har man inom Välttjä -projektet valt att främst satsa på att öka personalens kunskaper i mental- och missbrukarvården för både social- och hälsovårdspersonalen. Det är i huvudsak vuxenbefolkningen som är målgrupp för projektets insatser. (Välttjä projektplan 2009; Projektintervju, Välttjä, 2010a)

Bland annat följande utbildningar har arrangerats inom projektet där personal inom K5 deltagit under år 2010: (Projektintervju, Välttjä, 2010b, 2011)

- Under året har sammanlagt tio personer från K5 deltagit i mini-interventions-utbildning.
- Utbildning i psykisk första hjälp på både finska och svenska, sammanlagt 57 deltagare från samkommunen har slutfört utbildningen.
- Utbildning i motiverande samtal på både finska och svenska med sammanlagt 57 deltagare från K5.
- Utbildning för finskspråkiga i Masennuskoulu och Ahdistuskoulu i vilka 24 personer deltog. I den svenskspråkiga ångest och depressionsskolan deltog 42 personer.
- Sömnskola har arrangerats i vilken 23 personer deltog.
- Pilotering av depressionsskola är under planering i vård- och omsorgscentralen i Kristinestad.
- Tillsammans med K3 och andra delägare i projektet ordnades i slutet av maj en handledarskolning i ÖPP (Örebro Preventions Program) i vilken tre personer från K5 deltog.
- ASI-utbildningen (Addiction Severity Index) pågår hösten 2010 och sex personer deltar från K5 området. ASI- metoden ska även översättas till finska.
- Även Bearsdlee familjeinterventions utbildning pågår sedan hösten 2010 och fortsätter in på 2011 i vilken tre från K5 deltar.
- Personligt ombudsskolning har hållits i Vasa på finska och i Jakobstad på svenska, i vilken fyra från K5 området deltagit.

Förutom utbildningar har man inom projektet etablerat samarbete med Yrkehögskolan Novia gällande följande insatser:

Kampanjdagar har hållits av studerande vid YH Novia (12.5 2010). Studerande delade ut informationsbroschyrer och erbjöd AUDIT- test (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)¹⁰ vid hälsovårdscentralerna i Korsholm, Oravais, Kristinestad och Malax. Kampanjerna kommer att fortsätta, bland annat i skolor, företag och i butiker. Målsättningen är att få en fungerande modell i framtiden för ett liknande samarbete med yrkehögskolorna. (Välittjä -projektet 9.9. 2010) Med Yrkehögskolan Novia i Vasa pågår samarbete inom ramen för två lärdomsprov. Det ena lärdomsprovet kommer att ha fokus på burkarperspektivet och hur man beaktar anhöriga i vården, det andra berör vårdkedjan inom missbrukarvården. (Projektintervju, Välittjä, 2010b)

Enligt projektplanen kommer fokus från och med 2011 att ligga på utvecklande av vården och rehabiliteringen (Välittjä projektplan 2009). Avsikten är att med hjälp av projektet : *”göra missbrukarvården klarare och effektivare, främja nykterhet, förhindra problem, förverkliga vård och rehabilitering utgående från klienternas behov”*. (Projektintervju, Välittjä, 2011) Enligt Lindqvist har man utarbetat förslag på en obruten vårdkedja vid missbruk och likaså har man utvecklat en enhetlig vårdkedja för körkortsuppföljning för samtliga K5 kommuner. (Projektintervju, Välittjä, 2010a och 2011)

Inom projektet har man även haft som mål att stärka samarbetet med tredje sektorn. Samarbete med framför allt anhörigföreningarna i regionen har varit en viktig del av utvecklingsarbetet. En miniinterventionsguide har godkänts i K5:s ledningsgrupp och den är tryckt och distribuerad och har även sänts elektroniskt till samtliga hälsovårdscentraler och socialbyråer inom K5 området. Förutom guiden kommer en webbsida för rusmedelsvård att utarbetas. (Projektintervju, Välittjä, 2010a och 2011)

För K5 är Välittjä -projektet av betydelse då man börjar implementera mentalvårdsstrategin, särskilt då det gäller missbrukarvården. I mentalvårdsstrategin ligger fokus på att utarbeta en plan för psykisk hälsa. På följande sätt beskrivs detta i mentalvårdsstrategin:

¹⁰ Man kan göra testet på internet på *Droglänken* (<http://www.droglanken.fi>)

"I och med Mellanfinlands Vältittjä 2009 -projekt kommer området att få mera resurser för utvecklandet av missbruksarbetet och målsättningen är att anställa en koordinator för missbrukarvården även i samkommunens norra delar särskilt för att utveckla missbruksarbetet bland unga. De slutsatser som man kommit fram till i dessa planer angående missbruksarbetet ska i mån av möjlighet beaktas i mentalvårdsstrategin även om vi i första hand utarbetar en plan för psykisk hälsa. I det följande presenteras kort några utvecklingsprojekt som genomförts inom mentalvårds- och missbruksarbetet i K5-kommunerna." (Mentalvårdsstrategi 2010-2015, 15).

Projektet har gjort insatser som är av betydelse för hur man uppmärksammar personalens kunskande i mental — och fram för allt i missbruksfrågor. Resurserna har till största del riktats till personalutbildning. De insatser som projektet gjort hittills kan utgöra en grund för att involvera personalen i ytterligare förändringsarbete. Lindqvist berättar att hon haft inledande samtal och gör en del gemensam planering med Ralf Häggqvist som ansvarar för den fortsatta planeringen av mentalvårdsstrategin, de håller regelbunden kontakt. Hon var även varit sakkunnig i mentalvårdsrådets utarbetande av samkommunens mentalvårdsstrategi. Projektet pågår fram till hösten 2011 och man har ansökt och beviljats förlängning. Lindqvist understryker att vissa insatser och implementeringar kommer att kräva en längre tid för att hitta sin form, det krävs nytt tänkande och nya samarbetsformer. Under våren 2011 kommer prioriteringar och riktlinjer för framtiden att bli aktuella. (Projektintervju, Vältittjä, 2011) En viktig aspekt i fortsatt utveckling av projektet i relation till mentalvårdsstrategin är att det till stora delar handlar om förändringsarbete som involverar samma personalgrupper och samma brukare. Vältittjä -projektet i K5 har en utmaning i att vara lyhörd för hela projektets linjedragningar i stort och i den gemensamma referensgruppen med K2, för K5 i och med mentalvårdsstrategin och för befolkningens servicebehov.

5.3.2 *FamiljeKaste*

Kaste-familjeprojektet i Österbotten är en del av utvecklingsprojektet "Barn, unga och barnfamiljer i Mellanfinland, KASPERI" 2009 - 2011. Projektet administreras av Vasa stad. Kaste-familjeprojektet i Österbotten består av

fyra delprojekt av vilka K5 deltar i "Främjande av välmående bland barn, unga och familjer samt utvecklande av barnskyddet".

Alla 17 kommuner i Österbotten deltar i projektet, även alla K5-kommuner. Projektet ingår inte i samkommunens budget utan primärkommunerna är deltagare i projektet.

Projektet i Österbotten har fyra målsättningar (Antila m fl, 2010a):

- Utveckla tidigt ansvarstagande i den service som riktar sig till barn och barnfamiljer.
- Utveckla föräldraskapsbedömning.
- Säkra ett brett kunnande inom barnskyddet.
- Utveckla en regional modell inom familjevården (planering påbörjas).

Under den aktuella perioden har man kommit igång med en utbildning i "Ta upp oron" som är uppbyggd som en utbildarutbildning. Sju personer från K5 kommuner deltar i utbildningen och dessa kommer i sin tur att utbilda personal som jobbar med barn, unga och familjer. Strävan är att arbetssättet med tidigt ansvarstagande skall implementeras i basservicen. Olika arbetsmodeller för att stöda föräldraskapet har prövats i landskapet, till exempel "Föräldraskapet främst" (Folkhälsans verksamhet) och "De otroliga åren" (under ett tidigare projektet), men arbetsmodellerna har inte befasts i den dagliga verksamheten. En utbildning i föräldraskapsbedömning har genomförts och projektpersonalen håller reflektionsdagar till projektperiodens slut. (Projektintervju, FamilieKaste, 2010)

Familjearbete har varit ett fokusområde även i tidigare projekt. Nu utvecklas familjearbete inom K5-kommunerna genom att familjearbetarna från området deltar i regelbundna yrkesmässiga utvecklingsforum. På initiativ av projektet har samkommunen i september 2010 tillsatt en mångprofessionell RIST grupp (Relations Inriktat Småbarns Team). Gruppens syfte är att fungera som stöd vid samspelsproblem genom att ge utlåtanden och förslag på stödåtgärder för personal inom rådgivningen och inom barnskyddet. (Antila m fl, 2010b)

Projektet har personresurser som motsvarar två årsverken och de delas så att K5 - kommunerna har en personresurs på 40 %. Projektet hade till våren 2010 tre anställda: Britt-Helen Tuomela-Holti, Pamela Antila och Johanna Aspelin-Wikman, som arbetade i K5 kommuner. Efter att Aspelin-Wikman gick på moderskapsledighet har de två först nämnda ansvarat för hela projektet. Därtill har Närpes kommun en heltidsanställd projektarbetare inom projektet "Servicehelheten för utveckling av multikulturellt familjearbete".

Inom projektet multikulturellt familjearbete i Närpes är målsättningen att utveckla och förstärka verksamheter som gör invandrare delaktiga. Nyinflyttade invandrare och invandrare som behöver extra stöd får handledning av ett personligt ombud. Man utvecklar även servicehandledning och stödfamiljeverksamhet samt förstärker kamratstödverksamhet. Samarbete sker med andra projekt i området och med den tredje sektorns organisationer. (Antila, m. fl., 2010b)

Inom projektet "Resursskola, resursteam och intensivvårdsmodell" piloteras en modell för resursteam, vilket innebär att personalen inom basservicen har möjlighet att konsultera barn- och ungdomspsykiatrien vid Vasa sjukvårdsdistrikt. Detta delprojekt är K5 kommunerna med i. (Antila, m. fl., 2010b)

Projektet har samarbetat med K5:s arbetsgrupp för socialvård. Socialvårdsgruppen har på begäran av FamiljeKaste projektet lämnat in en förteckning över vilka insatser man önskar att projektet satsar på. I förteckningen prioriteras föräldraskapsbedömning och föräldrastöd. Samtliga kommuner betonade en fortsättning och vidareutveckling av föräldraskapsbedömning (=RIST-gruppen) samt vikten av att stärka föräldraskapet. Det finns även ett behov av yrkesforum för socialarbetare och att man utvecklar en gemensam arbetsmodell för familjearbete inom K5. En sammanfattning av K5 kommunernas önskemål ingår i avsnitt 5.2.3 i beskrivningen av socialvårdsgruppens arbete.

5.3.2.1 Några reflektioner

En jämförelse av projektets åtgärder och K5 kommunernas önskemål ger vid handen att FamiljeKaste-projektet trots små resurser relativt bra har lyckats bemöta de behov som socialvårdsgruppen för K5 tagit upp. En delförklaring kan vara att projektarbetarna lyckats få fram relevanta utvecklingsbehov och ordna utbildningar som svarar mot behovet. Projektarbetarna har kartlagt regionala och kommunala behov genom att regelbundet ordna mångprofessionella möten (Projektintervju, FamiljeKaste, 2010).

Projektets mål kommer från Kaste-programmets målsättningar. Koordineringen mellan samkommunens behov och mål i projektplanen saknas. Å andra sidan bör konstateras att det i dokumentet om centrala strategier i verksamhetsplanen 2009-2011 inte heller ingår målsättningar att utveckla barn- och familjeservice. Däremot nämns revideringen av barnskyddsplanen som ett tyngdpunktsområde. "Plan för barns och ungas välmående inom K5" färdigställdes våren 2010. (Planen beskrivs i avsnitt 5.2.2)

Vid ett diskussionstillfälle som utvärderingsprojektet ordnade framkom att projektarbetarna inom FamiljeKaste saknade en vision och klara mål för samkommunen. (Projektintervju med FamiljeKaste, 2010) FamiljeKaste - projektets personal har börjat samarbeta med arbetsgrupper och andra projekt i samkommunen och på detta sätt kommit närmare det pågående utvecklingsarbetet i samkommunen. Genom Johanna Aspelin-Wikman har det funnits en kontakt mellan projektet och samkommunen. Hon har förutom sin anställning inom projektet även varit anställd av samkommunen för att sammanställa planen för barns och ungas välmående.

Vid kommunrundor som projektarbetarna utfört, har man kartlagt personalens kunskapsnivå och kunnat konstatera att det finns kunskap, men att tilltron till det egna kunnandet är dåligt. Följden härav kan vara att de kunskaper om arbetsmetoder personalen besitter inte tas i bruk. Detta i sin tur kan leda till frustration hos personalen och att personalen börjar efterfråga nya metoder och nya utbildningar. (Projektintervju, FamiljeKaste, 2010). Det är inte sällsynt att man i organisationer glömmer det redan en gång lärda, när man rusar mot nya trender. Detta är en utmaning för ledare

och förmän. Om det är så att beslut saknas för att ta i bruk metoder som man satsat utbildningsresurser på, används de knappa resurserna inte på bästa möjliga sätt.

