

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Västra Nylands välfärdsområdes Servicestrategi

Innehåll

| | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| Inledning | 1 | 5 Principer för nätverket av tjänster | 48 |
| 1 Utgångspunkter för ordnandet av tjänster | 2 | 6 Upphandlings- och produktionsstrategi | 53 |
| 2 Principer för ordnande av service | 3 | 7 Ordlista | 58 |
| 3 Våra gemensamma mål | 7 | Bilagor | 60 |
| 4 Serviceområdenas planer | 21 | | |



I servicestrategin lyfte vi fram de viktigaste fynden i delaktighetsarbetet.
De är markerade med ett hjärta.

Inledning

Västra Nylands välfärdsområde är ett ungt, mångsidigt och föränderligt område. Från årsskiftet har vi varit tvungna att bygga upp mycket från grunden och hos oss står alla chefer och all personal samlade inför det nya. Jag tror att vi har nytta av detta när vi alla måste tänka och lära oss saker på ett nytt sätt.

Var femte invånare i vårt område är under 18 år och samtidigt ökar andelen personer över 75 år snabbt. Av västnylänningarna är 12 % svenskspråkiga och en sjättedel av vår personal arbetar till största delen på svenska. 16 % av våra invånare har ett annat modersmål än finska eller svenska. Till skillnad från många andra välfärdsområden ökar befolkningen i vårt område och år 2030 förutspås det finnas över 510 000 västnylänningar. Vår totala finansiering är den fjärde största bland välfärdsområdena, men den minsta av alla välfärdsområden räknat per invånare.

I denna första servicestrategi för välfärdsområdet och i räddningsväsendets servicenivåbeslut som beretts parallellt med den berättar vi hur vi förnyar vår verksamhet och de tjänster som vi ansvarar för så att vi uppnår de mål som ställts upp för oss.

Ett av de viktigaste målen för reformen är att uppnå ekonomisk hållbarhet. Därför är servicestrategin nära kopplad till välfärdsområdets budget. Att dämpa kostnadsökningen förutsätter

att tyngdpunkten i vår verksamhet flyttas mot starka tjänster på basnivå och förebyggande arbete. Samtidigt som tillgången till tjänster på basnivå förbättras måste behovet av tjänster i sista hand, såsom specialiserad sjukvård, minska.

Vårt välfärdsområdes första servicestrategi har utarbetats i samarbete med vår personal, invånarna i vårt område och intressentgrupper som är viktiga för oss. Servicestrategin konkretiserar vår välfärdsområdesstrategi som godkändes i november 2022 och fungerar som riktlinje för utvecklingen av tjänsterna och verksamheten samt för en ansvarsfull ekonomi.

Förnyelsen av vårt välfärdsområde är en kontinuerlig process, vars ramvillkor för de närmaste åren i sista hand utgörs av social- och hälsovårdens riksomfattande mål, välfärdsstatens ekonomiska förhållanden, den offentliga sektorns föränderliga uppgiftsfält och omfattande samhällsliga utvecklingskostnader. Servicestrategin erbjuder stabila principer och en riktning för förnyelsen av vår verksamhet. Innehållet i servicestrategin uppdateras varje fullmäktigeperiod.

För att västnylänningarna ska må bra.

Sanna Svahn, välfärdsområdesdirektör

1 Utgångspunkter för ordnandet av tjänster

Välfärdsområdet tog i början av 2023 emot organiseringsansvaret för nästan en halv miljon av social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet i Västnyland. Vi lyckades med detta genom att tillsammans utföra en enorm mängd arbete. Även om fördelarna med välfärdsområdesreformen är i sikte, befinner sig vårt område fortfarande till många delar i en ofullständig situation.

Vi sammanfattade de viktigaste fenomenen i nuläget i fråga om ordnandet av tjänster och de utvecklingskostnader vi förutsett i fem helheter:

1 Befolkningen i vårt välfärdsområde växer, åldras och blir alltmer mångkulturell, vilket leder till ökad efterfrågan på social- och hälsovårdstjänster.

2 Den nuvarande **servicestrukturen** i vårt välfärdsområde fokuserar på tunga och korrigerande tjänster i stället för på förebyggande och tidigt stöd.

3 Välfärdsområdenas verksamhet finansieras nästan helt av staten. **Finansieringsunderskottet** i vårt välfärdsområde är cirka 70 miljoner euro för 2023. Underskottet handlar i första

hand om att utgångsnivån för finansieringen är otillräcklig, vilket ökar trycket på att snabbt balansera ekonomin.

4 I ekvationen för begränsade **resurser** och ökad efterfrågan betonas säkerställandet av tillgången på personal samt utnyttjandet av mångsidiga produktionsätt, digitalisering och ett resurseffektivt nätverk av lokaler.

5 Vårt välfärdsområde är en del av **välfärdssamhället**, vars ramvillkor under de närmaste åren består av balansering av statsfinanserna, den offentliga sektorns föränderliga uppgiftsfält och omfattande samhällspolitiska utvecklingsförlopp.

I bilaga 3 finns en mer omfattande beskrivning av nuläget där vi berättar närmare om befolkningen, tjänsterna, resurserna, finansieringen, tillgången till personal, upphandlings- och produktionsätten, nätverket av tjänster, digitala tjänster, beredskapen och den specialiserade sjukvården i vårt välfärdsområde.

2 Principer för ordnande av service

I vårt välfärdsområde styrs ordnandet av tjänsterna av sex gemensamma principer. Dessa principer hjälper oss att fatta enhetliga beslut om ordnande av tjänster och kopplar servicestrategin till konkreta val i vardagen. Dessa principer gäller både social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsverket. I fortsättningen speglar vi både stora riktlinjer och mindre servicerelaterade beslut i våra principer: tar beslutet oss mot målen för vår förnyelse?



Bild 1. Gemensamma principer för ordnande av service

2.1 Låt kunden välja

Välfärdsområdets mål är att övergå från en systemcentrerad modell till en mer kundorienterad verksamhetsmodell. Vi ökar kundens frihet att välja alltid när det är möjligt och om kunden så önskar.

I princip strävar vi efter att erbjuda våra kunder omfattande valfrihet i framtiden. Vi bedömer om klienten till exempel kan välja plats, tidpunkt, tjänsteproducent eller kanal där tjänsten produceras. Vi har motiveringar för att begränsa kundens valfrihet.

Vi beaktar också kunder som inte har vilja, förmåga eller resurser att själva välja. Våra yrkesutbildade personer stöder och hjälper till att hitta den lämpligaste serviceformen för klientens behov.

2.2 Välj det mest kostnadseffektiva sättet

Vi ordnar tjänsterna ekonomiskt ansvarsfullt och fastställer hur vi med en så liten insats som möjligt uppnår så stor effektivitet som möjligt. Vi utreder det mest kostnadseffektiva sättet att producera varje tjänst eller servicehelhet. All vår verksamhet ska vara så effektiv som möjligt för kunderna.

Vi produktifierar våra tjänster så att de kan jämföras. I produktifieringen definierar vi tjänsterna och deras innehåll till centrala delar som regionalt enhetliga. Detta innebär att klienten får service på samma nivå oberoende av bostadsort. Med hjälp av produktifiering kan vi också på ett mer tillförlitligt sätt jämföra kostnadseffektiviteten i vår egen produktion och köpta tjänster sinsemellan.

I våra tjänster strävar vi efter det mest effektiva slutresultatet för kunden. Vi förhåller oss fördomsfritt till olika metoder för att uppnå

samma resultat. Vi producerar och utnyttjar forskningsbaserad information om tjänsternas effektivitet.

2.3 Stärka basnivån

För oss är det viktigt att våra kunder får tillgång till de tjänster de behöver snabbare än tidigare. Vi förbättrar tillgången till våra tjänster på basnivå. Basnivå avser de tjänster inom primärvården och socialvården som välfärdsområdet ordnar. Dessutom hänvisar vi genom att stärka basnivån till att vi alltid strävar efter att svara på våra kunders behov i så rätt tid som möjligt, och med de lättaste möjliga tjänsterna. Vi fastställer målsatta tider för tillgången till tjänsterna per tjänst eller servicehelhet.

Vi stärker tjänster med låg tröskel där det finns så få förutsättningar för att få tillgång till tjänsten som möjligt. Låg tröskel kan till exempel innebära att kunden inte behöver en remiss och att man i tjänsten kan uträtta ärenden anonymt, utan tidsbokning och avgiftsfritt. Vi beskriver hur service med låg tröskel stärker basnivån.

Vi stärker styrningen av den specialiserade sjukvården. Vi flyttar tyngdpunkten från remisser till konsultationer mellan yrkesutbildade personer inom den specialiserade sjukvården. Vi kartlägger enligt specialområde vad det lönar sig att producera själv och vad att skaffa från HUS eller någon annan serviceproducent.

Vi minskar användningen av samjour genom att stärka tillgången till tjänster på basnivå. Vi minimerar längden på sjukhus- och avdelningsperioder. Vården på sjukhusnivå genomförs i första hand hemma, om det är ändamålsenligt med tanke på klientens funktionsförmåga och genomförandet av servicen.



Vi stärker tillgången till tjänster på basnivå för barn, unga och familjer så att behovet av de tyngsta tjänsterna, såsom barnskyddet, minskar.

2.4 Digitalisera

Vi förbättrar verksamhetens produktivitet, tillgången till tjänster och kundupplevelsen genom att intelligent utnyttja digitala lösningar. Vi erbjuder alltid en digital servicekanal när det är ändamålsenligt med tanke på kvaliteten och produktiviteten. I vår verksamhet beaktar vi de kunder som av någon anledning inte kan använda digitala tjänster.

Vi framskrider stegvis i utnyttjandet av digitaliseringen. Vi prioriterar servicestigar som gäller ett särskilt stort antal kunder. Vi kan testa digitala lösningar genom att först pilottesta dem i mindre skala. Vi utvidgar de lösningar som konstaterats fungera till att omfatta hela välfärdsområdet.

Vårt långsiktiga mål är att erbjuda kunderna och vårdpersonalen en enhetlig digital ärendepattform som omfattar alla digitala tjänster i välfärdsområdet. Vi utvecklar också aktivt telefonservicen.

Vi söker sätt att automatisera och göra personalens arbete smidigare. Vi stöder våra klienters självständiga bedömning av servicebehovet och egenvård med digitala lösningar, så att personalens arbetstid frigörs för att betjäna sådana klienter som har störst nytta av att bemöta en yrkesutbildad person.

Vi förbereder både vår personal och våra kunder för digitala verksamhetsmodeller. Vi förverkligar vår digitala vision modigt och överskattar inte riskerna med digitaliseringen. Vi över- eller underskattar inte heller våra kunders vilja och förmåga att uträtta ärenden digitalt.

2.5 Ge ansvar

Vi stärker en förtroendebaserad verksamhetskultur ur både personalens och serviceanvändarnas synvinkel.

Vi ställer upp gemensamma mål och ramar för verksamheten. Klienterna ska få jämlik service oberoende av var de bor. Inom ramen för dessa gemensamma ramvillkor ansvarar vi i så stor utsträckning som möjligt och möjliggör olika sätt och verksamhetsmodeller i enheterna. Det viktigaste är slutresultatet.

Vi skapar en plattform för försök. Vi följer upp försökens resultat och framgångar och utvidgar försöken modigt om resultaten är positiva.

Enligt invånarna och personalen är bättre tillgång till tjänster och möjlighet att uträtta ärenden med en bekant yrkesutbildad person de viktigaste utvecklingsobjekten för tjänstkanaler bör utökas.



2. Avstå

Utöver att utveckla och införa nya saker stannar vi upp och utvärderar regelbundet även forskningsdata som vi kan avstå från. Vi identifierar saker i vårt arbete som har låg effektivitet eller som slösar våra yrkesverksamma tid utan att det ger några fördelar. Utöver tjänster och verksamhet granskar vi till exempel behovet av lokaler.

Vi avslutar verksamheter som inte är motiverade. Vi minimerar ineffektiv verksamhet som inte kan upphöra. Om den ineffektiva verksamheten är lagstadgad strävar vi efter att påverka lagstiftningen för att det arbete vi utför ska vara till större nytta för kunden.

Vi bedriver högklassig vetenskaplig genomslagsforskning som stöd för vårt beslutsfattande. Genom att konkurrensutsätta våra tjänster totalekonomiskt kan vi ytterligare minska på tjänster med låg effektivitet.



Personalrådet anser att man borde avstå från bland annat onödiga utlåtanden, postning av papper och användning av flera olika system

3 Våra gemensamma mål

I servicestrategin ställer vi upp långsiktiga mål för reformen av social- och hälsovårdstjänsterna. Målen är gemensamma för hela välfärdsområdet och styr vår verksamhet oberoende av serviceområde. De gemensamma målen gäller också räddningsverket, vars servicespecifika mål beskrivs närmare i beslutet om servicenivån.

Uppföljningen och rapporteringen av verkställandet av servicestrategin görs som en del av delårsrapporten, varvid verksamheten och de ekonomiska ramvillkoren bildar en sammanhängande helhet.

Underskottet i välfärdsområdets ekonomi ställer ramvillkor för våra gemensamma mål. På grund av otillräcklig statlig finansiering ska välfärdsområdets ekonomi balanseras snabbt under 2024–2026. Vi förbinder oss till en ansvarsfull ekonomi, som ska omfatta en heltäckande och rättvist fördelad finansiering av välfärdsområdets verksamhet.

I följande tabell bedöms behovet av balansering av välfärdsområdets ekonomi med beaktande av det ökade

servicebehovet. Balanseringsbehovet har presenterats enligt serviceområde och för åren 2024–2026 i etapper. Balanseringsbehovet har jämförts med den antagna naturliga utgiftsökningen (så kallat basscenario). Utgiftsökningen förklaras i huvudsak av det ökade servicebehovet och den ökade kostnadsnivån (särskilt inflationen).

Behovet av att balansera välfärdsområdets ekonomi för åren 2024–2026 är sammanlagt cirka 107 miljoner euro. Med balanseringsbehov avses besparingar i de årliga, bestående nettokostnaderna.

Lägesbilden för välfärdsområdets ekonomi kommer att preciseras under de kommande åren och därför är det nödvändigt att årligen bedöma balanseringsbehovet som en del av budgetberedningen. Om prognosen försämrats jämfört med nuläget skulle detta innebära att ytterligare anpassningsmål ställs upp i budgetberedningen. En förbättring av prognosen skulle i sin tur minska anpassningsmålen och därmed påverka planeringen av anpassningar på längre sikt.

Balanseringsbehovet enligt välfärdsområdets finansiering och dess uppskattade fördelning på serviceområdena (mn euro)

| Serviceområde eller organisation | 2024 | 2025 | 2026 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Tjänster för äldre | -19,9 | -8,7 | -7,5 |
| Tjänster för barn, unga och familjer | -5,8 | -2,5 | -2,2 |
| Gemensamma social- och hälsovårdstjänster | -8,5 | -3,7 | -3,2 |
| Funktionshinderservice | -5,3 | -2,3 | -2,0 |
| Specialiserad sjukvård | -7,0 | -10,3 | -8,9 |
| Koncernförvaltning* | -3,5 | -1,5 | -1,3 |
| Räddningsväsendet och akutvården | -1,5 | -0,7 | -0,6 |
| Sammanlagt | -51,5 | -29,7 | -25,8 |

Källa: Välfärdsområdets interna kalkyler.

*) Kostnaderna för digitala tjänster, lokalhyror och stödtjänster ingår i kostnaderna för serviceområdena.

Uppskattning av fördelningen av den ekonomiska balanseringen enligt serviceområde och servicelinje 2024–2026 (mn euro)

Källa: Vårdsområdets interna kalkyler.

| | Minst | Högst |
|---|--------------|--------------|
| Tjänster för äldre | -12,0 | -23,5 |
| <i>Rådgivning, handledning och utvärdering</i> | 0,0 | -0,5 |
| <i>Tjänster som stöder boende hemma</i> | -5,0 | -9,0 |
| <i>Boendeservice</i> | -5,0 | -10,0 |
| <i>Sjukhustjänster</i> | -2,0 | -4,0 |
| Tjänster för barn, unga och familjer | -4,7 | -6,7 |
| <i>Familjecentrets tjänster inom förebyggande och tidigt stöd</i> | 1,5 | 2,5 |
| <i>Familjecentrets riktade tjänster</i> | -0,7 | -1,5 |
| <i>Familjecentrets tjänster för särskilt stöd</i> | -5,5 | -7,7 |
| Gemensamma social- och hälsovårdstjänster | -3,5 | -5,5 |
| <i>Öppen sjukvård</i> | 0,0 | 0,0 |
| <i>Munhälsovård</i> | 0,0 | -0,5 |
| <i>Rehabiliteringstjänster</i> | -1,0 | -1,5 |
| <i>Mentalvårds- och missbrukartjänster</i> | -1,5 | -2,0 |
| <i>Socialservice för vuxna</i> | -1,0 | -1,5 |
| Funktionshinderservice | -4,5 | -7,0 |
| <i>Socialarbete för personer med funktionsnedsättning</i> | -0,5 | -1,0 |

| | | |
|---|--------------|--------------|
| <i>Serviceproduktion inom service för personer med funktionsnedsättning</i> | -4,0 | -6,0 |
| HUS | -20,0 | -45,0 |
| Produktionsmässiga stödtjänster | -1,5 | -2,0 |
| Koncernförvaltningen | -6,0 | -8,7 |
| Administrativa tjänster | -4,5 | -5,2 |
| Digitala tjänster | -1,5 | -2,5 |
| Lokaltjänster | 0,0 | -1,0 |
| Räddningsväsendet och akutvården | - | - |
| Sammanlagt | -52,2 | -98,4 |

3.1 Kundmål

| | |
|--|--|
| <p>1. Västra Nylands kundupplevelse är den bästa i välfärdsområdena.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi definierar en systematisk kundupplevelsemodell, det vill säga hur vi samlar in och analyserar kundrespons och hur vi genomför åtgärder utifrån den insamlade informationen. • Vi ställer upp mål för kundupplevelsen per servicehelhet. • Det ska vara enkelt och smidigt att utträtta ärenden. Man kan kontakta tjänsterna på många olika sätt. Kundens servicestig är smidig i alla skeden av klientrelationen. |
| <p>2. Våra tjänster motsvarar behoven hos vår mångformiga och föränderliga befolkning.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi säkerställer att tjänsterna riktas rätt till vår flerspråkiga och mångkulturella befolkning. Vi identifierar över- eller underanvändning av tjänster i olika befolkningsgrupper och vidtar nödvändiga åtgärder utifrån informationen. • Vi utvecklar kanaler som beaktar den växande flerspråkiga befolkningens behov. • Vi reagerar proaktivt och innovativt på det snabba åldrandet av befolkningen i vårt område. |
| <p>3. Samarbetet med kommunerna och andra centrala aktörer är fungerande och målinriktat.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi skapar en tydlig kontaktyta där olika aktörers ansvar och roller har definierats. Verksamhetsmodellerna och samarbetspraxisen byggs upp tillsammans för invånarna. Tillsammans med kommunerna skapar vi gemensamma mål för främjande av välfärd och hälsa, stöd för sysselsättningen, stöd för invandrares integration och samarbete med bildningsväsendet. Vi för en regelbunden dialog om de kommunspecifika särdragen. • Tillsammans med kommunerna utvecklar vi ett gemensamt kunskapsunderlag om områdets befolkning, med hjälp av vilket vi kan svara på servicebehovet på ett förutseende sätt. • Vi för en öppen dialog med kommunerna om ägar- och lokalplaneringen av välfärdsområdets lokaler. • Välfärdsområdets välfärdsberättelse och -plan utarbetas tillsammans med kommunerna och andra centrala intressentgrupper. I Västra Nylands välfärdsområde finns ett LU-hyte-nätverk |

| | |
|--|---|
| | <p>som är gemensamt för välfärdsområdet och kommunerna i området. Nätverket fungerar som plattform för samarbetet i arbetet med den regionala välfärdsberättelsen och välfärdsplanen.</p> |
| <p>4. Vi tryggar både finsk- och svenskspråkiga tjänster i vårt område</p> | <ul style="list-style-type: none">• Arbetet styrs av programmet för svenskspråkiga social- och hälsovårdstjänster.• Vi tryggar finskans och svenskans ställning i vår service och verksamhet. |
| <p>5. Välfärdsområdets invånare, personal och intressentgrupper deltar i planeringen och utvecklingen av våra tjänster.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Människor, kommuner, sammanslutningar, och företag som bor i, arbetar och påverkar i välfärdsområdet känner till våra tjänster, vår verksamhet och våra planer och deltar aktivt i utvecklingen av välfärdsområdet.• Välfärdsområdet använder ett delaktighetsprogram som stärker främjandet och genomförandet av delaktighet. |

3.2 Personalmål

| | |
|---|--|
| <p>6. Personalupplevelsen i Västra Nylands välfärdsområde är den bästa i välfärdsområdena.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi mäter regelbundet personalnöjdheten. • Vi stöder vår personals arbetshälsa genom en förtroendebaserad personalpolitik. • Vi stöder och handleder i synnerhet nya arbetstagare och studerande för att säkerställa ett smidigt arbete. • Vi bygger upp en coachande ledningskultur. • Välfärdsområdet använder ett program för arbetshälsa. |
| <p>7. Varje anställd känner till målen för sitt arbete.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Måluppfyllelsen följs upp systematiskt. • Varje anställd kan påverka uppställandet och uppnåendet av sina egna mål. |
| <p>8. Kompetens och ledning utvecklas systematiskt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alla våra nya anställda deltar i en introduktionsträning. • Alla chefer för välfärdsområdet deltar i välfärdsområdets egen träning i personalledning. • Vi bygger målinriktade karriärvägar. Vi skapar modeller som lämpar sig för olika yrkespersoner att avancera i sin karriär. • Vi strävar aktivt och märkbart efter att minska användningen av hyrd arbetskraft • Vi skapar välfärdsområdets egna ledningsprinciper och stöder cheferna i deras arbete. • Varje anställd har möjlighet att utveckla sin egen kompetens. • Vi stärker personalens kunskaper i svenska och den tvåspråkiga organisationskulturen. |
| <p>9. Vi lyckas rekrytera den personal vi behöver och personalbristen utgör inget hinder för att producera tjänster.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vid rekryteringen arbetar vi målinriktat och skaffar även utländsk arbetskraft. • Vi bygger upp ett aktivt samarbete mellan högskolor och läroanstalter och utvecklar utbildningsvägar för olika yrkesgrupper • Vi skapar modeller för uppmuntrande lönesättning. • Våra personalförmåner är mer lockande än branschens genomsnitt. • Vi strävar aktivt och märkbart efter att minska användningen av hyrd arbetskraft. Varje enhet följer upp användningen av och kostnaderna för hyrd arbetskraft per yrkesgrupp. • Arbetstagarnas språkkunskaper motsvarar befolkningens behov. • Vi ser till att våra anställda har tillräckliga kunskaper i finska och svenska. |
| <p>10. Vi säkerställer att våra yrkespersoner kan</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi utvecklar personalens uppgiftsstruktur så att våra anställda kan använda sin arbetstid till uppgifter som motsvarar deras kompetens. |

koncentrera sig på att utföra arbetsuppgifter som motsvarar deras kompetens där deras arbetsinsats behövs.

- Vi optimerar personalens arbetstid smart med stöd av den nya generationens tekniska lösningar.
- Vi minskar sjukfrånvaron systematiskt och målinriktat.
- Vi koncentrerar planeringen av arbetsskiften så att vi både kan underlätta chefernas arbete och försnabba processerna ur medarbetarnas synvinkel. Vi beaktar också individuella behov och utnyttjar gemensamma tekniska lösningar.
- Vi skapar resurspooler för välfärdsområdet som gör det möjligt att använda den egna personalen även i tillfälliga arbeten och som därmed minskar behovet av hyrd arbetskraft.
- Vi stärker personalens förmåga att utföra kundarbete på distans samt flexibiliteten och rörligheten i arbetet. Vi uppmuntrar våra anställda att röra sig mellan olika enheter.

3.3 Gemensamma mål för serviceproduktionen

| | |
|--|--|
| <p>11. Vi förenhetligar och förnyar vår serviceproduktion på ett målinriktat sätt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi produktifierar alla välfärdsområdets tjänster och servicenivåer. • Harmoniseringen av tjänster, servicenivå och kriterier höjer inte kostnaderna från nuvarande nivå. • Tjänsterna är högklassiga och effektiva. • Vi utnyttjar stordriftsfördelarna i vårt välfärdsområde. En ändamålsenlig centralisering av kompetensen och ledningen är ett sätt att effektivisera tjänsternas kostnadseffektivitet och kvalitet. Besluten grundar sig på en omfattande konsekvensbedömning. • Tjänsterna och funktionerna slopas om det inte finns tydliga vetenskapliga eller erfarenhetsbaserade bevis på deras effektivitet. • Vår innovations-, forsknings- och utvecklingsverksamhet är resultatrik och dess fördelar syns konkret. Verkställandet och resultaten följs aktivt upp i serviceproduktionen. |
| <p>12. Vi stärker tillgången till tjänster på basnivå, underlättar servicestrukturen och ökar det interna samarbetet.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi ställer upp mål för att lätta på servicestrukturen i alla serviceenheter. • Vi förbättrar nåbarheten och tillgängligheten av tjänster på basnivå. Vi fastställer målen för tillgången till tjänsten per tjänst. • Vi stärker servicehandledningen inom social- och hälsovårdstjänsterna med beaktande av olika människors servicebehov. • Vi utnyttjar möjligheterna till integration av social- och hälsovården i alla serviceenheter och stärker det interna samarbetet. • I samarbetet med kommunerna och organisationerna kommer vi överens om prioriteringar med vilka vi kan identifiera riskfaktorer i anslutning till ojämlikhet, hälsa och välfärd • Vi stärker partnerskapen med organisationer och företag för ett effektivare utnyttjande av förebyggande tjänster i området • Vi säkerställer att de olika aktörernas tjänster för främjande av välfärd och hälsa är lätta att hitta och utnyttja för klienter och personal. |
| <p>13. Vi håller kostnaderna för verksamheten högst på nuvarande nivå.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Finansieringen gör det möjligt att hålla kostnaderna för verksamheten på högst nuvarande nivå. Vi förbinder oss till en balans inom ekonomin. Det ökade servicebehovet åtgärdas genom att effektivisera verksamheten, lätta på servicestrukturen och prioritera. Effektivisering innebär att enhetskostnaderna minskar i alla tjänster. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Hanteringen av ekonomin grundar sig på ett tydligt och aktivt budgetansvar. Den budgetansvariga ansvarar för budgetutfallet och söker aktivt metoder för genomförandet. Metoderna beskrivs i principerna för ordnande av tjänster (kapitel 2). • Utgångspunkten är att antalet anställda i välfärdsområdet inte ökar. En ökning av antalet anställda förutsätter alltid en separat analys och ett separat beslut. • Varje ny eller ersättande rekrytering görs med eftertanke. Rekryteringen ska ha produktionsmässiga och numeriska motiveringar. • Användning av hyrd personal som ökar kostnaderna slopas. Användningen av hyrd personal ska minska med minst 20 procent inom varje servicelinje redan före 2025. |
| <p>14. Vår verksamhet, våra beslut och utvecklingen av tjänsterna grundar sig på information.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • De som utför klient- och patientarbete ska vara medvetna om och beakta de ekonomiska konsekvenserna av sina beslut. • Varje chef känner till nyckeltalen för sin verksamhet och har ett tydligt mål. Vi följer aktivt upp hur målen uppnås. • Välfärdsområdet använder ett högklassigt informationsunderlag och automatiserad rapportering som förenar de olika källsystemen. • Vi främjar och utvecklar den nationella statistikföringen och informationsproduktionen som utgår från välfärdsområdenas behov tillsammans med olika partnerskap. • Vi stärker den vetenskapliga forskningen inom social- och hälsovården på basnivå. • I utvecklingen av tjänsterna identifieras förändringar i befolkningsutvecklingen och servicebehovet, och man beaktar olika samhällsliga förändringar och risker i stor utsträckning. |
| <p>15. Vi tryggar de centrala social- och hälsovårdstjänsterna, en hälsosam livsmiljö och utkomsten för vår befolkning under alla förhållanden.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Beredskapsplaneringen baserar sig på nationellt enhetliga grunder och den utförs tillsammans med kommunerna och HUS-sammanslutningen. • Välfärdsområdet använder ett högklassigt riskhanteringssystem som omfattar hela organisationen och som stöds av våra interna riskhanteringstjänster och samarbetsstrukturer. • Organiseringen av egenkontrollen av tjänsterna och en konsekvent verksamhet är de viktigaste riskhanteringsmetoderna inom tjänsteproduktionen. • Välfärdsområdets riskhantering grundar sig på tydlig handledning och aktivt riskhanteringsarbete som genomförs utifrån dessa som en naturlig del av verksamheten och processerna. |

| | |
|--|--|
| 16. Vår mångproducentmodell grundar sig på beaktande av kundorientering, kostnadseffektivitet och samhällligt ansvar. | <ul style="list-style-type: none">• Välfärdsområdets upphandlings- och produktionsstrategi beskrivs närmare i kapitel 6. |
| 17. Vårt lokalnätverk stöder de servicestrategiska målen. | <ul style="list-style-type: none">• Utvecklingsplanen för välfärdsområdets nätverk av tjänster beskrivs närmare i kapitel 5. |

3.4 Gemensamma mål för digitala tjänster / Digital färdplan

Ett effektivt utnyttjande av digitaliseringen är en central förutsättning för att vår serviceproduktion ska kunna förnyas. Målsättningen för våra digitala lösningar och ändringar i verksamhetssätten som är oskiljaktigt kopplade till dem är att:

- styra efterfrågan på social- och hälsovårdstjänster till tjänster på basnivå och på så sätt dämpa ökningen av efterfrågan
- stärka produktiviteten i vår verksamhet och utbudet av tjänster
- göra experternas och klienternas vardag smidigare samt
- öka kostnadseffektiviteten och genomslaget i vår verksamhet.

