Slutrapport

Österbotten

Utvecklingsplanerare
Jessica Fagerström
Österbotten

Innehållsförteckning

1. PAREMPI ARKI -PROJEKTET 3

1.1 PROJEKTETS BAKGRUND OCH MÅLSÄTTNINGAR 3
1.2 PROJEKTETS FÖRVERKLIGANDE OCH VERKSAMHET 4

2. ÖSTERBOTTEN 7

2.1 ADMINISTRATIV ORGANISERING 7
2.2 PROJEKTETS FÖRVERKLIGANDE OCH VERKSAMHET I ÖSTERBOTTEN 8
Lokal verksamhet 8
Regional verksamhet 9
2.3 ÖSTERBOTTENS UTVECKLINGSTEAM 10
2.3 DE ÖSTERBOTTNISKA TEAMENS RESULTAT 11
Vasa: Nepsy-barn under skolåldern 11
Vasa: Nepsy-barn i skolåldern 12
Korsholm-Vörå: Nepsy-barn (under 6 år) 13
Laihela: Nepsy-barn och unga 14
Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad: Långtidsarbetslösa 15
Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad: Barnfamiljer, där föräldrarna har fysiska, psykiska eller sociala problem 16
Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård: Hemmaboende äldre med komplexa behov, med betoning på behov av psykosociala insatser 17

3. PAREMPI ARKI –PROJEKTETS FORTSÄTTNING I ÖSTERBOTTEN 18

3.1 VERKSAMHETSMÄSSIG SOTE-INTEGRERING OCH ÅTGÄRDER SOM FRÄMJAR DEN 18
3.2 PAREMPI ARKI –PROJEKTETS RESULTAT OCH IMPLEMENTERING AV VERKSAMHETEN 19

BILAGOR 20

BILAGA 1: VERKTYG FÖR IDENTIFIERING 20
BILAGA 2. VÅRD- OCH SERVICEPLAN (HOPA) 21
BILAGA 3: DELTAGARE I ÖSTERBOTTENS TEAM 24
BILAGA 4: VASA 27
BILAGA 5: VASA 28
BILAGA 6: KORSHOLM-VÖRÅ 29
BILAGA 7: LAIHELA 30
BILAGA 8: LAIHELA 31
BILAGA 9: SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSVERKET I JAKOBSTAD 32
BILAGA 10: SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSVERKET I JAKOBSTAD 33
BILAGA 11: KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD 34

1. Parempi Arki -projektet

Parempi Arki var ett Kaste-projekt på Mellanfinlands område. Projektets målsättning var att utveckla verksamhetsmässig integrering för hemmaboende kunder som använder socialvårdens, primärhälsovårdens och specialsjukvårdens tjänster på Mellanfinlands område.

Verksamhetstid: 1.3.2015 – 31.10.2017

Verksamhetsområde: (1 019 614 invånare)
Österbotten
Södra Österbotten
Birkaland: Tammerfors stad, Valkeakoski, Pirkkala
Päijänne-Tavastland
Egentliga Tavastland: Tavastehus, FSHKY, Hattula, Janakkala

1.1 Projektets bakgrund och målsättningar

På basen av olika undersökningar och utredningar vet man, att kunder som använder mycket olika tjänster står för största delen av social- och hälsovårdens kostnader. Kunderna i fråga är få, men på grund av komplexa behov och omfattande bruk av tjänster står de för t.o.m. 80 % av sote-tjänsternas helhetsutgifter. Dessa kunder använder ofta många servicehelheter och i bakgrunden finns ofta fysiska och psykiska långtidssjukdomar, sociala problem och fattigdom.
Det nuvarande, splittrade servicesystemet svarar inte särskilt väl på denna kundgrupps behov – bruket av tjänsterna är stort, men deras resultat är svaga. Med andra ord utgör servicesystemet ofta ännu en börda i en redan utmanande livssituation för de kunder och patienter som är i störst behov av hjälp och stöd. Helheten är ofta kaotisk, resursslösande och en avsevärd börda för såväl kunden som personalen. Man har alltså identifierat ett klart behov av att integrera och koordinera tjänsterna för kunder som använder mycket service.

Parempi Arki –projektet hade gemensamma målsättningar på hela Mellanfinlands område (http://www.parempiarki.fi/materiaalipankki/send/3-hankesuunnitelma/5-hankesuunnitelma). Projektets syfte var att utveckla ändamålsenliga och kundcentrerade servicehelheter åt olika kundgrupper som använder mycket olika tjänster.

Parempi Arki –projektets **målsättningar** var:

1. *Man stöder hemmaboende gemensamma kunder som använder mycket service genom att producera tjänsterna kundorienterat så, att de utgör en varandra kompletterande helhet (integrering, koordinering)*
2. *Kundernas känsla av att hantera vardagen förbättras, livskvalitet och tillfredsställelse med tjänsterna ökar*
3. *Kommunens övriga aktörer och föreningar länkas samman med social- och hälsovårdstjänsterna och ordnandet av dem*
4. *Samarbete, kommunikation och kunnande bland social- och hälsovårdens personal stärks i de kundorienterade helhetsprocesserna*

Åtgärder för att nå målen:

1. *Man definierar kriterier och verksamhetsmodell för identifiering av social- och hälsovårdens gemensamma kunder, på basen av vilka man kan utveckla verktyg för identifiering*
2. *Man utvecklar en kundorienterad gemensam plan (vård- och serviceplan) för social- och hälsovårdens aktörer samt en verksamhetsmodell för att gemensamt göra och uppdatera planen*
3. *Man kartlägger i samarbete med olika aktörer kommunens övriga och föreningarnas tjänster och de fogas samman med helhetsprocessen som en del av serviceutbudet*
4. *Man definierar praxis för koordinering av gemensamma kunders tjänster*
5. *Man främjar personalens kunnande om det kundorienterade tänkesättet för att möjliggöra nya former av verksamhetsstyrning*

I centrum för utvecklingsarbetet stod kunden samt integreringen och koordineringen av de olika stödtjänster hen har behov av. Tyngdpunkten i projektet var utveckling av den praktiska verksamheten mot en bättre vardag för kunden.

1.2 Projektets förverkligande och verksamhet

Parempi Arki förverkligades som ett centrerat projekt. Projektets målsättningar, verksamhet och administration var alltså gemensamma för hela projektområdet och projektet förverkligades som en helhet och under ledning av en gemensam projektledare.
Projektet administrerades av Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt, som ansvarade för projektets förverkligande och ekonomi i enlighet med social- och hälsovårdsministeriets och Sydvästra Finlands regionförvaltningsverks anvisningar. För projektet utsågs en styrgrupp (Mellanfinlands nivå), som bestod av områdets aktörer och samarbetsparter samt representanter för nationella aktörer. Projektets utvecklingsplanerare fungerade på hela projektområdet, även om varje planerare också hade ett eget, geografiskt ansvarsområde.

I Parempi Arki –projektet hade man tre tyngdpunkter:

Tyngdpunkt	Aktörer	Förverkligande
1. Man definierar kriterier för identifiering av gemensamma kunder och utvecklar verktyg för identifiering	Parempi Arki -projektet En för hela Mellanfinland gemensam arbetsgrupp	3 gruppträffar *(hösten 2015)* Utveckling av kriterier Preliminär pilotering Utvärdering Verktyg för identifiering av gemensamma kunder (bilaga 1)
2. Man utvecklar en för sote-aktörerna gemensam kundorienterad plan	Parempi Arki -projektet Nationellt koordinerat: SHM, THL, övriga integreringsprojekt	Av SHM och THL ordnade gemensamma tillställningar *(hösten 2015 – våren 2016)* Planering av samarbetsformer och sammanställning av gemensam plan Gemensam vård- och serviceplan (bilaga 2)
3. Man utvecklar kundorienterade verksamhetssätt och främjar samarbetet mellan personalen	Lokala utvecklingsteam bestående av sote-personal	Projektets seminarieomgångar och till dem hörande mellanarbete *(våren 2016 och hösten 2016)*

De av projektet ordnade seminarieomgångarna

Under år 2016 ordnades i projektet sammanlagt fem (5) för hela projektområdet gemensamma seminarieomgångar. I seminarieomgångarna deltog 37 lokala team från Mellanfinlands område, och sammanlagt ca. 250 personer. Teamens målgrupper var olika kundgrupper som använder mycket tjänster.

