



# **KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD**

## **MENTALVÅRDSSTRATEGI 2010–2015**

Kust-Österbottens samkommun för  
social- och primärvård

Godkänd av Samkommunstyrelsen 15.9.2010

## INNEHÅLL

FÖRORD	sida 3
SAMMANDRAG	5

### I UTREDNINGSDEL

<b>1. INLEDNING</b>	<b>8</b>
<b>2. NATIONELLA OCH REGIONALA UTMANINGAR FÖR UTVECKLANDET AV DET REGIONALA MENTALVÅRDSARBETET</b>	<b>13</b>
2.1. Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete	14
2.2. Regionala utredningar om utvecklandet av mentalvårds- och missbruksarbetet	15
2.3. Linjedragningar för det regionala utvecklingsarbetet	19
<b>3. PROCESSEN FÖR DEN REGIONALA MENTALVÅRDSSTRATEGIN</b>	<b>21</b>
3.1. Begrepp i strategin	21
3.2. Mentalvårdsstrategier	24
3.3. Strategiprocessen	25
<b>4. FRÄMJANDE AV HÄLSAN OCH LIVSCYKELTÄNKANDET</b>	<b>27</b>
4.1. Främjande av den psykiska hälsan och förebyggande av störningar	28
4.2. Främjande av den psykisk hälsa under hela livscykeln	30
<b>5. LOKALA UTVECKLINGSUTMANINGAR PÅ BASEN AV NULÄGET</b>	<b>31</b>
5.1. Mentalvårdsarbetet som helhet i K5-kommunerna	31
5.2. Användningen av mentalvårdens öppenvårds- och institutionstjänster inom K5-kommunerna	35
5.3. Samarbete med tredje sektorn och anhöriga	41

### II ÅTGÄRDSDEL

<b>6. STRATEGINS MÅLSÄTTNINGAR OCH UTVECKLINGSFÖRSLAG</b>	<b>44</b>
6.1. Hälsöfrämjande verksamhet	45
6.1.1 Främjande av psykisk hälsa på basnivå, familjeservice (hälso- och socialvård)	45
6.1.2 Rehabilitering	47
6.2. Sjukvård på basnivå, hälsocentralverksamhet	49
6.3. Psykosocialt servicecenter	51
6.3.1 Den psykosociala arbetsgruppen	53
6.3.2 Mobilt team	55
<b>7. GENOMFÖRANDEPLAN FÖR MIELENTERVEYSSTRATEGIN ÅREN 2010–2013</b>	<b>60</b>
<b>8. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV STRATEGIN</b>	<b>63</b>
<b>KÄLLOR</b>	<b>64</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>67</b>

## FÖRORD

Mentalvårdsstrategin för Kust-Österbottens samkommun har utarbetats under en lång och arbetsdryg process i vilken Mentalvårdsrådet ställt hela sin sakkunskap inom mentalvårdsarbetet till hela områdets förfogande. Målsättningarna och åtgärdsförslagen i mentalvårdsstrategin 2010-2015 erbjuder möjlighet att gemensamt bygga upp och förändra det splittrade mentalvårdssystemet. Strategin innehåller också goda anvisningar för hur olika mål kan nås genom noggrann fokusering. Idéerna som framförs i den färska mentalvårdsstrategin är ett sätt att föra servicen nära klienten och mentalvårdstjänsterna ska vara lättillgängliga. Förhoppningsvis är det nya och fräscha med denna strategi att målsättningarna förverkligas på rätt sätt i enlighet med planen och att servicen förnyas så att den bättre motsvarar framtida behov.

Samkommunens medlemskommuner (Kaskö, Kristinestad, Korsnäs, Malax & Närpes) har på ett berömligt sätt deltagit i strategiarbetet. Kommunernas gemensamma strategiska avsikter och stöd har gett strategiarbetet mervärde. Strategiarbetet sammanföll också tidsmässigt på ett utmärkt sätt med publiceringen av den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete och genomförandeplanen (Mieli 2009). På detta sätt fick vi också aktuell draghjälp av nationellt sakkunniga. Samkommunen har också fått redskap för att utveckla mental- och missbrukararbetet via Vålittjä 2009 projektet.

Samkommunens medlemskommuner har redan tidigare deltagit i många projekt som varit viktiga för befolkningens välbefinnande: Fyrklöver-projektet, På spåret-projektet, Sydin-projektet och Vasa regionens rusmedelsstrategi. Åren 2009-2010 har samkommunen utarbetat och godkänt en regional barnskyddsplan och verksamhetsprogram bl.a. som stöd för skol- och studenthälsovården.

Nationella lagreformer kommer att föra med sig nya direktiv för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna och innehållet i dem. Enligt den kommande lagändringen tillförs allt mer specialkunnande till basnivå, där det viktigaste är ordnandet av jämlik service för kommuninvånaren. Medlemskommunerna i Kust-Österbottens samkommun har också en viktig roll då det gäller beslutsfattande på basnivå: nationella rekommendationer, önskemål och föreskrifter kan mista sin betydelse om kommunerna inte kan fatta modiga beslut som inverkar långt in i framtiden.

Slutligen vill vi rikta ett varmt tack till alla som deltagit i processen för uppgörande av mentalvårdstrategin! Ett stort tack också till samkommunens mentalvårdsråd för ett aktivt och

reflekterande arbetssätt. Samtidigt vill vi också tacka ledningen för psykiatriska enheten i Vasa sjukvårdsdistrikt, överläkare Veijo Nevalainen (THL/Imatra stad) och anhörig- och patientorganisationerna i Vasa regionen för ett gott samarbete och värdefulla kommentarer. Vi vill också tacka AVM Tiia Järvinen och övriga sekreterare som lyckats sammanfatta mentalvårdsrådets livliga diskussioner.

Malax 1.9.2010

På ledningsgruppens för Kust-Österbottens samkommun och Mentalvårdsrådets vägnar

Jarkko Pirttipерä  
Direktör  
Kust-Österbottens sk

Ralf Häggqvist  
ordförande  
Mentalvårdsrådet

## **SAMMANDRAG**

Mentalvårdsrådet har sammanställt en helhetsplan för mentalvårdsarbetet inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Hälsöfrämjande och förebyggande arbete, rehabilitering och vård har behandlats parallellt och beaktats som lika viktiga delar av helheten. Man betonar vikten av gemensamma och klagjorda 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.

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- anhängig som sakkunniga synliggörs i planeringen och verkställandet.
9. Patient- och anhängigorganisationens 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.

### **Lokala team vid vård- och omsorgscentralerna i regionen. Förverkligas 2012.**

I teamen för familjeservice placeras en psykolog, (tidigare hvc-psykolog) med inriktning på hälsöfrämjande verksamhet, hälsa och välmående i vid bemärkelse bland barn och familjer.

Tjänsterna finns redan nu på hälsocentralerna och innebär därmed ingen ökning av kostnaderna. Total lönekostnad ca 173 000 €. Ingen tilläggskostnad

Inom bastrygghetsscentralernas vårdarbete bildar rusmedelsrådgivare och två specialistsjukskötare team för mentalvårdsarbete. Samarbetet med övrig vård- och omsorgspersonalen betonas. Man gör vårdbehovsbedömningar och vidtar första insats vid alkoholmissbruk, depressioner och andra psykiska hälsorisker.

#### Vakanser

Sjukskötare	Antal vakanser	Vsvd	Hvc	Ny tjänst
Terapeutisk vård	3	0	1,5	1,5
Psyk första vård	3	3	0	0
Rusmedelsvård	2	0	2	0
<b>Summerat</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3,5</b>	<b>1,5</b>

Total lönekostnad ca.350 000 €, tilläggskostnad ca 66 000 €

#### **Regionalt team vid psykosociala enheten. Förverkligas 2012.**

Ett av utvecklingsobjekten i mentalvårdsstrategin är en psykosocial service-enhet med regionalt ansvar och som placeras i Närpes med tanke på en geografiskt jämlik behandling av regionen. Det regionala ansvaret tryggas genom skapandet av mobila arbetsteam. Inom enheten behandlas psykiska sjukdomar och symptom bland hela befolkningen i form av medicinsk behandling, terapier och rehabiliterande verksamhet . Man gör också utredningar och bedömningar. Vid behov remitteras klienter till specialistsjukvård. Ett fungerande samarbete utvecklas med hela vård- och omsorgssektorn.

Team för vuxna	Antal vakanser	Vsvd	Hvc	Ny tjänst
Psykiater	1	1	0	0
Psykolog	2	1	0	1
Sjsk.terap.vård	3	3	0	0
Akutteam (mobilt)	2	0	0	2
Team för familj och barn				
Psykiater för barn o unga	0,5	0,5	0	0
Psykolog	2	1,5	0	0,5
Socialarbetare	1	1	0	0
Sjukskötare	1	1	0	0
<b>Summerat</b>	<b>12,5</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>3,5</b>

Total lönekostnad ca.665 000 €, tilläggskostnad ca.173 000 €

### Kliniskt arbete sammanlagt

Personal	Antal	Från Vsvd	Från Hvc	Ny tjänst	Tilläggs kostnad	Total kostnad
Lönekostnad	<b>20,5</b>	<b>12</b>	<b>3,5</b>	<b>5</b>	<b>239 000</b>	<b>1 015 000</b>

### Ledning och kanslipersonal

	Antal vakanser	Vsvd	Hvc	Ny tjänst
Avd. chef	1	0	0	1
Avd. skötare	1	1	0	0
Kanslist	1,78	1,78	0	0
<b>Summerat</b>	<b>3,78</b>	<b>2,78</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Total lönekostnad ca.189 000 €, tilläggskostnad ca.74 000 €.

### Sammanlagda kostnader i jämförelse med nuläget

	<b>Totalkostnad</b>
<b>Öppenvårdskostnader till VSVD inom K5 2009, alla kostnader</b>	<b>985 291</b>
<b>Köptjänster</b>	<b>Ca. 100 000</b>
<b>Egna tjänster (psykologer, depressionsskötare, rusmedelsskötare), löner</b>	<b>Ca. 300 000</b>
<b>Summerat</b>	<b>Ca. 1 385 000</b>
<b>Psykosociala teamets beräknade lönekostnader</b>	<b>Ca. 1 377 000</b>

### Planerade tjänster

Koordinator för hälsofrämjande arbete inom samkommunen, 2013

En skolkurator och två skolpsykologer, 2013

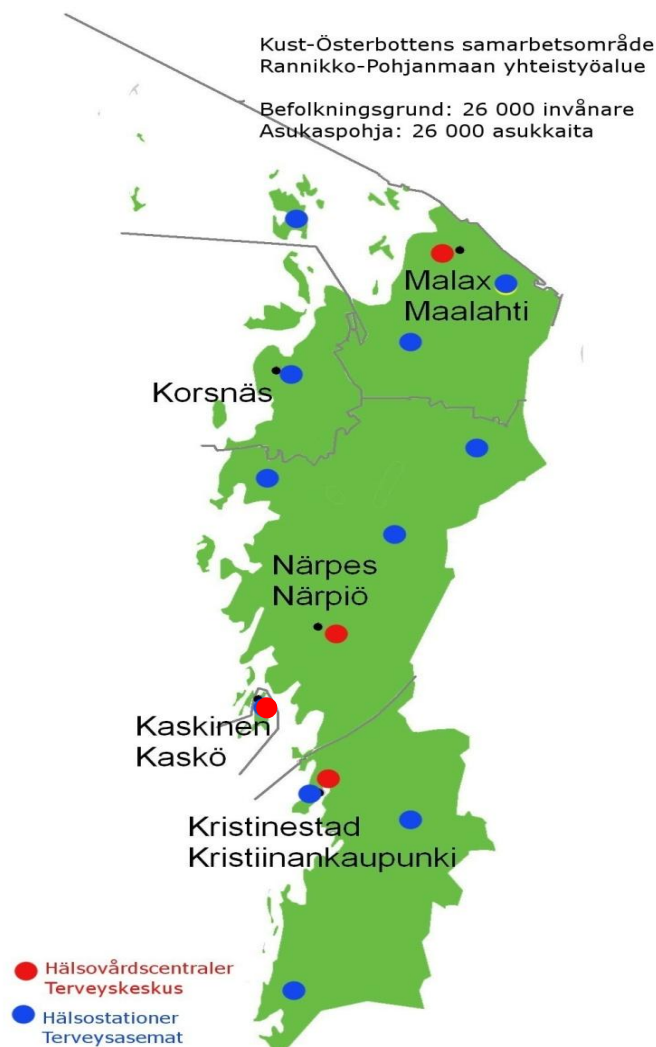
Rehabiliteringshandledare, 2014

Mobil arbetsgrupp med ansvar även för rehabiliterande verksamhet, 2015

# I UTREDNINGSDDEL

## 1. INLEDNING

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård är ett samarbetsområde som grundats av Kaskö, Kristinestad, Korsnäs, Malax och Närpes och som ansvarat för ordnandet av primärvårdens och merparten av socialvårdens tjänster från och med början av år 2009. I samband med kommun- och servicestrukturreformen har kommunerna uppmanats bilda helheter med större befolkningsgrund för att underlätta ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna. Målsättningen med den s.k. Kssr-ramlagen har bl.a. varit att förbättra och trygga tillgången på service även utanför stadscentrumen. Områdets befolkningsgrund är 26 000 invånare och serviceproduktionen är ordnad enligt beställar-utförar -modellen.



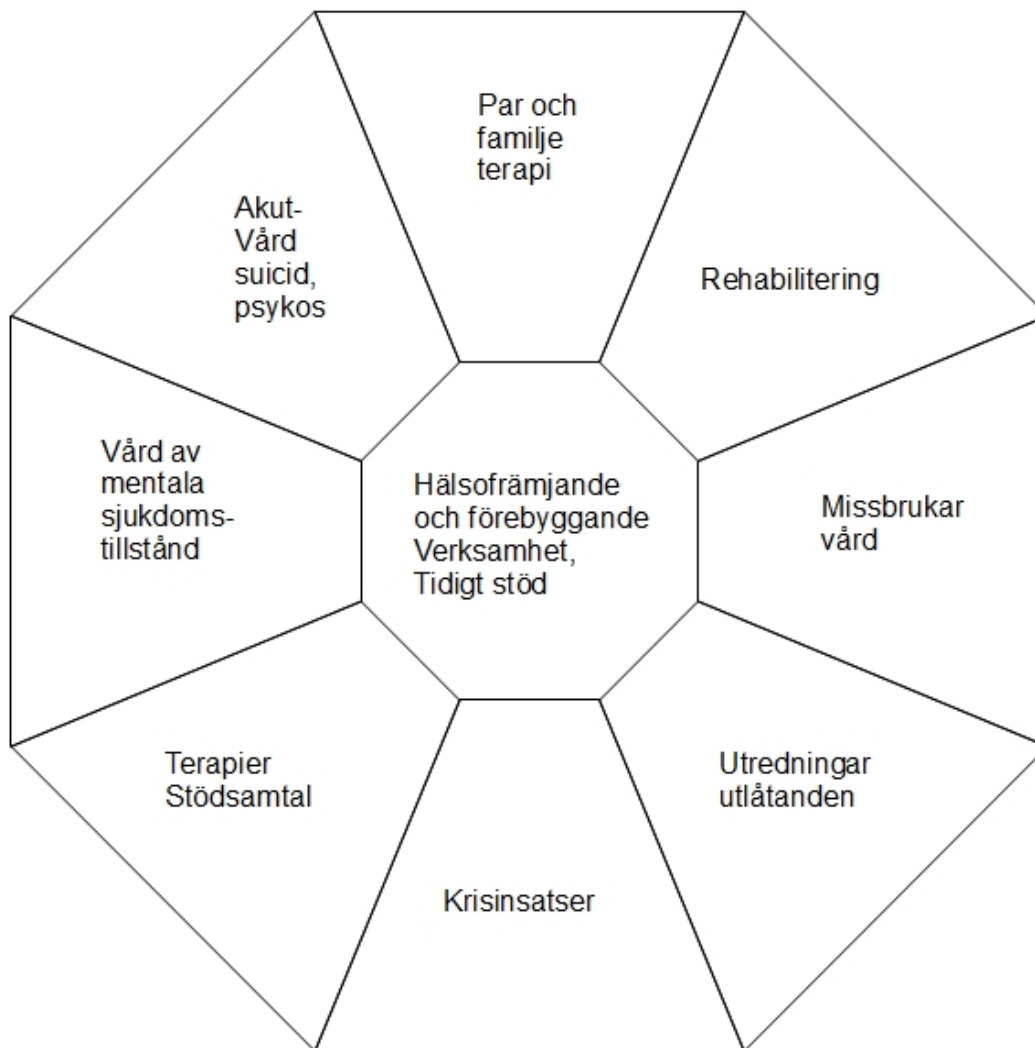
Figur 1. Området för Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård

Vid samkommunsstyrelsens sammanträde 1.12.2008 godkändes utgångspunkterna för utvecklingsprocessen inom Kust-Österbottens samkommun och centrala strategier i verksamhetsplanen. Visionen för Kust-Österbottens samkommun utformades enligt följande: *”Verksamhetsidén för Kust-Österbottens samkommun är att utveckla en transparent modell för ordnande av social- och hälsovårdstjänster 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 hälsovårdstjänster.”*

Utvecklingsarbetet inom Kust-Österbottens samkommun omfattar utveckling av centrala tyngdpunktsområden, serviceprocesser och organisationer. För att uppnå målen och som stöd för utvärderingen genomförs ett utvärderingsprojekt som inleddes i maj 2009. Med hjälp av ovannämnda åtgärder skall en modell för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna inom K5 utvecklas (2013). Mentalvårdsarbetet har lyfts fram som ett viktigt tyngdpunktsområde för utvecklingsarbetet.

Det ser ut att finnas behov av den regionala mentalvårdsstrategin som nu utarbetas inom Kust-Österbottens samkommun. Med tanke på strategiprocessen är det viktigt att höra lokala sakkunniga samt klienternas och de 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. Med hjälp av strategisk planering kan man klara av förändringarna inom kommunernas social- och hälsovård och samtidigt revidera innehållet och strukturerna i denna service.