5.3.3 *ÄldreKaste: Hälsa och livskvalitet för äldre i Österbotten*

Projektet ÄldreKaste i Österbotten ingår i projektet IkäKaste för Mellan Finland och pågår under tiden 1.11.2009–31.10.2011. Målet är att utveckla hälsofrämjande funktioner som stöder äldre personers delaktighet samt tidigt ingripande och förebyggande arbete för äldres säkerhet och hälsa. Inom projektet strävar man efter att utveckla arbetsmetoder som baserar sig på regionala behov och med vilka äldre personers funktionsförmåga kan stödjas i hemvården och på institutioner. I ÄldreKaste-projektets ansökan deltog 13 kommuner i Svenska Österbotten. År 2010 lösgjorde Vasa stad sig från projektet. Därtill finns det ett särskilt ÄldreKaste-projekt inom K5. Aktiviteter genomförs i båda projekten och i denna beskrivning åtskils inte projekten utan vi redogör för alla aktiviteter som kommer K5 till gagn. Projektet har tre anställda av vilka Isabella Nyman arbetar för K5 på heltid, hon är stationerad i Närpes.

Inom ÄldreKaste i K5 vill man förändra servicestrukturen från att vara anstaltsbetonad till att bli mera öppenvårdsbetonad. Även de äldres delaktighet betonas och möjliggörs genom projektet genom seniorrådgivning, förebyggande hembesök och att dagverksamhet skapas. Målet är även att öka äldres delaktighet och servicens tillgänglighet samt att förstärka möjlighet till en meningsfull vardag. (ÄldreKaste, projektplan för K5)

Projektarbetarna har gjort kommunrundor och fått bekräftelse på att man i första hand vill utveckla äldrerådsverksamhet. Man vill skapa en modell för seniorrådgivning med lätt tillgänglig information för seniorer för hela K5-området. Därtill har man i kommunerna lyft upp ytterligare behov. I Korsnäs är målet att utveckla intensifierat serviceboende för klienter med minnessjukdom (Anna-hemmet), i Malax är målet att implementera förebyggande hembesök, i Närpes vill man utveckla arbetssätt som stöder äldres funktionsförmåga med hjälp av kulturella aktiviteter och i Kristinestad önskar man testa en handbok som hjälper personalen att upptäcka

depressioner hos äldre. Därtill vill alla kommuner utveckla seniorrådgivning och mentorskap. (ÄldreKaste, projektplan för K5)

Kommunerna i K5 har en egen ÄldreKaste –arbetsgrupp som leder och följer upp projektet ur K5:s perspektiv. Arbetsgruppens ordförande är projektledare Ann-Sofie Smeds-Nylund och gruppen har sammankommit cirka en gång i månaden på olika enheter inom äldreomsorgen i K5 -kommunerna. Utöver de ovan nämnda målen har arbetsgruppen för Äldre Kaste i K5 lyft upp behovet av regelbunden uppföljning av äldres behov av service. Arbetsgruppen konstaterar i sammanhanget att: *"En tydlig strategi över hur boende och service för äldre skall arrangeras verkar ännu saknas i K5"*. (ÄldreKaste, arbetsgruppen för K5, 27.1.2010)

Aktiviteter som genomförts eller som pågår är bland annat:

- Infocaféer för äldre i samarbete med församlingar och den tredje sektorns organisationer.
- Seminarier kring mentorskap har hållits. Sju mentorskaps -par har bildats. En artikel om processen för mentorskap kommer att publiceras i Vård i Fokus när utvärderingen av processen är klar.
- Yrkesforum för att utveckla arbetssätt som stöder äldres funktionsförmåga har hållits samt workshops för att utveckla välfärdsfrämjande hembesök.
- Äldrekonferens har ordnats och den skall hållas även år 2011.
- En utbildning i socialgerontologi har hållits för hela Österbotten.
- Temat äldres måltider har lyfts upp.
- Fyra föreläsning på finska om bl. a aktiverande arbetssätt ordnas i Kaskö.
- Utbildning i RAI –systemet ordnas för nybörjare och för längre hunna. Ett nätverk av RAI -experter bildas. Med RAI (Resident Assessment Instrument), kan man mångsidigt uppskatta äldres vårdbehov samt vårdkvaliteten och vårdkostnader. Mätinstrumentet innehåller ett stort antal frågor som bildar testade indikatorer. Instrumentet lämpar sig bland annat för uppgörande av vård- och serviceplaner samt uppföljning av vårdresultat.
- En handbok om Etiska värdegrunder för K5:s samarbete med den tredje sektorn.

- En handbok i att bemöta äldres depressioner kommer att tas i bruk på institutioner. Motion och aktivering sätts tydligare in för att motverka psykisk ohälsa. Speciellt Kristinestad vill uppmärksamma de äldre personers psykiska hälsa som bor på institution.
- En seniorbarometer har utarbetats för att få svar på vilka behov och önskemål de äldre har om service och boende. En studie har gjorts i Närpes av en socionom -studerande i form av ett lärdomsprov. Barometern kommer att finnas på K5:s webbplats. Barometern är klar att tas i bruk inom hela K5 och det kommer att skapas en databas så att man enkelt kan fylla i svaren och få ut resultat, detta blir klart enligt planerna senast i maj 2011. (ÄldreKaste, arbetsgruppen för K5, PM från 27.1- 13.12.2010, Nyman 2010b)

Senior-rådgivningen är under planering och under år 2011 kommer man att starta en försöksverksamhet enligt modellen som Äldrecentrum Österbotten skapat i Närpes. I Närpes sker implementeringen av senior-rådgivningen med hjälp av metoden "framtidialog". I senior-rådgivningen kommer att ingå, förutom information om service och tjänster, även riktade hembesök och hälsogranskningar och målet är att rådgivningen ska finnas i varje kommun.

I motiveringar till en utveckling av senior-rådgivning sägs bland annat att det finns ett tomrum i förebyggande service: efter pensionering faller största delen av pensionärerna utanför de förebyggande social- och hälsovårdstjänsterna. Därför behövs ett rådgivningsnätverk för äldre personer. I projektet utgår man ifrån att man med hjälp av senior-rådgivningen både stöder den äldre befolkningens delaktighet i samhället och till ett längre självständigt hemmaboende. I ett tidigare planeringsskede strävade man inom projektet efter att bilda ambulerande senior-rådgivning som regional service. Med motiveringen att rådgivningsverksamheten skall finnas i varje kommun frångick man den tanken och har nu utvecklat en basmodell. Beslutet att använda basmodellen eller utvecklandet av en egen är upp till varje kommun i K5. (Nyman, 2010, 2010b)

I de enskilda kommunerna har man arbetat planenligt:

En projektplan för att utveckla Annahemmet och skapa ett resurscentrum för minnesjukdomar är under arbete i Korsnäs. Enligt planen skall bland annat följande verksamhet ingå: dagverksamhet, intervallvård, dagvård, nattvård, utbildning, handledning, telefonrådgivning. En konsekvensutredning av öppnandet av Westerhemmet i Malax har gjorts. Personalen i Malax deltar i mötesplatser kring välfärdsfrämjande hembesök. Målet är att likadana blanketter används vid hembesöken i hela Österbotten. Nationella riktlinjer för blanketterna är ännu under arbete. I Närpes har temat varit kultur i vården, där man bland annat arbetat med drama. Kring temat har man även nordiskt samarbete. En projektrapport har skrivits om kultur i vården. I Kristinestad jobbar man vidare med depressionshandboken som utvecklades under första Äldrecentrum Österbotten projektet. (Nyman, 2010b)

5.3.3.1 Några reflektioner

ÄldreKastes mål i Österbotten följer det nationella Kaste –programmets mål och de kartlagda behov som finns i kommunerna. I verksamhetsplanen (2009-2011) för samkommunen har utvecklandet av äldreomsorgen inte fått ett särskilt stort utrymme. Det konstateras att den åldrande befolkningens andel ökar i snabbare takt i det österbottniska landskapet jämfört med övriga landskap. Därtill sägs det att för utvecklingen av äldrevården behövs verktyg för att noggrannare påvisa servicebehovet samt utvärdera och planera vården och rehabiliteringen av de äldre. (Utgångspunkter ..., 2008)

De genomförda eller planerade åtgärderna i ÄldreKaste projektet har varit utvecklandet den öppna vården och det förebyggande arbetet. Inom projektet har man utvecklat verktyg för att möjliggöra ett kvalitativt bättre arbete både inom öppenvården och i någon mån även i institutionsvården (depressionshandboken, aktiverande arbetssätt). Med tanke på samkommunens strategi för åren 2009-2011 är kunnandet i att uppskatta äldres vårdbehov samt vårdkvaliteten och –kostnader av största vikt, sålunda har utbildningen i RAI -systemet varit en bra satsning. Även seniorbarometern kan påvisa servicebehov hos äldre och vara det verktyg som samkommunen efterlyser.

Även om samkommunens mål för äldreomsorgen i strategin är anspråkslösa har projektpersonalen och arbetsgruppen med hjälp av kommunrundor fått behov kartlagda. Grunden för det gemensamma utvecklingsarbetet lades av en tidigare K5 -arbetsgrupp och i det tidigare Äldrecentrum Österbotten – projektet. Det har därför varit möjligt att fortsätta utvecklingsarbetet på bred front och fördjupa det. Under projektperioden har särskilt verktyg som gynnar alla kommuner utvecklats, såsom seniorbarometern och en modell för senior-rådgivningen samt handböcker.

Projektpersonalen ser positivt på Kommun- och servicestrukturen samt samkommunprocessen, dock tenderar anställda i kommunerna att tänka på utveckling ur den egna kommunens synvinkel (Projektintervju, ÄldreKaste 14.4.2010). Att det gemensamma "tänket" är tunt kan bero på att man upplever att samkommunens mål inte är tillräckligt tydliga.

ÄldreKaste –projektets mål är att förändra servicestrukturen till att bli mera öppenvårdsbetonat. Med hjälp av projekt kan man ge personalen ett kunskapslyft och utveckla verktyg, men projekten förmår sällan ändra på service- och vårdstrukturer på egen hand. Beslutet att omstrukturera vården att bli mera öppenvårdsbetonat måste tas på kommunal och/eller på samkommunal nivå. Förutsättningarna för att lyckas med omstruktureringen är goda då när personalen har fått verktyg och färdigheter att jobba mera öppenvårdsbetonat.

5.3.3.2 *Distansmedicinska tjänster*

Kust-Österbottens samkommun har testat en ny distansmedicinsk tjänst för att ordna åldringsvårdens läkartjänster. Samkommunen har under år 2010 inlett samarbete och köpt tjänsterna av Doctagon Oy. I väntan på evaluering av försöket har försöksperioden förlängts till 30.4.2011. Distansmedicinska tjänster upphandlas för 12 olika enheter inom åldringsvården (totalt 258 patientplatser + ca. 8 intervallplatser). Följande enheter deltar i försöket: Kristinahemmet & De Gamlas Hem (Kristinestad), Alvina & Pörtehemmet (Närpes), Lärknäs & Annahemmet (Kornäs) Mogården, Grangården, Eva hemmet, Adamhemmet, Björkgården & Tallgården (Malax). (Samkommunstyrelsens protokoll 24.11.2010)

5.3.4 Integrationsprojekt

Projektet är avsett för planering av verksamheten i anslutning till integreringen av invandrarna i inledningsskedet, servicerådgivning (familjeservice, mental hälsa) samt rådgivningstjänster med låg tröskel. Målsättningen är att stöda både tillräckliga språkkunskaper och så kallad "hälsoläskunnighet". Projektet vill underlätta att skapa likvärdig service åt invandrare och underlätta att skapa enhetliga arbetsmetoder inom områdets barn- och familjeserviceenheter. Projektet avslutades 31.12.2010. Det finansierades av inrikesministeriet och hade en heltidsanställd projektarbetare, Mirja Högstrand. Som ordförande för projektets styrgrupp fungerade Ralf Häggqvist.

Huvudmålet för projektet var att koordinera och förbereda inför grundandet av en invandrarcentral och invandrarkoordinatorstjänst inom K5-området. Projektet har fokuserat på familjeservice, vård och hälsofrämjande arbete för invandrabarn och -familjer. Verksamhetsmodellen som piloterats inom projektet förverkligas i fortsättningen inom Kust-Österbottens samkommun genom en gemensam invandrarkoordinator. Befattningen som invandrarkoordinator fanns med i samkommunen första strategiplan (2008) och är nu med i samkommunens ekonomiplan för år 2012. (Budget 2011 och ekonomiplan 2012-2013)

Projektet har liknande mål som projektet kring det multikulturella familjearbetet i Närpes och har samarbetat med K5:s arbetsgrupp för utvecklandet av en regional barnskyddsplan och med FamilieKaste-projektet.

Inom K5 har det grundats ett mångprofessionellt team som arbetar med säruppgifter och som samordnar resurserna inom det förebyggande arbetet i syfte att skapa en multiprofessionell och mångkulturell arbetsmetodik inom området.