Våren 2016

	Team	Målgrupp
Omgång 1	**Tammerfors:**	Tipotie: Äldre
		Tammela: Äldre
	Seinäjoki och Storkyrö:	Barnfamiljer med många problem
	Suupohja:	Unga/barnfamiljer, där det finns missbruk och mental ohälsa
	Korsholm och Vörå:	Nepsy-barn (under 6 år)
	Tavastehus:	Typ I eller typ II diabetiker som har eller är i behov av kundkontakt till socialvården
	Heinola:	Missbrukare och mentalvårdsklienter
	Lahtis:	Äldre som använder mycket jourtjänster
Omgång 2	**Tammerfors:**	Missbrukare och mentalvårdsklienter
	Pirkkala:	Kunder som rör sig mycket mellan Acuta och social- och hälsovården
	Järvipohjanmaa:	Missbrukare och mentalvårdsklienter
	Vasa:	Nepsy-barn under skolåldern
	Janakkala:	Småbarnsfamiljer, där föräldrarna har missbruksproblem eller mental ohälsa
	Lahtis:	Kunder som använder mycket tjänster vid huvudhälsostationen
Omgång 3	**Valkeakoski:**	Social- och hälsovårdens gemensamma vuxna kunder, som använder mycket tjänster
	Tammerfors:	Linnainmaas barnfamiljer
	JIK:	Kurikkas långtidsarbetslösa
	Lappo:	Unga mentalvårdskunder
	Jakobstadsnejden:	Långtidsarbetslösa
	FSHKY:	Barnfamiljer som använder flera olika aktörers tjänster
	Aava:	Barnfamiljer som använder mycket tjänster
	Oiva:	Missbrukare och mentalvårdsklienter

Hösten 2016

Omgång 4	**Tammerfors:**	Invandrare med mentalvårdsproblematik
	Tammerfors, Hatanpää	Rehabilitering
	Kaksineuvoinen:	Kunder i behov av sektorövergripande service som främjar sysselsättningen
	Kaksineuvoinen:	Mentalvårdsklienter
	Vasa:	Nepsy-barn i skolåldern
	Laihela:	Nepsy-barn och unga
	Jakobstadsnejden:	Barnfamiljer, där föräldrarna har fysiska, psykiska eller sociala problem
	K5-området	Hemmaboende äldre med komplexa behov, med betoning på behov av psykosociala insatser
Omgång 5	**Tammerfors, Tesoma:**	13 – 18 –åriga unga
	Tammerfors, Hervanta:	Familjer med barn under skolåldern
	Tammerfors:	Studerande/unga vuxna
	Tavastehus:	Smärtpatienter
	FSHKY:	Kunder med mentalvårds- och rusmedelsproblem
	Hattula:	7 – 17-åringar, för vilka oro väckts bland olika aktörer och som har flera olika tjänster
	Janakkala:	Familjer med barn/unga i skolåldern som använder mycket olika tjänster

En seminarieomgång bestod av sex seminariedagar (2 + 2 + 2) och gemensamma träffar mellan seminarierna. Syftet var att som team mångprofessionellt och kundorienterat utveckla integrering och samarbete i den praktiska verksamheten. Seminarieomgångarnas struktur, syfte och innehåll finns beskrivna i figuren nedan.

Parempi Arki -projektet seminarieomgång.

	Verkstad 1	Mellanuppgift	Verkstad 2	Mellanuppgift	Verkstad 3
Syfte	Specificering av utvecklingsbehov = **VAD?** Planering av identifiering av kunder **= HUR?**	**Identifiering av kunder** Kartläggning av nuläget och specificering av målgrupp tillsammans med kund	Utveckling av verksamhets-modell för samarbete **= HUR?**	**Testning av samarbete i praktiken**	Utvärdering och fortsatt utveckling av verksamhets-modell **= HUR FRAMÅT?**
Innehåll	Att bli bekanta Kartläggning av nuläget Verktyg för samarbete Verktyg för utveckling Identifiering av kunder Planering av mellanuppgift	**Pilot: identifiering** av kunder Sammandrag av piloten Presentation av piloten	Presentation av mellanuppgift Planering av utvecklingsar-bete och verksamhetsmodell för samarbete Planering av mellanuppgift	**Samarbetspilot**	Presentation av verksam-hetsmodell Planering av uppföljning och fortsättning
Vad möjliggör ett gott utveckl-ingsarbete?	2 + 2 + 2 dagar Vilja till utveckling och samarbete Kundfokus Samarbete med övriga teammedlemmar och team Humor				
	Förverkligande av pilot som ett mångprofessionellt samarbete och tillsammans med kunder Mellanträffar enligt behov Presentationer av arbetet				

Projektets gemensamma verksamhet och hela verksamhetsområdets resultat beskrivs i projektets gemensamma slutrapport, som finns tillgänglig i Innokylä-portalen fr.o.m. 31.10.2017: https://www.innokyla.fi/web/hanke1911098.
I denna rapport har Österbottens utvecklingsarbete och dess resultat sammanställts.

2. Österbotten

Österbotten var i sin helhet med i Parempi Arki –projektets utvecklingsarbete, dvs. 13 kommuner med ett gemensamt invånarantal på 169 728 invånare deltog.

2.1 Administrativ organisering

Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad (43 279 invånare)
Jakobstads, Pedersöres, Larsmos och Nykarlebys social- och hälsovård samt vissa delar av specialsjukvården ordnas av social- och hälsovårdsverket i Jakobstad.

Korsholm (19 296 invånare)
Primärhälsovårdens tjänster ordnas av samarbetsområdet för primärvården i Korsholm och Vörå. Socialvården ordnas av kommunen.

Vörå (6 717 invånare)
Primärhälsovårdens tjänster ordnas av samarbetsområdet för primärvården i Korsholm och Vörå. Socialvården ordnas av kommunen.

Vaasa (67 001 invånare)
Vasas hälsovård och socialservice ordnas av Vasa stads social- och hälsosektor.

Laihela (8 070 invånare)
Laihelas primärhälsovård ordnas av samverksamhetsområdet Vasa-Laihela. Socialvården ordnas i huvudsak av kommunen.

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård (25 365 invånare)
Malax, Korsnäs, Närpes, Kristinestad och Kaskö hör till Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård (K5). K5 ordnar primärhälsovården för medlemskommunerna och därtill socialvården för Korsnäs, Kristinestad, Malax och Närpes. För Kaskö ordnar K5 till primärhälsovården nära ansluten socialvård. Samkommunen fungerar enligt beställar-utförar modellen.

Övriga deltagande aktörer
Kompetenscentret på det sociala området SONet BOTNIA fungerade i projektet som sakkunnigorganisation. SONet BOTNIA, som administrativt är organiserat under Seinäjoen Ammattikorkeakoulu Oy, fungerade även som arbetsgivare åt Österbottens utvecklingsplanerare.
Primärvårdsenheten vid Vasa sjukvårdsdistrikt var med i projektet som sakkunnigorganisation.
Alla sjukvårdsdistrikt på Mellanfinlands område, inklusive Vasa sjukvårdsdistrikt, var med i projektet.

2.2 Projektets förverkligande och verksamhet i Österbotten

Under Parempi Arki –projektets verksamhetstid tog förberedelserna kring sote-reformen fart i Österbotten. Många olika arbetsgrupper var verksamma och på området förverkligades även andra utvecklingsprojekt. Många stora och delvis halvfärdiga samtida förändringar påverkade utvecklingsarbetet. På lokal nivå orsakade detta osäkerhet gällande utvecklingsresultatens beständighet och på regional nivå krävde landskapets beredningsarbete mycket tid och resurser. Trots dessa utmaningar var inställningen till utvecklingsarbetet positiv och projektets målsättningar ansågs viktiga och aktuella.

Lokal verksamhet
Från Österbotten deltog sammanlagt sju (7) team i Parempi Arki –projektets seminarieomgångar. Tre team deltog i omgångarna våren 2016 och fyra team i omgångarna hösten 2016.

Under seminarieomgångarna förverkligade de lokala teamen utvecklingsarbetet i enlighet med den ovan beskrivna strukturen; Teamen kartlade tjänsternas nuläge och utvecklingsbehov i den målgrupp de valt. På basen av kartläggningen ställde teamen upp målsättningar för utvecklingen av samarbetet, vilka de även förverkligade och testade i praktiken. Utvecklingsarbetet förverkligades alltså i en stram tidtabell och enligt ett givet mönster: under de ca. 4 månader långa seminarieomgångarna träffades teamen regelbundet och medlemmarna jobbade med de uppgifter som ingick i helheten. Man strävade även efter att pilottesta modellerna i verksamheten. På basen av arbetet under seminarierna och som ett slutresultat av dem åskådliggjorde teamen sina verksamhetsmodeller i form av posters.
Som stöd för utvecklingsarbetets planering och förverkligande samt för beskrivningen av verksamhetsmodellen fungerade Parempi Arki –projektets regionala utvecklingsplanerare under seminarieomgångarna och även efter dem.
Österbottens team beskrivs mera ingående i del 2.3 och teamens verksamhet och resultat i 2.4.

