POLICY BRIEF
21/2020
Synpunkter på aktuella samhällsfrågor och till stöd för det politiska beslutsfattandet

STATSRÅDETS UTREDNINGS- OCH FORSKNINGSVERKSAMHET

# Identifiering av personer som behöver sektorsövergripande tjänster inom social- och hälsovården

**Eeva Liukko** specialist, Institutet för hälsa och välfärd

**När personer som behöver sektorsövergripande tjänster identifieras, kan man erbjuda dem stöd och se till att tjänsterna fungerar väl ihop.**

Institutet för hälsa och välfärd (THL) har utrett verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av personer som behöver mycket service eller sektorsövergripande tjänster inom social- och hälsovården samt användningen av dyra tjänster. Samtidigt gjordes en bedömning av hur identifieringen fungerar i Finland och hur den borde utvecklas.

Av klienterna inom social- och hälsovården står cirka 10 procent för 80 procent av kostnaderna för användningen av social- och hälsovårdstjänster. För tillfället identifieras inte användningen och behovet av mycket service eller sektorsövergripande tjänster tillräckligt väl, eftersom servicesystemet är komplicerat, informationsutbytet är bristfälligt och verksamhetsmodeller saknas. Det finns inte nödvändigtvis någon som koordinerar eller styr användningen av tjänsterna.

Om man kunde effektivera den proaktiva identifieringen av personer som behöver mycket service eller sektorsövergripande tjänster, skulle det gå att planera och genomföra förebyggande och samordnade tjänster och vårdpraxis bättre än i dag.

## En liten del använder mycket service eller sektorsövergripande tjänster.

I den här utredningen avser en klient som använder mycket service en person som använder mycket service, men inte nödvändigtvis sektorsövergripande tjänster. En klient som använder sektorsövergripande tjänster avser en person som använder tjänster från fler än en sektor eller servicegrupp, till exempel primärvårdens tjänster och socialvårdens öppenvård.

Denna publikation har utarbetats som ett led i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan 2019. De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt.

# INFORMATION FRÅN MÅNGA PERSPEKTIV BEHÖVS

För att utveckla servicesystemet behövs information från många perspektiv om hur man identifierar personer som använder mycket service eller sektorsövergripande tjänster och vilka problem som hör ihop med identifieringen. THL har utrett situationen med hjälp av följande frågor:

- Hurdana verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av sektorsövergripande servicebehov används eller utvecklas i andra länder?
- Utifrån registeruppgifterna, hurdan är finländarnas sektorsövergripande användning av hälso- och sjukvårdstjänster och vilka kostnader ger användningen upphov till?
- Hurdana verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av klienter och klientgrupper som behöver sektorsövergripande service har utvecklats och används i Finland?
- Hurdana verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av stödbehov för arbets- och funktionsförmågan har utvecklats? Hur genomförs hälsoundersökningar för arbetslösa?

# INTERNATIONELLA IDENTIFIERINGSMODELLER

I utredningen kartlades verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av personer som använder mycket service eller sektorsövergripande tjänster och som används eller utvecklas utanför Finland. För detta utnyttjades en enkät från våren och sommaren 2019 och en litteraturöversikt.

## Modeller för beräkning och identifiering

Identifiering och beräkning av dyra kostnader är utgångspunkten för nästan alla verksamhetsmodeller. Ibland gjordes bedömningen att identifieringen gör det möjligt att planera förebyggande åtgärder när man vet hurdana tjänster, klientgrupper, problem eller sjukdomar som är dyrare än andra. Verksamhetsmodellerna kan granskas i fem grupper som delats in utifrån deras verksamhetsprincip.

1. **Klient- och patientregister**

Med hjälp av klient- och patientregister kan man förutse och identifiera sociala problem, olika risker, förekomsten och avsaknaden av sjukdomar samt användningen av tjänster bland befolkningen. Utmanande situationer som gäller socialt stöd har bland annat koppling till att bo ensam, ekonomiska svårigheter samt barns hälsa och beteende. I modellerna försökte man bland annat identifiera

- förhöjd jourrisk
- personer som behöver krävande vård
- storkonsumtion av tjänster
- personer i behov av socialt stöd och
- personer i behov av primärvård.

I modellen Clinical reasoning är målet till exempel att identifiera de personer inom sjukhusvården som har en förhöjd risk att behöva krävande vård[1].

**2. Kombination av informationskällor och åtgärder**

I verksamhetsmodeller som kombinerar informationskällor och åtgärder var syftet att försöka förutse

- äldre personers stödbehov
- patienter med hög risk för somatiska sjukdomar
- personer som använder mycket akutvård och tillhörande koordinering av vården samt
- riskklienter och den servicehandledning som behövs.

