Väli-Suomen Kaste-hanke

1.3.2015–31.10.2017

Loppuraportti

Erja Oksman
hankejohtaja

Sisällys

1 JOHDANTO **2**

2 TAUSTA **4**

3 HANKKEEN HALLINNOLLINEN TOTEUTUS **5**

3.1 HALLINNOINTI 5
3.2 TALOUS 6
3.3 HENKILÖSTÖ 7
3.4 OHJAUSRYHMÄTOIMINTA 8

4. TOIMINNALLISEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON INTEGRAATION KEHITTÄMINEN VÄLI-SUOMESSA **9**

4.1 HANKKEEN TAVOITTEET JA TOIMENPITEET 9
4.2 TYÖKALUJEN KEHITTÄMINEN 10
4.2.1 Tunnistamisen herätteiden kehittäminen *10*
4.2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma (asiakassuunnitelma) *13*
4.3 YHTEISTYÖN TOIMINTAMALLIEN KEHITTÄMINEN - SEMINAARIKIERROKSET 14
4.3.1 Seminaarikierrosten menetelmällinen toteuttaminen *18*
4.3.2 Kokemukset keskeisten sisältöalueiden kehittämisestä *19*

5 VIESTINTÄ **28**

6 ARVIOINTI **29**

6.1 HANKKEEN ETENEMINEN 29
6.2 HANKKEEN TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN JA TULOKSET 29
6.3 HANKKEEN TAVOITTEIDEN TOTEUTUMISEN ARVIOINTIA TIIMIN JÄSENTEN JA JOHDON ARVIOIMINA 32
6.4 HANKKEESSA TEHDYT OPINNÄYTETYÖT 38

7 POHDINTA **39**

LÄHTEET: **40**

LIITTEET: **41**

1 Johdanto

Valtaosan sosiaali- ja terveysalan kustannuksista muodostavat paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat. Oulussa tehdyn tutkimuksen mukaan 10 % asukkaista kerryttää 81 % kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Tavalliset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat käyttivät useimmiten vain yhtä palvelukokonaisuutta, mutta useat paljon kustannuksia aiheuttavat asiakasryhmät käyttivät neljää tai useampaa palvelukokonaisuutta. (Leskelä 2013)

Käytännössä tämä näkyy asiakkaalle ”luukuttamisena”. Asiakas joutuu toistamaan samat asiat uudelleen ja uudelleen eri ammattilaisille. Yhdellä henkilöllä voi olla jopa kymmeniä hoito- ja palvelusuunnitelmia, joiden mukaan hänelle tehdään viranomaispäätöksiä usean eri viranhaltijan toimesta. Ammattilaiset tekevät työtä erillään, vaikka asiakaskunta on monissa tapauksissa yhteistä. Kukaan ei tunne asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti. Eri ammattilaisilla voi olla myös ristiriitainen näkemys asiakkaan tilanteesta ja tarpeista. Yhteistyötä hankaloittaa myös yhteisten työvälineiden puuttuminen, jolloin tieto ei kulje, ja toisaalta myös tämänhetkinen lainsäädäntö on yhteisasiakkaiden tiedonkulkua rajoittava.

Keskeisiä tunnistettuja ratkaisukeinoja ja toimintamalleja paljon palveluja käyttäville asiakkaille ovat asiakkaiden tunnistaminen, asiakkaiden kuunteleminen, räätälöity henkilökohtainen suunnitelma, palveluohjaus ja palvelujen koordinaatio ja asiakastietojen kokonaisvaltaisuus (Leskelä 2013).

Parempi Arki -hankkeen kehittämistyöllä oli Väli-Suomen alueella (viisi maakuntaa) yhteiset tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Kohderyhmänä olivat kotona asuvat paljon erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palveluja käyttävät yhteisasiakkaat, muun muassa ikäihmiset, monisairaat, päihde- ja mielenterveyspotilaat ja nuoret aikuiset. Kohderyhmän rajaus tehtiin tietoisesti paljon palveluja käyttäviin; toiminnallisen integraation toimintamallin kehittäminen ja jalkauttaminen on vaativa kehittämistyö. Kun toimintamalli on määritelty, samalla tunnistetaan kriittisiä pisteitä, joiden avulla voidaan ennaltaehkäistä suurkulutuksen syntymistä ja mahdollisesti vapautuvaa resurssia voidaan käyttää ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin.

Parempi Arki -hankkeen kehittämistyön lähtökohtana oli asiakaslähtöisyys. Edellä mainitun problematiikan pohjalta hankkeessa kehitettiin tunnistamisen herätteitä, joiden avulla ammattilaiset voivat tunnistaa käytännön tilanteissa asiakkaan, joka mahdollisesti hyötyisi eri sektoreiden välisestä yhteistyöstä. Keskeisin yhteistyön väline asiakkaiden ja ammattilaisten välillä on yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jota kehitettiin yhdessä Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota edistävien Kaste-hankkeiden kanssa. Yhteisestä suunnitelmasta käytettiin hankkeessa ja tässä raportissa termiä hoito- ja palve-

lusuunnitelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen edetessä se korvataan termillä ***asiakas-suunnitelma.***

Yhteistyön toimintamalleja kehitettiin Parempi Arki -seminaarikierroksilla, joille koottiin paljon palveluja käyttävien asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen palveluista monialaisia ja moniammatillisia tiimejä (37 tiimiä, 250 ammattilaista). Seminaarikierroksilla sovellettiin läpimurtomenetelmää (Breaktrough Collaboration) ja Lean-työkaluja. Tiimien kehittämistyön tulokset ja kehittämistyössä käytetyt työkalut koottiin yhdeksi dokumentiksi: Tiekartta toiminnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon (erillinen liite). Kaikki tiimit tekivät omasta kehittämistyöstään posterit, joissa on kuvattu kunkin tiimin omalle kohderyhmälleen kehittämä toimintamalli. Sekä Tiekartta että tiimien posterit löytyvät Innokylästä (https://www.innokyla.fi/web/hanke1911098).

Parempi Arki -hanke teki tiivistä yhteistyötä Kunnallisalan kehittämissäätiön (KAKS) rahoittaman ja Itä-Suomen yliopiston toteuttaman Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen ($OI^{2)}$ kanssa. OI^2 -hankkeen tutkimuksessa on käytetty Parempi Arki -hankkeen tuottamia materiaaleja (Sosiaali- ja terveysministeriön lupa) sekä haastateltu tiimien jäseniä, asiakkaita ja johdon edustajia. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen tulokset raportoidaan Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisuna (www.kaks.fi/julkaisut) ja myöhemmin julkaistavissa tieteellisissä artikkeleissa.

Tässä raportissa on kuvattu Parempi Arki -hankkeen hallinnollinen organisoituminen, työkalujen ja yhteistyön toimintamallien kehittämistyö ja -menetelmät sekä keskeiset kokemukset ja arviointitulokset. Nostot arviointituloksista perustuvat seminaarikierroksille osallistuneille tiimien jäsenille tehtyyn Webropol -kyselyyn. Kysely lähetettiin 223 henkilölle ja vastausprosentti oli 44 % (N=98), ks. myös kohta 6.2. Loppuraportti ja maakuntakohtaiset loppuraportit löytyvät myös Innokylästä https://www.innokyla.fi/web/hanke1911098).

2 Tausta

Väli-Suomen alueella on toteutettu useita Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamia Kaste-hankkeita (Kasperi-, Välittäjä-, SOS- ja Potku-hankkeet) sekä eri rahoituslähteillä rahoitettuja muita kehittämishankkeita (esim. Kurkiaura). Aikaisemmat hankkeet ovat olleet pääasiassa sektorikohtaisia ja tiettyyn aihealueeseen keskittyviä. Laaja-alainen ja maakuntien välinen yhteistyö on ollut erityisvahvuus myös Parempi Arki -hankkeessa.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on hallinnollisesti ja/tai rakenteellisesti yhdistetty useassa kunnassa. Yhdistyminen ei kuitenkaan välttämättä näy vielä ammattilaisten systemaattisena yhteistyönä asiakasrajapinnassa.

Parempi Arki -hankkeeseen osallistuvilla maakunnilla oli hankkeelle yhteiset tavoitteet ja tämä edellytti myös, hankkeen taloustilanne huomioiden, laaja-alaista yhteistä kehittämistä. Hankkeella oli yksi yhteinen budjetti ja hallinnoijan ostopalvelusopimuksella palkkaamat kehittämistyöntekijät. Kehittämismenetelmäksi valittiin läpimurtomenetelmä seminaarikierroksineen. Näin kehittämistyöhön saatiin osallistettua mahdollisimman suuri joukko ammattilaisia, jotka kohtaavat päivittäisessä työssään paljon palveluja käyttäviä asiakkaita. Tiimien kokoamisen periaatteena oli, että jokaisessa tiimissä on edustaja sosiaalihuollosta, erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta sekä johdon edustaja. Lasten, nuorten ja perheiden tiimeissä oli edustus myös sivistystoimesta.

Hankkeen kehittämissuunnittelijat kokosivat maakuntakohtaiset tiimit. Tiimien rekrytointi oli haastavaa: se edellytti lukuisten tapaamisten järjestämistä, vierailuja työpaikkakokouksissa ja satojen sähköpostiviestien laittamista. Useamman tiimin kohdalla haasteeksi muodostui joko erikoissairaanhoidon tai johdon saaminen mukaan tiimiin. Rekrytointiprosessi kuvastaa osaltaan hyvin nykyisen palvelujärjestelmän pirstaleisuutta.

3 Hankkeen hallinnollinen toteutus

3.1 Hallinnointi

Hankkeen hallinnoijana toimi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, joka vastasi hankkeen taloudesta ja työntekijöiden palkkaamisesta. Ostopalvelusopimukset tehtiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän, Sosiaalialan osaamiskeskus Pikassoksen ja SONeT Botnian sekä Lapuan ja Tampereen kaupunkien kanssa. Maakunnittain hankkeessa olivat mukana seuraavat toimijat (suluissa asukasmäärä ja prosenttiosuus koko hankealueen väestöstä):

Pirkanmaa: (263 009 asukasta, 27,6 %)

- Tampereen kaupunki 223 148 asukasta
- Pirkkalan kunta 18 696 asukasta
- Valkeakosken kaupunki 21 165 asukasta
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö (asiantuntijaorganisaatio, ei rahoitusosuutta)

Etelä-Pohjanmaa: (176 320 asukasta, 18,5 %)

- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen (Kauhava, Evijärvi, Lappajärvi) 22 840 asukasta
- JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä (Jalasjärvi, Ilmajoki, Kurikka) 34 262 asukasta
- Järvi-Pohjanmaan perusturvan yhteistoiminta-alue (Alajärvi, Soini, Vimpeli) 15 559 asukasta
- Seinäjoen kaupunki ja Isokyrö 65 747 asukasta
- Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä (Kauhajoki, Isojoki, Karijoki, Teuva) 23 171 asukasta
- Lapuan kaupunki 14 741 asukasta
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Kanta-Häme: (128 961 asukasta, 13,5 %)

- Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela, Ypäjä) 34 356 asukasta
- Janakkala 16 849 asukasta
- Hattula 9739
- Hämeenlinnan kaupunki, Hämeenlinnan Terveyspalvelut 68 017 asukasta

Päijät-Häme: (213 081 asukasta, 22,4 %)

- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä: Peruspalvelukeskus Aava (Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila, Sysmä) 49 327 asukasta
- Heinolan kaupunki 19 712 asukasta
- Lahden kaupunki 103 805 asukasta
- Peruspalvelukeskus Oiva (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Padasjoki), 40 237 asukasta

Pohjanmaa: (169 728 asukasta, 17,8 %)

- Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto (K4= Pietarsaari, Luoto, Uusikaarlepyy, Pedersöde) 43 279 asukasta
- Vaasan yhteistoiminta-alue (Vaasan kaupunki, Laihia) 75 071 asukasta
- Mustasaari ja Vöyri (K2) 26 013asukasta

- Maalahti, Korsnäs, Kaskinen, Närpiö, Kristiinankaupunki (K5) 25 365 asukasta
- Vaasan sairaanhoitopiiri

3.2 Talous

Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi Parempi Arki -hankkeelle päätöksellään STM/3651/2014 valtionavustusta 950 000 euroa ja siten hankkeen kokonaiskustannukset voivat olla enintään 1 266 666 euroa. Valtionavustus oli tarkoitettu käytettäväksi 1.1.2015–31.10.2017 aikavälillä syntyneisiin kustannuksiin. Hankkeessa noudatettiin hallinnointimallia 2.