Projektet har skapat en infobank utifrån behoven i K5. Infobanken är till för att ge vårdpersonalen bättre förutsättningar att bemöta den kulturella mångfalden samt för att underlätta invandrarnas integrering i samhället. Materialet för personalen finns på finska och svenska. För invandrarna finns materialet på svenska och finska och har översatts till de språk som de flesta invandrare inom området talar; bosniska, vietnamesiska och ryska. Guider

finns om graviditetstid, förlossning, babyns första månader, hemmets läkemedel, vanliga barnsjukdomar och om rådgivningen. De är tillgängliga på samkommunens webbsida, www.kfem.fi. (Projektintervju, Integration 16.4.2010, Närpes Info 2010)

5.3.5 Utvärderingsprojektet

Projektet *”Gemensam social- och hälsovårdsservice – samarbete, samverkan, framgång? - Utvärdering av en process.”* (Utvärderingsprojektet) pågår under tiden 1.1.2009–30.6.2011. Finansiering beviljades via Länsstyrelsen vid Västra Finlands län av den Europeiska Regionutvecklingsfonden (ERUF). Förlängning av projektet till 31.12.2011 har beviljats av Österbottens Förbund som numera förvaltar projekt. Projektet ägs och administreras av Åbo Akademi i Vasa. Samarbetsparter är Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området - FSKC och yrkeshögskolan Novia i Vasa.

Projektutvecklare Susann Sjöström är anställd av Åbo Akademi och hon inledde sitt arbete 1.5.2009. Som projektledare (delresurs) fungerar Eini Pihlajamäki vid FSKC och som projektkoordinator (delresurs) Anna Smirnoff vid Centret för livslångt lärande vid Åbo Akademi. Novia har inom högskolan utsett en K5 –grupp som bland annat ansvarar för forskning och utveckling samt lärdomsprov och praktikperioder. Utvärderingsprojektets styrgrupp består av ledande tjänstemän inom K5 och projektparter, se närmare bilaga 1. Gruppens ordförande är ledande socialdirektör Pirjo Wadén.

Projektet har två huvudmetoder, projektets anställda är för det första deltagande utvärderare och för det andra en del av samkommunens resurser i förändringsprocessen:

1. Projektet följer upp förändringsarbetet, de stegvisa processerna studeras, vad som sker på fältet observeras (professionellas åsikter) och dessutom studeras mötesdokument. Projektutvecklaren deltar i K5:s arbetsgrupps arbete och är i den processen en resurs och en observatör. Hon dokumenterar arbetsgruppernas arbete. Projekt-ledaren tar del av dokument från arbetsgrupperna och har i planeringsskedet kommenterat

barnskyddsplanen och mentalvårds-strategin. Projektledaren har lett ett arbetsseminarium kring barnskyddsplanen.

2. Projektet stöder förändringsarbetet och strävar efter att reagera på de behov som lyfts upp inom samkommunen eller inom utvärderingsprojektet genom att:
 - a) Arrangera aktiviteter:
 - ett gemensamt seminarium för alla arbetsgrupper inom K5, vars övergripande syfte var att hitta beröringspunkter och gemensamma grunder för gemensam strategi.
 - två seminarier (juni och november 2010) om beställar-utförarmodellen för anställda och förtroendevalda inom K5.
 - utvecklingsdagar som stöder ledarskapet för ledare och förmän inom K5, i september och oktober 2010 .
 - b) Ha samarbete med övriga projekt inom K5 och föra evaluerande diskussioner med anställda inom projekten i K5.
 - c) Skapa samarbetsforum mellan samkommunen och högskolor och universitet.

Yrkehögskolan Novia i Vasa är projektpart. Inom Novia utförs forskning om äldre och socionom-studerande har våren 2010 genomfört en praktikperiod under vilken de intervjuade förmän om bland annat samkommunen och servicens utveckling.

Samarbete har etablerats med den till Vasa utlokaliserade socialarbetarutbildningen vid Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet (HU) och inom ämnena socialt arbete och statskunskap vid HU. En avhandling pro gradu, som kommer att handla om beställar-utförarmodellen inom K5, har påbörjats inom ämnet statskunskap vid HU. Diskussioner om samarbete med Åbo Akademi inom ämnena utvecklingspsykologi och socialpolitik har förts.

- d) Utredda:
 - hösten 2009 genomförde projektet på uppdrag av K5:s ledning en enkätundersökning gällande läkarnas och tandläkarnas åsikter om servicens organisering.

- K5 ingår som ett samarbetsområde i en översikt om organiseringen av bas- och specialservice inom det sociala området (FSKC Rapport 1/2009).
 - Forskningsenheten vid Novia har sammanställt en rapport inom projektet: "De äldres livsvillkor i Kust-Österbottens samkommun-analys ut GERDA-material och Eget hem undersökningen" 2010.
 - Intervjuer som socionomstuderande gjorde våren 2010 har sammanställts till en rapport: "Förmäns åsikter om utvecklingsbehov inom äldreomsorgen och inom dagvården i Kust-Österbottens samkommun." (FSKC Rapport 1/2011).
- e) Stöda ledarskapet i förändringsarbetet
- Ett av utvärderingsprojektets mål är att förstärka kompetensen och ledarskapet bland tjänstemän och förmän inom K5. Eftersom man inom K5 hade satsat på JET-utbildning för förmän hösten 2009 har projektet inte velat starta upp något som motsvarar den, utan vi ville få mera insikter i vilka processer som pågick innan insatser planerades. Under våren 2010 diskuterades under projektets styrgruppsmöten behovet av ett ökat samarbete och samverkan på alla nivåer och särskilt bland ledare och förmän. Det kom även fram att det finns ett behov på fältet att få mera kunskap om K5 och om hur samkommunen kunde utvecklas. (ERUF- styrgruppsmöte, protokoll 18.3. 2010)
 - Utvärderingsprojektet beslöt att erbjuda insatser kring temat "ledarskap" med start i juni 2010. En strategidag kring beställarutförarmodellen arrangerades. Vid seminariet deltog drygt 60 personer, både tjänstemän, mellanchefer, politiker och några från andra kommuner. Insatsen fortsatte i mindre grupper under hösten 2010. Utvecklingsdagarna i ledarskap utvecklades i samråd med K5:s ledning och utvärderingsprojektets styrgrupp. Som föreläsare på utvecklingsdagarna fungerade Kristiina Strandman. Deltagarna var indelade i substansgrupper: (1) barn- och familjearbete, (2) vuxen socialt arbete och primärhälsovård samt (3) äldreomsorg. Ca 25 ledare och förmän deltog i dagarna. En gemensam avslutning gick av stapeln i slutet av november 2010 då arrangerades igen ett seminarium kring beställar-

utförarmodellen med fokus på modellen i praktiken där ett 40-tal personer deltog.

- En utvecklingsdag kring samverkansmodeller över sektorsgränser arrangerades i januari 2011 och lockade cirka 50 deltagare från K5 , projekt och från utbildningsenheter i regionen. Seminariet var avsett för professionella i skolan, inom dagvården, socialvården och hälsovården som ville få en inblick i hur man jobbar över sektorgränser samt vilken nytta man har av samverkan och av att arbeta dialogiskt .

En medveten satsning på dokumentation kommer att synas särskilt under år 2011 då flera rapporter blir klara. Dessa kan ge utvecklingsunderlag för ledningen inom samkommunen.

5.4 Beställar- utförarmodellen

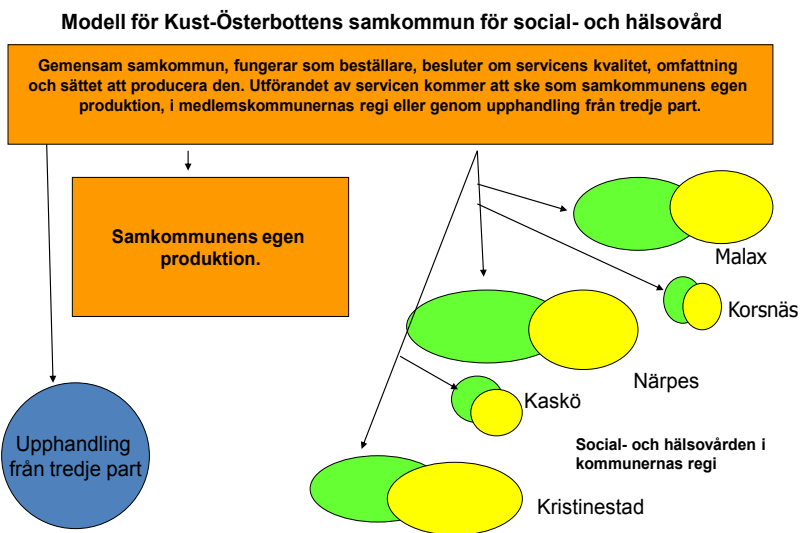
Samkommunen valde enligt grundavtalet beställar-utförarmodellen som modell för att organisera service inom social- och primärhälsovård.

I dokumentet Utgångspunkter för utvecklingsprocessen inom Kust-Österbottens samkommun och centrala strategier i verksamhetsplanen 2009-2011 (2008, 3) beskrivs beställar-utförarmodellen som följer:

”Beställar-utförarmodellen består av uppdragsgivare, beställare, utförare samt personer som använder servicen. (Handels- och industriministeriet 2006: 14–15) Uppdragsgivarna ska definiera kommuninvånarnas servicebehov och anvisa nödvändiga resurser. Som uppdragsgivare i Kust-Österbottens beställar-utförarmodell fungerar i detta skede medlemskommunerna. Samkommunen fungerar som beställare av social- och hälsovårdsservice. Beställaren koordinerar medlemskommunernas målsättningar och resurser på ett kostnadseffektivt sätt och ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänster.

Samarbetsområdet är beställare och ansvarar för att ett organ eller en juridisk person har ansvaret för servicehelheterna. Service som överförs på samarbetsområdets ansvar skall ordnas på likvärdiga grunder för alla invånare. Samarbetsområdet beslutar om servicens omfattning, kvalitet och sättet att producera den.

”Servicen produceras antingen av samkommunen, social- och hälsovårdens enheter inom samarbetsområdets medlemskommuner eller externa serviceproducenter. Förhållandet mellan beställare och producent styrs med avtal. Utföraren beslutar hur avtalad service produceras och styr processerna för hur den produceras. Utföraren ansvarar för kvaliteten på den service som produceras för beställaren och användaren.”



Figur 5 Beställar- utförarmodellen för K5. Källa: Malmsten, 2008

Under Utvärderingsprojekts gång har det visat sig att man inom K5 behöver få mera information om beställar –utförarmodellen, särskilt beställarens och utförarens roller är oklara. Behovet av stöd för förändringsarbetet diskuterades i styrgruppen för projektet i mars 2010. Det beslöts att planera och arrangera utvecklingsdagar för ledande tjänstemän och förmän i samkommunen. Lite senare tog samkommunens direktör kontakt och uttryckte behovet av att ordna ett seminarium om beställar-utförarmodellen på grund av att kunskapen om modellen är bristfällig.

För att utveckla beställar-utförarmodellen och samarbetet mellan medlemskommunerna inom K5, beslöt samkommunstyrelsen i november 2010 att inrätta en beställar-utförararbetsgrupp. (Samkommunstyrelsen, protokoll 24.11.2010)

Utvärderingsprojektet ordnade två seminarier för politiker och ledande tjänstemän, den första i juni och den andra i november 2010. Därtill arrangerade projektet två utvecklingsdagar för ledare och förmän. Under den första dagen redogjordes ytterligare för beställar-utförarmodellen och under den andra togs fasta på chefens roll i förändringsarbetet. Förvaltningsdoktor Kristiina Strandman föreläste. Responsen från dagarna visade att det fanns ett uppenbart behov av mera information om modellen.

Under det första seminariet i juni 2010 gavs presentationer av professor Jari Stenvall, verkställande direktör Eero Vaissi och stadsdirektör Mårten Johansson. Den andra seminariedagen hölls i november och under den presenterade Anne Knaapi-Lamminen Kallio samkommuns modell och beställardirektör Jukka Lindberg Tavastehus' modell. Alla presentationer finns på webbplatsen www.kfem.fi.

Då kunskapen om beställar-utförarmodellen (eller modeller) fortfarande verkar vara ganska begränsad följer här en relativt omfattande sammanfattning av presentationerna och diskussionen från seminariedagen i juni 2010 (Pihlajamäki m fl ,2010, Sjöström och Ollus, 2010).

5.4.1 Nya roller

Det är en verklig utmaning för kommunerna att övergå till ett nytt sätt att verka. För att lyckas är det viktigt att man kartlägger utgångsläget, planerar omsorgsfullt och utbildar aktörerna. Dessutom är det önskvärt att man utvärderar effekterna av modellen och alltså följer upp om man lyckas åstadkomma det man ville med den stora förändringen.

Det är en lång process att ta i bruk beställar-utförarkonceptet – det kan ta flera år i anspråk. I Raseborg har övergången tagit cirka två år (Johansson, 2010). Många går över till modellen stegvis, exempelvis inom en verksamhet åt gången. Om processen genomförs alltför snabbt kan det leda till problem.

När man i en kommun organiserar verksamheten så att man klart skiljer på beställare och utförare innebär det inte automatiskt att servicen ska konkurrensutsättas eller att det nödvändigtvis ställer kommunens serviceproduktion inför marknadens villkor.

Om metoden tillämpas utan extern upphandling innebär det att styrningen genom avtal stärks i kommunen. I en tillämpning som tillåter konkurrens låter man kommunens producentenheter konkurrera om vissa serviceenheter med serviceproducenter utanför kommunens organisation.