Målsättningarna och verksamheten i utvecklingsteamen från social- och hälsovårdsverket i Jakobstad var knutna till lokala organisationsförändringar och ett större utvecklingsarbete. En modell för servicehandledning var under utveckling i hela organisationen och de i Parempi Arki –projektet deltagande teamens arbete var en del av det. Också lokal utveckling av en modell för familjecentrum knöts till utvecklingsarbetet i projektet.

På K5-området fungerade under hela projekttiden en referensgrupp som stöd för utvecklingsarbetet. I referensgruppen fanns representation från samkommunen och från alla medlemskommuner. Referensgruppens uppgift var att stöda det lokala utvecklingsarbetet samt ansvara för implementering av utvecklingsarbetet på samkommunens hela område. Som pilotkommun i Parempi Arki –projektet fungerade Närpes. Referensgruppen hade under projektet åtta möten.

Vasa, Laihelas och Korsholm-Vörås team hade alla nepsy-barn och unga som målgrupp. För dessa team och för ledningen ordnades en gemensam tillställning 24.11.2016. Under tillställningen presenterade teamen sitt utvecklingsarbete och sina verksamhetsmodeller och man diskuterade hur man kunde dra nytta av utvecklingsarbetet över organisationsgränserna.

Regional verksamhet

Man strävade efter att stöda de lokala utvecklingsteamens verksamhet med gemensam, regional verksamhet. På grund av såväl projektets som det regionala sote-arbetets strama tidtabell var den regionala planeringen utmanande. Implementeringen av de lokala verksamhetsmodellerna blev under projekttiden på hälft och planeringen på landskapsnivå fortsätter efter att projektet tagit slut.

I Österbotten ordnades en projektets Kick Off -tillställning 6.10.2015, där man gav information om projektet, dess bakgrund, målsättningar och verksamhet. Man diskuterade även preliminärt en möjlig implementering av projektets resultat på landskapsnivå. En regional, gemensam arbetsgrupp ansågs befogad, men man fattade inte beslut om saken. Tillställningen hade ca. 40 deltagare.

En andra regional tillställning ordnades 28.9.2016. Syftet med tillställningen var att presentera de deltagande teamens utvecklingsarbete samt planera implementering och fortsättning på regional nivå. Tillfället var avsett för de i projektets seminarieomgångar deltagande teamen, ledningen samt centrala samarbetsparter. Deltagarantalet var ca. 45.

I Vasa sjukvårdsdistrikt utvecklade man under projektet en servicekedja för barn och unga med ADHD. Eftersom arbetet med servicekedjan var centralt och delvis överlappande för för flera av de i projektet deltagande teamen, deltog projektets utvecklingsplanerare i arbetsgruppen för servicekedjan. På detta sätt kunde man i dialog utveckla på såväl lokal som regional nivå.

Utvecklingsplaneraren presenterade Parempi Arki -projektet och dess regionala förverkligande för SONet BOTNIA:s styrgrupp 13.11.2015. Målsättningen var att främja implementeringen av projektets kommande resultat på landskapsnivå genom ett gemensamt forum för ledningen av socialservice.

SONet BOTNIA och sjukvårdsdistriktets primärvårdsenhet hade under projekttiden samarbete, där man bl.a. tillsammans funderade på förutsättningar för spridning och implementering av projektets resultat på landskapsnivå. Under projektet ordnades två gemensamma möten för primärvårdsenhetens styrgrupp och SONet BOTNIA:s styrgrupp (3.6.2018 och 6.10.2016). Utvecklingsplaneraren presenterade Parempi Arki –projektet på mötet 3.6.2016, och man diskuterade även preliminärt kring ett gemensamt forum eller en styrgrupp för projektet, men det förverkligades inte.

2.3 Österbottens utvecklingsteam

	Team/Organisation	*Målgrupp*
Våren 2016	**Korsholm och Vörå**	*Nepsy-barn (under 6 år)*
	Vasa	*Nepsy-barn under skolåldern*
	Social- och hälsovårds-verket i Jakobstad	*Långtidsarbetslösa*
	Team/Organisation	***Målgrupp***
Hösten 2016	**Vasa**	*Nepsy-barn i skolåldern*
	Social- och hälsovårds-verket i Jakobstad	*Barnfamiljer, där föräldrarna har fysiska, psykiska eller sociala problem*
	Laihela	*Nepsy-barn och unga*
	K5-området	*Hemmaboende äldre med komplexa behov, med betoning på behov av psykosociala insatser*

Teamens deltagare är sammanställda i bilaga 3.

Rekrytering av utvecklingsteamen
Under projektets förberedelser diskuterade och enades områdets kommuner, SONet BOTNIA och sjukvårdsdistriktets primärvårdsenhet tillsammans med projektledningen preliminärt om Österbottens tyngdpunkter och målgrupper i projektet.
Utvecklingsplaneraren inledde sitt arbete i augusti 2015 och informerade då områdets ledning och förmän mera ingående om projektet, dess seminarier samt om praktiska frågor. Därefter utsåg organisationerna medlemmar till sina team. Primärvårdsenheten och sjukvårdsdistriktet utsåg specialsjukvårdens representanter.
Den mångsektoriella rekryteringen till teamen var relativt långsam och komplicerad. Specialsjukvården var inte representerad i alla team, men i dessa strävade man efter att förverkliga samarbetet med specialsjukvården på andra sätt. Teamen var i alla fall mångprofessionella och representerade olika sektorer. I teamen deltog i varierande omfattning arbetstagare, förmän och ledare. I några team byttes medlemmar ut under projekttiden på grund av arbetsplatsbyten och hälsorelaterade frågor.

2.3 De österbottniska teamens resultat

Vasa: Nepsy-barn under skolåldern

Huvudsakligt mål för utveckling/problem	Servicestigen för nepsy-barn under skolåldern är otydlig.
Målsättning	Man beskriver och utvecklar servicestigen så att den blir mera ändamålsenlig och man planerar roll och sammansättning för eventuellt nepsy-team.

Vad har utvecklats /testats	Verksamhetsmodellen beskriven, i vilken mångprofessionell planering tillsammans med kundfamiljerna är centralt.
	
	Samtyckesblankett för föräldrar utvecklad.
	
	Testats med två familjer:
	– Familjen fick bakgrundsinformation och gav sitt samtycke till samarbetet
	– Nepsy-skötaren tog kontakt med familjen
	  – Kartläggning av situationen
	  – På basen av kartläggningen samlade man ihop mångprofessionellt team
	– Mångprofessionellt teammöte + plan för fortsättning
	– Åt den ena familjen gjorde man upp gemensam vård- och serviceplan, åt den andra inte (diskussion + dokumentering i Pegasos)

Erfarenheter av pilotprojekt	Pilottiden alldeles för kort. Bra att samla alla runt samma bord. Heltäckande information om familjens situation. Kundens deltagande mycket bra. Mångprofessionaliteten en stor styrka – Socialvårdens, hälsovårdens och dagvårdens perspektiv – Målet är att dra nytta av gruppens kunnande och tjänster (inte remittera vidare) Gruppens sammansättning bör noggrant övervägas. Dokumentation (gemensamt och separat) bör man ännu fundera på. Har varit utmaningar i att hitta kunder.
Verksamhetsmodell och verktyg som stöder den	Verksamhetsmodellen finns beskriven i den av teamet gjorda postern (bilaga 4). Samtyckesblanketten finns att tillgå för teamet och anställda i organisationen.
Implementering och fortsatt utveckling av verksamhetsmodellen	Man fortsätter pilotprojektet med mångprofessionellt teamarbete. Vård- och serviceplanens funktionalitet testas. Man samlar in erfarenheter, presenterar för ledningen och tar modellen i bruk hösten 2017. Man utbildar flera nepsy-coacher och nepsy-coaching tas i bruk i större omfattning. Verksamhetsmodellen har presenterats för styrgruppen för stadens social- och hälsovård samt för landskapets sote-arbetsgrupp.