I verksamhetsmodellerna samlas informationen oftast ihop från klient- eller patientregistren för att sedan behandlas i ett sektorsövergripande expertteam. I modellen GeroS sammanställer man till exempel uppgifter från serviceproducenter, försäkringsbolag, patientregister och äldrevården. Man försöker identifiera de faktorer som har att göra med utmanande situationer för äldre.[2]

**3. Enkäter**

I modellerna som utnyttjar enkäter var det framför allt fråga om mätare med fokus på psykisk hälsa och enkäter om barn. Det finns flera enkätbaserade mätare för att kartlägga situationen för vuxna som använder mycket service inom primärvården. Enkäter som kartlägger barns situation görs med deras föräldrar eller vårdnadshavare. Till exempel innehåller enkäten Questionnaire for Identifying Children with Chronic Conditions (QuICCC) 16 frågor som har att göra med barns funktionsmässiga begränsningar och riklig användning av tjänster[3].

**4. Självbedömning**

Identifieringsmodeller som bygger på självbedömning framkom i materialet i form av

- bedömning av de biometriska riskerna för personer med somatiska sjukdomar som bygger på telemonitorering samt
- beräkning av fattigas och hemlösas sjukhusbesök med hjälp av sårbarhetsindex.

Programmet Valcronic bygger på telemonitorering och producerar information om hälsotillståndet hos kroniskt sjuka äldre. Patienternas situation följs upp med hjälp av uppgifter som de skickar till hälsovårdscentralen via smarttelefon eller dator.[4] I modellen Vulnerability Index (VI) används ett sårbarhetsindex som bygger på uppgifter som människor själva har rapporterat angående användningen av sjukhustjänster och kroniska sjukdomar[5].

**5. Kostnadsbaserad beräkning**

Modeller för kostnadsbaserad beräkning framkom i materialet på följande sätt:

- modell för hälsoekonomisk bedömning
- identifiering av dyra patienter och
- diagnosbaserad beräkning av dyra patienter utifrån patientuppgifterna.

Till exempel lämpar sig modellen för identifiering av sjukdomsbundna kostnader och kostnadseffektivitet (Disease Management Program, DMP) för långsiktig uppföljning och bedömning av kostnaderna. Modellen har tillämpats på beräkningen av kostnaderna för vård av blodtryckssjukdom.[6]

### Kunskap från andra länder tillämpad på den finländska kontexten

Ur ett finländskt perspektiv består bristerna i de internationella verksamhetsmodellerna framför allt av att de är standardiserade och inte i tillräcklig utsträckning beaktar individuella situationer och behov. När man hämtar kunskap från verksamhetsmodellerna till Finland, kan man samtidigt försöka lösa dessa problem.

Kunskapen kan mycket kortfattat lyftas fram på följande sätt:

- Identifieringen av sektorsövergripande behov ska göras inom den dagliga verksamheten i såväl klient- och patientarbetet som i tjänster med låg tröskel och administrativa uppgifter.
- Behovet av identifiering ska vara motiverat, etiskt godtagbart och övervägt när det kommer till klienternas välfärd.
- För identifieringen kan man mångsidigt utnyttja olika informationskällor och åtgärder samt kombinationer av dem (bl.a. klient- och patientuppgifter, enkäter, självbedömningar och kostnadsbaserad beräkning).
- Det är bra att analysera och behandla uppgifterna i en sektorsövergripande expertgrupp. Det är önskvärt att klienterna och patienterna är representerade eller närvarande.
- Efter identifieringen är det viktigt att träffa klienterna och patienterna så att man kan göra en bedömning av behoven och så att man kan komma överens om de tjänster eller den uppföljning som behövs.
- Den information som samlats ihop ska utnyttjas och användas för att utveckla beslutsfattandet och verksamheterna.

## ANVÄNDNING AV SEKTORSÖVERGRIPANDE TJÄNSTER OCH KOSTNADER FÖR DEM

Användningen av dyra och sektorsövergripande social- och hälsovårdstjänster och fördelningen på befolkningen av de kalkylmässiga kostnaderna under 2017 utreddes med hjälp av registermaterial[7]. Användningen av och kostnaderna för tjänsterna analyserades både på befolkningsnivå och i befolkningsdeciler enligt driftskostnaderna och enligt åldersgrupp. Sju servicegrupper bildades för granskningen:

1. Mottagningstjänster inom primärvårdens öppenvård
2. Somatisk specialiserad sjukvård
3. Mentalvårds- och missbrukartjänster
4. Mentalvårds- och missbrukartjänsternas boendeservice
5. Socialvårdens öppenvård
6. Socialvårdens anstaltstjänster
7. Tjänster för äldre.

Drygt en femtedel av befolkningen i regionerna använde inte alls de granskade tjänsterna och 66 procent använde bara hälsovårdens tjänster. Cirka 71 procent hade använt primärvårdens öppenvård, 39 procent specialiserad somatisk sjukvård, 6 procent mentalvårds- och missbrukartjänster, 9 procent socialvårdens öppenvård, 4 procent tjänster

för äldre och cirka en procent av den granskade befolkningen hade använt andra socialvårdstjänster än boende- och anstaltstjänster för äldre.