Främjandet av digitaliseringen förutsätter betydande investeringar. För att uppnå ovan nämnda mål har vi prioriterat

utvecklingsarbetet i välfärdsområdets inledningsfas genom fyra tyngdpunkter:

- Digital ärendehantering
- Teknologi som förs till hemmet
- Utveckling av bassystemen
- Vardagens smidighet

I följande tabell presenteras de gemensamma målen och de centrala åtgärderna i anslutning till tyngdpunkterna i den digitala färdplanen.

I bilaga 1 beskriver vi det preliminära innehållet i den servicelinjespecifika genomförandeplanen för digital ärendehantering.



Personalrådet önskade hjälp med digitaliseringen bland annat vid kontakt, tidsbokning, elektronisk signatur och distansmottagningar.

18. Digital ärendehantering:

Vi bygger upp en omfattande digital ärendehantering för kunderna före år 2026.

- Vi strävar efter följande snabba och omfattande digitala förmågor för olika tjänster:
 - digital symtombedömning
 - digital bedömning av servicebehovet
 - självbokning av tider
 - enkät- och blankettverktyg
 - icke-brådiskande kommunikation
 - digitala distansmottagningar
 - digitala egenvårdsvägar och coachningar
 - bläddra i egna social- och hälsovårdsuppgifter
 - anvisningar för egenvård och självbetjäning
 - anmälan till mottagningen
 - hantering av samtycken och loggar
- Arbetet med att utveckla digitaliseringen görs enhetligt och centraliserat och omfattar alla servicelinjer. För varje servicelinje utarbetas en genomförandeplan för digital ärendehantering (en gemensam modell beskrivs i bilaga 1).
- Digital ärendehantering blir det primära kontaktsättet före år 2026.
- Vi utvidgar den digitala ärendehanteringens i hela verksamheten genom att utnyttja digitala lösningar som redan används eller som kan införas smidigt. Detta möjliggör snabba och kostnadseffektiva fördelar och vänjer yrkespersoner och kunder vid digital ärendehantering.
- Lösningen för digital ärendehantering främjas oberoende av hur klient- och patientdatasystemen förnyas.

19. Teknologi som förs hem:

Vi är Finlands ledande inom hemteknologi före år 2026.

- Vi utvidgar hemvårdens digitala stöd:
 - vi höjer andelen distansvård inom hemvården från 5 % till 20 % av klientbesöken
 - vi lyfter upp antalet hem som använder läkemedelsautomatik från 400 till 1000 hem
- Vi fastställer en verksamhetsmodell för innovationssamarbetet i välfärdsområdet och i bruktagandet av ny teknik.

| | |
|---|---|
| 20. Grundsystem: Förnyandet av bassystemen inleds prioriterat | <ul style="list-style-type: none">• Vi förnyar välfärdsområdets grundläggande datasystem stegvis och börjar med klient- och patientdatasystemen samt systemen för arbetsskiftsplanering.• I nästa fas förnyar vi de övriga bassystemen, såsom systemen för personaladministration, ekonomi, hanteringen av klientrelationer och serviceadministration.• Vi definierar målbilden för den övergripande arkitekturen och utvecklar en helhet utifrån den. |
| 21. Vardagens smidighet: Digitala lösningar stöder våra anställdas arbete och en smidig vardag för våra kunder. | <ul style="list-style-type: none">• Vi åtgärdar problempunkter i vardagen, såsom belastande verksamhetsmodeller, ineffektiva processer och uppkomsten av störningar med stöd av digitala lösningar för att underlätta arbetet för yrkesutbildade personer och chefer.• Vi förbättrar kvaliteten och kostnadseffektiviteten i alla centrala ICT-tjänster genom att utnyttja de stordriftsfördelar som reformen medför. Vi omvärderar produktionssätten och verksamhetsmodellerna samt söker de bästa samarbetspartnerna och teknologierna på marknaden.• Vi bedömer möjligheterna till artificiell intelligens i avseendet att göra vardagen smidigare.• Digitala lösningar för ärendehantering främjas och utvecklas på båda inhemska språken. |

4 Serviceområdenas planer

4.1 Gemensamma social- och hälsovårdstjänster

Vi ordnar social- och hälsovårdstjänster som förbättrar invånarnas hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet.

Vi förbättrar tillgången till och kontinuiteten i social- och hälsovårdstjänsterna. Vi utvecklar våra serviceprocesser så att de blir kundorienterade. Klientens ärende avgörs redan under den första kontakten alltid när det är möjligt. För att förbättra tillgången ökar vi också utbudet av digitala och mobila tjänsterna. Vi kan korrigera vård- och serviceskulden som uppkommit under covid-19-pandemin före slutet av strategiperioden.

Vi genomför tjänster utifrån kundernas behov. Våra servicelinjer för ett intensivt samarbete. Vi ökar integrationen i social- och hälsovårdstjänsterna. Vi etablerar de viktigaste samarbetsätten och servicekedjorna inom primärvården och den specialiserade sjukvården så att våra patienter får vård på rätt plats vid rätt tidpunkt.

Effektivitet och kostnadsmedvetenhet är utgångspunkten för utvecklingen av våra tjänster. Vi förbättrar effektiviteten och utvecklar fungerande verktyg för att mäta den. Vi stärker också den vetenskapliga forskningen om våra tjänster. Vi utvecklar förebyggande tjänster så att de blir ännu effektivare tillsammans med invånarna i vårt område.

Personalen är vår viktigaste resurs. Vi sörjer för personalens välbefinnande genom att göra arbetet smidigare och göra det möjligt att bättre koncentrera sig på det väsentliga i sitt eget arbete, säkerställa tillräckliga resurser samt förbättra möjligheterna att utveckla det egna arbetet och yrkeskunskapen.

Vi utvecklar mångproducentmodellen så att den bättre motsvarar behoven inom vårt serviceområde och söker aktivt olika sätt att samarbeta med den privata eller tredje sektorns tjänsteproduktion. Vi ökar mängden tjänsteproduktion som ordnas av någon annan än oss själva när det är totalekonomiskt förnuftigt och förbättrar tjänsternas effektivitet. Vi fortsätter vårt goda samarbete med kommunerna när det gäller att ordna välfärdsfrämjande tjänster och utveckla rådgivningen och handledningen. Vi utvecklar våra tjänster i nära samarbete med organisationer och andra välfärdsområden. Samarbete bedrivs särskilt i fråga om tjänster riktade till invandrare, främjande av sysselsättning, kamratstödsverksamhet och dagcenterverksamhet.

Vi sörjer för den ekonomiska bärkraften inom vårt serviceområde och söker metoder för ekonomisk anpassning som inte äventyrar tjänsternas tillgänglighet och kontinuitet. Vi riktar våra resurser till effektiv verksamhet och avstår från verksamhet som inte medför välfärds- eller hälsofördelar.



Enligt personalens workshopar var de mest användbara lösningarna för dem som behöver mycket service att ha en egen kontaktperson, en enkel kontakt och modellen Första linjens terapier.

4.1.1 Öppen sjukvård

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> Klienterna och patienterna får i alla ärenden kontakt med hälsostationen samma dag. En digital enkät om förhandsuppgifter eller bedömning av vårdbehovet används dygnet runt. Man får vård inom två veckor efter att vårdbehovet har konstaterats. Vi utnyttjar digitala tjänster när det är meningsfullt med tanke på patientens vård. Vi tryggar vårdens kontinuitet genom att säkerställa att patienten kan uträtta ärenden med en bekant yrkesutbildad person alltid när det är möjligt. Behovet av att använda specialiserad sjukvård minskar genom att tjänsterna på basnivå stärks och genom ett tätare samarbete med den specialiserade sjukvården. Genom att förbättra konsultationspraxisen får patienten vård på rätt plats i rätt tid. | <ul style="list-style-type: none"> Bedömningen av vårdbehovet görs under samma dag. Vårdpersonalen får vård inom två veckor efter att vårdbehovet har konstaterats. Tillgången till vård och vårdens kvalitet förbättras till exempel genom att utvidga teammodellen eller husläkarmodellen. Vi utreder utvidgning av utkontrakterade hälsostationer. Kontinuiteten i vården förbättras mätt med COCI-index och andelen klienter som fått en kontaktperson ökar betydligt. Antalet patienter som fått en kontaktperson följs upp på månadsnivå. Största delen av hälsostationernas klienter tar kontakt via en digital kanal där klienten kan ge förhandsuppgifter om sitt servicebehov och göra en digital symtombedömning. Vi löser en betydande del av patienternas ärenden på distans. Tiden som används för patientarbete ökar. Vi följer upp utvecklingen och förändringarna i antalet klienter och mottagningar | <p style="text-align: center;">0 mn € (kostnadsneutral)</p> <p>Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> Genom att förbättra tillgången till vård, vårdens kontinuitet och konsultationspraxisen kan allt fler patienter vårdas inom primärvården. Detta minskar användningen av specialiserad sjukvård och remisser. Anlitandet av hyrd arbetskraft minskar när vi lyckas rekrytera personal och engagera personalen. Vi effektiviserar och förenhetligar upphandlingen av vårdartiklar, diagnostiktjänster och andra stödtjänster bl.a. genom att skapa ett tydligt och begränsat produktsortiment för ovan nämnda inköp. Vid behov söker vi besparingar i nätverket av verksamhetsställen, men sörjer ändå för tjänsternas tillgänglighet och kvalitet i hela området. Vi utvidgar öppettiderna för akutmottagningar inom primärvården för att förbättra tillgången till vård och minska sjukhusens jourbesök. Tiden som används för patientarbete ökar bland annat genom att minska det ineffektiva arbetet. |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Vi följer utvecklingen och förändringarna i antalet remisser • Konsultationspraxisen inom den specialiserade sjukvården blir mångsidigare, fler konsultationer görs och konsultationernas kvalitet förbättras. Då minskar antalet remisser till den specialiserade sjukvården och allt fler patienter kan vårdas inom primärvården. | |
|--|--|--|

4.1.2 Munhälsovårdens tjänster

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|--|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Klienterna och patienterna får kontakt med munhälsovården under samma vardag. Man får icke-brådskande vård inom tre månader eller inom den tid som patientens vårdbehov kräver. 2. Vi främjar den digitala ärendehantering för vuxna patienter som söker icke-brådskande vård. En digital enkät om förhandsuppgifter eller bedömning av vårdbehovet används dygnet runt. 3. Flerrumsmodellerna är i bruk. Arbetsfördelningen genomförs ändamålsenligt enligt vårdbehovet. 4. Vi förenhetligar kallelseintervallerna för de periodiska kontrollerna. 5. Vi utvecklar styrningen av egenvården. | <ul style="list-style-type: none"> • Du kan kontakta tjänsterna vardagar under samma dag. Tillgången till icke-brådskande vård förverkligas inom tre månader. • Antalet första kontakter via den digitala servicekanalen ökar redan under 2024. Vi följer upp andelen självbokade tider av alla tidsbokningar. • Av våra produkter förkortar vi de vanligaste vårdperioderna och deras längd. • Vi följer upp förändringarna i vårdintervallen vid kontrollbesöken. • Tiden som används för patientarbete ökar. Yrkesutbildade personer kan sköta fler patienter inom samma tid som stödtjänstuppgifterna automatiseras, | <p>0–0,5 mn € (0–1 % av linjens totala kostnader)</p> <p style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 5px;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi effektiviserar och förenhetligar upphandlingen av vårdartiklar, diagnostiktjänster och andra stödtjänster bl.a. genom att skapa ett tydligt och begränsat produktsortiment för ovan nämnda inköp. • Vi hanterar personalkostnaderna för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården genom att minska det ineffektiva arbetet, vilket ökar den tid som används för vård av patienter. • Vid behov söker vi besparingar i nätverket av verksamhetsställen, men sörjer ändå för |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>övertas till assisterande personal eller läggs ut på entreprenad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi följer upp utvecklingen och förändringarna i antalet klienter och mottagningar | <p>tjänsternas tillgänglighet och kvalitet i hela området.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anlitandet av hyrd arbetskraft minskar när vi lyckas rekrytera personal och engagera personalen. |
|--|--|---|

4.1.3 Rehabiliteringstjänster

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|--|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Vi erbjuder rehabiliteringsklienter olika kanaler för att bli klienter. Vi uppmanar till att använda digitala tjänster. Vi utvidgar användningen av den digitala symtombedömningen och självtidsbokningen i hela området. Det digitala formuläret för förhandsuppgifter gör mottagningarna smidigare. 2. Vi koncentrerar tidsbokningen, vilket frigör arbetstid för dem som utför terapiarbete. Vi hänvisar klienterna till rätt vårdpersonal genast i början. 3. Vi bedömer behovet av terapi och producerar terapi med enhetliga servicekriterier. Vi säkerställer tillräcklig tillgång och egen serviceproduktion. | <ul style="list-style-type: none"> • Självtidsbokningens andel 2026 är minst 50 %. • Av de nya kunderna fyller 80 % i en digital blankett för förhandsuppgifter. • Vi följer upp antalet klienter och besök och hur tillgången till vård förverkligas. • Vi följer upp förändringar i användningen av hjälpmedel och antalet klienter inom hjälpmedelstjänsterna. Vi följer upp antalet betalningsförbindelser och kostnaderna för dem. • Andelen tid som används för klient- och patientarbete ökar. • Vi tar i bruk verksamhetsmodeller för att få kunderna att omfattas av rätt service och följer upp hur de förverkligas. | <p>1–1,5 mn € (6–10 % av linjens totala kostnader)</p> <p>Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • En harmonisering av terapikriterierna minskar kostnaderna. • Förenhetligandet av hjälpmedelstjänsterna minskar kostnaderna avsevärt. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>4. Vi bedömer behovet av hjälpmedel och beviljar hjälpmedel med enhetliga verksamhetssätt och kriterier.</p> <p>5. Vi förtydligar arbetsfördelningen med andra tjänster.</p> | | |
|---|--|--|

4.1.4 Mentalvårds- och missbrukartjänster

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|--|---|
| <p>1. Verksamhetsmodellen Första linjens terapier förbättrar i stor utsträckning tillgången till mentalvårdstjänster med låg tröskel och tjänsternas effektivitet.</p> <p>2. Öppenvårdsklienternas kontakter med vårdpersonalen sker snabbare och lättare än i nuläget och klienten får kontakt med den expert hen behöver.</p> <p>3. Klienterna inom missbrukarvården har tillgång till mer omfattande hälsorådgivning än i nuläget i hela området. Den tredje sektorn är med och producerar flexibla tjänster med låg tröskel för kunderna. Klienter inom missbrukarvården får de mentalvårdstjänster de behöver.</p> <p>4. Patienten får den vård och de tjänster som han eller hon behöver.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fram till 2026 sköter vi 80 % av kunderna enligt verksamhetsmodellen Första linjens terapier. Över 10 % <ul style="list-style-type: none"> ○ av klienterna får hjälp vid första kontakten ○ För 5 % löses problemet med digitala egenvårdstjänster och hänvisas inte till mentalvårds- och missbrukartjänster ○ Under 10 % behöver specialiserad sjukvård eller terapi. • Klienten inom öppenvården får kontakt med vårdpersonalen samma vardag. • Vi fastställer hälsorådgivningstjänsterna för klienter inom missbrukarvården och följer utvecklingen av användningen av tjänsterna. | <p>1,5–2 mn € (3–5 % av linjens totala kostnader)</p> <p>Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beslut om servicenivå och serviceställen fattas oberoende av varandra för att tjänsterna ska riktas effektivt och kostnadseffektivt. Köpta tjänster upphandlas alltid enligt tjänsteproducenternas förhandsförteckning för att säkerställa kostnadseffektiviteten. • Den egna serviceproduktionen ökas inom boendeservicen och substitutionsvården när den är |

| | | |
|---|---|--|
| <p>5. Under boendeservicen får klienten målinriktad och evidensbaserad rehabilitering, vilket kan förbättra klientens funktionsförmåga.</p> <p>6. Klienten och patienten inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna erbjuds organisationstjänster som lämpar sig för klientens situation som stöd för att klara av vardagen och den fortsatta rehabiliteringen alltid efter att vård- eller serviceperioden har avslutats.</p> <p>7. Servicenätet, serviceprocesserna och ansvarsfördelningen inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna för unga utreds och utvecklas i samarbete med MTP-servicelinjen, familjecentralerna och den specialiserade sjukvården.</p> <p>8. Vi utvecklar vården av missbrukarrehabilitering och spelberoende för barn och unga.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • En vård- och serviceplan har fastställts för över 75 % av patienterna i substitutionsbehandlingen före 2025. • Innehållet i boendeservicen motsvarar så väl som möjligt klientens service- och rehabiliteringsbehov och klienten är inte onödigt länge i service som är tyngre. • Vi fastställer de vanligaste vård- och servicevägarna i samarbete med tredje sektorn. | <p>förmånligare än köpta tjänster. Enhetskostnaderna för boendeservicens egen produktion hålls på högst samma nivå som enhetskostnaderna för produktionen av köpta tjänster.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harmoniseringen av tjänsterna, servicenivån och kriterierna höjer inte kostnaderna jämfört med den nuvarande nivån. |
|---|---|--|

4.1.5 Socialservice för vuxna

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|---|--|
| <p>1. Kunden har tillgång till lättillgängliga digitala tjänster.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Den första bedömningen görs inom 7 vardagar efter att ärendet inlets. | <p>1–1,5 mn € (3–4 % av linjens totala kostnader)</p> <p>Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>2. Kunden får rådgivning via flera kanaler. Vi koncentrerar rådgivnings- och handledningstjänsterna i tillämpliga delar.</p> <p>3. Bedömningen av klientens situation och servicebehov görs inom utsatt tid. I bedömningen beaktas klientens egna resurser och nätverk samt utnyttjas andra yrkesutbildade personers sakkunskap enligt behov.</p> <p>4. Vi harmoniserar vår serviceprodukt och uppdaterar vår servicenivåbeskrivning.</p> <p>5. Ordlandet av tjänsterna har en tydlig arbetsfördelning inom välfärdsområdet samt med kommunerna, arbets- och näringsbyrån, organisationerna och andra myndigheter. Vi skapar samarbetsstrukturer med kommande sysselsättningsområden och arbets- och näringsförvaltningen.</p> <p>6. I vår verksamhet stöder vi organisationernas och samfundens roll i att upprätthålla och främja invånarnas verksamhetsförutsättningar och -förmåga i vardagen.</p> <p>7. Invandrarnas integration stöds genom samarbete mellan social- och hälsovårdstjänsterna, kommunerna och organisationerna.</p> <p>8.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Bedömningen av servicebehovet blir klar inom tre månader efter att ärendet inletts. • Över 80 % av ansökningarna om ekonomiskt stöd behandlas elektroniskt 2026. • Den digitala ärendeplattformen tas i bruk och användningen av den ökas systematiskt i de tjänster där det är ändamålsenligt. • Vi fastställer enhetliga kriterier för tjänsternas innehåll och beviljande. • Vi skapar en tydlig och målinriktad egen kontaktpersonsmodell tillsammans med andra aktörer i välfärdsområdet. Vi följer upp antalet klienter per egen kontaktperson. • Vi halverar bostadslösheten i samarbete med kommunerna före utgången av 2026. • Arbetsfördelningen och verksamhetsmodellerna avtalas med samarbetspartnerna. • Sysselsättningsförutsättningarna för partiellt arbetsföra förbättras som ett resultat av sektorsövergripande samarbete. | <ul style="list-style-type: none"> • Harmoniseringen av tjänsterna, servicenivån och kriterierna höjer inte kostnaderna jämfört med den nuvarande nivån. • Arbetsfördelningen mellan välfärdsområdet och FPA förtydligas i fråga om utkomststöd och andra tjänster. • Produkter och tjänster som beviljas med stöd för boende, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och utkomststöd konkurrensutsätts. |
|--|---|--|

4.2 Tjänster för barn, unga och familjer

Familjecenter – en bra vardag tillsammans med dig och din familj

För att västnylänningarna ska må bra.

Med familjecenter avses en servicehelhet som omfattar tjänster för barn, unga och familjer som främjar välfärd, hälsa, uppväxt och utveckling samt tjänster för tidigt stöd, vård och rehabilitering. Även elevhälsotjänsterna hör till familjecentret. Familjecenterverksamheten i Västra Nyland omfattar utöver lagstadgade social- och hälsovårdstjänster på basnivå även vissa tjänster på specialnivå, såsom barnskyddstjänster. Familjecentret har ett nära samarbete med special- och vuxentjänsterna samt den specialiserade sjukvården. Familjecentret verkar i nätverk både elektroniskt och vid fysiska verksamhetsställen på olika håll i välfärdsområdet. Tjänster införs också i barns och ungas vardagsmiljöer. Mötesplatsverksamheten möjliggör kamratstöd för familjer nära familjecentret.

Vi stärker familjernas egen delaktighet och kamratstöd. Smidigheten i familjernas vardag säkerställs genom regionalt samarbete med kommuner och organisationer som utförs av yrkesutbildade personer vid familjecentret. Samarbetet mellan vård utom hemmet och kommunernas bildningsväsende utvecklas.

Arbetet för att främja välfärden görs starkt i nätverk. Utöver det regionala nätverket för främjande av hälsa och välfärd stärks organisationssamarbetet av temanätverket Barn och familjer, som samlar organisationer som arbetar med barnfamiljer i området.

I familjecentren strävar man efter att stärka partnerskapen med organisationsaktörerna särskilt med hjälp av

mötesplatsverksamheten. Mötesplatsen är hjälp och kamratstöd med låg tröskel för familjer där erfarenheterna av delaktighet stärks. Klienten står i centrum för familjecentertjänsterna. En gemensam systemisk verksamhetskultur stärker samarbetet och stödet till klienten på ett multiprofessionellt sätt.

Familjecentrets klienter är alla barn, unga och familjer. Tyngdpunkten i verksamheten ligger på förebyggande arbete. I de tjänster som riktar sig till alla kan vi identifiera behovet av tidigt stöd och erbjuda stöd smidigt. När familjen upplever att den behöver mer hjälp söker vi lösningar tillsammans med barnet, den unga, familjen och yrkesutbildade personer som stöder familjen.

Vi fäster uppmärksamhet vid att stöda det psykiska välbefinnandet på alla nivåer i familjecentret. Vi fokuserar på att stärka de skyddande faktorerna och minska de belastande faktorerna. Vi stärker samarbetet med tjänsterna på basnivå och den specialiserade sjukvården för att förbättra tillgången till vård.

Behovet av tunga tjänster minskar när tjänsterna på basnivå fungerar i rätt tid. Vi svarar på behoven hos barn och unga som är klienter på en tillräcklig nivå med beaktande av hela familjens situation. Vi stöder barns och ungas föräldrars egen rehabilitering med en systemisk arbetsmodell i samarbete med bland annat tjänster för vuxna.

Man kommer smidigt till familjecentrets tjänster genom att utnyttja digitala servicekanaler, anamnesblanketter, per telefon eller genom att komma på plats. Själva ärendehanteringens sker via flera kanaler enligt kundens behov.



I välfärdsområdesspelet önskades tjänster med låg tröskel och föräldrarnas bättre förmåga att ta ansvar för sina barn som lösning på barns och ungas problem.

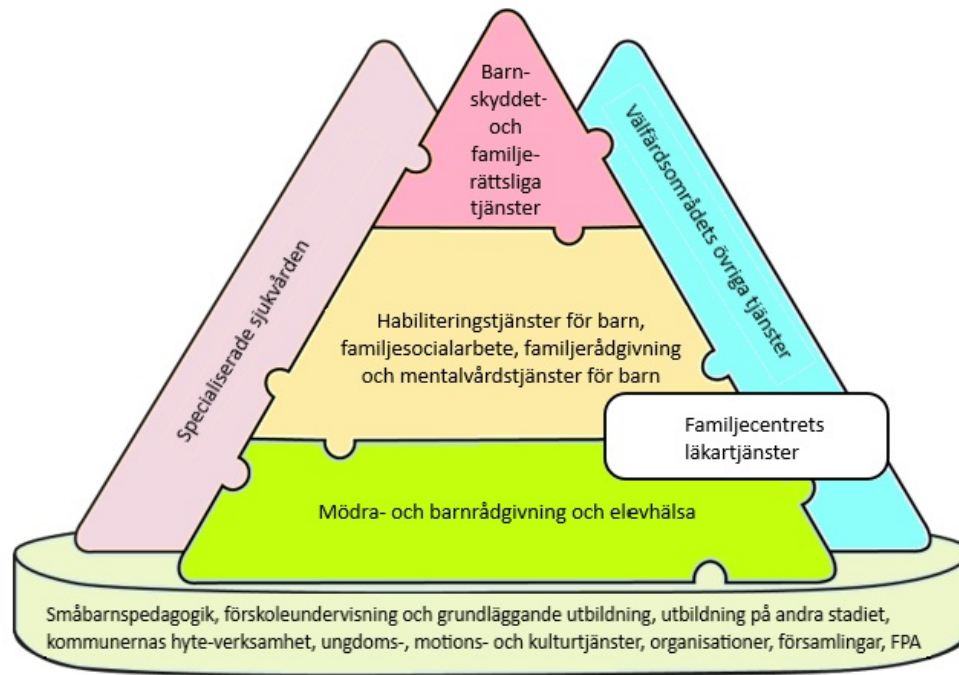


Bild 5. Familjecentrets tjänster och centrala kontaktytor

4.2.1 Familjecentrets tjänster för förebyggande och tidigt stöd

Rådgivning och elevhälsa (skol- och studerandehälsovård, läkartjänster vid familjecentraler, kurators- och psykologtjänster)

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> Vi ökar det digitala stödet och utträttandet av ärenden särskilt för kundgrupper som klarar sig i vardagen. På så sätt kan stödet riktas bättre till dem som behöver mycket service. Klienten har alltid rätt till ett möte om han eller hon så önskar. Omfattande hälsoundersökningar genomförs alltid som träffar. Vi stärker tjänsterna för stöd för psykisk hälsa med låg tröskel vid rådgivningstjänsterna och läroanstalterna tillsammans med andra aktörer. Klientens egen kontaktperson förblir densamma från och med den första kontakten. Den specialkompetens som klienten behöver hämtas via fungerande konsultations- och samarbetsstrukturer. Elevvårdspersonalen arbetar flexibelt i multiprofessionella team i samarbete med skolans personal. | <ul style="list-style-type: none"> Alla barn i lekåldern och elever i den grundläggande utbildningen har rätt till årliga hälsoundersökningar enligt förordningen. Målet är att alla klienter inom den grundläggande utbildningen ska fylla i en digital blankett för förhandsuppgifter (för närvarande endast en del av åttondeklassarna). <ul style="list-style-type: none"> För 70 % räcker det med en digital blankett för förhandsuppgifter samt uppföljning av fostran och välbefinnandet för att bedöma elevens välbefinnande. 30 % av eleverna behöver en mer omfattande hälsoundersökning utifrån den digitala blanketten för förhandsuppgifter. De digitala tjänsternas andel ökar, varvid tillgången till tjänsterna ökar. Enligt enkäten Hälsa i skolan förbättras upplevelsen av tillgången till psykolog-, kurators-, hälsovårdar- och läkartjänster inom elevhälsan. Stärkandet av det förebyggande arbetet syns i att den psykiska hälsan och välbefinnandet stärks (till exempel FinLapset, Enkäten Hälsa i skolan). <ul style="list-style-type: none"> Den första kontakten med tidigt stöd sker inom psykolog- och kuratorstjänsterna under läroanstaltens sju följande arbetsdagar och i brådskande fall samma eller följande arbetsdag vid läroanstalten. Man måste också kunna komma till skol- och studerandehälsovårdarens mottagning utan tidsbokning. Den studerande ska få kontakt med studerandehälsovården under tjänstetid samma dag. | <p style="text-align: center;">+1,5–2,5 mn € (Kostnaderna väntas öka med 3–5 % av linjens totala kostnader.)</p> <p style="text-align: center;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> Stärkandet av tjänsterna på basnivå ger på lång sikt kostnadsbesparingar i tyngre tjänster. Ökningen av dimensioneringskravet för kuratorer och psykologer leder till en ökning av kostnadsnivån. Klienternas övergång till tjänster för särskilt stöd minskar varje år. Vi följer kontinuerligt upp utvecklingen av antalet kunder och mottagningar, antalet konsultationer och den kliniska arbetstidens andel per tjänst. |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ Antalet klientspecifika besök inom mentalvårdstjänsterna minskar på årsnivå.○ Högst 10 % av de barn och unga som behöver psykiskt stöd övergår till tjänster med starkare stöd.• Den egna kontaktpersonens varaktighet stärks. | |
|--|--|--|