Vasa: Nepsy-barn i skolåldern

Huvudsakligt mål för utveckling/problem	Splittrade tjänster, kundstyrningen otydlig och avsaknad av helhetsansvar.
Målsättning	Utveckling av nätverksarbete i tidigt skede och dess koordinering.
Vad har utvecklats /testats	Kartläggning av kundmängd under två veckor och i olika verksamheter – Identifiering av 54 kunder som använde mycket tjänster Verksamhetsmodellen beskriven, i vilken mångprofessionell planering tillsammans med kundfamiljerna är centralt. Samtyckesblankett för föräldrar/unga utvecklad. Gemensam vård- och serviceplan gjord i team åt en kund – Ingick i teamet: specialsjukvårdens psykolog, speciallärare från nuvarande och kommande skola, nepsy-skötare, skolpsykolog, föräldrarna – Man gick igenom den kommande övergången och dess underlättande – Man kom överens om samarbetet, tjänster och specialarrangemang – Vård- och serviceplan gjordes och dokumenterades i Wilma och Pegasos – Vård- och serviceplanen skickades även som pappersversion åt alla
Erfarenheter av pilotprojekt	Pilot av identifiering – Intressanta och tankeväckande resultat – Kartläggningens systematik bra Den mångprofessionella piloten förverkligades först efter projektets seminarier, pilottiden för kort. Teamarbetets pilotprojekt – Samarbetet mycket bra – Samarbetet med specialsjukvården bra – Kändes som om familjen var lättad över att få planera skolövergången på förhand – Personalen bör ha heltäckande information om serviceutbudet, dvs. vart man kan handleda kunden
Verksamhetsmodell och verktyg som stöder den	Verksamhetsmodellen finns beskriven i den av teamet gjorda postern (bilaga 5). Samtyckesblanketten finns att tillgå för teamet och anställda i organisationen.
Implementering och fortsatt utveckling av verksamhetsmodellen	Man fortsätter pilotprojektet med mångprofessionellt teamarbete. Man utbildar flera nepsy-coacher och nepsy-coaching tas i bruk i större omfattning. Verksamhetsmodellen har presenterats för styrgruppen för stadens social- och hälsovård samt för landskapets sote-arbetsgrupp.

Korsholm-Vörå: Nepsy-barn (under 6 år)

Huvudsakligt mål för utveckling/problem	Servicestigen otydlig, stödet till ADHD-barn fungerar inte.
Målsättning	Utveckling av mångprofessionellt arbete och informationsgång.
Vad har utvecklats /testats	”Tryggve”-mapp för gemensamma kunder utvecklad. Mappen presenterad åt kund för kommentarer. Samarbetet i teamet har utvecklats.
Erfarenheter av pilotprojekt	Ingen kundpilot.
Verksamhetsmodell och verktyg som stöder den	Verksamhetsmodellen finns beskriven i den av teamet gjorda postern (bilaga 6). Tryggve-mappen finns att tillgå för teamet och anställda i organisationen.
Implementering och fortsatt utveckling av verksamhetsmodellen	Tryggve-mappen har presenterats för landskapets sote-arbetsgrupp. En teammedlem utbildar sig till nepsy-coach. Man utvecklar nepsy-teamets sammansättning och arbetsformer.

Laihela: Nepsy-barn och unga

Huvudsakligt mål för utveckling/problem	Behov av tidigt ingripande. Rehabilitering i bastjänsterna efter diagnos.
Målsättning	Rådgivningens och skolans vårdstigar och den tidiga identifieringen utvecklas.
Vad har utvecklats /testats	Kartläggning av kundmängd under tre veckor på rådgivningen och i skolan – Identifiering av nio barn med nepsy-drag Verksamhetsmodeller för nespy-barn och ungas tjänster beskrivna. Samtyckesblankett för föräldrar/unga utvecklad. Vård- och serviceplan gjord åt två kunder i samband med skolan teampalaver. Man har samlat in erfarenheter från kunder och personal.

Erfarenheter av pilotprojekt	Pilot av identifiering
	– Systematiken bra: regelbunden genomgång tas i bruk
	
	Pilotprojekt för teammöte och vård- och serviceplan
	– Personalens erfarenheter
	  – Kundens perspektiv kom bättre fram
	  – Även positiva aspekter av kundens situation kom fram
	  – Förtydligar situationen, lätt att återkomma
	  – Förutsätter mera tidsanvändning
	  – Bättre helhetsbild av kundens situation
	  – Förståelse och nya perspektiv av andras jobb
	  – En möjlighet att utveckla det egna arbetet genom att tillämpa andras kunskaper
	  – Utveckling av det egna arbetet på basen av de brister som framkom
	– Kundernas erfarenheter
	  – Upplevde sig bli bättre hörd
	  – Mångsidig behandling av ärendet
	  – Möjlighet att återkomma till saken hemma

Verksamhetsmodell och verktyg som stöder den	Verksamhetsmodellerna finns beskrivna i de av teamet gjorda postrarna (bilagor 7 och 8). Samtyckesblanketten finns att tillgå för teamet och anställda i organisationen.
Implementering och fortsatt utveckling av verksamhetsmodellen	Man fortsätter pilotprojektet med mångprofessionellt teamarbete. Verksamhetsmodellen förs till ledningen för godkännande. Planering av implementering och inledande av eventuell gruppverksamhet. Verksamhetsmodellen har presenterats för landskapets sote-arbetsgrupp.

Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad: Långtidsarbetslösa

Huvudsakligt mål för utveckling/problem	Heltäckande servicekedja för långtidsarbetslösa saknas och samarbetet mellan olika sektorer bör utvecklas.
Målsättning	Uppgörande av ”spelregler” för mångprofessionellt samarbete. Utveckling av servicehandledning. Främjande av attitydförändring.
Vad har utvecklats /testats	Samtyckesblankett bearbetad. Modell för servicehandledning för arbetslösa beskriven. Samarbetet med TYP-verksamheten har utvecklats. Två kundpiloter – Kunderna hade tjänster sedan tidigare – Förverkligades som pararbete och tillsammans med kunderna – Hälsovårdstjänsterna var inte med på kundmötena – Vård- och serviceplaner gjordes inte Beslöts att gemensamma vård- och serviceplaner i fortsättningen dokumenteras i Effica och skannas in i Abilita. Information som är relevant för främjande av sysselsättningen dokumenteras i TYP-programmet.
Erfarenheter av pilotprojekt	Samarbetsbegäran var för otydlig: olika förväntningar/uppfattningar hos olika arbetstagare. Pilottiden relativt kort, en kunds utredningsperiod kan vara t.o.m. fyra veckor. I detta skede kunde man inte mäta något. Man önskar lösning på vård- och serviceplanens digitalisering, pappersblankett används inte. TYP-verksamhetens roll har förtydligats.
Verksamhetsmodell och verktyg som stöder den	Verksamhetsmodellen finns beskriven i den av teamet gjorda postern (bilaga 9). Samtyckesblanketten finns att tillgå i organisationens intra och är tillgänglig för anställda i organisationen.
Implementering och fortsatt utveckling av verksamhetsmodellen	Bör ännu utvecklas: praxis kring samtycke (vem, i vilket skede), teamarbetets former, styrning till pensionsutredning. Servicehandledning som uppgift bör förtydligas. Man identifierar inte ännu former för gemensamt arbete – Nytt sätt att fungera, man måste hitta möjligheter till dess förverkligande i det praktiska arbetet Man utvecklar och tar i bruk servicehandledning i större utsträckning i organisationen, teamets utvecklingsarbete är en del av det. I teamet finns deltagare i sote-arbetsgrupperna, och därigenom kan utvecklingsarbetet knytas till landskapets sote-arbete.

Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad: Barnfamiljer, där föräldrarna har fysiska, psykiska eller sociala problem

Huvudsakligt mål för utveckling/problem	”Många luckors”-syndrom. Tidigare ingripanden. Ändamålsenligt stöd i rätt tid. Tydligare, konkreta målsättningar: hur kan man mäta?
Målsättning	Utveckling av teamarbete, tidig identifiering och barnperspektiv i tjänsterna.
Vad har utvecklats /testats	Kartläggning av kundmängd under två veckor och i olika verksamheter – 122 kunder uppfyllde ett eller flera kriterier – 91 kunder (74,6 %) hade även andra tjänster – 22 kunder (18,0 %) hade inte andra tjänster – för 9 kunder (7,4 %) saknades information om övriga tjänster Teampalaver med en kund – Kunden identifierades via hälsovårdscentralen – Hälsovårdscentralens skötare kartlade kundens kontakter och kallade till mötet – Vård- och serviceplan gjordes
Erfarenheter av pilotprojekt	Verktyget för identifiering – Fungerar bättre i hälsovården – Fungerar inte i socialvården/barnskyddet – Kundens sociala situation borde uppmärksammas bättre Pilotprojekt för teammöte – Effektivt och kärnfullt: kunden berättade om nuläget och tillsammans planerade man fortsättningen – Teamets sammansättning var den rätta – Nyttigt att fungera som team: alla vet var man står En pilot – ännu inget att mäta.
Verksamhetsmodell och verktyg som stöder den	Verksamhetsmodellen finns beskriven i den av teamet gjorda postern (bilaga 10). Samtyckesblanketten finns att tillgå i organisationens intra och är tillgänglig för anställda i organisationen.
Implementering och fortsatt utveckling av verksamhetsmodellen	Man fortsätter pilotprojektet med regelbundna teamträffar. Planering av implementering och information. Utveckling av systematisk kartläggning i tidigt skede – Toimiva lapsi & perhe (TL&P) som metod, och uppföljning av dess användning I teamet finns deltagare i sote-arbetsgrupperna, och därigenom kan utvecklingsarbetet knytas till landskapets sote-arbete. Man utreder möjligheterna att fortsätta som lokal LAPE-grupp.