Taulukko 1. Kustannusten seuranta- ja maksatushakemusten ajankohdat

Maksatushakemus/ Kustannusten seuranta -ajankohdat	Tiedot Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä	Maksatushakemus Aviin	Määrärahat
1.1.2015–30.9.2015	16.10.2015	31.10.2015	v. 2013 määräraha 150- 000 € käytettävä 31.10.2015 mennessä
1.10.–31.12.2015	18.1.2016		
1.1.–30.4.2016	12.5.2016		
1.10.2015–30.9.2016	18.10.2016	31.10.2016	v. 2014 määräraha 380- 000 € käytettävä 31.10.2016
1.10.–30.4.2017	12.5.2017		
1.10.2016–31.10.2017	20.10.2017	31.10.2017	v. 2015 määräraha 420 000 € käytettävä 31.10.2017 mennessä

Maksatusaikataulusta poiketen ensimmäiseen maksatukseen 1.1.2015 – 30.9.2015 otettiin mukaan myös lokakuun kustannuksia, että saatiin vuoden 2013 määräraha käytettyä.
Hankkeen toteutuneet kokonaiskustannukset olivat 1 162 582,86 € ja talousarvio toteutui 91,8 %. Hankejohtajalla oli erillisellä päätöksellä myönnetyt hankintavaltuudet kaikkia hanketta koskevia hankintoja varten. Hankinnat toteutettiin pääsääntöisesti Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän kautta, jonka palveluksessa hankejohtaja oli. Toimintakulut jakautuivat seuraavasti:

- henkilöstökulut 2,1 %
- palvelujen ostot 96,5 %
- aineet, tarvikkeet, tavarat 0,2 %
- muut toimintakulut 1,2 %

Palvelujen ostoihin kirjattiin mm. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ostamat hankejohtajan ja kehittämistyöntekijöiden työpanokset. Jos asiantuntijapalveluiden ostoon sisältyvät palkat sosiaalikuluineen lasketaan mukaa henkilöstökuluihin, jakautuvat toimintakulut seuraavasti:

- henkilöstökulut 75,3 %
- palvelujen ostot 23,3 %
- aineet, tarvikkeet, tavarat 0,2 %
- muut toimintakulut 1,2 %

3.3 Henkilöstö

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri osti hankkeen hankehenkilöstön työpanoksen ostopalvelusopimusperusteisesti seuraavasti:

- hankejohtaja Erja Oksman (100 %), Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, 1.3.2015 – 31.10.2017
- asiantuntijalääkäri/kehittämissuunnittelija Risto Kuronen (50 %), Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, 1.3.2015 – 30.4.2017
- kehittämissuunnittelija Carita Liljamo, Lapuan kaupunki, 1.3.–30.4.2015 (50 %), 30.4.2015 - 28.2.2017 (100 %) ja 1.3.–30.4.2017 (50 %)
- kehittämissuunnittelija Mari Harju (100 %), Tampereen kaupunki, 1.4.2015–31.10.2017
- kehittämissuunnittelija Satu Raatikainen (100 %), Pikassos 1.8.2015 – 6.4.2017
- kehittämissuunnittelija Jessica Fagerström (100 %), SONet Botnia, 1.8.2015–30.4.2017
- kehittämissuunnittelija Tuula Tuominen (50 %), 1.9.2015 – 10.8.2017
  Hanketyöntekijä Emilia Oksman (100 %), 19.6.–15.9.2017, työsopimus Epshp:n kanssa

Hankkeeseen palkatut kehittämissuunnittelijat muodostivat kehittämistiimin, joka toimi koko Väli-Suomen alueella, mutta jokaisella työntekijällä oli vastuualueenaan oma maakunta. Tiimi kokoontui hankeaikana 23 kertaa joko yksi- tai kaksipäiväisille suunnittelupäiville ja piti skype-kokouksia viikoittain.

Kehittämistiimin keskeiset tehtävät olivat:

- syksy 2015: paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamistyökalun kehittäminen yhdessä Väli-Suomen alueen työntekijöiden kanssa
- kevään ja syksyn 2016 seminaarikierrosten suunnitteleminen ja toteuttaminen sekä jatkuva arviointi
- tiimien kehittämistyön tukeminen maakunnissa
- maakunnallisten tapahtumien järjestäminen
- yhteistyön varmistaminen ja viestintä maakunnissa
- osallistuminen STM:n koordinoimaan yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämistyöhön
- osallistuminen valtakunnallisten integraatiohankkeiden yhteistyöhön

Hanketyöntekijä toteutti hankkeen loppuvaiheeseen liittyviä tehtäviä, kuten arkistoinnin, tiekartan materiaalien ulkoasujen suunnittelua ja viimeistelyä, materiaalien viemisen Innokylään ja www-sivuille, osallistui loppuraportin kokoamiseen ja kirjoittamiseen (yhteenvetoa maakuntien raporteista, liitetiedostot, seminaarikierrosten tuotokset) sekä toiminnallisten raporttien (kokoukset, matkat, ym.) kirjoittamiseen.

3.4 Ohjausryhmätoiminta

Hankkeen ohjausryhmä muodostui Väli-Suomen sosiaali- ja terveysjohdon edustajista (liite 1). Lisäksi ohjausryhmään kuuluivat kaksi kokemusasiantuntijaa, hankkeen valvoja, lääkintöneuvos Taina Mäntyranta-(STM), Kaste – osaohjelma IV:n vastuuhenkilö, kehittämispäällikkö Ritva Salmi (THL) (9/2016 saakka) ja Väli-Suomen Kaste-ohjelmapäällikkö Leena-Kaisa Nikkarinen 12/2015 saakka. Yhteensä ohjausryhmässä varsinaisina jäseninä 28 henkilöä + varajäsenet. Puheenjohtajana toimi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtaja Jaakko Pihlajamäki ja varapuheenjohtajana Pirkanmaan perusterveydenhuollon yksikön johtaja, ylilääkäri Doris Holmberg-Marttila 12/2016 saakka. Hankejohtaja toimi ohjausryhmässä esittelijänä ja sihteeri valittiin kokouskohtaisesti. Kokoukset pidettiin koko päivän mittaisina, koska ohjausryhmässä toteutettiin myös hanketta tukevaa työpajamuotoista työskentelyä. Ohjausryhmä kokoontui hankeaikana kuusi kertaa:

1.9.2015
10.12.2015
26.4.2016
13.9.2016
18.1.2017
19.10.2017

Maakunnissa on perustettu joko omia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä Parempi Arki -hankeryhmiä tai hanketoiminta on kytketty olemassa oleviin ohjaus/työryhmiin esimerkiksi perusterveydenhuollon yksiköiden ja sosiaalialan osaamiskeskusten yhteyteen.

4. Toiminnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kehittäminen Väli-Suomessa

4.1 Hankkeen tavoitteet ja toimenpiteet

Parempi Arki -hankkeen kehittämistyöllä oli Väli-Suomen alueella (viisi maakuntaa) yhteiset tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Parempi Arki -hankkeen tavoitteet olivat:

1. Tuetaan kotona asuvia, paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäviä yhteisasiakkaita tuottamalla palvelut asiakaslähtöisesti siten, että ne muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden (integraatio, koordinaatio)
2. Asiakkaiden kokemus arjen hallinnasta paranee, elämän laatu ja tyytyväisyys palveluihin lisääntyvät
3. Kunnan muut toimijat ja järjestöt linkittyvät kiinteästi sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ja palveluihin
4. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö, viestintä ja osaaminen asiakaslähtöisissä kokonaisprosesseissa vahvistuu

Kehittämistyön painopisteet, kehittäjät ja toimenpiteet on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Kehittämistyön painopisteet, kehittäjät ja toteuttaminen

Kehittämistyön painopiste	Kehittäjät	Toimenpiteet
1. Yhteisasiakkaiden tunnistamisen herätteiden kehittäminen	Parempi Arki -kehittämistiimi Väli-Suomen alueelta koottu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työryhmä (noin 20 hlöä)	3 työpajaa (syksy 2015) Tunnistamisen herätteiden kehittäminen, pilotointi ja arviointi Tunnistamisen herätteet -työkalu
2. Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen	Kansallinen koordinaatio: STM, THL, muut integraatiohankkeet Parempi Arki -kehittämistiimi	STM:n ja THL:n järjestämiä yhteistapaamisia (syksy 2015 – kevät 2016) Hoito- ja palvelusuunnitelman edelleen kehittäminen ja pilotointi Yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön toimintamallien kehittäminen	Parempi Arki -kehittämistiimi Maakuntien moniammatilliset/monialaiset kehittämistiimit	Läpimurto-seminaarikierrokset ja niihin kuuluva tiimien välityöskentely (kevät 2016 ja syksy 2016)

4.2 Työkalujen kehittäminen

4.2.1 Tunnistamisen herätteiden kehittäminen

Tunnistamisen herätteiden tarkoituksena on auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan käytännön työssä niitä asiakkaita, jotka hyötyisivät monialaisesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä.

Tunnistamisen herätteitä kehitettiin yhdessä Väli-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kehittämistyöryhmään pyydettiin jokaisesta viidestä maakunnasta 3-4 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, jotka kohtaavat päivittäisessä työssään paljon palveluja käyttäviä asiakkaita/potilaita (liite 2: työryhmän kokoonpano). Työryhmä kokoontui syksyn 2015 aikana kolme kertaa. Työskentelyssä haettiin vastauksia muun muassa seuraavia kysymyksiin:

- Millaisia paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat (kuvio 1)?
- Mitä tunteita sinulle herää tällaisiin asiakkaisiin liittyen ja miksi (kuvio 1)?
- Mitä keinoja sinulla on näiden asiakkaiden/potilaiden kanssa?
- Tunnistetaanko organisaatiossasi systemaattisesti paljon palveluja käyttäviä asiakkaita?
- Onko organisaatiossasi työkalua/toimintamallia edellä mainittujen asiakkaiden tunnistamiseen?
- Miksi ei ole?
- Miksi sellainen pitäisi olla?

”Yksin tekemisen **kulttuuri syvällä systeemissä”***

*Ajatusmaailma: päivystyksessä hoidetaan vain päivystykselliset asiat ja sitten ihmetellään kun sama potilas käy toistuvasti eri vaivoilla**

”Vaikeita asiakkaita, joihin kukaan ei jaksaisi/haluaisi tarttua”*

”Yhteistoiminnan kehittämiseltä puuttuu ”veturi”, joka näyttäisi suunnan”*

”Luodaan toimintamalli, johon toinen toimintayksikkö ei vastaa (ei halua/ei ole resursseja)”*

”Sähköinen tunnistaminen ei riitä”*

*”Hierarkia estää tunnistamisen: pois käsistä, pois mielestä”**

*Kehittämistyöryhmänryhmän kommentteja

Kuvio 1. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden ominaisuuksia ja vuorovaikutuksessa esiintyviä tunteita

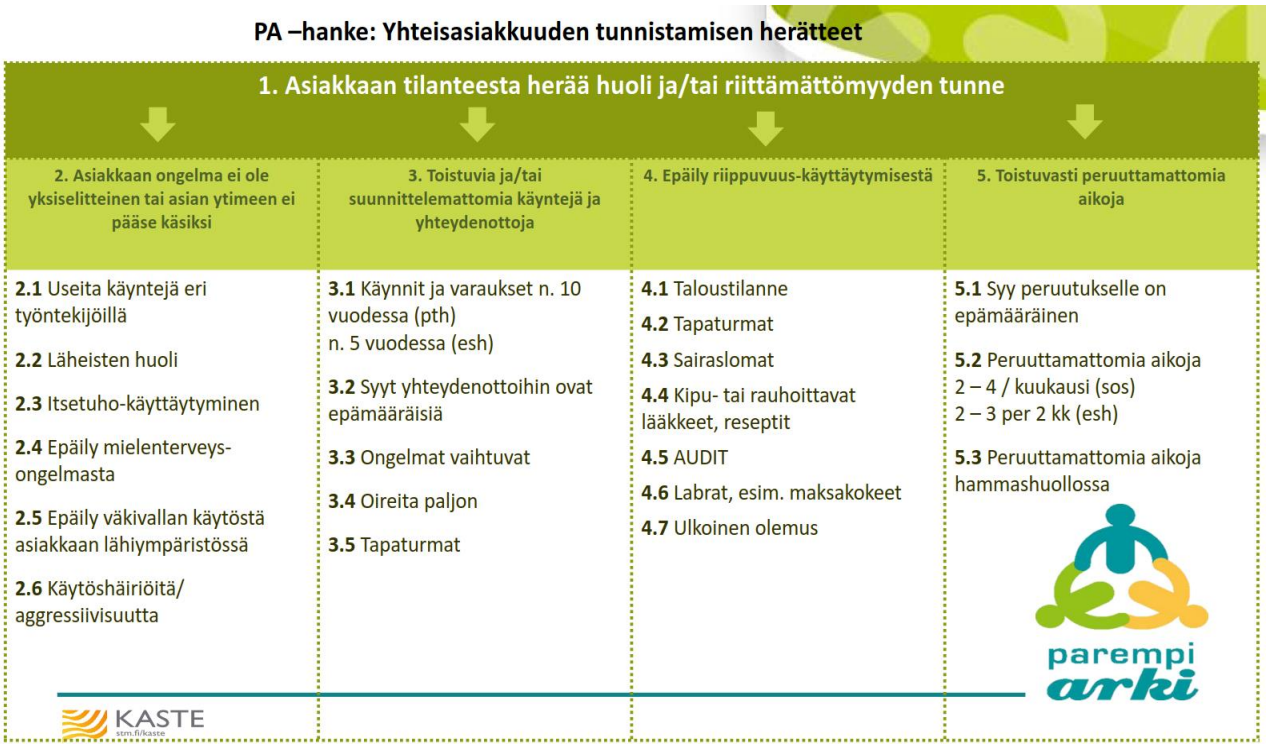
Työpajojen tuotosten perusteella tunnistamisen herätteiksi jalostuivat seuraavat herätteet, joita pilotoitiin osallistujien työyhteisöissä:

1. Asiakkaan tilanteesta herää huoli tai riittämättömyyden tunne
2. Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi
3. Epämääräisten syiden vuoksi toistuvia ja/tai suunnittelemattomia käyntejä tai yhteydenottoja
4. Toistuvasti peruttamattomia aikoja
5. Epäily riippuvuuskäyttäytymisestä