Figur 2 visar den regionala mentalvårdsstrategins verksamhetsfält. Den viktigaste uppgiften för primärkommunerna är att ansvara för ordnandet av hälsofrämjande arbete och arbete för att förebygga mental ohälsa, och därmed täcker mentalvårdsstrategins verksamhetsområde alla sektorer - också andra än social- och hälsovården. Tryggande av kommuninvånarnas välbefinnande och vardag är grundläggande utgångspunkter som ska beaktas i allt kommunalt beslutsfattande och all planering. Välbefinnande och som en del därav den psykiska hälsan är grundläggande värden som alla som arbetar inom K5 skall ha som utgångspunkt.



Ralf Häggqvist 2010

Figur 2. Utformningen av mentalvårdsstrategin inom K5-områdets kommuner

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.

Verksamhetssättet inom mentalvården är framförallt psykologiskt så att t.ex. mentalvårdstjänsterna fäster uppmärksamhet vid hälsan - inte enbart vid att ställa en diagnos. Oftast är det primärvårdens personal som möter mentalvårdsklienterna först, och

därför bör resurserna i fortsättningen riktas ännu mera på att förbättra primärvårdspersonalens kompetens och beredskap i mentalvårdsfrågor. Redan nu har vård- och den övriga personalen mycket god potential att ingripa i ett tidigt skede och hänvisa klienten till rätt hjälp, men denna möjlighet utnyttjas inte ännu på bästa möjliga sätt.

Inom Vasa sjukvårdsdistrikt är vården av patienter med psykiska störningar koncentrerad till specialsjukvården, vilket lett till att mindre uppmärksamhet fästs vid att utveckla primärvårdens mentalvårdsarbete inom Kust-Österbottens område. Vården inom vuxenpsykiatrin har traditionellt varit institutionsbetonad. En försiktig utveckling har skett beträffande mentalvårdstjänsterna inom Kust-Österbottens samkommuns område, men nya perspektiv och åtgärder behövs för att svara på utmaningarna inom mentalvårdsarbetet. En viktig målsättning med mentalvårdslagen (1990) är att ordna klientens mentalvårdstjänster inom öppenvården.

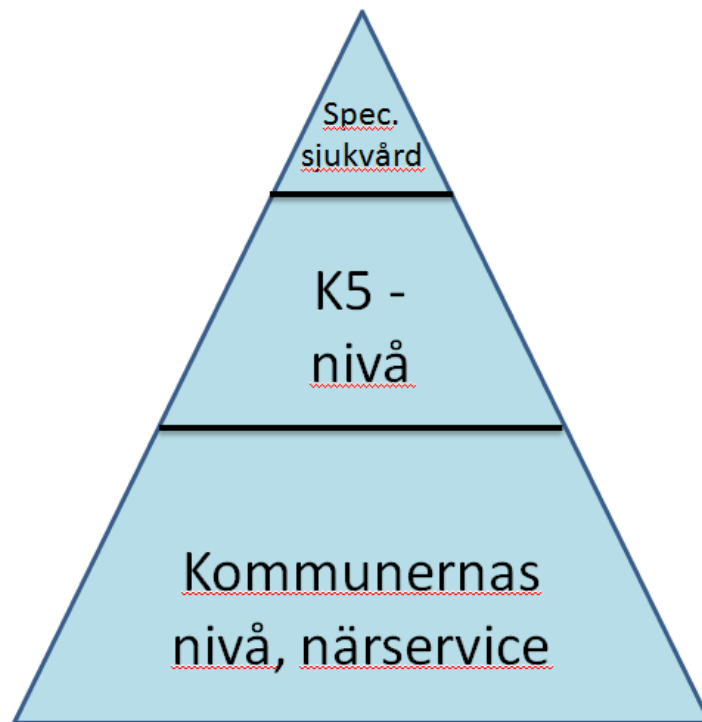
### **Strategidokumentets disposition**

Strategidokumentet är indelat i två delar som kompletterar varandra, **I Utredningsdelen** och **II Åtgärdsdelen**. Utredningsdelen belyser mentalvårdsstrategins bakgrund ur lokalt, nationellt och delvis även internationellt perspektiv. Dessutom definierar första delen vissa centrala begrepp och beskriver situationen inom området utgående från delområdesindelningen i figur 2.

I den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete (2009) poängteras särskilt primärkommunernas ansvar i utvecklingen av mentalvårdsarbetet. En förebyggande och hälsofrämjande infallsvinkel utgör den största potentialen för att utveckla primärvårdsservicens mentalvårdskunnande inom K5-området. Mental- och missbruksproblem har stor betydelse med tanke på folkhälsan och därför ska störningarna först utvärderas inom primärvården och öppenvården. Då servicen planeras ska klienternas möjligheter till egenvård och stödpersoner beaktas.

Åtgärdsdelen koncentrerar sig på utvecklingsarbetets viktigaste tyngdpunktsområden som definierats av mentalvårdsrådet (se bilaga 1), som leder strategiarbetet. Efter att de strategiska behoven definierats bör man fundera över vilka helheter som kommunerna kan sköta, nära klienterna, vilka som bör koncentreras och koordineras regionalt, och vilka tjänster som bör skötas inom specialsjukvården. I strategin fastställs förutom servicens innehåll även strukturerna för mentalvårdsarbetet i K5-området i fortsättningen. Både kommunerna inom området och samarbetet med olika organisationer och andra aktörer inom

tredje sektorn samt med specialsjukvården har beaktats. I figur 3 åskådliggörs mentalvårdsarbetets olika nivåer.



Figur 3. Mentalvårdsarbetets olika nivåer

Inom samkommunen för social- och primärhälsovården i Kust-Österbotten ses psykisk hälsa som en helhet där det förebyggande och främjande arbetet fungerar i växelverkan med vårdsystemet. Främjandet av psykisk hälsa och tidigt ingripande konkretiseras inom basservicen t.ex. i familjearbetet, i skolorna, dagvården samt mera allmänt inom social- och hälsovården. Vården ordnas enligt ett trappsystem där det psykosociala teamet på regional nivå har hand om medicinsk och psykologisk vård samt rehabilitering, krisarbete, mental- och missbrukarvård, psykoterapi och psykiatri. Klienterna och deras anhöriga får delta i planeringen av tjänsterna och målsättningen är att skraddarsy tydliga vårdkedjor utgående från klientens egna behov.

Om verkställigheten av strategin lyckas väl kommer kommuninvånarna inom Kust-Österbottens samkommun att få högklassiga och effektiva mentalvårdstjänster i rätt tid. All verksamhet i kommunerna präglas av ett främjande och förebyggande grepp och mentalvårdsfrågorna beaktas på ett övergripande sätt i beslutsfattandet. Invånarna i området ska må bra och psykisk hälsa är alla invånares grundrättighet.

Den regionala mentalvårdsstrategin uppgörs med följande utgångspunkter:

- Servicen utgår från klientens behov
- Lågtröskelprincipen och tillgång till vård enligt behov
- Endörssprincipen

**Målsättningen är att utveckla en helhet för mentalvårdsarbetet som utgår från klientens behov, är öppenvårdsbetonad och som baserar sig på mentalvårdskunnande inom när servicen:**

- a) genom att utveckla hälsovårdscentralernas bedömning av vårdbehovet i enlighet med lågtröskel- och endörssprincipen för att trygga invånarnas tillgång till kvalitativa mentalvårdstjänster i rätt tid
- b) genom att föra det mobila teamets mentalvårdskunnande och -service till människornas vardagsomgivning på ett flexibelt och snabbt sätt i enlighet med behovet
- c) genom att utveckla mentalvårdsarbetet så att alla har möjlighet att fungera självständigt i sin vardag och att återgå till arbetslivet/studierna
- d) genom att utveckla den regionala tillgången på service.

## **2. NATIONELLA OCH REGIONALA UTMANINGAR FÖR UTVECKLINGEN AV DET REGIONALA MENTALVÅRDSARBETET**

Mentalvårdsarbetets största utmaningar är att utveckla servicesystemen och tillgodose att kommuninvånarna har tillgång till service som ordnas i rätt tid. Användarvänliga mentalvårdstjänster kunde vara en målsättning för det långsiktiga utvecklingsarbetet. Mentalvårdstjänster finns inte tillgängligt för alla kommuninvånare. Den splittrade servicen kan göra att inledandet av vården och undersökningen fördröjs. Vården av psykiska störningar uppfattas emellertid inte alltid som en servicehändelse som ska baseras på klientens behov.

Enligt Merttu-undersökningen (2006) finns det skillnader mellan kommunerna då det gäller mentalvårdstjänsterna. I större städer har mentalvårdstjänsterna en mångsidigare struktur. I mentalvårdstjänsterna behövs god praxis, t.ex. mobila och multiprofessionella team. Öppenvårdens tjänster är delvis utvecklade i många kommuner och mentalvårdstjänsterna är ofta mycket splittrade. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006: 67–68.)

Hörnstenen i kommun- och servicestrukturreformen kommer troligen att vara koordineringen av funktionerna, d.v.s. hur samordningen av funktionerna, arbetsfördelningen och samarbetet inom primärvården och specialistsjukvården lyckas. Sättet att ordna funktionerna förvaltningsmässigt eller organisatoriskt får inte utgöra ett hinder för koordineringen av funktionerna. Medborgarnas synvinkel måste fortsättningsvis beaktas då servicen ordnas. (Idänpää-Heikkilä, Junnila, Pekurinen & Wahlbeck 2006: 24.)

## **2.1 Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete**

Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete (2009) följer också den internationella världshälsoorganisationen WHO:s och Europeiska unionens linjedragningar enligt vilka bl.a. den psykiska hälsan ska beaktas i alla politiska program. Inom Europeiska unionens område är de psykiska problemen ett stort bekymmer. Europeiska kommissionen publicerade år 2005 en Grönbok som dryftar olika sätt att förbättra den psykiska hälsan för befolkningen inom EU. Europeiska unionen har som målsättning att senare uppgöra en gemensam mentalvårdsstrategi. I publikationens utgångspunkter konstateras bl.a. att den psykiska hälsan är en mycket viktig resurs som ska beaktas i de strategier som har som målsättning att trygga befolkningens välbefinnande inom EU:s område. En fjärdedel av Europeiska unionens befolkning mår psykiskt dåligt, vilket kan leda till en för tidig död och betydande ekonomiska förluster. Psykisk ohälsa belastar familjerna, och människor kan till och med stigmatiseras på grund av psykiska problem. I Grönboken betonas förebyggande av psykisk ohälsa och främjande av psykisk hälsa. En av de viktigaste målsättningarna är att främja den sociala integreringen av psykiskt sjuka och funktionshindrade samt att respektera deras människovärde. (Grönbok 2005.)

Arbetsgruppen Mieli 2009 har sammanställt rekommendationer till åtgärder som kan förbättra befolkningens psykiska välbefinnande och allmänna funktionsförmåga. Arbetsgruppen har också funderat över olika lösningar för att omorganisera det splittrade servicesystemet och utveckla den öppna vården. Som tyngdpunktsområde för utvecklandet av mentalvårdsarbetet har valts stärkande av klientens ställning, främjande av psykisk hälsa, organiserande av tjänsterna till en funktionell helhet samt stärkande av basservicens roll i anordnandet och utvecklandet av servicen.

En av de viktigaste målsättningarna för den nationella arbetsgruppen Mieli 2009 är att stärka klientens ställning. I arbetsgruppens första förslag är målsättningen att trygga jämlikt bemötande av personer med psykisk ohälsa eller missbruk samt ingripa i eventuella stigmatiserande attityder. Det är också ytterst viktigt att ta i beaktande klientens kulturella

och språkliga bakgrund så att man utöver svensk- och finskspråkiga tjänster också erbjuder tjänster på samiska liksom tjänster för invandrare. Servicen kan också göras mera klientinriktad genom att utveckla lågröskelservice. Social- och hälsovårdens strukturer förnyas som bäst och då kunde också tjänster från en och samma dörr utvecklas. Tjänster enligt endörrsprincipen kan genomföras som närservice på basservicenivå, t.ex. inom primärvården. Endörrsprincipen kan innebära t.ex. att hälsovårdscentralerna har skötar- eller socialarbetarmottagning där vårdbehovet bedöms tillsammans med klienten och anhöriga.

Många av rekommendationerna i den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete gäller även mentalvårds- och missbruksarbetet i medlemskommunerna inom Kust-Österbottens samkommun. Till viktiga utvecklingsområden i denna mentalvårdsstrategi har valts uttryckligen stärkandet av klientens ställning och det förebyggande och främjande mentalvårdsarbetet.

## **2.2. Regionala utredningar om utvecklandet av mentalvårds- och missbruksarbetet**

Denna mentalvårdsstrategi baserar sig förutom på nationella och internationella program och rekommendationer för mentalvården också på tidigare planer inom området och de viktigaste resultaten av genomförda projekt.

I regionen 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 Kornäs deltagit i uppgörandet av Vasaregionens rusmedelsstrategi. Den regionala strategin för missbrukarvården verkställs i enlighet med matriser som kommunerna uppgjort, och varje strategikommun har utsett en representant till den uppföljningsgrupp som tillsatts för den regionala koordineringen och som sammanträder några gånger per år. I och med Mellanfinlands Välttjäjä 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.

## Projektet Sydin

Syftet med omsorgsprojektet Sydin (2003-2005) var att i ett framtidsperspektiv skapa en modell för gränsöverskridande samarbete mellan kommuner, offentliga vårdproducenter samt aktörer inom privata och tredje sektorn i Sydösterbotten. I projektet deltog Bötom, Kaskö, Kristinestad och Närpes samt Vasa sjukvårdsdistrikt och Bottenhavets sjukhem. Projektet resulterade i tolv åtgärdsförslag av vilka missbrukarvården och psykiatrins verksamhetsmodell är viktiga i detta sammanhang. Inom ramen för Sydinprojektet gjordes en kartläggning av missbrukarvården i Bötom, Kaskö, Kristinestad och Närpes (05/05). På basen av kartläggningen konstaterades att följande utmaningar föreligger inom en nära framtid då det gäller **missbrukarvården**:

- utbildning av hälso-, sjuk- och socialvårdspersonal
- ett ökat nätverkssamarbete, med klara vårddirektiv inom missbrukarvården
- en utvecklad eftervård (rusmedelsarbetare) med regelbunden uppföljning av klienten (åtgärder vidtagits inom ramen för På spåret -projektet)
- A-klinikverksamhet med möjlighet att ta emot berusade personer för tillnyktring och även sköta uppföljningen av rattfyllerivård.

Åtgärdsförslagen för **psykiatrins verksamhetsmodell** är följande:

- Enligt STAKES slutrapport som Vasa sjukvårdsdistrikt låtit göra ska den psykiatriska avdelningen i Kristinestad stängas och i stället rekommenderas att en dagavdelning planeras för personer som lider av psykiska problem. Patienterna från den psykiatriska avdelningen skulle då flyttas till social- och primärvården.
- Regionen saknar helt stödboende för personer som lider av psykiska problem och missbruksproblem. Det är viktigt att denna service ordnas som närservice på klientens eget modersmål. Denna verksamhet ordnas nu av en privat aktör, Mikeva (f.d. Mendis), som har en serviceboendeenhet i Kristinestad med 13 platser. Platsbehovet är emellertid större. Dessutom erbjuds också serviceboende vid en enhet i Kaskö.
- Dagverksamhet borde ordnas och utvecklas som kommunernas närservice i samarbete med tredje sektorn.
- För personer som lider av psykiska problem finns ingen ändamålsenlig och effektiv rehabilitering. Öppenvårdens volym bör ökas. Ordnas för närvarande av tredje sektorn.

- Psykiatrins läkarresurser bör bevaras på minst nuvarande nivå. Nuvarande läkarresurser är bristfälliga och servicen produceras delvis med köptjänster.
- Stakes rekommenderade att primärvården i framtiden har en egen depressionsskötare. Detta har förverkligats endast i Kristinestad som har en deltidsanställd depressionsskötare.
- En psykogeriatrisk enhet behövs inom primärvården. Eftersom regionens vårdplatsbehov ändå är så litet bör denna verksamhet ordnas i omedelbar anslutning till övrig verksamhet; annars blir kostnaderna alldeles för höga.

### **Projektet Fyrklövern**

Projektet Fyrklövern (2005-2007) var ett fortsättningsprojekt för omsorgsprojektet Sydin. I projektet deltog Närpes, Kristinestad, Bötom, Kaskö och Bottenhavets sjukhem. Målet med projektet var att verkställa några av de åtgärdsförslag som togs fram inom ramen för Sydinprojektet.

1. verksamhetsmodell för familjecenter,
2. verksamhetsmodell för demenspatientens vårdkedja, dvs. minnesrådgivning,
3. delprojektet kunskap-kompetens-fungerande vårdkedja, dvs. fortbildning för social- och hälsovårdspersonalen främst med tanke på punkterna 1 och 2.

Målet för projektet var att stöda barns, ungas och familjers hälsa och välbefinnande och skapa en verksamhetsmodell för en regional minnespoliklinik samt utveckla personalledningen och kompetensen. Tyngdpunktsområden var främst ibrukttagande av arbetsmetoder som främjar tidigt ingripande och förebyggande verksamhet. Minnespolikliniken har i uppgift att utreda minnesstörningar, demens och andra sjukdomar som förorsakar minnesstörningar, t.ex. depression bland äldre. Minnesrådgivning inleddes inom primärvården både vid Närpes och Kristinestads hälsovårdscentraler. En gemensam sakkunnig- och handledargrupp har bildats för att upprätthålla och öka funktionsförmågan och livskvaliteten för de äldre och personer med minnesstörningar med hjälp av sysselsättande verksamhet och aktiverande dagverksamhet (Mimoselverksamhet).