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård: Hemmaboende äldre med komplexa behov, med betoning på behov av psykosociala insatser

Huvudsakligt mål för utveckling/problem	Många olika aktörer: helhetsbild och –ansvar saknas. Kunderna tar inte alltid emot service: Möts service och behov? Tystnadsplikt och kundens självbestämmanderätt som hinder.
Målsättning	Utveckling av teamarbete och kontaktperson för kunden.

Vad har utvecklats /testats	Kartläggning av kundmängd under två veckor och i olika verksamheter
	– 26 kunder uppfyllde ett eller flera kriterier
	  – 20 kunder (77 %) hade även andra tjänster
	  – 5 kunder (19 %) hade inte andra tjänster
	  – för 1 kund (4 %) saknades information om övriga tjänster
	
	Projektets vård- och serviceplan pilottestad som team med en kund och ensam/i pararbete med några kunder.
	
	Egen version av identifieringsverktyg utvecklad.
	
	Samtyckesblankett utvecklad.
	
	Egen version av vård- och serviceplanen utvecklad.
	
	Verksamhetsmodellen beskriven.

Erfarenheter av pilotprojekt	Verktyg för identifiering – För komplicerat och mångtydigt verktyg – Många kriterier som inte passar för identifiering av äldre Pilottiden för kort, lyckades inte koordinera teamarbetet – Svårt att utvärdera utvecklingsarbetets resultat med denna tidtabell Användningen av vård- och serviceplan – Bra att fråga om kundens behov, hen börjar fundera på sina egna mål-sättningar – Svårt att göra med minnessjuka, de har svårt att uttrycka sina behov – Beskrivning av nuläget fattas – Uppgörandet av planen och teamarbete kräver övning Positiv känsla av utvecklingsarbetet.
Verksamhetsmodell och verktyg som stöder den	Verksamhetsmodellen finns beskriven i den av teamet gjorda postern (bilaga 11). De av teamet utvecklade blanketterna är tillgängliga för alla anställda.
Implementering och fort-satt utveckling av verk-samhetsmodellen	Man fortsätter pilotprojektet med regelbundna teamträffar. Verksamhetsmodellen har presenterats för K5:s referensgrupp i projektet samt för landskapets sote-arbetsgrupp. Planering av implementering.

3. Parempi Arki –projektets fortsättning i Österbotten

I Österbotten pågår flera projekt och verksamheter, vilka antingen på basen av målgrupp eller av innehåll har beröringspunkter med Parempi Arki –projektet. Nedan följer reflektioner kring främjande av verksamhetsmässig integrering lokalt samt tillämpning av utvecklingsarbetet regionalt.

3.1 Verksamhetsmässig sote-integrering och åtgärder som främjar den

De team som deltagit i Parempi Arki –projektet har alla utvecklat lokala modeller för givna målgrupper. Tidtabellen för utvecklingsarbetet var stram och i alla team hann man inte testa verksamhetsmodellerna i verksamheten. Spridningen och implementeringen av utvecklingsarbetet bör fortsätta och stödas lokalt. Utvärdering av samarbetets resultat och effekter kunde inte heller förverkligas under projekttiden, och det vore viktigt att fästa uppmärksamhet vid det vid implementering av verksamheten.
Målsättning för teamens utvecklingsarbete var verksamhetsmässig integrering mot kundorienterade tjänster. Även om verksamhetsmodellerna är utvecklade för olika målgrupper, innehåller de gemensamma element, vilka beskriver integreringens centrala faktorer och åtgärder som främjar dem. Kundorientering kan ses som en styrande princip, som understryker betydelsen av att uppmärksamma kundens behov och resurser, samt betydelsen av växelverkan och samarbete i nätverk.

Centrala faktorer	Främjande åtgärder
Identifiering av gemensamma kunder	– Personalen känner till vilka tjänster som finns att erbjuda – Utbildning (t.ex. nepsy-kunnande, geriatriskt kunnande, identifiering av missbruk) – Modeller och praxis för handledning till andra tjänster
Tidigt stöd	– Gemensamma och etablerade metoder och verktyg (t.ex. TL&P, nepsy-coaching) – Tillräckligt med resurser för att ingripa i tid (t.ex. undvikande av långa väntetider, tillräckligt med personal) – Utveckling av lågtröskeltjänster (t.ex. familjecentraler, samarbete med tredje sektorn, gruppverksamhet)
Arbete i nätverk	– Ledningens stöd och möjligheter att arbeta tillsammans – Överenskomna tillvägagångssätt för samarbete och arbete i nätverk, vilka baserar sig på de gemensamma kundernas behov (t.ex. regelbundna mångprofessionella teamträffar, pararbete, sammottagning) – Fungerande datasystem och rörliga klientdata
Uppföljning och utvärdering - ***På kundnivå***	– Överenskomna tillvägagångssätt och ansvarsområden (Tidsintervall för uppföljning och utvärdering? Vem ansvarar för det?) – Utnämnande av ansvarsperson/koordinator åt kunden (Kunden har en bestämd kontaktperson och hen vet vem hen kan ta kontakt med) – Fungerande remiss- och responspraxis (Kunden behöver inte ansvara för att ärenden går framåt och att information går fram)

- ***På organisationsnivå***	– Den mångprofessionella verksamheten har tydliga målsättningar
	– Man har gemensamt överenskomna uppföljningsindikatorer, i vilka beaktas exempelvis:
	  – Välfärdskompassens indikatorer
	  – De av Sitra ja SHM utvecklade servicepaketen
	  – Vasa sjukvårdsdistrikts vård- och servicekedjor
	  – Serviceuppgifterna inom socialvården
	  – Aktuella linjedragningar i sote-reformen, t.ex. effekt- och kostnadsstatistikgruppens arbete

3.2 Parempi Arki –projektets resultat och implementering av verksamheten

Det utvecklingsarbete kring verksamhetsmässig integrering som inletts i Parempi Arki fortsätter efter att projektet avslutats på landskapsnivå i Österbottens olika arbetsgrupper och i regeringens spetsprojekt samt i lokala utvecklingsinsatser. Regionala och även mera omfattande organisationer så som kompetenscentret på det sociala området SONet BOTNIA har en viktig roll i att föra fram Parempi Arki –projektets resultat på olika forum. Även enskilda aktörer, som deltar i sote-förberedelserna och i utvecklingsarbete inom sektorerna, har möjlighet att dra nytta av det utvecklingsarbete med verksamhetsmässig sote-integrering som inleddes i projektet. Härifrån är det enkelt och fruktbart att fortsätta.

Till regeringens spetsprojekt hör bl.a. Program för utveckling av barn- och familjetjänster (LAPE) och Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras (I&O –spetsprojektet). Liksom Parempi Arki –projektet har även spetsprojekten som målsättning att stöd ges i rätt tid och att tjänsterna är bättre integrerade och koordinerade. I Parempi Arki –projektet i Österbotten fanns målgrupper kring barn, unga och familjer såväl som kring äldre. Det utvecklingsarbete som gjorts i Parempi Arki, t.ex. Jakobstads serviceprocess för barnfamiljer och K5-områdets samarbetsmodell för äldre, kan man dra nytta av och fördjupa i spetsprojekten.

I Österbotten planeras som bäst ett nytt SOTE-hus, som har som målsättning att förena primärhälsovårdens, specialsjukvårdens och socialvårdens tjänster samt att främja tjänsternas kundorienterade och kostnadseffektiva integrering. I Parempi Arki –projektet har man öppnat kundprocesser i syfte att skapa ändamålsenliga tjänster för kunden genom effektiva och välkoordinerade processer. I planeringen av det nya SOTE -husets verksamheter kunde man ta de i Parempi Arki-projektet utvecklade kundprocesserna och verksamhetsmodellerna i beaktande.

Det av SONet BOTNIA ledda nationella PRO SOS –projektet har som målsättning att i socialvårdslagens anda trygga ett starkt, kundorienterat och effektivt socialarbete åt klienter som behöver särskilt stöd. Målgruppen i PRO SOS –projektet är till stor del samma som Parempi Arki –projektets gemensamma kunder som använder mycket tjänster. De i Parempi Arki –projektet beskrivna kundprocesserna och verksamhetsmodellerna kunde vara till nytta då man utvecklar kundorienterat och effektivt socialarbete åt socialvårdslagens klienter som behöver särskilt stöd.

Det riksomfattande Kansa-koulu –projektet är ett verkställighetsprojekt för lagen om klienthandlingar inom socialvården, vilket stöder beredskapen hos organisationerna inom det sociala området att ansluta sig till det riksomfattande arkivet för klientdata inom socialvården. I projektet främjar man ibruktagandet av strukturerade klienthandlingar och tillämpningen av nationella klassificeringar och dokumentstrukturer i klientdatasystemen. För att möjliggöra det i Parempi Arki –projektet inledda sektorövergripande samarbetet tillsammans med kunden, krävs det en mera enhetlig dokumenteringskultur.