Pilotoinnin kokemukset ja jatkokehittäminen:

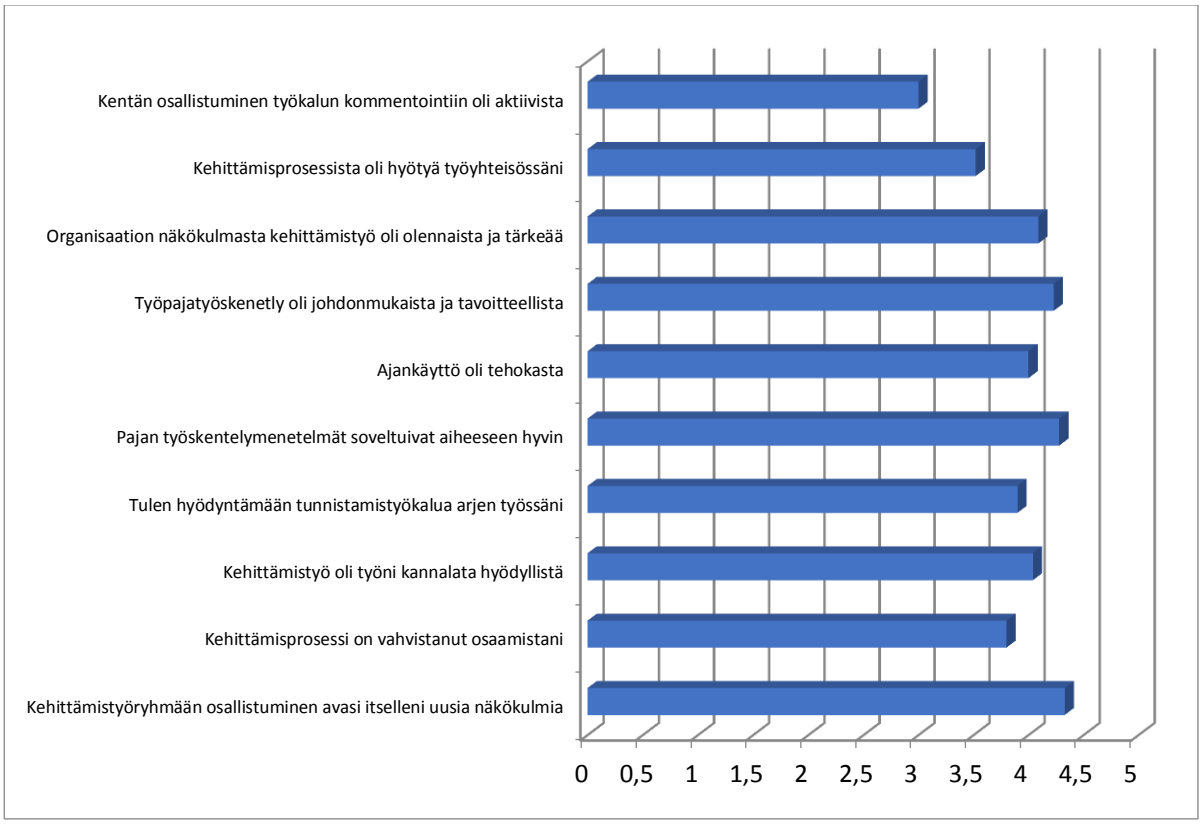
- kaikki herätteet toimivat sekä sosiaali- että terveydenhuollossa, mutta painopisteet herätteiden toimivuudessa vaihtelivat sektoreittain
- tunnisteet ovat liian epätäsmällisiä ja vaativat tarkennusta (ohjausryhmän tuki 10.12.2015)

Jatkotyöskentelyssä tunnisteita täsmennettiin kevään 2016 aikana kuvion 2. mukaisesti.



Kuvio 2. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamisen herätteitä.

Jokaisen tunnistamis -kehittämispajan jälkeen osallistujilta kerättiin palautetta (kuvio 3).



Kuvio 3. Tunnistamistyökalu-kehittämisryhmän palaute (N=22)

4.2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma (asiakassuunnitelma)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja muiden Kaste-integraatiohankkeiden kanssa yhdessä kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelusuunnitelma (liite 3) on tarkoitettu paljon palveluita käyttäville ja tarvitseville yhteisasiakkaille ja myös muille asiakkaille, jotka tarvitsevat monialaista sektoreiden välistä yhteistyötä.

Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö selkeyttää asiakkaan hoito- ja palvelupolkua ja helpottaa ammattilaisten hoidon suunnittelua: yhteistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa käytettäessä ammattilainen on tietoinen potilaan / asiakkaan muistakin hoidoista ja osaa ottaa huomioon potilaan kaikki hoidot ja palvelut. Yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeinen yhteistyön väline asiakkaiden ja ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa sekä hoidon ja palvelun suunnitelmallisessa toteuttamisessa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö velvoittaa ammattilaisia yhteistyöhön.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 7§

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 8§

Sosiaalihuoltolaki 41§

Terveydenhuoltolaki 32§

HE 15/2017

4.3 Yhteistyön toimintamallien kehittäminen - seminaarikierrokset

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön toimintamalleja kehitettiin seminaarikierroksilla (2+2+2 päivää). Kierroksille osallistui yhteensä 250 terveydenhuollon ja sosiaali- ja sivistystoimen ammattilaista (37 tiimiä), jotka kohtaavat omassa työssään paljon palveluja käyttäviä asiakkaita. Tiimit kokoontuivat noin 1-1,5 kuukauden välein ja tekivät väliaikoina tehtäviä, joissa kokeiltiin seminaarikierroksilla suunniteltuja asioita käytännössä.

Tiimien määrä jakautui maakunnittain väestöpohjan mukaan.

Taulukko 3. Maakuntien tiimit: suunnitelma ja toteutuminen.

Maakunta	suunnitelma	toteutuminen
Etelä-Pohjanmaa (19.4 %)	9 tiimiä	7 tiimiä
Pirkanmaa (25.8 %)	12 tiimiä	11 tiimiä
Kanta-Häme (17.2 %)	8 tiimiä	7 tiimiä
Päijät-Häme (20.9 %)	9 tiimiä	5 tiimiä
Pohjanmaa (16.7 %)	8 tiimiä	7 tiimiä
yhteensä	46	37

Tiimien kohderyhminä olivat lapset/nuoret ja heidän perheensä, nuoret aikuiset, päihde- ja mielenterveysasiakkaat, yleisesti/päivystyksessä paljon palveluja käyttävät asiakkaat, ikä-ihmiset ja muutama kapea-alaisemmin määritelty kohderyhmä (taulukko 4). Tiimien jäsenet ja kehittämistyön kooste löytyvät erillisestä liitetiedostosta.

Taulukko 4. Läpimurto-seminaarikierroksille osallistuneet tiimit ja kohderyhmät

Kevät 2016	Tiimit	Kohderyhmät
Kierros 1 **13.-14.1.2016 Hämeenlinna** **9.-10.3.2016 Tampere** **11.-12.5.2016 Seinäjoki**	Tampere: Seinäjoki ja Isokyrö: Suupohja: Mustasaari: Hämeenlinna: Heinola: Lahti:	Tipotie: Ikäihmiset Tammela: Ikäihmiset Moniongelmaiset lapsiperheet Nuoret/ lapsiperheet, joissa on päihde-ja mielenterveysongelmia Nepsy-lapset (alle 6 v.) Erikoissairaanhoidossa kontrollissa käyvä diabeetikko, jolla on sosiaalityön asiakkuus tai sen tarve Päihde- ja mielenterveysasiakkaat Paljon päivystyspalveluja käyttävät ikäihmiset
Kierros 2 **27.-28.2016 Hämeenlinna** **16.-17.3.2016 Tampere** **18.-19.3.2016 Seinäjoki**	Tampere: Pirkkala: Järvipohjanmaa: Vaasa: Janakkala: Lahti:	Päihde- ja mielenterveysasiakkaat Acutassa ja sosiaali- ja terveystoimen välillä jatkuvasti kulkevat asiakkaat Päihde- ja mielenterveysasiakkaat Nepsy-lapset Alle kouluikäisten lasten perheet, joissa vanhemmalla on mielen-terveys- tai päihdeongelma Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden haltuunotto pääterveys-asemalla
Kierros 3 **10.-11.2.2016 Hämeenlinna** **13.-14.4.2016 Tampere** **1.-2.6.2016 Seinäjoki**	Valkeakoski: Tampere: JIK: Lapua: Pietarsaaren seutu: FSHKY: Aava: Oiva:	Paljon palveluja käyttävät terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhtei-set aikuiset asiakkaat Linnainmaan lapsiperheet Kurikan pitkäaikaistyöttömät Nuoret mielenterveysasiakkaat Pitkäaikaistyöttömät Lapsiperheet, joissa usean toimijan palvelut käytössä Paljon palveluja käyttävät lapsiperheet Päihde- ja mielenterveysasiakkaat
Kierros 4 **31.8–1.9.2016 Seinäjoki** **12.–13.10.2016 Tampere** **30.11.–1.12.2016 Seinäjoki**	Tampere: Tampere, Hatanpää Kaksineuvoinen: Kaksineuvoinen: Vaasa: Laihia: Pietarsaari: K5-alue	Maahanmuuttajat Kuntoutus Monialaista työllistämispalvelua tarvitsevat aikuiset Mielenterveyskuntoutujat, joilla injektiomuotoinen psyykelääkitys Peruskouluikäiset nepsy-lapset Nepsy-lapset ja nuoret Lapsiperheet, joissa vanhemmilla fyysinen, psyykkinen tai sosiaali-nen ongelma Ikäihmiset
Kierros 5 **21.–22.9.2016 Hämeenlinna** **9.-10.11.2016 Tampere** **11.–12.1.2017 Tampere**	Tampere, Tesoma: Tampere, Hervanta: Tampere: Hämeenlinna FSHKY: Hattula: Janakkala:	13 – 18-vuotiaat nuoret Alle kouluikäisten perheet Opiskelijat/nuoret aikuiset Kipupotilaat Mielenterveys- ja päihdeongelmat 7-17-vuotiaat, joista on herännyt huoli eri toimijoilla ja useamman toimijan palvelut käytössä Kouluikäisten paljon palveluja käyttävien lasten/nuorten perheet

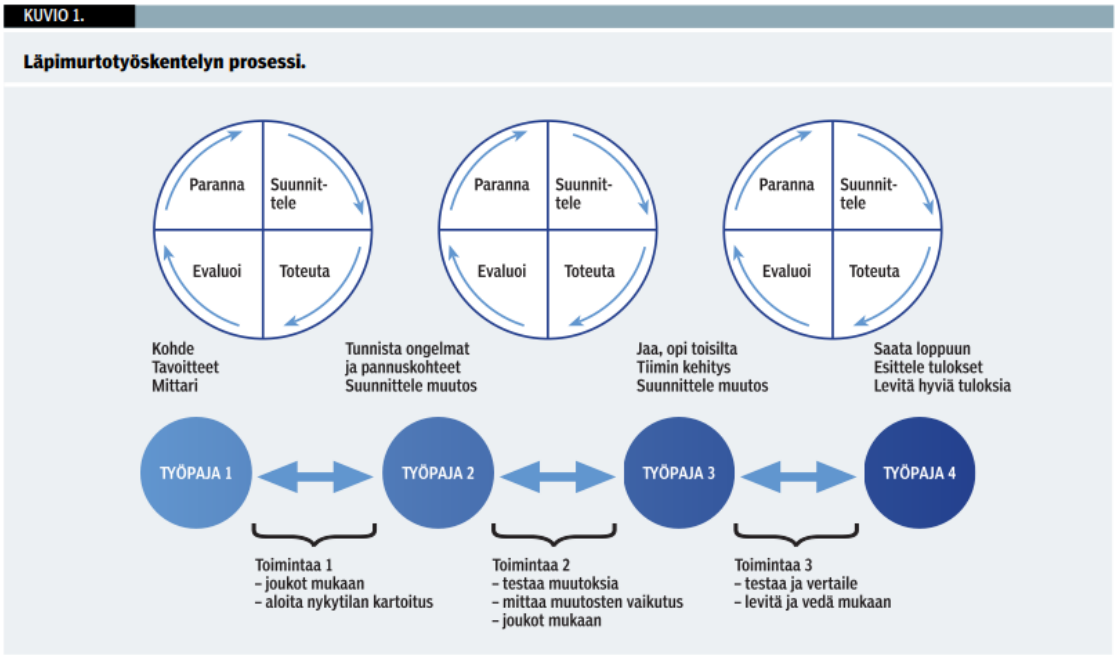
Jokainen tiimi valitsi keskuudestaan yhden jäsenen tiimin valmentajaksi. Valmentajan tehtävänä oli toimia yhteyshenkilönä tiimin ja hanketoimijoiden välillä. Seminaarikierroksilla valmentajat osallistuivat lyhyisiin palavereihin hankkeen johdon ja kehittämissuunnittelijoiden kanssa. Moniammatillisuus ja monialaisuus oli edustettuna laajasti; sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi edustajia oli myös sivistystoimesta. Erikoissairaanhoidosta ei ollut osallistujia kaikissa tiimeissä. Useissa tii-

meissä oli mukana johdon edustus. Osa tiimeistä oli tehnyt yhteistyötä jo aiemmin ja osa tapasi ensimmäistä kertaa seminaarikierroksella (56 % ei tuntenut oman tiiminsä jäseniä entuudestaan). Tämä oli keskeinen tekijä, joka vaikutti tiimien kehittämistyön etenemiseen; ennestään tunteneet pääsivät heti kehittämistyön aloittamiseen. Tiimit aloittivat työnsä nimeämällä oman tiiminsä kuvio 4.