Olika aktörers roller är inte enkla att lösa då man inför modellen eftersom frågan om vem som gör vad ständigt är närvarande i processen. I Raseborg stad har befintliga organ inom verksamheten specialiserat sig på olika uppgifter. Grundtrygghetsnämnden har specialiserat sig på politik (vad ska beställas) och grundtrygghetsdirektionen på produktion och optimering av verksamheten med mycket dialog sinsemellan (Johansson, 2010).

För beställaren är kärnuppgiften att bedöma servicebehovet och dess utveckling samt också att upphandla och konkurrensutsätta servicen. Det blir viktigt att de förtroendevalda har kapacitet att fungera som beställare, eftersom de konkret kommer att definiera vilka tjänster som ordnas för invånarna och i vilken form. Beställarna är också i sista hand ansvariga för att servicen ordnas och att kvaliteten håller. (www.kommunerna.net). Man bör ta hänsyn till att flera parter kan vara involverade i modellen, så som medlemskommunernas fullmäktigen och utomstående producenter. Beställarens måste därför fungera som förverkligare. Att kartlägga behovet kräver emellertid resurser, vilka beställaren kanske inte alltid har till sitt förfogande. (Vaissi, 2010)

I Raseborgs kommun fungerar grundtrygghetsnämnden som beställare av social- och hälsovårdstjänster för den egna befolkningen genom att beställa tjänsterna från den egna produktionen och från avtalsproducenter. (Johansson, 2010)

Serviceproducenten bestämmer hur den service man kommit överens om produceras. Producenten koncentrerar sig alltså helt på att få produktionsprocessen att fungera och ansvarar för kvaliteten inför både beställare och kunder (klienter, brukare). (www.kommunerna.net)

Producenten fungerar så självständigt som möjligt och agerar enligt den beställning beställaren förmedlar. (Stenvall,2010)

På producentsidan blir det allt viktigare att ledningen har kunskaper om hur affärsverksamhet drivs.

De organisationer som producerar tjänsterna kan antingen vara interna, alltså enheter inom kommunens egen organisation, eller externa, till exempel bolag som ingår i kommunkoncernen, samkommuner, andra kommuner, den tredje sektorn eller privata företag.

Inom Raseborgs kommun, exempelvis, producerar grundtrygghetsproduktionen (enheten) social- och hälsovårdstjänster enligt grundtrygghetsnämndens beställning. (Johansson, 2010)

I K5:s modell, utgående från grundavtalet, sker utförandet av servicen som samkommunens egen produktion, i medlemskommunernas regi eller genom upphandling från tredje part.

5.4.2 *Tillämpningen av beställar-utförarmodellen* ¹¹

Professor Jari Stenvall konstaterade vid sin föreläsning att beställar-utförarmodellen har tillämpats på många olika sätt i Finland. Fokus på tillämpningarna i Finland har varit på hur avtalsenligheten (kontrakten) har förverkligats. Ännu viktigare skulle det vara att klarlägga vilka målsättningar staden, kommunen eller samarbetsområdet strävar efter att nå med modellen.

En ofta förekommande motivering till användandet av beställar-utförarmodellen är ökad transparens i verksamheten. Med transparens avses öppenhet i verksamheten gällande kostnader, resultat och produkter. Samkommunen kan välja "dyra" lösningar men det viktiga är att veta vad det är som kostar.

¹¹ Kapitlet baserar sig på Annette Tallbergs anteckningar från seminariet 10.6.2010. Ingår i Tallberg, A. Varför beställar-utförarmodellen? – organiseringen av social- och hälsovårds inom samkommunen K5 ur ett institutionellt perspektiv. Opublicerat manuskript till avhandling pro gradu, 2010

Partnerskap innebär att man inte särskiljer beställar- och produktionsrollerna helt från varandra utan parterna utvecklar verksamheten tillsammans. Med kostnadseffektivitet strävar man efter att skapa samarbetslösningar baserat på ekonomiska faktorer och utvecklingen av modellen sker ur ett ekonomiskt perspektiv. Eero Vaissi noterar att det ofta är oklart vem som har ansvaret för produktionens effektivitet, som dessutom är svårt att mäta inom social- och hälsovårdssektorn (Vaissi, 2010).

Beställar-utförarmodellen skapar också möjligheter för flera serviceproducenter att agera och ger därmed beställaren en möjlighet att diversifiera produktionen av offentligt finansierad service genom anlitan av föreningar och företag. I och med att beställaren kan beställa service dels av egna producenter, dels av privata bör man också ta ställning till om kraven på verksamheten är de samma för utomstående serviceproducenter som för egna. Stenvall betonar att det är viktigt att målsättningarna är tydligt formulerade, för annars blir implementeringen av modellen svår. Målsättningarna bör utformas med hänsyn till samarbetsområdets unika egenskaper men ändå göras så enkel som möjligt. (Stenvall, 2010)

Beställar-utförarmodellen bygger på att beställaren och producenten gör upp avtal sinsemellan. Avtalen uppstår genom förhandlingar om innehållet. Styrningen genom avtal är central, men innehållen i avtalen kan variera mycket. Stenvall påpekar att det är svårt att redan från början skriva ett avtal som fungerar till alla delar, utan avtalet utvecklas hela tiden. Problemet brukar vara att avtalen blir för allmänna. Modellen kräver produktifiering av servicen för att avtalen skall bli så tydliga som möjligt och beställningen konkret (Stenvall, 2010, Vaissi, 2010).

Uppgiftsfördelningen mellan parterna kan ibland vara otydlig och borde ständigt ses över. Att utveckla själva verksamheten och därmed servicen är det centrala. I värsta fall sköts inte utvecklingsarbetet om man inte har en klar fördelning om vem som ansvarar för det, beställaren eller producenten?

Det kan också hända att producenterna fortsätter enligt gammal vana med uppgifter som enligt den nya modellen egentligen skulle höra till beställaren till exempel statistikföring och uppbärning av avgifter. Det finns en slags spänning mellan rollerna- å ena sidan kan producenten upplevas vara för

självständig då den förverkligar produktionen på eget sätt, å andra sidan kan beställaren blanda sig i för mycket i producentens verksamhet. Denna spänning kan bero på att beställaren vill veta så mycket som möjligt om verksamheten för att kunna försvara sig ifall kritik framförs offentligt.

Stenvall konstaterar att modellen förutsätter att all verksamhet i princip sköts genom avtalsstyrning, även då man gjort en felbedömning av servicebehovet och behovet därmed överstiger beställningen. Utifrån beställarutförarmodellen borde beställaren i sådana fall definiera det överstigande behovet och göra en beställning till producenten istället för att till exempel genom tilläggsbudget åtgärda behovet. Vaissi påpekar att producenten, enligt modellen, inte kan producera tjänster utan en beställning. Aktörerna kan också försöka optimera sin egen verksamhet till exempel i den förhandlingssituation som uppstår mellan beställaren och producenten.

5.4.3 *Utmaningar för nya samarbetsområden*¹²

Stenvall, som forskat i modellen, konstaterar (föreläsning 10.6.2010) att kommunerna tvingats att företa betydande strukturförändringar i och med KSSR -processen. I många kommuner upplevs det som om man har påtvingats en modell. Starten för en ny organisation kan således ha varit svår men det är trots det inte omöjligt att få modellen att fungera, poängterar Stenvall. Däremot har en del samkommuner gjort det förvaltningsmässigt svårt att fungera.

Eftersom organisatoriska förändringarna förutsätter ändring av beteendemönster ända ner på gräsrotsnivå är det viktigt att samarbetsmodellen är tydlig. En oklar huvudstruktur kan förorsaka osäkerhet bland dem som arbetar inom organisationen och osäkerhet leder lätt till motstånd.

Enligt Stenvall har speciellt begreppet anordnaransvar väckt diskussion i samband med KSSR -processen. Det finns många tolkningar om vad

¹² Kapitlet baserar sig på Annette Tallbergs anteckningar från seminariet 10.6.2010. Ingår i Tallberg, A. Varför beställar-utförarmodellen? – organiseringen av social- och hälsovårds inom samkommunen K5 ur ett institutionellt perspektiv. Opublicerat manuskript till avhandling pro gradu, 2010

anordnaransvar innebär, i dess enklaste form innebär det att den som har anordnaransvar, det vill säga beställaren, måste garantera att det finns service för kommuninvånarna på området. Det är även på beställarens ansvar att se till att kommuninvånarna inom samarbetsområdet har rätt till lika service, oberoende av hemkommun. Detta förutsätter att beställaren har bra kunskap om utbudet av service i kommunerna och har information om invånarnas servicebehov.

En annan utmaning är även att utvecklingen inom social- och hälsovårdssektorn är öppen och att de samarbetsområden som skapas under KSSR -processen därmed borde vara så flexibla att de kan svara på ytterligare förändringar inom social- och hälsovårdssektorn. Det råder också oenighet om huruvida alla social- och hälsovårdstjänster bör överföras till samarbetsområdets ansvar, eller om en del kunde förbli i kommunernas regi.

Samarbetsområdets funktionalitet kan påverkas av misstro mellan medlemskommunerna, yrkesgrupperna samt ledningsgrupperna i de olika kommunerna. Detta i sin tur kan resultera i komplicerade och svårföljda samarbetsmodeller som i längden blir kostsamma för kommunerna. Ett lyckat samarbete förutsätter att medlemskommunerna är beredda att acceptera också sådana lösningar som inte nödvändigtvis är de bästa för den enskilda kommunen, men som främjar samarbetsområdet i sin helhet. Eftersom samarbetsområden består av flera parter krävs stor tillit mellan parterna för att synergieffekter skall uppstå. (Stenvall, föreläsning 10.6.2010). Beställaren måste kunna se opartiskt på helheten och göra beställningen efter det verkliga behovet (Vaissi, 2010).

Det politiska beslutsfattandet ändras då samarbetsområden skapas. Det innebär både förändringar i logiken hur beslutsfattandet fungerar och politikerrollen. Beslutsfattandet baseras mer än tidigare på förhandlingar och det är inte självklart att de förtroendevalda har lika stora möjligheter att påverka samkommunens verksamhet som inom den egna kommunen. (Stenvall, 2010). Det asymmetriska informationsflödet kan också försvåra tilliten mellan parterna, då beställaren inte känner till vad utföraren gör (Vaissi, 2010).

Implementeringen av en ny modell innebär en förändring från den tidigare organisationsstrukturen och därför bör speciell uppmärksamhet fästas vid ledarskapets förmåga att leda förändringar samt vid personalens upplevelser och önskemål. Att genomföra organisationsförändringar tar vanligtvis 3-5 år och skapandet av ett samarbetsområde är inget undantag. Trots att kommunerna långt har liknande uppgifter kan verksamhetskulturerna (till exempel besluts- och ledarskapsrutiner) skilja sig avsevärt.

Det krävs mycket energi av ledarskapets för att dels få till stånd en förändring och sedan kunna leda förändringen i organisationen. Det är svårt att skapa engagemang på gräsrotsnivå och risken är att förändringen endast genomförs på administrativ nivå. Personalen måste inkluderas i förändringsprocessen för att organisationen som helhet skall kunna dra nytta av den. Att förändra organisationens verksamhetskultur är därmed en lång process. (Stenvall, 2010)

5.4.4 *Framgångsfaktorer vid tillämpning av beställar-utförarmodellen*

Utgående från resonemangen ovan sammanfattas här i punktform de viktigaste framgångsfaktorerna för att ibruktagandet av BU modellen ska fungera:

- modellen måste vara klar
- målsättningarna med modellen måste vara tydliga
- vilka tjänster måste/ska erbjudas?
- förtroende mellan parterna
- nya roller, arbetsfördelning
- beställarens kunskap/kompetens
- beställaren måste ha tillräckligt med resurser och verktyg; beställningstabell, produktbeskrivning, kvalitetsdefinitioner
- produktifiering
- att kunna analysera helheter av servicen så att man hittar "avvikelser", där pengar läcker (Vaissi)
- tydliga avtal/kontrakt utan tolkningsmöjligheter
- avtal gällande större helheter

- utförarsidan ska vara mångsidig (Vaissi)
- ledarskap och linjedragningar. Ledningssystemet måste stödja BU modellen
- stegvis införande
- tid.

6

K5-processen fortsätter – regional service utvecklas

Under år 2011 kommer tyngdpunkten inom samkommunen att ligga på utvecklingen av regional service samt utveckling av organisationen. K5 vill nu satsa på skapandet av gemensam regional specialservice (Budget 2011). Regionalservice inom K5 är specialservice som produceras på kommunnivå och som finns tillgänglig för hela områdets befolkning. Samkommunens satsningar på regional service under de närmaste åren har presenterats i korthet i Närpes Info hösten 2010. (Pirttipä, 2010)

Under år 2011 inrättas flera nya befattningar inom servicen: Svenskspråkig talterapeut (fr.o.m 1.2.2011), två koordinatörer för missbrukarvården och en ambulering palliativ sjukskötare i samarbete med Österbottens Cancerförening. År 2012 planerar man att inrätta fyra nya regionala befattningar: en ergoterapeut, en näringsterapeut, en invandrarkoordinator och en minnesskötare. Därtill planerar man att överföra från Kristinestad en tjänst för minnesskötare sålunda skulle det finnas två regionala minnesskötare.