### **Projektet På spåret**

Kaskö, Kristinestad och Närpes städer beslöt i början av år 2006 att gemensamt utarbeta en strategi för missbruksarbetet. Städerna ingick partnerskapsavtal med social- och hälsovårdsministeriet för att genomföra alkoholprogrammet och Österbottenprojektet. Avsikten är att avtalsparterna ska stöda varandra i utvecklandet av missbrukarvården. Rusmedelsstrategin för Sydösterbottens kustregion utarbetades inom ramen för projektet På spåret och innehåller åtgärdsförslag för att stärka och trygga invånarnas hälsa och

välbefinnande, främja nykterheten och skapa en fungerande vårdkedja. Strategins allmänna målsättning var att förebygga skador orsakade av rusmedel, ingripa i rusmedelsproblem i ett tidigt skede, utveckla en klart definierad arbetsfördelning inom missbrukarvården, ett ökat sektorövergripande nätverkssamarbete och öka kunskanndet och kompetensen inom branschen.

En av projektets viktigaste slutsatser var effektiva åtgärder för att minska problem och skador som förorsakas av alkohol. Detta skulle förverkligas genom att kombinera olika åtgärder, delvis åtgärder som riktar sig till hela befolkningen (primär prevention) och som strävar till att minska den genomsnittliga förbrukningen och delvis åtgärder som riktar sig till särskilda riskgrupper (sekundär prevention) där alkoholkonsumtionen är oroväckande stor.

Inom ramen för projektet konstaterades att det finns många utmaningar då det gäller alkohol- och drogarbetet i regionen:

- Att upprätthålla och stärka det förebyggande alkohol- och drogarbete som redan görs i regionen
- Att i ett tidigt skede ta tag i problem som föräleds av alkohol- och droganvändning och som en arbetsmetod införa miniintervention (tidigt ingripande) inom primärvården och övriga sektorer
- Fortgående grund-, fortsättnings- och kompletterande utbildning samt handledning för personal som arbetar med personer med missbruksproblem.
- Klar ansvarsfördelning beträffande vården av personer med s.k. dubbeldiagnos (både psykiska problem och missbruksproblem)
- Att utveckla tillnyktrings- och avvänjningsvården gemensamt inom regionen i samband med kommun- och servicestrukturreformen
- Att utveckla dagcenterverksamhet och stödbostäder för personer som till följd av alkohol- och/eller drogmissbruk befinner sig i riskzonen för marginalisering
- Att uppmärksamma anhörigstödet
- Att öka satsningarna på billigare och kostnadseffektivare former av missbrukarvård
- Uppföljningen

### **Bildande av samarbetsområde för primärhälsovård och uppgifter i nära anslutning till den inom socialväsendet i Kaskö, Kristinestad och Närpes (2007)**

De tre sydösterbottniska kuststäderna Kaskö, Kristinestad och Närpes beställde av Stakes enhet för kommunala tjänster en rapport om utredningsarbetet i anslutning till bildande av

samarbetsområde. Avsikten var att utredningsarbetets resultat skulle fungera som grund för städernas planer för hur primärvården och uppgifter i nära anslutning till den inom socialvården ska ordnas i enlighet med ramlagen om kommun- och servicestrukturreformen. Utredningsresultatet presenterades som tre alternativa modeller för skapande av ett samarbetsområde i enlighet med ramlagens krav. Utredningens viktigaste slutsatser då det gäller missbrukar- och mentalvården var att de psykosociala tjänsterna kan ordnas gemensamt under förutsättning att barnskyddets grundläggande verksamhet placeras under primärkommunernas socialservice. I dessa tjänster ingår missbruksarbetet och familjerådgivningstjänsterna samt primärvårdens eget mentalvårdsarbete, t.ex. hälsovårdscentralpsykologer och psykiatriska specialjukskötare.

### **2.3. Linjedragningar för det regionala utvecklingsarbetet**

Den regionala mentalvårdsstrategin inom K5 kommer att uppgöras och genomföras i nära samarbete med andra utvecklingsplaner i området. Bl.a. följande utvecklingsprojekt är aktuella inom Kust-Österbottens samkommuns område under de kommande åren.

KASTE-projekten Äldrekaste och Vällittjä 2009:

**Äldrekaste** (1.11.2009 - 31.10.2011). Samkommunen deltar i projektet Äldrekaste i den del som går under namnet "Hälsa och välmående för äldre i Österbotten". Målet för Äldrekaste är bl.a. att utveckla hälsofrämjande funktioner, som stöder äldre personers delaktighet samt utveckla arbetsmetoder som baserar sig på regionala behov och med vilka äldre personers funktionsförmåga kan stödas i hemvården och på institutioner. Österbottens andel av Äldrekaste administreras av Korsholm. K5 deltar med totalt 143 000 euro, målsättningen är att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och tidigt ingripande (t.ex. seniorrådgivning, hälsofrämjande hembesök). I Kristinestad fortsätter arbetet med att implementera depressionshandboken i åldringsvården.

**Vällittjä 2009** (1.11.2009 - 31.10.2011). Målsättningen med Mellanfinlands utvecklingsprojekt för mentalvården och missbruksarbetet är att stärka grundnivån inom mentalvården och missbrukarvården samt att utveckla nya verksamhets sätt. Man försöker uppnå målen genom att förebygga problemen och ingripa i dem så tidigt som möjligt, genom att trygga en yrkeskunnig och tillräcklig personal samt genom att skapa sammanhängande servicehelheter inom social- och hälsovården. Inom K5 piloteras nya verksamhetsformer och metoder under projektiden. Projektarbetare har anställts för Kust-Österbottens samkommuns

område under åren 2010-11 och samkommunens finansieringsandel av detta projekt är knappa 25 000 €.

**Integrationsprojektet** (1.10.2009 – 31.12.2010). Kust-Österbottens samkommun och Vasa stad har tillsammans inlämnat en projektansökan med målsättningen att skapa god praxis i anslutning till integreringen av invandrare. Projektet genomförs som ett tandemprojekt så att både Vasa stad och Kust-Österbottens samkommun är huvudmän för projektet. Projektet är avsett för planering av verksamheten i anslutning till integreringen av invandrarna i inledningskedet, servicerådgivning (familjeservice, psykisk hälsa) samt rådgivningstjänster med låg tröskel. Målsättningen är att stöda både tillräckliga språkkunskaper och s.k. "hälsoläskunnighet".

**Plan för barns och ungas välmående inom K5-området** (2010-2013). Enligt planen för barns och ungas välmående, som blev klar i början av år 2010, avses med barnskydd skydd av barn på alla nivåer och att barnens välmående ankommer alla invånare och sektorer. Barnskydd kan ta sig olika uttryck, allt från förebyggande till stödjande och korrigerande verksamhet. Syftet med planen för barns och ungas välmående är att ge kommunens beslutsfattare en bättre helhetsuppfattning om barnens uppväxtförhållanden och välmående samt de resurser som detta arbete kräver. (Plan för barns och ungas välmående inom K5-området).

**Utvärderingsprojektet** (1.1.2009 - 30.6.2011). "Gemensam social- och hälsovårdsservice – samarbete, samverkan, framgång? – Utvärdering av en process". Projektet finansieras delvis med medel från Europeiska regionala utvecklingsfonden (ERUF) och administreras av Fortbildningscentralen vid Åbo Akademi. Målsättningen med utvärderingsprojektet är att stöda och utvärdera förändringsprocesserna gällande social- och hälsovården inom samkommunens område.

**Doctacon Telecare pilotprojekt** (1.1.2010 - 31.12.2010). Inom ramen för pilotprojektet testas telemedicinska tjänster vid sex åldringsvårdsenheter inom Kust-Österbottens samarbetsområde i samarbete med Doctagon Oy. Målsättningen med projektet är att skapa ett nytt verksamhets sätt, som ger åldringshemmen åtminstone lika bra kliniskt stöd som hittills, minskar beroendet av en viss läkare, förbättrar tillgången till läkare, minskar antalet besök vid hälsovårdscentralen och sjukhusjouren samt minskar belastningen inom primärvården. Av kommunerna inom samarbetsområdet är det endast Kaskö som inte deltar.

### 3. PROCESSEN FÖR DEN REGIONALA MENTALVÅRDSSTRATEGIN

#### 3.1. Begrepp i strategin

##### **Strategi**

Strategi är en modell eller plan som binder samman organisationens centrala mål, politik och verksamhetskedjor till en helhet. (Mintzberg 1996). Genom strategisk verksamhet får man organisationen att svara på utmaningar som finns inom den framtida verksamhetsomgivningen. (Ansoff 1984; Ollila 2006; Toikka 2002). Med strategin strävar man efter att hitta de viktigaste faktorerna med tanke på verksamheten, eftersom resurserna är begränsade. Strategin uppgörs för att svara på frågorna varför och vad medan frågan som framför allt lyfts fram inom förverkligandet är hur? Strategin utvecklas och förändras kontinuerligt varför man samtidigt måste hålla i minnet de stora linjerna och kunna vara flexibel då situationen så kräver. (Kamensky 2000). I allmänhet avses med strategier långsiktiga planer som omspannar t.ex. 3-5 år. Med begreppet strategi avses ofta hur olika system och organisationer klarar av att utvecklas och omorganisera sig i föränderliga och krävande förhållanden för att trygga effektiva prestationer. (Bakka m.fl. 2006:247). Mintzberg poängterar å sin sida organisationsledningens ansvar för strategin och beskriver organisationens strategiska ledning som den part som ska se till att organisationens målsättningar uppnås på ett effektivt sätt. Strategier uppgörs på många olika nivåer inom en organisation och då avses med strategi en klar och officiell linjering av hur organisationen ska uppnå sina mål (Lindroos & Lohivesi 2006: 29). Kommunernas mentalvårds- och rusmedelsstrategier innehåller å sin sida en helhetsplan och strategisk målsättning för hur tjänsterna på bästa möjliga sätt kan resurseras och utvecklas med hjälp av regional och lokal välfärdsinformation så att de motsvarar kommuninvånarnas behov. Målsättningen är att integrera dessa planer som ska vara så användarvänliga som möjligt i kommunens andra välfärdspolitiska program och på så sätt få den psykiska hälsan integrerad i det kommunala beslutsfattandet. (Pirttiperä & Vuorenmaa 2008).

##### **Psykisk hälsa**

Psykisk hälsa är enligt Världshälsoorganisationen WHO (2004) en viktig del av människans hälsa: det finns ingen hälsa utan psykisk hälsa. Den psykiska hälsan utgör grunden för människans välmående och funktionsförmåga. Människans psykiska hälsa är en resurs som möjliggör många olika saker i livet. Psykisk hälsa är inte bara frånvaro av psykisk ohälsa, utan välbefinnande och förmåga att klara av vardagen. Även människans kreativa förmåga och förmåga till mänskliga relationer är en del av en god psykisk hälsa. Psykiska problem

kan ta sig många olika uttryck och ge upphov till olika symptom. Det är fråga om störningar då symptomen begränsar individens funktions- och arbetsförmåga, möjligheter att delta och klara sig eller förorsakar lidande och psykisk sjukdom. (WHO Summary report 2004).

Med psykisk hälsa avses också människans förmåga att känna, tänka och verka på ett sätt som hjälper oss att njuta av livet och möta de utmaningar vi ställs inför. Det är en positiv upplevelse av psykiskt och fysiskt välbefinnande, som erkänner vikten av jämlikhet, social rättvisa och människovärdet. (Doughty 2005: xvi). I arbetet med att främja den psykiska hälsan har goda resultat nåtts genom att testa och undersöka olika metoder bl.a. inom följande program: hembesök hos gravida ensamförsörjare och småbarnsmammor, att integrera personer med psykiska problem i arbetslivet, skolornas program för främjande av psykisk hälsa, program för att främja socialt deltagande, kurser i psykisk första hjälp samt miniinterventioner. Det viktigaste är ett så tidigt ingripande som möjligt och att tyngdpunkten läggs på förebyggande verksamhet. (Stakes 2007:36).

De faktorer som inverkar på psykisk hälsa kan indelas i skyddande faktorer och riskfaktorer (tabell 1). De skyddande faktorerna stärker den psykiska hälsan, ökar livskontrollen och hjälper personen att klara sig. De skyddande faktorerna kan vara antingen inre eller yttre faktorer. Riskfaktorerna kan försvaga hälsan och välbefinnandet eller öka risken att insjukna. Också de kan vara antingen inre eller yttre faktorer. (Kohti parempaa mielenterveyttä... 2006.)

Tabell 1. Inre och yttre skyddande faktorer och riskfaktorer som inverkar på den psykiska hälsan (Kohti parempaa mielenterveyttä... 2006, 16).

<p><b>Inre skyddande faktorer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• god fysisk hälsa och arvsanlag</li> <li>• positiva tidiga människorelationer</li> <li>• tillräckligt god självkänsla</li> <li>• problemlösningsförmåga</li> <li>• förmåga till växelverkan</li> <li>• förmåga att skapa och upprätthålla tillfredsställande människorelationer</li> <li>• möjlighet att förverkliga sig själv</li> </ul>	<p><b>Yttre skyddande faktorer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• socialt stöd, vänner</li> <li>• utbildningsmöjligheter</li> <li>• arbete eller annan utkomst</li> <li>• att bli hörd och ha påverkningsmöjligheter</li> <li>• trygg livsmiljö</li> <li>• lättillgänglig offentlig närservice</li> </ul>
<p><b>Inre riskfaktorer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• biologiska faktorer, t.ex. utvecklingsstörningar, sjukdomar</li> <li>• sårbar självkänsla</li> <li>• känsla av hjälplöshet</li> <li>• dåliga människorelationer</li> <li>• isolering, främlingskap</li> </ul>	<p><b>Yttre riskfaktorer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• skilsmässor och förluster</li> <li>• övergrepp, våld och mobbning</li> <li>• arbetslöshet och hot om arbetslöshet</li> <li>• droger</li> <li>• fattigdom, hemlöshet, att bli stämplad</li> <li>• skadlig livsmiljö</li> </ul>

### Mentalvårdstjänster

Enligt mentalvårdslagen (1990/1116) avses med mentalvårdsarbete främjande av individens psykiska välbefinnande och personens handlingsförmåga och personlighetsutveckling samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Mentalvårdstjänster är vård av mentala störningar och mentala sjukdomar samt rehabilitering som erbjuds av social- och hälsovården. Kommunen ska se till att mentalvårdstjänsterna är ordnade i den utsträckning att de motsvarar behovet. Mentalvårdsarbetets specialtjänster är specialistledd öppen vård och institutionsvård, t.ex. psykiatriska polikliniker och psykiatriska avdelningar. Tjänster på primärnivå i kommunerna är hälsovårdscentralernas tjänster samt bl.a. rehabiliterings- och servicehem, som upprätthålls förutom av kommuner även av privata företagare och organisationer.

## Rehabilitering

I mentalvårdsstrategin avses med rehabilitering sådan verksamhet som har som målsättning av upprätthålla och förbättra individens arbets- och funktionsförmåga. Rehabiliteringen ses som en unik och personlig process som förbättrar klientens förutsättningar att uppnå egna målsättningar i livet och stärka hans/hennes möjligheter att verka i en målinriktad verksamhetsmiljö. Med rehabiliteringen kan man i bästa fall utgående från personens egna förutsättningar förbättra hans/hennes livskvalitet och underlätta integreringen i samhället. (Pirttiperä 2006: 12–14.)

### 3.2. Mentalvårdsstrategier

Kommunernas mentalvårds- och rusmedelsstrategier innehåller en helhetsplan och strategiska målsättningar för hur tjänsterna på bästa möjliga sätt kan resurseras och utvecklas med hjälp av regional och lokal välfärdsinformation till att motsvara kommuninvånarnas behov (Pirttiperä & Vuorenmaa 2008). Enligt Stakes (Vägvisare 2002) ska mentalvårdsarbetet planeras så att man kan ordna enhetliga, mångsidiga och klientrelaterade mentalvårdstjänster för kommuninvånarna. Målsättningen är att integrera dessa planer i kommunens andra välfärdspolitiska program så att psykiska hälsan vägs in i allt kommunalt beslutsfattande.

En fjärdedel av Finlands kommuner har gjort upp en mentalvårdsstrategi, ofta i samband med ett mera omfattande förändrings- och utvecklingsarbete. Till mentalvårdstjänsternas egenskaper hör tanken om öppenvårdsinriktad service som ordnats i människornas vardag. I viss mån kan strategier bidra till att ställa allt tydligare mål för förändringarna av det splittrade mentalvårdssystemet. (Harjajarvi, Pirkola & Wahlbeck 2006: 69-74).