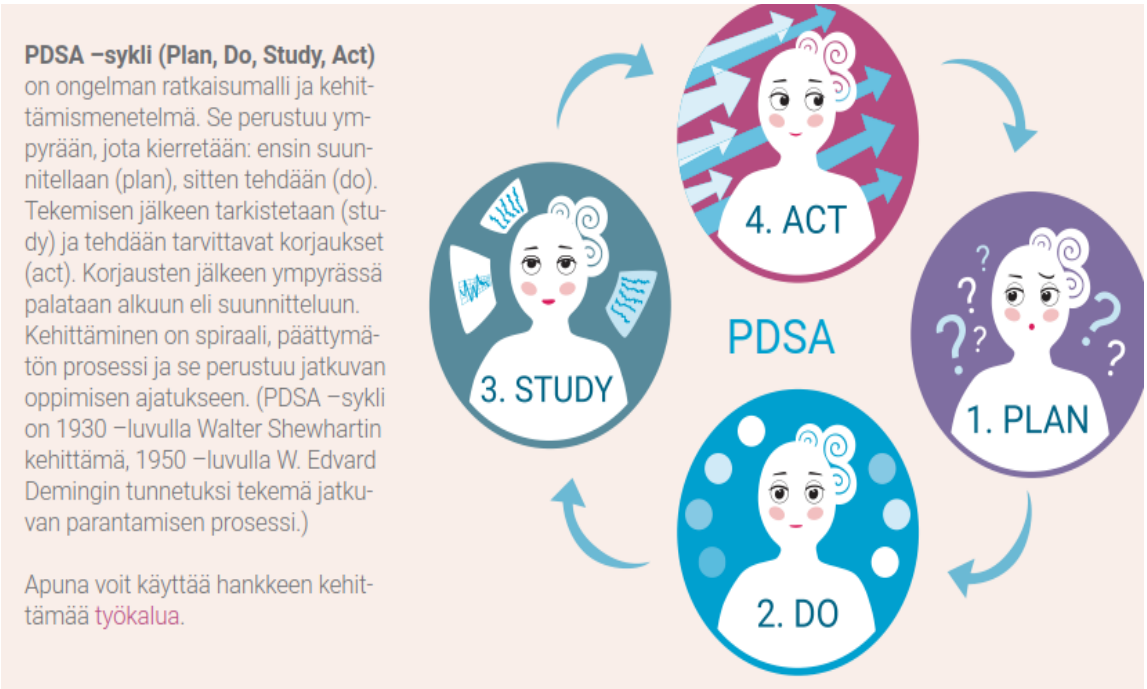
Kuvio 4. Seminaarikierrosten tiimien nimiä

4.3.1 Seminaarikierrosten menetelmällinen toteuttaminen

Seminaarikierroksilla sovellettiin läpimurtomenetelmää (Breaktrough Collaboration) (kuvio 5) ja PDSA-sykliä (Plan – Do – Study – Act) kehittämismenetelmänä (kuvio 6).



Kuvio 5. Läpimurtotyöskentelyn prosessi (Heinänen ym. 2011)

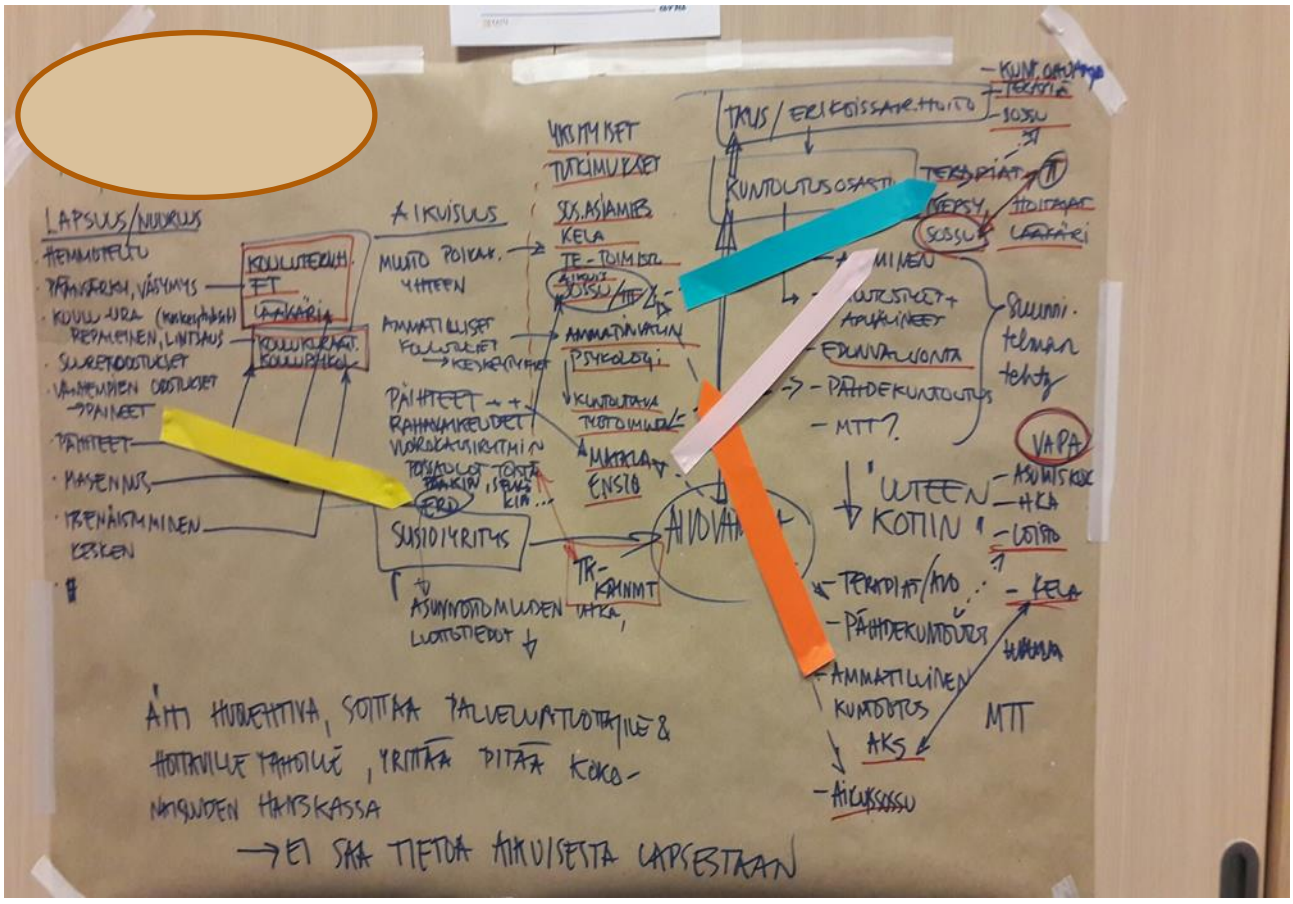


Kuvio 6. PDSA -sykli

4.3.2 Kokemukset keskeisten sisältöalueiden kehittämisestä

Nykytilanteen kartoittaminen:

Kehittämistarpeen herättämiseksi jokainen tiimi (yhteensä 37) kuvasi oman kohderyhmänsä asiakkaan polun (todellinen tai tyypillinen) piirtämällä siitä ”seinäkartan” (kuvio 7). Tämän jälkeen kuvioon merkittiin nuolilla kriittisiä kohtia: missä kohtaa ilmeni, että toisten palveluja ei tunnettu, missä kohtaa ongelmiin olisi pitänyt tarttua ja missä kohtaa olisi pitänyt tehdä yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa. Keskeisiä havaintoja olivat muun muassa seuraavat: erilaisia palveluja on riittävästi tarjolla, ammattilaiset eivät tunne toisia ammattilaisia ja heidän työnsä sisältöä ja yhteistyötä ei tehdä. Nykyinen palvelujärjestelmä (pirstaleisuus ja koordinaation puute) aiheuttaa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla palvelujen suurkulutusta.



Kuvio 7. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kontaktit ja toimijat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

”Mehän kaikki tunnemme tämän asiakkaan ja olemme kukin tahoillamme tehneet työtä asiakkaan parhaaksi”

”Miksi emme ole aikaisemmin tehneet yhteistyötä, mikä meitä on estänyt?”

Yhteisasiakkaiden kokemuksia tämän hetkisestä sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä:

”Pallottelu työntekijältä toiselle väsyttää”
”Pitää osata kuunnella, ei pompotella”
”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 ja tunteita 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 tarvitsemansa palvelut *

Sektoreiden välisen yhteistyön toiminnan kehittämistä hankaloittavia tekijöitä pyrittiin saamaan esille käyttämällä Lean –kalanruotoanalyysiä. Sen avulla pyrittiin pureutumaan pääongelmien (toimintaa hankaloittavien tekijöiden) juurisyihin ja sitä kautta kirkastamaan kehittämistyön tavoitteita yksityiskohtaisemmin. Kalanruotoon kirjattiin tiimin kohderyhmän pääongelma ja niihin liittyvät kategoriat. Kategorioilla tarkoitetaan ongelmaan liittyviä tekijöitä kuten esimerkiksi ammattilaiset, asiakkaat, järjestelmä, tiedonkulku jne. Kategorioiden kohdalla mietitään mistä ongelma johtuu ja kunkin ongelman kohdalla kysytään viisi kertaa miksi. Jokainen tiimiläinen vei kalanruodon omaan työyksikköönsä ja siellä kerättiin syitä pääongelmiin ja kategorioihin kahden viikon ajan. Yhteenvedon jälkeen kukin tiimi kutsui asiakkaan mukaan välitapaamisiin arvioimaan, näyttäytyvätkö samat asiat ongelmana myös asiakkaille. Tämän jälkeen tiimien kehittämistyön tavoite määriteltiin yhdessä asiakkaan kanssa SMART-työkalua (liite 4) hyödyntäen. Keskeiset kalanruodoista nousseet ongelmat olivat:

- puutteellinen tiedonkulku
- yhteistyön puute
- ei tunneta toisia toimijoita
- ei ole systemaattisia toimintamalleja
- palvelujen koordinaation puute
- asiakas ei saa tarvitsemaansa palvelua

Asiakkaat näkivät usein samoja ongelmia kuin tiimiläisetkin. Asiakkaiden mukanaolo kehittämistyössä oli monille ammattilaisille uutta ja se koettiin silmiä avaavana. Kalanruoto menetelmänä soveltuu kuitenkin paremmin organisaation sisäisten, jo olemassa olevien prosessien arviointiin kuin organisaatioiden välisiin prosesseihin, joita ei tällä hetkellä ole vielä systemaattisesti olemassa tai käytössä. Tiimit eivät useinkaan päässeet tiimin keinoin ratkaistavissa oleviin juurisyihin, koska monet esille tulleet ongelmat vaativat kansallisen ja/tai maakuntatason ratkaisuja.

Yhteistyö

Yhteistyön merkityksen havainnollistamiseksi tiimit pelasivat Lean-legopeliä. Sen keskeisenä tavoitteena on oivallus asiakkaalle arvoa tuottavasta toiminnasta, prosessien sujuvuudesta ja työkuorman tasaamisesta. Peli koettiin erittäin havainnollisena ajatusten herättäjänä yhteistyön tärkeydestä ja työn jakamisesta sekä osattiin hyvin havaita nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien välisiä solmukohtia.

Tiimityöhön liittyen pohdittiin työryhmän ja tiimin eroja, yhteistyön tasoja, millainen on tehokas ja vaikuttava tiimi, missä vaiheessa tiimiytyminen on nyt ja mihin tämän tiimityön kohdalla pyritään. Tiimityön edistämiseksi kukin tiimi rakensi leikkimielisessä kilpailuhengessä makaronitornin (kuva 1).

Kuva 1. Hönölässä Jyrää -tiimi rakentaa makaronitornia

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.*

> Oman roolin selkiintyminen asiakkaan palvelukokonaisuudessa.*

> Samassa veneessä ollaan ja halu toimia asiakkaan parhaaksi.*

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

> Jokainen kokee oman työnsä tärkeimmäksi. *

* Lähde Webropol kysely

Yhteisen asiakkaan tunnistaminen

Learning Cafe -menetelmän avulla tiimit miettivät yhteisasiakkaan tunnistamista (kuvio 8). Tämän tehtävän avulla tiimit pystyivät hyvin kartoittamaan tämän hetkistä tilannetta ja sitä, kuinka yhteinen asiakasryhmä näyttäytyy eri ammattilaisten kohdalla.

Kuvio 8. Learning cafe -työskentely: Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistaminen

> ”Tuntuu kuin oltaisiin samoissa töissä”

Kehitettyjen herätteiden avulla seminaarikierroksilla olevat tiimit tunnistivat asiakkaita, jotka mahdollisesti hyötyisivät ammattilaisten välisestä yhteistyöstä sekä arvioivat tunnisteiden toimivuutta eri kohderyhmissä. Selkeä havainto on, että nämä herätteet toimivat parhaiten aikuisasiakkaiden kohderyhmässä. Tiimit kehittivät edelleen tunnistamisen herätteitä kohderyhmänsä mukaisesti (www.innokylä.fi) ja jatkokehittämisen tavoitteena usealla tiimillä on viedä tunnistamisen herätteitä asiakas- ja potilastietojärjestelmiin.