Samkommunen planerar även att ordna en del service som regional service för områdets hela befolkning: Malax-Korsnäs hälsovårdscentral kommer att ansvara för skopi -verksamheten såsom gastroskopi och colonoskopi och Bottenhavets sjukhem i Kristinestad ansvarar för geriatri. Enligt Mentalvårdsstrategin kommer K5 att grunda ett Center för psykosocial service i Närpes. Samkommunen har reserverat resurser (en halvtidsbefattning) för implementering av mentalvårdsstrategin för tiden 1.1. – 31.5.2011.

Grundandet av ett Center för psykosocial service som ingår i Mentalvårdsstrategin skulle bland annat innebära en överföring av specialsjukvårdens tjänster till samkommunen. Samkommunen har även andra motsvarande planer. År 2012 planeras för inrättande av fyra

specialistläkartjänster: en specialist inom inre medicin, en geriatriker, en röntgenläkare och en psykiater. Dessa tjänster motiveras med att specialistsjukvården på detta sätt kommer närmare befolkningen och att man kan minska på kostnader på lång sikt. (Pirttipерä, 2010)

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

6.1 Beställarorganisationen förstärks

Skapandet och utvecklandet av den regionala servicen har sålunda tagit många steg framåt. Har utvecklandet av beställarkunskapen och -organisationen framskridit i samma takt? Information om beställar-utförar-modellen gavs under år 2010 på två seminarier. Båda dagarna var välbesökta. I november 2010 tillsatte samkommunstyrelsen en beställar-utförararbetsgrupp för att påskynda i bruktagandet av modellen.

Bland de arbetsgrupper som samkommunen har tillsatt, har det även funnits en prissättningsgrupp, men dess arbete har stannat upp. Prissättningen har visat sig vara en svår uppgift även om man för uppdraget inhandlat konsultation av Audiator. Beställarorganisationen förstärks från och med mars 2011 då en ekonomiplanerare anställs.

En viktig resurs inom en beställarorganisation är expertis inom konkurrenssättning och ekonomi. Genom konkurrenssättning kan kommunerna få ekonomisk nytta. Vikten av att ha en ansvarsperson för upphandling togs upp redan av de allra första arbetsgrupperna för social- och primärhälsovård. Har man inom K5 satsat tillräckligt på detta kunnande?

Beställarorganisationens resurser ökar ytterligare genom att den ledande läkares arbetsinsatser har höjts till 50 procent, en chef för vårdarbete och omsorg (inklusive arbetet som ledande socialdirektör) börjar fr.o.m. mars 2011. Därtill har man inrättat tjänsten som ledande tandläkare, men den tillsätts tidigast 2012. (Budget 2011)

6.2 Projektresurser

Service för äldre samt för barn- och familjer utvecklas inom ramen för två Kaste -projekt. Även utvecklandet av mentalvårds- och rusmedelstjänster, Välttjäta-projektet, finansieras från Kaste -programmet. Dessa tre projekt, som skulle sluta i oktober 2011, har fått tilläggsfinansiering från Kaste -programmet och kan pågå till år 2013.

Samkommunen har i slutet av år 2010 lämnat in en ansökan om finansiering av tre nya projekt. Samkommunen har anhållit och fått finansiering för tre år från inrikesministeriets projekt "Delaktig i Finland". Projektets syfte är att utveckla en modell för integrering av invandrare inom K5-området. Projektet förverkligas i enlighet med de förslag som inrikesministeriet har initierat i kombination med de samlade erfarenheter som kommunerna har fått under de drygt 20 år som man bedrivit integrationsarbete för kvotflyktingar, arbetsinvandrare, ingifta utlänningar och på senare tid också asylsökande. Målet är att utveckla en väg för invandrare som snabbt vill in på arbetsmarknad och en väg för invandrare som behöver särskilt stöd. Kommunerna har enligt planen erfarenheter av flyktingmottagning. Det som saknas är en enhetlig modell för organiseringen av service till målgrupperna, samt ett flexibelt, nivåanpassat och modernt undervisningssätt, vilket enligt planen hör till projektets huvuduppgifter. (Delaktig -projektplan 8.11.2010)

Samkommunen har beslutat att gå med i en Kaste -finansierad ansökan för att utveckla socialt arbete i Mellan Finland (Samkommunstyrelsen, protokoll 24.11.2010). Projektet har namnet "Från utslagen till delaktig med socialarbetets metoder" (Syrjäytyneestä osalliseksi sosiaalityön keinoin, S.O.S. -hanke). Finansiering har beviljats för tiden 1.11.2011- 31.10.2013.

Ur samkommunstyrelsens protokoll (24.11.2010) kan vi läsa att det under ledning av Kristinestad har uppgjorts långtgående planer för att få TEKES -projektfinansiering för ett tvåårigt serviceprojekt för äldre, i vilket kommunernas vård- och omsorgsenheter, K5, Bottenhavets sjukhem, utbildningsorganisationer i branschen samt Vasa sjukvårdsdistrikt deltar.

7

Sammanfattning och diskussion

Kommun- och servicestrukturreformen och K5

Kommunerna är under ett förändringstryck. Staten styr aktivt kommunerna till större kommunhelheter eller till större gemensamma servicestrukturer. Detta sker genom lagen om KSSR. Det innehållsmässiga utvecklandet av social- och hälsovårdens service styrs med informations- och resursstyrning via det nationella Kaste –programmet och dithörande projektfinansiering.

I hela landet kommer social- och hälsovårdsservicen i framtiden att ordnas i allt större helheter. I Arttu –projektets undersökning om kommun- och servicestrukturreformens första skeden i de svensk- och tvåspråkiga kommunerna framgår att kommun- och servicestrukturreformen har inneburit omfattande förändringar av social- och hälsovårdens strukturer. Samarbetsområdena som berör över 200 kommuner i Finland har blivit färre och större. Den tidigare dominerande samkommunformen har kompletterats av värdkommunmodeller och nya sätt att organisera beställar- och producentfunktioner har tagits i bruk. Värdkommuner är till exempel Korsholm (avtalskommuner Oravais, Vörå-Maxmo ¹³), Vasa (Laihia, Lillkyrö) och Jakobstad (Pedersöre, Larsmo, Nykarleby). I de svensk- och tvåspråkiga områdena kvarstår endast två samkommuner för primärhälsovård och därtill anknutna tjänster år 2010: Kust-Österbottens samkommun (K5) och Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä. (Berg, m. fl. 2010)

Kommunerna Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad beslöt i överensstämmelse med lagen om kommun- och servicestrukturreformen att bilda ett gemensamt samarbetsområde år 2007. Samarbetsområdet blev genom ett grundavtal Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård år 2008. Enligt grundavtalet fungerar samkommunen som beställare medan verksamheten kan ordnas som samkommunens egen

¹³ Från och med 1.1.2011 Vörå

produktion, i medlemskommunernas regi eller genom upphandling från tredje part. Samkommunen har en befolkning på ca 26000 invånare och uppfyller sålunda lagens villkor på minst 20 000 invånare. Beslutet om samarbetsområdet vara inte enhälligt i kommunerna utan särskilt i Kristinestad och i Malax gick åsikterna isär.

K5 -kommunernas mål med bildandet av samkommunen var att uppfylla ramlagens villkor. I budget 2010 och ekonomiplan 2011-2012 för K5 (godkänd av samkommunfullmäktige 26.10.2009) vill beredarna av dokumentet dock öppna för en strategisk diskussion om samkommunens framtid. I dokumentet ställs en viktig fråga: "Vad vill vi med samkommunen?". Finns det nu vårvintern 2011, då K5 fungerat i drygt två år, ett politiskt understöd för utvecklandet av samkommunen och dess service? Har de företroendevalda en gemensam vision om servicen inom social- och primärhälsovård inom K5? Dessa frågor blir till stora delar obesvarade och vi har sålunda skäl att återkomma till dem senare i projektets andra rapport.

Utvärderingsprojektet strävar i denna rapport efter att beskriva olika aktiviteter inom samkommunen för att ge en bild av det utvecklingsarbete som utförs inom social- och hälsovård. I detta sammanhang är det också viktigt att beskriva mål och de resurser med vilka utvecklingsarbetet genomförs. Vi kan konstatera att många parallella processer pågår. Det är därför på sin plats att fråga om dessa processer går mot samma mål? Är målen gemensamma och ställda av samkommunen?

Mål och utveckling

Förändringsprocessens första steg togs år 2007 och man tillsatte bland annat arbetsgrupper. Arbetsgrupperna för socialvård och för primärhälsovård hade till uppgift att komma med förslag hur service skulle organiseras mellan kommuner och samkommunen samt med förslag på service som skulle upphandlas av tredje part. Arbetsgrupperna levererade sina förslag på våren 2008. Huvudlinjerna i förslaget var att majoriteten av service skulle ordnas av kommunerna som närservice, men att en del service kunde köpas av tredje part och en del specialservice kunde ordnas gemensamt av

samkommunen. Service som föreslogs att samkommunen skulle ordna var särskilt specialservice som inte fanns att tillgå i alla kommuner, till exempel talterapi, ergoterapi, näringssterapi, missbrukarkoordinator och psykosocialservice. Förslagen börjar nu förverkligas: Inrättandet av nya befattningar finns med i samkommunens verksamhetsplaner för år 2011 och år 2012.

Samkommunens uppgift är enligt det första strategidokumentet för åren 2009-2011 att garantera invånare lagstadgade tjänster och att garantera invånarnas grundtrygghet. Samkommunen ansvarar för att verksamheten inom social- och hälsovårdsservicen bedrivs rationellt och effektivt. Centrala områden man vill utveckla är förebyggande av folksjukdomar, åldringsvårdens mångfacetterade problem och utvecklandet av psykosocialservice samt planering av specialservice på grundnivå. Behovet att utveckla missbrukarvården och särskilt mentalvården lyfts upp liksom att utarbeta en gemensam regional barnskyddsplan.

Målformuleringarna i dokumentet är på en allmän nivå och en vision om hur servicestrukturen i sin helhet skall se ut i framtiden saknas. Detta kan vara en av orsakerna till att målen för K5 blivit oklara för många, vilket har kommit fram på olika seminarier, på möten och i diskussioner med projektpersonal. Vid verkställandet av förändring av en verksamhet är den gemensamma viljeförklaringen och en tydlig strategi mycket viktiga verktyg (se t. ex Strandman, 2010). Bristen på en enkel och tydlig strategi kan försvåra framskridandet av utvecklingsarbetet, eftersom det är de gemensamma målen och de förväntade resultaten som sporrar till utveckling (Dewey, 2005) . Förändringsarbetet kan bli mycket svårt om de som skall leda förändringsprocesser inte känner till mål och vägen till mål, det vill säga strategin.

Service utvecklas

Hur har K5 lyckats med utveckling och omstrukturering av servicen? Bland annat fyra arbetsgrupper har jobbat med utveckling av service under åren 2009-2010: utbildningsgruppen, socialvårdgruppen, barn- och familjeservicegruppen och mentalvårdsrådet. Två servicestrategier har utarbetats

och godkänts av samkommunstyrelsen under år 2010. Mentalvårdsstrategin innehåller betydande omstruktureringar av servicen i syfte att både förbättra servicen och effektivisera den inom K5. Enligt strategin flyttas en del specialservice från sjukvårdsdistriktet till samkommunen och ett center för psykosocialservice med bland annat mobila tjänster utvecklas. Arbetet med implementeringen av strategin har kommit igång i början av år 2011.

Genom den andra strategin, "Plan för barns och ungas välmående inom K5", vill man förbättra särskilt den förebyggande servicen och fästa beslutsfattarnas uppmärksamhet på barnens rättigheter samt brister i välbefinnande. Samkommunstyrelsen har tillsatt en arbetsgrupp för att följa upp förverkligandet av de förslag som finns i planen. Arbetsgruppen har inte sammanträtt under år 2010. Planen är tillsvidare inte heller godkänd av alla kommuner.

Nya regionala befattningar inom hälsovårdsservicen har inrättats. Från och med 2011 och 2012 kommer nya ambulera tjänster till exempel inom tal-, ergo- och näringsterapi samt missbrukarvård att besättas i samkommunen. Därtill har man inom primärvården kommit igång med en arbetsfördelning mellan kommunerna genom att man planerar att koncentrera en del av servicen till vissa hälsocentraler. Läkarnas intresse för en ny ansvars- och arbetsfördelning kom bland annat fram i en kartläggning som utfördes för samkommunen hösten 2009 (Pihlajamäki & Sjöström, 2010). Ett svårlöst problem i K5 -kommunerna är bristen på läkare inom primärvården. Samkommunstyrelsen beslöt i mars 2011 att till årets slut köpa privata läkartjänster till Kristinestad och Närpes. Sedan 2010 har man köpt distansmedicinska tjänster till åldringsvården. Dessa lösningar ser samkommunen som tillfälliga.

Under de två första åren har service inom K5 -kommunerna utvecklats i enlighet med K5:s verksamhetsplan för 2009 -2011. I verksamhetsplanen poängterades särskilt behovet att utveckla och förstärka psykosociala tjänster. Enligt de nuvarande planerna kommer vissa omstruktureringar av servicen, särskilt inom hälsovårdsservice, att ske inom de närmaste åren. Utvecklandet av beställar-utförarmodellen och arbetet med prissättningen har framskridit långsammare. För att öka kunskanden om beställar-utförarmodellen ordnades år 2010 två seminarier och i slutet av året

tillsatte samkommunstyrelsen en arbetsgrupp för att främja ibruktagandet av modellen.