*Typiska målsättningar för arbetet med mentalvårds- och rusmedelsstrategier:*

- Integrera tjänsterna verksamhetsmässigt på det regionala planet
- Utöka den klientinriktade verksamheten
- Stärka kunnandet inom basservicen
- Utveckla regionala specialtjänster för barn och unga
- Utveckla regionala specialtjänster för vuxna och äldre
- Ta fram och utreda förändringsbehov
- Fastställa framtidsvisioner och värden
- Uppmuntra beslutsfattare och sakkunniga att samarbeta
- Fastställa tidtabeller och delmål (Källa: Österbotten-projektet 2007)

### 3.3. Strategiprocessen

Arbetet med den regionala mentalvårdsstrategin inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård leds av mentalvårdsrådet som inledde sin verksamhet våren 2009. I mentalvårdsrådets instruktion, första momentet definieras verksamheten enligt följande:

*"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 till samkommunsstyrelsen och vid behov övriga förvaltningsorgan för utvecklande och tryggnade av mentalvårdstjänsterna."*

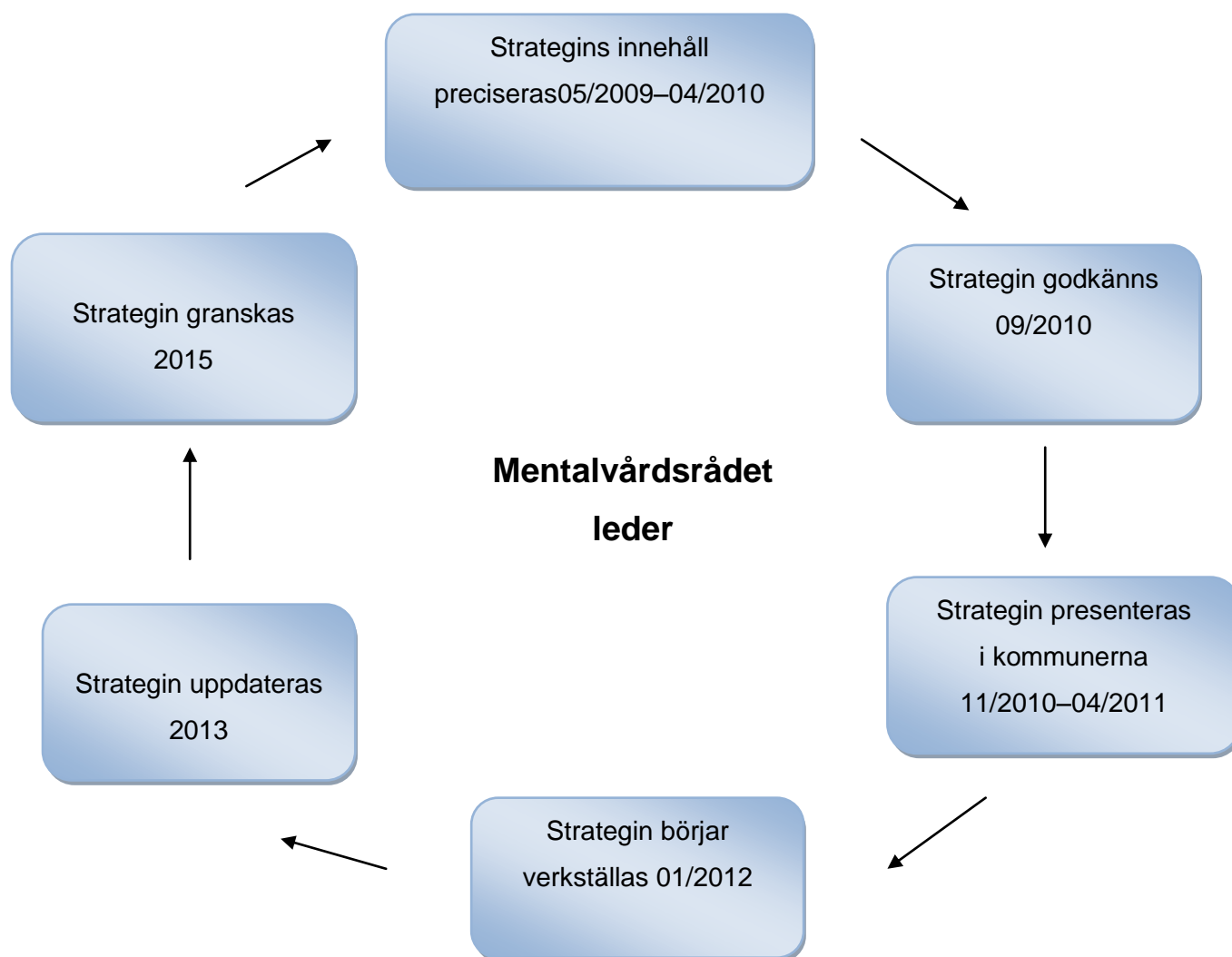
I rådet finns representanter för många olika yrkesgrupper och även för förtroendevalda från bl.a. social- och hälsovården. Dessutom kan representanter för anhörig- och patientorganisationer, servicens användare och andra sakkunniga kallas till rådets sammanträden.

Österbotten-projektet är ett riksomfattande utvecklingsprojekt inom missbrukar- och mentalvårdsarbetet som har som målsättning att bl.a. utarbeta kommunala eller regionala strategier för mental- och missbrukarvården. I kommunerna har arbetet med strategiprocessen genomförts stegvis och inleddes med att engagera nyckelpersoner. Följande steg var att beskriva situationen inom missbrukar- och mentalvårdsarbetet. I samband med kartläggningen av nuläget ordnades hörandetillfällen för olika yrkesgrupper och kommuninvånarna. Under hörandet framfördes utvecklingsönskemål och sådant som inger bekymmer samt saker som fungerar väl ur kommuninvånarnas synvinkel, och på basen av dessa sammanställdes en utredning som grund för strategiarbetet och intressegruppernas diskussioner. (Pohjanmaa-hanke 2008). Kommuninvånarnas och de sakkunnigas kommentarer har behandlats under förtydligandet av strategin och tvärasektoriella arbetsgrupper har sammanställt sina förslag till strategin. Efter att strategin sammanställts har tyngdpunktsområdena preciserats och strävan har varit att få strategin godkänd i kommunala organ så att den kommer närmare det kommunala beslutsfattandet.

Avsikten är att mentalvårdsstrategiprocessen för Kust-Österbottens samkommun ska genomföras under en kortare tid än Österbotten-projektets strategiarbete. Samkommunen

har som målsättning att få strategin godkänd i samkommunsstyrelsen under hösten 2010. Som styrgrupp för strategiarbetet fungerar mentalvårdsrådet som också bäst känner till regionens strategiska vilja och de lokala förhållandena. Mentalvårdsrådet hör de som arbetar inom mentalvården i regionen samt representanter för de som använder servicen och de anhöriga. Diskussioner om strategins tyngdpunktsområden förs också med representanter för specialistsjukvården. Samkommunsstyrelsen har tillsatt mentalvårdsrådet för tiden 2009–2012.

Figur 4 beskriver mentalvårdsstrategiprocessen inom Kust-Österbottens samkommun med preliminärt förslag till tidtabell.



Figur 4. Mentalvårdsstrategiprocessen inom Kust-Österbottens samkommun

#### **4. FRÄMJANDE AV HÄLSAN OCH LIVSCYKELTÄNKANDET**

Mentalvårdsrådet som leder arbetet med den regionala mentalvårdsstrategin inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård har till utgångspunkt för strategin framför allt valt arbete som främjar den psykiska hälsan och förebygger störningar. Dessa centrala begrepp granskas närmare i det följande.

Den offentliga makten har i uppgift att främja människorna välbefinnande, hälsa och utkomst. Sett ur hälsofrämjande synvinkel uppstår hälsan, tryggas och kan försvagas genom vardagliga omständigheter, växelverkan, levnadssätt och val. De vardagliga miljöerna inverkar på hälsan - t.ex. hemmet, bostadsområdet, trafiken, skolan, arbetsplatsen och fritidsverksamheten - eftersom de formar levnadssättet. Det sociala stödet, samhörigheten och omsorgen mellan människorna samt livskompetensen inverkar också på hälsan. Enbart hälsovårdens medel är inte tillräckliga för att påverka hälsan, utan hälsofaktorerna måste beaktas i allt samhälleligt beslutsfattande och all politik. (SHM/ Hälsofrämjande 2009; även Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa 2006).

På samhällsnivån anses hälsofrämjande även vara att inverka på levnadsvanorna, förhindra smittosamma sjukdomar samt minska befolkningens hälsoskillnader. (STM/ Hälsofrämjande 2009).

Främjandet av hälsa kan definieras som en process som ger de enskilda och samfundet bättre förutsättningar än tidigare att behärska sin hälsa och de bakgrundsfaktorer som inverkar på den. I kommunernas verksamhet innebär detta att man godkänner främjandet av hälsan som en verksamhetslinje för den kommunala politiken så att hälsovårdsaspekterna beaktas i samtliga funktioner, inom alla verksamhetsområden. Främjandet av hälsan innebär således inte några specifika uppgifter utan utgör en målsättning för samtliga funktioner att öka befolkningens hälsa, förebygga sjukdomar och minska skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. I praktiken innebär det att man förbinder sig vid detta och att det fastställs i kommunstrategin och i kommunens verksamhets- och ekonomiplan, där de mätbara målsättningarna för främjandet av hälsa fastställs som hela kommunens uppgift. De gemensamma målsättningarna konkretiseras i varje förvaltningssektors egna planer till uppgifter, vilkas förverkligande man följer upp och utvärderar i en systematisk strategiprocess och i kommunens verksamhetsberättelse. (Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa 2006).

Då det gäller främjande av den psykiska hälsan är det viktigaste hur människan själv upplever sitt eget välbefinnande som också kan kallas empowerment (att aktivera personens egna resurser).

Beresford och Croft (1993: 155) beskriver empowerment eller maktförstärkning som en process där människan själv ger innebörd åt olika saker, drar sina egna slutsatser och förhandlar och diskuterar besluten med andra aktörer. En förutsättning för empowerment är att aktörerna bl.a.

- lär sig samarbeta
- möjliggör nya idéer och ett brett deltagande
- inleder förändringen i sin egen organisation innan man går vidare till andra
- ser till att ingen i den egna verksamheten diskrimineras eller stigmatiseras
- bara talar för sig själv, inte kommer med s.k. allmängiltiga uttalanden
- försöker avvärja processer som är till skada för deltagande och empowerment

Det finns en stor potential för hälsofrämjande och förebyggande verksamhet inom K5:s primärvård på hälsocentraler, inom socialväsendet, hälsorådgivning, daghem och skola. Föräldrakurser, föräldrastöd i form av "tidigt ingripande" och "ta till tals" är metoder, som primärvårdens personal kan använda för att stöda en god mental hälsa. Genom att förändra attityder och minska fördomar och vanföreställningar när det gäller mentala problem kan man underlätta för människor att känna igen symptom och söka vård i ett tidigt skede.

#### **4.1. Främjande av den psykiska hälsan och förebyggande av störningar**

Den psykiska hälsan har ett stort samhällsvärde. Den psykiska hälsan är ytterst viktig med tanke på individens välbefinnande och funktionsförmåga; Den psykiska hälsan berör alla och den skapas och upprätthålls i vardagssituationer hemma, i skolan, på arbetsplatsen och i fritidsaktiviteter; En god psykisk hälsa är en viktig resurs för individen, familjen, samhället och nationen; Den psykiska hälsan - som en oskiljaktig del av folkhälsan - inverkar positivt på samhällets verksamhet och produktivitet; Den psykiska och fysiska hälsan är hör starkt ihop. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004: 17).

#### **Främjande av den psykiska hälsan eller promotion**

Främjande av psykisk hälsa definieras som en tvärvetenskaplig och sociokulturell strävan att åstadkomma förhållanden som främjar individers, grupper och samfunds välbefinnande. Det handlar om en livslång process som börjar vid födseln och fortsätter genom den tidiga barndomen, barndomen och ungdomen och fortsätter genom det vuxna livet fram till

ålderdomen. Processen går ut på att skapa sådana individuella, sociala, samhälleliga och miljöförhållanden som möjliggör en gynnsam psykisk och fysisk utveckling och minskar de mentala problemen.

Med främjande av psykisk hälsa avses all verksamhet som stöder individerna att uppnå en optimal psykisk hälsa. Psykisk hälsa är inte bara frånvaro av psykisk ohälsa, utan psykisk hälsa utgör en individuell resurs. (THL 2009).

Främjande av psykisk hälsa kan motiveras ur många olika synvinklar:

1. Att ingripa i orsakerna som utsätter en person för psykiskt illamående eller som utlöser eller upprätthåller det (t.ex. ärftliga faktorer, upplevelser i barndomen),
2. Främjande av den psykiska hälsan kan riktas till olika målgrupper (t.ex. hela befolkningen eller mindre grupper enligt ålder, kön eller riskgrupper),
3. Genom omgivningens iakttagelser, t.ex. så att man ingriper i skolan, dagvården, familjen eller på arbetsplatsen,
4. Genom att inverka på samhällets olika nivåer, t.ex. internationellt, regionalt, lokalt eller på individuell nivå,
5. Verksamhet inom folkhälsan som kan vara t.ex. en del av politiken, ett program, utveckling av service eller produkt, samt
6. Främjande av den psykiska hälsan med utvalda metoder såsom informationsspridning, effektiverat samarbete, utbildning och teknologi. (Lavikainen et al. 2004: 35–36).

### **Förebyggande av psykiska störningar dvs. prevention**

Inom det förebyggande mentalvårdsarbetet överlappar målsättningarna för främjande av psykisk hälsa och förebyggande av störningar delvis varandra. Med främjande av psykisk hälsa avses all verksamhet som stöder individer, grupper och samfund att uppnå optimal psykisk hälsa. Främjande av psykisk hälsa kan gälla skyddande förhållanden, händelser och erfarenheter som borde främjas och stärkas som psykologiska och sociala resurser. (THL 2009).

Med förebyggande mentalvårdsarbete avses också verksamhet som strävar efter att stärka de faktorer och strukturer som skyddar individens psykiska hälsa och samtidigt minska eller avlägsna faktorer och -strukturer som riskerar den psykiska hälsan. Även om det förebyggande mentalvårdsarbetet är sådan verksamhet som till största delen sker utanför det egentliga mentalvårdsarbetet, t.ex. i familjen, dagvården, skolan och på arbetsplatsen, så bör ett arbetssätt som främjar psykisk hälsa och förebygger störningar även ingå i planeringen av vården och rehabiliteringen. (Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa... 2009).

**Primärprevention** är inriktad på att minska de psykiska störningarnas incidens (uppkomst av nya fall) i samhället genom att minska riskfaktorerna och förstärka skyddsfaktorerna eller genom att förbättra sådana individers möjligheter att klara sig, som inte ännu lider av psykisk störning, men som man tror löper risk för någon störning. (Lavikainen et al. 2004: 20).

Inom **sekundärpreventionen** minskar man utbredningen av störningen genom att förkorta dess varaktighet. Den andra fasens preventionsprogram är riktade till personer, som lider av förstadier till psykisk störning, och målsättningen med dessa är att förkorta störningens varaktighet med hjälp av tidig identifiering och snabb behandling. Det är viktigt att vårdande och rehabiliterande arbetsformer ingår i alla tjänster som produceras av nationella hälsovårdssystem inom primärvården och specialsjukvården. (Lavikainen et al. 2004: 20).

#### **4.2. Främjande av psykisk hälsa under hela livscykeln**

Psykisk hälsa kan främjas och störningar förebyggas med många olika allmänna åtgärder som inverkar på hela befolkningen, även åldersgruppsvis. **Då det gäller barn och unga** främjas den psykiska hälsan fram för allt i familjen, på rådgivningen, i dagvården och skolan. Möjliga metoder för att främja den psykiska hälsan för barn och unga är för rådgivningarnas del att ge tidigt stöd, för skolornas del att ta upp sådant som oroar eleverna, olika kampanjer och information, ökade möjligheter till hobby- och fritidsverksamhet, att trygga dagvårdsservicen och hemvården samt stöda föräldraskapet. (Lavikainen et al. 2004: 19.)

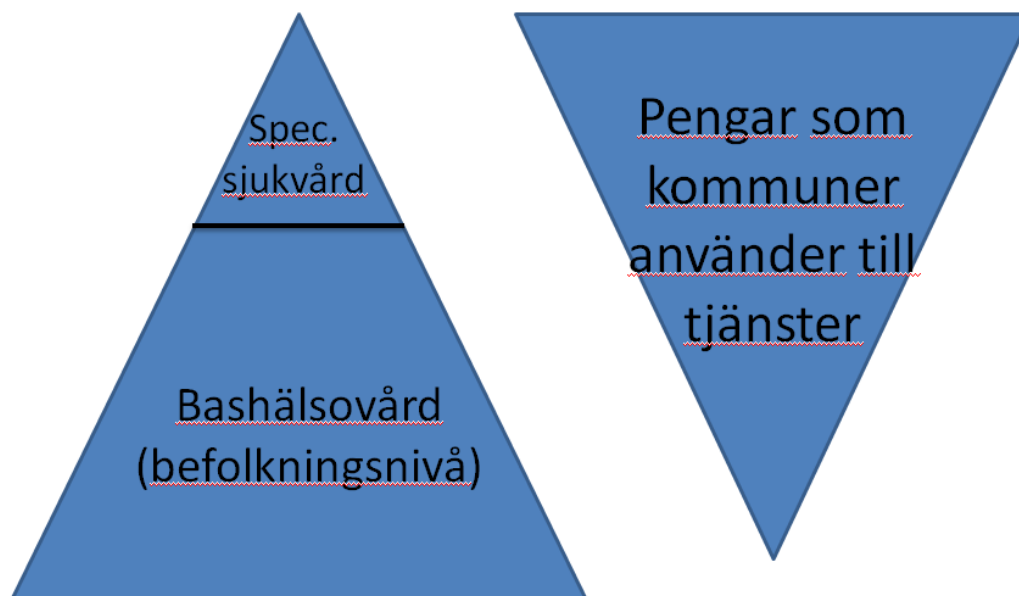
Då det gäller **vuxna** sker det främjande och förebyggande arbetet förutom i familjen även inom utbildningen och arbetslivet. Faktorer som främjar den psykiska hälsan för den vuxna befolkningen är en trygg och trivsamt boendemiljö, fritidsmöjligheter för familjer, tillgång till olika arbets- och utbildningsmöjligheter, socialt stöd och utbildning i psykisk första hjälp. Då det gäller **äldre** kan psykisk hälsa främjas t.ex. genom att garantera en trygg och tillgänglig boendemiljö samt fritids- och social verksamhet i olika former, minska ensamheten och ordna t.ex. stödpersoner. (Lavikainen et al. 2004: 19)

## 5. LOKALA UTVECKLINGSUTMANINGAR PÅ BASEN AV NULÄGET

### 5.1. Mentalvårdsarbetet som helhet i K5-kommunerna

Éftersom servicesystemen i områdets kommuner kartlagts mycket noggrant inom Sydinprojektet (förutom i Malax och Korsnäs, där servicen kartlagts inom ramen för Vasaregionens rusmedelsstrategi), utreds inte områdets serviceproduktion i denna mentalvårdsstrategi. I stället koncentrerar sig denna helhetsplan för mentalvårdsarbetet på uppgifterna för aktörerna inom mentalvårdens breda arbetsfält samt framtidens resursbehov.