Lapset/Nuoret:
Hoksaa huoli nuorten tunnistamistyökalu: Tampere, Tesoman tiimi

Aikuiset:
Aikuiset yhteisasiakkaat: Valkeakosken tiimi
Aikuiset yhteisasiakkaat: Oivan tiimi

Ikäihmiset:
Tsekkauslista vastaanotto/kotikäynti: Tammelan tiimi

Yhteisasiakkaan tunnistaminen on keskeinen asia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen välisessä
(Valtiontalouden tuloksellisuuskertomus 11/2017)

91%
mielestä tunnistamiseen tulisi kiinnittää huomiota työyhteisötasolla

59%
tiimiläisistä ei koe yhteisasiakkaan tunnistamista vaikeaksi käytännöntilanteissa, mutta ***tunnistaminen jää usein tekemättä****, koska ei ole yhteistyön toimintamalleja*

71%
mielestä Parempi arki -hankkeessa kehitetyt tunnistamisen herätteet toimivat hyvin omassa työssä

Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen

Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen suunnittelussa hyödynnettiin Essote-hankkeen kanssa yhteistyössä kehitettyä työkalua Hopa-A3 (liite 5). Työkalun kysymykset ohjasivat prosessissa eteenpäin.

- Miten tunnistamme yhteisasiakkaan?
- Mihin yhteistä suunnitelmaa tarvitaan?
- Milloin?
- Ketkä mukana?
- Miten tehdään?
- Kuka vastaa?
- Miten Hopa saadaan yhteistyön välineeksi?

Tiimit harjoittelivat seminaarikierroksilla yhteisen hoito- ja palvelussuunnitelman tekemistä sekä draaman keinoin että kokemusasiakkaiden kanssa. Keskeinen kokemus oli, että myös asiakkaan on hyvä valmistautua suunnitelman tekemiseen. Asiakaslähtöisyyttä pidettiin tärkeänä, mutta harjoittelutilanteissa huomattiin, kuinka helposti lähdetään ammattilaislähtöisiin ehdotuksiin ja neuvojen antamiseen. Suunnitelmaa tekevien ammattilaisten on tärkeää harjoitella yhdessä Hopan tekemistilannetta ja vastuunjakoa.

Tiimiläisille tehdyn Webropol-kyselyn mukaan liitteen 4 mukaisia, yhteisiä ja moniammatillisesti tehtyjä hoito- ja palvelusuunnitelmia oli tehty noin 160 kappaletta 5/2017 mennessä. Yhteisen hoito- ja palvelussuunnitelman tekeminen ei ole yksittäinen toimenpide tai kertaluonteinen tapahtuma, vaan suunnitelmallinen prosessi, joka edellyttää yhteistyön toimintamallien kehittämistä. Ammattilaisten on hyvä harjoitella etukäteen asiakaslähtöisen suunnitelman tekemistä ja sopia ”pelisäännöistä”. Tiimit harjoittelivat yhteisen suunnitelman tekemistä seminaarikierroksilla ja välitehtävänä käytännössä asiakkaiden kanssa. Myös asiakkaan itsensä kannattaa valmistautua hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Tiimit kehittivät eri kohderyhmille lomakkeita, joilla asiakas voi kartoittaa tarpeitaan omatoimisesti tai yhdessä ammattilaisen kanssa. Kehitetyt materiaalit löytyvät Tiekarttaan linkitettyinä Innokylästä (https://www.innokyla.fi/web/hanke1911098). Alla asiakkaiden ja ammattilaisten kokemuksia yhteisestä suunnitelmasta.

Asiakkaiden kokemuksia:

”Asiakkaat tyytyväisiä, kun useampi asia selviää kerralla”
”Ovat kertoneet idean olevan hyvä, koska kokevat
kuormittavana selittää omaa asiaa usealle eri toimijalle”
”Asiakkaat kokevat sen tilannetta ja omaa hoitoa selkeyttävänä”

Ammattilaisten ajatuksia, kuinka yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma eroaa aikaisemmin tehdyistä suunnitelmista:

”Sosiaalipuoli vahvemmin mukana suunnitelmissa”
”Aikaisemmat suunnitelmat perustuvat jonkun asiantuntijan/ammattilaisen yksilöarviointiin”
”Asiakkaan osallisuudessa”
”Se on laajempi ja kokonaisvaltaisempi”
”Hoidon tavoite on yhteinen. Asiakas vahvemmin mukana”
”On laaja-alaisempi, yli sektorirajojen ja yli organisaatioiden.”
”Tavoitteellisuudessa”

Huomioitu asiakkaan mielipiteet eritoten*

”

Samaan suunnitelmaan kirjataan sekä sosiaali- että terveydenhuollon suunnitelma*

”

”

Osallistaa enemmän asiakasta, antaa asiakkaalle äänen*

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

Tiimiläisten näkemyksen mukaan (webropol –kysely) keskeisin tekijä, joka edistää hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöönottoa, on johdon sitoutuminen, johdon ylisektoraalinen yhteistyö ja asian suunnitelmallinen eteenpäin vieminen organisaatioissa. Muina selkeästi esille nousseina tekijöinä olivat toisten työhön tutustuminen, yhteistyön mahdollistaminen yli organisaatiorajojen/sektoreiden (johto), ymmärryksen lisääminen asian tärkeydestä ja työntekijöiden sitouttaminen työpaikkakohtaisesti asiakasesimerkkejä hyödyntäen – ei isoja koulutustilaisuuksia.

Kehittämistyön jatkosuunnitelman tekeminen

Seminaarikierroksen aikana tiimit pääsivät keskeisissä asioissa kehittämisen alkuun. Yhteenvetona kolmospajoissa tiimit kävivät vielä läpi kehittämisen PDSA-sykliä kuvion 9. mukaisesti ja miettivät toimintamallin jalkautumista sekä sitä, miten jatketaan tästä eteenpäin.

Kuvio 9. Jatkosuunnitelman kehittämisväline

Jatkokehittämisvaiheessa olennaista on johdon tuki ja sitoutuminen kehittämistyöhön. Useimmat tiimit jatkoivat pilotointia moniammatillisesti ja veivät kehitettyjä toimintamalleja johdolle hyväksyttäväksi. Toimintamalleja on sisällytetty lasten, nuorten ja aikuisten hyvinvointisuunnitelmiin. Muista hankkeen tuotoksista on suunniteltu esimerkiksi mobiili- tai sähköisiä versioita. Monet tiimien jäsenistä osallistuvat maakunnallisiin sote-valmisteluryhmiin.

88 %

mielestä Parempi Arki seminaarikierroksilla käytettyjä työkaluja pystyy hyödyntämään muussakin kehittämistyössä

97 %

mielestä kehittämistyö oli tavoitteellista

87 %

mielestä seminaarikierroksilla käytetyt kehittämismenetelmät ja työkalut soveltuivat hyvin tiimin kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseen

88 %

mielestä Parempi Arki seminaarikierroksilla käytettyjä työkaluja pystyy hyödyntämään muussakin kehittämistyössä

56 % Parempi Arki tiimien jäsenistä ei tuntenut ennestään tiimien jäseniä

72 %

hyödynsi muiden tiimien tekemää kehittämistyötä

87 %

mielestä seminaarikierroksilla käytetyt kehittämismenetelmät ja työkalut soveltuivat hyvin tiimin kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseen

64 % mielestä hankkeen tuloksena on syntynyt pysyviä yhteistyön toimintamalleja omalle alueelle

5 Viestintä

Parempi Arki -hankkeen logo, esite, diapohja, tiedotepohja ja esite valmistuivat elo-syyskuussa 2015 ja www-sivut aukesivat lokakuussa 2015. Alla on lueteltu keskeiset viestintätapahtumat:

- Maakuntakohtaiset Kick off -tilaisuudet syksyllä 2015: hankkeen tavoitteiden esittely ja toteutustapa ja alueelliset toimijat miettivät, kuinka kehittämistyötä voitaisiin hyödyntää maakuntien sote-valmistelussa
- Parempi Arki -tiedotteet (6) hankkeen etenemisestä: ohjausryhmä ja varajäsenet, maakuntien toimijat, tiimien jäsenet, ”sisar –hankkeet” ja muut yhteistyökumppanit
- Aluetapahtumat: hankkeen loppuvaiheessa pidettiin aluetapahtumat, joissa tiimit esittelivät omia toimintamallejaan ja tuotoksiaan sekä niiden hyödyntämistä maakunnallisessa sote-valmistelussa
- Kevään 2016 tiimien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen koottiin yhteen ja luovutettiin perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehulalle 5.8.2016
- Parempi Arki ja Lapuan tiimi olivat esillä Innokylän Integraatiofoorumilla 28.11.2018
- Sosiaali- ja kuntatalouslehdessä artikkeli 9/2017

Kuva 2. Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen luovutettiin perhe- ja peruspalveluministerille Juha Rehulalle Lahdessa 5.8.2016

6 Arviointi

Hankkeen arvioinnista tehtiin erillinen arviointisuunnitelma, jonka mukaisesti arviointi toteutettiin. Hankkeen ulkoinen arviointi päätettiin korvata Itä-Suomen yliopiston kanssa toteutetun tutkimusyhteistyön kautta tuotetulla tiedolla (hankkeen ohjausryhmän päätös 13.9.2016).

6.1 Hankkeen eteneminen

Hankkeessa tehtyä kehittämistyötä ja hankkeen etenemistä arviointiin jatkuvasti ja tehtiin muutoksia kehittämistyön toteuttamiseen arviointitulosten perusteella (PDSA-sykli).

Hankkeen kokonaiseteneminen suunnitelman mukaisesti, aikataulussa ja budjetissa:

- Maakuntakohtaiset väliraportit x 1 syksyllä 2016
- hankejohtajan ja taloussihteerin jatkuva seuranta
- kehittämissuunnittelijoiden säännölliset kokoukset
- ohjausryhmän kokoukset
- työkalu –kehittämisryhmä: palautteen kerääminen jokaisen pajan jälkeen
- seminaarikierrokset:
    - seminaarikierroksille osallistuvien tiimien itsearviointi kehittämistyön etenemisestä
    - jokaisen pajan (2 pv) jälkeen pyydettiin arviointi pajojen toteuttamisesta, sisällöstä ja käytännön järjestelyistä
    - kevään seminaarikierrosten jälkeen tehtiin kokonaisarviointi (palautteiden yhteenveto + kehittämissuunnittelijoiden arviointi), jonka perusteella syksyn pajojen sisältöä muutettiin

6.2 Hankkeen tavoitteiden toteutuminen ja tulokset

Parempi Arki -hankkeen kehittämistyöllä oli Väli-Suomen alueella (viisi maakuntaa) yhteiset tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Hankebudjetti pieneni, mutta alkuperäisiä tavoitteita ei lähdetty muuttamaan. Käytössä olleet resurssit kohdennettiin siten, että saatiin mahdollisimman paljon osallistettua käytännön työssä paljon palveluja käyttäviä asiakkaita kohtaavia ammattilaisia. Toiminta kohdennettiin resurssien puitteissa kolmeen painopisteeseen:

- yhteisasiakkaiden tunnistaminen
- yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen ja testaus
- sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön toimintamallien kehittäminen

Siten esimerkiksi asiakkaiden mukaanottoa ei voitu toteuttaa suunnitellussa laajuudessa, samoin kuin kunnan muiden toimijoiden ja järjestöjen mukaan ottamista yhteistyön kehittämiseen.

Hankkeen tavoitteiden toteutumista arvioitiin tiimiläisille lähetetyn webropol –kyselyn avulla sekä Itä-Suomen yliopiston Onnistu sote-integraatiossa -hankkeen tekemien johdon- ja tiimihaastattelujen perusteella. Arviointisuunnitelman mukaiset asiakashaastattelut tehtiin yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston kanssa ja tulokset julkaistaan kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisuna (www.kaks.fi/julkaisut).

Webropol-kysely lähetettiin 223 henkilölle ja vastausprosentti oli 44 % (N=98). Kyselyn arviointiteemat olivat:

- nykytilanteen arviointia:
    - sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden hoidon ja palvelun nykytilanne
    - yhteistyö eri sektoreiden välillä ja siihen vaikuttavia tekijöitä
- Parempi Arki -hankkeessa tehty kehittämistyö:
    - kehittämismenetelmät ja kehittämisessä käytetyt työkalut
    - asiakkaiden mukaan ottaminen kehittämistyöhön
    - yhteistyön kehittyminen hankkeen vaikutuksesta
    - kehitettyjen toimintamallien arviointia
    - kokemukset/haasteet monialaisessa/ammatillisessa yhteistyössä
    - yhteisasiakkaiden tunnistaminen
    - kokemukset yhteisestä hoito- ja palvelussuunnitelmasta: asiakkaat ja ammattilaiset sekä erot aikaisempiin suunnitelmiin
    - hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöönottoa edistävät tekijät
    - kuinka kehittämistyö on vaikuttanut omaan työskentelyyn
    - kuinka kehittämistyö näkyy omassa organisaatiossasi

Taulukko 5. Webropol –kyselyyn vastaajat maakunnittain

	N	Prosentti
Kanta-Häme	14	15%
Etelä-Pohjanmaa	18	19%
Pirkanmaa	29	30%
Pohjanmaa	13	14%
Päijät-Häme	21	22%

Taulukko 6. Webropol –kyselyyn vastanneet sektoreittain

	N	Prosentti
Perusterveydenhuolto	37	39%
Sosiaalihuolto	29	30%
Erikoissairaanhoito	19	20%
Sivistystoimi	7	7%
Muu, mikä?	4	4%

Taulukko 7. Webropol –kyselyyn vastanneet ammattiryhmittäin

	N	Prosentti
Ylin johto	1	1%
Keski- tai lähijohto	32	33%
Työntekijä	49	51%
Asiantuntija	14	15%
Muu, mikä?	0	0%

Keskeisiä arviointituloksia (suorat jakaumat) on nostettu kunkin asian yhteyteen raportissa ja tarkemmat tulokset raportoidaan erillisenä artikkelijulkaisuna.