Förändring med stöd av projekt

Utvecklandet av välfärdsservicen har skett inom flera projekt. Service för äldre samt för barn- och familjer utvecklas inom ramen för två Kaste – projekt. Utvecklandet av kunnandet inom mental- och missbrukarvården sker inom Välttjäjä -projektet och äldreomsorgen utvecklas även den inom ramen för det nationella Kaste –programmet. Därtill har det till slutet av 2010 pågått ett integrationsprojekt. Projekten har främst satsat på olika fortbildningar för personalen och på att utveckla material (t.ex. handböcker) och arbetsmetoder samt i någon mån även utveckling av nya serviceformer, till exempel modell för senior-rådgivning.

Ett stort antal fortbildningar har ordnats, men många gånger har inte de nya färdigheterna och arbetsmetoderna som personalen lärt sig tagits i bruk. Det har visat sig att fortbildningar i vilka det ingår handledning ger bättre resultat.

Antalet personer (årsverken) inom projekt har åren 2009 – 2010 varit flera än personal anställda av samkommunen. Vi kan sålunda säga att samkommunen/K5 kommunerna har lyckats väl med anskaffning av utomstående (statlig) finansiering för att förstärka sitt förändringsarbete. En utmaning ur samkommunens synvinkel är att projekten inte har planerats i samverkan med samkommunens strategiska arbete. Inom projekten fokuserar åtgärderna huvudsakligen på att höja och förstärka servicens kvalitet. K5 kunde använda projektresurserna bättre genom att koppla projekten till det strukturella förändringsarbetet. Till exempel vid sidan av K5:s eget strategiska arbete har Välttjäjä –projektet utvecklat mental- och missbrukarvård. En bra kontextuell integrering ger samkommunen flera ”verktyg” och integreringen ger även den personal i kommunerna som är involverade i olika projektaktiviteter en bättre insyn i samkommunens mål. I brist på resurser från samkommunens sida har koordineringen haltat. I fortsättningen är det av största vikt att alla projekt planeras i nära samarbete med samkommunen, så att resurserna kan användas effektivare.

Diskrepansen mellan samkommunens strategiska arbete (arbetsgrupperna) och projekten är kanske störst inom yrkesmässig fortbildning. Alla projekt – även utvärderingsprojektet – ordnar sina utbildningar, men samkommunens utbildningsgrupp har ingen gemensam planering eller koordinering av utbildningar som genomförs i samkommunen. Rekryteringen av personal och personalens fortbildning hör enligt verksamhetsplanen 2009-2011 till de största utmaningarna i K5.

Ett bättre samarbete med projekten och utbildningsgruppen skulle ge möjlighet att få en helhetsbild av behovet för kompetenslyft inom de olika sektorerna. Denna helhetsbild saknas nu.

Utvecklingsarbete kräver resurser

Det är inte lätt att ändra service- och verksamhetsstrukturer. Det är fråga om ett komplicerat system där många olika aktörer såsom professionella, företroendevalda, klienter, olika organisationer och intressegrupper samt media upprätthåller systemets fortbestånd ur sin synvinkel. Olika aktörers och deras inbördes relationer strävar efter att upprätthålla det gällande systemet. Systemets varaktighet befästs även av juridiska och andra avtal. (Kivisaari & Saranummi, 2008, 280-281)

Förändringsprocessen är särskilt krävande för ledare, förmän och ansvarspersoner. Samkommunens egna personalresurser har under de två första åren varit mycket knappa. Under första verksamhetsåret hade man endast två anställda, en direktör på heltid och en utvecklingssekreterare på halvtid. Under år 2010 ökades resurserna och man anställde i stället för utvecklingssekreteraren en förvaltningssekreterare på heltid. Under år 2009 har den ledande socialdirektören och den ledande läkaren kunnat använda en ½ dag i veckan för arbete samkommunen till gagn. Under år 2010 höjdes arbetstiden till 20 % av veckoarbetstiden. En märkbar förbättring ägde rum i början av år 2011 då den ledande läkares arbetsinsatser höjdes till 50% och en chef för vårdarbete och omsorg (inklusive arbetet som ledande socialdirektör) kunde börja jobba på heltid. En ekonomiplanerare kan anställas under år 2011 och även för implementering av mentalvårdstrategin

finns resurser år 2011. Dessa resursökningar gör det möjligt för samkommunen att nå de mål som man ställt i verksamhetsplanen för år 2011.

Anställda inom social- och hälsovården har parallellt med det dagliga arbetet i kommunerna aktivt deltagit i utvecklingsarbetet i olika arbetsgrupper, seminarier och utbildningar. Personalen har visat ett starkt stöd för förnyelse och bland annat tagit fram förslag på servicemodeller som de anser vara bra. Omfattande utredningsarbete har gjorts både för Mentalvårdsstrategin och för Planen för barns och ungas välmående. Nu gäller det att säkerställa att arbetet fortsätter så att strategierna leder till handlingar och till förbättringar av servicen. Även inom äldreomsorgen har det utförts mångsidigt utvecklingsarbete. Med tanke på förändringar i åldersstrukturen och i servicebehoven skulle en strategi för äldreomsorgen inom K5 vara på sin plats.

8

Källförteckning

- Antila, P. & Tuomela-Holti, B-H. (2010a) Projektets framskridande 3/2010-11/2010. Presentationen för projektets styrgrupp 12.11.2010.
- Antila, P., Tuomela-Holti, B-H. & Esch, H. (2010b) Projektet Pohjanmaan perhe-kaste – Kaste – familjeprojektet. Närpes stads informationstidning 7.11.2010.
- Aspelin-Wikman, J. (2010) Utvecklandet av en regional barnskyddsplan. Presentation vid strategidag för K5:s arbetsgrupper 21.1. 2010.
- Backman, A. (2009) Hur skall bas- och specialservicen organiseras inom det sociala området? - En översikt av läget hösten 2009. FSKC arbetspapper 13/2009.
- Barnskyddsgruppen. Arbetsgruppen för utvecklandet av en regional barnskyddsplan (2010).
- Barnskyddslag (417/2007). <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Berg, K., Meriluoto, J., Sandberg, S., & Sjöblom, S. (2010) Försiktighet och förändring på egna villkor. Kommun- och servicestrukturereformens första skede i de svensk- och tvåspråkiga kommunerna av projektet Förvaltningslösningars språkliga konsekvenser (SpråKon) utvärderingsprogrammet Arttu: undersökningar nr. 11, Kommunförbundet.
- Chen, H.T. (2007) Program Theory: A Conceptual Framework for Evaluating Effektivens. Presentation på Stakes seminarium 16.10.2007.
- Delaktig i Finland, Projektplan 8.11.2010.
- Dewey, J. (2005) Människans natur och handlingsliv. Uddevalla 2005.
- Droglänken (2010) www.droglanken.fi / www.paihdelinkki.fi
- Frans, R. (2010) Telefonintervju med Rafael Frans, koordinator för JET-utbildningen, 23.4. 2010, Susann Sjöström.
- Förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 28.5.2009/380.
- Grundavtal för Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. I kraftträdande 1.8.2008, tillämpning fr. o m 1.1.2009.
- Horelli, L. (2007) Osallistuva ja osallistava arviointi. Presentation på Sosiaali- ja terveystieteiden arviointifoorumi, Terveystieteiden edistämisen keskus, Helsinki, 14.11.2007.
- Håkans, F. (2010) Rådgivningsverksamheten inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Praktikrapport Åbo Akademi. Tillgänglig: <http://www.kfem.fi>
- Hälso- och sjukvårdslag 2010/1326 § 5.
- Information på kommunförbundets webbplats, www.kommunnerna.net
- Information på K5s webbplats, www.kfem.fi, hämtad 12.11.2010.
- Instruktioner för mentalvårdsrådet (2009) Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Tillgänglig: <http://www.kfem.fi>
- Ismark, A. (2010) K5 – Ett år av verksamhet. Korsnäs Nytt 2/2010 (26.3.2010).
- Johansson, M. (2010) Raseborgs erfarenheter av beställar-utförarmodellen. Presentation vid Beställar-utförarmodellen - seminarium 10.6.2010, Vasa, Academill. Tillgänglig: www.kfem.fi

Kaste –lausunto (2010) Kaste-ohjelman alueellisten johtoryhmien lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle Kaste II-ohjelman valmistelussa huomioitavaksi 25.10.2010.

Kaste – programmet, Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig: <http://www.stm.fi/sv/>

Kettunen, P. (2010) Föredrag vid seminariet Sosiaalipalvelujen suunta palvelurakennuudistuksessa THL, Jyväskylä 11.3.2010.

Kivisaari, S. ja Saranummi, N. (2008) Vuorovaikutteisuus ja systeemiset innovaatiot terveydenhuollossa. Ingår i Saari, J. (toim) Sosiaaliset innovaatiot ja hyvinvointivaltion muutos. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki, 2008.

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsövård. (2009) Budget och verksamhetsplan 2010.

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsövård. Budget 2011 och ekonomiplan 2012-2013.

Lag 169/2007, Lag om kommun om servicestrukturreform, ramlagen 2007

Malax kommunstyrelse, protokoll 10.6.2008.

Malmsten, J. (2008) Presentation på arbetsmöte vid Academill 16.4.2008.

Malmsten, J. (2008a) Mellanrapport över arbetsgruppernas arbete, hösten 2007- våren 2008. Sammanställt 8.5.2008.

Malmsten, J. (2008b) Mellanrapport över arbetsgruppernas arbete september-november 2008, 20.11.2008.

Mentalvårdsstrategi 2010-2015. Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsövård. Tillgänglig: www.kfem.fi

Mentalvårdsrådet protokoll 11.12.2009 och 7.1. 2010.

Mentalvårdsrådet protokoll 7.4. 2010.

Nyman, I. (2010) Senior-rådgivning i K5 under planering. Närpes stads informationstidning 7.11.2010.

Nyman, I. (2011) Intervju med projektkoordinator Isabella Nyman 7.3. 2011 utförd av Susann Sjöström.

Pihlajamäki, E. & Henriksson, P. (2004) Åboland – Turunmaa. Ingår i VEP, Sosiaalihuollon verkostoituvat erityispalvelut. Selvityksistä suunnitelmiin Varsinais-Suomessa (2004) Merja Anis, Juha Klemelä, Pirkko Pakkala ja Päivi Pihlaja (toim.). Länsi-Suomen lääninhallituksen Julkaisuja 3/2004

Pihlajamäki, E. & Sjöström, S. (2010) Kartläggning av läkarnas och tandläkarnas åsikter om sin arbetssituation och organisering av arbetet inom Kust-Österbottens samkommun hösten 2009. FSKC Rapporter 1/2010.

Pihlajamäki, E., Sjöström, S., Smirnoff, A. & Tallberg, A., Ollus, P. Anteckningar (opublicerade), beställar-utförarseminariet 10.6. 2010, Academill.

Pirttipärä, J. (2010) Vad är K5? Närpes stads informationstidning, 7.11.2010.

Plan för barns och ungas välmående inom K5 (2010). Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsövård. Opublicerad rapport.

Pohjanmaan perhekaste – Kaste familje-projektet i Österbotten. Tidigt ansvarstagande/tidigt ingripande i den service som riktar sig till barn och barnfamiljer. Broschyr 2010.

Projektintervju med Integrationsprojektet (M. Högstrand) 16.4.2010. Opublicerade anteckningar av Eini Pihlajamäki.

Projektintervju med FamiljeKaste (P. Antila, J. Aspelin, B-H.Tuomela-Holti) 14.4.2010. Opublicerade anteckningar av Eini Pihlajamäki.