## Sektorsövergripande användning av tjänster

Det var bara tjänsterna i en servicegrupp som cirka 38 procent hade använt, två som 29 procent använt, tre som 7 procent hade använt och fyra olika grupper hade använts av 2,5 procent av den granskade befolkningen.

Cirka 3 800 personer hade använt tjänster från fler än fyra servicegrupper. Det vanligaste var att bara använda primärvårdens öppenvård eller både primarvårdens öppenvård och den specialiserade somatiska sjukvårdens tjänster.

I de befolkningsdeciler som delats in enligt de kalkylmässiga kostnaderna för användningen av tjänster ökade andelen som använt tre eller fler servicegrupper från och med den sjätte befolkningsdecilen (Diagram 1). I befolkningsdecilen med de högsta kostnaderna var det vanligast att primärvårdens öppenvård och den specialiserade somatiska sjukvårdens tjänster användes i kombination (bland drygt en tredjedel av personerna). Utöver den här kombinationen hade cirka 40 procent använt tjänster i en eller två av följande servicegrupper: socialvårdens öppenvård, tjänster för äldre och mentalvårdstjänster.

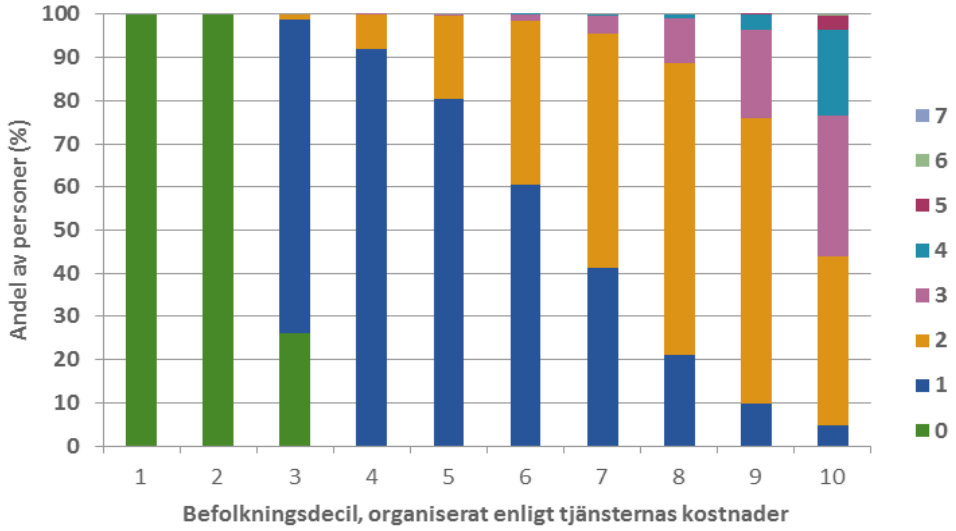


Diagram 1. Andelar av antalet servicegrupper som personer utnyttjade i befolkningsdeciler som organiserats enligt kostnaderna för användningen av tjänsterna (N = 1 048 180).

## Fördelning av kostnaderna för att använda tjänsterna

Cirka 80 procent av kostnaderna för användningen av tjänster i materialet står befolkningsdecilen med högst kostnader för. I den här befolkningsdecilen utgjordes 44 procent av de genomsnittliga kostnaderna för användningen av tjänsterna av hälsovård, 26 procent av tjänster för äldre och 30 procent av andra socialvårdstjänster. I de övriga befolkningsdecilerna utgjordes kostnaderna främst av hälsovårdstjänster och receptbelagda läkemedel inom öppenvården. Användningen av sektorsövergripande tjänster märktes i form av högre genomsnittskostnader.

### Många faktorer bakom höga kostnader

Granskningen bekräftar resultat som publicerats tidigare om att en relativt liten del av befolkningen står för kostnaderna för användningen. I den befolkningsdecil som står för de högsta kostnaderna ingår personer i alla åldrar, och genomsnittskostnaderna koncentrerar sig på lite olika servicegrupper beroende på åldersskede. Bakom användningen av sektorsövergripande tjänster och höga kostnader ligger så väl hälsa och funktionsförmåga som sociala faktorer, och det kan vara svårt att uppfatta helhetsbilden i servicesystemet. Regionerna och serviceproducenterna kan utnyttja uppgifter som bygger på de nationella registren för att utveckla tjänster för dem som använder mycket service eller sektorsövergripande tjänster.

## INHEMSKA IDENTIFIERINGSMODELLER

I Finland används olika verksamhetsmodeller och verktyg för att försöka identifiera personer som använder mycket service eller sektorsövergripande tjänster. De kartlades med hjälp av en enkät våren och sommaren 2019 samt med fem temaintervjuer som genomfördes våren 2020.

### Fyra tillvägagångssätt för identifiering

Enligt enkäten var det bara en tredjedel av organisationerna som använde en överenskommen verksamhetsmodell eller ett verktyg för att identifiera personer som behöver sektorsövergripande tjänster. Verksamhetsmodellerna för identifiering kan på ett generellt plan delas in i fyra grupper.