4.2.2 Familjecentrets riktade tjänster

Rehabiliteringstjänster för barn, familjesocialarbete, familjerådgivningstjänster och mentalvårdstjänster för barn

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|--|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Klienten får lätt kontakt med handledning och rådgivning med låg tröskel för barnfamiljer. Fastställandet av servicebehovet inleds genast. 2. Digital ärendehantering och egenvårdsprogram utvidgas och uppmuntras. 3. Familjesocialarbetet ansvarar på ett jämlikt och heltäckande sätt för att stöda familjerna konkret, i rätt tid och med låg tröskel, till exempel genom hemservice och familjearbete. 4. Familjerådgivnings- och mentalvårdstjänsterna för barn erbjuder rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor samt bedömning, vård och rehabilitering av psykiska problem hos barn enligt enhetliga kriterier. 5. Kriterierna och tjänsterna för att få rehabiliteringstjänster för barn är enhetliga. 6. Vi arbetar övergripande med klientens familj samt familjen eller barnets övriga nätverk vid behov. Samarbetet med den specialiserade sjukvården och andra samarbetsinstanser är smidigt och arbetsfördelningen tydlig. | <ul style="list-style-type: none"> • Man följer upp kanalerna för att bli klient, antalet klienter och kontakter och genomförandet av tillgången till vård samt klientrelationens längd och servicebehoven därefter. • Antalet klienter inom familjesocialarbetet och familjerådgivningen ökar och på motsvarande sätt minskar antalet klienter inom barnskyddet. • Över 50 % av klienterna inom handledning och rådgivning med låg tröskel får det stöd de behöver vid den första kontakten före 2026. • Över 50 % av kontakterna sker digitalt före 2026. • När riktade tjänster når klienterna i rätt tid och enligt enhetliga kriterier minskar användningen av den specialiserade sjukvården (remisser) och antalet barn som överförs till barnskyddet. | <p style="text-align: center;">0,7–1,5 mn € (3–6 % av linjens totala kostnader)</p> <p style="text-align: center;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjänsterna, servicenivån och kriterierna förenhetligas regionalt för att sänka verksamhetens kostnadsnivå. • Behovet av tyngre tjänster minskar i och med satsningar på förebyggande och tidigt stöd och riktade tjänster. Antalet klienter inom öppenvården minskar i förhållande till mängden målgrupper. • Med hjälp av digital ärendehantering når man kunderna effektivare än i nuläget. |

4.2.3 Familjecentrets tjänster inom särskilt stöd

Barnskydd och familjerättslig service

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Klienten kan hänvisas till barnskyddet genom handledning och rådgivning med låg tröskel. Kundens servicestig är smidig i alla skeden av klientrelationen. 2. Den socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter känner till barnets och familjens situation, stärker deras delaktighet och kan påverka situationen genom systemiskt multiprofessionellt arbete tillsammans med barnet, barnets familj och det övriga nätverket så att klientrelationen kan avslutas eller barnet och familjen kan fortsätta med lättare tjänster. 3. Vid valet av plats för vård utom hemmet prioriteras alltid familjevård. 4. Under placeringen arbetar vi för att rehabilitera barnet och barnets familj. Vårt mål är att återförena familjen. Vi rehabiliterar och stöder familjen under omhändertagandet i samarbete med socialservicen för vuxna. Barnets individuella behov och viktiga människorelationer beaktas under hela vården utom hemmet. 5. Vi uppmuntrar frånskilda föräldrar till att utöva samarbetsföräldraskap efter att parförhållandet har upphört. 6. Tillsammans med samarbetspartnerna utvecklar och effektiviserar vi multiprofessionella arbetsätt för att effektivt bekämpa och förebygga allvarlig ungdomsbrottslighet. | <ul style="list-style-type: none"> • Den relativa andelen klienter inom barnskyddet av den minderåriga befolkningen ökar inte under något år inom öppenvården eller vården utom hemmet. • Vi följer utvecklingen av antalet klienter och antalet klienter per socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter. • Verksamheten vid barnskyddets mottagningsenheter är kostnadseffektiv och deras fyllningsgrad är över 70 % före år 2025. • Kriterierna för servicenivåerna inom vården utom hemmet har förenhetligats och är tydliga och vi följer aktivt upp hur de förverkligas. • Familjevårdens andel av vården utom hemmet ökar (40 – 45 % av de omhändertagna personerna 2022) varje år. • Vi följer upp antalet klientrelationer som avslutas inom barnskyddet och antalet klienter som övergår till den | <p style="text-align: center;">5,5–7,7 mn € (5–7 % av linjens totala kostnader)</p> <p style="text-align: center;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beslut om serviceställen och servicenivå fattas separat för att rikta tjänsterna på ett effektivt och kostnadseffektivt sätt. Köpta tjänster upphandlas alltid enligt tjänsteproducenternas förhandsförteckning för att säkerställa kostnadseffektiviteten. • Enhetskostnaderna för boendeservicens egen produktion (priset per boendedygn) är högst på samma nivå som enhetskostnaderna för produktionen av köpta tjänster före år 2026. • Antalet placeringar och omhändertaganden minskar och antalet utskrivningar ökar varje år. • Familjevård är alltid den primära serviceformen i förhållande till institutionsvård. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>7. Inom familjerättslig service kan klienten välja ett serviceställe eller uträtta ärenden på distans. Kunden har möjlighet att underteckna avtal digitalt.</p> <p>8. Tjänsterna för barn och unga samarbetar intensivt med skolor och läroanstalter för att trygga fullgörandet av läroplikten.</p> <p>9. Erfarenhetsexperter och klientråd utnyttjas för att utveckla tjänsterna inom barnskyddet.</p> | <p>specialiserade sjukvården och lättare stödtjänster.</p> <ul style="list-style-type: none">• Antalet klientplaner för föräldrar till placerade barn ökar och vi följer upp antalet utskrivningar.• Ankarverksamheten för barn och unga med symtom på brott har utvidgats till hela välfärdsområdet.• Minst 80 % av de familjerättsliga avtalen undertecknas digitalt. | |
|---|---|--|

4.3 Tjänster för äldre

Tjänsterna för äldre stöder äldre personer att klara sig på egen hand och möjliggör ett tryggt liv för äldre i sitt eget hem eller i en hemlik miljö.

De allmänna tjänsterna på basnivå utgör grunden för högklassiga tjänster för äldre. Rådgivning om tjänster för äldre och hänvisning till tjänster genomförs enligt principen om en enda kontakt. Beviljandet av tjänster genomförs enligt enhetliga principer i hela området.

Vi främjar de äldres välbefinnande i samarbete med organisationer, frivilligaktörer, kommuner och församlingar. Servicecentren för äldre erbjuder en bra plattform för verksamhet som främjar de äldres välbefinnande. Flera olika organisationer och kommunerna ordnar verksamhet som upprätthåller äldres aktivitet och funktionsförmåga i vardagen, såsom seniormotion, kulturverksamhet, kurser, frivilligverksamhet samt möjligheter till delaktighet.

Verksamhetsmodeller som främjar rehabilitering av äldre används inom alla tjänster för äldre. Vi utvärderar kontinuerligt effekten av rehabiliteringsfrämjande verksamhet.

Vi ökar antalet mobila tjänster när man med hjälp av dem kan undvika behovet av tyngre tjänster eller när de är kostnadseffektiv verksamhet.

Vi stärker kundernas valfrihet genom att utnyttja mångproducentmodellen och beakta totalekonomin. Vi utvärderar kontinuerligt möjligheterna att använda köpta tjänster och servicesedlar.

Servicestrukturen för tjänster för äldre blir mångsidigare och ändamålsenlig så att tjänsterna i rätt tid motsvarar klienternas behov. Vi utnyttjar RAI-systemet och den information det producerar i den kontinuerliga utvecklingen av servicestrukturen.

En mångsidig personalstruktur stöder klienternas och invånarnas aktiva vardag och säkerställer att det finns tillräckligt med personal inom tjänsterna för äldre. Vi stärker den mångsidiga specialkompetens som behövs inom tjänsterna för äldre och sörjer för vår personals möjligheter att utveckla kompetensen.



De äldre önskade i intervjuerna tydlig information, bättre tillgång till tjänster och högklassiga tjänster som tillhandahålls i hemmet.

4.3.1 Rådgivning, handledning och utvärdering (Seniorinfo)

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Klienten får lätt kontakt med välfärdsområdets rådgivningstjänst för äldre, dvs. Seniorinfo. Bedömningen av servicebehovet inleds under kontakten. 2. Organiseringen av de tjänster som klienten behöver sker utan dröjsmål. 3. Vi söker aktivt nya sätt att stöda närståendevården. 4. Vi utvecklar effektiva tjänster som stöder välbefinnandet, hälsan, funktionsförmågan och förmågan att klara sig på egen hand särskilt för äldre personer som hör till identifierade riskgrupper. 5. Äldre personers funktionsförmåga och förutsättningarna för att bo hemma stärks och ensamhet bekämpas i samarbete med kommuner och organisationer. | <ul style="list-style-type: none"> • Vi följer utvecklingen av antalet kontakter till Seniorinfo och hur många som får svar samma dag. År 2025 sker över 50 % av kontakterna via digitala kanaler. • Vi fastställer målsatta tider för tiden mellan klientens första kontakt och inledandet av de tjänster som beviljas samt nödvändiga beslut. Vi följer upp hur den målsatta tiden uppnås. • Varje beslut verkställs enligt den produktifierade definitionen av servicenivån. • Välfärdsområdet har enhetliga tjänster som främjar välbefinnandet bland äldre personer, vars levnadsförhållanden eller livssituation är förknippade med riskfaktorer som ökar servicebehovet (till exempel närståendevårdare). Vid identifieringen av riskgrupper utnyttjas bland annat riktade hälsoenkäter. Vi pilottestar nya verksamhetsmodeller, såsom seniorrådgivning, för att hitta nya lösningar. • Vi gör upp en plan för hur närståendevården ska ordnas i välfärdsområdet. • Av befolkningen som fyllt 75 år hänvisas: <ul style="list-style-type: none"> ○ högst 5 % till serviceboende med heldygnsomsorg (i nuläget 6,9 %) | <p style="text-align: center;">0–0,5 mn € (0–2 % av linjens totala kostnader)</p> <p style="text-align: center;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centraliseringen av rådgivningsfunktionerna till ett gemensamt centrum på hela välfärdsområdets nivå effektiviserar verksamheten. • Harmoniseringen av tjänster, servicenivå, kriterier och arvodesklasser höjer inte kostnaderna från den nuvarande nivån. • Alla sådana (i huvudsak icke-lagstadgade) tjänster vars effektivitet det inte finns bevis för slopas. • Beslutets ekonomiska konsekvenser är kända för beslutsfattaren. |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 % till gemensamt boende (i nuläget 0,5 %) ○ högst 10 % till regelbunden hemvård (i nuläget 13,7 %) ○ 15–20 % till stödtjänster för hemmaboende ○ 6–7 % till närståendevård (i nuläget 4 %) | |
|--|---|--|

4.3.2 Tjänster som stöder boende hemma

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|--|---|--|
| <p>1. Tjänsterna för stöd för boende hemma genomförs i första hand som distanstjänster. Inom hemvården utvecklar vi tekniska lösningar för att öka distansvården.</p> <p>2. Vi ökar stödtjänsternas andel av stödet för boende hemma. Doseringen av läkemedel sker i första hand i läkemedelsautomater.</p> <p>3. Med hjälp av sensorteknologi får kunden den service som behövs på ett förutseende sätt och i rätt tid. Med sensorteknologi avses till exempel sensorer som installeras eller kläs på i hemmet och som kan mäta till exempel rörelse, hälsotillstånd, antalet</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi erbjuder varje klient inom hemvården olika distansvårdstjänster och följer upp andelen klienter inom distansvården. • Över 20 % av hemvårdsbesöken genomförs med hjälp av distansvård före 2026. • Hos över 30 procent av hemvårdens klienter genomförs doseringen av läkemedel i läkemedelsautomater före 2026. • Vi definierar användningssituationerna för sensorteknologin och följer aktivt med hur den tas i bruk. • Den direkta arbetstidens andel är beroende på region minst 50–60 % före 2025. • Principerna för beviljande av service definierar situationer där klientens övergång till gemensamt boende eller boende med | <p>5–9 mn € (5–9 % av linjens totala kostnader)</p> |
| | | <p>Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Utvidgningen av distanshemvården och användningen av läkemedelsautomater effektiviserar verksamheten och ökar serviceproduktionens kapacitet. • Förenhetligandet av modellen för produktion av måltidstjänster inom hemvården minskar kostnaderna. • En ökning av den privata serviceproduktionens andel ger kostnadsbesparingar och minskar personalbristen inom den egna produktionen utan att påverka servicenivån. |

| | | |
|---|---|---|
| <p>genomgångar genom dörren och energiförbrukning i hushållsapparater.</p> <p>4. Utgångspunkten för planeringen och genomförandet av vården är att klientens egna resurser utnyttjas för att förbättra funktionsförmågan.</p> <p>5. Klientens eventuella flytt till gemensamt boende eller boende med heldygnsomsorg sker smidigt och i rätt tid.</p> <p>6.</p> | <p>heldygnsomsorg sker i rätt tid. I dessa situationer sker övergången snabbt och vi följer upp hur detta förverkligas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Av befolkningen som fyllt 75 år hänvisas högst:<ul style="list-style-type: none">○ 15–20 % till stödtjänster för hemmaboende○ 10 % regelbunden hemvård | <ul style="list-style-type: none">• En ökning av den direkta arbetstiden inom hemvården ökar produktiviteten. |
|---|---|---|

4.3.3 Boendeservice

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|---|---|
| <p>1. Korttidsvård samt bedömnings- och rehabiliteringsenheter främjar klientens funktionsförmåga och möjligheter att bo hemma. Verksamheten stöder hemmaboendet, utskrivningen från sjukhuset och närståendevårdarnas ork.</p> <p>2. Med beaktande av klientens servicebehov är gemensamt boende den primära boendeservicen. Tjänsten produceras av både enheterna för välfärdsområdets egen serviceproduktion och enheterna för köpta tjänster.</p> <p>3. Klienterna får lika bra service vid alla boendeenheter som producerar samma service. Tjänsternas innehåll och personaldimensioneringen har harmoniserats.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi fastställer gemensamma kriterier och mål för korttidsvården och bedömnings- och rehabiliteringsenheterna och följer aktivt upp hur de följs. • Vi ökar antalet platser för gemensamt boende och följer upp deras fyllnadsgrad. • Av befolkningen som fyllt 75 år ökar antalet invånare i gemensamt boende till 2 procent • Priset på ett boendedygn sjunker i den egna serviceproduktionen och är konkurrenskraftigt i förhållande till prisnivån på köpta tjänster. • Vi effektiviserar utnyttjandet av teknologi och digitala lösningar inom boendeservicen. • Kriterierna för boendeservice och servicens innehåll förenhetligas under 2024. • Långvarig institutionsvård har slopats före 2025. • Serviceboende med heldygnsomsorg koncentreras till enheter av lämplig storlek och delvis av hybridmodell som är belägna i befolknings- och servicekoncentrationer. Hybridmodellen innebär att enheterna omfattar både kollektivt boende och serviceboende med heldygnsomsorg. <ul style="list-style-type: none"> ○ Klienternas boendetid vid serviceboende med heldygnsomsorg förkortas när andelen samhälleligt boende ökar. | <p style="text-align: center;">5–10 mn € (2–5 % av linjens totala kostnader)</p> <p>Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi ökar andelen omsorgsassistenterna och andra yrkesutbildade personer i personalstrukturen. • Vi underlättar servicestrukturen genom att ändra institutionsvården till långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg och genom att öka gemensamt boende. Täckningsmålet är högst 7 %. • Konkurrensutsättningen av måltidstjänster och andra stödtjänster inom boendeservicen minskar kostnaderna för verksamheten. • Vi minskar köp av arbetskraft bland annat genom att öka mängden utländsk arbetskraft. • Enhetskostnaderna för den egna produktionen (pris per boendedygn) högst på samma nivå som enhetskostnaderna för produktionen av köpta tjänster före år 2026. • Tjänsterna placeras regionalt med beaktande av enheternas kostnadseffektivitet. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>4. Vi avstår från långvarigt boende inom institutionsvården.</p> | | |
|---|--|--|

4.3.4 Sjukhustjänster

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|---|--|
| <p>1. Ett rörligt sjukhus bedömer och inleder vården i akuta situationer för klienter inom hemvården och boendeservicen för äldre. Klienterna har utarbetat en omfattande förebyggande vårdplan.</p> <p>2. Hemsjukhuset är den primära formen av sjukhusvård.</p> <p>3. Den geriatriska poliklinikens vård- och konsultationsprocess är smidig och utan dröjsmål.</p> <p>4. Inom avdelningsvården inleds rehabiliteringen omedelbart och siktar på att patienten ska skrivas ut, med beaktande av patientens föregående funktionsförmåga. Rehabiliteringskravet gäller också vård inom den specialiserade sjukvården.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Det nuvarande totala antalet platser inom sjukhustjänsterna ökar inte i förhållande till befolkningens åldrande. • Användningen av jouden minskar. • Vi fastställer kriterier för situationer där hemsjukhuset inte räcker till som sjukhusvård. • Vi följer upp hemsjukhusets andel av sjukhusvården. • Mobila sjukhus avgör 40 % av de akuta händelserna inom hemvården och 90 % inom boendeservicen före 2026. • Vi fastställer mål för den geriatriska poliklinikens vård- och konsultationsprocess och följer aktivt upp hur målen uppnås. • Den totala vårdperioden på avdelning (med beaktande av både den specialiserade sjukvården och primärvården) förkortas med 20 % jämfört med nuläget. | <p style="text-align: center;">2–4 mn € (3–5 % av linjens totala kostnader)</p> <p>Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvidgningen av hemsjukhusets funktioner minskar och förkortar vårdperioderna på vårdavdelning. • Utvidgningen av de rörliga funktionerna minskar patientförflyttningarna samt användningen av akutvård och jour. • En ökning av vårdplatserna vid sjukhuset i Esboområdet minskar kostnaderna för den specialiserade sjukvården. • Den genomsnittliga längden på en sjukhusvårdperiod förkortas. • Avdelningsplatserna centraliseras och profileras regionalt så att de motsvarar befolkningens behov. Platserna används |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Antalet avdelningsplatser motsvarar befolkningens behov regionalt.</p> <p>5. Palliativ kompetent vård finns tillgänglig i hela området.</p> <p>6. Vi utnyttjar distanskonsultationer på ett heltäckande sätt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Antalet fördröjningsdagar minskar. Målet är att det inte ska uppstå fördröjningar i förflyttningen. • Antalet distanskonsultationer ökar. I utgångsläget är användningsgraden liten. | <p>effektivt för vård och rehabilitering av patienter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priset på en vårddag inom den egna produktionen sjunker. |
|--|---|---|

4.4 Funktionshinderservice

Vi stöder ett självständigt, individuellt och betydelsefullt liv för personer med funktionsnedsättning.

Funktionshinderservicens viktigaste uppgift är att hjälpa personer med funktionsnedsättning att leva ett meningsfullt liv oberoende av sin funktionsnedsättning. Även om vår kundkrets är mångformig förenas de av en sjukdom eller en funktionsnedsättning som man inte helt kan återhämta sig från. Vi stöder ett självständigt liv för klienter inom servicen för personer med funktionsnedsättning genom god basservice och service riktad till personer med funktionsnedsättning. Dessutom samarbetar funktionshinderservicen intensivt med skolor, fritidstjänster och organisationer i området.

Den viktigaste kontaktytan mellan funktionshinderservicen och organisationerna i området är rådet för personer med funktionsnedsättning. Personalen inom funktionshinderservicen deltar aktivt i organisationernas evenemang. Man har ett faktiskt

samarbete med kommunerna i välfärdsområdet för att ordna morgon- och eftermiddagsvård samt vård under lov för skolelever och studerande. Sakkunskapen inom funktionshinderservicen utnyttjas i tillgänglighetsarbetsgrupperna i kommunerna i välfärdsområdet.

Vi tryggar den svenskspråkiga funktionshinderservicens jämlikhet, funktion och kvalitet i samarbete med andra områden och vid behov en speciallösning.

Vi säkerställer att tjänsterna beviljas jämlikt och likvärdigt genom en omsorgsfull bedömning. I utvärderingen deltar förutom personalen inom servicen för personer med funktionsnedsättning även personalen inom andra serviceområden samt andra yrkesutbildade personer.

Vi utvecklar handledningen och rådgivningen för personer som behöver många tjänster genom att förtydliga arbetsuppgifterna.

Beslut om servicenivå och plats, ordnande av tjänster och produktion av tjänster separeras från varandra. Med en mer fungerande klientprocess påverkar vi förutom tjänstens ändamålsenlighet även kostnadshanteringen.

Vi ökar kundernas valfrihet i tjänsterna genom att främja möjligheterna till servicesedlar och göra tjänster som stöder rörligheten mångsidigare. Vi utreder möjligheten till personlig budget.

Den förändrade praxisen och bestämmelserna i funktionshindersservicelagen förändrar personalens

kompetensbehov. Vi introducerar och utbildar personalen inom funktionshindersservicen systematiskt. Vi utvecklar verksamheten enligt modellen för kontinuerlig förbättring med hela personalen.

Vi utnyttjar digitala verktyg för att bedöma kundens servicebehov, uträtta ärenden och i tjänsterna. Vi digitaliserar praxis som styr verksamheten och skapar kanaler för våra kunder att administrera sina tjänster i den mån det är möjligt.



I önskemålen och idéerna hos personer med funktionsnedsättning betonades individuell hjälp och möjlighet att själv besluta om frågor som gäller servicen.

4.4.1 Socialarbete för personer med funktionsnedsättning

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|--|---|
| <p>1. Klienten får personlig assistans via telefon eller digitalt centraliserat för arbetsgivarrådgivning, stöd i anslutning till lönebetalning och handledning och uppföljning av användningen av tjänster.</p> <p>2. Vi behandlar centraliserad utvärdering av tjänster som stöder rörligheten, handledning och rådgivning i användningen av tjänsten, beslutsfattande och förändringar i sätten att ordna tjänsten eller tjänsten. Kunden får kontakt per telefon eller via digitala servicekanaler.</p> <p>3. Funktionen för klienthandledning inom boendet stärker en smidig boendestig för klienter i hela välfärdsområdet och stöder valet och uppföljningen av servicen. Serviceproducenterna och klienterna får direkt kontakt med klienthandledningen för boende via digitala kanaler och per telefon.</p> <p>4. Hanteringen av tillgängligt boende och hjälpmedel som helhet hjälper klienten att få en noggrann bedömning av behovet. Självständigt boende stöds med tillräckliga hjälpmedel under en lång tid, vilket förbättrar förutsättningarna för boende i det egna hemmet.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Kriterierna för servicenivåerna har förenhetligats och är tydliga och vi följer aktivt upp hur de uppfylls • Vi följer upp antalet kontakter från de centraliserade funktionerna samt andelen digital ärendehantering och telefonservice. • Skillnaderna i tillgången till tjänster som stöder rörligheten minskar i välfärdsområdet. • Vi väljer tjänsten enligt en tydlig och öppet kommunicerad ordning. • Fyllnadsgraden är över 95 % vid varje enhet inom den egna serviceproduktionen före 2025. • Antalet väntedagar på sjukhus för personer med funktionsnedsättning minskar. | <p style="text-align: center;">0,5–1 mn € (1–2 % av linjens totala kostnader)</p> <p style="text-align: center;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • En centralisering av rådgivningsfunktionerna på hela välfärdsområdets nivå effektiviserar verksamheten, sparar in på personalkostnader och förbättrar kompetensnivån vid bedömningen av servicebehovet. • Harmoniseringen av tjänster, servicenivåer, kriterier och arvoden höjer inte kostnaderna jämfört med den nuvarande nivån. • Beslut om serviceställen och servicenivå fattas separat för att rikta tjänsterna på ett effektivt och kostnadseffektivt sätt. Köpta tjänster upphandlas alltid enligt tjänsteproducenternas förhandsförteckning för att säkerställa kostnadseffektiviteten. • Öka arbetsgivarhandledningen och rådgivningen för att öka användningen av arbetsgivarmodellen för personlig assistans. • Klienthandledningen för boendet är aktiv och klientens servicebehov bedöms regelbundet. • Helheten av tjänster som stöder rörligheten utvecklas. • Beslutsfattaren känner till beslutets ekonomiska konsekvenser. |

4.4.2 Serviceproduktion inom service för personer med funktionsnedsättning

| Servicelinjens servicestrategiska plan | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Inom boendeservicen ökar vi servicens mångsidighet. Tyngdpunkten ligger särskilt på att öka stödet för självständigt boende samt på att producera särskilt krävande boende som egen serviceproduktion. 2. Vi utvecklar planeringen och genomförandet av tjänsten som baserar sig på de individuella behoven hos de klienter som omfattas av tjänsten. Klienterna får service på samma nivå oberoende av tjänsteproducent och sätt att ordna servicen. Klienternas så stora självständighet som möjligt och ett liv som liknar dem är utgångspunkten för all planering och verksamhet. 3. När det gäller kortvård förbättrar vi användningsgraden för den egna serviceproduktionen och utnyttjar digitala verktyg för att boka vårdplatser. 4. Vi planerar dagverksamheten enligt kundernas behov och lägger till alternativ till dagaktiviteter. Vi utnyttjar digitala och mobila serviceformer för att genomföra dagverksamheten. 5. En äldre person med funktionsnedsättning hänvisas enligt sina individuella behov i | <ul style="list-style-type: none"> • Den relativa mängden stöd för boende i hemmet ökar varje år i förhållande till den övriga boendeservicen. • Fyllnadsgraden är över 95 % vid varje enhet inom den egna serviceproduktionen före 2025. • Väntetiderna för särskilt krävande boendeservice förkortas och köp av oändamålsenliga tjänster minskar • Den uppmätta kundupplevelsen är på en god nivå i synnerhet vad gäller upplevelsen av självständighet. • Bokningssystemet för korttidsvård har digitaliserats och 80 % av bokningarna görs via systemet före utgången av 2026. • Andelen digitala tjänster inom dagverksamheten ökar. | <p style="text-align: center;">4–6 mn € (3–5 % av linjens totala kostnader)</p> <p style="text-align: center;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enhetskostnaderna för boendeservicens egen produktion (priset per boendedygn) är förmånligare än enhetskostnaderna för produktionen av köpta tjänster före 2026. • I tjänster som ordnas som köpta tjänster minimeras andelen direktupphandling. • Vi minskar uthyrningen av arbetskraft bland annat genom att utveckla samarbetet mellan verksamhetsenheterna. |

| | | |
|--|--|--|
| regel till servicen inom serviceområdet för äldre. | | |
|--|--|--|

4.5 Specialiserad sjukvård

| Servicestrategisk plan för styrning av den specialiserade sjukvården | Hur verifierar vi framgången? | Behovet av att balansera ekonomin (2024–2026) |
|--|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Vi stärker tjänsterna på basnivå på ett hållbart sätt 2. Vi utvecklar ägarstyrningen av HUS-sammanslutningen och påverkar i samarbetsforumen för styrning av den specialiserade sjukvården. Vi bygger och utvecklar kontaktytor för styrningen av den specialiserade sjukvården, såsom olika bilaterala partnerskap, strukturer i anslutning till den separata lösningen i Nyland samt samarbete inom samarbetsområdet. Styrningen av och målen för den specialiserade sjukvården koordineras tillsammans med de övriga välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stad. 3. När det gäller tjänster inom den specialiserade sjukvården analyserar och väljer vi de mest kostnadseffektiva produktionssätten. 4. Vi utvecklar jourverksamheten effektivt i samarbete mellan välfärdsområdet och HUS. Utifrån ett jourprojekt som omfattar hela Nyland skapar vi en analys av åtgärderna. | <ul style="list-style-type: none"> • Den specialiserade sjukvårdens kraftigare kostnadsökning bryts och den specialiserade sjukvårdens andel av social- och hälsovårdskostnaderna minskar. • Vi följer upp centrala mätare såsom antalet remisser, utvecklingen av faktureringen av serviceprodukter och kösituationer. • Antalet remisser till den specialiserade sjukvården minskar med över 10 % bland annat genom att öka konsultationsmöjligheterna före 2025. • Vi samlar in och analyserar information om jourverksamheten som grund för utvecklingen av den. Vi genomför de åtgärder som fastställts utifrån jourprojektet. • Vi minskar längden på vårdperioderna inom den specialiserade sjukvården per tjänst bland annat genom att aktivera utskrivningen. • Vårddagarna inom den specialiserade sjukvården, antalet besök minskar. | <p style="text-align: center;">20–45 mn €.</p> <p style="text-align: center;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi fastställer metoder per specialitet för att minska antalet remisser och användningen av vård på specialiserade sjukvårdens nivå (anställa egna specialistläkare, köpa tjänster på specialistnivå eller utvidga konsultationsmodellerna). • I fråga om den specialiserade sjukvården grundar sig valet av produktionssätt på en systematisk analys. Tjänsterna produceras av välfärdsområdet, HUS eller någon annan serviceproducent. |

- 5.** Vi stärker primärvården genom att förtydliga och utveckla gemensamma servicehelheter och servicekedjor tillsammans med den specialiserade sjukvården till exempel avdelningshelheten i Raseborgs område.
- 6.** Vi utvärderar kontinuerligt vilka uppgifter det är förnuftigt att sköta inom primärvården och vilka inom den specialiserade sjukvården. Vi utreder om det inom den specialiserade sjukvården finns sådana tjänster som det vore mer ändamålsenligt att ordna på hälsostationerna.
- 7.** Välfärdsområdets räddningsverk är serviceproducent för den prehospitala akutsjukvården.