- Projektintervju med Vältittäjä-projektet (2010a) (B-M Lindqvist) 16.4.2010. Opublicerade anteckningar av Susann Sjöström.
- Projektintervju med Vältittäjä-projektet (2010b) (B-M Lindqvist) 11.10.2010. Opublicerade anteckningar av Susann Sjöström.
- Projektintervju med Vältittäjä-projektet (2011) (B-M Lindqvist) 8.2.2011. Opublicerade anteckningar av Susann Sjöström.
- Projektintervju med Äldre-Kaste (I. Nyman, A-S. Smeds-Nylund) 14.4.2010. Opublicerade anteckningar av Eini Pihlajamäki.
- Projektplan (2008) Gemensam social- och hälsovårdsservice – samarbete, samverkan, framgång? – Utvärdering av en process. (1.1.2009-30.6.2011)
- Redogörelse om KSSR 12.11.2009, finansministeriet, <http://www.vm.fi>, hämtad 11.3.2011.
- Sjöberg, E. (2010) Arbetsgruppen för utbildning. Presentation vid strategidag för K5:s arbetsgrupper: Samkommunen Kust-Österbotten år 2013, Närpes vuxeninstitut, Yttermark 21.1. 2010.
- Sjöström, S. (2010) Anteckningar från strategidag för K5:s arbetsgrupper "Samkommunen Kust-Österbotten år 2013" Närpes vuxeninstitut, Yttermark 21.1. 2010.
- Sjöström, S. & Ollus, P. (2010) Sammandrag: Beställar-utförarmodellen Seminarium 10.6.2010 i Vasa, Academill.
- Socialvårdslag 1982/2005/710, § 53.
- Statistikcentralen, <http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/tau.html>, hämtad 31.3.2011
- Stenvall, J. (2010) Tilaaja-tuottajamallin kipupisteet - neljän mallin esittely. (Beställar – utförarmodellens smärtpunkter; presentation av fyra modeller.) Presentation vid Beställar-utförarmodellen - seminarium 10.6.2010, Vasa, Academill. Tillgänglig: www.kfem.fi
- Strandman, K. (2010) I samma båt. Föreläsningar vid utvecklingsdagar för ledare och förmän inom K5, Närpes vuxeninstitut, 14-16.9.2010. Tillgänglig: www.kfem.fi
- Strandman, K. (2010) Förändringsprocesser i samkommunen. Föreläsning vid strategidag för K5:s arbetsgrupper: Samkommunen Kust-Österbotten år 2013, Närpes vuxeninstitut, Yttermark 21.1. 2010.
- Samkommunen K5: samkommunens protokoll tillgängliga på www.kfem.fi
- Samkommunstyrelsen protokoll 27.3. 2009.
- Samkommunstyrelsen protokoll 29.4. 2009.
- Samkommunstyrelsen protokoll 15.9. 2010.
- Samkommunstyrelsen protokoll 24.11.2010.
- Socialvårdgruppen protokoll 1.6. 2010.
- Söderlund, G. (2007) Projektet Fyrklövern – Neliapila hanke. Närpes, Kristinestad, Bötom, Kaskö och Bottenhavets sjukhem. Slutrapport.
- THL (2008) Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbetet - gemensamma riktlinjer för utveckling av arbetet för psykisk hälsa och missbruksarbetet fram till år 2015.
- Utbildningsgruppen (2010a). Arbetsgruppen för planering av utbildning protokoll 5.5.2010.
- Utbildningsgruppen (2010b). Arbetsgruppen för planering av utbildning protokoll 15.9.2010.
- Utgångspunkter för utvecklingsprocessen inom Kust-österbottens samkommun och centrala strategier i verksamhetsplanen (2009-2011), november 2008.
- Vaissi, E. (2010) Tilaaja-tuottajamalli tarvitsee läpinäkyvyyttä ja ohjausta - Case Maisema-malli. (Beställar-utförarmodellen behöver tydlighet och styrning- Case Maisema-modellen).

Presentation vid Beställar-utförarmodellen - seminarium 10.6.2010, Vasa, Academill.
Tillgänglig: www.kfem.fi

Wadén, P. (2009) Redogörelse för socialväsendet i samarbetsområdet, Kust-Österbottens revisionsnämnd 12.11. 2009.

Weiss. C.H. (1998) Evaluation. Methods for studying programs and policies. Upper Saddle River, N.J : Prentice Hall, cop. 1998.

Välittäjä projektplan (2009). Tillgänglig : <http://www.valittajahanke.fi/>

Välittäjä- projektet (2010) Referensgruppens möte, protokoll 9.9.2010

ZEF-resultat Välittäjä K5, 2010. Tillgänglig på: <http://www.valittaja.fi>

ÄldreKaste, arbetsgruppen för K5, 27.1.2011. Hämtad 9.1.2011 <http://www.korsholm.fi/sv/Utvecklingsgrupp>

ÄldreKaste, arbetsgruppen för K5, PM från 27.1-13.12.2010. Hämtad 9.1.2011 <http://www.korsholm.fi/sv/Utvecklingsgrupp>

ÄldreKaste projektplan för K5, 2008 . Tillgänglig: <http://www.korsholm.fi/sv>

Österbottenprojektet (2004). Tillgänglig: <http://www.pohjanmaahanke.fi/>

Bilaga 1

Arbetsgrupper inom K5

De tre första arbetsgrupperna hösten 2007 – våren 2008:

Arbetsgruppen för primärhälsovården

Ordförande Björn Forsén
Viceordf. Raimo Iso-Aho
Anna-Greta Olsio-Tuisku
Juhani Holm
Jaana Tuokkola
Britta Vikberg
Ann-Mari Teerimäki
Patrick Ragnäs
Björn-Olof Heikkilä
Benita Vestergren

Arbetsgruppen för socialvården

Ordförande Yvonne Lindén
Viceordf. Carina Mattans
Pirjo Wadén
Runa Harju
Seija Miettinen
Kerstin Sjöstrand
Riitta Palmberg
Elisabeth Sjöberg
Yvonne Holming
Monika Björk

Arbetsgruppen för administration och ekonomi

Ordförande Dan-Anders Sjöqvist
Viceordf. Caroline Westerdahl
Keijo Hautala
Jyrki Jussila
Hannu Louhi
Anna-Lena Kronqvist
Kent-Ole Qvisén
Roy Wilson
Mats Brandt
Birgitta Majors

Koordinator Harry Bondas
Sekreterare Jenny Malmsten

Grupper 2009 – 2010

Styrgruppen för Utvärderingsprojektet

Pirjo Wadén, ordförande (äldreomsorgschef, Närpes)
Ralf Häggqvist (ansvarig psykolog, Närpes)

Yvonne Lindén (familjeomsorgschef, Närpes)
Birgitta Majors (förvaltningschef, Malax-Korsnäs HVC)
Mikael Nygård (lektor ÅA)
Petra Ollus (förvaltningssekreterare K5)
Riitta Palmberg (förman inom äldreomsorgen, Kristinestad)
Tony Pellfolk (forskningsledare, Novia)
Eini Pihlajamäki (projektledare, Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området)
Jarkko Pirttipperä (direktör, K5)
Peter Riddar (ledande läkare Kust-Österbottens samkommun, ledande överläkare i Kristinestad), Kerstin Sjöstrand (äldreomsorgsledare, Korsnäs)
Berit Varho (socialdirektör, Kaskö)
Susann Sjöström (projektutvecklare CLL/ ÅA)

Arbetsgruppen för socialvård

Pirjo Wadén ordf.
Berit Varho, Kaskö
Linda Staffans fram till 06/2010 Johanna Björkman från 06/2010
Yvonne Holming, Malax
Viola Broo-Rönnlund, Kristinestad
Yvonne Linden, Närpes
Petra Ollus sekreterare fr.o.m. 01/2010
Äldreomsorgscheferna inkallade vid behov

Arbetsgrupp för planering av utbildning

Pirjo Wadén, K5 ordf. från hösten 2010 -
Elisabeth Sjöberg Kristinestad, ordf. fram till 05/2010
Kirsi Widberg, Kristinestad från och med hösten 2010
Pirjo Tåg, Kristinestad fram till våren 2010
Seija Miettinen, Kaskö
Birgitta Udd, Närpes
Yvonne Lindén, Närpes
Barbro Sjöholm, Närpes
Ingegärd Till-Norrdahl, Korsnäs
Yvonne Holming, Malax
Monica Björk, Malax
Rita Udd, Malax-Korsnäs HVC
Benita Vestergren, Malax-Korsnäs HVC
Nancy Holmqvist, Malax-Korsnäs HVC

Arbetsgrupp för utarbetande av en regional barnskyddsplan:

Yvonne Lindén, ordförande, familjeomsorgschef, Närpes
Johanna Aspelin-Wikman, sekreterare, projektkoordinator K5
Agneta Martin, bildningsdirektör, Malax-Korsnäs
Anders Hendricksson, fritidssekreterare, Malax
Berit Varho, socialdirektör, Kaskö
Birgitta Blomqvist, barnsomsorgsledare, Korsnäs
Edd Grahn, teknisk direktör, Närpes
Helena Lundman-Evars, psykolog, Kristinestad
Tuula Sandberg, hälsovårdare inom barnrådgivningen, Kristinestad

Mentalvårdsrådet Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård (ersättarna inom parentes)

Ralf Häggqvist, ansvarig psykolog, Närpes, ordf. (Carina Engström)

Stina Lähtenmäki, läkare, Kaskö, (Berit Varho)
Eva-Stina Häggdahl, psykolog, Malax, (Mia Böling)
Mats Bergvik, skolkurator, Malax, (Monika Björk)
Birgitta Eklund, avdelningsskötare, psykiatriska polikliniken, Närpes och Kristinestad, (Birgitta Udd)
Helena Lundman-Evars, psykolog, Kristinestad, (Pirjo Tåg)
Johanna Björkman, socialchef, Korsnäs, (Carina Westberg)
Gun-Kristin Nordström (Hans Ingvesgård)

Kallade till mentalvårdsrådets sammanträden:

Jarkko Pirttipерä
Peter Riddar
Pirjo Wadén
Eini Pihlajamäki
Susann Sjöström
Tiia Järvinen
Britt-Marie Lindqvist (Projektet Välttjaja 2009)

Sakkunniga som mentalvårdsrådet konsulterat:

Veijo Nevalainen, överläkare, Institutet för hälsa och välfärd
Vasa sjukvårdsdistrikt Tuula Rönkkö-Kuivalainen (ledande överläkare)
Birgitta Ivars (avdelningsskötare), samt Hilikka-Maija Kolehmainen
Anhörigas stöd för mentalvården i Vasanejden rf Marja-Leena Nordman,
Susanne Westerlund,
Svalan Päivi Isuls, ordf. för Svalan r.f., och verksamhetsledare för Job-Center
Hanna Södergrann, diakonissa och ansvarig för mentalvårdsfrågor, Kaskö församling.
Tore Lund och Lilian Antfolk från Pixnekliniken.
Organisationer som arbetar med mentalvårdsarbete inom området, församlingar, anhöriga och användare av mentalvårdstjänster samt representanter från Pixne-kliniken
Representanter från K5-kommunerna som arbetar med mentalvård

Välttjaja -projektet

Medlemmar i referensgruppen gemensam för K5 och K2 (K3):

Maria Hammar
Maria Lindell
Britt-Marie Lindqvist
Päivi Somero
Ann-Britt Björkström
Gunnevi Vesimäk
Gunilla Jusslin
Jean Sandvik
Christer Rönnlund
Yvonne Holming
Benita Vestergren
Eva-Stina Häggdahl
Jarkko Pirttipерä
Håkan Söderman
Birgitta Udd
Pirjo Tåg
Stina Lähtenmäki
Alice Backström

Esko Kuoppala
Inger Bjon
Pirjo Wadén

Arbetsgrupper 2011 - 2012

Arbetsgruppen (arbetsutskott) för samordning med medlemskommuner

Anita Ismark, Korsnäs
Hans-Erik Lindqvist, Närpes
Mats Brandt, Malax
Marlene Svens, Kaskö
Riitta El-Nemr, Kristinestad
Jarkko Pirttipärä, K5
Peter Riddar, K5
Pirjo Wadén, K5
Petra Ollus, K5 sekr.

Arbetsgruppen för primärhälsovård

Peter Riddar, K5, ordf.
Tom Lövdahl, Närpes
Stina Lähteenmäki, Kaskö
Raimo Isoaho, Malax
Jarkko Pirttipärä, K5 sekr.

Arbetsgruppen för socialvård

Pirjo Wadén, K5, ordf
Berit Varho, Kaskö
Yvonne Lindén, Närpes
Yvonne Holming, Malax
Johanna Björkman, Korsnäs
Viola Broo-Rönnlund, Kristinestad
Petra Ollus, K5, sekr.

Beställar-utförar arbetsgrupp

Britta Vikberg, Korsnäs
Folke Forsberg, Malax
Gun Forsman, Närpes
Mirja Högstrand, Kaskö
Åsa Blomstedt, Kristinestad
Camilla Hamberg, Malax
Jyrki Jussila, Kaskö
Keijo Hautala, Kristinestad
Kerstin Sjöstrand, Korsnäs
Peter Andersén, Närpes
Jarkko Pirttipärä, K5
Peter Riddar, K5
Pirjo Wadén, K5
Petra Ollus, K5