Ovan har nämnts bara några beröringspunkter med Parempi Arki –projektet. För närvarande pågår en nationell, betydande förändring i social- och hälsovårdens organisering, vilken Parempi Arki –projektet genom sin utveckling av den verksamhetsmässiga integreringen har strävat efter att främja i samarbete med kunder och personal.

Bilagor

Bilaga 1: Verktyg för identifiering

Nedan är exempel, som du kan använda för att kartlägga situationen

1. Kundens situation väcker oro och/eller en känsla av otillräcklighet

2. Kundens problem är inte entydigt eller man når inte dess kärna	3. Upprepade och/eller oplanerade besök och kontakter på grund av oklara orsaker	4. Misstanke om beroendeproblematik	5. Upprepade oanvända tider som inte avbokats
2.1 Många besök på olika ställen	**3.1** Besök och bokningar ca. 10/år (hälsovård) ca. 5/år (specialsjukvård)	**4.1** Ekonomisk situation	**5.1** Orsaken till avbokning är vag
2.2 Närståendes oro	**3.2** Orsakerna till kontakterna är vaga	**4.2** Olyckor	**5.2** Oanvända tider 2 – 4/mån (soc) 2 – 3 per 2 mån (specialsjukvård)
2.3 Självdestruktivt beteende	**3.3** Varierande problem	**4.3** Sjukledigheter	**5.3** Oanvända tider i tandvården
2.4 Misstanke om mental ohälsa	**3.4** Många symptom	**4.4** Smärt- eller lugnande mediciner, recept	
2.5 Misstanke om våld i kundens närmiljö	**3.5** Olyckor	**4.5** AUDIT	
2.6 Beteendestörningar/ aggressivitet		**4.6** Laboratorieprov, t.ex. leverprov	
		4.7 Exteriör	

parempi arki

Bilaga 2. Vård- och serviceplan (HOPA)

Vård- och serviceplan	**Datum**
Kundens namn:	**Personbeteckning:**
Adress: **Telefonnummer:**	**Postnummer och ort:**
Personer som deltagit i utarbetandet av planen	
Ansvarsperson för planen (kan dokumenteras efter att man gjort planen)	
Kundens behov	
Kundens målsättningar	
Saker som stöder förverkligandet av planen	
Planens förverkligande och tillvägagångssätt	

Uppföljning och utvärdering
Tilläggsuppgifter: medicinering, diagnoser, vård- och servicekontakter
Annat att ta i beaktande
Kundens samtycke till utbyte av information inhämtat: __ / __ 201__ Skriftligt ☐ Muntligt ☐ Samtycket sparat: elektroniskt ☐, i pappersversion ☐, lagringsplats: Samtyckets giltighetstid:
Den gemensamma kundplanen lagras i socialvårdens klientdatasystem: Manuellt ☐ Elektroniskt ☐ **Kopia av den gemensamma kundplanen lagras i patientdatasystemet:** Manuellt ☐ Elektroniskt ☐ Den gemensamma kundplanen har getts åt kunden __ / __ 2016

Riktlinjer för huvudrubrikerna

Kundens behov

- Består av ett eller flera behov som kunden identifierar. Social- och hälsovårdens personal fungerar som stöd vid identifieringen av behoven.
- Utgångspunkten är kundens upplevda behov, det kunden uppger som orsak till att hen sökt sig till servicen
- Kunden har redan med hjälp av olika verktyg begrundat sin situation och funderat på sina behov och målsättningar

Hur kan jag hjälpa?

Vilka tankar väckte egenvårdsblanketten (eller motsvarande)?

Kundens målsättningar

- Den förändring som kunden eftersträvar gällande sitt hälsotillstånd eller hanterandet av vardagen. Man strävar mot förändringen genom att formulera konkreta delmål, som man kan följa upp. Social- och hälsovårdens personal fungerar som stöd då man ställer upp målen.
- Målsättningen dokumenteras med kundens egna ord
- Kundens målsättningar leder alla anställdas verksamhet

Kan du berätta hur du mår nu och hur du önskar må om ett år?

Saker som stöder förverkligandet av planen

- De saker i kundens hälsa, resurser, livssituation m.m., som stöder förverkligandet av planen/förändringen
- Förverkligandet kan stödas av bl.a.

Vad gör du redan nu?

Vad fungerar bra?

Planens förverkligande och tillvägagångssätt

- Innehåller de tillvägagångssätt för förverkligande av förändringen, vilka kunden själv planerat. Social- och hälsovårdens personal stöder förverkligandet av planen.
- Innehåller gemensamt överenskomna åtgärder: konkret och i mån av möjlighet tidsbestämt, vad man i samarbete med kunden kommit överens om (t.ex. möte med anhöriga inom 1 mån, uppföljningsbesök på hälsovårdscentralen efter 6 mån).
- Omfattar olika saker som stöder välbefinnandet
- Kan innehålla även andra tjänster än offentliga social- och hälsovårdstjänster

Vad hjälper dig att nå målen?

Vad vill du prova härnäst?

Hurudant stöd skulle du önska dig?

Uppföljning och utvärdering

- Hur kunden själv följer upp och utvärderar sina framsteg i förändringen. Kunden och social- och hälsovårdens personal kommer tillsammans överens om med vilka tidsmellanrum man utvärderar kundens situation.
- Innehåller de tillsammans med kunden överenskomna sätten att följa upp och utvärdera förverkligandet av målsättningarna och hur man nått dem.
- Man kommer överens om med vem, när och hur kunden följande gång tar kontakt.

Hur vet du att du rör dig i rätt riktning?

Hur kan du följa dina framgångar?

När skall vi träffas följande gång?

Bilaga 3: Deltagare i Österbottens team

	Namn	Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Organisation
Vasa:	Hannele Helinko	Nepsy-skötare	Huvudhälsostation	Vasa
Nepsy-barn under skolåldern	Minna Korkeakangas	Rehabiliteringshandledare	Handikappomsorgen	Vasa
	Mari Lassila	Psykolog	Familjerådgivningen	Vasa
	Tiina Rintanen	Daghemsföreståndare	Småbarnspedagogik	Vasa
	Päivi Björninen	Sosialarbetare	Barn- och familjesocialarbete	Vasa

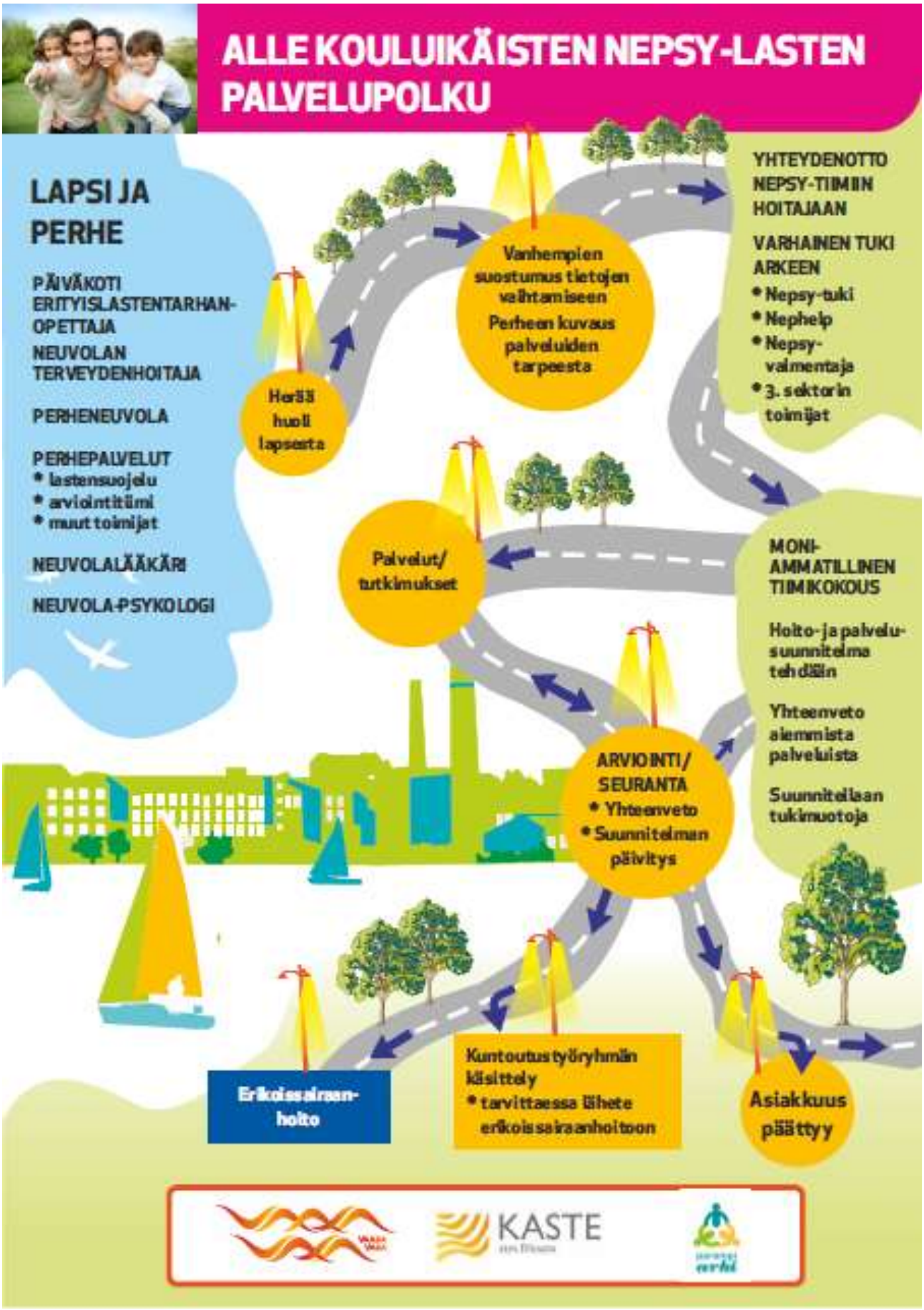
	Namn	Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Organisation
Vasa:	Hannele Helinko	Nepsy-skötare	Huvudhälsostation	Vasa
Nepsy-barn i skolål-dern	Minna Korkeakangas	Rehabiliteringshandledare	Handikappomsorgen	Vasa
	Nina Kypärä	Psykolog	Grundutbildningen	Vasa
	Markku Alahäivälä	Speciallärare/nepsy-coach	Grundutbildningen	Vasa
	Elisa Mahlanen	Skolhälsovårdare	Grundutbildningen	Vasa