1. **Inledande intervju eller bedömning av servicebehov eller vårdbehov**

Inom social- och hälsovården är det vanligast att identifieringen sker som en del av den inledande intervjun eller i samband med bedömningen av servicebehov eller vårdbehov. Mätare eller andra indikatorer (t.ex. AUDIT, Beck Depression Inventory BDI) kan utnyttjas för att få mer information. I Birkaland används verktyget Suuntima där yrkespersonen och klienten tillsammans bedömer bland annat klientens resurser samt risker för hälsa och välmående. Informationen registreras i klientdatasystemet. Informationen som samlas in kan utnyttjas i segmenteringen av klientrelationer och tjänster i vidare utsträckning än enskilda klientrelationer.

2. **Informationssystem**

I vissa organisationer försöker man identifiera personer som behöver sektorsövergripande tjänster med hjälp av informationssystem. Från informationssystemen samlar man till exempel in uppgifter om antalet besök eller hälsorisker. När överenskomna kriterier överskrids granskas klientens servicebehov närmare. I Helsingfors används till exempel ett verktyg som bedömer hälsofördelar (Terveyshyötyarvio, THA) och som automatiskt plockar ut riskfaktorer som registrerats i patientdatasystemet Pegasos och gör en analys av om klienten eller patienten tillhör riskgruppen som behöver mycket service.

3. **Multiprofessionella team och arbetspar**

I många organisationer utnyttjas multiprofessionella team eller arbetspar för att identifiera och handleda personer som behöver sektorsövergripande tjänster. Teamens sammansättning, hur ofta de träffas och vilka verksamhetsprinciper de har varierar. Grunden för att

sammankalla teamet är att en yrkesperson har blivit orolig för en klient, ökat antal besök eller kontakt och situationer som inte kan lösas med bara ett besök eller med en enskild yrkespersons kunnande. Alternativt kan man vid behov konsultera en överenskommen kontaktperson eller instans.

**4. Yrkesperson som ansvarar för sektorsövergripande samarbete**

I många organisationer används en verksamhetsmodell där vissa yrkespersoner (såsom servicehandledare) ansvarar för handledningen av klienter som behöver sektorsövergripande tjänster, för att samordna tjänsterna och för samarbetet mellan yrkespersonerna efter att klienten har identifierats någon annanstans i servicesystemet. De utreder klienternas situationer och servicebehov, sammankallar vid behov andra yrkespersoner och ser till att tjänsterna förverkligas enligt vad man kommit överens om. I Norra Karelen finns det till exempel en modell för gemensamma klientrelationer där man enligt vissa kriterier identifierar klienter som behöver flera tjänster samtidigt. Samtidigt säkerställer man att de får det stöd och de tjänster de behöver.

Tabell 1. Exempel på verksamhetsmodeller för identifiering.

| Verksamhetsmodell | Beskrivning |
|---|---|
| Suuntima (Birkaland) | Verktyg för segmentering av klientrelationen som används av klienten och yrkespersonen gemensamt |
| Bedömning av hälsofördelar, THA (Helsingfors) | Ett verktyg som utnyttjar informationssystem och producerar bland annat riskbedömningar och skräddarsydda anvisningar |
| Verksamhetsmodellen Case manager (Päijät-Häme) | Verksamhetsmodell för att identifiera personer som behöver mycket service, för planering och genomförande av tjänster |
| Verksamhetsmodell för gemensam klientrelation (Siun sote) | Verksamhetsmodell för att identifiera gemensamma klientrelationer för att säkerställa att tjänsterna genomförs |
| Kärnprocessmodell för stöd till klienter som behöver mycket service (Helsingfors) | Verksamhetsmodell för att identifiera klienter som behöver mycket service och för att genomföra arbetet |

## Faktorer som försvårar identifieringen

Identifieringen av klienter som behöver sektorsövergripande tjänster försvåras mest av att informationssystemen inte är utvecklade, verksamhetskulturerna går i sär, av okunskap om andras arbete eller kunnande samt brist på verksamhetsmodeller och metoder eller avsaknad av handlingskraft. Aktörernas attityder främjar inte alltid heller identifieringen. De flesta identifieringsverktygen har utvecklats enbart för hälsovårds- eller socialtjänster, och stöder inte identifieringen av personer som behöver mycket service. Det är få verktyg som kombinerar uppgifter från primärvården och den specialiserade sjukvården.

Informationssystemen producerar i allmänhet inte automatiskt kombinerad information om klienter som kunde behöva sektorsövergripande tjänster. Arbetstagarna får inte nödvändigtvis information om att deras klienter använder flera tjänster eller till exempel ofta besöker akuten. Sekretessbestämmelserna nämndes som ett betydande hinder för överföring av information mellan yrkespersoner samt för att kombinera uppgifter från olika system. Klienterna vill å andra sidan inte nödvändigtvis ge sitt samtycke till att deras uppgifter ges vidare. Information om hur man svarar på behovet av stöd hos klienter som behöver dyr eller mycket service, utnyttjas och sammanställs ofullständigt.