<u>Yhteenvetoa tavoitteiden toteutumisesta:</u>

- Tuetaan kotona asuvia, paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäviä yhteisasiakkaita tuottamalla palvelut asiakaslähtöisesti siten, että ne muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden (integraatio, koordinaatio)
    - joidenkin kohderyhmien/tiimien osalta toteutunut jo hyvin, kehitetyt 37 yhteistyön toimintamallia antavat erittäin hyvä pohjan soveltaa toimintamalleja myös muihin kohderyhmiin
    - vaatii johdon sitoutumista ja tukea hankkeen tulosten jalkauttamiseen hankkeen päättymisen jälkeen
- Asiakkaiden kokemus arjen hallinnasta paranee, elämän laatu ja tyytyväisyys palveluihin lisääntyvät
    - on mahdollista toteuttaa toimintamallien ja ammattilaisten yhteistyön koordinoinnin kautta
- Kunnan muut toimijat ja järjestöt linkittyvät kiinteästi sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ja palveluihin
    - ei toteutunut suunnitellussa laajuudessa
- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö, viestintä ja osaaminen asiakaslähtöisissä kokonaisprosesseissa vahvistuu
    - Hankkeen osallistujien palautteen perusteella näiden voidaan arvioida vahvistuneen merkittävästi hankkeen osallistujien osalta. Viestiä on levitetty myös työyhteisöihin ja ymmärrys asiakaslähtöisyydestä on parantunut.

Hanke ja sen tuotokset kytkettiin suunniteltua tiiviimmin tulevaan sote-uudistukseen Tiekartan muodossa. Tiekartta antaa tiiviin kokonaiskuvan hankkeesta ja suuntamerkit paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuuksien jatkokehittämiseen. Hanke pystyttiin pitämään

kasassa toiminnan realistisen kohdentamisen ja hankkeessa käytettyjen kehittämismenetelmien avulla.

6.3 Hankkeen tavoitteiden toteutumisen arviointia tiimin jäsenten ja johdon arvioimina

Parempi Arki -hankkeen arviointia

Itä-Suomen yliopiston Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeessa haastateltiin kolmea Parempi Arki -hankkeen tiimiä (yhteensä 14 henkeä) ja yhdeksää johtajaa eri organisaatioista. Näissä haastatteluissa käytiin muiden asioiden ohella läpi haastateltavien kokemuksia PA-hankkeen osa-alueista. Lisäksi Itä-Suomen yliopiston tutkija osallistui syksyn 2016 seminaareihin, mikä mahdollisti hankkeen prosessin etenemisen seuraamisen. Tämän alaluvun 6.3 arviointitulokset on koonnut ja kirjoittanut Itä-Suomen yliopiston Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen tutkija Anneli Hujala. Seuraavassa on kuvattu haastateltujen tiiminjäsenten ja johtajien kokemuksia hankkeesta.

Kohderyhmien valinta ja moniammatillisten/monialaisten tiimien muodostaminen

Hankkeen alussa kunkin alueen sote-johto eri organisaatioista osallistui kohderyhmien valintaan ja kohderyhmän ympärille kootun tiimin jäsenten valintaan yhteistyössä hanketoimijoiden kanssa. Tavoitteena oli löytää kultakin alueelta sellainen paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohderyhmä, jota eniten tarvitsisi moniammatillista, organisaatioiden välisestä yhteistyötä ja hyötyisi siitä. Kohderyhmät on esitelty sivulla 16. Kunkin tiimin kehittämistyön kohdistaminen tiettyyn kohderyhmään oli haastateltujen PA-tiimiläisten mielestä olennainen asia hankkeen toteutumisessa: se jakoi hankkeen laajat tavoitteet toteuttamiskelpoisiksi osakokonaisuuksiksi.

Tiimien kokoonpanon osalta tavoitteena oli, että jokaisessa tiimissä olisi jäsen perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta ja sosiaalitoimessa, lasten ja nuorten osalta myös sivistystoimesta. Osallistujia oli haettu mukaan eri paikoissa eri tavoin. Kiinnostuneita oli etsitty joissakin paikoissa kohdistetuilla sähköposteilla, osassa organisaatioista tietyiltä henkilöitä oli tiedusteltu henkilökohtaisesti halukkuutta lähteä mukaan. Osa lähti mukaan hankkeeseen mielellään, osa epäillen. Eräs erikoissairaanhoidon edustaja kertoi motiivikseen velvollisuudentunteen: yksittäisen työntekijän pitää olla vastuussa oman työn ulkopuolellekin. Joissakin paikoissa johto määräsi osallistujat.

> *Jos ihan rehellisesti sanoo, kun aloitettiin, niin minuthan tähän pakotettiin* [naurua]. *Johtoryhmä määräsi minut tähän. Koska perusterveydenhuollosta eli terveysasemalta kukaan ollu halukas. Ja sitten mä päätin, että kun minut on tänne määrätty, niin kyllä kai se hyvin täytyy osani tehä. (T3)*[1]

Haastateltava jatkoi, että 'pakottamisesta' huolimatta hän oli halukas lähtemään mukaan ja piti osallistumista mielenkiintoisena ja antoisana. Hankkeen alkuvaihe aiheutti osalle hämmennystä.

[1] T=haastateltu tiimiläinen, J=haastateltu johtaja. Haastatellut henkilöt on erotettu toisistaan järjestysnumeroilla (T1–T14, J1–J9.

Kaikki eivät tienneet ensimmäiseen seminaariin tullessaan, mihin he ovat lupautuneet tai mihin heidän on määrätty.

> *Ensimmäiset sähköpostit kun tuli, niin kyllä raavin päätäni, että mihinkähän oon mukaan lähteny, mulla ei ollut mitään hajuakaan yhtään mistään. (T5)*

> *…ensimmäinen työpaja, siitä jäi mieleen se, että me ei saatu oikein kukaan kiinni, että mikä tää juttu on, ja mihin tää suunnataan. Se oli ilmeisesti tarkoituskin, että me vähän ite mietitään sitä. Me tajuttiin se myöhemmin, että se oli varmaan tarkoitus. (J3)*

Osallistujien tausta-ammattien perusteella osallistujien rekrytointi oli helpointa sosiaalitoimessa. Tähän arveltiin syyksi sosiaalihuollon pitkää perinnettä moniammatillisesta yhteistyöstä. Erikoissairaanhoidosta ei saatu osallistujia kaikkiin tiimeihin. Toisaalta hankkeen vetäjillä oli myös kokemus siitä, että joillakin alueilla myös ESH oli lähtenyt epäröimättä mukaan, jopa niin, että ESH:n intoa lähteä hankkeeseen mukaan oli hämmästelty. Haastateltujen mukaan tähän tiettyyn tapaukseen saattoi vaikuttaa se, että kyseisellä ESH:n erikoisalalla (psykiatria) on totuttu jo luonnostaan tekemään enemmän moniammatillista yhteistyötä kuin joillakin muilla erikoisaloilla. Haastatellut kertoivat, että myös perusterveydenhuollossa oli tietynlaista epäilyä: hanketta oli johdon taholta epäilty leikkimieliseksi puuhasteluksi. Haastateltavat totesivat, että tällaiset asenteet olivat kuitenkin muuttuneet hankkeen edetessä.

<u>Läpimurtoseminaarit ja välityöskentely yhteistyön mahdollistajina ja silmien avaajina</u>

Alkuvaiheen osittaisesta hämmennyksestä huolimatta jo ensimmäinen Läpimurto-seminaari tuntui hävittäneen mahdolliset epäilykset. Haastatellut kertoivat, että yhteistyö tiimeissä lähti luontevasti käyntiin, vaikka toisia tiimin jäseniä ei välttämättä tunnettu etukäteen lainkaan. Hankkeen ydin paljastui nopeasti epäilijöillekin.

> *… ehkä mulla oli sieltä voimakkaammasta päästä se kokemus alkuunsa, että nyt mä oon niin väärässä paikassa, kun sinne Seinäjoelle* [ensimmäiseen seminaariin] *tulin. Ja se kesti niinku jokusen tunnin, kun mä tajusin, että nythän mä oon niin oikeessa paikassa! (T7)*

PA-hankkeessa mukana olleille sote-ammattilaisille konkretisoitui se, miten paljon eri ammattilaiset eri tahoilla tekevät työtä samojen asiakkaiden kanssa. Eräs haastateltava totesi, että hänelle oli ollut avartava, jopa järisyttävä kokemus huomata, että jopa saman kaupungin alueella oli useita työntekijöitä, jotka tekivät samaa työtä samojen asiakkaiden kanssa – toisistaan tietämättä. PA-hanke toi ammattilaiset eri organisaatioista konkreettisesti yhteen. Konsepti, jossa tiimit koottiin moniammatillisesti eri organisaatioista, näytti toimivan hyvin. Hankkeen osallistujille kirkastui, kuinka huonosti eri ammattilaiset tuntevat toisiaan ja toistensa työtä. Hankkeen aikana tutustuttiin muihin keskeisiin toimijoihin oman kohderyhmän osalta. Yhteistyön uskottiin jatkuvan kehitettyjen toimintamallien pohjalta myös tulevaisuudessa.

> *Että niinku tosi hedelmällistä musta tää ja tosi kiva* [oli] *tutustua erikoissairaanhoidon teihin … porukkaan. Että meillä on tosi hyvä yhteys, että voidaan soitella ja laittaa piikki-viestiä näistä asiakkaista puolin ja toisin. Se on musta paljon helpompi lähestyä, kun tiedetään toisemme. (T14)*

Tiimin omat tapaamiset seminaarien välillä vahvistivat yhteistyön ilmapiiriä ja konkretisoivat edelleen kehittämistyötä. Välitehtävät liittivät kehittämisen konkreettisesti omaan työhän. PA-hankkeen viisi maakunnallista suunnittelijaa toimivat tiimien valmentajina ja osallistuivat tiimien tapaamisiin seminaarien välillä. Valmentajan roolin merkitystä kuvaa myös se, että erään valmentajan siirtyminen muihin tehtäviin jonkin verran ennen aktiivisen hankeajan päättymistä koettiin harmillisena. Tiimin 'ulkopuolisen' tuen pois jääminen vaikutti haastateltujen mukaan ainakin loppurutistukseen.

> *Olis kaivannu* [loppuvaiheessakin] *jonkun, joka olis pitäny naruista kiinni ja vähän eteenpäin. Kyllähän meille johto …mutta ei siitä konkreettisesti kuitenkaan tässä ihan hirveesti tullut mukaan auttamaan. (T14)*

Asiakaslähtöisyyden sisäistäminen

Hankkeen koettiin edistäneen asiakaslähtöistä ajattelutapaa. Kehittämistyöhön otettiin heti alussa mukaan osallistujien omasta työstä löytyneitä konkreettisia asiakasesimerkkejä. Ensimmäisessä seminaarissa piirrettiin asiakasesimerkeistä niin sanottuja seinäkarttoja, jotka havainnollistivat asiakkaan kulkua palveluviidakossa ja kokonaisuuden koordinaation puutetta. Asiakas tuli konkreettisesti kehittämistyön lähtökohdaksi.

> *Tää on hirveen hyvä hanke siinä mielessä, että omia silmiä avaa, mutta on avannu myös muiden silmiä siinä, että oikeesti, ihminen on kokonaisuus. Että ei se ole vaan se yks ongelma, se terveys. (T3)*

Omien silmien avautumisen lisäksi viestiä sekä asiakaslähtöisyydestä että sen mahdollistavasta yhteistyöstä on saatu vietyä muillekin kollegoille omissa työyhteisöissä. Yhteistyö vaatii asennemuutoksia ja uusia tapoja tehdä työtä. Osallistujien mukaan yksi hankkeen aikana saaduista oivalluksista oli, että yhteistyö jakaa taakkaa, joka paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista voi helposti syntyä. Asiakaslähtöisen työotteen omaksumista edistää se, että sen hyödyt ymmärretään ja sisäistetään. Kaikkea ei tarvitse tietää eikä osata itse.

> *Esimerkiksi sosiaalityöntekijän ja mielenterveys- tai päihdetyöntekijän muodostama pari toimii hyvin. Molempien ei tarvitse olla kaiken tiedon äärellä. (T8)*

Samalla kun ymmärrys sote-kentän pirstaleisuudesta ja koordinoinnin puutteesta kasvoi, vahvistui kuitenkin myös usko siihen, että jokainen ammattilainen pystyy tekemään parhaansa asiakkaan eteen.