Mentalvårds- och missbruksarbetet angår emellertid hela samhället ända från det politiska beslutsfattandet, städernas och kommunernas ledning, social- och hälsovården, skolväsendet, tekniska servicen, arbetsgemenskaperna till hemmen och familjerna. På grund av det vidsträckta området bör man skapa regionala strukturer för att täcka detta servicebehov. Nedanstående figur visar den nuvarande situationen i kommunerna då det gäller mentalvården som helhet och de resurser som används.



**Figur 5.** Förhållandet mellan mentalvårdsarbetet och kommunernas resurser

Problemet tycks för närvarande vara det att endast en bråkdel av befolkningen behöver dyr specialistsjukvård, medan största delen av primärkommunernas resurser för mentalvårdsarbetet går åt till specialistsjukvården. Däremot finns det avsevärt mindre resurser

att för det främjande och förebyggande arbetet i förhållande till befolkningmängden. Största delen av de lindrigare psykiska problemen kunde skötas inom primärvården om de skulle upptäckas i tidigt skede och det skulle finnas mångsidig, differentierad mentalvård inom den öppna vården.

För att få en bild av mentalvårdsstrategins utvecklingsområden har mentalvårdsrådet granskat **nuläget** för följande helheter:

- **Främjande och förebyggande arbete**

Arbete som främjar den psykiska hälsan och förebygger störningar bör vara grunden för all verksamhet. I enlighet med de teman som behandlats vid mentalvårdsrådets sammanträden är kommunernas basservice, särskilt familjearbetet, social- och hälsovården samt daghemmen och skolorna det viktigaste arbetsfältet för förebyggande mentalvårdsarbete. Dessutom har personalen vid mödra- och barnrådgivningarna, skolhälsovården och arbetshälsovården till stor del arbetsuppgifter som hör främst till förebyggande och främjande mentalvårdsarbete. Även församlingarna och olika organisationer ordnar verksamhet (bl.a. läger och kurser) som kan anses höra till främjande mentalvårdsarbete. Främjande av psykisk hälsa bör ingå förutom i basservicen även i mentalvårdens vårdssystem ända upp till specialistsjukvårdsnivån.

Inom området finns fyra hälsovårdscentraler som eventuellt inte ännu tillräckligt beaktat det förebyggande och främjande mentalvårdsarbetets möjligheter. Hälsocentralpsykologerna, och depressions- eller andra psykiatriska sjukskötare som eventuellt kommer att finnas på alla hälsovårdscentraler, innehar tillsammans med kommunens övriga personal en nyckelställning då det gäller att utveckla mentalvårdsarbetet på grundnivå och som närservice. Det finns helt klart ett stort behov att åstadkomma en attitydförändring då det gäller mentalvårdsarbetet. Vikten av att främja den psykiska hälsan och förebygga störningar bör allt mera lyftas fram, liksom även stöd i ett tidigt skede inom basservicen. Inom kommunens basservice, och särskilt inom primärvården, finns en stor potential att ingripa i ett tidigt skede och att ändra inställningen till mentalvårdsfrågor. En av utmaningarna då det gäller utvecklingen av det förebyggande och främjande arbetet är uttryckligen att lyfta dessa högst upp på de kommunala beslutsfattarnas prioriteringslista även om det är svårt att påvisa konkreta kostnadsinbesparingar eller effekter för verksamheten på kortare sikt. Förslag till utveckling av det förebyggande och främjande mentalvårdsarbetet ges längre fram i strategin.

- **Missbrukarvården**

Missbrukarvården och mentalvårdsarbetet går så starkt in i varandra att utvecklandet av missbruksarbetet är en del av mentalvårdsarbetet också enligt mentalvårdsrådets riktlinjer. Utvecklandet av missbruksarbetet är samtidigt effektivt förebyggande och främjande mentalvårdsarbete. I detta sammanhang skulle samarbetet med församlingar och organisationer vara ett viktigt utvecklingsområde. Ett sätt att utveckla regionens mentalvårds- och missbruksarbete är att erbjuda tillräckligt med information och meningsfull sysselsättning åt hela familjen. Det finns emellertid ännu mycket att göra då det gäller attityderna och möjligheterna att få vård innan principerna om kundrelaterad service och respekten för människan blir verklighet på alla nivåer.

Missbrukarvårdstjänster köps bl.a. av Vasa stad (t.ex. A-kliniken, Tillnyktrings- och akutvårdsstationen), Pixne-kliniken, Tolvishemmet, Samariaföreningen, Ventuskartano ry samt Minnesota-vården. I vissa fall är avstånden ett problem liksom bristen på eftervård och uppföljning, och därför borde sakkunskapen inom missbruksarbetet allt tydligare finnas i basservicen, t.ex. vid hälsovårdscentralerna.

- **Utredningar, bedömningar och utlåtanden**

I primärkommunerna görs psykiatriska bedömningar för barn, unga och vuxna, men personalresurserna är fortfarande för små och t.ex. psykiatrikerkonsultation finns sällan att tillgå. Dessutom kan det finnas skillnader i kommunernas sätt att ta problem till tals och hänvisa till vård, och därför skulle det vara viktigt att skapa regionala utvecklingslinjer. En utmaning för utvecklingen är särskilt att få en egen psykiater inom K5-området och att svara på personalens specialiseringsbehov så att t.ex. en del av personalen skulle specialisera sig på olika åldersgrupper (barn, unga, vuxna och äldre). Alla bedömningar och utlåtanden behöver knappast göras på lokal nivå, utan en del kunde koncentreras till K5-nivån. Utvecklingsförslag då det gäller utredningar, bedömningar och utlåtanden presenteras längre fram i strategin.

- **Terapier**

Familje- och parterapi samt stöddiskussioner erbjuds inom K5-området förutom vid hälsovårdscentralerna även inom familjearbetet. Utgångspunkten är både främjande och vårdande. Familje- och parterapin inom primärvården som ingår i socialarbetarnas, psykologernas och t.ex. depressionsskötarnas kunskapsområde

handhar också frågor i anslutning till uppfostran, familjeproblem och samspel. Personalen har ändå inte nödvändigtvis den kunskap som behövs för mentalvårdsfrågor och enhetlig vårdhänvisningspraxis för allvarigare fall saknas. Dessutom lämnar personalen ofta "ensam" med klienten eftersom det ännu inte finns något multiprofessionellt team som den personal som sköter terapidiskussionerna kunde gå igenom fallen med. Längre fram i strategin presenteras förslag till utveckling av det terapeutiska arbetet.

- **Krisarbete**

För närvarande är Närpes hälsovårdscentral den enda K5-kommunen som har krisgrupp för eftervården av traumatiska händelser. Det finns alltså ett verkligt behov av att utveckla krisarbetet inom området. I Närpes kan antingen räddningsväsendet eller hälsovårdscentralen i samband med bedömning av vårdbehovet kalla på krisgruppen under tjänstetid, måndag till fredag. I de andra kommunerna finns ingen krisgrupp (även om Malax och Korsnäs hälsovårdscentral tidigare haft en).

I denna strategi föreslås som en viktig utvecklingspunkt inrättande av ett mobilt team som bl.a. kunde ge psykisk första hjälp eller krishjälp i akuta situationer inom K5-området. Inom området borde krisarbete kunna erbjudas både lokalt t.ex. vid hälsovårdscentralerna och regionalt, och här kunde ett mobilt team vara ett utvecklingsområde.

- **Rehabilitering**

För närvarande erbjuds rehabiliterande arbete i K5-kommunerna inom hemvården och dessutom vid Klarabo i Närpes och i Mikevas boendenhet i Kristinestad. Dessutom ordnas rehabiliteringstjänster inom området av tredje sektorn, bl.a. den psykosociala föreningen Svalans vänstugor, vänstugan i Korsnäs ca 1 gång i veckan, Industri/Arbetscentralen i Molpe samt JobCenter i Kristinestad och Närpes. Även uppföljning av läkare eller terapeut, gruppterapi, hembesök, utbildning samt ADL-träning kan räknas som rehabiliteringsarbete inom området. I strategin ges också förslag till utveckling av det rehabiliterande arbetet.

Utvecklandet av innehållet och strukturen för dessa delområden inom mentalvårdsarbetet presenteras i strategins åtgärdsdel.

Inom mentalvårdsarbetet finns alltså tre utvecklingslinjer: **Förebyggande och hälsofrämjande arbete, servicesystemet** samt **det rehabiliterande arbetet**. Genom att beakta helheterna kunde onödiga gränser mellan olika sektorer slopas och resurserna användas på ett flexibelt och ändamålsenligt sätt.

## **5.2 Användningen av mentalvårdens öppenvårds- och institutionstjänster inom K5-kommunerna**

Då strategin uppgjordes tillämpade hälsovårdscentralerna i området inga enhetliga sätt att statistikföra mentalvårdsbesöken. Därför presenteras användningen av mentalvårdens öppenvårds- och institutionsvårdstjänster främst ur specialsjukvårdens synvinkel. Statistiken har erhållits direkt från Vasa sjukvårdsdistrikt och THL:s statistiska databas.

Inom K5-samkommunens område användes år 2008 totalt över 3 milj. € till psykiatrisk specialsjukvård (både öppenvård och institutionsvård). Av denna summa användes 1/3 till den öppna vårdens tjänster och 2/3 till bäddavdelningsvård. De summor som används till specialsjukvård kan troligtvis minskas i framtiden, ifall resurserna och utvecklingsarbetet allokeras allt mera till primärvårdens närservice och till regionala psykosociala tjänster. Visserligen kommer specialsjukvården att behövas även i framtiden, men utgångspunkten för denna strategi är att utveckla specialkunnandet inom primärvården och personalens yrkesfärdighet då det gäller mentalvårdsarbetet ur förebyggande och hälsofrämjande synvinkel.

Tabell 2. Användandet av öppenvård och institutionsvård inom K5-kommunerna år 2008  
(källa: vsvd:s statistik)

			Genom-förda besök år 2008	Genom-förda besök år 2008
			ST	EURO
<b>BESÖK I ÖPPEN-VÅRD</b>	ALLMÄNSJUKHUS-PSYKIATRI	Kaskö	3	499,00
		Korsnäs	12	1 772,00
		Kristinestad	11	1 773,00
		Malax	46	7 316,00
		Närpes	15	2 105,00
		<b>TOTALT</b>	<b>87</b>	<b>13 465,00</b>
	VASA MENTALVÅRDS-CENTRAL	Kaskö	4	348,00
		Korsnäs	310	30 137,00
		Kristinestad	41	4 009,00
		Malax	871	89 441,00
		Närpes	28	3 268,00
		<b>TOTALT</b>	<b>1 254</b>	<b>127 203,00</b>
	VASA DAGCENTER	Kaskö		
		Korsnäs	1	68,00
		Kristinestad		
		Malax		
		Närpes		
		<b>TOTALT</b>	<b>1</b>	<b>68,00</b>
	DAGAVDELNING, VASA	Korsnäs		
		Kristinestad		
		Malax	36	6 840,00
		Närpes		
		<b>TOTALT</b>	<b>36</b>	<b>6 840,00</b>

PSYKIATRISKA POLIKLINIKEN I K:STAD	Kaskö	392	58 934,00
	Korsnäs	4	467,00
	Kristinestad	2 387	349 956,00
	Malax	20	4 134,00
	Närpes	3 083	426 758,00
	<b>TOTALT</b>	<b>5 886</b>	<b>840 249,00</b>
PSYKIATRISKA POLIKLINIKEN	Kaskö	7	889,00
	Korsnäs	58	5 295,00
	Kristinestad	43	5 243,00
	Malax	134	10 969,00
	Närpes	25	3 080,00
	<b>TOTALT</b>	<b>267</b>	<b>25 476,00</b>
BARNPSYKIATRISKA POLIKLINIKEN	Kaskö		
	Korsnäs	45	7 722,00
	Kristinestad	17	3 104,00
	Malax	171	29 309,00
	Närpes	17	2 841,00
	<b>TOTALT</b>	<b>250</b>	<b>42 976,00</b>
UNGDOMSPSYKIATRISKA POLIKLINIKEN	Kaskö	1	208,00
	Korsnäs	85	13 907,00
	Kristinestad	22	3 654,00
	Malax	95	15 104,00
	Närpes	62	9 243,00
	<b>TOTALT</b>	<b>265</b>	<b>42 116,00</b>
PSYKIATRISKA STÖDFUNKTIONER	Kaskö		
	Korsnäs	154	7 566,00
	Kristinestad		
	Malax	84	4 086,00
	Närpes	8	354,00
	<b>TOTALT</b>	<b>246</b>	<b>12 006,00</b>
<b>ÖPPENVÅRDEN TOTALT</b>		<b>8 292</b>	<b>1 110 399,00</b>

BÄDDAVDELNING VÅRD, VÅRDDAGAR			Genom-förda besök år 2008	Genom-förda besök år 2008
			ST	EURO
REHABILITERINGS- VERKSAMHET	Korsnäs		627	24 727,00
	Kristinestad			
	Malax		262	13 362,00
	Närpes			
	<b>TOTALT</b>		<b>889</b>	<b>38 089,00</b>
AKUTPSYKIATRISK AVDELNING AVD. 3	Kaskö		151	44 847,00
	Korsnäs		104	30 888,00
	Kristinestad		300	89 100,00
	Malax		180	53 460,00
	Närpes		240	71 280,00
<b>TOTALT</b>		<b>975</b>	<b>289 575,00</b>	
AKUTPSYKIATRISK AVDELNING AVD. 7	Kaskö		1	324,00
	Korsnäs			
	Kristinestad		195	63 180,00
	Malax		108	34 992,00
	Närpes		282	91 368,00
<b>TOTALT</b>		<b>586</b>	<b>189 864,00</b>	
AKUTPSYKIATRISK AVDELNING 10	Kaskö		7	2 590,00
	Korsnäs		109	40 330,00
	Kristinestad		266	98 420,00
	Malax		269	99 530,00
	Närpes		477	176 490,00
<b>TOTALT</b>		<b>1 128</b>	<b>417 360,00</b>	
REHABILITERINGS- AVDELNING 2	Kaskö		14	3 948,00
	Korsnäs		3	846,00
	Kristinestad		359	101 238,00
	Malax		13	3 666,00

		Närpes	345	97 290,00
		<b>TOTALT</b>	<b>734</b>	<b>206 988,00</b>
	REHABILITERINGS- AVDELNING 6	Kaskö		
		Korsnäs	21	5 670,00
		Kristinestad	221	59 670,00
		Malax	116	31 320,00
		Närpes	404	109 080,00
		<b>TOTALT</b>	<b>762</b>	<b>205 740,00</b>
	LÅNGTIDS-PSYKIATRISK AVD. 8	Kaskö		
		Korsnäs		
		Kristinestad	366	86 376,00
		Malax		
		<b>TOTALT</b>	<b>366</b>	<b>86 376,00</b>
	AKUTAVDELNING 9	Kaskö		
		Korsnäs		
		Kristinestad	329	116 466,00
		Malax	84	29 736,00
		Närpes	127	44 958,00
		<b>TOTALT</b>	<b>540</b>	<b>191 160,00</b>
	BARNPSYKIATRISK AVDELNING	Kristinestad	127	107 385,00
		Malax	112	88 374,00
		Närpes		
		<b>TOTALT</b>	<b>239</b>	<b>195 759,00</b>
	UNGDOMSPSYKIATRISK AVDELNING	Kristinestad	102	52 458,00
		Malax	39	21 996,00
		Närpes	13	7 332,00
		<b>TOTALT</b>	<b>154</b>	<b>81 786,00</b>
<b>BÄDDAVDELNINGSVÅRD TOTALT</b>			<b>6 373</b>	<b>1 902 697,00</b>
<b>ÖPPENVÅRD OCH BÄDDAVDELNINGSVÅRD, SAMMANLAGT</b>			<b>14 665</b>	<b>3 013 096,00</b>

Tabell 3. Anlitandet av psykiatriska sjukhusjänster inom K5-området under åren 2007 och 2008 (Källa: THL:s och STAKES statistik)

	Patienter		Ålder		Vård-		/1000		Vård-		Längd		/1000	
	/1000				dagar		invånare		perioder				invånare	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8
<b>Kaskö</b>	7,4	4,0	51	52	660	629	441	425	12	11	35	24	8,0	7,4
<b>Korsnäs</b>	2,7	4,0	49	45	341	250	153	112	9	10	42	25	4,0	4,5
<b>Krs</b>	5,1	6,3	51	51	3179	3032	427	414	46	56	53	41	6,2	7,6
<b>Malax</b>	6,3	5,6	49	46	1836	1418	333	256	46	40	39	27	8,3	7,2
<b>Närpes</b>	3,4	3,8	45	48	1387	1820	147	192	41	44	23	27	4,3	4,6

Tabell 4. Anlitandet av psykiatriska sjukhusjänster i hela landet åren 2007 och 2008

	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Patienter</b>	31 799	32 140
<b>/1000 invånare</b>	6,0	6,0
<b>Ålder</b>	42	42
<b>Vård dagar</b>	1 704 798	1 644 608
<b>/1000 invånare</b>	322	310
<b>Vårdperioder</b>	47 190	46 865
<b>Längd</b>	36	34
<b>/1000 invånare</b>	8,9	8,8

### **5.3. Samarbete med tredje sektorn och anhöriga**

För närvarande utförs mentalvårdsarbetet inom K5-kommunerna förutom inom primärvården och specialistsjukvården till stor del av aktörer inom tredje sektorn. Församlingarna, organisationer och föreningar är en oersättlig del av mentalvårdsarbetet som helhet. T.ex. Psykosociala föreningen Svalan r.f., Anhörigas stöd för mentalvården i Vasanejden r.f., Hyvä tuuli är organisationer som verkar inom mentalvårdsarbetet i K5-området.