Identifieringen har utvecklats lokalt, men ofta ligger ansvaret för den på enskilda yrkespersoner utan stöd från systemet. Yrkespersonernas inställning till identifieringsverktyg är problematisk på sina håll, och praxis och modeller för identifiering utnyttjas inte systematiskt. Arbetstagarna vet till exempel inte alltid om att ett verktyg finns, eller till vad eller hur det används. Enligt enkäten har erfarenheterna av de modeller som använts för identifiering dock varit ganska positiva.

# IDENTIFIERING AV STÖDBEHOV FÖR ARBETS- OCH FUNKTIONSFÖRMÅGAN

Identifiering av stödbehov för arbets- och funktionsförmågan hos klienter i arbetsför ålder är en förutsättning för att kunna ordna lämpliga tjänster och rehabilitering. I utredningen kartlades verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering genom att utnyttja enkäten som gjordes våren och sommaren 2019.

## Verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering

29 procent av dem som besvarade enkäten uppgav att deras organisation använde någon överenskommen praxis eller ett verktyg för att beräkna eller identifiera vilka personer som behövde stöd för arbets- och funktionsförmågan. Det finns också organisationer som saknar specifika verksamhetsmodeller för identifiering eller ansvarsfördelning. Då sker identifieringen ofta slumpmässigt i besökssituationen, när det uppdagas problem i klientens livssituation som har att göra med livskompetensen eller hälsotillståndet.

Tabell 2. Verktyg för identifiering av stödbehov för arbets- och funktionsförmågan

| Verktyg | Beskrivning |
|---|---|
| Arbetslivsradarn | Åtta dimensioner av klientens förhållande till arbetslivet |
| Kompassen | Bedömning av sju livsområden |
| Förmågaren | Metod för bedömning av arbets- och funktionsförmåga |
| IMBA och Melba | Melba: bedömning av de psykosociala kompetensfaktorer som arbetet förutsätter<br>IMBA: bedömning av de fysiska kompetensfaktorer som arbetet förutsätter, miljöfaktorer och arbetarskyddsfaktorer |
| 15D | Frågeformulär där klienten själv kan bedöma sin livskvalitet utifrån 15 olika dimensioner |
| Sovari | Anonym webbenkät som grundar sig på självutvärdering och består av fem delområden för social förstärkning |
| 3X10D livssituationsmätare | Helhetsbedömning av livssituationen som bygger på självbedömning i form av 10 frågor |
| OnnenApila | Unga bedömer genom att färglägga delområden i livet i form av åtta lyckoklöverblad |

I organisationen kan identifieringen av stödbehov för arbets- och funktionsförmågan ha definieras som en viss anställds eller verksamhetsenhets uppgift, till exempel så att identifieringen sker i samband med bedömningen av servicebehovet eller vårdbehovet eller i sektorsövergripande samservice som främjar sysselsättningen (servicecenter för arbetskraft, TYP). I identifieringen och det fortsatta arbetet kan man också utnyttja servicehandledare,

arbetspar och sektorsövergripande team samt olika verktyg, såsom informationssystem och mätare samt indikatorer för hälsa och välfärd (t.ex. blodtryck, bostadslöshet, arbetslöshet).

Respondenterna tog på ett övergripande sätt upp verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering som grundade sig på e-tjänster eller interaktivt arbete. De lagstadgade interaktiva verksamhetsmodellerna består till exempel av att utarbeta aktiveringsplaner och sektorsövergripande sysselsättningsplaner. Andra interaktiva modeller är bland annat Keropudas-modellen från Torneå, som bygger på öppen dialog med klienten eller patienten, samt en metod som består av en cirkel för att reda ut livssituationen (Elämäntilanteen selvittämisen ympyrä, ESY) där man arbetar med klienten utifrån tio delområden i livet.

Informationssystem utnyttjas till exempel i arbets- och näringstjänsternas (TE) elektroniska bedömning av servicebehovet (PAULA) och Selfi-metoden från servicecentret för arbetskraft där man kombinerar klientens och arbetstagarens bedömning av servicebehovet. I TE-tjänsternas klientprofilering utnyttjas URA-systemet, som uttrycker risken för långtidsarbetslöshet med hjälp av trafikljus. KunnonSyyni är ett verktyg som är avsett att förmedla information för social- och hälsovårdens och TE-tjänsternas samarbete.

## Lokal praxis och bristfällig uppföljning

Det finns gott om modeller för att bedöma stödbehov för arbets- och funktionsförmågan, men de är i allmänhet regionala eller organisationscentrerade. Identifieringen försvåras mest av att informationssystemen inte är utvecklade, av att verksamhetsmodeller och metoder saknas eller inte fungerar, av att verksamhetskulturerna går i sär, av okunskap om andras arbete eller kunnande och aktörernas attityder. Informationssystem och datatekniska möjligheter, såsom larm när en viss gräns nås och artificiell intelligens utnyttjas i ganska liten utsträckning än så länge. Genom att främja användningen av nationella mätare och formbunden registrering av klientuppgifter skulle det gå att få nationellt jämförbar information. Utnyttjandet av informationssystemen försvåras dock bland annat av begränsningar som har koppling till dataskyddet.