Bilaga 2

Organiseringsmodell för när- och specialservice enligt kunskapskrav

<p>Specialservice</p>	<p>Specialdagvård</p> <p>Barnskydd - socialt arbete - socialhandledning - planer - öppenvårdens stödåtgärder, utkomststöd, boende, familje- arbete, stödperson/stödfamilj.</p> <p>Psykosocial service: Familjerådgivning (psykolog, depressions- skötare, psykiatriskskötare, kurator)</p> <p>Missbrukskurator (poliklinisk verksamhet)</p> <p>Handikappservice - socialt arbete - rehabiliteringshandledning/servicevägledning - stött boende - hemvård - rådgivning för utvecklingsstörda - serviceboende</p> <p>Minnespoliklinik</p> <p>Talterapi</p>	<p>Service för våldsoffer - lägröskel öppenvårdstjänster - skyddshem Service för våldsförövare (?)</p> <p>Barnskydd - omsorgsenheter, t.ex. skolhem (Lagmansgården) - undersökning och vård av sexuellt utnyttjade - familjevård i Svenskfinland (t.ex. Kårkullas familjebank) - placeringar - juridiskt bistånd (köptjänst)</p> <p>Internationella adoptionstjänster</p> <p>Service för spelberoende och annan krävande beroendeproble- matik</p> <p>Mentalvårdstjänster - dag- och arbetsverksamhet - stödboende</p> <p>Service för missbrukare och mentalvårds klienter - a-klinik (Vasa) - ungdomsstation (Vasa) - missbruksarbete inom socialservicen/grundtrygghetscentralen (Korsnäs, Närpes) - rehabiliterande boendeformer för missbruksklienter (Korsnäs, Närpes, Kristinestad) - rehabiliterande boendeformer för mentalvårds klienter (Malax, Korsnäs) - avgiftning (närservice i Kristinestad) - tillfälliga övernattnings - rehabiliteringsinstitutioner (t.ex. Pixne, Tolvishemmet) - serviceboende (intensifierad)</p>
<p>Specialkunnande</p>	<p>Ergoterapi</p> <p>Näringssterapi</p> <p>Minnespoliklinik</p> <p>Fysikaliska tjänster Dagvård Tjänster för barnfamiljer - hemservice (köpt/egen producerad)</p> <p>Förebyggande barnskydd/service för barnfamiljer (i dagvår- den, i skolor, inom hälsovården)</p> <p>Familjecenter (under planering) (innefattar social- och hälso- vårdsresurser)</p> <p>Vuxensocialarbete - utkomststöd - förändringsarbete - missbruksarbete inom socialser- viken/grundtrygghetscentralen (Kristinestad, Malax) - mentalvårdsarbete inom socialser- viken/grundtrygghetscentralen - rehabiliterande boendeformer för missbruksklienter (Malax) - rehabiliterande boendeformer för mentalvårds klienter (Närpes, Kristinestad)</p> <p>Handikappservice - förändringsarbete i bostaden - organisering av personlig assistent</p> <p>Förebyggande arbete inom området våld i närrelationer</p>	<p>Rehabiliterande arbetsverksamhet (Jobcenter, Jupiterstiftelsen i Vasa, Föregångarna)</p> <p>Handikappservice - färdtjänster - tolkningsservice - arbetsverksamhet - dagverksamhet - rehabiliterande stödtjänster - institutionsvård för utvecklingsstörda - service för autister och andra specialgrupper</p> <p>Sällningstjänster - mammografi - ögonbottenfotografering</p> <p>Specialtandvård Invandrarkoordinator Integrationservice Rådgivning Socialjour Krisjour Förebyggande ungdomsarbete (Jobcenter, Klara, Föregångarna) Socialombudsman</p>

<p>Baskunnande</p>	<p>Service för äldre - hemservice och hemvård - långvarig och kortvarig vård på hälsocentralssjukhus - koordinering av närståendevård - boendeservice - gerontologiskt socialarbete</p> <p>Bashälsovård -läkar-, sjukskötar- och hälsovårdarmottagning</p> <p>Tandvård</p> <p>Laboratorieprov</p> <p>Sjuktransporter</p> <p>Skolhälsovårdare</p> <p>Hjälpmedelstjänster</p>	<p>Familjerättsliga ärenden faderskaps, underhålls, vårdnadsärenden, umgängesrätt, adoptionsärenden, underhållsstöd Skuldrådgivning</p> <p>Socialservice för bostadslösa Rehabiliterande arbetsverksamhet</p> <p>Service för äldre - dagcenterverksamhet - intensifierat serviceboende - institutionsvård, bäddavdelningsvård - färdtjänst - stödservice för närståendevårdare - stödtjänster (matservice, stödservice och trygghetsservice)</p> <p>Jour kl. 16-22 (i Vasa, Kristinestad, Närpes) jour annan tid (i Vasa, Kristinestad)</p> <p>Röntgen</p>
	<p>Närservice¹⁴</p>	<p>Områdesvis centraliserad service</p>

Materialet baserar sig på SHM:s enkätundersökning SOTE (2009) och på K5-områdets egen kartläggning över servicen.

¹⁴ Kaskö stad har mer centraliserad verksamhet än de andra kommunerna, vilket inte är specificerat i denna tabell.

Bilaga 3

Brev till projektpersonal inom K5

Åbo 7.4.2010

Bästa kolleger!

Trevligt att vi har möjlighet att träffas för att diskutera ert utvecklingsarbete. Inom vårt projekt (deltagande utvärdering) vill vi nu ta en titt på hur långt bygget av samkommunen K5 har kommit. Inom samkommunen pågår många parallella förändringsprocesser av vilka de olika projekten är viktiga aktörer. Vi träffar nu personal inom fyra projekt: Äldrecentrum, FamiljeKaste, Vältittjä och Invandrarprojektet.

Nedan några frågor/områden till stöd för den diskussionen som Susann Sjöström och jag vill föra med er när vi träffas. Hoppas ni kan reservera två timmar tid för diskussionen. Tiden är ganska kort och vi tar därför gärna emot även skriftliga redogörelser.

Eini Pihlajamäki

Tfn 040-5155244, eini.pihlajamaki@fskc.fi

Diskussionsområden:

1) Det centrala målet för ditt projekt inom K5:

2) Vilka delmål har projektet ställt, vilka är delmålen tidtabeller?
(fortfarande inom området K5)

3) Beskriv din/er verksamhetsmiljö inom K5

- vilka nätverk? (namn på personer/organisationer/förvaltningar som finns till förfogande för ditt/ert projekt)

- vilka samarbetspartners (namn på personer du/ni samarbetar med)

- hurudan upplever du att verksamhetsmiljön är med tanke på utvecklingsarbete inom ditt/ert område?

4) Interventioner

Många projekt har startat ganska nyligen, men vilka åtgärder har ni hunnit med hittills?

Vilken/vilka interventioner kommer ni inom ert projekt att genomföra under de närmaste månaderna?

Till vilket/vilka delmål är interventionerna kopplade?

5) Hur förhåller sig projektets mål, delmål och interventioner till de mål som samkommunen K5 har ställt?

6) Vad vill du lyfta upp som positivt ur din synvinkel? ...och vilka förhinder upplever du att det finns?

Bilaga 4

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård

INSTRUKTION FÖR MENTALVÅRDSRÅDET

1 § Verksamhetens syfte

Kust-Österbottens mentalvårdsråd är ett samarbetsforum för områdets medlemskommuner och organisationer, personer som använder mentalvårdens tjänster samt deras anhöriga.

Mentalvårdsrådets målsättning är att främja det psykiska välbefinnandet för befolkningen i området samt verka för att utveckla så användarvänliga mentalvårdstjänster som möjligt. Mentalvårdsrådet ger förslag angående utvecklande och tryggande av mentalvårdstjänsterna till samkommunstyrelsens och vid behov övriga förvaltningsorgan.

2 § Rådets tillsättande och sammansättning

Samkommunstyrelsen väljer 8-12 medlemmar jämte personliga ersättare för sin mandatperiod till mentalvårdsrådet. Medlemmarna ska på ett mångsidigt sätt representera olika tjänste- och befattningsinnehavare inom mentalvårdsarbetet. Därtill skall en av medlemmarna jämte personlig ersättare vara ordinarie medlem eller ersättare i samkommunstyrelsen.

Mentalvårdsrådet utser inom sig en ordförande, viceordförande samt sekreterare. Ordföranden bereder ärendena som ska behandlas på sammanträdena och sekreteraren sammankallar rådet. Rådet sammanträder 2-5 gånger per kalenderår. Eftersom rådet skall fungera som samarbetsforum, kan rådet enligt behov kalla in representanter för serviceanvändare och deras anhöriga som sakkunniga.

3 § Uppgifter

Mentalvårdsrådets viktigaste uppgifter är

- att följa upp befolkningens psykiska välbefinnande inom samkommunens område
- att dryfta och utveckla samarbetet mellan olika aktörer inom mentalvårdsarbetet
- att följa upp tillgången på mentalvårdstjänster på lika grunder inom området
- att utveckla tjänsterna i enlighet med den nationella planen för mentalvård och missbruksarbete (Mieli 2009)
- att ge förslag gällande utvecklingen av mentalvårdstjänsterna till samkommunstyrelsen och vid behov till vård- och omsorgsnämnderna
- att på begäran ge utlåtanden till olika förvaltningsorgan

4 § Tjänsteinnehavarrepresentanter

Medlemmarna i samkommunens ledningsgrupp samt samkommunsstyrelsens ordförande har rätt att delta i mentalvårdsrådets sammanträden. Till sammanträdena kan vid behov kallas medlemmar i medlemskommunernas vård- och omsorgsnämnder samt övriga sakkunniga.

5 § Ikraftträdande

Denna instruktion träder i kraft 1.7.2009

Bilaga 5

Definition av några begrepp som används i samband med kommun- och servicestrukturereformen

Definitionerna är huvudsakligen tagna ur en Arttu -rapport som utkom hösten 2010 (Berg, m.fl.)

Kommunstrukturen avser den helhet som bildas av enskilda kommuner. Med **serviceutbud** avses den helhet av serviceformer som kommuner erbjuder sina invånare. Utbudet kan variera i omfattning och mångsidighet.

Kommunens serviceprofil avser i vilken utsträckning en viss befolkningsgrupp – till exempel äldre – faktiskt använder sig av de serviceformer kommuner erbjuder befolkningsgruppen i fråga – till exempel tjänster för äldre.

Servicestrukturen formas genom olika typer av funktioner. Vanligen skiljer man mellan bas-, stöd- och tilläggsfunktioner eller -tjänster. Genom **basfunktionerna** förverkligas servicens grundläggande uppgift, till exempel undervisningen i skolan. Stödtjänsterna är **nödvändiga** för att basfunktionerna skall kunna förverkligas. Sådana är till exempel elevvård och skolskjuts. **Tilläggsfunktionerna** är inte nödvändiga med hänsyn till basverksamheten men de påverkar servicens kvalitet, exempelvis antalet tillvalsämnen i skolan.

Service nät (fi. palveluverkko) avser alla sådana fysiska serviceenheter / verksamhetsställen, vid vilka kommunen erbjuder service till invånarna. Service nät kan vara såväl lokala som regionala till sin natur; beroende av vilket slags service det rör sig om är olika angreppssätt att föredra. I fråga om s.k. närservice (se nedan) rör det sig i allmänhet om lokala servicenät. Serviceenheterna behöver ändå inte vara kommunala i bemärkelsen "tillhöra kommunen" utan de kan också tillhöra andra serviceproducenter. Enheterna kan tillhöra andra organisationer men de producerar tjänster för vilka kommunen har ett organiseringsansvar.

Organiseringsansvar innebär att kommunen beslutar om servicens mängd, kvalitet och produktionsform. Om organiseringsansvaret överförs till ett samarbetsområde kan emellertid inte en enskild kommun fatta sådana beslut – till exempel budgetbeslut – som framkallar kommunvisa skillnader i tillgången på service inom samarbetsområdet. (se vidare i kapitel 5.4. om Beställar-utförarmodellen)

Servicens **tillgänglighet** kan förstås på två sätt. Grundfrågan är huruvida en viss service finns att tillgå eller inte; i detta sammanhang huruvida servicen organiserats för den språkliga minoriteten (fi. saatavuus). Även om servicen i fråga finns att tillgå betyder det inte nödvändigtvis att den är särskilt **tillgänglig** (fi. saavutettavuus). Att servicen finns att tillgå säger alltså ännu inget om huruvida den också är tillgänglig för olika grupper. Tillgängligheten påverkas även av avstånd, den tid som krävs för att nå servicen och olika slag av fördröjning (köer, vänte- och öppethållningstider).

Med *servicekedja* avses en helhet som består av flera olika serviceformer och som är nödvändig med hänsyn till klientens behov. Kedjans olika skeden skär vanligen igenom flera verksamheter och/eller serviceenheter. En fungerande servicekedja kännetecknas följaktligen av att kommunen ansvarar för ett effektivt tillhandahållande av kvalitativ service så nära invånarna som möjligt. Till servicekedjekonceptet hör då också tanken om att avstånden till de olika verksamheterna kan variera. Det finns alltså både sådana verksamheter som till sin natur bör betraktas som *närservice* (bör erbjudas i invånarnas närmiljö) och annan service, vilken kan ordnas antingen som regional service eller centraliserad service som förutsätter ett brett befolkningsunderlag.

Närservice kännetecknas av att den utnyttjas frekvent. Exempel på närserviceformer är hemvård för äldre, serviceboende, barndagvård, familjearbete, social närservice och utkomststöd. Ansvar för tillhandahållandet av närservice behöver ändå inte nödvändigtvis ligga hos en primärkommun; också en samkommun eller ett specialupptagningsområde med brett befolkningsunderlag kan tillhandahålla närservice-tjänster,

Regional service kännetecknas av att dessa tjänster i allmänhet nås med antingen eget fordon eller med hjälp av kollektivtrafik. Regional service kan även ordnas som ambulering, t ex ambulering missbruksterapeut. Avstånden kan alltså per definition vara längre. Ifråga om bildningstjänsterna kan exempel på regional service vara fritt bildningsarbete till exempel i form av medborgarinstitut och mångsidiga biblioteks- och informationstjänster, vilka omöjligt kan upprätthållas i samtliga kommuninvånarnas omedelbara närhet. Service som förutsätter ett brett befolkningsunderlag kan ses som ett specialiserat komplement till närservice och regional service. Tjänsterna behövs mer sällan, men förutsätter specialkompetens, specialapparatur eller mångprofessionellt kunnande. Exempel är specialistsjukvårdens dejourering och specialistsjukvårdens bäddavdelningar. Offentlig service som förutsätter ett brett befolkningsunderlag tillhandahålls i allmänhet av en samkommun med brett befolkningsunderlag. Jfr med bilaga 2.

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