	Namn	Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Organisation
Korsholm - Vörå:	Annika Eklund	Hälsovårdare	Barnrådgivningen	Korsholm
Nepsy-barn (under 6 år)	Ann-Sofi Blom 10/2016 asti Johanna Ström-Berglund	Socialarbetare	Socialcentralen	Korsholm
	Rita Laakso	Specialbarnträdgårdslärare	Småbarnspedagogik	Korsholm
	Petra Dahlback	Psykolog	Hälsovårdscentralen	Korsholm
	Sofia Svartsjö	Överläkare	Hälsovårdscentralen	Korsholm
	Heidi Österåker	Läkare	Hälsovårdscentralen	Korsholm

	Namn	Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Organisation
Laihela: Nepsy-barn och unga	Tuulia Saukko	Skolhälsovårdare	Hälsovården	Samverksamhetsområdet Vasa-Laihela
	Virva Myllykangas	Kurator	Elevvården	Laihela
	Heidi Syrjälä	Sjukskötare-hälsovårdare	Hälsovårdscentralen	Samverksamhetsområdet Vasa-Laihela
	Riitta Laurila	Psykolog	Elevvården	Laihela
	Mia Saukko	Psykiatrisk specialsjukskötare	Hälsovårdscentralen	Samverksamhetsområdet Vasa-Laihela
	Namn	**Yrkesbeteckning**	**Verksamhetsenhet**	**Organisation**
Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad: Långtidsarbetslösa	Maria Aho	Enhetschef	Vuxensocialarbete	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Susanne Häggman	Sjukskötare	HVC-mottagning	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Katarina Palo	Hälsovårdare	Vuxenrådgivning	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Ireeni Finnholm	Ledare för beroendevården	Missbruks- och beroendevården	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Ann-Sofie Larsson	Placeringskoordinator	Äldreomsorgen	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Riitta Lönnbäck	Överskötare	Mental- och beroendevården	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Marjo Orava	Avdelningsskötare	Primärhälsovårdens öppenvård	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad

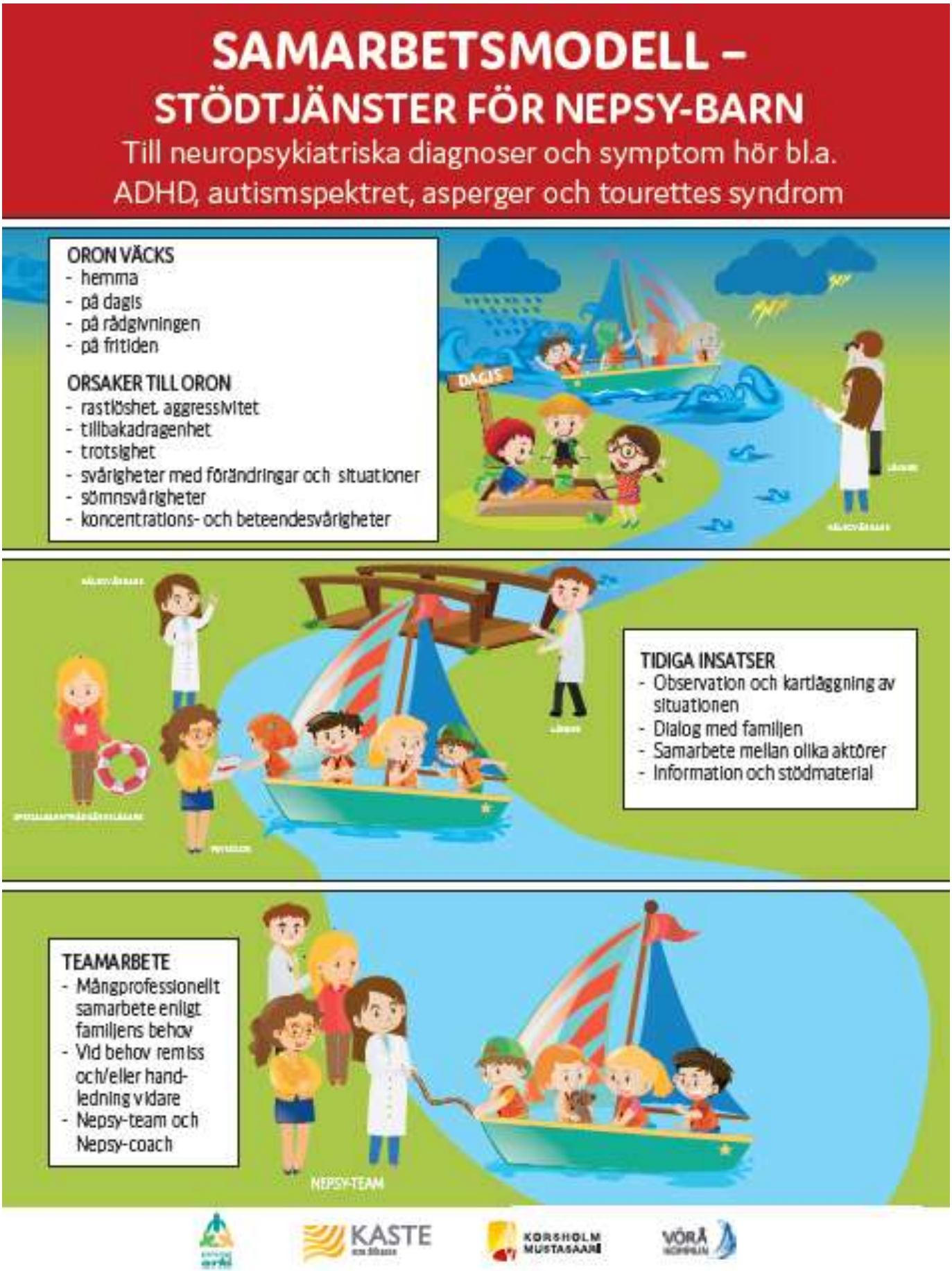
	Namn	Yrkesbeteckning	Verksamhetsenhet	Organisation
Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad: Barnfamiljer, där föräldrarna har fysiska, psykiska eller sociala problem	Ann-Marie Granholm	Socialarbetare	Barnskydd	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Pia Kotanen	Enhetschef	Familjeservicecentralen	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Susann Rintamäki	Ledande familjehandledare	Familjearbete	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Eivor Back	Specialplanerare/socialarbetare	Barnskydd	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Anna-Stina Småroos-Holmgård	Servicehandledare	Mental- och beroendevården	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Anne Pirttimaa	Psykolog	Mentalvårdscentralen	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Lisen Vestlin	Ledande hälsovårdare	Rådgivningen	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Annica Sundberg	Överläkare i fysiatri	Fysiatriska polikliniken	Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad
	Namn	**Yrkesbeteckning**	**Verksamhetsenhet**	**Organisation**
K5: Hemmaboende äldre med komplexa behov, med betoning på behov av psykosociala insatser	Jenny Björndahl-Öhman	Äldreomsorgschef	Äldreomsorgen	Närpes
	Lilli Groop	Servicekoordinator	Hemvården	Närpes
	Kristina Maars	Socialarbetare	Hälsovårdscentralen	Närpes
	Åsa-Britt Forth-Snellman	Avdelningsskötare	Jouravdelningen	VCS
	Stina Bärnlund	Minnesskötare	K5, minnesrådgivningen	K5
	Mikaela Wikman	Avdelningsskötare	Hälsovårdscentralen, öppenvård	Närpes
	Harriet Harf	Hälsovårdare	Seniorrådgivning	Närpes
	Caroline Wikman	Avdelningsskötare	HVC-sjukhus	Närpes
	Maria Karlå	Psykiatrisk sjukskötare	K5, psykosociala enheten	K5