Toimintamallit kehittämistyön konkreettisina tuloksina

Tiimien kehittämistyön tuloksina syntyi eri asiakasryhmille yhteensä 37 toimintamallia, joiden avulla yhteisasiakkaiden hoitoa ja palveluja voidaan ottaa haltuun ja koordinoida asiakaslähtöisesti, eri toimijoiden välisen yhteistyön avulla. Haastatellut tiimiläiset olivat vakuuttuneita siitä, että tiimeissä luodut toimintamallit ja työkalut ovat käyttökelpoisia ja että niitä on myös jalkautettu käytäntöön. Toimintamallien yhteisinä piirteinä olivat asiakkaiden tunnistaminen, moniammatillinen yhteistyö (joko parityönä tai laajemman tiimin toteuttamana), hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen asiakkaalle hänen kanssaan sekä yhteyshenkilön määrittäminen jatkoa ja seurantaa varten.

Joissakin tapauksissa kyse oli hyvinkin yksinkertaisista toimintatapojen muutoksista, jotka kuitenkin koettiin ensiarvoisen tärkeiksi. Jo pelkkien eri ammattilaisten yhteystietojen ja puhelinnumerojen jakaminen alensi yhteydenoton kynnystä ja tehosti toimintaa.

> *…ihan aidosti ne on löytäny näitä yhteisiä toimintamalleja ja kyllä siellä ainakin, vaikutti seminaarissakin, että on selvästi tullut uusia oivalluksia ja uusia kontakteja... Ja tietyssä mielessä yksinkertaisia juttuja, että tää ei tosiankaan oo mitään kauheen, mitään rakettitiedettä, vaan se, että huomaa, että verkostoitumalla ja moniammatillisuudella saadaan oikaistuakin asioita. (J8)*

Erään haastatellun tiimin mukaan heidän asiakasryhmänsä osalta eri tahojen (PTH, ESH ja SOS) yhteistyö oli aiemmin vähäistä ja lähinnä satunnaista, perinteisen kaavan mukaista. Tiimin luoman yhteistyömallin ansiosta yhteistyö on nyt systemaattista ja tavoitteellista, kun keskeisistä ammattilaisista koottu työryhmä kokoontuu kuukausittain ja pitää viestimällä yhteyttä tarpeen mukaan.

> *[aiemmin yhteydet olivat] …ihan potilaskonsultaatioiden kautta, joko paperilla tai sitten puhelimitse. Toisaalta epikriisit sitten sairaalasta perusterveydenhuoltoon. (T12)*

> *…mutta nythän se on, loistavasti toimii, kun me tehdään [PA-hankkeessa ko. tiimin kehittämän yhteistyömallin mukaisesti]…yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa, hyvin vinkki-viestien kautta ja muuten. (T13)*

Pienten toimintamuutosten lisäksi kehittämistyöllä saattoi olla laajempiakin vaikutuksia. Esimerkiksi eräällä paikkakunnalla kaksi sairaalaa toimi aiemmin erikseen, mutta PA-hanke herätti huomaamaan yhteistyön tarpeen ja hyödyt. Nyt tietyllä asiakasryhmällä toinen sairaala toimii linkkinä asiakkaaseen päin, mutta sairaalat toimivat yhdessä siten, että tieto yhteisistä asiakkaista siirtyy niiden välillä ja päällekkäisyydet jäävät vähemmiksi.

Yhteistyövalmiuksien vahvistuminen

Yhteistyö tiimeissä sujui hyvin, koska tiimien ilmapiiri koettiin avoimeksi, tasavertaiseksi ja keskustelevaksi. Haastateltujen mukaan luottamus syntyi toisten ammattilaisten osaamisen arvostamisesta.

> *Tavallaan kyllä mä koin alusta asti, että kaikki kunnioitti niinku toistensa ammattitaitoa. Ja nimenomaan keskusteluissa se kuuntelukin tuli, että annettiin jokaisen sanoa mielipiteensä ja näkemyksensä. (T11)*

Toisilta ammattilaisilta, muissa organisaatiossa työskenteleviltä, saatiin tiimien kehittämistyössä vahvistusta omalle ammattitaidolle, ”realistista vertailukuvaa” omille ajatuksille moniongelmaisten asiakkaiden osalta ja uutta oppia toisilta. Haastatellut uskoivat, että kun yhteistyölle oli nyt luotu kanavat, toisilta oppiminen voi jatkua myös tulevaisuudessa.

> *…teidän ammattitaitoa mä voin hyödyntää tosi paljon mun omassa työssä, [jos] mä en tiedä, että mitä tän asian kanssa pitäis tehdä, niin mä voin teiltä kysyä. (T14)*

> *Ihan jos henkilökohtaisesti sanon, niin ammatillinen tietämys on lisääntynyt. (T8)*

PA-hankkeessa yhteistyön painopiste oli ammattilaisten välisessä face-to-face-vuorovaikutuksessa. Haastateltujen mukaan yksi hankkeen onnistumisista perustui siihen, että

yhteistyötä tehtiin juuri ihmisten välillä – tietojärjestelmäongelmista huolimatta. Yleisesti tiedossa on, että tietojärjestelmät eivät tällä hetkellä tue vaan jopa estävät yhteistyötä. Tässä hankkeessa ei juututtu tietojärjestelmäongelmiin, vaan etsittiin muita tapoja ratkaista tiedonkulun ongelmia. Myös epäviralliset keskustelut hankkeen aikana koettiin antoisiksi. Hankkeeseen osallistuminen koettiin ajatuksia avartavaksi koulutukseksi ja voimaannuttavaksi työnohjaukseksi.

> *Ja oikeesti nää meidän keskustelut, mitä käydään ruokapöydässä, kahvipöydässä ja muualla, on olleet verrattavissa johonkin tämmöseen hyvään koulutustilaisuuteen, semmoseen avartavaan. (T10)*
> *Tässä on sellasta työnojauksellista ollut myöskin. Ja toisaalta niinkun huomaa, että kuinka pientä nurkkaa sitä ite hoitaa. Ja kuinka toisaalta kauaskantoisia* [vaikutuksia] *sillä oman pienen nurkan hoitamisella on. (T9)*

Haastatellut korostivat, että yhteistyötä opittiin parhaiten tekemällä hankkeessa itse konkreettista verkostotyötä, sekä kokemuksen kautta oppimalla että toisilta oppimisen kautta.

Johdon mukanaolo ja sitoutuminen hankkeeseen

Johdon edustajia, lähi- tai keskijohdosta, oli mukana useassa tiimissä. Haastateltujen mukaan johdon sitoutuminen hankkeeseen onnistui joillakin paikkakunnilla hyvin, mutta joissakin se jäi puutteelliseksi. Osallistujat kokivat johdon sitoutumisen erittäin tärkeäksi. Tulevaisuudessa onkin varmistettava, että varmistetaan johdon mukanaolo ja että johdon rooli hankkeen toteuttamisessa määritellään selkeästi.

> *Ja se on hyvin tärkee näissä tämmösissä, kun perustyöhön tulee muutoksia, että on talon johdon tuki siihten ja mahdollistetaan se muutos. Että sitä, jos me jossain työporukkapiirissä jotain suunnitellaan, mutta ei oikeesti aikaresurssia eikä välineitä, niin eihän siitä käytännössä tule suunnitelmaa. Että se on semmonen kyllä, että se johto vie siihen organisaatioon sen muutoksen… (T12)*

Jotkut tiimit olivat kehittämistyön aikana hyvinkin tiiviissä yhteydessä johtoon ja pitivät useita yhteisiä palavereja johdon kanssa. Ne koettiin hyvin motivoivina ja hankkeen jalkauttamista tukevina. Myös hankkeen aikana järjestetyt aluetapaamiset mahdollistivat PA-tiimiläisten ja johdon vuorovaikutuksen. Näissä tapaamisissa tiimit esittelivät tuotoksiaan ja niistä keskusteltiin yhteisellä areenalla.

Toiminnan jalkauttaminen käytäntöön ja jatkuvuuden varmistaminen

PA-hankkeen koettiin onnistuneen siinä, että sen toteuttamisen mittakaava oli sopiva. Kentällä oleva hankeväsymys on tunnistettu tosiasia. Eräs haastateltu tiimiläinen totesi, että aiemmin monet hankkeet ovat usein olleet liian ’yliampuvia’, sellaisia, että niitä todennäköisesti ei pystyttäisi käytännössä oikeasti toteuttamaan. PA:ssa tiimit määrittelivät itse oman kehittämistavoitteensa. Haastateltavat totesivat ohjenuorana olleen, että ei edes kuviteltu, että pystyttäisiin toteuttamaan mitä vaan. Suureellisten tavoitteiden sijaan maltettiin miettiä, mihin kullakin tiimillä oli aikaa ja resursseja. Tiettyyn asiakasryhmään ja tiettyihin toimijoihin kohdistetun, käytännönläheisen toimintamallin jatkuminen hankkeen jälkeenkin on todennäköisempää kuin ’tähtien tavoittelu’. Eräs haastateltu

totesi tiimin aikaansaannosta siten, että hankkeen aikana he ovat saaneet hyvään alkuun prosessin (yhteistyön toimintamallin paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan palveluun).

> *Kauheesti töitä on eessä, että saadaan jalkautettua tuonne… Että mitä nyt sitten tää* [uusi organisaatio] *meille tuo tukee siihen. (T, tunnistamaton)*

Tukea yhteisasiakkaiden palvelumallien jalkauttamiseen odotetaan siis paitsi johdolta, myös laajemmin sote-uudistukseen valmistautuvilta maakunnallisilta organisaatioilta, jotka tämän raportin teon aikaan odottava sote-päätöksiä ja pyrkivät valmistautumaan uudistukseen hiomalla organisaatiorakenteitaan vastaamaan uudistuksen tuomia haasteita. PA-hankkeeseen tutustunut johtaja näki tärkeänä, että hankkeen tuotokset viedään laajempaan käyttöön jatkossa:

> *... mun mielestä tätä Parempi Arki -aatettakin pitää viedä semmosiin…täähän pitäis juurruttaa meidän koulutukseenkin (J8).*

Olennaisen tärkeä osa PA-hankkeen toiminnassa oli käytännön työssä toimivien ammattilaisten osallistaminen oman työnsä ja yhteistyön kehittämiseen.

> *…hirveen antoisaksi koin sen, että sai siitä ihan oman arjen työstä ammentaa sisältöä tän ryhmän toimintaan, että se oli tärkeetä. (T12)*

Kentän ammattilaisten äänen kuuleminen ja heidän osallistumistaan kehittämistyöhön pidettiin ehdottoman tärkeänä, kun sote-uudistusta jalkautetaan toiminnalliselle tasolle. Tämän viestin toivottiin välittyvän myös sote-uudistuksen valmistelijoille.

> *Sote-uudistuksessa on kiinnostusta siihen, mitä --- se ei välttämättä* [ole siellä selvillä mitä] *ruohonjuuritasolla tehdään, mitä se työ on ja mitä siellä koetaan tärkeäksi. Että toivottavasti menee viesti perille. (T12)*

> *…tää on ollu hirmu voimauttava ryhmä… on ihan into piukassa ja lisää tän tyyppisiä hankkeita ja muuta, ja ruohonjuuritason väkeä mukaan. Silleen se yhteistyö [lisääntyy] ja me tullaan tutuiks ja tää yhteistyöverkosto kasvaa ja tää sote-integraatio syvenee ja levenee ja tähän malliin. Ja kiitos. (T9)*

Myös johdon edustaja näki hankkeen etuna sen, että kehittämistyön lähtökohtana olivat kentän ammattilaiset.

> *…ne* [hankkeessa kehitetyt toimintamallit]*…oli varsin onnistuneita jo kuvauksina. Siinä kyllä näki, että tämä jengi, paikallinen toimijajoukko* [on ne tehnyt]. *(J1)*

6.4 Hankkeessa tehdyt opinnäytetyöt

Hankkeessa tehtiin useimpia opinnäytetöitä, joista seuraavana jo tiedossa olevat valmistuneet:

- Pussinen Jaana & Tiira Pirjo (2016). Terveydenhuollon paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamistyökalu Väli-Suomen Parempi Arki –hankkeelle: Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Opinnäytetyö ylempi AMK.
- Liljamo Carita (2017). Paljon palveluja käyttävä asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. Pro Gradu tutkielma, Vaasan yliopisto.
- Harju Mari (2017). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia asiakkaiden osallistamisesta kehittämiseen. Pro Gradu tutkielma. Vaasan yliopisto.
- Hell Harri & Timonen Joakim (2017). Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden asiakaskokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluissa Heinolassa. Opinnäytetyö, hoitotyön koulutusohjelma Lahden ammattikorkeakoulu.

7 Pohdinta

Parempi Arki -hankkeen liikkeellelähtövaiheessa jouduttiin miettimään hankkeen toteuttamistapa uusiksi odotettua pienemmän valtionapupäätöksen vuoksi. Aikaisempien kokemusten perusteella yhteinen tahtotila oli saada osallistettua hankkeeseen mahdollisimman paljon asiakasrajapinnassa työskenteleviä ammattilaisia. Onnistuimme rekrytoimaan 250 sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen ammattilaisia ja johtoa seminaarikierroksille. Rekrytointi ei ollut helppoa, mutta sitäkin palkitsevampaa, kun ammattilaiset saatiin saman pöydän ääreen kehittämään yhteistä asiaa.