#### ***Serviceanvändarnas, anhörigas och olika organisationers synpunkter på utvecklingssamarbetet***

Under strategiarbetets gång har mentalvårdsrådet hört olika organisationers, serviceanvändares och anhörigas åsikter om eventuella tyngdpunkter för utvecklingsarbetet. En allmän uppfattning är att diskussionen mellan anhöriga och vårdsystemen ofta saknas helt. För att vården ska vara så bra som möjligt borde förutom patienten själv också hans närstående och anhöriga delta i uppgörandet av vård- och rehabiliteringsplanen. Klienternas individualitet måste också beaktas: det som passar en är inte nödvändigtvis lämpligt för en annan. Trots att tystnadsplikten måste respekteras hindrar det inte att patienten tillfrågas om uppgifter kan ges till andra sakkunniga och även till anhöriga. Klienten/serviceanvändaren och anhöriga är centrala aktörer i alla skeden av rehabiliteringsprocessen. De påverkar bl.a. omformuleringen av rehabiliteringens målsättningar och prioriteringar, valet av olika metoder och skapande av en samarbetsmodell. De som deltar i rehabiliteringen måste få tillräckligt med tid eftersom rehabiliteringen och att återfå arbets- och funktionsförmågan är långvariga processer. Om vårdpersonalen byts ofta beaktas detta inte alltid i tillräcklig utsträckning. Alla borde emellertid få möjligheten att hitta sin rehabiliteringsstig. Det är viktigt att klienten under hela processen får stöd av en sakkunnig. För rehabiliteringen behövs en rehabiliteringsplan, kurser, handledning och även stöd för anhöriga. Betydelsen av medicinering, psykoterapeutiska diskussioner eller informationsutbyte får inte heller glömmas.

T.ex. Anhörigas stöd för mentalvården i Vasanejden r.f. är absolut av den åsikten att mentalvårdsrådets idé om ett mobilt team är utmärkt och att en sådan arbetsgrupp verkligen behövs. Möjligheten att kunna kontakta ett sådant team i akuta situationer skulle på många sätt underlätta anhörigas börda och t.o.m. förhindra att anhöriga själva får psykiska problem. Särskilt föräldrar till klienter som insjuknat i schizofreni utsätts för stor stress, fastän patienten bor i egen lägenhet är föräldrarnas ansvar och oro stor. Glappet mellan öppenvården och avdelningsvården är fortsättningsvis stort och t.ex. hälsovårdscentralerna kunde informera om tredje sektorns verksamhet. Också hälsovårdens personal borde veta vad tredje sektorn gör och vad som ytterligare kunde göras i samarbete med officiella parter.

Svalan r.f. är en psykosocial förening i Närpes, Kristinestad och Kaskö som erbjuder sina medlemmar rekreation samt många olika typer av läger- och kursverksamhet. Föreningen har två vänstugor; Svalboet i Närpes och Primula i Kristinestad. Vänstugan Svalan har konstaterat att samarbetet med psykiatriska polikliniken, På spåret-projektet och depressionsskötaren vid hälsovårdscentralen i Kristinestad fungerar utmärkt. Vänstugan upplever att man inte "konkurrerar" med offentliga hälsovårdsaktörer utan att det snarare är fråga om samarbete och kompletterande uppgifter inom mentalvårdens breda arbetsfält. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid unga personers mentala hälsa eftersom vi i framtiden kommer att stå inför betydande kostnader och mänskligt lidande om vi inte i tid tar tag i frågor som gäller de ungas och unga vuxnas psykiska hälsa. Då anhöriga genast från början får delta i planeringen av vården förebyggs effektivt en överföring av problemen från generation till generation.

Som ett konkret förslag till samarbete mellan vänstugan och K5-områdets hälsovårdssystem framlades att **rehabiliteringshandledaren kan ha verksamhet i vänstugans utrymmen**. Dessutom kunde vänstugorna inrätta sakkunnigråd, d.v.s. arbetsgrupper, i vilka representanter för anhörigorganisationer kunde delta. Rent allmänt är det mycket viktigt att förtydliga rollen för tredje sektorns aktörer och klargöra hur anhöriga bättre kan tas med i planeringen av vården. Organisationernas representanter ansåg detta vara ett av den regionala mentalvårdsstrategins viktigaste tyngdpunktsområden ur anhörigas synvinkel.

Missbruksarbetet har diskuterats bl.a. med representanter för Pixnekloniken. De anser att särskilt eftervården borde utvecklas ytterligare eftersom klienterna behöver stöd också efter avslutad vårdperiod på kliniken. En s.k. eftervårdsgrupp har nog utvecklats men den har tyvärr ännu inga bestående strukturer. Denna typ av arbete skulle nödvändigtvis inte kräva stora resurser, eftersom en arbetsgrupp som samlas varannan vecka ett par timmar per gång inte skulle bli särskilt dyr.

Ett intensivare samarbete med hälsovårdscentralernas sjukskötare inom missbrukarvården ses som en gemensam utvecklingslinje för missbruksarbetet inom K5-området. T.ex. sjukskötaren inom missbrukarvården i Kaskö, Kristinestad och Närpes har upplevts som en god kontakt och samarbetspartner. Hon förmedlar information och känner till olika aktuella projekt. Med tanke på helheten kunde K5-området också ha en gemensam koordinator, som kontaktlänk till kommunerna. Trots att det finns en tillnyktrings- och akutvårdsstation i Vasa utgör avstånden i praktiken ett hinder. En del klienter tycker att tillnyktrings- och

akutvårdsstationens ordningsregler är för strikta och alla klienter orkar inte alltid följa reglerna.

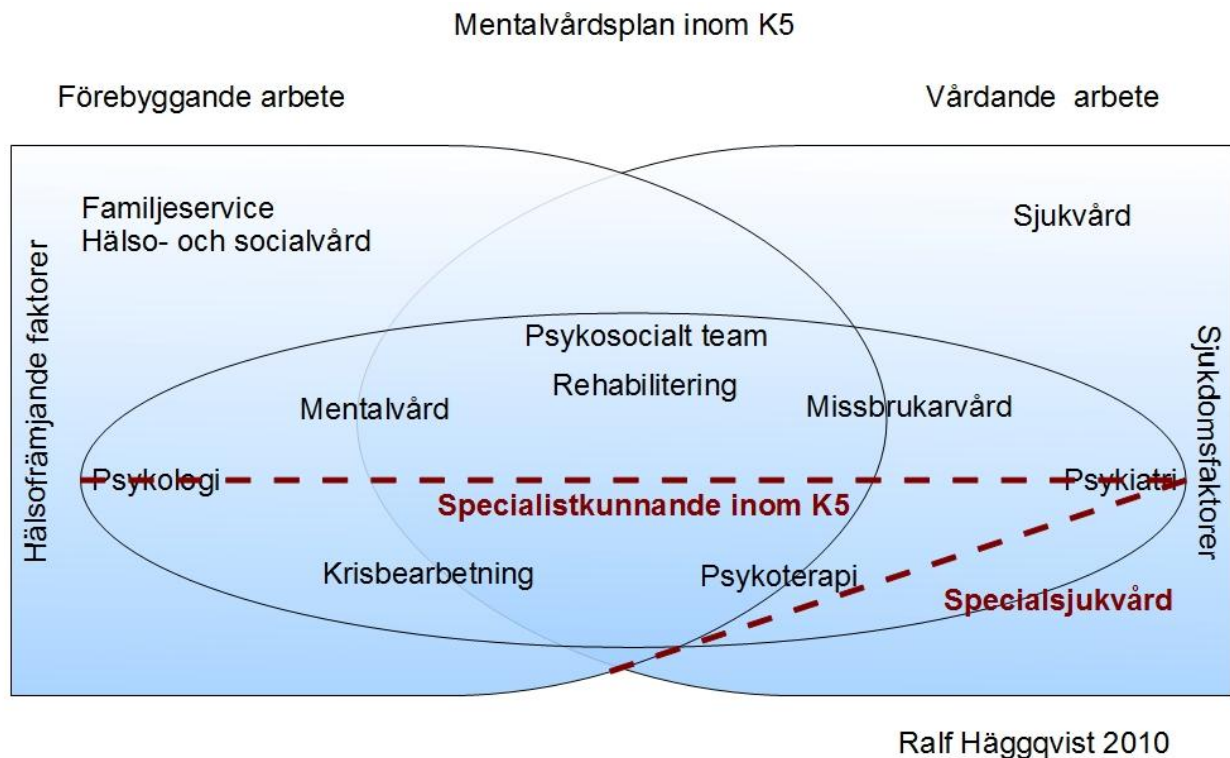
Som ett konkret samarbetsförslag har man funderat över om en eftervårdsgrupp från Pixne kunde komma till Närpes och då betjäna hela K5-området. Dessutom borde man fundera över hur den tilltänkta rehabiliteringshandledarens arbete kunde knytas till detta, dvs. om rehabiliteringshandledarens arbete kunde sammankopplas med eftervårdsgruppens verksamhet: då kunde både mentalvårds- och missbruksfrågorna bättre beaktas.

Mentalvårdsrådet har diskuterat bl.a. grundandet av ett anhörig- eller brukarråd tillsammans med anhörigorganisationerna. Fastän ingen representant för serviceanvändarna eller anhöriga ännu finns med i mentalvårdsrådets ordinarie sammansättning är denna typ av samarbete mellan serviceanvändarna och serviceproducenterna viktigt i framtiden för att systemet ska kunna fungera bättre. Även inom rehabiliteringen är det viktigt att lyssna på klienterna och de anhöriga då det gäller att hantera vardagen och med tanke på det rehabiliterande vårdgreppet.

## II ÅTGÄRDSDEL

### 6. STRATEGINS MÅLSÄTTNINGAR OCH UTVECKLINGSFÖRSLAG

Utgående från beskrivningen av mentalvårdens arbetsfält i strategins utredningsdel har uppgjorts följande bild av mentalvårdsarbetet i sin helhet för att visa målsättningarna med denna strategi:



Figur 6. Organiseringen av mentalvårdsfältet i K5-kommunerna

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.

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 verksamhetsätten integreras i nuvarande eller nya strukturer med beaktade av klientens och anhörigas delaktighet.
6. Samarbetet med specialsjukvården 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.

## **6.1. Hälsöfrämjande verksamhet**

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är mycket viktigt och det borde ledas koordinerat i samarbete mellan kommunernas och K5-områdets ledning. Ledningsgruppen ställer upp målen och följer upp förverkligandet, ansvarar för att det årliga välfärdsbokslutet uppgörs och ser till att kommunernas fullmäktige fastställer sina välfärdsmålsättningar vart fjärde år. För att förverkliga välfärdsmålsättningarna utses ansvarspersoner. Åtgärderna kan samordnas till ändamålsenliga helheter och det är möjligt att följa upp åtgärdernas effekter. För att kunna garantera resurser för det hälsofrämjande arbetet och förebyggande av psykiska sjukdomar inom hela området behövs en koordinator på heltid.

### **6.1.1. Främjande av psykisk hälsa på basnivå, familjeservice (hälso- och socialvård)**

Den psykosociala arbetsgruppens verksamhetsidé är främjande av hälsa och förebyggande av störningar. Under senare år har det förebyggande och hälsofrämjande arbetet fått allt mindre uppmärksamhet särskilt då det gäller barn, unga och barnfamiljer.

Servicen borde produceras nära serviceanvändarna inom hälsovårdsenheterna. Primärvårdens personal möter allt oftare psykiska problem och är ofta den första kontakten för en person som behöver vård. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet bland barn

och familjer ska ordnas så att hälsovårdarna och socialväsandets personal tillsammans med familjecentrets psykologer och koordinatörn planerar och verkställer denna omfattande helhet. Hälsocentralpsykologernas arbete bör framför allt vara hälsofrämjande arbete på olika nivåer. Hälsofrämjande arbete ses som en viktig servicehelhet där målsättningen är både att förebygga psykiska sjukdomar och att förhindra återfall och att sjukdomen blir kronisk.

Alla hälsovårdscentraler i området har redan en bred resursbas för det främjande och förebyggande arbetet. Hälsovårdens personal (barn-, mödra- och skolhälsovården) samt delvis socialvårdens personal (socialarbetarna och familjearbetarna) ingår i det hälsofrämjande arbetsfältet. Inom den psykosociala enheten skulle hälsocentralpsykologerna arbeta med familjearbete och särskilt med uppgifter som främjar den psykiska hälsan.

Familjeserviceenheternas personal och hälsocentralpsykologerna, skolkuratorerna och skolornas psykologer liksom den psykosociala enhetens personal kunde med hjälp av koordinatörn ta större ansvar för den regionala planeringen och genomförandet av det förebyggande arbetet. Av personalen som sköter denna uppgift krävs grundläggande kunskaper om psykiska störningar och rusmedelsproblem och de vanligaste störningarna. Familjeserviceenhetens verksamhet inriktas först och främst på hälsofrämjande arbete för barn, unga och familjer. Helheterna kunde vara Malax-Korsnäs, Närpes-Kaskö och Kristinestad-Kaskö.

Detta kan t.ex. innebära att vissa funktioner ordnas gemensamt för hela K5-området, t.ex. enhetliga arbetsmetoder för hälsovårdarna samt föräldraförberedelsekurser. Den strukturella omorganiseringen ger också kommunerna möjlighet att ställa upp egna målsättningar för sina funktioner (t.ex. skolsektorn).

Tabell 5. Kostnadsberäkning för

Familjeservice	Hälsofrämjande arbete			Ny tjänst
	Antal	Vsvd	Hvc	
Hvc-psykolog	3	0	3	0

Total lönekostnad ca 173 000. Ingen tilläggskostnad. Förverkligas 2012.

Tjänsterna finns redan nu på hälsocentralerna och innebär därmed ingen ökning av kostnaderna.

### 6.1.2. Rehabilitering

Målsättningen är att skapa en K5-modell för rehabiliteringsarbetet som motsvarar intressegruppernas behov. I modellen beaktas olika verksamhetsformer, volym, aktörer, ekonomi, möjligheter till köptjänster (med K5 som beställare). I anslutning till olika center för dagverksamhet finns goda möjligheter att skapa partnerskapsprogram med kommunerna (utrymmeshyror o.s.v.) På så sätt skulle den rehabiliterande verksamheten byggas upp kring nuvarande funktioner och strukturer. Dessa center kunde även fungera enligt klubbhusprincipen. Ett bra sätt att utveckla rehabiliteringsarbetet skulle vara en arbetsinriktad, klientorienterad verksamhet där rehabiliteringsklienter inom mentalvården erbjuds studier eller olika sociala arbetsplatser. Tillsammans med medborgarinstitutet kan man komma överens om olika kurser och med idrottsföreningar om underhållsarbete o.dyl. Detta skulle kräva stor aktivitet och kunnande av klienternas egenvårdare samt handledning. I detta sammanhang kunde också en gemensam koordinator för hälsofrämjande verksamhet inom K5 vara i nyckelställning.

Den viktigaste orsaken till rehabilitering är idag psykiska störningar och beteendestörningar. År 2009 fick 30100 personer rehabilitering på dessa grunder med Fpa:s understöd. Antalet har nästan fördubblats under 2000-talet (Fpa:s rehabiliteringsstatistik 2009). Rehabiliteringsstatistiken visar att psykiska störningar och därmed även rehabiliteringsbehovet har ökat avsevärt under de senaste tio åren, och i mer än hälften av fallen är orsaken till rehabiliteringsbehovet depression. Största delen av rehabiliteringsklienterna borde kunna återgå till arbetet efter rehabiliteringen.

Många av de personer som får invalidpension har kvar en del av sin arbetsförmåga. Pensionsskyddscentralen har undersökt hur många av dessa som skulle vilja arbeta och vilka effekterna av sysselsättningen skulle vara. Enligt pensionsskyddscentralens officiella statistik 2008 skulle var sjätte person i denna kategori vilja arbeta i någon mån. För dessa

personers del kunde rehabiliteringen förebygga bestående arbetsförmåga och stöda sysselsättningen av delvis arbetsföra personer.

Arbetshälsovården har en viktig roll då det gäller att sätta in rehabilitering i ett tidigt skede. Det är viktigt att återgången till arbetslivet sker flexibelt för att stöda tillfrisknandet från psykiska störningar och därmed arbetsförmågan. Fpa:s rehabilitering, deltidssjukdagpenning, stödformer kan möjliggöra en trygg återgång till arbetslivet.

Målsättningen med den psykiatriska rehabiliteringen är:

- 1. att förbättra klientens kunskaper och förmåga att själv medverka till tillfrisknande från psykiska störningar*
- 2. att rehabiliteringsklienten och de anhöriga är viktiga aktörer i rehabiliteringsprocessen*
- 3. att erbjuda aktiva stödåtgärder för att förbättra klientens funktionsförmåga i den naturliga näromgivningen och öka arbetskapaciteten för att återgå till arbetslivet/återuppta studier*
- 4. att ge framtidstro*
- 5. att ge mångsidig rehabilitering med hjälp av olika rehabiliteringstekniker. Rehabiliteringsklienten behöver ofta många olika slags rehabiliteringsmetoder och flera terapeuter. Evidensbaserade rehabiliteringsmetoder*
- 6. att få en koordinator, rehabiliteringshandledare, vars uppgift är att stöda klienten i de sociala nätverken under rehabiliteringsprocessen. Salutogent grepp*
- 7. att skapa en organisation uttryckligen med helhetsansvar för den psykiatriska rehabiliteringen inom K5. Deltar aktivt i genomförandet av välfärdsstrategierna och de koordinerande rehabiliteringsplanerna inom K5.*

Uppgörandet av rehabiliteringsplan är en viktig del av den psykiatriska rehabiliteringen. Inom den psykiatriska öppna vården behövs också en rehabiliteringshandledare som är insatt i rehabiliteringsmöjligheterna för personer som lider av psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning. Rehabiliteringsplanen uppgörs tillsammans med klienten, eventuellt dennes anhöriga samt sakkunniga som aktivt deltar i personens/familjens vård och rehabilitering. Klienten kan behöva olika slags stödformer under rehabiliteringen. Rehabiliteringshandledaren koordinerar stödet till individuellt anpassade helheter. En del av rehabiliteringsklienterna kanske behöver stöd under en längre tid t.ex. i form av stödbostad, dagverksamhet eller hembesök. Även socialvårdens andel i rehabiliteringen är betydande. Alla rehabiliteringsklienter uppnår inte tillräcklig hälsa för att kunna återgå till arbetslivet. Alla måste ändå ges möjlighet att få rehabilitering för att upprätthålla funktionsförmågan, de

sociala kontakterna, känslan av gemenskap och livskvalitet. Viktiga aktörer i denna rehabilitering är patient- och anhörigorganisationerna som har både svensk- och finskspråkig verksamhet och som årligen ordnar rehabiliterings- och rekreationskurser för rehabiliteringsklienter och deras familjer.