- Välfärdsområdets relativa andel av användningen av HUS:s tjänster minskar.

4.6 Produktionsmässiga stödtjänster

Produktionsmässiga stödtjänster är bl.a. logistik-, säkerhets-, måltids- och stödtjänster samt e-tjänster.

| Servicestrategisk plan för produktionsmässiga stödtjänster | Hur verifierar vi framgången? | Uppskattning av balanseringen av ekonomin kostnadseffekter (2024–2026) |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Klienten får kontakt med välfärdsområdet via flera kanaler. Kundenservicen i det första skedet stöder serviceområdena och sköter den grundläggande rådgivningen, som inte kräver någon yrkesutbildad person inom social- och hälsovården. Vi mäter kundupplevelsen enhetligt och heltäckande. 2. Färdtjänstkundernas valfrihet ökar, tillgången till tjänster har säkerställts och transporterna har ordnats på ett kostnadseffektivt sätt. 3. Vårdartiklarna finns på rätt plats vid rätt tidpunkt. Vi automatiserar beställningar av avgiftsfria vårdartiklar. Hylltjänsten är i omfattande bruk. 4. Serviceområdena får analyser av användningen av kliniska stödtjänster från stödtjänsterna och kan med hjälp av dem effektivisera sin verksamhet. Vi utreder sätt att förnya de kliniska stödtjänsterna. 5. Stödtjänsterna fungerar som ett centraliserat servicecenter för välfärdsområdets personal. | <ul style="list-style-type: none"> • Vi följer upp svarsprocenten och responstiden för kundservicen i första skedet. • Konkurrensutsättningen av transporttjänster ger kunderna valfrihet. • Användningen av hylltjänsten har blivit vanligare vid minst 50 verksamhetsställen under 2024. • Analys av produktionssätt har gjorts och rekommenderade åtgärder har inletts utifrån den. • 75 % av kontakterna med stödtjänsterna kommer via ärendehanteringssystemet och kundservicen i det första skedet sköter majoritetens frågor före 2025. | <p style="text-align: center;">1,5–2 mn €</p> <p style="text-align: center;">Centrala metoder för att balansera ekonomin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvärdering av sättet att ordna diagnostiktjänster • Utvärdering av kliniska stödtjänster (annan än diagnostik), • Effektivisering av måltidstjänsterna och utvärdering av produktionsmodellerna • Effektivisering av transporttjänsterna och utvärdering av produktionsmodellerna • Definition av den centraliserade e-tjänstens roll efter stabiliseringsfasen • Effektivisering och standardisering av materialanskaffningar och lagerverksamhet |

4.7 Koncernförvaltningen

| Koncernförvaltningens servicehelhet | Centrala åtgärder för att balansera ekonomin | Uppskattning av balanseringen av ekonomin kostnadseffekter (2024–2026) |
|-------------------------------------|---|--|
| Administrativa tjänster | <ul style="list-style-type: none"> • Effektivisering av förvaltningen efter stabiliseringsfasen • Utvärdering av produktionsmodellerna för förvaltningens basfunktioner | 4,5–5,2 mn € |
| Digitala tjänster | <ul style="list-style-type: none"> • Utvärdering av hur ICT-bastjänsterna ordnas | 1,5–2,5 mn € |
| Lokaltjänster | <ul style="list-style-type: none"> • Totalekonomisk bedömning av lokalbeståndet och lokalinvesteringarna • Höjning av lokaleffektiviteten | 0–1 mn € |

5 Principer för nätverket av tjänster

5.1 Tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet

När tjänsternas tillgänglighet utvecklas är det viktigaste målet att trygga lika högklassiga och mångsidiga bas- och specialtjänster för alla västnylänningar oberoende av bostadsort. Tjänsterna tillhandahålls via flera kanaler så att välfärdsområdets alla resurser och kompetens kan utnyttjas till förmån för alla invånare. Utvecklingen av tjänsternas tillgänglighet styrs av klienternas syn och en smidig vardag.

Vi strävar efter ett regionalt enhetligt nätverk av tjänster som beaktar lokala särdrag. Genom ett mångsidigt nätverk av tjänster möjliggör vi produktion av högklassiga och enhetliga tjänster, tryggar tillgången till och tillgängligheten till befolkningens tjänster samt säkerställer genomförandet av förebyggande och lättare stödtjänster.

Med fungerande lokaler och attraktiva lägen stöder vi en smidig vardag och tillgången till kompetent personal. Vi identifierar att kostnaderna för nätverket av tjänster utgör en gemensam helhet för lokalkostnaderna och kostnaderna för ordnandet av andra tjänster.

Hälsovårdscentralerna, hälsostationerna, familjecentralerna eller andra serviceställen fungerar som verksamhetsställen för tjänsterna. Digitala ärendepattformar gör det möjligt att självständigt uträtta ärenden och uträtta ärenden med en yrkesutbildad person oberoende av plats. Mobila tjänster och stödtjänster gör det möjligt att få service för personer vars funktionsförmåga är nedsatt eller vars familje- eller livssituation kräver service som produceras i hemmet.

I den här servicestrategin fattas beslut om principerna och riktlinjerna för nätverket av tjänster. Genomförandet av dessa riktlinjer inleds genast och framskrider stegvis. De första åtgärderna enligt riktlinjerna kommer att inkluderas i budgeten för 2024.

En mer omfattande granskning av lokalerna genomförs under 2024, då välfärdsområdet ska bilda sig en ståndpunkt om att fortsätta uthyrningen av lokalbeståndet som överförs till det efter en övergångsperiod på tre år.

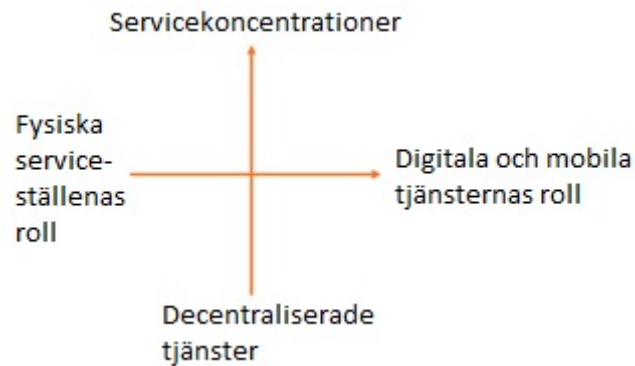


Bild 6. Dimensionerna i granskningen av nätverket av tjänster.

5.2 Principer för utveckling av nätverket av tjänster

Under välfärdsområdets första verksamhetsår kommer servicekanalerna och servicenätverket att utvecklas och förnyas. Även serviceutbudet och placeringen av lokalerna kommer att utvärderas på ett heltäckande sätt. Bedömningen och de därpå följande avgörandena görs enligt följande principer.

1. Utvecklingen sker kundorienterat

- Servicekanalerna och placeringen av tjänsterna planeras klientorienterat och genom att höra invånarna och personalen. Att säkerställa tillgången till tjänster och en ändamålsenlig användning av lokalerna är de primära målen.

- Tillgängligheten granskas i stor utsträckning med beaktande av bland annat öppettider, väntetider, geografiska lägen, trygghet av finsk- och svenskspråkiga tjänster, kollektivtrafikens kommunikationer och möjlighet till elektronisk ärendehantering och självbetjäning.
- Som stöd för beslutsfattandet utarbetas olika alternativ för att ordna tjänster och genomföra bedömningar av deras konsekvenser.

2. Tjänster erbjuds via flera kanaler och flexibelt

- Tjänster erbjuds via flera kanaler. Målet är att de digitala tjänsterna ska utgöra en stark grund i alla serviceenheter.
- Betydelsen av mobila tjänster som kompletterar det fasta nätet av verksamhetsställen ökar.
- Serviceutbudet och servicekanalerna utvecklas kontinuerligt och i utvecklingen kan olika lösningar tillämpas regionalt.

3. Verksamhetsställena placeras så att förutsättningarna för att producera tjänster säkerställs

- I den geografiska placeringen av serviceställena beaktas förutsättningarna för hållbar verksamhet. Den regionala tillgången till personal beaktas och säkerställs.
- Fungerande, säkra och hälsosamma lokaler säkerställs på våra platser. I första hand investeras i de nuvarande lokalerna, men även nya objekt är möjliga.

- I stället för en enskild tjänst granskas servicehelheten och fördelarna med en gemensam plats för verksamheten.

4. Kostnadseffektiviteten granskas på ett övergripande sätt och ineffektiva lösningar slopas

- När lösningar för nätverket av tjänster fattas bedöms kostnadseffektiviteten för de olika alternativen på ett övergripande sätt. Lokalkostnaderna granskas inte separat utan bedömning av den funktionella effektiviteten.
- Alla lösningar i nätverket av tjänster ska vara hållbara och kostnadseffektiva på lång sikt. Ineffektiva lösningar slopas.
- I lokalerna eftersträvas en effektivare användning av lokalerna än i nuläget, dvs. en höjning av användningsgraden. Samanvändningen av lokalerna ökas i möjligaste mån också med välfärdsområdets samarbetspartner.
- Den nuvarande hyresavtalsportföljen bedöms kritiskt med tanke på kostnadseffektiviteten. Villkoren i hyresavtalen och avtalsperioderna bedöms. Målet är ekonomiskt hållbara och konkurrenskraftiga hyresavtal.
- Arrendeavtalen avslutas och fortsatta förhandlingar förs.

5. Befolkningsmängdens och servicebehovets utveckling beaktas analytiskt och proaktivt

- Planeringen av servicenätverket grundar sig på befolkningens placering i vårt område, inte på områdets administrativa gränser.
- Kärnan i nätverket av tjänster i välfärdsområdet utgörs av koncentrationer av befolkningen och tjänsterna i Västra Nyland. Verksamheterna i dessa koncentrationer stöder servicelösningarna i närområdena.
- I samband med lokallösningarna görs alltid en övergripande granskning av området, där man bedömer utvecklingsplanerna för befolkningen och servicekoncentrationerna.

5.3 Riktlinjer för utveckling av servicenätverket enligt servicehelhet

Utöver principerna för utveckling av nätverket av gemensamma tjänster kommer välfärdsområdets tjänster att följa de riktlinjer som räknas upp här nedan för framtida tjänster och nätverket av verksamhetsställen.

Elevhälsotjänster

Inom elevhälsotjänsterna fortsätter det nuvarande decentraliserade servicenätverket. Välfärdsområdet samarbetar intensivt med kommunerna så att tjänsterna även i fortsättningen är tillgängliga och nära eleverna och studerandena.

Hälsostationstjänster, mun- och tandvård och familjecentralstjänster

Hälsostationerna, mun- och tandvården samt familjecentralstjänsterna, dvs. tjänsterna för barn, unga och familjer, är starkt närvarande i koncentrationerna av befolkningen och tjänsterna. Hälsostationsverksamhetens och familjecentralernas basservice som används upprepade gånger är närservice, och bättre tillgänglighet till andra tjänster säkerställs via flera kanaler som en kombination av verksamhetsställen, digitala tjänster och mobila tjänster.

I dessa tjänster identifieras klienter som behöver många tjänster och man ser till att de har god tillgång till tjänsterna. En central metod är att öka antalet digitala tjänster, men även behovet av fysiska tjänster identifieras. Man strävar efter att hålla servicenätverket heltäckande genom att på olika sätt säkerställa tillgången på arbetskraft och verksamhetens kostnadseffektivitet.

Utanför befolknings- och servicekoncentrationerna kommer de nuvarande tjänsternas ställning att bedömas i förhållande till tillgången till de omgivande centrens tjänster samt tillgången på arbetskraft.

Man strävar också efter att öka kostnadseffektiviteten genom att effektivisera nätverket av verksamhetsställen, dock så att man sörjer för tillgången till tjänster och tjänsternas kvalitet i hela området.

Små enheter kan slås samman till en del av större enheter, om det är ändamålsenligt enligt principerna för utveckling av servicenätverket.

Sjukhustjänster

Det viktigaste inom sjukhustjänsterna är att säkerställa tjänsternas kvalitet, funktionssäkerhet och kostnadseffektivitet.

I utvärderingen av avdelningarna kommer man att beakta enhetsstorlekarna, tillgången till personal och samarbetet med andra tjänster, och i princip avstår man från separata små enheter. Målet är att bilda enheter där tjänsterna även i framtiden kan produceras på ett högklassigt och effektivt sätt. Hemsjukhuset och andra mobila tjänster utvecklas så att de motsvarar behoven.

Avdelningsplatserna centraliseras och profileras regionalt så att de motsvarar befolkningens behov. Platserna används effektivt för vård och rehabilitering av patienter.

Befolkningens tillväxt och åldrande koncentreras kvantitativt till Esbo och dess närområde. Detta bemöts genom att flytta tyngdpunkten för placeringen av vårdplatser inom välfärdsområdet.

Boendeservice

I enlighet med servicestrategin kommer andelen personer som bor i långvarig boendeservice med heldygnsomsorg att minska måttligt bland dem som fyllt 75 år. Inom boendeservicen kommer man att lätta på servicestrukturen genom att ändra institutionsvården till långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg och genom att öka det gemensamma boendet.

I framtiden kommer boendeservicen i princip att placeras i region- och bosättningscentra. Vårdsområdet kommer aktivt att påverka uppkomsten av nätverk för hållbara funktionsdugliga boendeenheter. Vårdsområdet samarbetar intensivt med

kommunerna och privata serviceproducenter. Vårdsområdets egen roll i byggandet och ägandet av lokaler bedöms.

Övriga tjänster

Tjänster som kräver specialkompetens eller vars verksamhetsvolym är liten placeras alltid enligt en bedömning från fall till fall. Resurserna utnyttjas på vårdsområdesnivå. Tjänsterna kan centraliseras om det är ändamålsenligt.



70 % av västnylänningarna skulle vilja att man kunde uträtta ärenden i tjänsterna även på kvällar och veckoslut.

6 Upphandlings- och produktionsstrategi

6.1 Gemensamma upphandlingsstrategiska mål

| Det mest kostnadseffektiva sättet | Fungerande modell med flera producenter | Kundorienterade verksamhetsätt | Samhälleliga mål |
|---|--|---|--|
| <p>1. Valet av produktionssätt grundar sig på en objektiv och analytisk produktionssättsanalys i alla upphandlingar av tjänster och utrustning.</p> <p>2. Analysen av produktionssättet grundar sig på en tillförlitlig och heltäckande kostnadsjämförelse.</p> <p>3. I jämförelsen och valet av produktionssätt beaktar vi förutom kostnaderna även kvaliteten, effektiviteten, riskerna och ramvillkoren för organiseringsansvaret.</p> <p>4. I upphandlingarna beaktar vi de möjligheter som teknologin och de nya affärsmodellerna medför.</p> <p>5. Vi erbjuder producenterna förutsättningar att skapa tjänster på ett kostnadseffektivt sätt. Vi</p> | <p>7. Vid ordnandet av tjänster utnyttjar vi utifrån analysen förutom den egna produktionen även andra aktörer inom den offentliga, privata och tredje sektorn.</p> <p>8. Vi beaktar stora, medelstora och små aktörer.</p> <p>9. Vi upprätthåller en aktiv marknadsdialog.</p> <p>10. Vi utnyttjar specialkompetensen hos aktörerna på marknaden.</p> <p>11. Vi utnyttjar producentnätverket för att utveckla vår egen verksamhet.</p> <p>12. Vi stöder en flexibel och mångsidig marknadsutveckling och stärker vid behov tjänsteproducenternas verksamhetsförutsättningar.</p> <p>13. Vi styr och övervakar tjänsternas kvalitet i nära</p> | <p>14. I tjänsterna beaktar vi kundernas eller användarnas behov och upplevelser.</p> <p>15. Vi stöder kundens aktiva aktörskap.</p> <p>16. Vi stärker kundens valfrihet genom att erbjuda alternativ och information som stöd för beslutsfattandet.</p> <p>17. Vi beaktar tjänsternas tillgänglighet i upphandlingarna.</p> <p>18. I upphandlingarna beaktar vi de språkliga aspekterna.</p> | <p>19. I våra upphandlingar följer vi etiska principer och principer för hållbar utveckling.</p> <p>20. Vi tar hänsyn till upphandlingarnas sociala aspekter.</p> <p>21. Vi granskar och minimerar miljö- och klimatkonsekvenserna under hela upphandlingens livscykel. Det klimatprogram och den färdplan för koldioxidneutralitet som utarbetas styr upphandlingarna och produktionen.</p> <p>22. Vi arbetar aktivt för att bekämpa människohandel och främjar ansvarsfull ekonomi som en del av åtgärderna för att bekämpa grå ekonomi.</p> <p>23. Vi sörjer för riskhanteringen, beredskapen och leveranssäkerheten.</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>kräver endast ändamålsenliga förutsättningar för serviceproduktionen med tanke på tillhandahållandet av tjänsterna. Vi förstår kostnadseffekterna av alla krav som ställs på tjänsteproducenterna.</p> <p>6. Av tjänsteproducenten förutsätter vi högst det som vi förutsätter av den egna tjänsteproduktionen. Vi förstår kostnadseffekterna av varje krav.</p> | <p>samarbete med serviceproducenterna.</p> | | <p>24. För att uppnå våra mål samarbetar vi intensivt med olika intressentgrupper.</p> |
|---|--|--|--|

6.2 Strategiska riktlinjer för upphandlingshelheterna

| Kategori | Nuläge | Åtgärder |
|--|---|---|
| Boendeservice för äldre | <p>57 % av boendetjänsterna för äldre har ordnats som köpta tjänster.</p> <p>Upphandlingen har genomförts som ett leverantörsregister där de serviceproducenter som godkänner och uppfyller villkoren för upphandlingen kan delta. Klienten kan besluta om tjänsteproducenten. Han eller hon får information om serviceproducenter och lediga platser i vårdhemsportalen.</p> | <p>Vi fortsätter med en decentraliserad modell med flera producenter. Tillsammans med privata serviceproducenter utreder vi en mångsidigare boendeservice och alternativa sätt att producera boendeservice, i synnerhet genom att öka mängden gemensamt boende.</p> <p>Vi stärker arrangörens roll och ställning. Vi behåller prisnivån för boendeservicen genom att förenhetliga och leda kvaliteten och servicenivån.</p> <p>I utvecklingen av modellen för anskaffning av kollektivt boende för äldre beaktas möjligheterna att använda servicesedlar vid sidan av köpta tjänster.</p> |
| Mentalvårds- och missbrukartjänster | <p>Av mentalvårds- och missbrukartjänsterna har 85 procent ordnats som köpta tjänster.</p> <p>Upphandlingen har genomförts som ett förfarande som liknar ett ramavtal.</p> | <p>Vi fortsätter med den decentraliserade mångproducentmodellen och utreder samtidigt en ökning av den egna serviceproduktionen.</p> <p>Vi söker kostnadseffektivitet genom att förenhetliga tjänsternas innehåll. Vi utvecklar rapporteringen utifrån vilken vi identifierar de mest kostnadseffektiva och effektiva tjänsterna från fall till fall.</p> |
| Boendeservice för personer med funktionsnedsättning | <p>Av boendeservicen för personer med funktionsnedsättning har 70 % ordnats som köpta tjänster.</p> <p>Upphandlingen har genomförts som ett dynamiskt leverantörsregister som kan öppnas för nya serviceproducenter.</p> | <p>Vi fortsätter med en decentraliserad modell med flera producenter. Vi ökar andelen tjänster som är svåra att få från marknaden i den egna produktionen.</p> <p>Vi söker kostnadseffektivitet genom att minska andelen direktupphandlingar och förenhetliga tjänsternas innehåll. Vi stärker ordnarens roll och ställning.</p> <p>Vi stärker kundens valfrihet genom att producera information som stöd för kundens beslutsfattande.</p> <p>Vi utreder ett mer omfattande ibruktagande av servicesedeln och den personliga budgeten.</p> |
| Tjänster som tillhandahålls i hemmet | <p>Mindre än 20 % av de tjänster som tillhandahålls äldre i hemmet har ordnats som köpta tjänster.</p> <p>Upphandlingen av hemvårdstjänster har genomförts som ett dynamiskt leverantörsregister som kan öppnas för nya serviceproducenter.</p> | <p>Vi fortsätter med en decentraliserad modell med flera producenter. Vi ökar användningen av köpta tjänster (målet är en ökning på 40 %) och förbättrar nätverket av serviceproducenter. Vi stärker servicesedelns andel i ordnandet av servicen till exempel genom att utveckla användningen av servicesedeln.</p> <p>Vi utnyttjar marknaden på ett mångsidigare och effektivare sätt genom att beakta t.ex. att företag av olika storlek deltar på marknaden. Med mångproducentmodellen säkerställer vi att tjänsten produceras på finska och svenska.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | Vi utnyttjar distanstjänster för att producera tjänster och stärker utnyttjandet av teknologi som tillhandahålls i hemmet. Vi utvecklar den direkta arbetstiden för tjänster som tillhandahålls i hemmet. |
| Vård utom hemmet inom barnskyddet | Av barnskyddets tjänster inom vården utom hemmet har 84 % ordnats som köpta tjänster. Upphandlingen har genomförts som ett dynamiskt leverantörsregister som kan öppnas för nya serviceproducenter. | Vi fortsätter med den decentraliserade mångproducentmodellen och utreder samtidigt en ökning av den egna serviceproduktionen. Vi ökar familjevårdens andel av tjänsterna inom vården utom hemmet. I upphandlingar av vård utom hemmet främjar vi uppföljningen av tjänsternas effektivitet. |
| Öppenvårdstjänster inom barnskyddet | Barnskyddets öppenvårdstjänster har ordnats både som köpta tjänster och som egen produktion beroende på regionala lösningar. | Vi fortsätter med den decentraliserade mångproducentmodellen och förbättrar nätverket av tjänsteproducenter. Vi utnyttjar kunnandet från marknaden på ett mångsidigare sätt. Vi utvecklar rapporteringen utifrån vilken vi identifierar de mest kostnadseffektiva och effektiva tjänsterna |
| Hälsostationstjänster | 10 % av befolkningen omfattas av utkontrakterade hälsostationstjänster. | Vi fortsätter enligt mångproducentmodellen. Vi tar i bruk en servicesedel för ändamålsenliga tjänster. Vi utreder ett ökat produktionssamarbete med privata serviceproducenter. Vi harmoniserar innehållet i köpta tjänster. Vi utnyttjar marknaden vid behov för att säkerställa den regionala tillgången till tjänster. Den privata serviceproduktionen stöder förverkligandet av kundens valfrihet i hälsostationstjänsterna. Vi beaktar utnyttjandet av digitala och mobila tjänster i produktionen av tjänster. |
| Transporttjänster | Färdtjänsterna har ordnats som köpta tjänster till över 99 %. Upphandlingen har genomförts med olika lösningar som är beroende av området. | Vi fortsätter med produktionen av köpta tjänster och utreder olika kostnadseffektiva sätt att ordna tjänsterna i samarbete med nätverket av tjänsteproducenter. Optimeringen av färdtjänsterna och uppföljningen av tjänsternas kvalitet och kostnader förutsätter att förmedlingen och färdtjänsten separeras i en del av tjänsterna. Vi behärskar prisnivån för transporttjänster genom att harmonisera och leda kvaliteten och servicenivån. Vi stärker kundens valfrihet och säkerställer tillgången till tjänster. Vi främjar transportmaterielens utsläppsfrihet genom att öka andelen utsläppsnåla fordon. |
| Måltidstjänster | 85–90 % av måltidstjänsterna har ordnats som köpta tjänster. Upphandlingen har genomförts med olika lösningar som är beroende av området. | Vi fortsätter i huvudsak med köpta tjänster och utreder olika kostnadseffektiva sätt att ordna tjänsterna i samarbete med |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| | | <p>tjänsteproducentnätverket. Vid upphandling av måltidstjänster förenhetligar vi servicenivån.</p> <p>Vi stärker kundernas möjligheter att göra val gällande sina dagliga måltider. Vi beaktar principerna för hållbar utveckling och matens miljö- och klimatpåverkan. Vi förbinder oss att minska matsvinnet med våra partner. Vi ökar livsmedlens inhemska och spårbarhet.</p> |
| Tillbehör och utrustning | <p>Vi utnyttjar leverantörsnätverket effektivt och beaktar tillgången till material och utrustning till exempel med tanke på riskhanteringen.</p> | <p>Vi betonar gemensamma upphandlingar för att öka kostnadseffektiviteten. Vi uppskattar varans totala livscykelkostnader inklusive kostnaderna för tilläggstjänster.</p> <p>Vi ökar den specialiserade sjukvårdens och primärvårdens enhetliga material- och produktstock i ändamålsenliga upphandlingar.</p> <p>Vi beaktar miljö- och klimatkonsekvenserna av anskaffningar av tillbehör och utrustning. Vi ökar spårbarheten för varor och utrustning.</p> |

7 Ordlista

Kundsegmentering Gruppering av klienter enligt liknande servicebehov.

COCI-index Index som mäter kontinuiteten i vården (Continuity of Care) beskriver hur splittrade besöken som en klient inom primärvården gjort under en viss tidsperiod är för olika yrkesutbildade personer, dvs. om klienten i allmänhet träffar samma vårdare eller om den mottagande personen oftast är en annan. (Sotkanet, THL)

Dynamiskt leverantörsregister

Flexibel databas som möjliggör effektiv hantering och uppdatering av leverantörer vid upphandling

Specialiserad sjukvård Hälsovårdstjänster som hör till förebyggande, undersökning, vård, prehospitalkvård, jour och medicinsk rehabilitering inom medicinska och odontologiska specialiteter (Kommunförbundet)

Personlig budget Kunden kan skaffa vissa tjänster enligt serviceplanen av tjänstproducenterna

Tillgång till vård En tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänsters förmåga att inleda och genomföra en bedömning av vårdbehovet samt vård enligt bedömningen efter kontakt eller remiss enligt de tidsgränser och andra villkor som fastställs i lagstiftningen (ordlista för social- och hälsovården, THL)

Kostnadseffektivitet Fördelning av resurser så att de ger så många önskade effekter som möjligt

Flerrumsmodell Modell för periodiska undersökningar av munhälsan där man strävar efter att utföra behandlingen färdigt eller så långt som möjligt under ett vårdbesök. Syftet med modellen är att påskynda tillgången till vård och göra vårdarbetet smidigare. (Innokylä)

Mångproducentmodell Social- och hälsovårdstjänster produceras av flera olika aktörer: välfärdsområdet, företag och organisationer. Modellen gör det möjligt att öppet jämföra dessa olika producenter och produktionssätt.

Delaktighetsprogram Metoder och kanaler för att stärka delaktigheten, med vilka välfärdsområdets invånare, personal och intressentgrupper deltar i planeringen och utvecklingen av tjänsterna samt mål och indikatorer för främjande av delaktighet.

Servicestruktur Beskriver hurdana tjänster och hur de ordnas: till exempel tjänster som tillhandahålls i hemmet, gemensamt boende, serviceboende med heldygnsomsorg, institutionsvård

Servicesedel En förbindelse beviljad av välfärdsområdet att ersätta kostnaderna för den tjänst som serviceproducenten tillhandahåller. Ett sätt att ordna social- och hälsovårdstjänster som välfärdsområdet ansvarar för.

Servicestrategi En del av den allmänna strategin för välfärdsområdet som innehåller centrala mål för de social- och hälsovårdstjänster som välfärdsområdet ansvarar för (ordlista för social- och hälsovården, THL)

Servicebehov Klientens konstaterade behov av sådana tjänster som enligt en yrkesutbildad persons bedömning stöder

klienten (ordlista för social- och hälsovården, THL)

Ramavtal Med ramavtal avses ett kontrakt mellan en eller flera upphandlande enheter och en eller flera leverantörer vars syfte är att fastställa priser och planerade kvantiteter för upphandlingskontrakt som ingås inom en viss tid samt övriga villkor.

RAI-systemet Standardiserat verktyg för datainsamling och observation som är avsett för bedömning av servicebehovet hos klienter inom äldreomsorgen eller servicen för personer med intellektuell funktionsnedsättning och utarbetande av en vård-, rehabiliterings- och serviceplan (THL)

Resurspool Digitalt verktyg för att fördela våra personalresurser efter behov

Tillgång Tillräckligt utbud för att befolkningen ska ha möjlighet att söka sig till tjänster vid behov (THL)

Stödtjänst En tjänst som stöder produktionen av en annan tjänst eller kompletterar en tjänst som tillhandahålls i första hand. Stödtjänster inom hälso- och sjukvården är till exempel laboratorie- och bildiagnostiska tjänster. Stödtjänster inom socialvården är till exempel klädvård, städning och måltidstjänst som hör till hemservicen (ordlista för social- och hälsovården, THL)

Lokalnätverk Omfattar alla lokaler där det finns verksamhet i vårt välfärdsområde. Lokalerna kan antingen vara hyreslokaler eller ägas av vårt välfärdsområde.

Analys av produktionssätt Analys där man utreder om det lönar sig att producera verksamheten eller tjänsten själv eller köpa

den antingen helt eller delvis av en utomstående aktör.

Arbetstidsoptimering Form för arbetsskiftsplanering, där arbetsskiftslistorna görs automatiskt med hjälp av systemet med betoning på valda variabler.

Effektivitet Den förändring som verksamheten åstadkommit i hälsotillståndet, funktionsförmågan eller välbefinnandet (Sintonen & Pekurinen, 2006). Kostnadseffektivitet innebär den förändring som ska åstadkommas i förhållande till de kostnader som använts i processen, dvs. hur stor hälso nytta man har fått för varje euro. (Kangasharju, 2008)

YTA För den regionala samordningen, utvecklingen och samarbetet inom social- och hälsovården finns det i Finland fem samarbetsområden (YTA). Varje samarbetsområde har ett universitetssjukhus. Vårt välfärdsområde hör till Södra Finlands samarbetsområde tillsammans med Södra Karelen, Östra Nylands, Mellersta Nylands, Kymmenedalens, Päijänne-Tavastlands, Vanda och Kervo välfärdsområden, Helsingfors stad samt HUS-sammanslutningen

Bilagor

Bilaga 1 Verkställighetsplan för varje servicelinje för digital ärendehantering

Främjandet av digital ärendehantering förutsätter en lyckad förändring av verksamheten och rätt teknikval. När det gäller valet av teknik strävar vi efter en enhetlig digital ärendeplattform för välfärdsområdet före 2026. Vi har identifierat centrala funktionella förmågor för vilka vi utarbetar en servicelinjespecifik genomförandeplan. I genomförandeplanen fastställer vi tyngdpunkterna för servicelinjen i fråga på skalan 0–3 (0 = främjas inte, 3 = central tyngdpunkt). Dessutom konkretiserar vi framstegen genom att ställa upp mätbara mål som är bundna till tidtabellen.

I kapitel 4 beskriver vi servicelinjespecifika spjutspetsar för digital ärendehantering.

Den digitala ärendeplattformens funktionella förmågor

1. Digital symtombedömning/bedömning av servicebehovet. I framtiden inleds den nya digitala ärendehantering/bedömningen av servicebehovet med en digital symtombedömning. Bedömningen av symtombedömningen/servicebehovet ska med hjälp av frågorna kunna bedöma patientens/klientens vårdbehov och hänvisa patienten/klienten antingen till egenvård eller direkt till rätt typ av mottagning hos rätt vårdpersonal. Utifrån symtombedömningen/bedömningen av servicebehovet kan man utlösa vårdvägar som innehåller självtidsbokning, anamnesförfrågningar eller coachningar.

2. Självtidsbokning. Självtidsbokningen förbättrar klientupplevelsen och frigör vårdpersonalens tid. Klienten erbjuds möjlighet till självständig tidsbokning alltid när det är möjligt. Tidsbokningsfunktionen förutsätter en fungerande s.k. "tillståndslogik", som definierar i vilka situationer klienten kan boka tider och för vilka yrkesutbildade personer. Tidsbokningstillståndet ska vara kopplat till symtombedömningen och uppgifterna om befintliga vårdvägar och det ska vara tillgängligt manuellt av yrkesutbildade personer.

3. Enkät- och blankettverktyg. Enkäter och blanketter påskyndar mottagningssituationerna och förbättrar tjänsternas kvalitet. Enkäterna kan utnyttjas till exempel för att sammanställa anamnes eller mäta tjänsternas kvalitet. Enkäterna ska enkelt kunna inledas av yrkesutbildade personer eller som en del av vård- och servicevägarna.

4. Icke-brådskande kommunikation. Icke-brådskande digital kommunikation förbättrar kundupplevelsen, förbättrar vårdens kontinuitet och minskar trycket på andra kontaktkanaler (såsom återuppringning). Icke-brådskande kommunikation kan utnyttjas till exempel för att främja ett anhängigt ärende eller i icke-brådskande nya ärenden utifrån tillstånd för symtombedömning.

5. Digitala distansmottagningar. Med digital distansmottagning avses chatt- och videomottagningar.

Digitala distansmottagningar förbättrar klientupplevelsen och möjliggör mer omfattande möjligheter till distansvård än traditionella telefonmottagningar. Med lyckade teknikval kan de digitala distansmottagningarna vara betydligt effektivare än telefonmottagningarna.

- 6. Digitala egenvårdsvägar och coachningar.** Digitala egenvårdsvägar och coachningar motsvarar det växande servicebehovet utan att öka de yrkesutbildades arbetsbörda. Utbildningar som byggts upp på ett högklassigt sätt och som utnyttjar spelifiering kan dessutom engagera klienterna i sin vård bättre. Coachningarna kan vara till särskilt stor nytta till exempel vid behandling av livsstilssjukdomar och psykiska problem.
- 7. Bläddra i egna social- och hälsovårdsuppgifter.** Enkel tillgång till egna social- och hälsovårdsuppgifter via den digitala ärendepattformen förbättrar kundupplevelsen och engagemanget i vården och kan minska onödiga kontakter. Klienten kan själv redigera sina basuppgifter och lägga till exempelvis mätresultat (vikt, blodtryck osv.). Den digitala ärendepattformen uppdaterar uppgifterna med hjälp av integrationer av klient- och patientdatasystem som fungerar i realtid.
- 8. Anvisningar för egenvård och självbetjäning.** Anvisningarna för egenvård och självbetjäning överför ansvaret för vården till klienterna och frigör de yrkesutbildades arbetstid. Man kan hänvisa en yrkesutbildad person till egenvårdsanvisningar eller automatiskt utifrån en digital symtombedömning. En tillförlitlig aktör (såsom Hälsobyn) ansvarar för underhållet av egenvårds- och

serviceanvisningarna och de överförs via integrationerna till ärendepattformen.

- 9. Anmälan till mottagningen.** Anmälan till mottagningen bör göras digital i alla funktioner, vilket skulle frigöra våra yrkespersoners arbetsinsats. Självanmälan kan göras via den digitala ärendepattformen genom att utnyttja integrationen av klient- och patientdatasystemet.
- 10. Hantering av samtycken och loggar.** Betydelsen av att äga uppgifter om välbefinnande framhävs och klienterna ska ha möjlighet att hantera samtycken smidigt. På motsvarande sätt är olika logguppgifter om användningen av uppgifterna viktiga med tanke på tillförlitligheten. I framtiden är det också möjligt att hantera externa källor för hälso- och välfärdsinformation (till exempel smartklockor).

| Toimenpide | Painotus | Mittari | Tavoite 2025 | Tavoite 2026 |
|---|----------|---|--------------|--------------|
| Digitaalinen oirearvio | ● ● ● | Uuteen vaivaan liittyvien asiointien osuus digitaalisen oirearvion kautta | 40% | 80% |
| Itseajanvaraus | ● ● ● | Itseajanvarausten osuus kaikista ajanvarauksista | 60% | 80% |
| Kysely- ja lomaketyökalu | ● ● ● | PEI-kyselyn toteutuminen vastaanoton jälkeen | 40% | 60% |
| Digitaaliset etävastaanotot | ● ● ● | Osuus etävastaanotolle soveltuvista potilaista hoidettu etävastaanotolla | 60% | 80% |
| Digitaaliset omahoitopolut ja valmennukset | ● ● ● | Toteutuneiden omahoitopolkujen lukumäärä | 500 kpl | 2000 kpl |
| Ilmoittautuminen vastaanotolle | ● ● ● | Osuus ilmoittautumisista asiointialustan kautta | 60% | 80% |
| Itsehoito- ja itsepalveluohjeet | | Perusedellytys HVA-tasoisesti | | |
| Omien sosiaali- ja terveystietojen selaaminen | | Perusedellytys HVA-tasoisesti | | |
| Suostumusten ja lokien hallinta | | Perusedellytys HVA-tasoisesti | | |

LUONNOS

Bild 8. Exempel på servicelinjens tyngdpunkter och mål.

Bilaga 2. Beskrivningar av välfärdsområdets nuläge

Befolkning

Befolkningen i vårt välfärdsområde växer, åldras och blir alltmer mångkulturell, vilket leder till ökad efterfrågan på social- och hälsovårdstjänster.

Var är vi nu?

I Västra Nyland bor nästan en halv miljon invånare. Efter Helsingfors stad och Birkaland är vårt invånarantal det tredje största av alla välfärdsområden. Vi är ett tvåspråkigt välfärdsområde. Med beaktande av Helsingfors och välfärdsområdena finns det i vårt område näst flest svenskspråkiga invånare och invånare med ett främmande språk som modersmål samt den fjärde största befolkningstätheten. Sett till landarealen är vi det femte minsta välfärdsområdet. Vår befolkning har vuxit snabbare än i resten av landet, men befolkningsutvecklingen inom vårt område är ojämn. Största delen av våra invånare bor nära huvudleder och i bosättningscentrum.

Vår befolkning är yngre än det nationella genomsnittet. Var femte västnylänning är under 18 år och 18 % av vår befolkning är över 65 år. 12 % av våra invånare har svenska som modersmål och 16 % talar något annat språk än finska eller svenska. Mellan 2000 och 2021 har befolkningen med ett främmande språk som modersmål i vårt område mer än sjudubblats.

Våra invånares hälsa, välfärd och utkomst ligger på en god nivå i den nationella jämförelsen. Sjukfrekvensen, arbetslösheten och

låga inkomster är lägre än i hela landet i genomsnitt. I vårt område finns å andra sidan de näst största inkomstskillnaderna i Finland, och var tionde barnfamilj får utkomststöd. Enligt THL:s enkät Hälsa i skolan upplever ungefär var femte ungdom i Västnyland ångest och ensamhet.

Hurdana utvecklingsförlopp förutspår vi?

År 2030 förutspås det finnas över 510 000 västnylänningar. I och med befolkningsökningen förutspås också behovet av social- och hälsovårdstjänster öka.

Befolkningstillväxten i vårt område grundar sig nästan helt på en ökning av befolkningen med ett annat modersmål än finska eller svenska. Enligt befolkningsprognosen kommer till exempel 35 procent av befolkningen i Esbo att ha ett främmande språk som modersmål år 2030. I de yngre åldersgrupperna väntas andelen vara ännu högre.

Antalet äldre personer i vårt område ökar snabbt under de närmaste åren. Åldrandet syns särskilt i form av en ökning av antalet personer över 75 år.

När det gäller barn och unga hotar försämrade inlärningsresultat, utmaningar i det psykiska välbefinnandet, ökade tecken på kriminalitet bland minderåriga och tecken på ökad gängbrottslighet samt osäkerheten i den ekonomiska utvecklingen att stärka polariseringen av välfärden i vårt område.

Befolkningen i Västra Nylands välfärdsområde

486 000

invånare

- Det tredje största invånarantalet
- Näst flest svenskspråkiga invånare
- Näst flest invånare med ett främmande språk som modersmål
- Den fjärde största befolkningstätheten
- Markarealen är den femte minsta
- Finlands näst största inkomstskillnader
- Illamående hos unga ser ut att öka

Vår befolkning är språkligt och kulturellt mångsidig

72 %
finskspråkiga

12 %
svenskspråkiga

16 %
andra än finsk-
eller
svenskspråkiga

Vår befolkning är koncentrerad till stadsområden

73%
bor i
stadsområden

11 %
bor i stadens
kransområde

15%
bor på
landsbygden

Vår befolkning är relativt ung

21 %
under 18 år

70 %
18-74-åringar

9 %
som fyllt 75 år

Vår befolkning mår i genomsnitt bra, men skillnaderna i välfärden är stora.

Sjuklighet

87
i sjuklighetsindex, då
medelvärdet för hela landet
är 100

Psykisk hälsa

23 %
av de unga* upplever
ångest

*) elever i årskurs 8-9

Bild 11. Nyckeltal om befolkningen i Västra Nylands välfärdsområde. Källor: Statistikcentralen, THL:s ordnande av social- och hälsovård i Västra Nylands välfärdsområde: Regional expertbedömning, hösten 2022, SOTKANET (enkäten Hälsa i skolan).

Nästan en halv miljon invånare från stadskärnor till landsbygden

Befolkningsmängden i vårt område och därmed servicebehovet förutspås öka i framtiden. Befolkningsutvecklingen är dock ojämn inom välfärdsområdet. För närvarande är vår befolkning koncentrerad till Esbo och Grankulla samt i närheten av stora trafikleder och de nuvarande bosättningscentrumen. Enligt prognosen kommer vår befolkning att växa mycket kraftigt i Esbo och Grankulla fram till år 2030. (Bild 12) Tillväxten stöder sig särskilt på en ökning av den flerspråkiga befolkningen.

Befolkningsförändringarna i medelstora kommuner är måttligare och sinsemellan olika; i Kyrkslätt och Vichtis ökar befolkningen, och i Lojo och Raseborg minskar befolkningen. Bland de små kommunerna växer befolkningen endast i Grankulla till stor del på grund av kommunens lokalisering fördel. Befolkningen minskar kraftigt särskilt i Ingå och Hangö.

Cirka 15 % av vår befolkning bor på landsbygden. Välfärdsområdets geografiska variation försätter invånarna i olika ställning i fråga om tjänsternas fysiska tillgänglighet. I stora befolkningskoncentrationer är tjänsterna nära klienterna. I glesbygden är tillgången till verksamhetsställen och deras tillgänglighet sämre.

Den unga befolkningen åldras i takt med övriga Finland

I växande kommuner är befolkningsstrukturen yngre än i de andra kommunerna i området. I befolkningens åldersstruktur är andelen unga hög i hela Västra Nyland, och särskilt många unga bor i Esbo, Grankulla, Kyrkslätt och Vichtis.

I övriga Västra Nyland är befolkningen äldre och motsvarar till sin åldersstruktur en genomsnittlig kommun. I synnerhet i Raseborg och Hangö koncentreras befolkningen till de äldre åldersklasserna. Andelen barn betonas i kommuner som ligger närmare Helsingfors. Barnens andel av befolkningen är liten i synnerhet i små kommuner i området. Esbos åldersstruktur hör till de yngsta i området.

I hela välfärdsområdet är barnfamiljernas andel av alla familjer 44 %, varav 22 % är familjer med en förälder. Allt som allt väntas antalet barn och barnfamiljer minska i området under de kommande tio åren.

Andelen äldre, dvs. personer som fyllt 65 år, av befolkningen i vårt välfärdsområde är cirka 18 %. Antalet äldre personer ökar snabbt i hela området under de närmaste åren. Enligt prognosen är åldrandet snabbast i Sjundeå, Kyrkslätt och Vichtis. Cirka hälften av den äldre befolkningen bor i Esbo.

På 2020-talet syns befolkningens åldrande särskilt i form av en ökning av antalet personer över 75 år. Fram till 2026 ökar befolkningen med 3 %, men antalet personer över 75 år ökar med 21 %. Proportionellt sett är tillväxten kraftigast i Esbo, Kyrkslätt och Vichtis, även om detta delvis förklaras av en lägre utgångsnivå än i andra kommuner. Detta innebär att till exempel hemvårdens kalkylerade klientantal och personalbehov ökar med över en tredjedel fram till 2030, och inom boendeservicen behövs årligen cirka 200 nya klientplatser. Bild 13 beskriver den nuvarande servicestrukturen för tjänster för äldre i vårt välfärdsområde.

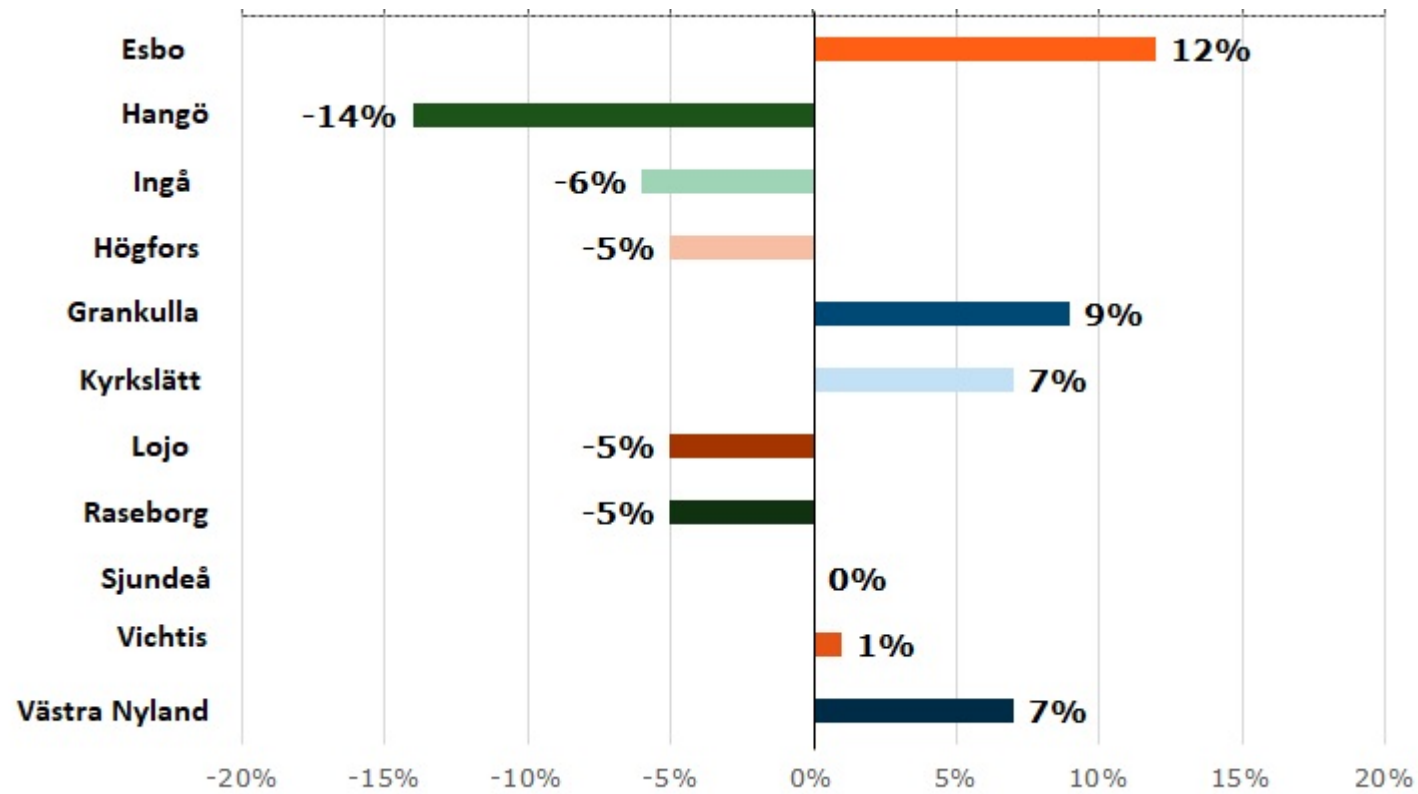


Bild 12. Prognos för befolkningsförändringen i kommunerna i Västra Nylands välfärdsområde år 2021–2030. Källa: Statistikcentralen.

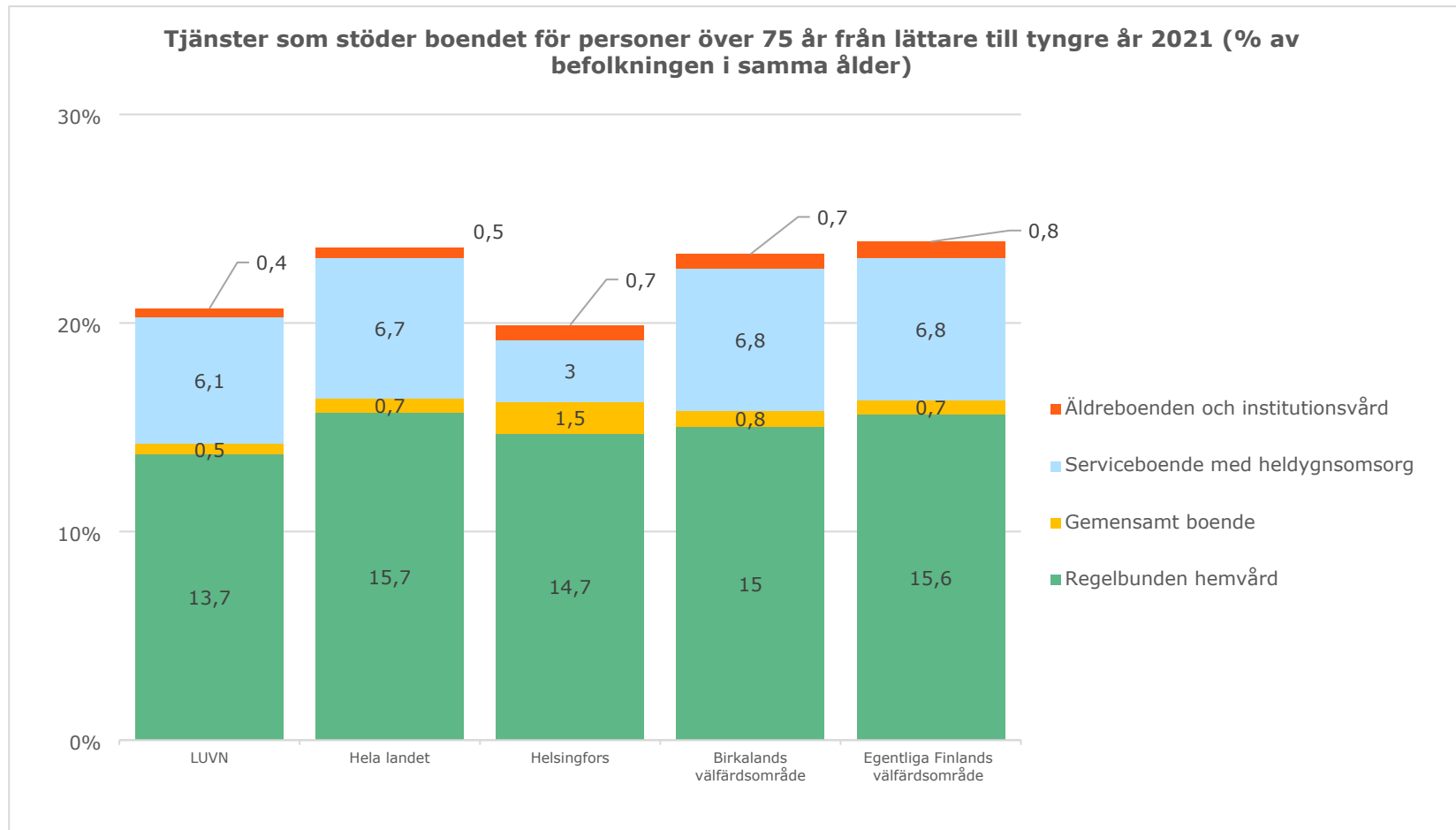


Bild 13. Tjänster som stöder boendet för personer över 75 år från lättare till tyngre år 2021. Källa: SOTKANET.

Befolkningens språkliga och kulturella mångfald ökar

Den språkliga och kulturella mångfalden ökar i Västra Nyland. För närvarande har 12 % av invånarna i vårt område svenska som modersmål och 16 % annat än finska eller svenska. Befolkningstillväxten i vårt område grundar sig nästan helt på ökningen av den flerspråkiga befolkningen. Den flerspråkiga befolkningen ökar i alla kommuner i området, men i synnerhet i Esbo är tillväxten mycket kraftig. Under åren 2000–2021 mer än sjudubblades den flerspråkiga befolkningen i vårt område. (Bild 14)

Även om antalet barn och barnfamiljer i sin helhet minskar, ökar antalet och andelen icke-finsk- eller svenskspråkiga barn och familjer av alla familjer. Totalt sett är andelen flerspråkig befolkning mycket stor i åldersgrupperna under 35 år.

Den relativa ökningen av den flerspråkiga befolkningen utanför Esbo är betydande, men de kvantitativa förändringarna är måttligare. Den finsk- och svenskspråkiga befolkningens andel ökar däremot mindre. Bakom den långsammare ökningen av befolkningen som hör till de inhemska språkgrupperna ligger det växande antalet avlidna på grund av befolkningens åldersstruktur.

Vår flerspråkiga befolkning är mycket heterogen och ryms inte i en kategori. I en del av klientgrupperna avviker efterfrågan och behovet av social- och hälsovårdstjänster från den övriga befolkningen. I en del av tjänsterna är flerspråkiga klientgrupper över- eller underrepresenterade i förhållande till den genomsnittliga användningen av tjänster. Hos en del av den flerspråkiga befolkningen kan kunskapsunderlaget för främjande av hälsa och välfärd samt kännedomen om servicesystemet eller förtroendet i anslutning till det avvika från majoritetsbefolkningen. I vårt välfärdsområde är det viktigt att beakta befolkningens

språkliga och kulturella mångfald i bemötandet av våra kunder samt i planeringen och utvecklingen av framtidens tjänster.

I genomsnitt en välmående befolkning, men stora skillnader i välfärd

Våra invånares hälsa, välfärd och utkomst ligger på en god nivå i den nationella jämförelsen. Sjukligheten är lägre i vårt välfärdsområde än i hela landet i genomsnitt. Sjukligheten har varit högst i Högfors och Hangö och lägst i Grankulla och Ingå. Till exempel är antalet besök inom primärvårdens öppenvård i vårt välfärdsområde i genomsnitt lägre (5 509 besök/1 000 invånare) än i hela Finland (6 211 besök/1 000 invånare).

Välfärdsområdet har färre arbetslösa och låginkomsttagare än resten av landet. Andelen arbetslösa av arbetskraften är cirka 8 procent och andelen låginkomsttagare cirka 10 procent. Flest arbetslösa av arbetskraften har funnits i Hangö. I Västra Nyland är andelen sysselsatta klart högre än i hela landet, medan andelen pensionärer, studerande och arbetslösa är lägre än i hela landet. Andelen sysselsatta varierar i medelstora kommuner, även om andelen sysselsatta är hög i alla kommuner.

Även om vi i genomsnitt mår bra i vårt område har vi också de näst största inkomstskillnaderna i Finland. Till exempel var den genomsnittliga totala pensionen i Högfors 1 691 euro/månad och i Grankulla 3 247 euro/månad 2022.

Klyftan mellan familjer som mår bra och familjer som mår dåligt förväntas öka. Var tionde av barnfamiljerna i Västra Nyland får utkomststöd. Försämrade inlärningsresultat, tecken på ökad gängbrottslighet och osäkerhet i den ekonomiska utvecklingen hotar att öka polariseringen av befolkningens välfärd. Resultaten från THL:s enkät Hälsa i skolan vittnar om ökad ångest och olika

psykiska problem. Var femte studerande upplever ångest och nästan lika många upplever ensamhet. I ljuset av resultaten från enkäten Hälsa i skolan har tillgången till skolkuratorns och skolhälsovårdarens tjänster varit sämre i vårt område än i resten av landet.

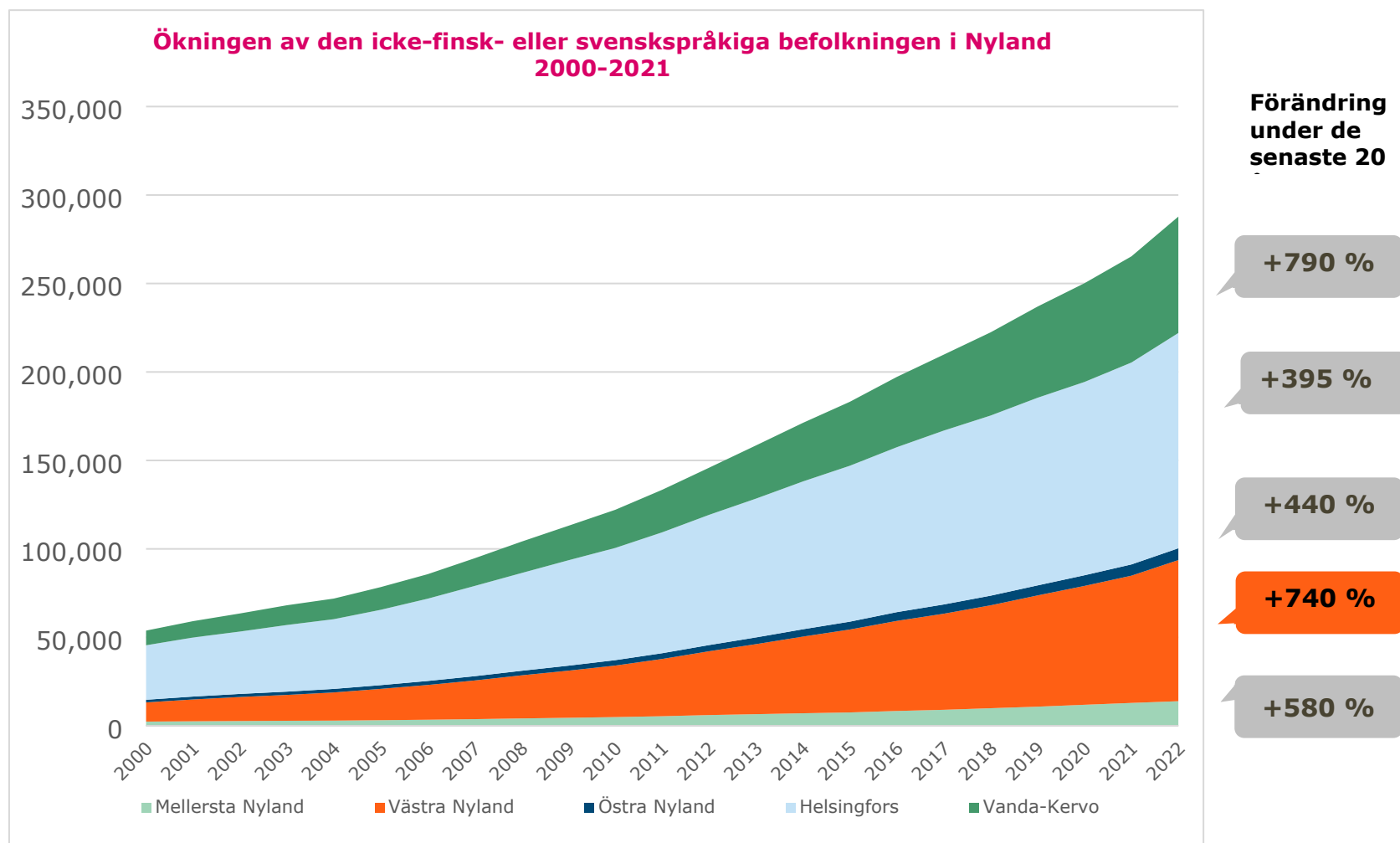


Bild 14. Ökningen av den icke-finsk- eller svenskspråkiga befolkningen i Nyland år 2000–2021. Källa: Statistikcentralen

Tjänster

Den nuvarande servicestrukturen i vårt välfärdsområde fokuserar på tunga och korrigerande tjänster i stället för på förebyggande och tidigt stöd.

Var är vi nu?

Vi ordnar social- och hälsovårdstjänster inom fyra serviceområden: tjänster för äldre, tjänster för barn, unga och familjer, funktionshindersservice samt gemensamma social- och hälsovårdstjänster. HUS-sammanslutningen producerar den specialiserade sjukvården i vårt välfärdsområde.

Harmoniseringen och ombyggnaden av vår serviceproduktion har bara börjat. 2022 beskrevs i vårt välfärdsområde 165 regionalt enhetliga servicebeskrivningar som utgör grunden för harmoniseringen av serviceproduktionen.

Tyngdpunkten för tjänsterna i vårt välfärdsområde ligger på korrigerande och tunga tjänster. År 2023 använder vi nästan 600 miljoner euro till den specialiserade sjukvården, vilket motsvarar cirka en tredjedel av vår budget. Vid granskningen av verksamhetskostnaderna betonas förutom den specialiserade sjukvården även boendeservice för äldre, boendeservice för personer med funktionsnedsättning samt tjänster för särskilt stöd till barn och unga, såsom vård utom hemmet inom barnskyddet. I Västra Nyland finns det till exempel i ljustet av statistiken för 2021 mindre kollektivt boende för äldre än i hela landet och i jämförelseområden av samma storlek.

Enligt resultaten från enkäten Hälsa i skolan 2021 finns det i vårt välfärdsområde fler elever i årskurs 8 och 9 som inte har fått det stöd och den hjälp de behöver av skolkuratoren eller

skolhälsovårdaren jämfört med resten av landet. Andelen klienter som omfattas av hemservice för barnfamiljer, familjearbete och uppfostrings- och familjerådgivning är lägre än genomsnittet i hela landet. Placeringarna inom barnskyddet har i vårt område koncentrerats till institutioner i stället för till familjevård.

Hurdana utvecklingsförlopp förutspår vi?

I och med befolkningstillväxten, befolkningens snabba åldrande och den förväntade livslängden ökar efterfrågan på tjänster. Betydelsen av den flerspråkiga befolkningens tillväxt för utvecklingen av servicebehovet är en betydande osäkerhetsfaktor. Servicebehovet i vårt område ökar ojämnt geografiskt och enligt serviceområde.

Fram till 2026 kommer hela befolkningen i vårt område att öka med 3 %, men antalet personer över 75 år med 21 %. Den snabba ökningen av den äldre befolkningen innebär att till exempel hemvårdens kalkylerade klientantal och personalbehov ökar med över en tredjedel fram till 2030, och att det varje år behövs cirka 200 nya klientplatser inom boendeservicen om servicestrukturen förblir oförändrad.

För att trygga vårt systems bärkraft är det viktigt att flytta tyngdpunkten i våra tjänster i riktning mot tidigare stöd och förebyggande tjänster. I fråga om servicestrukturen framhävs i synnerhet ökningen av servicen som tillhandahålls i hemmet och det gemensamma boendet jämfört med boendeservicen med heldygnsomsorg och institutionsvården. Det är viktigt att servicen förenhetligas regionalt för att säkerställa jämlikhet mellan invånarna.

Enligt statistiken har vårt välfärdsområde också ett behov av att lätta på servicestrukturen för tjänster för barn, unga och familjer.

I vårt område används till exempel hemservice och familjearbete inom servicen för barnfamiljer i mindre utsträckning än i hela landet, och placeringarna inom barnskyddet har betonats i stället för familjer. Servicestrukturen för tjänster för barn, unga och familjer beskrivs närmare i bilderna 15 och 16.

Ordnandet av de specialiserade sjukvården påverkas av den separata lösningen för Nyland

I vårt område ordnas den specialiserade sjukvården av HUS-sammanslutningen. Vi äger HUS-sammanslutningen tillsammans med Mellersta Nylands, Östra Nylands, Vanda och Kervo välfärdsområden samt Helsingfors stad. För vårt välfärdsområdes del är budgeten för den specialiserade

sjukvården för 2023 589,1 miljoner euro. I summan ingår bland annat fakturering av olika medicinska specialiteter, användning av laboratorie- och bilddiagnostiska tjänster, användning av samjour samt akutvårdstjänster som produceras av HUS-sammanslutningen och Användning av jourhjälp.

Arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen av verksamheten mellan Nylands välfärdsområden, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen avtalas närmare i organiseringsavtalet för HUS. Organisationsavtalet för HUS godkändes av styrelsen för HUS-sammanslutningen den 15 juni 2023. Tidigare hade innehållet i avtalet godkänts av välfärdsområdena i Nyland och Helsingfors stadsfullmäktige.

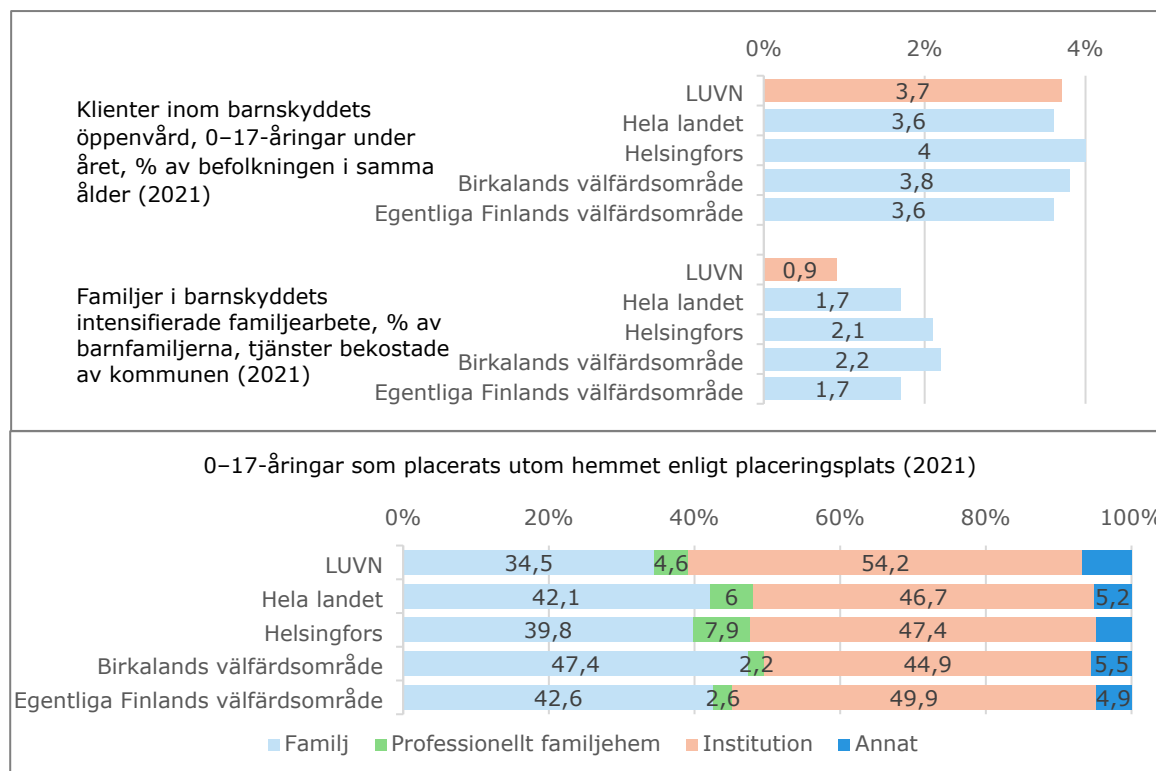


Bild 15. Servicestruktur för barn, unga och familjer: barnskydd. Källa: SOTKANET.

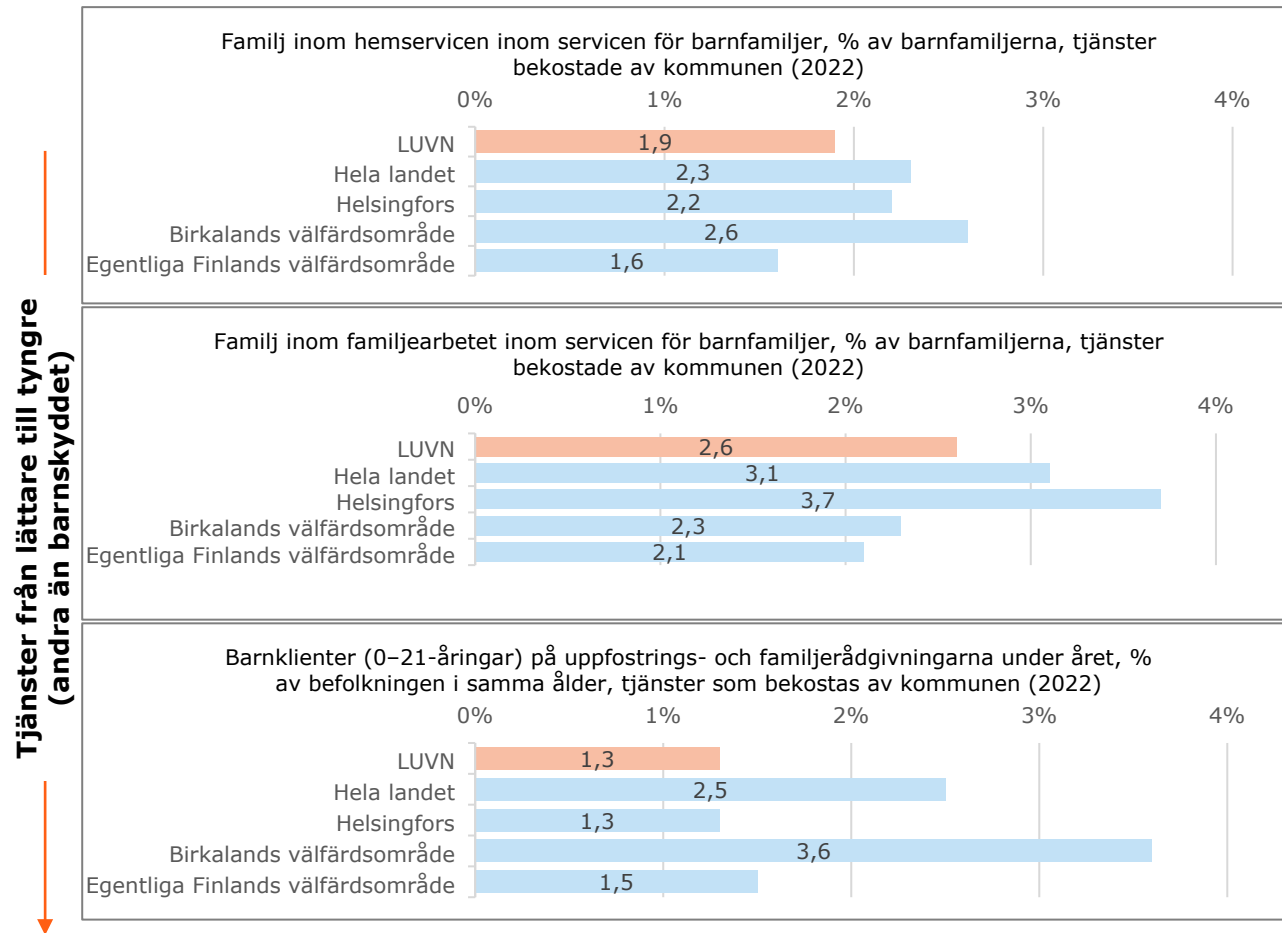


Bild 16. Tjänster för barn, unga och familjer: andra än barnskyddet. Källa: SOTKANET.

Ekonomi

Välfärdsområdenas verksamhet finansieras nästan helt av staten. Finansieringsunderskottet i Västra Nylands välfärdsområde är cirka 70 miljoner euro år 2023. Underskottet handlar i första hand om att utgångsnivån för finansieringen är otillräcklig, vilket ökar trycket på att snabbt balansera ekonomin under de närmaste åren.

Var är vi nu?

Finansieringen av välfärdsområdena är cirka 23 miljarder euro på riksnivå 2023, vilket motsvarar nästan en fjärdedel av hela statsbudgeten. Finansieringen av välfärdsområdena består i huvudsak av statlig finansiering med allmän täckning, vars belopp styrs av välfärdsområdenas finansieringsmodell. Modellen grundar sig bland annat på servicebehovet och invånarantalet. Vår egen andel av den statliga finansieringen 2024 är uppskattningsvis 1,79 miljarder euro.

På grund av de särskilda ekonomiska förhållandena är den statliga finansieringen till välfärdsområdena redan från början för liten. Finansieringsunderskottet i Västra Nylands välfärdsområde är cirka 70 miljoner euro för år 2023. Underskott uppstår eftersom man i välfärdsområdenas finansieringsmodell inte i tillräcklig utsträckning beaktar till exempel kostnaderna för lagstadgade ändringar i uppgifterna, inflationens inverkan och löneförhöjningarna inom social- och hälsovården.

Finansieringsunderskottet handlar i första hand om otillräckliga utgångsnivåer, dvs. nivåproblem. De retroaktiva korrigeringsposter som ingår i finansieringslagen korrigerar den totala finansieringsnivån för 2025, innan dess hinner det uppstå ett betydande underskott i välfärdsområdena. Vid sidan av finansieringsunderskottet på utgångsnivån ökar behovet av

balansering i synnerhet löneuppgörelsen inom social- och hälsovården och en långsammare tillväxtutsikt för finansieringen än kostnadsökningen.

Det finns risk för att verksamheten anpassas på ett ohållbart sätt, vilket i värsta fall kan öka det kritiska servicebehovet och trycket på att öka kostnaderna i framtiden.

Hurdana utvecklingsförlopp förutspår vi?

Den ökning av kostnadsnivån som finansministeriet förutspått 2023 är cirka 3,5 procent per år. Det uppskattade servicebehovet i vårt välfärdsområde ökar med cirka 1,5 procent per år på medellång sikt.

I framtiden är det viktigt att det nationella finansieringsunderskottet i välfärdsområdena avgörs genom samarbete mellan staten och välfärdsområdena. Finansieringsmodellens kostnadsuppföljning ska förbättras så att beräkningen av finansieringen stöder sig noggrannare på reella kostnader med beaktande av skillnaderna i välfärdsområdenas kostnadsstrukturer.

Välfärdsområdena ansvarar för att utgiftsökningen kan bromsas upp genom att förbättra produktiviteten samt genom att rikta begränsade resurser i rätt tid till de funktioner som dämpar utgiftsökningen på längre sikt. Incitamentsmekanismerna i anslutning till finansieringsmodellen, såsom den partiella finansieringen av ökningen av servicebehovet eller den skärning av efterhandsgranskningen av finansieringen som ingår i statsminister Orpos regeringsprogram, förutsätter en betydande och kontinuerlig förbättring av produktiviteten i välfärdsområdena på riksnivå.

Finansieringen av välfärdsområdena utgör cirka en fjärdedel av statens utgifter

Behovet av att balansera välfärdsområdets ekonomi bestäms av välfärdsområdets utgångsläge, trycket på att öka kostnaderna och tillväxtutsikten för finansieringen.

I och med den ökande inflationen stiger vår kostnadsnivå snabbare än välfärdsområdesindexet som ingår i bestämningsgrunderna för finansieringen. Detta syns särskilt i våra avtal om köpta tjänster, där priserna redan har stigit betydligt. Lönerna inom social- och hälsovården stiger snabbare än den allmänna inkomstnivån i och med förhandlingsresultatet våren 2023. Detta är problematiskt med tanke på välfärdsområdenas finansiering, eftersom finansieringen justeras med följande index för ökningen av den allmänna inkomstnivån.

Korrigeringen av finansieringen på riksnivå löser dock inte utmaningarna i vårt välfärdsområde, eftersom finansieringsmodellen också innehåller regionala problempunkter. De faktiska förändringskostnaderna för 2022 beaktas inte områdesvis på en tillräckligt exakt nivå och den totala nivån på universitetssjukhusfinansieringen är för låg. Ingen separat finansiering har anvisats för den riksomfattande specialuppgiften att utveckla de svenskspråkiga tjänsterna i vårt välfärdsområde, vilket hotar utvecklingen av de svenskspråkiga social- och hälsovårdstjänsterna i Finland.

Tillväxttrycket på utgifterna i vårt välfärdsområde består av en ökning av kostnadsnivån och ett ökat servicebehov. Den ökning av kostnadsnivån som finansministeriet förutspått 2023 är cirka 3,5 procent per år. I och med arbetsmarknadslösningarna orsakar en snabbare ökning av förtjänstnivån än det allmänna förtjänstnivåindexet inom social-, hälso- och räddningsbranschen

dessutom ett årligt kostnadstryck på cirka 0,5 procent. Enligt Institutet för hälsa och välfärds prognos ökar servicebehovet i Västra Nyland med cirka 1,5 procent per år på medellång sikt. Den förväntade ökningen av servicebehovet förklaras av befolkningsökningen och förändringen i befolkningsstrukturen. Betydelsen av ökningen av befolkningen med ett främmande språk som modersmål för servicebehovet är den största osäkerhetsfaktorn. Servicebehovet ökar mest inom äldreomsorgen. Vårt servicebehov ökar ojämnt geografiskt och mellan del olika serviceområdena.

Ökningen av kostnadsnivån och servicebehovet orsakar ett årligt utgiftstryck på cirka 5–6 procent på medellång sikt (s.k. basscenario). För att balansera ekonomin bör utgiftsökningen sjunka till cirka 4 procent. Detta kräver att ökningen av den totala utgiftsnivån minskas med cirka två procentenheter 2024, och under 2025–2026 bör ökningen ytterligare bromsas upp med cirka en procentenhet per år. På så sätt hamnar man i en balanserad situation enligt bild 17, där välfärdsområdet uppvisar ett överskott från och med år 2025. Underskotten 2023–2024 fås utifrån de nuvarande prognoserna täckt före år 2028.

När välfärdsområdena gör underskott 2023, höjs finansieringen av välfärdsområdena på hela statens nivå på motsvarande sätt från och med 2025. Finansieringen av Västra Nylands välfärdsområde kommer således att öka med cirka 7 procent av de underskott som realiserats på statlig nivå 2023.

Kravet på balans i ekonomin enligt 115 § i lagen om välfärdsområden förutsätter att de underskott som uppstår 2023 täcks senast under 2026. När storleken på finansieringstillväxten för 2025–2026 preciseras, bedöms på nytt tillräckligheten av en minskning på en procentenhet av kostnadstillväxten 2025–2026.

Ekonomins och finansieringens utveckling i olika scenarier

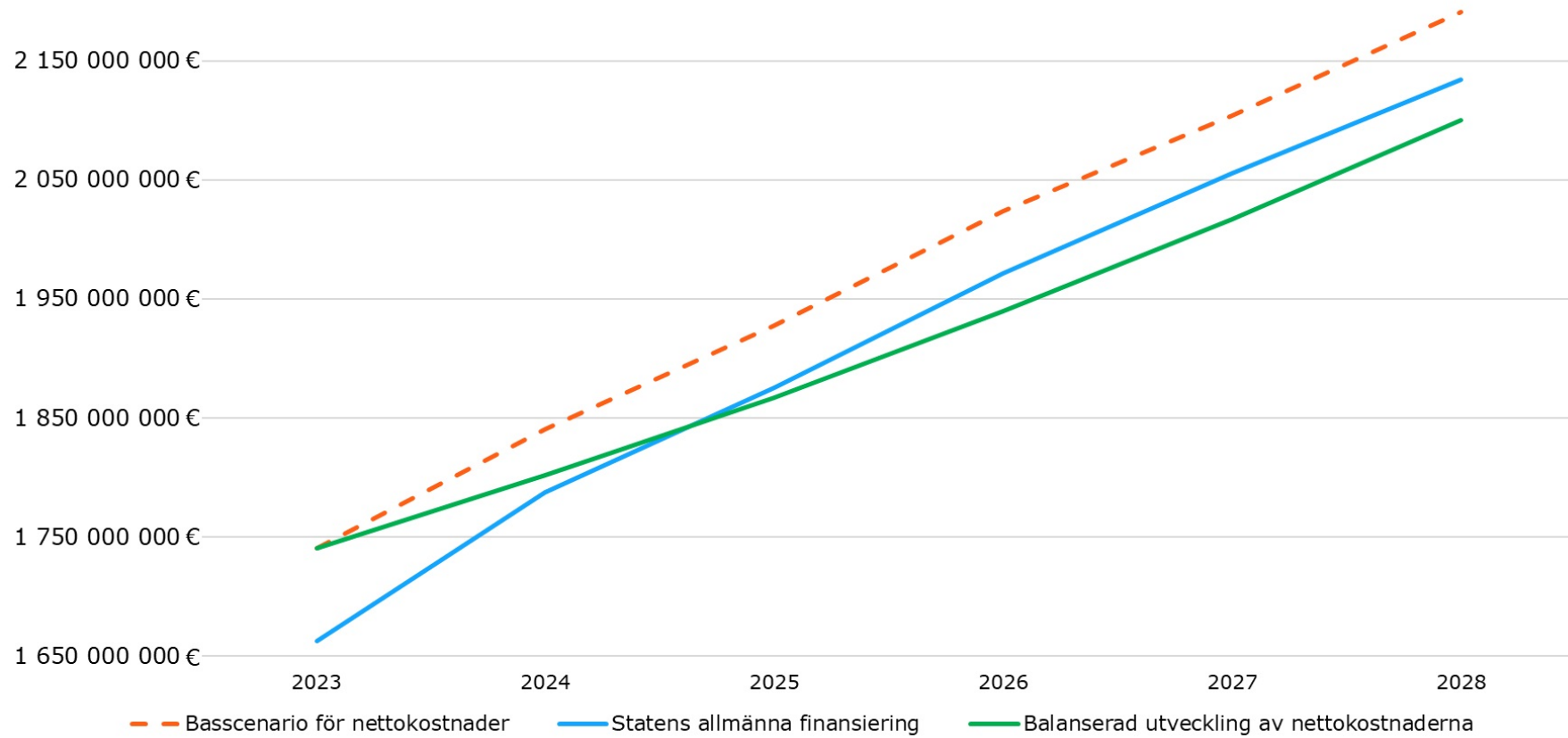


Bild 17. Behovet av att balansera välfärdsområdets ekonomi. Källa: finansministeriet, Statistikcentralen, Kommunförbundet, välfärdsområdets interna kalkyler

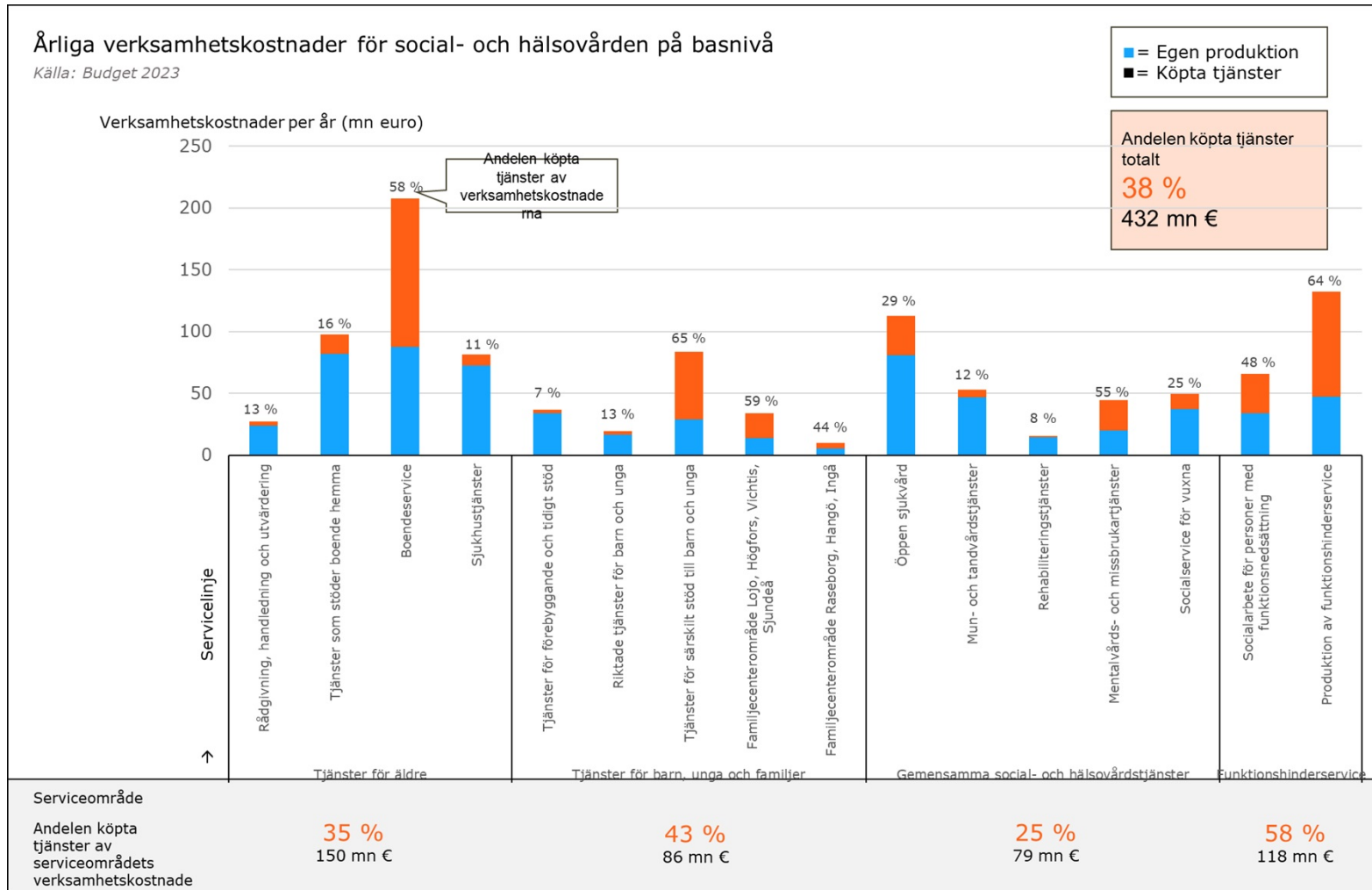


Bild 18. Årliga verksamhetskostnader för social- och hälsovården på basnivå. Källa: Budget 2023.

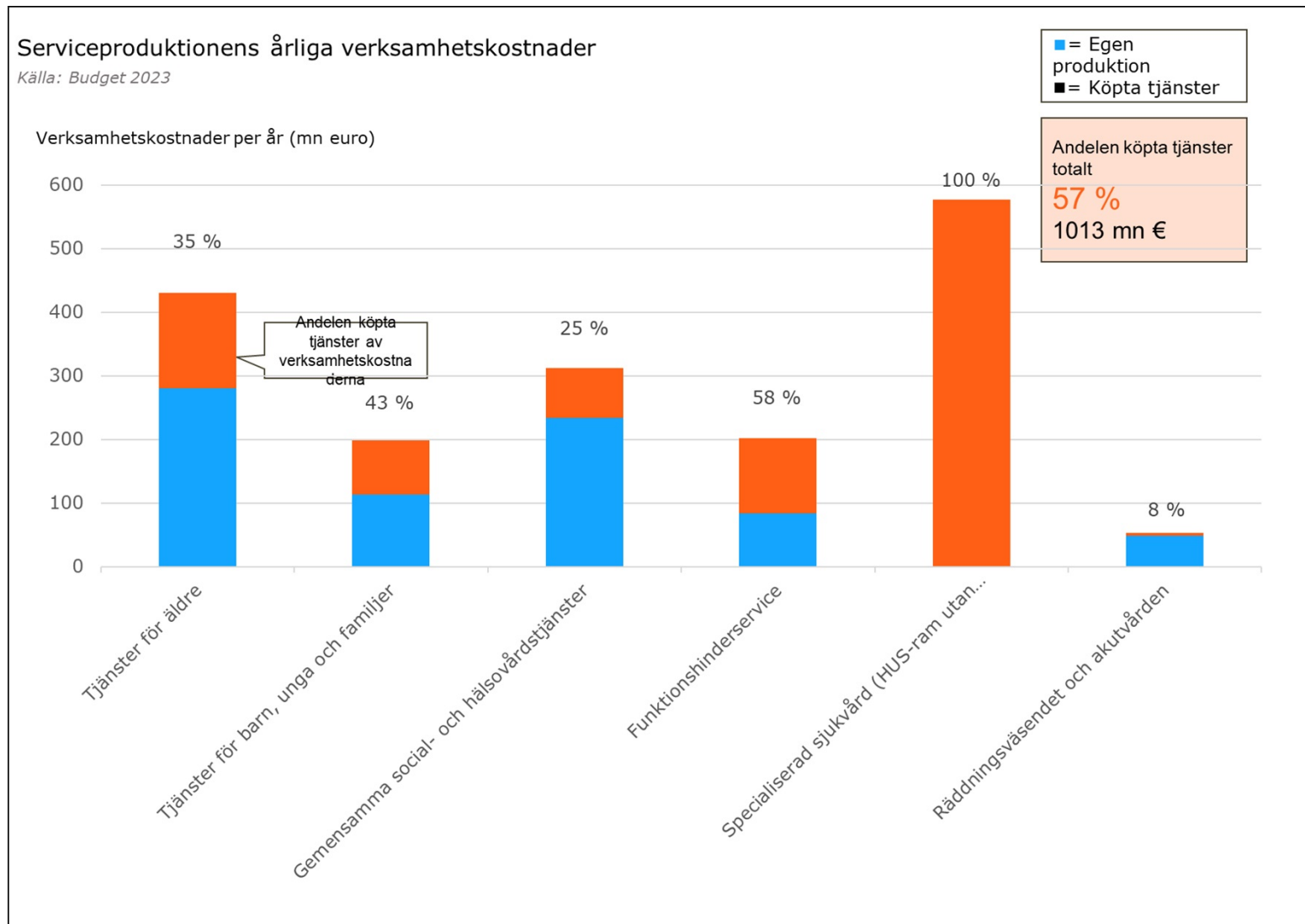


Bild 19. Serviceproduktionens årliga verksamhetskostnader inklusive serviceområdets gemensamma administrativa kostnader. Källa: Budget 2023.

Resurser

I ekvationen för begränsade resurser och ökad efterfrågan betonas säkerställandet av tillgången till personal samt utnyttjandet av mångsidiga produktionssätt, digitalisering och ett effektivt nätverk av lokaler.

Var är vi nu?

I vårt välfärdsområde arbetar för närvarande cirka 9 500 personer. De största yrkesgrupperna i vårt område är närvårdare, sjukskötare och socialarbetare. Minskningen av antalet yrkesutbildade personer, den allt snabbare pensioneringen och den försvagade dragningskraften till branschen skapar utmaningar för vår serviceproduktion. Vår avgångsomsättning är ganska hög (cirka 15 %).

Vi gör upphandlingar för cirka 1,19 miljarder euro 2023. Kostnaderna för de tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffas från HUS-sammanslutningen uppgår till cirka 600 miljoner euro. Av verksamhetskostnaderna för social- och hälsovården på basnivå är andelen köpta tjänster cirka 35 % (378 miljoner euro). Till de största köptjänsthelheterna hör boendeservice och färdtjänst. Den största av kategorierna, dvs. 57 % av kostnaderna för boendeservice för äldre (119 miljoner euro) är köpta tjänster. Vi köper också en betydande mängd ICT-tjänster, där cirka 90 % av driftsutgifterna är köpta.

Våra digitala tjänster består av system som betjänar kunder och yrkesutbildade personer, den grundläggande informationsteknikens helhet samt kompletterande stöd- och

rådgivningstjänster. Våren 2023 fanns det 375 system i vår systemportfölj, varav 34 var elektroniska tjänster som var tillgängliga för klienter. Vår helhet av digitala tjänster är fortfarande brokig och består av system och apparater som överförs vid överlåtelse av rörelse samt nya verktyg som inrättats i samband med genomförandet av ICT. De digitala lösningarna i vårt välfärdsområde som befinner sig i olika skeden av sin livscykel är delvis överlappande och har varierande tekniska krav.

I fråga om lokalerna används sammanlagt cirka 460 objekt och 340 000 m² lägenhetsyta för serviceproduktionen i huvudsak i hyrda objekt. Största delen av vårt lokalbestånd och dess lägenhetsyta används av tjänster för äldre (38 %) och gemensamma social- och hälsovårdstjänster (28 %). I vårt område finns bland annat tre sjukhus, 25 hälsostationer, 85 omsorgsfastigheter och 34 rådgivningsbyråer eller familjecenter. Utöver dessa kompletteras områdets serviceproduktion av flera köptjänstobjekt.

Hurdana utvecklingsförlopp förutspår vi?

Behovet av personal ökar på grund av befolkningsökningen och den åldrande befolkningen samt en eventuell skärpning av de bindande personaldimensioneringarna. Enligt pensionsförsäkringsgivaren Keva går cirka en tredjedel av de anställda inom den offentliga sektorn i pension före 2031. Antalet sökande till studier inom social- och hälsovårdsbranschen minskar när de unga åldersklasserna minskar. Enligt uppskattningar kommer behovet av internationell rekrytering

fram till 2030 att uppgå till minst 10 % av det totala behovet inom branschen.

Upphandlingar är även i framtiden ett centralt sätt att ordna social- och hälsovårdstjänster. I fråga om betydande upphandlingskategorier, såsom boendeservice, måste beroendet av de nuvarande serviceproducenterna granskas. Lagändringar såsom reformen av funktionshindervisningslagen påverkar marknaden och kostnaderna. Betydelsen av kundernas valfrihet kommer i fortsättningen att framhävas ytterligare. Allmän ekonomisk osäkerhet, internationell reglering samt folkhälsokriser och militära kriser påverkar marknaden och förutsätter att vårt välfärdsområde har överlevnadsförmåga och flexibilitet, dvs. resiliens.

Förenhetligandet av de digitala systemen fortsätter både tekniskt och i fråga om avtal. Harmoniseringen av klient- och patientdatasystemen är ett av de viktigaste utvecklingsobjekten under de närmaste åren. I fråga om de övriga basystemen har särskilda utvecklingsområden identifierats inom personalförvaltningen i arbetsskiftsplaneringen och kompetenshanteringen. Vårt välfärdsområde måste utveckla lösningar som stöder digital ärendehantering och arbetets produktivitet, utnyttjandet av teknik som förs i hemmet samt lösningar för artificiell intelligens. Lagstiftningen och den övriga regleringen har en betydande inverkan på genomförandet av digitaliseringen.

Kostnaderna för nätverket av lokaler påverkas av den allmänna höjningen av kostnadsnivån, fastigheternas reparationsskuld och marknadens osäkerhet. Alternativen för ett effektivt genomförande av servicenätverket bör granskas på ett övergripande sätt. Utvecklingen av servicebehovet, tillgången till

personal, mångsidiga servicekanaler och välfärdsområdets ekonomiska situation är centrala faktorer att beakta i planeringen av det framtida lokalnätverket. Lokalernas ägar- och hyresförhållande samt alternativa hanteringsmodeller bedöms som en del av lokalstrategin.

Tillgång till personal och hållkraft

I vårt välfärdsområde arbetar för närvarande cirka 9 500 personer, varav de största yrkesgrupperna är närvårdare, sjukskötare och socialarbetare. Vi kan producera tjänster för vår egen personal eller hyra personal eller ordna dem i samarbete med HUS eller andra välfärdsområden eller som serviceinköp.

Skillnaden mellan tillgången till social- och hälsovårdspersonal och det ökade behovet av tjänster håller på att skärpas. Minskningen av antalet yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, den allt snabbare pensioneringen och branschens försämrade dragningskraft försvårar produktionen av tjänster. Coronapandemin påskyndade förändringen och en betydande andel kompetent vårdpersonal lämnade branschen. År 2022 fanns det 1,6 miljoner pensionstagare i Finland. Var tredje finländare över 16 år är pensionerad. Antalet pensionstagare ökar under de kommande tio åren.

Servicebehovet ökar bland annat på grund av den vårdskuld som coronapandemin orsakat och förändringen i befolknings- och åldersstrukturen. Enligt Kevas bedömning kommer cirka en tredjedel av de anställda inom den offentliga sektorn att gå i pension före 2031, vilket påskyndar behovet av arbetskraft i framtiden. Enligt social- och hälsovårdsministeriets (SHM) bedömning innebär enbart det ökade antalet klienter inom äldreomsorgen ett betydande behov av extra personal inom den närmaste framtiden. Dessutom skulle en eventuell skärpning av

personaldimensioneringen öka personalbehovet, vilket skulle ha en negativ inverkan på tillgången till tjänster. Enligt uppskattningar skulle en skärpning av vårdardimensioneringen medföra ett behov av upp till 4 500 extra vårdare.

Antalet sökande till examensstudier inom social- och hälsovårdsbranschen har minskat under de senaste åren. Till exempel sökte 7 131 personer till finskspråkiga sjukskötutbildningar i den gemensamma ansökan 2015, medan antalet sökande 2022 var endast 2 808. Även antalet personer som valts och tagit emot platsen har minskat betydligt. Enligt SHM:s bedömning kan personalbristen inom social- och hälsovården endast i begränsad utsträckning bemötas genom att öka antalet utbildningsplatser. Minskningen av ungdomsårsklasserna leder till en tävling om de studerande.

På grund av den ökande personalbristen ökar den internationella rekryterings betydelse redan inom den närmaste framtiden. I flera yrkesgrupper inom social- och hälsovården är andelen utländsk arbetskraft cirka 3–4 % och enligt uppskattningar skulle behovet av internationell rekrytering vara minst 10 % av det totala behovet inom branschen före 2030.

Enligt Kommunrekryts statistik hör alla de vanligaste yrkesbeteckningarna i vårt välfärdsområde till branscherna med brist på arbetskraft. Det råder i synnerhet brist på socialarbetare, talterapeuter, förstavårdare, närvårdare, tandskötare, läkare och sjukskötare inom barnskyddet. Enligt vår bedömning utifrån användningen av hyrd arbetskraft saknas för närvarande cirka 400 årsverken i olika yrkesgrupper i vårt välfärdsområde. Största delen av dem är vårdare och socialarbetare. Dessutom skulle till exempel serviceområdet för äldre ha möjlighet att sysselsätta cirka 150 omsorgsassistenten.

Utöver att förbättra rekryteringsförmågan hör organisationens förmåga att engagera och bevara kompetenta och motiverade arbetstagare till de viktiga uppgifterna i vårt välfärdsområde. För närvarande kan avgångsomsättningen för de anställda i vårt välfärdsområde anses vara hög på basis av data från början av 2023. Enligt den skulle den årliga avgångsomsättningen för hela 2023 vara cirka 15 %. Genom att utreda och kontinuerligt följa upp de centrala orsakerna till avgångsomsättningen i vårt välfärdsområde skapar vi en förmåga att minska personalomsättningen, förbättra produktiviteten och därigenom främja organisationens långsiktiga framgång.

Vi åtgärdar personalbristen med hyrd arbetskraft i många olika funktioner. Enligt dagens uppskattning köper vi hyrd arbetskraft för cirka 26 miljoner euro 2023.

Enligt uppgifter från januari 2023 till augusti som granskats motsvarar den nuvarande användningen av hyrd arbetskraft sammanlagt cirka 550 årsverken 2023. Beloppet innehåller till exempel cirka 25 årsverken för läkare och cirka 500 årsverken för andra yrkesutbildade personer. I praktiken finns det säsongvariationer i behovet av hyrd arbetskraft, vilket gör bedömningen riktgivande.

Hyrd arbetskraft kan innebära regelbundet eller sporadiskt arbete och i denna kalkyl ingår alla yrkesgrupper. Mest hyrd arbetskraft används inom äldreomsorgen och de gemensamma social- och hälsovårdstjänsterna. Inom äldreomsorgen används hyrd arbetskraft mest inom tjänster som stöder boende hemma och inom boendeservicen och de gemensamma social- och hälsovårdstjänsterna inom den öppna sjukvården. Inom tjänsterna för barn, unga och familjer, tjänsterna för personer

med funktionsnedsättning och koncerntjänsterna används hyrd arbetskraft i mindre utsträckning.

En jämförelse av kostnadseffektiviteten för hyrd arbetskraft, köpta tjänster och egen produktion per yrkesgrupp och serviceområde har ännu inte gjorts.

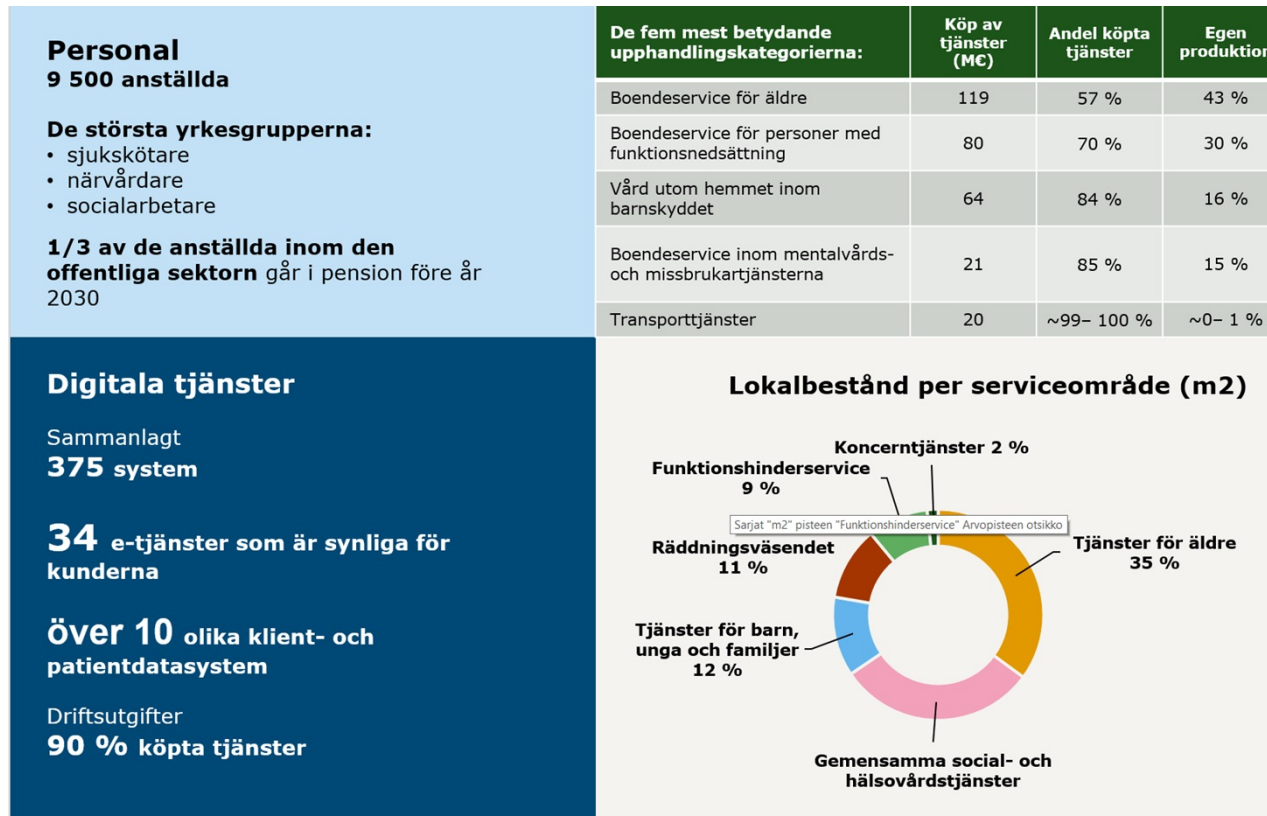


Bild 20. Personalen i Västra Nylands välfärdsområde, digitala tjänster, de viktigaste upphandlingskategorierna och lokalbeståndet enligt serviceområde. Källa: Välfärdsområdets interna statistik; KEVA:s pensionsprognos.

Upphandlings- och produktionssätt

Vårt välfärdsområde är en nationellt betydande aktör som genomför offentliga upphandlingar. Utöver social- och hälsovårdstjänster skaffar vi till exempel ICT-lösningar, transport-, måltids- och städtjänster, hälso- och sjukvårdsutrustning, möbler och materiel samt finansierings-, försäkrings- och experttjänster. Enligt försöksbudgeten för 2023 är det totala värdet på våra upphandlingar cirka 1,19 miljarder euro per år, varav största delen, cirka 1,18 miljarder euro, är köp av tjänster.

Vårt ställningstagande till avtalet är anmärkningsvärt. I och med överföringen av organiseringsansvaret tog vi emot över 4 500 avtal av de överlåtande organisationerna, såsom kommunerna i området. Utöver offentliga upphandlingsförfaranden som grundar sig på avtal gör vi upphandlingar till exempel genom servicesedel, stöd för klientens arbetsgivarmodell och upphandling av anknutna enheter.

Förhållandet mellan egen produktion och köpta tjänster i välfärdsområdet

Utifrån budgeten för 2023 skaffade vi social- och hälsovårdstjänster på basnivå för cirka 378 miljoner euro. Siffran omfattar inte hyrd arbetskraft. Allt som allt är cirka 65 % av social- och hälsovårdens verksamhetskostnader på basnivå vår egen produktion, dvs. andelen köpta tjänster av hela produktionen inom social- och hälsovårdens serviceområden på basnivå är cirka 35 procent. Kostnaderna för de tjänster inom den specialiserade sjukvården som anskaffas från HUS-sammanslutningen uppgår till cirka 600 miljoner euro. Över hälften av verksamhetskostnaderna för vår serviceproduktion

inom social- och hälsovården inklusive den specialiserade sjukvården är köpta tjänster (över 950 miljoner euro).

Granskat per serviceområde är den största andelen av produktionen inom serviceområdet för funktionshindersservice köpta tjänster (53 %), medan andelen egen produktion inom serviceområdet för gemensamma social- och hälsovårdstjänster betonas kraftigast (22 % köptjänster). De största inköpsvolymerna i euro finns dock inom serviceområdet för äldre (cirka 139 miljoner euro).

I en granskning enligt servicelinje är andelen köpta tjänster särskilt stor inom boendeservicen för äldre (57 %), familjecentralens tjänster för särskilt stöd (61 %), produktionen av service för personer med funktionsnedsättning (59 %) samt mentalvårds- och missbrukartjänsterna (55 %). Inom de ovan nämnda servicelinjerna ordnas tjänster med betydligt högre kostnader än öppenvårdstjänster, såsom boende- och institutionstjänster.

Andelen av vår egen produktion är särskilt stark inom förebyggande tjänster och tjänster för tidigt stöd inom serviceområdet för barn, unga och familjer (köptjänster 1 %) och riktade tjänster (11 %), sjukhustjänster (4 %), mun- och tandvårdstjänster (6 %) samt servicelinjen för rådgivning, handledning och utvärdering inom serviceområdet för äldre (12 %). Med undantag av sjukhustjänsterna betonas således den egna produktionens starka andel klart inom öppenvården med lättare stöd.

De fem mest betydande upphandlingskategorierna för social- och hälsovårdstjänster är boende- och transporttjänster

Boendeservice för äldre och personer med funktionsnedsättning, vård utom hemmet inom barnskyddet, boendeservice inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna och färdtjänster utgör de fem mest betydande upphandlingskategorierna för social- och hälsovårdstjänster i vårt välfärdsområde. I fråga om dessa tjänster svarar producenterna av köpta tjänster för största delen av produktionen (inköpta tjänster 57–100 % av produktionen) och inköpsvolymerna varierar mellan cirka 20 och 119 miljoner euro.

Marknaden för boendeservice för äldre, boendeservice för personer med funktionsnedsättning, vård utom hemmet inom barnskyddet samt mentalvårds- och missbrukartjänster är i stor utsträckning koncentrerad till stora serviceproducenter. Över hälften av de nämnda tjänsterna produceras för närvarande av producenter av köpta tjänster, och därför är välfärdsområdet beroende av företag som producerar köptjänster. Utgångspunkten för till exempel anskaffning av en boendeservice är att det är fråga om klientens hem och att det ofta inte är motiverat att klienten flyttar från sitt hem till en alternativ plats. Detta leder till att klienternas boendetider i enheterna ofta kan vara långa. Stärkandet av den egna produktionen kan ställvis möjliggöra en starkare förhandlingsställning i fråga om prissättningen av tjänsterna och att trygga ordnandet av tjänsterna.

Marknaden för färdtjänster är mycket mångsidig både i och med olika aktörer som producerar tjänster och individuella kundbehov. På riksnivå har klienternas transporter fördelats mellan olika anordnare (kommuner, välfärdsområden och FPA).

Många välfärdsområden använder en förmedlingsoperatör och grupp- och individtransporter har vanligtvis kombinerats.

Lagändringar som motsvarar taxireformen, skärpta kriterier för beviljande av taxitillstånd för förare samt den nya lagen om funktionshinderservice kan medföra förändringar på marknaden. Dessutom påverkas prisnivån på marknaden för transporttjänster bland annat av lagen om rena fordon (740/2021), där det föreskrivs om miljö- och energieffektivitetskrav vid offentlig upphandling av fordon och trafiktjänster. Likaså kan tillgången på arbetskraft påverka prisnivån, eftersom bland annat kraven på förarnas språkkunskaper håller på att skärpas.

Centrala fenomen och utvecklingsförlopp i anslutning till upphandlingar

Kundens valfrihet. Den ökade konsumentorienteringen, digitaliseringens och de sociala mediernas inblandning i vardagen, den explosionsartade ökningen av information och förbättrad tillgång till information samt de nya generationernas skärpta krav på serviceupplevelser återspeglas också i social- och hälsovården. Stärkandet av kundernas valfrihet ställer nya förväntningar på upphandlingarna.

Ett så omfattande nätverk som möjligt som producerar boendetjänster stöder klientens valfrihet. Klienterna kan erbjudas möjlighet att välja antingen en tjänst som välfärdsområdet själv producerar, en köpt tjänst eller en servicesedel för att skaffa tjänster. För närvarande är efterfrågan dock större på all boendeservice än utbudet, så klientens möjlighet att påverka till exempel valet av boendeenhet är de facto liten. I och med den nya funktionshinderservicelagen förväntas klienternas valfrihet i fråga om tjänsterna öka.

Utnyttjande av modellen med flera producenter. Ett av de centrala fenomenen i nuläget är att utnyttja modellen med flera producenter. Modellen med flera producenter innebär att de tjänster som vi ansvarar för att ordna produceras av många olika producenter. Målet är att säkerställa att vi utnyttjar vår egen produktion och köpta tjänster på ett kostnadseffektivt sätt. För närvarande utnyttjas köpta tjänster inte nödvändigtvis på ett idealiskt sätt med tanke på kostnadseffektiviteten i vissa tjänster i vårt välfärdsområde. Däremot kan det i vissa tjänster vara nödvändigt att granska stärkandet av vår egen produktion i ljuset av såväl lagstiftningsmässiga som produktionsmässiga faktorer.

Omvälvnigen i arbetslivet. Kraven och förväntningarna på arbetslivet har förändrats och är fortfarande i omvälvning. När man tidigare kunde binda sig till samma arbetsplats till och med under hela arbetskarriären, anses det positivt att regelbundet byta arbetsplats på 2020-talet. Förändringstakten i dagens samhälle förutsätter uppdatering av kompetensen, aktivt nätverkande och ett sektorsövergripande grepp. Enligt undersökningar förväntar sig arbetstagarna flexibilitet, god balans mellan arbets- och privatlivet, ledningens förtroende för arbetstagarens sakkunskap och erfarenhet, inlärningsmöjligheter samt arbetets betydelse.

Teknologins utveckling. Gränsen mellan teknologi och social- och hälsovårdstjänster suddas ut. Välfärdsområdet skaffar inte nödvändigtvis längre "bara datateknik", eftersom teknologin blir en vardaglig och integrerad del av alla upphandlingar. Dataskydd och datasäkerhet är allt viktigare faktorer som ska beaktas i upphandlingsprocesserna. Nya teknologier såsom SaaS (software as a service) kräver särskild upphandlingskompetens av välfärdsområdet.

Internationella kriser. Internationella fenomen såsom allmän ekonomisk osäkerhet samt olika folkhälsokriser och militära kriser påverkar marknaden. Situationerna kräver resiliens från vårt välfärdsområde. Under en osäker ekonomisk tid kan välfärdsområdet visa sig vara en attraktiv partner för privata serviceproducenter.

Ansvarsfullhet. Ansvarsfullhet är en internationell megatrend som också påverkar våra upphandlingar. Dataskydd och datasäkerhet är allt viktigare faktorer som ska beaktas i upphandlingsprocesserna. De allt strängare miljökraven framhäver vår viktiga roll i byggandet av en planetärt mer hållbar framtid, men sätter å andra sidan ytterligare press på de offentliga finanserna. Till exempel torde EU-direktivet om rena fordon åtminstone på kort sikt höja kostnaderna för offentliga upphandlingar och minska konkurrensen. Utöver miljöansvar är till exempel social hållbarhet och bekämpning av grå ekonomi viktiga frågor som ska granskas i upphandlingarna.

Kunskapsbaserad ledning. Kunskapsbaserad ledning är en verksamhet som är avgörande för utvecklingen av välfärdsområdets upphandlingar. Uppbyggnaden av ett enhetligt kunskapsunderlag och ett uppdaterat utnyttjande av upphandlingsinformationen stöder beslutsfattandet i anslutning till upphandlingar. Välfärdsområdet håller som bäst på att ta i bruk ett datasystem för strategisk ledning av upphandlingar, vars syfte är att öka mognaden i nivån för kunskapsbaserad ledning av upphandlingar. Utöver historisk information om upphandlingar som genomförts i välfärdsområdet granskar välfärdsområdet marknadsinformation och förutser framtiden.

Livscykelmodellbaserat tänkande och förutsebarhet. Livscykelmodellbaserat tänkande och förutsebarhet ses som

viktiga utvecklingsförlopp i välfärdsområdet. Man strävar efter att bygga upp upphandlings- och konkurrensutsättningsprocesserna så att framtidsscenerierna kan beaktas smidigare än tidigare. Detta omfattar till exempel dynamiska leverantörsregister och upphandlingsförfaranden som möjliggör en flexibel upphandling under avtalsperioden. Vid upphandlingar är det viktigt att fundera på hur effektiv upphandlingens livscykel är – vardagen ska fungera, men upphandlingarna ska vara kostnadseffektiva.

Grunden för allt är tydliga upphandlingsprocesser som formar sig efter serviceproduktionens behov. Välfärdsområdet har en unik möjlighet att utveckla nya processer och verksamhetssätt för att göra upphandlingarna smidigare. Det anses också viktigt att möjliggöra klienternas delaktighet i upphandlingar som gäller dem själva.

Digitala tjänster

Välfärdsområdets digitala tjänster består av system som betjänar kunder och vårdpersonal, den grundläggande informationsteknikens helhet samt kompletterande stöd- och rådgivningstjänster. Våren 2023 fanns det 375 system i välfärdsområdets systemportfölj, varav 34 e-tjänster var synliga för kunden. Dessutom har räddningsverket separata lednings- och lägescentralssystem. En del av systemen produceras nationellt (till exempel Kanta-tjänsterna) eller regionalt av HUS-sammanslutningen.

Centrala nyckeltal för digitala tjänster:

- Verksamhetsställen som omfattas av datakommunikationstjänsterna 500 st.
- Arbetsstationer 7300 st.

- Mobilabonnemang 8800 st.
- Användarnamn 10 000 st.

Välfärdsområdet är en betydande köpare av ICT-tjänster, medan de köpta tjänsterna utgör cirka 90 procent av ICT-driftsutgifterna. År 2023 uppgår inköpen av olika tjänster och produkter till uppskattningsvis 55 miljoner euro. I beloppet ingår också separat finansierade kostnader för genomförandet av IKT.

Helheten av digitala tjänster är fortfarande brokig och består av system och apparater som överförs vid överlåtelse av rörelse samt nya verktyg som inrättats i samband med genomförandet av IKT. De lösningar som välfärdsområdet tar emot i olika skeden av sin livscykel är delvis överlappande och har varierande tekniska krav. De operativa systemen följer i huvudsak fortfarande kommungränserna under den gamla serviceproduktionen, men sammanslagningar har redan genomförts både tekniskt och i fråga om gamla avtal.

Tillförlitliga och enhetliga grundsystem är en central del av välfärdsområdets systemarkitektur. Största delen av bassystemen för välfärdsområdets förvaltning togs i bruk i genomförandefasen och systemen befinner sig i början av sin livscykel. Sådana system är bland annat ekonomi-, personal- och löneförvaltningens huvudsystem. Särskilda utvecklingsområden har identifierats inom personalförvaltningen i fråga om arbetsskiftsplanering och kompetenshantering.

I vårt välfärdsområde används flera överlappande klient- och patientdatasystemhelheter. Nuläget är mycket utmanande eftersom flera systemhelheter försvårar ledningen av servicestrukturen, personalens rörlighet och upprätthållandet av kompetensen, tillgodoseendet av klienternas jämlikhet, stöd för

flerspråkighet och iakttagandet av centrala skyldigheter, såsom informationshantering, dataskydd och informationssäkerhet. Dessutom är det dyrt att utveckla digitala tjänster och nuläget orsakar mångdubbla kostnader. Harmoniseringen av klient- och patientdatasystemhelheten är ett av de viktigaste utvecklingsobjekten under de närmaste åren.

Många västnylänningar känner till den elektroniska ärendehantering inom social- och hälsovårdstjänsterna. I THL:s FinSote-undersökning 2020 var 33 % av de västnylänningar som utträttade ärenden elektroniskt inom social- och hälsovårdstjänsterna, vilket är tredje mest i hela landet och långt över det nationella genomsnittet (26 %). Det nationella målet för programmet för hållbar tillväxt är att öka andelen digital ärendehantering till 35 % före 2025.

Även våra nuvarande digitala tjänster har i huvudsak överförts som sådana när organiseringsansvaret överförs. De följer till många delar de tidigare kommungränserna och återspeglar samtidigt de regionala gränserna för huvudsystemen bakom e-tjänsterna. Detta medför utmaningar för både klienterna och de yrkesutbildade. De lösningar för e-tjänster som erbjuds som helhet är punktbaseade och telefonservicens andel är fortfarande betydande.

Nästan alla branscher har ett betydande tryck på att påskynda digitaliseringen och social- och hälsovårdsväsendets och räddningsväsendets tjänster är inget undantag från detta. I synnerhet kundernas förväntningar, trycket på produktivitetsförbättringar, den tekniska utvecklingen, regleringen, den nationella styrningen och projekten samt det regionala samarbetet är fenomen som påverkar de digitala tjänsterna och utvecklingen av dem.

Kundförväntningarna i fråga om tillgången till och kvaliteten på digitala tjänster drivs kraftigt av att konsumenttjänsterna blir elektroniska, vilket stöds bl.a. av att smarttelefoner blir vanligare. Å andra sidan indelas social- och hälsovårdstjänsternas kundkrets också kraftigt i digitala nativ som i första hand utträttar ärenden elektroniskt samt kunder som inte har möjlighet att använda digitala tjänster. Inom social- och hälsovårdstjänsterna fungerar dessutom den privata sektorn som draghjälp, där smidiga digitala ärenden och distansmottagningar redan har etablerats som en del av tjänsteutbudet. Digitala lösningar motsvarar också bättre kundförväntningarna på öppetider och snabb tillgänglighet.

Det ökade servicebehovet, utmaningarna i tillgången på personal och kraven på kostnadseffektivitet skapar ett behov av att öka produktiviteten. Det lönar sig att inrikta social- och hälsovårdspersonalens arbete på att bemöta kunderna på ett så högklassigt sätt som möjligt. Kvaliteten på och tillgången till rutinmässiga kundserviceuppgifter kan förbättras genom automatisering och kundernas självbetjäning.

Utvecklingen av terminaler och datakommunikationsförbindelser möjliggör att tjänster som tillhandahålls i hemmet samt olika tjänster för distansvård och distansdiagnostik blir vanligare. I systemen accelererar molnövergången ytterligare. Bland annat kommer tekniker för artificiell intelligens att bli vanligare som molnlösningar. De växande möjligheterna med artificiell intelligens har lyfts fram kraftigt. Datorns förmåga att förstå och producera ett genuint naturligt språk har förbättrats snabbt och nya genombrott sker nästan varje vecka. Dessa förmågor blir snabbt vanligare i olika system och kommer att göra i synnerhet olika stödprocesser smidigare. I vård- och omsorgsarbetet syns effekterna långsammare på grund av kraven i regleringen. I

synnerhet inom förebyggande tjänster kan smart analys medföra betydande fördelar.

Regleringen har en betydande inverkan på genomförandet av digitaliseringen. Tolkningarna av dataskyddsförordningen har ett väsentligt samband med bl.a. genomförandet av förebyggande digitala tjänster och på motsvarande sätt är användningen av molntjänster förknippad med frågor om avtalsstrukturen mellan EU och USA. Dessa frågor löses både nationellt och på EU-nivå. På EU-nivå bereds även andra viktiga initiativ, bl.a. cybersäkerhetsdirektivet NIS2, den europeiska hälsodatarymden EHDS samt eIDAS med koppling till elektronisk identifiering. Nationellt betydande regleringsprojekt är bl.a. uppdateringen av lagen om kunduppgifter RP 246/2022.

Dessutom pågår flera nationella projekt där man strävar efter att förenhetliga och samordna utvecklingen av informationshanteringen inom social- och hälsovården. Säkerhetsnätet och de ledningssystem som stöder sig på det utvecklas genom nationell samordning. Dessutom samarbetar vårt välfärdsområde med välfärdsområdena i Södra Finlands samarbetsområde och HUS-sammanslutningen för att förbättra det digitala samarbetet

Nätverket av tjänster

Grunden för nätverket av tjänster i vårt välfärdsområde utgörs av de lokaler i anslutning till ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet som överförts från kommunerna, samkommunerna och specialomsorgsdistrikten till välfärdsområdet den 1 januari 2023. Våra tjänster har sammanlagt cirka 460 objekt och 340 000 kvadratmeter lägenhetsyta att hyra.

Vi hyr huvudsakligen våra lokaler. Vi betalar sammanlagt cirka 86 miljoner euro i hyra för våra lokaler år 2023. Arrendeavtalen har i huvudsak överförts till vårt välfärdsområde med 3+1 års arrendeavtal. Kommunerna har en betydande roll som hyresvärdar, eftersom över hälften av våra lokaler ägs av kommunerna. Vårt välfärdsområde äger direkt boendeenheter som används av funktionshindersservicen. Ägarobjektens andel av lokalportföljen är 2 % mätt enligt antalet objekt.

Granskat per serviceområde används 38 % av vår lokalstock av serviceområdet för äldre. Den näst största användaren av gårdsbeståndet är serviceområdet för gemensamma social- och hälsovårdstjänster (28 %), och den tredje är serviceområdet för tjänster för barn, unga och familjer (13 %). Mätt i areal finns 50 % av vårt lokalbestånd i Esbo och 50 % i andra kommuner.

Andelen av de tio största fastigheterna i vårt lokalbestånd är 23 % sett till yta och 35 % sett till hyra. I lokalportföljen finns kvantitativt många små objekt. Sådana är i synnerhet elevhälsans lokaler i anslutning till skolor och läroanstalter. Dessutom har vi många spridda bostadslägenheter.

I vårt område finns bland annat 3 sjukhus, 25 hälsostationer, 85 omsorgsfastigheter och 34 rådgivningsbyråer eller familjecenter inom den egna serviceproduktionen. Köptjänstobjekten kompletterar servicenätverket i vårt område.

Av hälsostationerna finns 18 i områden med centrum enligt landskapsplanen, 3 i områden med små centrum och 4 i områden med centrumfunktioner. Nätverket av hälsostationer täcker de nuvarande invånarkoncentrationerna i vårt område. Centralerna fungerar som knutpunkter för trafiken och koncentrationer av ärenden. Våra hälsostationer är tillgängliga för invånarna i välfärdsområdet. De tre största hälsovårdscentralerna med tanke

på lägenhetsytan är Kyrkslätts välfärdscentral, Hagalunds hälsostation och Lojo centrums hälsostation.

I våra 85 omsorgsfastigheter produceras boendeservice för olika specialgrupper enligt socialvårdslagen. Hälften av objekten riktar sig till funktionshinderservice, drygt en tredjedel äldre och resten mentalvårds- och missbrukarservice samt tillfälligt boende. Välfärdsområdets egen serviceproduktion stöds av nätverket för vårdboende producerat av privata aktörer. Av omsorgsfastigheterna finns 2/3 i centrumområden. I privata serviceproducenters objekt framhävs centrumplaceringen starkare. Av dessa finns 80 % i centrumområden och i områden med servicekoncentrationer finns inga privata objekt för vårdboende. Vårdfastigheterna utgör en tredjedel av välfärdsområdets lokalbestånd och hyreskostnader.

Rådgivningsbyråerna och familjecentren verkar antingen vid sitt eget verksamhetsställe eller i anslutning till andra social- och hälsovårdstjänster. Av de 34 objekten är sex familjecentraler, 13 rådgivningsbyråer på hälsostationer och de övriga 15 rådgivningsbyråer som verkar på sina självständiga verksamhetsställen. Typiskt för familjecentren är ett bredare utbud av tjänster för barnfamiljer än för rådgivningarna. Familjecentren och rådgivningarna utgör cirka fyra procent av vår totala yta och 10 procent av alla lokalhyror. För närvarande är de tre största serviceobjekten för barnfamiljer Esbo centrums familjecenter, Hagalunds rådgivning och Mäntynummen perhekeskus Purje. Ängskulla familjecenter, som blir färdigt på hösten, kommer efter att ha färdigställts att vara det näst största objektet med tanke på storleken på servicen för barnfamiljer och hyreskostnaderna efter Esbo centrums familjecenter. Samtidigt överförs tjänsterna vid Hagalunds hälsostation till familjecentret i fråga. Två tredjedelar av de 34 rådgivningsbyråerna och

familjecentren för tjänster för barnfamiljer har placerats i områden med medelstora centra som fastställts i landskapsplanen, fem i små centra och de återstående sju i servicekoncentrationer.

Beredskap

Med beredskap avses all sådan verksamhet i organisationen som säkerställer att uppgifterna kan skötas så störningsfritt som möjligt och nödvändiga åtgärder som avviker från det normala i störningssituationer och undantagsförhållanden. Närmare bestämmelser om beredskapsåtgärder finns i beredskapslagen, lagen om välfärdsområden samt lagen om ordnande av social- och hälsovård och statsrådets förordning som preciserar denna. Ett tillstånd som uppnåtts som ett resultat av beredskapen och där man kan svara på olika hot kallas för beredskap.

I vårt välfärdsområde är beredskapen en del av den riskhantering som betraktas som dess överordnade begrepp, med vilken avses organisationens systematiska verksamhet inklusive riskanalys samt planering, genomförande, uppföljning och korrigerande åtgärder för nödvändiga åtgärder (såsom beredskapsåtgärder). I utvecklingen av tjänsterna identifieras förändringar i befolkningsutvecklingen och servicebehovet samt beaktas i stor utsträckning olika samhälleliga förändringar och risker, till exempel beredskap inför pandemier och extrema väderfenomen orsakade av klimatförändringen.

Beredningsorganisationens uppgift var att bygga upp minimistrukturer, -anvisningar och -planer för beredskaps- och säkerhetshelheterna i vårt välfärdsområde. Ett särskilt mål var att skydda den historiska överföringen av organiseringsansvaret i en situation där säkerhetsmiljön samtidigt genomgick en förändring. I det första skedet prioriterades endast det

väsentligaste innehållet i beredskapsplanen för att svara på de mest sannolika hoten samtidigt som man enligt lagen deltog i den enhetliga beredskapsplaneringen i Södra Finlands samarbetsområde under handledning av HUS-sammanslutningen. Beredskapsplanerna för social- och hälsovårdsväsendet i de organisationer som överlåtit sitt organiseringsansvar i början av 2023 har varit i bruk i välfärdsområdet tills en beredskapsplan på välfärdsområdesnivå som genomförs som ett scenario byggs upp före utgången av 2023.

Bestämmelser om besluts-, avgörande- eller behörighet och specialbehörighet i anslutning till beredskap både hos tjänsteinnehavare och i organ har utfärdats i välfärdsområdets förvaltningsstadga och i välfärdsområdesdirektörens anvisningar. Ansvar för de viktigaste tjänsteinnehavarna i beredskapen enligt detta har preciserats både i samband med rekryteringen under beredningen och i samband med de uppgiftsbeskrivningar som uppdaterades våren 2023. Det finns skäl att ytterligare förtydliga resurserna för beredskapen och ansvarsfördelningen, så att ledningssystemet för beredskapen är tydligt och inte lämnar rum för tolkning i synnerhet i situationer som kräver snabba åtgärder.

Vårt välfärdsområde har varit en föregångare när det utöver den traditionella beredskapskompetensen även har koncentrerat

helheterna för kvalitetshantering, styrning och övervakning av tjänsterna till en ansvarsenhet inom förvaltningens ansvarsområde. På så sätt kan kvalitets- och säkerhetstjänsterna som helhet bedöma och påverka riskhanteringen på välfärdsområdesnivå bättre. Likaså har den strukturella ledningen säkerställts genom att sammankalla en intern säkerhets- och beredskapsgrupp som utsetts från koncernen och serviceområdena samt genom att inrätta en samarbetsgrupp enligt beredskapsförordningen för välfärdsområdena för kommuner och andra intressentgrupper.

Den centrala frågan under de närmaste åren är lägesbilden på den nya offentliga förvaltningens nivå och kunskapsbaserad ledning. 51 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och beredskapsförordningen som preciserar denna förutsätter att välfärdsområdet bildar en lägesbild av social- och hälsovården inom sitt område och överlåter den

till beredskapscentralen inom sitt samarbetsområde för att fogas till SHM:s och vidare till statsrådets lägesbild. Välfärdsområdets lägesbildsarbete ska under de närmaste åren tilldelas resurser så att det automatiserar, underlättar och gynnar välfärdsområdets egen ledning på olika nivåer samt ökar situationsmedvetenheten som stöd för förutseende beslutsfattande. Bestämmelser om räddningsväsendets beredskap finns i lagstiftningen på området.

Samhälle

Vårt välfärdsområde är en del av välfärdssamhället, vars ramvillkor under de närmaste åren består av balansering av statsfinanserna, den offentliga sektorns föränderliga uppgiftsfält och omfattande samhällspolitiska utvecklingsförlopp.

Var är vi nu?

Nationella mål för välfärdsområdesreformen är bland annat att bygga upp starka tjänster på basnivå och att dämpa kostnadsökningen. För att uppnå dessa mål krävs att det omgivande samhället möjliggör förändring. Detsamma gäller för lösningen av personalbristen inom social- och hälsovården, som vid sidan av välfärdsområdets egna åtgärder förutsätter arbetskraftspolitiska beslut.

Lagstiftningen i anslutning till vår verksamhet ska granskas i förhållande till målen för reformen av välfärdsområdena. I vårt samhälle måste vi diskutera vad välfärdsområdenas begränsade resurser ska räcka till för. Målet med diskussionen ska vara att avstå från sådan verksamhet som binder våra yrkesutbildade personers tid och arbetsinsats, men som inte medför någon nytta för våra invånare.

I fortsättningen bor en allt större del av finländarna i Nyland, vilket förutsätter att områdets särdrag beaktas i beslutsfattandet.

Vår verksamhet påverkas också av riskerna och hoten i det omgivande samhället. Tillsammans kan vi förbereda oss bättre på detta än på egen hand. Genom att förbereda oss säkerställer vi att

vi kan sköta serviceproduktionen så störningsfritt som möjligt och vidta nödvändiga åtgärder även i störningssituationer och undantagsförhållanden.

Hurdana utvecklingsförlopp förutspår vi?

Regeringsprogrammets mål är att stödja välfärdsområdena i reformen av verksamheten, såsom i det omfattande ibruktagandet av digitala tjänster. Goda idéer cirkulerar mellan välfärdsområdena och man kan också ta modell från andra håll, såsom från de övriga nordiska länderna.

Å andra sidan eftersträvas betydande besparingar i statsfinanserna inom de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna. Åtgärderna i regeringsprogrammet för att balansera statsfinanserna hotar välfärdsområdenas finansiering, som redan från tidigare är knapp. Information om kostnaderna och tillgången till tjänster ska i fortsättningen publiceras mer öppet tillgängligt för alla.

Samarbetsområdenas verksamhet och samordningen på nationell nivå torde under de närmaste åren bli betydande faktorer som påverkar välfärdsområdenas verksamhet. Dialogen mellan olika välfärdsområden förs aktivare än tidigare även i fråga om beredskap och säkerhet.

Den samhälleliga diskussionen om prioritering och tjänsternas effektivitet ska inledas i tid och välfärdsområdena ska delta i ledningen av den. Välfärdsområdena ska också aktivt delta i andra offentliga diskussioner om den nationella välfärden och som formar välfärdsområdets verksamhet.

Bilaga 3 Åtgärder för delaktighet under våren 2023

Synpunkterna hos dem som använder tjänsterna samt de yrkesutbildade personer som arbetar med dem och de förtroendevalda som beslutar om dem är en väsentlig del av riktlinjerna för framtidens välfärdsområde. I delaktighetsarbetet i servicestrategin bjöd vi in invånarna, personalen, de förtroendevalda och de viktigaste samarbetsparterna i välfärdsområdet att planera servicestrategin tillsammans med oss. Målet med delaktighetsarbetet var att erbjuda så många som möjligt möjlighet att delta i den gemensamma planeringen. Samtidigt strävade man efter att berätta om välfärdsområdet och dess tjänster och verksamhet.

Metoder och kanaler för delaktighet

Kanalerna och metoderna för delaktighet bestod av både digitala möten och uppgifter ansikte mot ansikte. I enkäterna och workshopparna strävade man efter att med hjälp av fiktiva kundberättelser om spelifiering föra servicestrategin närmare vardagsproblemen. Syftet med intervjuerna som ordnades med tjänsterna var att särskilt beakta personer som behöver många tjänster och deras synpunkter på framtidens välfärdsområde.

Välfärdsområdesspelet

Grunden för delaktighetsarbetet utgjordes av det elektroniska Välfärdsområdesspelet, dvs. en Webropol-baserad spelinriktad enkät, där spelarens uppgift var att planera det egna välfärdsområdet, dvs. svara på påståenden och frågor om olika fenomen på samma sätt som i kandidattestet. Efter svaren uppgav spelet egenskaperna hos det välfärdsområde som användaren

planerat i kategorierna *resursförbrukning, förnyelse och användning av teknologi*. Spelet var öppet 31.3 - 4.5.2023 och samlade under den tiden in över 1 400 svar från välfärdsområdets invånare (68 %), personalen (29 %) och andra samarbetspartner. Spelet publicerades på sammanlagt åtta språk: finska, svenska, engelska, ryska, estniska, ukrainska, somaliska och arabiska.

Frågorna i spelet planerades tillsammans med serviceområdena så att de skulle ge så heltäckande information som möjligt om de viktigaste frågorna i anslutning till servicestrategin, såsom tjänsternas öppettider och köande till tjänster, servicenätverket, elektronisk ärendehantering, äldreomsorg, svenskspråkiga tjänster och den flerspråkiga befolkningens servicebehov.

Invånarna och personalen ansåg att tillgången till tjänster borde förbättras. Detta skulle enligt respondenterna innebära kortare väntetider och mer omfattande öppettider. Möjligheten att uträtta ärenden med en bekant yrkesutbildad person upplevdes som en viktig del av tjänsterna. En majoritet av respondenterna skulle önska fler elektroniska kontaktkanaler och vara beredd att använda dem. Över 70 procent av respondenterna önskade att användningen av servicesedel skulle utvidgas. Nästan hälften av alla respondenter är helt av samma åsikt om att föräldrarna i fortsättningen borde ta mer ansvar för sina egna barns välbefinnande. Andelen respondenter som var av denna åsikt var högre bland respondenterna under 18 år än bland de övriga respondenterna.

Personer under 18 år bedömer att det är viktigare att producera tjänster på något annat språk än finska eller svenska än de övriga respondenterna. När respondenterna ombads bedöma hur ofta olika tjänster borde utnyttjas på distans, var ungdomar under 18

är mer villiga än andra att utnyttja distanstjänster i alla tjänster i frågan.

Intervjuer med invånare som använder välfärdsområdets tjänster

Över hundra personer deltog i intervjuerna med invånare som använder välfärdsområdets tjänster. Största delen av intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer med personer vars eget eller närstående personers behov av tjänster hade framhävts.

När det gäller tjänster för äldre intervjuades personer som deltagit i dagcentrets gruppverksamhet, närståendevårdare och boende inom det gemensamma boendet samt deras anhöriga. Användare av tjänster för barn, unga och familjer intervjuades i samband med familjecentrets mötesplatser, i skolorna, på babyträffar, inom kamratverksamheten och i gruppen med klientföräldrar inom barnskyddet. I fråga om personer med funktionsnedsättning fokuserade intervjuerna på personer som deltar i arbets- och dagverksamhet, boendeservice och boende med stöd, närståendevårdare och barn med funktionsnedsättning samt deras föräldrar. I Esboregionen erbjöds synskadade personer som inte kunde uträtta ärenden digitalt möjlighet till individuella telefonintervjuer. Informationen om möjligheten till intervju förmedlades till personerna på en cd-skiva som skickades hem och som fick anvisningar för att delta i intervjun.

I intervjuerna fick deltagarna berätta om sådant som är viktigt för deras välbefinnande i vardagen samt om sina bekymmer och rädslor i anslutning till deras välbefinnande och hälsa. Deltagarna ombads också beskriva de tjänster som de upplever som viktiga med tanke på sitt välbefinnande. En intressant observation i intervjuerna var att gränsen mellan välfärdsområdets tjänster och de tjänster som kommunerna ordnar är flytande för de invånare

som använder tjänsterna. Dessa tjänster bildar en enhetlig helhet i invånarnas liv, vilket understryker betydelsen av ett nära samarbete för att främja välfärden. Å andra sidan har en del av oron i vardagen också orsakats av fenomen som har stor påverkan på samhället, som den ökade ensamheten, priset på mat, sänkta pensioner och höjningen av hyresnivån.

Workshopparna Framtidens välfärdsområde för unga

Metoder och kanaler för planeringsdelaktighet som endast var avsedda för barn och unga var förutom svar på spelet i välfärdsområdena även verkstadsmaterial som delades ut till lärare, kuratorer och andra yrkesutbildade personer som arbetar med unga. Med hjälp av materialet var det möjligt att ordna workshoppar om Framtidens välbefinnande i skolan eller hobbygruppen. Workshopparna genomfördes som memverkstäder eller videoverkstäder, varefter handledaren diskuterade välfärdsområdets tjänster med de unga. I workshopparna deltog nästan 250 unga i högstadieskolorna.

Skrivutmaning

Det var också möjligt att delta i planeringen av tjänsterna i framtidens välfärdsområde genom att skriva idéer på en blankett på nätet. Invånarna i olika kommuner i området sände 44 idéer om att förnya servicen på finska och svenska. Bland dem som deltog i idégivningen lottade man ut presentkort till K-butiker.

Personalens Palju-verkstäder

Välfärdsområdets personals deltagande i utvecklingen av framtidens tjänster ansågs vara en viktig del av den gemensamma planeringen av servicestrategin. Personalen erbjöds möjlighet att svara på frågorna i spelet för välfärdsområden och dessutom

ordnades sammanlagt nio Teams-distansworkshoppar, dvs. "Palju" (PALvelustrateginen Juttutaukio, på svenska *Servicestrategisk pratstund*). Över 250 anställda anmälde sig till workshopparna. En del av workshopparna ordnades på finska och en del på svenska.

Deltagarnas uppgift var att i smågrupper bekanta sig med den fiktiva kundberättelsen, där man beskrev en utmanande situation för en person som behöver mycket service. Smågrupper ombads bland förslagen från serviceområdena välja de tre åtgärder som är mest nyttiga med tanke på den fiktiva kunden och fundera på hur de skulle hjälpa kunden och påverka vardagen för dem som arbetar med tjänsterna. I de svenskspråkiga workshopparna fokuserade man dessutom på hur personen i situationen kunde få hjälp på svenska.

Personal- och invånarråd

Personalrådet är ett frivilligt digitalt sätt för anställda i välfärdsområdet som är intresserade av utveckling att med låg tröskel få ge sin egen syn på utvecklingen och planeringen av välfärdsområdets tjänster och verksamhet. På motsvarande sätt grundades Invånarrådet för att erbjuda invånarna i välfärdsområdet möjlighet att delta i planeringen och uttrycka sin åsikt digitalt.

Personalrådet utnyttjades för att kommentera innehållet i servicestrategin sommaren 2023. Dess huvudsakliga syfte var dock att fortsätta att användas även för annan gemensam planering. Under hösten 2023 utnyttjades juryn till exempel för att planera förenhetligandet av klient- och patientdatasystemen.

Workshoppar för organisationer och företag

En grupp organisationer och företag inom social- och hälsovården i Västra Nylands välfärdsområde bjöds in till en gemensam workshop

i juni 2023, där man med hjälp av prognostiseringsdialog bekantade sig med barns och ungas psykiska hälsa, det ökade behovet av tjänster för äldre och individualiseringen av servicebehovet. I workshoppen deltog över 50 representanter för organisationer och företag som i responsenkäten upplevde att evenemanget var nödvändigt och önskade att motsvarande evenemang som uppmuntrade till att dialogen skulle fortsätta.

Kommunikation om delaktighetsarbetet i servicestrategin

Hela personalen informerades om hur arbetet med servicestrategin framskrider och om metoderna och kanalerna för delaktighet på intranätet, på fredagskaffemötena och per e-post. Dessutom ombads servicelinjernas ledning att förmedla information om deltagandet i planeringen till serviceenheterna vid sin servicelinje. Konceptet för Palju-workshopparna och dess material publicerades på intranätet för att det skulle vara möjligt att ordna dem självständigt på arbetsplatsen till exempel i samband med teammöten. Denna möjlighet utnyttjades endast ibland.

Invånarna informerades om metoderna och kanalerna för delaktighet på välfärdsområdets trespråkiga webbplats (luvn.fi/tulevaisuus), i välfärdsområdets kanaler i sociala medier (Facebook, Instagram och LinkedIn) samt i invånarnas nyhetsbrev, på kommunernas webbplatser och i sociala medier samt genom reklam i finsk- och svenskspråkiga tidningar. Ett pressmeddelande om kanaler och metoder för delaktighet publicerades också.

Välfärdsområdets välfärdsområdesfullmäktige och -styrelse samt påverkansorgan och nämnder fick information om hur servicestrategiprocessen framskrider och om resultaten av delaktigheten. De förtroendevalda och medlemmarna i påverkansorganen deltog i workshopparna som ordnades i samband

med seminarierna och mötena för att kommentera och planera innehållet i av servicestrategin och främjade för sin del invånarnas delaktighetsarbete genom att marknadsföra metoder och kanaler för delaktighet i sina egna nätverk.

Sammandrag

I planeringen av tjänsterna i framtidens välfärdsområde deltog invånare och personal från alla kommuner i området. I intervjuerna hördes särskilt de invånare som hade ett stort servicebehov.

Man strävade efter att skapa en så mångsidig helhet som möjligt av kanalerna och metoderna för delaktighet i servicestrategin. En del av kanalerna och metoderna för delaktighet grundades för servicestrategin, men de fortsätter sin verksamhet och möjliggör deltagande i den gemensamma planeringen även i framtiden. Sådana kanaler är till exempel Personalrådet och Invånarrådet.

Vi fick mycket respons på workshoppar, evenemang och enkäter som ordnades som stöd för planeringen av servicestrategin. Metoderna och kanalerna för delaktighet upplevdes i huvudsak som lyckade, men en betydande del av responsen var också kritisk. Detta ger goda riktlinjer för utvecklingen av koncepten för delaktighet i fortsättningen så att allt fler invånare och yrkespersoner i välfärdsområdet kan delta i den gemensamma planeringen på ett sätt som passar dem själva.