Keskityimme hankkeessa kolmeen tärkeään asiaan yhteisasiakkaiden palvelujen kehittämisessä; heidän tunnistamiseensa, yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen ja toimintamallien kehittämiseen. Pirstaloitunut järjestelmä ja organisaatiolähtöisyys synnyttää palvelujen suurkulutusta. Ammattilaiset tunnistavat melko usein asiakkaita, joita ei pysty yksin auttamaan ja joka tarvitsisi monialaisia palveluja. Tunnistamista ei kuitenkaan uskalleta tehdä, ei uskalleta avata ”Pandoran lipasta”, koska ei ole toimintamallia, kuinka toimitaan sen jälkeen. Webropol- kyselyn mukaan 83 % uskaltaa tunnistaa paremmin yhteisasiakkaita toimintamallin ansioista. Asiakkaan ja prosessien sujuvuuden näkökulmasta konkreettinen yhdessä tekeminen ja yhteistyön toimintamallit saavat suuren merkityksen. Yhdessä tekeminen helpottaa ammattilaisten taakkaa; sen voi jakaa ja yksin ei tarvitse osata ja hallita kaikkea. Asiakkaan ei puolestaan tarvitse kertoa uudestaan ja uudestaan asioitaan. Asiakkaita kannattaa aina ottaa mukaan kehittämistyöhön – emme ammattilaisina voi nähdä asioita asiakkaan silmin.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeisin työväline asiakkaan ja ammattilaisten välisessä yhteistyössä. Niiden tekeminen monialaisesti on iso prosessi ja edellyttää monen ammattilaisen ajan käyttöä ja toimintatavan muuttumista. Toimintatapojen muutokset eivät synny itsekseen, vaan edellyttävät johdon tukea, johtajien välistä yhteistyötä eri sektoreiden välillä ja systemaattista ja pitkäjänteistä työtä, jota arvioidaan ja kehitetään edelleen kohti yhteistä visiota. Yhteiset tietojärjestelmät ovat tulevaisuudessa avainasemassa, mutta vaikka ei aina olla kaiken tiedon äärellä, yhteistyötä voidaan tehdä.

”Tässä tuli herätys, ettei ole järkevää tehdä peräkkäisiä palvelusuunnitelmia samalle asiakkaalle, vaan tehdään yksi yhteinen palvelusuunnitelma, jossa huomioidaan asiakkaan tarvitsema palvelu yhtenä pakettina. Ei ole järkevää viedä asiakasta organisaatiolähtöisesti ”liukuhihnalla”, jossa tehdään automaattisesti kuhunkin organisaatioon liittyvät asiat. Lähdetäänkin asiakkaantarpeesta: yksi sosiaalityöntekijä määrittää asiakkaan tarpeen ja toimii linkkinä, minkä seurauksena koko hoitotiimi voi toimia yhdessä asiakkaan parhaaksi.

Parempi Arki -hankkeen tiimien kehittämät yhteistyön toimintamallit edellyttävät ammattilaisilta asennemuutosta ja uudenlaista tapaa tehdä työtä.
– Usein ajatellaan, että olisi oltava kaiken tiedon äärellä, että yhteistyö olisi mahdollista – ilman yhteistä tietojärjestelmään on tehtävä todella paljon pohjatöitä, Heikkinen mainitsee.
Keskeistä oli, että sote-ammattilaiset keskustelivat keskenään sekä asiakkaiden kanssa eikä toteuttamisessa juututtu tietojärjestelmien ongelmiin. (Virpi Heikkinen, kuntoutusylilääkäri, Tays, Sosiaali- ja kuntatalouslehti 8/2017)

Pääsimme hyvään alkuun toiminnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa, sivistystoimen opettajia ja muita ammattilaisia unohtamatta. Saimme hienoja kokemuksia, oivalluksia, uusia yhteistyökumppaneita, mutta ymmärsimme myös sen tosiasian, että toimintojen integraatio asiakasrajapinnassa vaatii paljon työtä varsinkin paljon palveluja tarvitsevien kohdalla; saman pöydän ääressä istumista, yhteisten näkemysten ja kielen löytämistä, luottamusta toisiin ammattilaisiin, konkreettista opettelua yhdessä tekemisestä asiakkaan kanssa ja asiakkaiden mukaan ottamista kehittämistyöhön.
Nämä 250 parempiarkilaista pistivät itsensä likoon tiukoista aikatauluista ja arjen paineista huolimatta ja kehittivät parempaa arkea yhteisille asiakkaille ja omaan työhönsä.

Lämmin kiitos yhteisestä Parempi Arki matkasta!

Lähteet:

Leskelä R., Komssi V., Sandström S., Pikkujämsä S., Haverinen., Olli S-L. & Ylikatajisto K (2013). Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen lääkärilehti 48/2013 vsk 68, 3163-3169c.

Liitteet:

Liite 1. Ohjausryhmän kokoonpano
Liite 2. Tunnistamistyökaluryhmän kokoonpano
Liite 3. Hoito- ja palvelusuunnitelma
Liite 4. Smart –työkalu
Liite 5. Hopa A3

Liite 1

Parempi Arki ohjausryhmän kokoonpano

Päijät-Häme		
Risto Raivio	Phsotey, PTH- yksikkö	Johtaja
Juha Luomala	Sosiaalialan osaamiskeskus Verso	Johtaja
Mika Forsberg	Peruspalvelukeskus Oiva	Vs. peruspalvelujohtaja
Pirjo Orre	Phsotey, päivystys- ja ensihoito	Ylihoitaja
Kirsi Timonen	Heinolan kaupunki	Ylilääkäri
Pirkanmaa		
Doris Holmberg-Marttila	Pirkanmaan shp, PTH-yksikkö	Johtaja
Kristiina Laiho	Sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos	Johtaja
Tuula Haapio	Tampereen kaupunki	Sosiaalipalvelupäällikkö
Isto Nordback	Pirkanmaan shp	Kehitysjohtaja
Liisa Länsipuro	Pirkkala	Ylilääkäri
Kanta-Häme		
Jan Löfstedt	Kanta-Hämeen shp, PTH-yksikkö	Johtaja
Anitta Leinonen	Hattula	Perusturvajohtaja
Markku Nurmikari	Hämeenlinnan kaupunki	Tilaajaylilääkäri
Juha Heino	FSHKY	Yhtymän johtaja
Etelä-Pohjanmaa		
Jaakko Pihlajamäki	Etelä-Pohjanmaan shp	Johtaja
Eliisa Autio	Etelä-Pohjanmaan shp	Taloussihteeri
Arto Rautajoki	Sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA	Kehitysjohtaja
Matti Rekiaro	Etelä-Pohjanmaan shp, PTH-yksikkö Aksila	Johtaja
Kirsti Kähärä	Suupohjan LLKY	Terveyspalvelujohtaja
Päivi Saukko	Seinäjoki	Tulosaluejohtaja
Päivi Leikkola	Etelä-Pohjanmaan shp	Ylihoitaja
Pohjanmaa		
Pia Wik	Vaasan shp, PTH-yksikkö	Suunnittelupäällikkö
Erkki Penttinen	Vaasan kaupunki	Tulosaluejohtaja
Marjo Orava	Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto	Ylihoitaja
Sofia Svartsjö	Mustasaari	Ylilääkäri
Auvo Rauhala	Vaasan shp	Johtajaylilääkäri
STM, THL, Kaste-ohjelma		
Leena-Kaisa Nikkarinen	Väli-Suomen Kaste	Ohjelmapäällikkö (->31.12.2015)
Taina Mäntyranta	Sosiaali- ja terveysministeriö	Hankkeen valvoja
Ritva Salmi	Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos	Kehittämispäällikkö (1.9.2016 saakka)

Liite 2. Työkaluryhmän kokoonpano

Veli Tuominiemi	sosiaali-työntekijä	Lapua
Anna-Maija Koivukoski	kehittämis-ylilääkäri	Aksila, Epshp:n perusterveyden-huollon yksikkö, Seinäjoki
Johanna Vanninen	apulaisosaston-hoitaja	EPSHP/ päivystysyksikkö
Tuire Hautanen	terveyden-hoitaja	Ky Kaksineuvoinen
Emilia Lilja	lääkäri	Tampereen kaupunki
Jenni Kaarniaho	terveyden-hoitaja	Pirkkala
Teija Liimatainen	projektipäällikkö	Pirkanmaan shp
Katriina Salminen	palvelupäällikkö	Valkeakoski
Mari Sisso	sosiaali-työntekijä	Lahden kaupunki
Jaana Pussinen	sh/Yamk-opiskelija	Päijät-Hämeen keskussairaala, tarkkailuosasto
Pirjo Tiira	Yamk-opiskelija	Lahti
Kaisu Serkelä	sairaanhoitaja	Oivappk/ Salpakankaan tk
Outi Hämäläinen	ylilääkäri	Oivappk/ Salpakankaan tk
Marju Järviö	Yamk-opiskelija	Lahti
Sanna-Maria Laine	sairaanhoitaja	Päijät-Hämeen keskussairaala, Akuutti24
Mia Saukko	psyk. sh, nepsy-valmentaja	Vaasan kaupunki, Laihian yhteis-toiminta-alue (tk)
Lisa Sundman	hoitotyön asiantuntija/sh	Vaasan keskussairaala
Susanne Häggman	sairaanhoitaja	Pietarsaari
Marjo Kuikka	sairaanhoitaja, tk vo	Janakkala
Riikka Haahtela	sosiaali-työntekijä	Hattula
Minna Hallikainen	sairaanhoitaja /psyk	FSHKY
Hanna Hutka-Ojanen	teknologia-asiantuntija	FSHKY (kunta kust.)
Soile Merilä	johtava sosiaali-työntekjä	Hämeenlinna
Tuija Salonsaari	ESH, päivystys, osastonhoitaja	Hämeenlinna
Terhi Soittila	lastensuojelun työntekijä	Janakkalan perusturva
Tarja Saari	vastaava fysioterapeutti	Janakkala
Merita Kautonen	palvelu-koordinaattori	Hämeenlinnan terveyspalvelut
Merja Koivula	kotihoidon aluevastaava	FSHKY
Pirjo Kilpeläinen	terveydenhoitaja (neuvola)	Janakkala

LIITE 3. Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelma HO-PA	**Päiväys**
Asiakkaan nimi:	**Henkilötunnus:**
Lähiosoite: **Puhelinnumero:**	**Postinumero ja -toimipaikka:**
Suunnitelman laatimiseen osallistuneet henkilöt	
Suunnitelman vastuuhenkilö (voidaan kirjata suunnitelman teon jälkeen)	
Asiakkaan tarve	
Asiakkaan tavoitteet	
Suunnitelman toteutumista tukevia asioita	
Suunnitelman toteutus ja keinot	

Seuranta ja arviointi
Lisätiedot: lääkitys, diagnoosit, hoito- ja palvelukontaktit
Muuta huomioitavaa
Asiakkaan suostumus tiedonvaihtoon pyydetty: __ / __ 201__ Kirjallisesti ☐ Suullisesti ☐ Suostumus tallennettu: sähköisesti ☐, paperisesti ☐, tallennuspaikka: Suostumuksen voimassaoloaika:
Yhteinen asiakassuunnitelma tallennetaan sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään: Manuaalisesti ☐Sähköisesti☐ **Kopio yhteisestä asiakassuunnitelmasta tallennetaan potilastietojärjestelmään:** Manuaalisesti ☐ Sähköisesti ☐ Yhteinen asiakassuunnitelma on luovutettu asiakkaalle __ / __ 2016

LIITE 4. SMART -työkalu

S **SPECIFIC = tavoite on tarkoin määritelty ja selkeästi rajattu.**

Hyviä esimerkkikysymyksiä tähän ovat:
Mitä tarkalleen ottaen haluatte saada aikaiseksi?
Mitkä asiat jäävät tämän tavoitteen ulkopuolelle?

M **MEASURABLE** = tavoitteen onnistumisen tulee olla arvioitavissa. Tärkeätä on, että on yhteinen ennakkokäsitys siitä, milloin tavoite on toteutunut.

Hyviä esimerkkikysymyksiä ovat:
Mistä tiedämme onnistuneemme?
Mitä tämä konkreettisesti tarkoittaa?

A **ACHIEVABLE** = tavoite on sellainen, joka on mahdollista saavuttaa. Se on haastava, mutta ei tunnu mahdottomalta.

Hyviä esimerkkikysymyksiä ovat:
Kuinka mahdollisena pidätte, että saavutatte tavoitteenne?
Kuinka todennäköisenä pidätte, että saavutatte tavoitteenne?

R **RELEVANT** = hyvä tavoite on olennainen. Motivaation kannalta tärkeintä on, että tavoite vie kokonaisuutta selkeästi oikeaan suuntaan.

Hyviä esimerkkikysymyksiä ovat:
Kuinka tärkeä tavoite on meille?
Miltä onnistuminen tämän tavoitteen suhteen tuntuu?

T **TIME BOUND** = hyvä tavoite on aikaan sidottu. Tekijöillä on oltava selkeä käsitys siitä, mihin mennessä tavoitteen on tarkoitus toteutua.

Hyviä esimerkkikysymyksiä ovat:
Milloin tämä tavoite on mahdollista saavuttaa?
Koska on oltava valmista, jotta tavoitteella olisi haluttu vaikutus?

Hopan suunnittelu	
1. *Miten tunnistamme yhteisasiakkaan?*	5. *Miten tehdään?*
2. *Mihin yhteistä suunnitelmaa tarvitaan?*	*6. Kuka vastaa?*
3. *Milloin?*	*7. Miten Hopa saadaan yhteistyönväline eksi?*
4. *Ketkä mukana?*	