Trots de utvecklingsbehov som framkommit bedömde 73 procent av dem som svarade att behovet av att stöda arbets- och funktionsförmågan huvudsakligen identifieras väl, och bara fem procent bedömde att identifieringen genomförs dåligt.

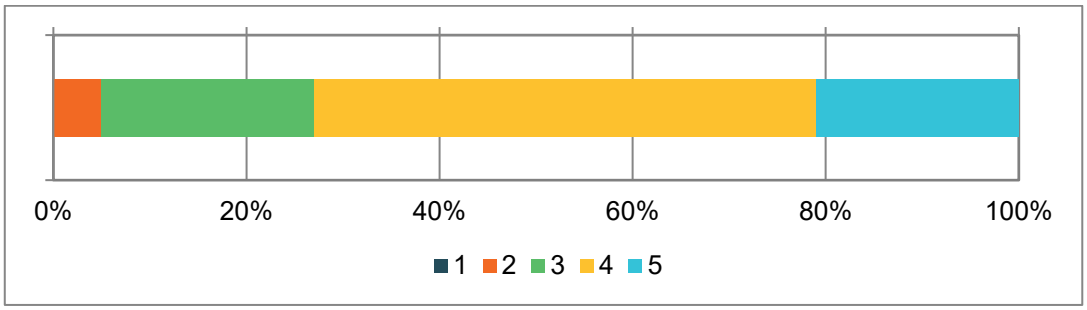


Diagram 2. Hur väl identifieras personer som har behov av stöd för arbets- och funktionsförmågan? (1 = mycket dåligt, 5 = mycket väl).

Respondenterna tog upp olika metoder för att förbättra förutsättningarna för identifiering. Man vill till exempel skapa enhetlig och sektorsövergripande praxis för förebyggande och tidig identifiering av stödbehov och definiera aktörernas ansvar. Klientens ärende ska också börja behandlas från första gången klienten tar kontakt, oberoende av vilket serviceställe han eller hon kontaktar. Konkreta förbättringsförslag som nämndes var bland annat gemensamma mottagningar, gemensamt överenskomna kriterier för identifiering och servicesvägar samt gemensamma planer.

# HÄLSOUNDERSÖKNINGAR FÖR ARBETSLÖSA

Hälsoundersökningar för arbetslösa är ett sätt att identifiera stödbehov för arbets- och funktionsförmågan. Genomförandet av hälsoundersökningar för arbetslösa utreddes med hjälp av en projektenkät våren och sommaren 2019 och med en hälsovårdscentralenkät som genomfördes i maj 2019.

## Lagstadgad skyldighet att ordna

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) har kommunen en skyldighet att ordna hälsoundersökningar och hälsorådgivning för unga personer och personer i arbetsför ålder som faller utanför studerande- eller företagshälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet har gett ut en anvisning om ordnande av hälsoundersökningar för arbetslösa 2013.

## Olika modeller och praxis för hänvisning

På basis av projektenkäten kan sätten att hänvisa arbetslösa till hälsoundersökningar på ett väldigt generellt plan kategoriseras i tre grupper.

1. Enligt den vanligaste verksamhetsmodellen hänvisas arbetslösa fritt till hälsoundersökningar från olika tjänster och verksamheter. Omkring 40 procent av de öppna svaren på projektenkäten nämnde arbetslöshet som enda kriterium för hänvisningen. De som hänvisade flest var TE-tjänsterna, kommunens sysselsättningstjänster och servicecenter för arbetskraft. Socialväsendet var också en av de centrala aktörerna.

2. En annan grupp är verksamhetsmodeller där behovsprövning används åtminstone i någon utsträckning. Till hälsoundersökning hänvisas främst personer som har varit arbetslösa länge eller upprepade gånger, som inte har genomgått hälsoundersökning, som inte har genomgått en hälsoundersökning på länge eller som har hälsoproblem eller begränsad arbetsförmåga. Ett kriterium kan också vara ett behov av att bedöma arbetsförmågan, behovet av rehabilitering eller möjligheten till pensionering.

3. En tredje grupp är systembaserade verksamhetsmodeller som grundar sig på klientrelationen. I den hänvisas arbetslösa systematiskt eller erbjuds möjlighet till hälsoundersökning varje gång klientrelationen inleds till exempel inom socialarbetet för vuxna, sysselsättningstjänsterna eller servicecenter för arbetskraft. Ibland erbjuder tjänsterna möjlighet till hälsoundersökning med regelbundna intervaller.

## Utvecklingsbehov

Enligt enkäten ses hälsoundersökningar som en del av en heltäckande process som inleds med att den arbetslösa vet om att han eller hon har möjlighet att få en hälsoundersökning, och som framskrider via hänvisning och hälsoundersökning till respons, fortsatta åtgärder och uppföljning. Av respondenterna uppskattade 83 procent att hälsoundersökningarna för arbetslösa behöver utvecklas.

### Hänvisning och information om möjligheten till undersökning

Arbetslösa har inte tillräckligt med kunskap om sina möjligheter att få gå på hälsoundersökning eller om hur de kan söka sig till det. År 2017 var det bara 45 procent av

kommunerna/hälsovårdscentralerna som hade information om hälsoundersökningar för arbetslösa på sina webbsidor[8]. Verksamhetspraxisen och kriterierna för att hänvisa arbetslösa till hälsoundersökningar varierar mellan regionerna. Ibland görs hänvisningen för sent, när situationen redan kan ha försvårats.

**Stödbehov**

En del arbetslösa behöver mer stöd under hälsoundersökningsprocessen än vad som erbjuds nu. Det vore bra att utse en ansvarsperson för den arbetslösa under undersökningsprocessen, som ger stöd och hjälper till att ansöka om de tjänster som behövs.

**Undersökningens innehåll**

Hälsoundersökningarna beskriver snarare den arbetslösa hälsotillstånd än behovet av stödåtgärder. Man vill utveckla undersökningarna till bedömningar av arbets- och funktionsförmågan. Det anses viktigt att stärka det sektorsövergripande samarbetet och informationsutbytet.

**Fortsatt arbete**

Hälsoundersökningarna för arbetslösa borde utnyttjas bättre än de gör nu i det fortsatta arbetet. Principerna för hur man ger respons, hur man utarbetar fortsatta planer och det multiprofessionella arbetssättet borde avtalas genomgripande. Fortsatta vägar för bedömning av arbetsförmåga, rehabilitering och andra tjänster borde förtydligas, samt modeller och anvisningar göras upp. Dessutom borde genomförandet av de fortsatta planerna följas upp bättre än vad man gör nu.

### Brister i statistikföring och nationell uppföljning

Statistikföringen om hälsoundersökningar är bristfällig. I hälsoundersökningarna för arbetslösa borde man för det första statistikföra andelen kommuner som erbjuder hälsoundersökningar för arbetslösa och för det andra andelen arbetslösa som deltagit i hälsoundersökningar av alla arbetslösa. Bägge perspektiven informerar om hur jämlik tillgången och tillgängligheten till tjänsten är.

Av de som besvarade projektenkäten uppgav 75 procent att antalet hälsoundersökningar för arbetslösa statistikförs och 25 procent uppgav att de inte statistikförs. Registreringarna sker för det mesta i hälso- och sjukvårdens informationssystem. Näst vanligast är det att de registreras i informationssystemen vid TE-tjänsterna och servicecenter för arbetskraft. Statistikföringen är delvis beroende av yrkespersonen, och bokföringen görs även för hand.

Omkring en tiondel av de som svarade på projektenkäten uppgav att de arbetslösas erfarenheter av hälsoundersökningarna bedöms och omkring en tredjedel uppgav att ingen bedömning görs. Flera respondenter tog upp att klientrespons antingen samlas in via de allmänna responssystemen eller genom årliga responsenkäter, men att bedömningen då inte nödvändigtvis handlar om just hälsoundersökningarna. Respondenterna önskade att responsen skulle samlas in på ett mer systematiskt sätt än i nuläget.

## TILL SLUT

På sina håll är genomförandet av identifieringen av personer som behöver mycket service eller sektorsövergripande tjänster bristfällig. Det kan ha konsekvenser för kostnaderna som

användningen av tjänsterna medför, men också för klienternas och patienternas välfärd. När tydlig verksamhetspraxis saknas faller ett stort ansvar på den enskilda yrkespersonen att identifiera stödbehoven. Det behövs omsorgsfullt planerade och genomförda verksamhetsmodeller för identifieringen som ger information både på individnivå och på befolkningsnivå.

Verksamhetsmodellerna för förebyggande och identifiering borde beakta olika typer av identifieringssituationer. De borde identifiera personer som står utanför servicesystemet, vars klientrelation håller på att inledas och de som redan omfattas av tjänsterna. Därför behövs identifikationsuppgifterna som informationssystemen och mätarna producerar på individ- och befolkningsnivå, men även systematiskt arbete, såsom uppsökande arbete, tjänster med låg tröskel samt interaktivt klient- och patientarbete. Förebyggandet och identifieringen borde vara en fast del av de olika faserna i klientarbetet.

Utifrån utredningen kan man göra några allmänna iakttagelser.

1. Verksamhetsmodellerna för förebyggande och identifiering i andra länder liknar delvis de som finns i Finland. I praxisen från andra länder ingår bland annat mångsidighet och multiprofessionella metoder för identifiering. I den finländska kontexten är det viktigt att också betona klientens delaktighet.