Bilaga 4: Vasa



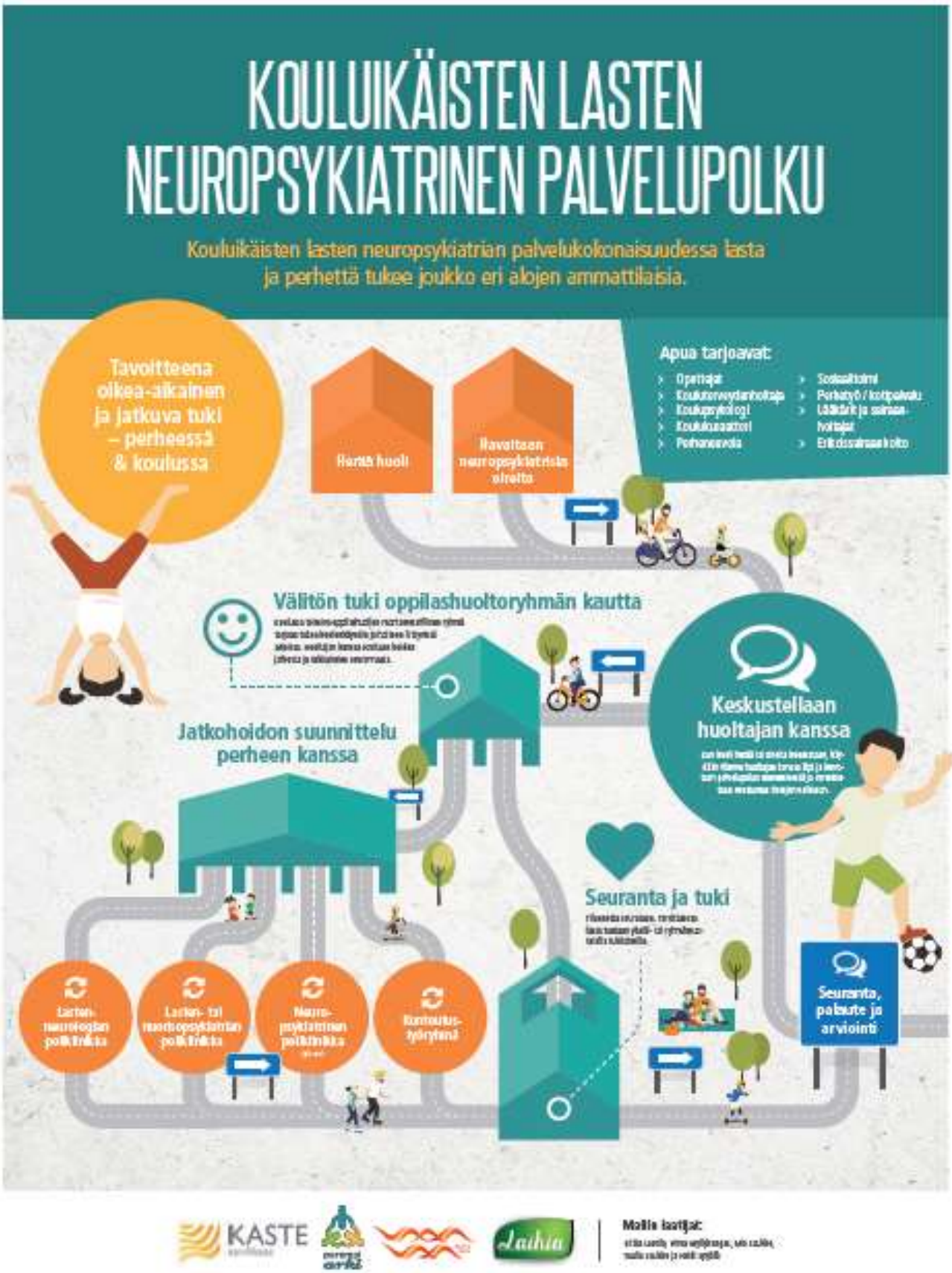
Bilaga 5: Vasa

Bilaga 6: Korsholm-Vörå



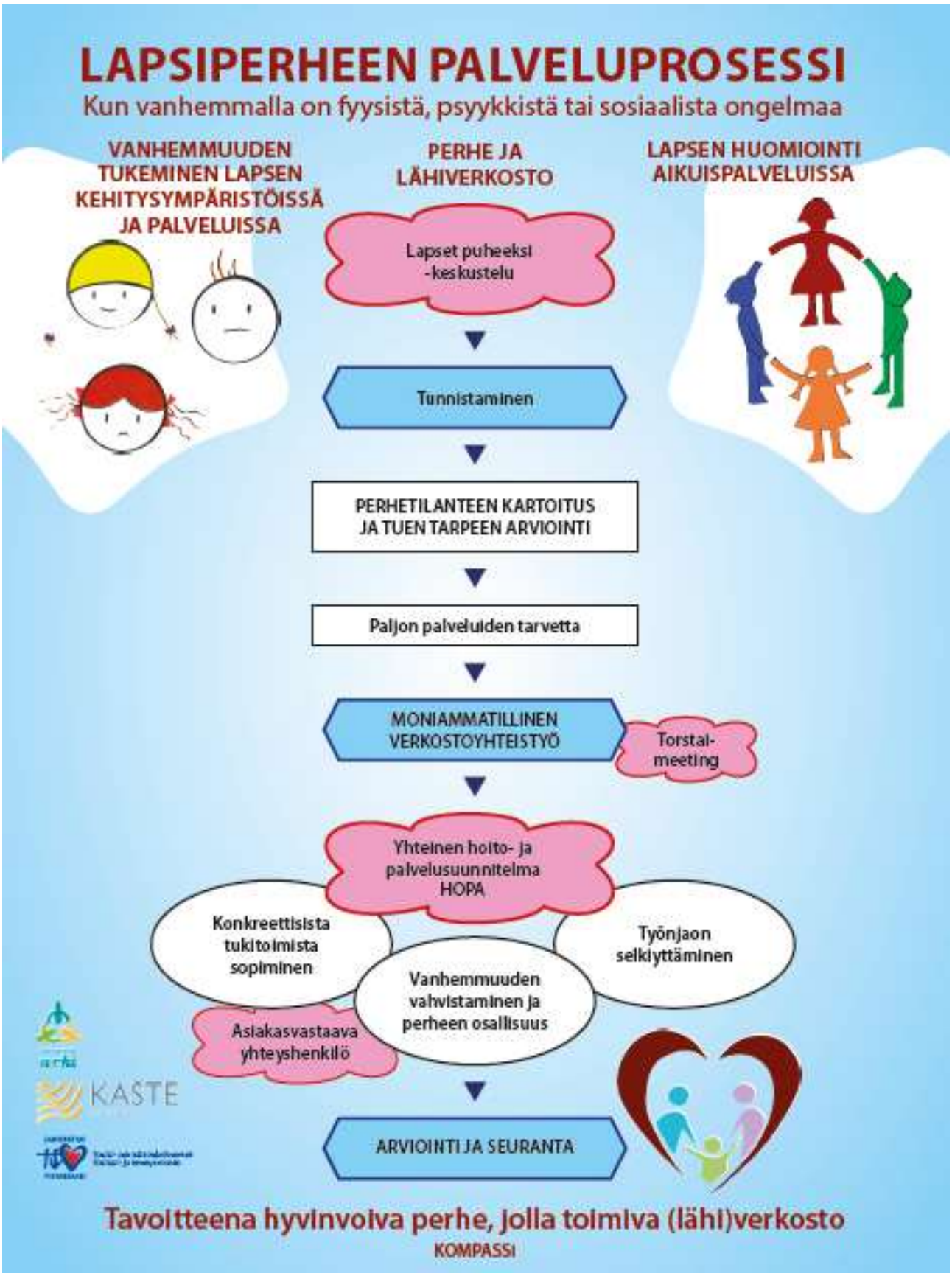
Bilaga 7: Laihela

Bilaga 8: Laihela



Bilaga 9: Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad

Bilaga 10: Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad



Bilaga 11: Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård