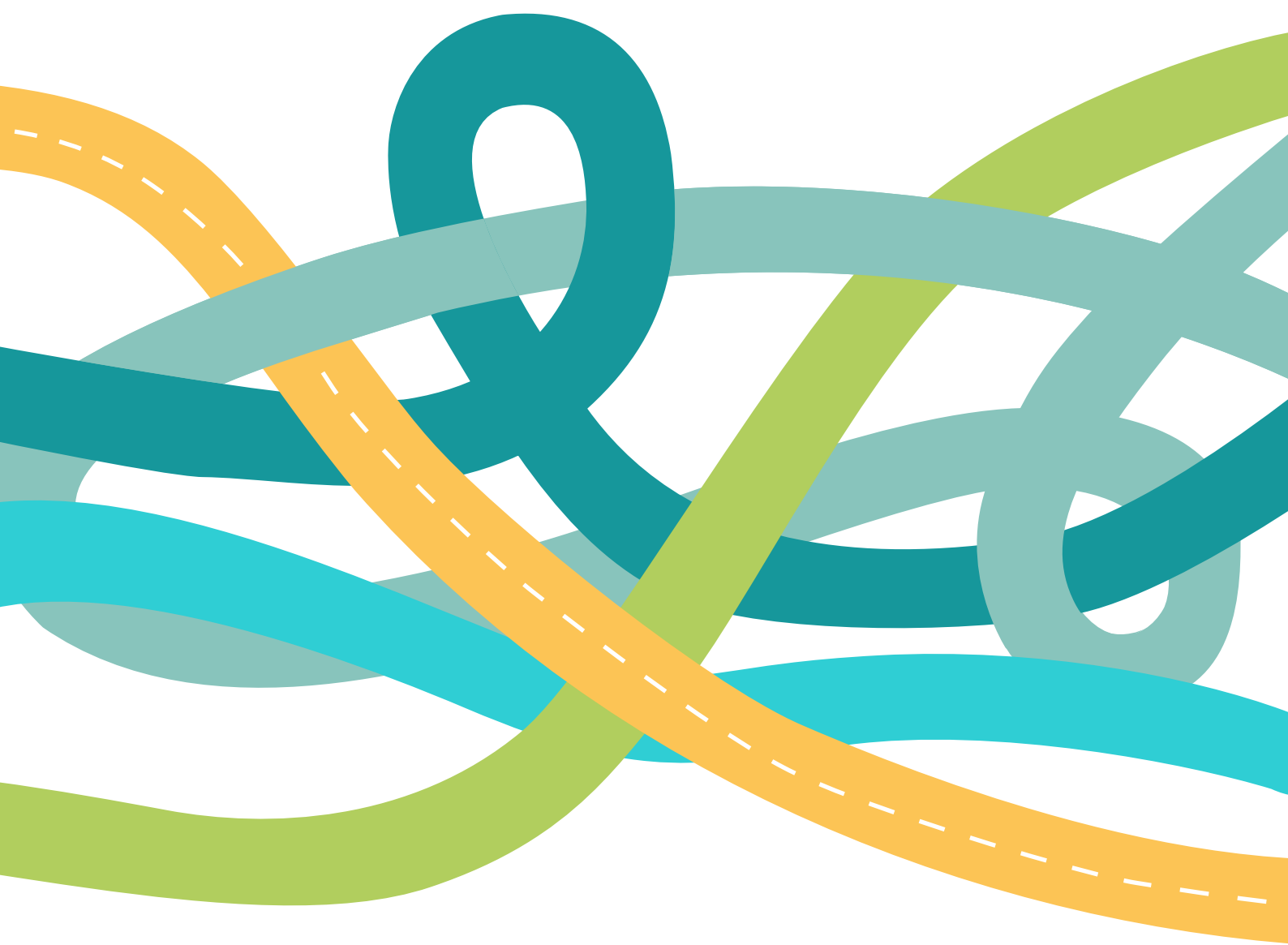


TIEKARTTA

TOIMINNALLISEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON INTEGRAATIOON

Yhteisasiakkaiden palveluiden kehittäminen



TIEKARTAN TAUSTAA

Tiekartan tavoitteena on auttaa kehittäjiä, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia ja johdon

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkailta tarkoitetaan asiakkaita, jotka tarvitsevat ja käyttävät paljon perusterveydenhuollon-, sosiaalihuollon- ja erikoissairaanhoidon palveluja

edustajia yhdessä asiakkaiden kanssa kehittämään asiakaslähtöisiä yhteistointamalleja paljon palveluja käyttäville yhteisasiakkaille. Tiekartta antaa vinkkejä kehittämistyön etenemiseen ja työkaluja, joita voi matkan varrella hyödyntää. Työpajojen pitämistä varten on tehty **diasarja**.

Tiekartan on kehittänyt Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallinnoima Parempi arki -Kaste-hanke. Tiekartta perustuu Parempi Arki –seminaarikierroksilla (2+2+2 päivää) olleiden moniammatillisten ja monialaisten tiimien (37 tiimiä, 250 ammattilaista) kokemuksiin ja tuotoksiin sekä siellä

käytettyihin kehittämismenetelmiin ja työkaluihin. Seminaarikierroksilla sovellettiin **läpimurto-menetelmää** ja Lean -työkaluja (A3, kalanruoto, SMART).

Läpimurtotyöskentelyssä tiimit työskentelevät tavoitteellisesti, kokeilevat toimintamalleja käytännössä ja ovat aktiivisesti vuorovaikutuksessa muiden tiimien kanssa. Seminaarikierroksilla he jakavat kokemuksiaan ja osaamistaan sekä oppivat toisilta tiimeiltä. (Heinänen, Mäntyranta, Majanen & Kaila 2011.)

Tiekartassa esitetyt tulokset perustuvat webropol kyselyyn, joka tehtiin seminaarikierroksille osallistuneille tiimeille. Kysely lähetettiin 223:lle sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen ammattilaiselle ja vastausprosentti oli 44 % (N=98).

MIKSI TÄMÄ ON TÄRKEÄÄ?

Yhteisasiakkaiden kokemuksia tämän hetkisestä sosiaali- ja terveystalvelujen käytöstä:

- "Pallottelu työntekijältä toiselle väsyttää"
- "Pitää osata kuunnella, ei pomotella"
- "Luukuttaminen, jatkuvat yhteydenotot eri pisteisiin väsyttävät perheen"
- "15 eri lääkäriä, joilla käyn"
- "On niin väsyttävää, kun joutuu selittämään eri paikoissa samaa asiaa"
- "Yhteydenotot eri työntekijöiltä hajanaisia ja tilanne ilmeni sekavana ja syyllistävänä"
- "Ei uskottu huoltajan näkemystä"
- "Joutunut kertomaan tilanteensa uudestaan ja uudestaan kaikille eri työntekijöille ja kokenut sen rasittavana"
- "Asiakkaan pompottelu ollut vuosia ongelmana"

Ammattilaisten ajatuksia nykytilanteesta:

- "Asiakkaita siirrellään usein paikasta toiseen, ei oteta "koppia"
- "Kokonaisvaltainen hoito ei toteudu"
- "Paljon päällekkäisiä palveluja"
- "Ei tiedetä mitä muut ammattilaiset tekevät asiakkaan hyväksi"

82%

mielestä asiakkaita ohjataan turhaan paikasta toiseen.*

80%

mielestä paljon erilaisia palveluja käyttävän asiakkaan on hankala löytää tarvitsemaansa palvelut.*

* Lähde Webropol kysely



Valtaosan sosiaali- ja terveydenhuollon lisääntyvistä kustannuksista muodostavat paljon palveluja käyttävät yhteisasiakkaat. (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli, Ylitalo-Katajisto 2013.)



TIEKARTTA

SISÄLTÄÄ SEURAAVAT OSIOT

1.

Miten aloitamme kehittämistyön?

2.

Miten tunnistamme yhteisasiakkaan?

3.

Miten toimimme yhdessä yhteisasiakkaan tunnistamisen jälkeen?

4.

Miten teemme asiakaslähtöistä ja suunnitelmallista yhteistyötä?

5.

Miten otamme uuden toimintamallin käyttöön ja kehitämme sitä jatkuvasti?

1. MITEN ALOITAMME KEHITTÄMISTYÖN?



Suomessa **sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudistuksessa** toteutetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen täydellinen integraatio, joka tukee yhteisasiakkaiden hoitoa ja palvelua.



Palvelujen suuri käyttö kertoo, että nykyinen järjestelmä ei pysty vastaamaan näiden potilaiden tarpeisiin ja tarvitaan kohdennettua palvelujen kehittämistä kyseiselle asiakasryhmälle. Myös **kansainvälisesti on kehitetty oppaita ja suosituksia**. (Institute for healthcare improvement 2017.)



Keskeisiä tunnettuja ratkaisukeinoja ja toimintamalleja paljon palveluja käyttäville asiakkaille ovat asiakkaiden tunnistaminen, asiakkaiden kuunteleminen, räätälöity henkilökohtainen suunnitelma, palveluohjaus ja palvelujen koordinaatio sekä asiakastietojen kokonaisvaltaisuus. (**Valtiontalouden tuloksellisuustarkastuskertomus 11/2017**.)



Miten aloitamme kehittämistyön?

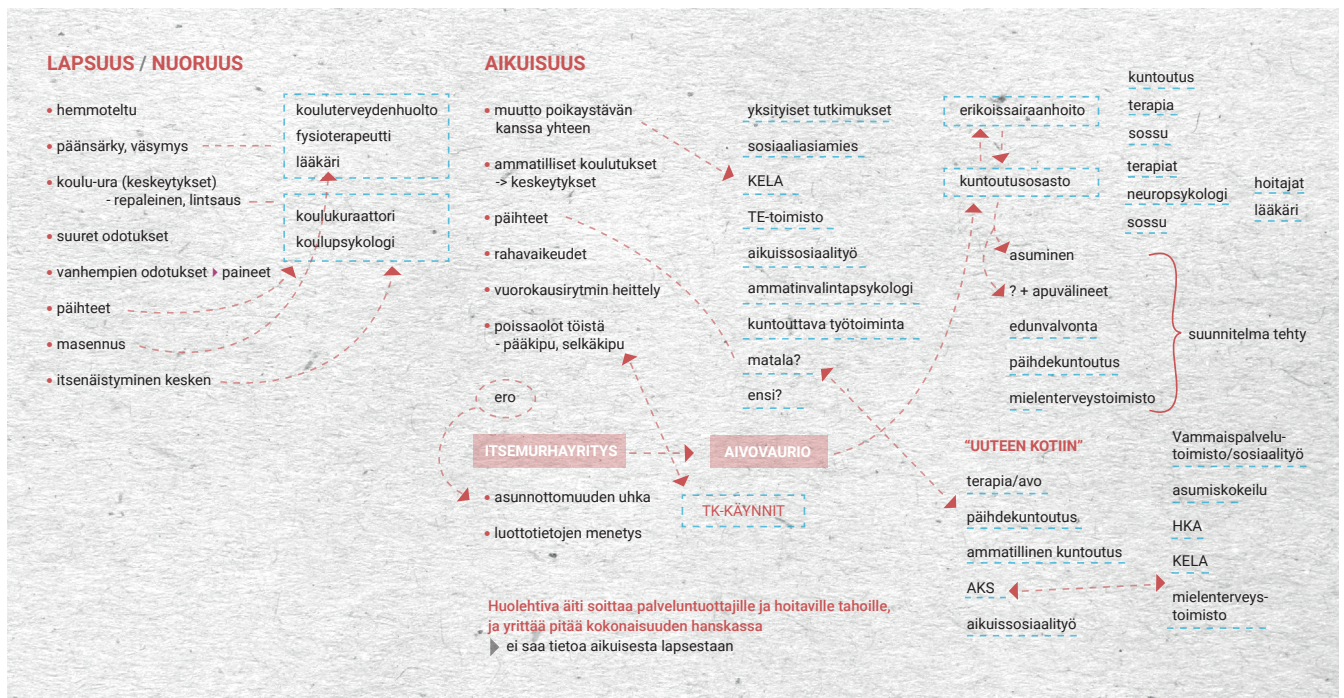
1. Valitaan yhdessä johdon kanssa yhteisasiakkaista kohderyhmä, joiden palveluja lähdetään kehittämään.

2. Kootaan moniammatillinen ja monialainen tiimi, joka koostuu käytännön työntekijöistä. Johdon edustajien on oltava mukana tiimissä. Esimerkki tiimin kokoonpanosta, joka kehitti kouluikäisten lasten ja nuorten palveluja: suuhygienisti, koululääkäri, kouluterveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä, kehittäjäsosiaalityöntekijä, koulukuraattori, lastenpsykiatri ja psykiatrinen sairaanhoitaja (aikuispsykiatrian työryhmä). Asiakaslähtöisen yhteistyön, yhdessä tekemisen ja jatkuvan kehittämisen merkitystä voidaan elävästi simuloida **Lean -legopelillä**.

3. Kartoitetaan nykytilannetta esimerkiksi piirtämällä yhdessä tyypillinen yhteisasiakkaan palvelupolku. Apuna voi käyttää **A3 -työkalua** (A3 -työkalu kulkee mukana koko kehittämisprosessin ajan) ja/tai kalanruotoanalyysiä: **ohje ja täytettävä versio**.

4. Pyydetään asiakkaita arvioimaan tämän hetkisiä palveluja yhdessä tiimin kanssa ja otetaan **asiakkaat mukaan kehittämistyöhön**.

5. Mietitään yhdessä kehittämistyön tavoitteet: tavoitteen määrittelyssä ja kirkastamisessa voi käyttää apuna **SMART -työkalua**. Tavoitteen asettelussa on tärkeää, että tavoite ja muutos ovat mitattavissa.



Kuvio 1. Parempi Arki tiimiläiset kuvasivat seminaarikierroksilla yhteisasiakkaiden palvelujen käytön tämän hetkistä tilannetta.



Asiakkaan mukaan ottaminen "avasi silmät", työskentelyssä asiakaslähtöisyys sai uuden näkökulman.*



Asiakkaan näkökulma auttaa pitämään kehittämistyötä arjen tasolla eli siellä, missä työtä tehdään ja missä työtavan pitää toimia.*



Oli jotenkin helpompaa työskennellä työyhteisön kanssa kun asiakas saneli suuntaviivoja yhteisissä tapaamisissa.*



Luultu asiakasnäkökulma vaihtui todelliseen asiakasnäkökulmaan. Tuli yllättäviä näkökulman muutoksia.*

* Lähde Webropol kysely

2. MITEN TUNNISTAMME YHTEISASIAKKAAN?



Yhteisiasiakkaan tunnistaminen on keskeinen asia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen välisessä yhteistyössä. (Valtiontalouden tuloksellisuustarkastuskertomus 11/2017.)



Yhteisasiakkaiden tunnistamiseen tarvittavaa tietoa ei löydy erillisistä tietojärjestelmistä.



Vinkkejä yhteisiasiakkaan tunnistamisen kehittämiseen:

Moniammatillisessa tiimissä lähdetään miettimään, kuinka tunnistamme yhteisen asiakkaan? Seuraavat kysymykset auttavat tiimiä yhteisen näkemyksen muodostumisessa. Jokaisen tiimin jäsenen on kuitenkin hyvä miettiä ensin vastauksia seuraaviin kysymyksiin, sillä ammattilaisilla voi olla näkemyseroja yhteisiasiakkaan tunnistamisesta.

- a. Millaisia paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat?
- b. Kun kohtaat näitä asiakkaita, mitä tunteita sinulle herää ja miksi?
- c. Mitä keinoja sinulla on näiden asiakkaiden/potilaiden kanssa?
- d. Tunnistetaanko yksikössäsi paljon palveluja käyttävät asiakkaat? Miten?



Hankkeessa kehitettiin yhdessä Väli-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa paljon palveluja käyttävien **yhteisasiakkaiden tunnistamisen herätteitä**. Herätteitä pilotoitiin ja todettiin, että ne toimivat parhaiten aikuisasiakkaiden kohderyhmässä.



Tiimit kehittivät edelleen tunnistamisen herätteitä. Eri kohderyhmille kehitetyt työkalut löytyvät seuraavista linkeistä:

Lapset/Nuoret:

Hoksaa huoli nuorten tunnistamistyökalu: Tampere, Tesoman tiimi

Aikuiset:

Aikuiset yhteisasiakkaat: Valkeakosken tiimi

Aikuiset yhteisasiakkaat: Oivan tiimi

Ikäihmiset:

Tsekkauslista vastaanotto/kotikäynti: Tammelan tiimi



“ Yhteisiasiakkaiden tunnistamisessa voidaan hyödyntää moniammatillisten/ monialaisten tiimien eri kohderyhmille kehittämiä tunnistamisen herätteitä.*

41%

kokee yhteisasiakkaan tunnistamisen vaikeaksi.*

91%

mielestä tunnistamiseen tulisi kiinnittää huomiota työyhteisötasolla.*

“ Mehän ollaan samoissa töissä. ”

Tiimiläinen eri sektoreiden välisestä yhteistyöstä

71%

mielestä Parempi arki -hankkeessa kehitetyt tunnistamisen herätteet toimivat hyvin omassa työssä.*

* Lähde Webropol kysely

3. MITEN TOIMIMME YHDESSÄ YHTEISASIAKKAAN TUNNISTAMISEN JÄLKEEN?



Sosiaali- ja terveydenhuollon **lainsäädäntö** velvoittaa ammattilaisia yhteistyöhön.

Laki sosiaalihuollon asiakaskirjoista 8 § Terveystietolaki 32 §

Laki sosiaalihuollon asiakaskirjoista 7 § HE 15/2017

Sosiaalihoitolaki 41 §



Yhteistyön tekemiseen määritellään toimintamalli ja tehdään suunnitelma sen käyttöönotosta yhdessä johdon kanssa

Toimintamallissa kuvataan, kuinka yhteistyössä edetään yhteisasiakkaan tunnistamisen jälkeen. Parempi arki –tiimit kehittivät toimintamalleja eri kohderyhmille, jotka on kuvattu **postereissa**.

Parempi arki-hankkeen tiimit ovat kehittäneet työvälineitä asiakkaan tarpeen määrittelyyn (a,b,c,d,i) ja helpottamaan yhteistyön eri vaiheita (e,f,g,h), joiden avulla valmistaudutaan yhteisen asiakassuunnitelman tekemiseen.

- a) Alkuhaastattelulomake moniammatillisen tiimin käyttöön (Valkeakoski)
- b) Oman hyvinvointini liikennevalot (Lapua)
- c) Esitietolomake koululaisten perheelle (Jelppi)
- d) Hoito- ja palvelusuunnitelma asiakkaalle (Hopa)
- e) Yhteystietolistat verkoston kokoamiseksi (Tesoma)
- f) Yhteystietolistat verkoston kokoamiseksi, **terveyspalvelut** ja **kuntoutuspalvelut** (Valkeakoski)
- g) Asiakkuuskortti (Janakkala)
- h) Matkalippu (Opiskelijat)
- i) Potku-hankkeessa kehitetty **omahoitolomake**.

Toisten ammattilaisten työhön ja tarjolla oleviin palveluihin voi tutustua esimerkiksi järjestämällä **Toimijat tutuksi** tapahtuman. Henkilökohtaisesta kontaktista syntyy yhteistyössä tarvittava luottamus.

Kehittämistyötä tukee ja jäsentää asioiden kirjaaminen A3:seen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen asiakastietojen vaihtamiseen ja käyttämiseen tarvitaan asiakkaiden suostumus.

Suostumuslomakkeita ovat kehittäneet seuraavat tiimit: **Heinola**, **Kuntayhtymä Kaksineuvoinen**, Tampere (**Kuntoustiimi** ja **Jelppitiimi**) ja **Lapua**.

63%

mielestä eri ammattilaisilla on ristiriitainen näkemys asiakkaan tarpeista.*

44%

tunsi suurimman osan oman Parempi Arki -tiimin jäsenistä ennestään.*

62%

mielestä eri ammattilaiset eivät puhu yhteistä kieltä.*

“

Jotakin voi liikahtaa eteenpäin, kun yhteistyössä tehdään.*

“

Asiakkaan hoito selkiytynyt, tietää kuka mitäkin tekee.*

“

Samassa veneessä ollaan ja halu toimia asiakkaan parhaaksi.*

“

Oman roolin selkiytyminen asiakkaan palvelukokonaisuudessa.*

“

Kokemus siitä, että puhalletaan yhteen hiileen asiakkaiden asioissa ja heidän hyväksi.*

“

Jokainen kokee oman työnsä tärkeimmäksi.*

* Lähde Webropol kysely

4. MITEN TEEMME ASIAKASLÄHTÖISTÄ JA SUUNNITELMALLISTA YHTEISTYÖTÄ?



- ✓ Hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeinen yhteistyön väline asiakkaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. (Valtiontalouden tuloksellisuus-tarkastuskertomus 11/2017.)
- ✓ Sosiaali- ja terveysministeriön ja muiden Kaste –integraatiorahastojen kanssa yhdessä kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelusuunnitelma on tarkoitettu paljon palveluja käyttäville asiakkaille ja myös muille, jotka tarvitsevat monialaista yhteistyötä. Tiekartassa on käytetty termiä hoito- ja palvelusuunnitelma, joka korvautuu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen edetessä termillä **asiakassuunnitelma**. Suunnitelman käyttö selkeyttää asiakkaan kokonaistilannetta ja helpottaa ammattilaisten hoidon ja palvelun suunnittelua.
- ✓ Asiakaslähtöinen ja suunnitelmallinen hoito voi johtaa potilastyytyväisyyden lisääntymiseen ja päivystyskäyntien vähenemiseen. (Potku II loppuraportti.)
- ✓ Asiakaslähtöistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei voi tehdä ilman asiakkaan läsnäoloa.



Vinkkejä hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen

- ✓ Hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessin suunnittelussa voi hyödyntää Hopa A3 -työkalua.
- ✓ Asiakkaan on hyvä valmistautua yhteisen suunnitelman tekemiseen. Valmistautumisessa voi hyödyntää kohdan 3 työkaluja.
- ✓ Ammattilaisten kannattaa harjoitella yhteisen suunnitelman tekemistä esim. työpajoissa kokemusasiantuntijoiden avulla.
- ✓ Asiakaslähtöisyyden varmistamiseksi on hyvä sopia suunnitelmapalaverin (Lapua) pelisäännöistä.
- ✓ Asiakaspalautteen avulla kehittäminen etenee asiakaslähtöisesti. Asiakastapaamisen jälkeen voidaan kysyä: "Vastasiko tämä tapaaminen sinun tarpeitasi?"
- ✓ Hoito- ja palvelusuunnitelman auditointityökalu auttaa kehittämään asiakaslähtöisessä työskentelyssä.
- ✓ Tesoman tiimi kehitti yhdessä nuorten kanssa Nuorten kohtaamisoppaan.



Näin huomioit asiakaslähtöisyyden hoito- ja palvelussuunnitelmassa

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan ensin perustiedot asiakkaasta, ja suunnitelman laatimiseen osallistuneet henkilöt. Vastuuhenkilö kirjataan suunnitelman teon jälkeen asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Suunnitelmaa käydään läpi yhdessä asiakkaan kanssa seuraavanlaisten otsikoiden ja apukysymysten kautta. Suunnitelma tallennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiin. Muistathan tulostaa suunnitelman asiakkaalle.

Asiakkaan tarve:

Miten voin auttaa?

Mitä ajatuksia omahoitolomake herätti?

Asiakkaan tavoitteet:

Kertoisitko miten voit nyt ja miten haluaisit voida vuoden päästä?

Suunnitelman toteutumista tukevia asioita?

Mitä teet jo nyt?

Mikä sujuu hyvin?

Suunnitelman toteutus ja keinot?

Mistä tiedät meneväsi oikeaan suuntaan?

Mitä haluat kokeilla seuraavaksi?

Millaista tukea toivoisit?

Seuranta ja arviointi?

Mikä auttaa sinua pääsemään tavoitteisiin?

Miten voit seurata onnistumistasi?

Milloin tavataan seuraavan kerran?



Asiakkaat
kokevat sen
tilannetta ja
omaa hoitoa
selkiyttävänä.*



Asiakkaat
tyytyväisiä, kun
useampi asia
selviää kerralla.*



On hyvä kun minun
asioitani hoitaa näin
monta ihmistä.
Saan puhua asioista,
eikä tarvitse miettiä
yksin.*



Asiakas koki voimaannuttavana.*



Ovat kertoneet idean olevan hyvä, koska kokevat
kuormittavana selittää omaa asiaa usealle eri toimijalle.*



Osallistaa enemmän asiakasta,
antaa asiakkaalle äänen.*



Hoidon tavoite on yhteinen.
Asiakas vahvemmin mukana.*



Samaan suunnitelmaan
kirjataan sekä sosiaali- että
terveydenhuollon suunnitelma.*

* Lähde Webropol kysely

5. MITEN VARMISTAMME TOIMINTAMALLIN KÄYTTÖÖNOTON JA JATKUVAN KEHITTÄMISEN



Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisilla tiimeillä ei ole yhtä yhteistä johtajaa. Esimiesten ja ylemmän johdon konkreettinen mukana oleminen kehittämistyössä toimintatapojen pysyvän muutoksen aikaansaamiseksi on tärkeää. Säännöllisesti järjestetyt yhteistyökokoukset eri sektoreilla toimivien ammattilaisten kesken ylläpitävät ja mahdollistavat jatkuvan kehittämisen. Yhteistyön toimintamalli dokumentoidaan, sen toteutumista mitataan ja tuloksia arvioidaan säännöllisesti.



Muutoksen ja tulosten pysyvyyden kannalta on välttämätöntä, että kehitettävä kohde on strategisesti merkittävä ja muutoksella on johdon tuki. Osallistuvien tiimien on itse voitava vaikuttaa toiminnan parantamiseen. Muutoksen ja tavoitteiden on oltava realistisia ja mitattavissa (Heinänen ym. 2011).



Onnistumisen edellytyksiä



Asiakkaat mukaan kehittämistyöhön.



Kehittämistyöhön ja muutoksen läpiviemiseen on resurssoitava ja varattava riittävästi aikaa.



Johdon osallistuminen kehittämistyöhön ja johtajien välinen yhteistyö tärkeää!



Tiimien kokoonpano tulee miettiä huolella.



Kehittämistyössä pyritetään PDSA – sykliä, joka varmistaa jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen.

Esimerkkejä mittaamisesta:

* Tunnistettujen yhteisasiakkaiden määrä

* Yhteisten hoito- ja palvelusuunnitelmien määrä

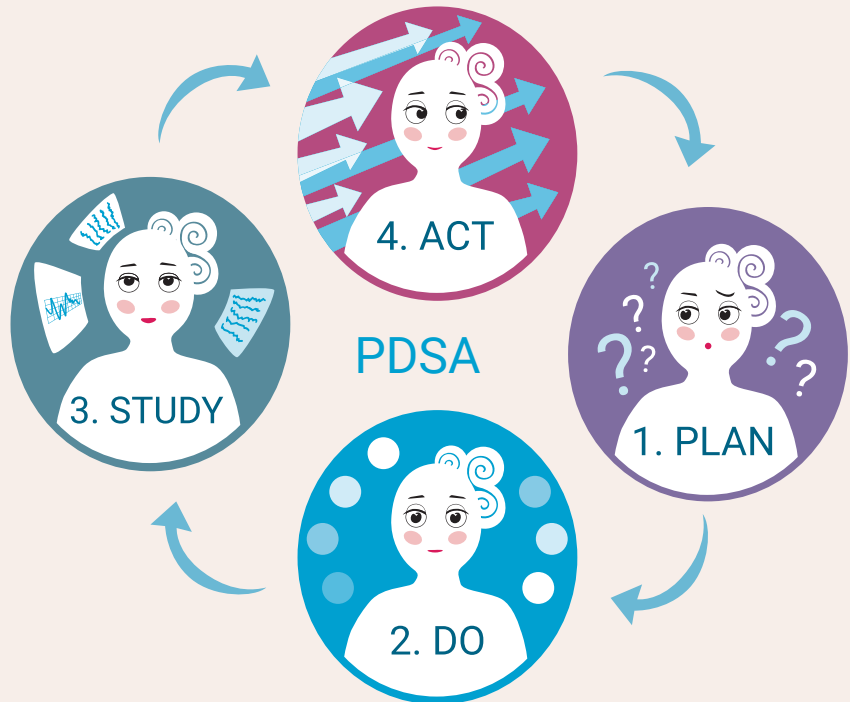
* HOPAN vaikutus paljon palveluja käyttävien käyntimääriin

Esimerkiksi Heinolassa terveyskeskuksen vastaanotolla päihde- ja mielenterveystiimissä ja psykiatrian poliklinikalla tunnistettiin kahden viikon aikana 51 asiakasta, jotka mahdollisesti hyötyisivät monialaisesta / ammatillisesta yhteistyöstä.

PDSA –sykli (Plan, Do, Study, Act)

on ongelman ratkaisumalli ja kehittämismenetelmä. Se perustuu ympyrään, jota kierretään: ensin suunnitellaan (plan), sitten tehdään (do). Tekemisen jälkeen tarkistetaan (study) ja tehdään tarvittavat korjaukset (act). Korjausten jälkeen ympyrässä palataan alkuun eli suunnitteluun. Kehittäminen on spiraali, päättymätön prosessi ja se perustuu jatkuvan oppimisen ajatukseen. (PDSA –sykli on 1930 –luvulla Walter Shewhartin kehittämä, 1950 –luvulla W. Edvard Demingin tunnetuksi tekemä jatkuvan parantamisen prosessi.)

Apuna voit käyttää hankkeen kehittämää **työkalua**.



PLAN - suunnittele

- * valtaosa kehittämistyöstä
- * tulee tehdä huolellisesti yhdessä kaikkien kanssa, joita asia koskee
- * ongelman syiden kartoitus
- * tuloksena: nykytilan kartoitus, toivotun tuloksen kuvaus, kehittämisen suunnitelma



DO- tuumasta toimeen!

- * testaa suunnitelman mukaiset kehittämistoimenpiteet käytännössä
- * kerää jatkuvasti tietoa



STUDY - analysoi tulokset

- * analysoi pilotin tulokset
- * löytyikö ongelmaan apua?
- * oliko pilotointiaika riittävä?



ACT - vakauta

- * jos ratkaisu toimii, ota käyttöön laajemmin

ACT - ... tai aloita uusi sykli

jos ratkaisu ei tuottanut odotettua tulosta

- löytyivätkö ongelman syyt?
- tehtiinkö pilotointi kunnolla?
- oliko henkilöstö perehtynyt ja motivoitunut?

Onnistumistarinoita

Lapuan tiimi - yhteistyötä

"Kehittämistiimi on työskennellyt aktiivisesti ja tavannut vähintään kaksi kertaa jokaisen työpajan välillä yhdessä kehittämissuunnittelijan kanssa. Tämän lisäksi tiimi on tavannut muutamia kertoja omatoimisesti. Johdon edustus on mukana tiimissä ja lisäksi muuta johtoa on osallistunut välityöskentelyyn.

Lapuan tiimi järjesti sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sivistystoimen henkilöstölle paikallisen kehittämisiltapäivän. Tilaisuuden tarkoituksena oli yhteistyön ja ymmärryksen lisääminen kokonaisuudesta nuorten mielenterveysasiakkaiden palveluissa, asiakasnäkökulman vahvistaminen, kehitetyn toimintamallin esittely, työnkuvien esittely sekä jalkauttamisen tukeminen. Tilaisuuteen osallistui yli 30 henkilöä opiskelijaterveydenhuollosta, nuorisotoimesta, sivistyskeskuksesta, vastaanotolta, perheneuvolasta, perusturvan perhetyöstä, koulutuskeskus Sedusta, äitiys- ja perhe-suunnitteluneuvolasta, sosiaalitoimesta ja varhaiskasvatuksesta. Tilaisuudessa kuvattiin asiakkaan nykyprosessia ja sen vaiheita, toimijoita ja solmukohtia. Tämän lisäksi esiteltiin laadittu toimintamalli. Tilaisuus aiheutti paljon keskustelua ja oivalluksia yhteistyön lisäämisen tarpeellisuudesta. Johdolle järjestettiin tilaisuus, johon osallistui sivistystoimen, terveydenhuollon, nuorisotoimen ja sosiaalihuollon johtoa sekä tiimiläiset.

Tilaisuudessa keskusteltiin toimintamallin sisällöstä ja päätettiin jalkauttamisesta. Keskustelussa nostettiin esille tarve päihde- ja mielenterveystyöryhmän perustamiselle, joka voi tukea myös jalkauttamista. Tämä työryhmä kokoontui ja täsmensi rooliaan ja suunnitteli jatkoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lisääntyvälle yhteistyötarpeelle on työskentelyn kuluessa noussut selkeä tarve. Tämän vuoksi päätettiin perustaa työryhmä, jossa on edustajia molemmista hallintokunnista. Työryhmä lähtee kartoittamaan yhteistyötarpeita ja suunnittelemaan sen lisäämistä asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi erityisesti terveydenhuollon ja aikuissosiaalityön välillä."



Sosiaali- ja terveydenhuollon
lisääntyvälle yhteistyötarpeelle
on työskentelyn kuluessa
noussut selkeä tarve.

Oivan tiimi - vaikuttavuutta

"82-vuotias Alzheimerintautia sairastava rouva asuu 84-vuotiaan miehensä kanssa omakotitalossa. Hän tarvitsee rollaattoria ulkona liikkuesssa. Kotihoito käy 2 kertaa viikossa ja miehellä on taksikortti. Pariskunta käy taksilla mm. yhdessä syömässä ulkona.

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekoa edeltävän yhdeksän kuukauden aikana todettiin rouvalla 49 kontaktia terveydenhuoltoon, joista 12 Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskukseen, Akuutti24:ään. Kyseessä oli aina hoito/seurantajakso, jonka kesto oli 1-6 vuorokautta. Joka käynneillä tehtiin laajoja selvittelyjä. Käynneistä suurin osa liittyi rouvan perussairauteen, turvattomuuteen ja tilanteiden akutisoitumiseen kotona ja miehen kanssa. Hankkeessa kehitetyn ja sovitun toimintamallin mukaisesti yhteispäivystyskeskuksesta otettiin yhteyttä peruspalveluihin runsaan palvelujen käytön takia.

Rouvalle tehtiin yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma (HOPA) kotikäynnillä, johon osallistuivat sairaanhoitaja terveysasemalta, sosiaaliohjaaja sekä palveluohjaaja. Aviopuoliso oli mukana tapaamisessa. Rouvalla oli toiveena, että hänen tarvitsisi olla mahdollisimman vähän yksin ja hän toivoi myös, että pystyisi mahdollisimman pitkään olemaan kotona. Kotihoidon käyntimäärä nostettiin kolmeen kertaan viikossa, molemmille hankittiin turvarannekkeet. Sovittiin lyhythoitajaksoja kuntoutus- ja arviointiyksikkö Taukolaan säännöllisesti. Juttuseuraa järjestyi seurakunnan kautta. Seurantakotikäynti sovittiin toteutettavaksi samalla kokoonpanolla millä HOPA tehtiin. Omalääkärin kontrollit terveysasemalla sovittiin tapahtuvan kolmen kuukauden välein. Potilas miehensä kanssa ja ammattilaiset kokivat kotikäynnin hyödylliseksi.

Yhdeksän kuukauden seurannassa ennen ja jälkeen HOPA:n teon todettiin terveysaseman hoitajakontaktien määrä säilyneen ennallaan (puhelinkontaktit 14 - 14, käynnit 3 - 4), lääkärikontaktit vähenivät (13 - 3) ja käynnit Akuutti24:ssä (12 - 1) ja hoitopäivät päivystysalueella (23 - 1) vähenivät merkittävästi.

Tilanne on tällä hetkellä kauttaaltaan hallinnassa. Rouva asuu kotona miehen kanssa edelleen. Kotihoitoa tehostettu HOPA:n päivityksen jälkeen, jotta työssä käyvät omaiset eivät kuormitu liikaa.

Kotihoito hoitaa hyvin, tutut hoitaja pyrkineet käymään kotona, mikä luo turvallisuutta."



Käynnit vähenivät Akuutti24:ssä (12 - 1) ja hoitopäivät päivystysalueella (23 - 1).

Jelppi-tiimi - asiakaslähtöisyyttä

"Vanhempien palaute tapaamisista on ollut kaikissa tapaamisissa positiivista. Vanhemmat ovat kokeneet saaneensa uusia näkökulmia ongelmaansa sekä myös ihan konkreettista apua. Kukaan Jelppi-tiimin asiakkaista ei ole palautunut esim. kuraattorin asiakkaaksi. Vanhemmat ovat myös kokeneet hyödylliseksi, että tiimi on moniammatillinen. He ovat kokeneet tulleen kuulluksi ongelmansa kanssa. Asiakkaat ovat olleet sekä alakoulun, että yläkoulun oppilaita. Jelppi-tiimissä ovat tapauskohtaisesti vierailleet mm. rehtori, perhetyö ja koulupsykologi.

Jelppi-tiimin jäsenet ovat kokeneet työskentelymuodon erittäin hyväksi. Suurin osa tekee töitä yksin, joten se, että ympärillä on moniammatillinen tiimi miettimässä samaa ongelmaa, on ollut erittäin motivoiva tapa työskennellä. Puhumattakaan siitä, että nyt kun tunnetaan toiset, on helpompi kysyä mm. konsultaatiota ja olla muissakin työasioissa yhteydessä. Esimiehet ovat näyttäneet Jelppi-palvelun toiminnalle vihreää valoa, joten tapaamiset jatkuvat kerran kuukaudessa eli toiminta jatkuu. Nyt asiakasohjaustiimiin on toiminut pääosin terveydenhoitajan kautta, mutta tavoitteena olisi, että vanhemmat oppisivat itse ohjautumaan palveluun. Ajatuksena on, että koulun nettisivuille tulisi Jelppitiimin mainos. Asiakkaita on ollut helppo löytää ja mielestämme tämän kaltaiselle palvelulle on todellakin tilausta."



Asiakkaita on ollut helppo löytää ja mielestämme tämän kaltaiselle palvelulle on todellakin tilausta.

Lähdeluettelo

Leskelä Riikka-Leena, Komssi Vesa, Sandström Saana, Pikkujämsä Sirkku, Haverinen Anna, Olli Sirkka-Liisa, Ylitalo-Katajisto Kirsi (2013). Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen lääkirilehti 48/2013 vsk 68, 3163-3169c.

Heinänen Tuula, Mäntyranta Taina, Maijanen Susanna & Kaila Minna (2011). Läpimurtomallilla terveyshyötyä tuottamaan. Suomen lääkirilehti 22/2011 vsk 66, 1841-1845.

Oksman Erja & Hujala Anneli (2017). Parempi Arki ja Onnistu Sote-integraatiossa. Webropol -kysely.

Institute for healthcare improvement (2017). Care redesign guide. Saatavissa: 7.9.2017 <http://www.careredesignguide.org/execution/recommendations/>

Oksman Erja, Sisso Mari & Kuronen Risto (2014). Terveysyhtymämalli pitkäaikais-sairauksien hoidon kehittämisen viitekehystenä. Potku II hankkeen loppuraportti.

Martikka Nina & Männikkö Marko (2017). Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden tuloksellisuustarkastuskertomus 11/2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtionvarainministeriö (2017). Sote- ja maakuntauudistus. Saatavissa 7.9.2017: <http://alueuudistus.fi/etusivu>