Rehabilitering, att återfå hälsan och funktionsförmågan, ett fullvärdigt liv och arbetsförmågan prioriteras genom att inrätta en tjänst som rehabiliteringshandledare, som utreder, koordinerar och planerar den enskilda patientens rehabilitering. Eftersom det är viktigt att lyssna på den som lider av psykiska problem och de anhöriga anser mentalvårdsrådet att rehabiliteringshandledaren har en central roll för mentalvårdarbetet som helhet. Hemvårdspersonalen borde få ökade färdigheter att möta klienter som lider av psykiska störningar och rusmedelsproblem eftersom hemvården har goda möjligheter att ingripa i ett tidigt skede och erbjuda stöd. För att producera rehabiliteringstjänster behövs även tredje sektorn och eventuellt privata tjänster. På önskelistan för rehabiliteringsservice finns åtminstone arbets- och dagverksamhet samt boendeservice.

Tabell 6. Beräkning av kostnaderna för rehabiliteringshandledaren för mentalvården inom K5-området

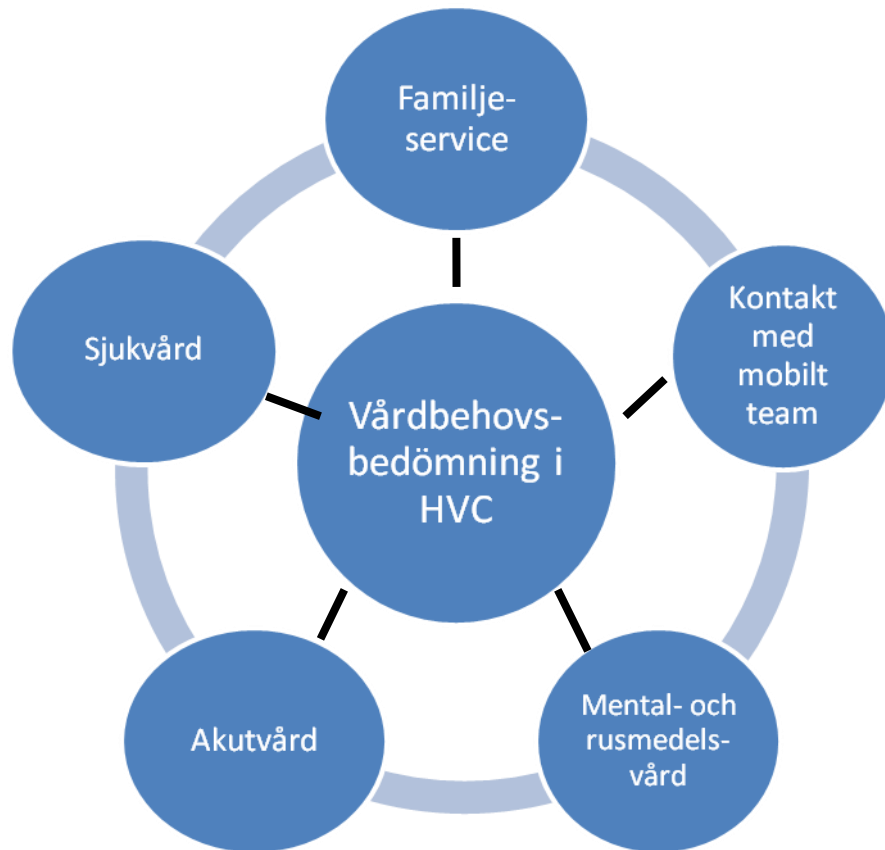
Övrig personal	Antal	Vsvd	Hvc	Nyatjänster
Rehabiliteringshandledare	1	0	0	1

Lönekostnad ca. 42 000. Förverkligas 2014.

## 6.2. Sjukvård på basnivå, hälsocentralverksamhet

Vården ska ordnas nära klienten och i verksamheten följs principen om en dörr in. Det ska vara lättare att komma till vård, och lågröskelservice i ett tidigt skede prioriteras. Därför ska enligt mentalvårdsrådets linjeringar den första vårdkontakten med mentalvården ske på hemorten, helst vid den egna hälsovårdscentralen. De depressionsskötar- och psykologtjänster som erbjuds vid hälsovårdscentralerna har varit flitigt anlitade och denna typ av vård har visat sig vara fungerande. Närservicenivån måste utvecklas ytterligare till en fungerande helhet.

I området finns fyra hälsovårdscentraler som alla borde få tillgång till psykiatrisk sjukskötare. Dessa kunde stöda den övriga personalen och delta i bedömningen av vårdbehovet gällande psykiska problem.



Figur 7. Utvärderingssystem för hälsovårdscentralerna i K5-området.

Efter att vårdbehovet har bedömts på basnivå vid hälsovårdscentralerna kan vid behov direkt kontakt tas till det regionala psykosociala servicecentret. Vården kan genomföras beroende på behovet antingen på basnivå vid kommunernas hälsovårdscentraler, inom det regionala psykosociala servicecentret eller på specialistsjukvårdsnivå.

Enligt strategiplanen ska tre tjänster placeras vid hälsovårdscentralerna: sjukskötare som ger psykisk första hjälp, sjukskötare som ger terapeutisk vård (depressionsskötare) samt skötare inom missbrukarvården. (Södra områdets skötare inom missbrukarvården kan arbeta vid hälsovårdscentralerna i Kristinestad, Närpes och Kaskö och norra områdets motsvarande skötare vid hälsovårdscentralen i Malax-Korsnäs). Dessa bildar tillsammans med hälsovårdscentralläkaren det lokala teamet som bedömer klientens behov av psykiatrisk vård. Dessutom sköter det lokala teamet korta vårdperioder, medicinuppföljningen och

terapeutiskt stöd. Teamet samarbetar aktivt med andra aktörer inom social- och hälsovården i området.

Ovannämnda psykiatriska sjukskötare kan fungera som stöd för hela områdets mobila team (se kapitel 6.3.2.). I praktiken innebär detta att skötarna kan delta i den psykiska första hjälpen och debriefing i samband med traumatiska händelser inom hela K5-området.

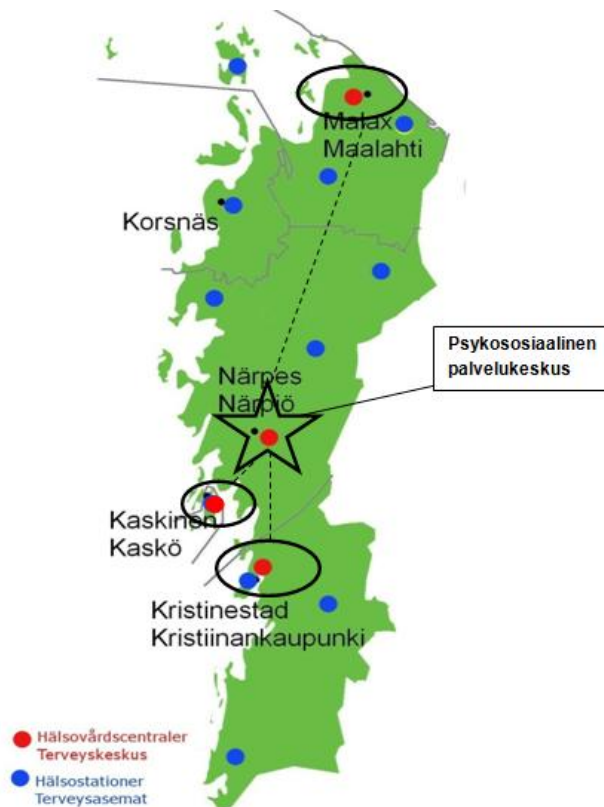
Tabell 7. Beräkning av den lokala arbetsgruppens personal samt uppskattade lönekostnader

Lokala team	Vårdarbete			
	Antal vakanser	Vsvd	Hvc	Ny tjänst
Sjukskötare				
Terapeutisk vård	3	0	1,5	1,5
Psyk första vård	3	3	0	0
Rusmedelsvård	2	0	2	0
<b>Summerat</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3,5</b>	<b>1,5</b>

Total lönekostnad ca.350 000 €, tilläggskostnad ca.66 000 €. Förverkligas 2012.

### 6.3. Psykosocialt servicecenter

Ett av utvecklingsobjekten i mentalvårdsstrategin är ett psykosocialt servicecenter med regionalt ansvar, placeras i Närpes med tanke på en geografiskt jämlik behandling av regionen. Det regionala ansvaret tryggas genom skapandet av mobila arbetsteam. För det psykosociala arbetet bildas en organisatorisk enhet och ett fungerande samarbete utvecklas med enheterna för familjeomsorg liksom med vårdsystemen och rehabiliteringstjänsterna. Det nya psykosociala teamets olika delar kunde integreras i hälsovårdscentralernas verksamhet i området så länge det med tanke på skötseln av uppgiften är möjligt och ändamålsenligt (jfr. endörrsprincipen). Det psykosociala servicecentret (se figur 8) borde i praktiken få en tjänst som ledare för mentalvårdsarbetet som skulle ansvara för att utveckla och leda det förebyggande och hälsofrämjande mentalvårdsarbetet inom alla K5-kommuner. Det viktigaste med tanke på ordnandet av mentalvårdstjänsterna är emellertid att de olika aktörerna vet vilka uppgifter och vilken roll de har i helheten.



Figur 8. Placeringen av det psykosociala servicecentret inom K5-området.

Servicecenter för barn och familjer inrättas i kommunerna. Den viktigaste målsättningen för ett familjecenter av detta slag skulle vara att tillhandahålla och utveckla verksamhet som är förebyggande och främjar hälsa/psykisk hälsa. Servicecentret för barn och familjer kunde verka på tre nivåer: basnivån fokuserar på förebyggande och stödande verksamhet, den fördjupade nivån på att stöda och rehabilitera familjer som helhet och den tredje nivån på vården.

Prevalensen för rusmedelsproblem och problem med den psykiska hälsan hos befolkningen är ca 4 %. Befolkningsmängden inom Kust-Österbottens samarbetsområdet är dryga 26 000 och således har ca 1 000 personer inom samkommunen rusmedelsproblem och problem med den psykiska hälsan. För att sköta dessa problem behövs en arbetsinsats av totalt ca 20 arbetstagare.

### 6.3.1 Den psykosociala arbetsgruppen

Det regionala teamet har ansvar för den psykiatriska vården samt vid behov för längre vårdförhållanden, rehabiliteringen samt utredningar och utlåtanden gällande alla åldersgrupper. Den regionala arbetsgruppens verksamhet motsvarar nuvarande verksamhet vid psykiatriska poliklinikerna i Närpes och Kristinestad samt vid mentalvårdscentralen i Vasa. Funktionerna sammankopplas med mentalvårdsarbetet inom annan service på basnivå, såsom med arbetet i skolorna och inom socialvården. Inga remisser behövs utan målsättningen är en lättillgänglig service. Specialkunnandet inom området behålls och upprätthålls genom olika utbildningar, handledning och konsultering (t.ex. stöd från Vasa sjukvårdsdistrikt).

Tabell 8. Beräkning av den regionala arbetsgruppens personal samt uppskattade lönekostnader inom K5

Team för vuxna	Antal vakanser	Vsvd	Hvc	Ny tjänst
Psykiater	1	1	0	0
Psykolog	2	1	0	1
Sjsk.terap.vård	3	3	0	0
Akutteam (mobilt)	2	0	0	2
Team för familj och barn				
Psykiater för barn o unga	0,5	0,5	0	0
Psykolog	2	1,5	0	0,5
Socialarbetare	1	1	0	0
Sjukskötare	1	1	0	0
<b>Summerat</b>	<b>12,5</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>3,5</b>

Total lönekostnad ca.665 000 €, tilläggskostnad ca.173 000 €. Förverkligas 2012.

**Mångprofessionella arbetsgrupper** fungerar oftast bäst. Enligt erfarenhet är ett mångprofessionellt team är den serviceproduktionsform som fungerar allra bäst i mentalvårdsfrågor och är mest kostnadseffektiv. I detta hänseende bör särskilt socialarbetarnas och hälsovårdarnas kunnande på basnivå poängteras då deras insats skulle ge de multiprofessionella teamen olika synvinklar på hur klienten kan bemötas. Arbetsparet läkare-skötare (depressionsskötare) är en fungerande lösning vid relativt kortvarig vård.

Socialarbetarna glöms ofta bort i de mångprofessionella teamen. Socialarbetaren behöver ha baskunskaper inom psykiatri. Socialarbetarna borde tas med i de psykiatriska teamen som gör upp vårdplanerna.

De klienter som inte är i behov av akutvård kan hänvisas till vårdteamet som gör upp en preliminär vårdplan. I samband med detta måste möjligheten att konsultera en psykiater och snabbt få vård säkerställas. De som arbetar inom mentalvården på basnivå måste ha tillräckliga möjligheter till konsultation och en välfungerande handledning. I allmänhet glöms läkarna och socialarbetarna bort då det gäller handledningen, men handledning för alla borde tryggas så att det bildas en gemensam verksamhetsidé inom K5-området. Utbildning som ordnas för personalen bör följa en enhetlig linje så att arbetstagarna på basnivå får samma vårdideologi. Indikatorerna för specialsjukvård måste fastställas. Det psykosociala servicecentrets struktur kan således beskrivas enligt följande figur:



Figur 9. Organiseringen av mentalvårdsarbetet i K5-kommunernas gemensamma servicecenter

Hälsovårdscentralerna och det regionala psykosociala centret kan genom samarbete stöda endörrsprincipen. På så sätt kunde klienterna erbjudas somatiskt kunnande, yrkesutbildad personal inom mentalvården och missbrukarvården samt det sociala arbetet enligt lågtröskelprincipen. Även ledningen skulle ha en central roll då det gäller att styra verksamheten. Mentalvårdsarbetet skulle således ingå i alla funktioner efter bedömningen av vårdbehovet. De som gör vårdbedömningen har ett stort ansvar för att klienten får rätt vård

och för att identifiera vårdbehovet. Därför skulle hela K5-området behöva ett gemensamt förfaringsätt för vårdhänvisning och utbildning av personalen.

### 6.3.2. Mobilt team

*Mentalvårdsrådets vision är att bilda en mobil arbetsgrupp inom K5-området.*

Mobila team är oftast multiprofessionella och mångsidiga team som kartlägger och ansvarar för vården av psykosociala problem. En viktig verksamhetsidé för det mobila teamet är att servicen förs ut till klienten. I inledningsskedet planeras verksamhet under dagtid. Det mobila teamets verksamhet kan ordnas bl.a. enligt den s.k. Assertive community treatment - modellen.

- ACT = uppsökande team som möjliggör en samhällsbaserad psykiatrisk vård, stöd samt rehabilitering (Assertive Community Treatment Association 2006)
- Kan också användas vid vård av allvarliga störningar i den psykiska hälsan (såsom schizofreni)
- ACT-teamen består av personer som arbetar inom socialarbete, psykiatrisk vård och rehabilitering
- Servicen ordnas utanför byrån (i klientens hem, närliggande restaurang, park, osv.)
- Teamet kan också delta i samordningen av vården av personer med rusmedelsproblem

Enligt Kristian Wahlbeck (2007) borde utvecklingen av mentalvårdstjänster utgå från uppgifter som baserar sig på forskning. Mobila tjänster som ges i hemmet har undersökts särskilt i England och forskningsresultaten visar att service som ordnas utanför tjänstetiden behövs. T.ex. vård av akut psykos i hemmet underlättar de anhörigas börda och minskar risken för att personen ska bli intagen på sjukhus. Psykiatrisk hemsjukvård har också bedömts vara kostnadseffektivare än sjukhusvård.

Enligt forskningsresultaten är följande faktorer viktiga i *psykiatrisk hemsjukvård*:

- hemförhållandena
- multiprofessionell arbetsgrupp
- tillgång till psykiater
- tillgång till service (7 dagar i veckan, inte 24 timmar)
- patientgruppens storlek (<25)
- integration av hälsovårds- och socialsektorerna (Wahlbeck 2007)

För att koordinera specialsjukvården och primärvården kunde man inrätta ett mobilt team för akut mentalvård i gränssnittet mellan olika aktörer samt testa och vidareutveckla arbetssätt som bygger på lokala behov. Det mobila teamet kunde ha två sjukskötare som arbetar i par. Det mobila teamet erbjuder service vardagar kl. 8-16. Senare kan arbetstiden utökas, om man får mera personalresurser eller så kan samarbetet med socialvårdens arbetsgrupp för hemrehabilitering ökas. Utgångspunkten är att alla medlemskommuner ska ha en arbetsgrupp för hemrehabilitering. Det mobila teamets läkarservice sköts flexibelt i enlighet med behovet.

Det mobila teamets tjänster tillhandahålls enligt endörssprincipen och tjänsterna förs närmare och även hem till klienten. Teamets verksamhet ordnas som överenskomna eller bokade hembesök och även som mottagningsbesök vid samkommunens hälsovårdscentraler och -stationer. Det mobila teamets tjänster skulle tillhandahållas enligt lågröskelprincipen och klienterna skulle få bedömning och vård utan remiss. Den mobila arbetsgruppen kunde dessutom samordna krisarbetet inom samkommunen och allt snabbare erbjuda akuta mental- och missbrukarvårdstjänster. Teamet kunde också ansvara för den psykiska första hjälpen vid traumatiska olyckor och stöda den övriga vårdpersonalen i hanteringen av sådana situationer. Förutom att den mobila arbetsgruppen kunde tillhandahålla tjänster som ges i hemmet enligt lågröskelprincipen kunde den också erbjuda eftervård och uppföljning efter att patienten blivit utskriven från sjukhuset. Arbetsgruppen kunde därmed också ansvara för en snabb eftervård och viss uppföljning av patienter som blir utskrivna från specialsjukvården. På grund av väntetiderna kan det ibland vara svårt att få tid till öppenvården och skapa ett klientförhållande.