2. En analys på befolkningsnivå som bygger på registeruppgifter ger nyttig information om de uppskattade kostnaderna för användningen av tjänster, hur kostnaderna fördelar sig och om användningen av sektorsövergripande tjänster. Uppdaterad uppföljning förutsätter att man utvecklar formbunden registrering i social- och hälsovårdstjänsterna.

4. I Finland är erfarenheterna av verksamhetsmodellerna för identifiering i huvudsak positiva, men modellerna genomförs slumpmässigt och regionernas praxis varierar. Informationen sammanställs och utnyttjas på ett undermåligt sätt i klientarbetet och i utvecklingen av servicesystemet.

5. Identifieringen av stödbehov för arbets- och funktionsförmågan sker på det sätt som överenskommits lokalt och ofta sker det slumpmässigt. Det kan innebära att det tar längre tid att få tjänsterna och det kan försvåra det förebyggande arbetet.

6. Hälsoundersökningarna för arbetslösa genomförs inte på ett jämlikt sätt till alla delar. Den nationella och regionala hänvisningen och utvecklingen är svår, eftersom det finns brister i statistikföringen och uppföljningen.

I identifieringen av personer som använder mycket service eller sektorsövergripande tjänster är det motiverat att utnyttja verksamhetsmodeller och verktyg som har utvecklats för de lokala förhållandena. Till vissa delar borde verksamhetsmodellerna dock vara enhetliga och fastslagna nationellt för att man ska kunna sammanställa jämförbar information om befolkningen, problem och sjukdomar. Samtidigt kan man skapa ett kunskapsunderlag för uppföljning, hänvisning och benchmarking.

## Vidare läsning

Hietapakka L, Karjalainen P, Liukko E. & Sinervo T (2019) Monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden sekä työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti [Forskning i korthet] 52, 2019. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.

Kivipelto M, Suhonen M, Koivisto J, Tiirinki H. & Miikki R (2019) Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoinnin mallit kansainvälisesti – kartoittava katsaus. Työpaperi [Arbetspapper] 43/2019. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.

Koivisto J & Tiirinki H (toim.) (2020) Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. Työpaperi [Arbetspapper] 4/2020. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.

Koivisto J & Tiirinki H (toim.) (2020) Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen ja ennakointi sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Publikationsserien för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 38/2020, Helsingfors.

## Referenser

[1] Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, Jeong SY, Noble D, Norton CA, Roche J & Hickey N (2010) The 'five rights' of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. Nurse Educ Today 30(6): 515–520.

[2] GeroS/Cezih; Monitoring and Evaluation of Healthcare Needs and Functional Ability of Gerontologic Insurees and Geriatric Patients. Tillgänglig på: http://www.stampar.hr/sites/default/files/Gerontologija/geros_cezih_monitoring_and_evaluation_of_healthcare_needs_and_functional_ability_elderly_2018.docx

[3] Duarte ED, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Azevedo VMGDO., e Silva BCN. & da Silva JB (2018) Questionnaire for identifying children with chronic conditions (QuICCC-R): translation and adaptation. Acta Paulista de Enfermagem 31(2): 144–152.

[4] Donate-Martinez A, Rodenas F & Garces J (2016) Impact of a primary-based telemonitoring programme in HRQOL, satisfaction and usefulness in a sample of older adults with chronic diseases in Valencia (Spain). Arch Gerontol Geriatr 2016(62):169–175.

[5] Cronley C, Petrovich J, Spence-Almaguer E & Preble K (2013) Do official hospitalizations predict medical vulnerability among the homeless? A postdictive validity study of the vulnerability index. J Health Care Poor Underserved 24(2): 469–486.

[6] Gandjour AA (2016) Model to Predict the Cost-Effectiveness of Disease Management Programs. Health Econ 19(6): 697–715.

[7] I forskningsmaterialet ingick personer som i slutet av 2017 bodde i städerna Helsingfors och Uleåborg, Päijät-Häme välfärdssamkommun (exklusive Lahtis och Heinola) och Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt, N = 1 048 180.

[8] TEAviisari (2020) Primärvården. Institutet för hälsa och välfärd 2018. Webbsida, läst 3.5.2020. https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/58

POLICY
**BRIEF**
21/2020

## Mer information:

**Forskningschef Juha Koivisto, Institutet för hälsa och välfärd.** Forskningsledare för utredningen. juha.koivisto@thl.fi, tfn 029 524 7164

**Specialist Hanna Tiirinki, Institutet för hälsa och välfärd** Projektkoordinator för utredningen. hanna.tiirinki@thl.fi, tfn 029 524 7052

# Projektet om identifiering av personer med sektorsövergripande servicebehov har genomförts som en del i verkställandet av statsrådets utrednings och forskningsplan för 2019.

**Ordförande för projektets styrgrupp:**

Medicinalråd Taina Mäntyranta
social- och hälsovårdsministeriet, taina.mantyranta@stm.fi

Institutet för
hälsa och välfärd

STATSRÅDETS UTREDNINGS- OCH
FORSKNINGSVERKSAMHET
www.tietokayttoon.fi/sv.