Det mobila akutteamet, som har tillgång till psykiater och all kunskap inom specialsjukvårdens öppenvård, beräknas kunna sköta  $\frac{2}{3}$  av nya psykostillstånd och  $\frac{1}{2}$  av relapserna inom öppenvården. Då akutteamet samarbetar med patientens anhöriga inom öppenvården kan patienten vårdas på ett betydligt smidigare sätt.

I samband med akuta sjukdomsfall eller akut försämring i hälsotillståndet kan man också göra hembesök. Dessutom ingår i arbetsuppgifterna eftervård efter sjukhusperiod, psykisk första hjälp som ges i samband med traumatiska kriser, handledning för hemvårdspersonalen samt att svara på konsultationer från den övriga vårdpersonalen och tredje sektorns psykosociala stödpersoner. Vid hembesök bildas två personers team och i hembesöken deltar de yrkeskategorier som ifrågavarande person behöver. Detta arbetspar kan bildas av en skötare från hälsovårdscentralen, en arbetstagare inom hemvården eller t.ex. familjservicen.

För tillfället är det endast Närpes av K5-kommunerna som har en egen krisgrupp. Inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård finns ca 15-20 fall årligen där en krisgrupp skulle behövas. Det mobila teamet kunde ge psykisk första hjälp även i samband med traumatiska kriser och ordna eller delta i debriefing. Det är ofta svårt att rekrytera kompetenta personer till krisarbetet. Situationen kunde vara lättare att hantera om det rörliga teamet skulle ha huvudansvaret för denna verksamhet. Till sitt stöd behöver teamet naturligtvis en sakkunnig ledning och organisering av arbetet. Möjligheten att ordna krisarbete som köptjänst har också diskuterats.

## Förvaltning

Tabell 9. Beräkning av den psykosociala enhetens kostnader

### Ledning och kanslipersonal

	Antal vakanser	Vsvd	Hvc	Ny tjänst
Avd. chef	1	0	0	1
Avd. skötare	1	1	0	0
Kanslist	1,78	1,78	0	0
<b>Summerat</b>	<b>3,78</b>	<b>2,78</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Total lönekostnad ca.189 000 €, tilläggskostnad ca.74 000 €. Förverkligas 2012.

## Framtidsutsikter

Barns och ungas välfärdsproblem har ökat och därför föreslår mentalvårdsrådet att mera resurser anvisas personalen inom skolhälsovården för att täcka det ökande hjälpbehovet. Detta innebär att varje kommun inom K5-området i framtiden behöver en kurator och en skolpsykolog. Denna personalresurs skulle förhoppningsvis också bli en del av den psykosociala arbetsgruppen och kunde bidra med sitt kunnande i utvecklingen av mentalvårdsarbetet. För en god helhetsvård behövs psykiater som är specialiserade på frågor gällande såväl barn och unga som vuxna.

Mentalvårdsrådet önskar också att de neuropsykologiska bedömningarna överförs till K5-området t.ex. som köp- eller närservice. Behovet av neuropsykologisk mottagning beräknas för närvarande vara två dagar i månaden.

Mentalvårdsrådet har konstaterat att barn och unga kan skötas centraliserat, men även närservice bör finnas att tillgå t.ex. för unga, äldre, rörelsehindrade samt långtidssjuka som är svåra att motivera eller som har svårt att förflytta sig.

Psykiatrisk hemrehabilitering (verksamhet i likhet med Klarabo) kunde stöda/vara en del av det mobila teamet, hemvården inom samkommunens olika områden.

Tabell 10. Framtidsutsikter för tilläggsbehovet av personal inom mentalvårdsarbetet i K5-området

Framtidsutsikter						
Undervisningssektorn						
Skolor	Antal	Vsvd	Hvc/soc	Ny	Tilläggs-kostnader	Årskostnader
Psykolog	3	0	0	3	113 097	169 646
Förverkligas			10/2010 (Nrp)	2013		
Kurator	3	0	2	1	42 666	128 000
Förverkligas				2013 (Krs,Ksk)		
Mobila team	6	0	2 (Nrp)	4 (övriga)	174 240	261 360
Förverkligas	2015					

### **Utvecklandet av samarbetet mellan primär- och specialsjukvården**

Specialsjukvården är enligt lag en specialistledd verksamhet. Sjukvårdsdistrikten är ett sätt att ordna specialsjukvården på, men på många orter ordnar också kommunerna och städerna själva psykiatrisk service inom öppna vården. I detta stycke beskrivs kort samarbetet som ska utvecklas mellan K5-kommunerna och sjukvårdsdistriktet.

Samarbetet med specialsjukvården bör intensifieras för att t.ex. förenhetliga remissförfarandet och åstadkomma tydliga vårdkedjor mellan primärkommunerna och specialsjukvården. Grundliga kartläggningar av vårdbehovet som görs inom specialsjukvården och utredningar av patientens situation bör struktureras så att det första mötet motiverar och hjälper klienten att få just den vård han/hon behöver. På så sätt undviks överlappande verksamhet som uppstår om inte kommunikationen mellan primärvårds- och specialsjukvårdsnivån saknas. En psykiater behöver inte alltid bedöma patientens vårdbehov utan bedömningen kan i detta skede göras av t.ex. hälsocentral- och allmänläkarna som ofta känner patienten från förr. Det är viktigt att satsa på en helhetsbetonad undersökning av patienten genast från början. Aktörerna på basnivån bör ges tillräckligt kunnande och tilltro till

sin egen förmåga att bedöma patientens vårdbehov, känna igen de vanligaste psykiska och rusmedelsproblemen och vid behov hänvisa klienterna till s.k. mera krävande vård. Konsultationer kan ordnas med det egna psykosociala teamet och vid behov kan t.ex. videokonsultation begäras från specialistsjukvården eller privata aktörer.

Efter avslutad psykiatrisk vård inom specialistsjukvården överförs patientens uppföljning och fortsatt vård på det psykosociala teamets ansvar och/eller till den egna skötaren/terapeuten för att ytterligare stärka vårdresultaten och stöda patienten. På så sätt går läkarens arbete och vårdarbetet hand i hand på ett naturligt sätt. I fortsättningen måste särskild uppmärksamhet fästas vid informationsförmedlingen.

För att öka kunnandet på basnivån behövs utbildning, specialiseringsperioder för läkare och besök av hälsocentralläkarna inom sjukhuspsykiatri. Ett bra exempel på överföring av kunnande från specialnivån till basnivån, i enlighet med lågtröskelprincipen, är hälsovårdscentralernas depressionsskötare. Hälsovårdscentralerna i Malax och Kristinestad har haft depressionsskötare en tid och detta har upplevts vara mycket positivt både ur personalens och patienternas synvinkel.

K5-kommunernas gemensamma mentalvårdsråd anser att följande servicehelheter i fortsättningen kan köpas av specialistsjukvården:

- sjukhusvård
  - barn, unga och vuxna
- anpassningsträningsskurser
- intervallvård, vård- och rehabiliteringsbedömning
- terapi för små barn
- familjekartläggningar enligt intensivmodellen
- neurologi
- foniatri
- utbildning, handledning och konsultationer
- psykoterapigruppens bedömningar och vårdrekommendationer
- familjeterapins bedömningar och vårdrekommendationer

## 7. GENOMFÖRANDEPLAN FÖR MENTALVÅRDSSTRATEGIN 2010 – 2013

### Mentalvårdsstrategin börjar verkställas 1.1.2012.

Målsättningarna för den regionala mentalvårdsstrategin inom K5 är följande:

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

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

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.

Den penningssumma som är tänkt för den planerade personalstrukturen och det regionala teamets personalresurs, ca 1,1 milj. euro (jfr. tabell 8) skulle i fortsättningen så långt som möjligt motsvara den resurs som för närvarande används för specialsjukvårdens öppenvård (se tabell 11 nedan).

Tabell 11. Sammanlagda kostnader.

**Kliniskt arbete sammanlagt**

Lönekostnad för personalen	Antal vakanser	Från Vsvd	Från Hvc	Ny tjänst	Tilläggs kostnad	Total kostnad
<b>Antal/ kostnad</b>	<b>20,5</b>	<b>12</b>	<b>3,5</b>	<b>5</b>	<b>239 000</b>	<b>1 015 000</b>

**Sammanlagda kostnader i jämförelse med nuläget**

	<b>Totalkostnad</b>
<b>Öppenvårdskostnader till VSVD inom K5 2009, alla kostnader</b>	<b>985 291</b>
<b>Köptjänster</b>	<b>Ca. 100 000</b>
<b>Egna tjänster (psykologer, depressionsskötare, rusmedelsskötare), löner</b>	<b>Ca. 300 000</b>
<b>Summerat</b>	<b>Ca. 1 385 000</b>
<b>Psykosociala teamets beräknade totala lönekostnader</b>	<b>Ca. 1 377 000</b>

Tabell 12. K5-kommunernas användning av specialsjukvårdens psykiatriska öppenvård åren 2008 och 2009

K5 totalt			2008	2008	2009	2009
			besök	EUR	besök	EUR
		Psykiatri	7 805	1 057 925,00	5 711	681 562,00
		Ungdomspsykiatri	245	39 336,00	556	124 837,00
		Barnpsykiatri	264	44 922,00	853	178 892,00
<b>Totalt</b>			<b>8 314</b>	<b>1 142 183,00</b>	<b>7 120</b>	<b>985 291,00</b>

			2008	2008	2009	2009
			besök	EUR	besök	EUR
KASKÖ		Psykiatri	406	60 670,00	184	25 070,00
		Ungdomspsykiatri	1	208,00	3	664,00
		Barnpsykiatri			37	7 305,00
		<b>Totalt</b>	<b>407</b>	<b>60 878,00</b>	<b>224</b>	<b>33 039,00</b>
KORSNÄS		Psykiatri	541	45 616,00	459	48 447,00
		Ungdomspsykiatri	84	13 768,00	65	13 339,00
		Barnpsykiatri	46	7 861,00	12	2 400,00
		<b>Totalt</b>	<b>671</b>	<b>67 245,00</b>	<b>536</b>	<b>64 186,00</b>
KRISTINE- STAD		Psykiatri	2 508	387 146,00	2 011	250 103,00
		Ungdomspsykiatri	22	3 654,00	199	44 005,00
		Barnpsykiatri	17	3 104,00	217	46 972,00
		<b>Totalt</b>	<b>2 547</b>	<b>393 904,00</b>	<b>2 427</b>	<b>341 080,00</b>
MALAX		Psykiatri	1 205	131 728,00	1 056	128 929,00
		Ungdomspsykiatri	86	13 853,00	102	22 576,00
		Barnpsykiatri	180	30 560,00	197	44 052,00
		<b>Totalt</b>	<b>1 471</b>	<b>176 141,00</b>	<b>1 355</b>	<b>195 557,00</b>
NÄRPES		Psykiatri	3 145	432 765,00	2 001	229 013,00
		Ungdomspsykiatri	52	7 853,00	187	44 253,00
		Barnpsykiatri	21	3 397,00	390	78 163,00
		<b>Totalt</b>	<b>3 218</b>	<b>444 015,00</b>	<b>2 578</b>	<b>351 429,00</b>
<b>Sammanlagt</b>			<b>8 314</b>	<b>1 142 183,00</b>	<b>7 120</b>	<b>985 291,00</b>

Endast vuxenpsykiatri			2008	2008	2009	2009
			besök	EUR	besök	EUR
	KASKÖ		406	60 670,00	184	25 070,00
	KORSNÄS		541	45 616,00	459	48 447,00
	KRISTINE- STAD		2 508	387 146,00	2 011	250 103,00
	MALAX		1 205	131 728,00	1 056	128 929,00
	NÄRPES		3 145	432 765,00	2 001	229 013,00
<b>Sammanlagt</b>			<b>7 805</b>	<b>1 057 925,00</b>	<b>5 711</b>	<b>681 562,00</b>

## **8. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV STRATEGIN**

Enligt i linje med mentalvårdsrådets har ledningsgruppen för K5 helhetsansvar 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.

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 med.

## Källor

Ansoff, Igor (1984). Strategisen johtamisen käsikirja. Otava: Helsingfors.

Aspelin J. (2007): Strategi för rusmedelsvården i Sydösterbottens kustregion. Kaskö, Kristinestad, Närpes 2008-2012. På Spåret -projektet

Bakka J., Fivelsdal E. & L. Lindqvist (2006). Organisationsteori. Liber. Malmö.

Becker, Thomas (2001). Out-patient psychiatric services, s. 277-282. I verket Textbook of Community Psychiatry. Redigerad av Thornicroft, Graham & George Szukler. Oxford University Press: Oxford.

Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa: Aineistoa suunnittelun tueksi (2009). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, KIDE- serien. Jyväskylä: Gummerus.

Hagström, Virpi, Laitila, Minna, Lång, Saara & Jarkko Pirttipä (2008). Kokemuksia ja ajatuksia Pohjanmaa-hankkeen tukeman päihde- ja mielenterveysstrategiatyön pohjalta vuosina 2006–2008 – Luonnos.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Kristian Wahlbeck (2006). Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. (Den vuxenpsykiatriska vården i omvandling.) Acta Nro 187. Kommunförbundet. Stakes: Helsingfors.

Idänpää-Heikkilä, U., Junnila M., Pekurinen M. & Kristian Wahlbeck (2006). Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli. (Hälsövärdstjänster. Modell för organisation av regionala social- och hälsövärdstjänster) Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski

Junnila, Maijaliisa, Päivi Klami, Sami Pirkola & Kristian Wahlbeck (2004). Vaasan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian selvitystyön loppuraportti. (Slutrapport för utredningen av vuxenpsykiatri i Vasa sjukvårdstjänster) Stakes. Region- och kommunservice. Utvecklingsutredningar 10/2004.

Kamensky, Mika (2000). Strateginen johtaminen. Kauppakaari. Helsingfors.

Kokko, S., Teräväinen, R., Corin, H., Jokiranta, V. (2007): Bildande av samarbetsområde för primärvård och uppgifter i nära anslutning till den inom socialväsendet i Kaskö, Kristinestad och Närpes. Rapport över utredningsarbetet. Stakes.

Plan för barns och ungas välmående i K5 (2010). Johanna Aspelin-Wikman tillsammans med arbetsgruppen för uppgörande av barnskyddsplanen.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & V. Lehtinen (toim.) (2004). Mielenterveystyö Euroopassa. (Mentalvårdsarbete i Europa) Social- och hälsovårdsministeriets utredningar 2004: 17.

Lindroos, Jan-Erik & Kari Lohivesi (2006). Onnistu strategiassa. WSOYpro. Helsingfors.

Plan för mentalvårds- och missbruksarbete (2009). Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. Utredningar 2009:3. Social- och hälsovårdsministeriet.

Mintzberg, Henry (1996). Teoksessa Minzberg, H. & Quinn, J.B. (3rd edition) The Strategy Process. Concepts, contexts, cases. International edition. Prentice Hall International.

Ollila, Seija (2006). Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveystalouden julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnhajauksellisena näkökulmana. Acta Wasaensia No 156. Sosiaali- ja terveyshallinto 1.

Pirttiperä, Jarkko & Maritta Vuorenmaa (2008). Pohjanmaalla kunnat urakoivat mielenterveys- ja päihdestrategioita, i tidningen Premissi 4/2008.

Österbotten-projektet (2007), projektplan för åren 2007–2009.

Utgångspunkter för utvecklingsprocessen inom Kust-Österbottens samkommun och centrala strategier i verksamhetsplanen - utkast (1.12.2008)

SHM/Hälsofrämjande (2009). Social- och hälsovårdsministeriets Internet-sidor. Citerat 19.11.2009.

Söderlund, G. (2007): Projektet Fyrklövern - Neliapila hanke. Närpes, Kristinestad, Bötom, Kaskö och Bottenhavets sjukhem. Slutrapport.

Terveyden edistämisen laatusuositus (Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa). (2006) Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2006:19.

THL (2009). Institutets för hälsa och välfärd internet-sidor: [www.thl.fi](http://www.thl.fi). Citerats 19.11.2009.

Vägvisare: Idéer för kommunala planer för mentalvården (2000). Ett meningsfullt liv. Stakes. K-print Oy. Vanda.

Toikka, Mirja (2002). Strategia-ajattelu ja strateginen johtaminen ammattikorkeakouluissa. Tapaustutkimus Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Acta Universitatis Tamperensis 873

Grönbok. Förbättring av befolkningens psykiska hälsa. Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen. Europeiska unionens kommission 2005.

Wadén, P. (2005): Utvecklingsplan inom vården och omsorgen i Sydösterbottens kustregion och Bötom – Åtgärdsförslag och slutrapport. Omsorgsprojektet Sydin. Norrvalla Folkhälsan.

Wahlbeck, Kristian (2007). Öppenvårdens problem – är mobila team lösningen? Esitys koulutuspäivillä ”Liikkuvat työryhmät mielenterveystyössä”. 27.3.2007, Vasa.

## **BILAGA 1.**

Mentalvårdsrådets sammansättning (ersättarna inom parentes)

Ralf Häggqvist, ordf. (Carina Engström)

Stina Lähteenmäki (Berit Varho)

Eva-Stina Häggdahl (Mia Böling)

Mats Bergvik (Monika Björk)

Birgitta Eklund (Birgitta Udd)

Helena Lundman-Evars (Pirjo Tåg)

Johanna Björkman (Carina Westberg)

Gun-Kristin Nordström (Hans Ingvesgård)

Samkommunens representanter som kallats till mentalvårdsrådets sammanträden:

Jarkko Pirttipерä

Peter Riddar

Pirjo Wadén

Eini Pihlajamäki

Susann Sjöström

Tiia Järvinen

Britt-Marie Lindqvist (Projektet Välittäjä 2009)

Sakkunniga som mentalvårdsrådet konsulterat:

Veijo Nevalainen, överläkare, Institutet för hälsa och välfärd

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

Representanter från Vasa sjukvårdsdistrikt