

Oma-arvioinnin raportointipohja

**Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden
Oma-arvioinnin raportointi, luonnos**

**Kanta-Häme
15.11.2021**

Sisällys

Kansallinen ohjeistus arvioinnin toteuttamiseen	3
Johdanto	5
1 Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen	7
1.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet	7
1.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamisen seurannassa	9
1.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät	10
1.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset 2020	11
1.4.1 Täydennysshaussa tulneiden uusien osa-alueiden lähtötilanteen arviointi syksy 2021	11
1.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset	15
1.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset syksy 2021	18
2 Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakkoivaan työhön	20
2.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet	20
2.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit	21
2.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät	21
2.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset	21
2.4.1 Täydennysshaun uusien osa-alueiden lähtötilanteen arviointi syksy 2021	22
2.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset	23
2.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset syksy 2021	26
3 Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen	27
3.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet	27
3.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit	28
3.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät	28
3.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset	28
3.4.1 Täydennysshaun uusien tavoitteiden lähtötilanteen arviointi syksy 2021	29
3.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset	30
3.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset syksy 2021	33
4 Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen	34
4.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet	34
4.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit	36
4.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät	37
4.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset	37
4.4.1 Täydennysshaun uusien tavoitteiden lähtötilanteen arviointi	37
4.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset	38
4.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset	43
5 Kustannusten nousun hillitseminen	46
5.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet	46
5.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit	47
5.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät	47
5.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset	47
5.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset	48
5.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset	48

Kansallinen ohjeistus arvioinnin toteuttamiseen

Sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeet velvoitetaan tekemään oma-arviointia kehittämistoiminnan etenemistä ja tuloksia koskien. Oma-arviointi toteutetaan hankkeen oma-arviointisuunnitelman mukaisesti ja se raportoidaan tälle pohjalle. Oma-arvioinnin ensisijainen tarkoitus on tukea hankkeen kehittämistoimintaa. THL hyödyntää oma-arviointeja lisäksi ohjelman kansallisessa seurannassa ja arvioinnissa.

Kirjaa ja päivitä oma-arvioinnin toteutus aina samaan pohjaan alla olevan arviointiaikataulun mukaisesti. Tallenna uusiin päivitetty ja päivätty versio pdf-liitetiedostoksi Innokylään oman alueesi *Kokonaisuuden* alle kohtaan *Arviointi*. Voit samalla poistaa edellisen version liitetiedoston.

Tee lyhyt tiivistelmä kustakin oma-arvioinnin raportoinnista Innokylään alueesi hankkeen *Kokonaisuuden* alle kohtaan *Arviointi*. Tee tiivistelmä aina edellisen tiivistelmän perään ja muista päivätä tiivistelmä. Kirjaa yksi kappale tiivistelmätekstiä Innokylässä valmiina olevien kansallisten hyötytavoitteiden mukaisten neljän otsikon alle.

Vinkkejä raportointiin

- Kirjoita lyhyesti, selkeästi ja informatiivisesti nostamalla esiin keskeisimmät asiat
- Kuva raportointipohjaan arvioituja tuloksia, ei pelkkää numeerista seurantadataa. Mikäli seurantadata on taulukkomuodossa, voit liittää sen raportin perään liitteeksi tai erilliseksi pdf-liitetiedostoksi (esim. excel) Innokylään oma-arviointiraportin yhteyteen.
- Oma-arviointi raportoidaan puolivuositteittäin samaan raportointipohjaan. Päivitä tuloksia siten että mahdollinen edistyminen tai muutos tulee selkeästi näkyviin. Poista tarvittaessa vanhaa tekstiä.

Käsitteet

Sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmalla on viisi **kansallista hyötytavoitetta** (ks. Hankeopas). Ne kuvaavat asiointiloja, joita ohjelmalla kansallisesti tavoitellaan. **Hankkeen tulostavoitteet** kuvaavat alueellisen hankkeen omia tarkennettuja tulostavoitteita kunkin kansallisen hyötytavoitteen alla. **Hankkeen prosessitavoitteet** ovat kehittämistoiminnan tavoitteita, jotka tulee saavuttaa matkalla kohti tulos- ja hyötytavoitteita.

Tavoitteet eivät ole tekemistä, vaan tavoite on jokin tila joka tulee saavuttaa.

Kehittämistoimenpiteet ovat toimenpiteitä (ja tekemistä), joiden avulla hankkeen prosessitavoitteet ja tulos- ja hyötytavoitteet voidaan saavuttaa. Tällaisia ovat esimerkiksi alueen tarpeiden tunnistaminen, toimintamallien ja ratkaisujen suunnittelu, kokeilu, käyttöönotto ja vakiinnuttaminen.

Kuvio 1. jäsentää esimerkin avulla tulostavoitteiden, prosessitavoitteiden ja kehittämistoimenpiteiden välistä eroa.

Arviointiasetelma ja lähtötilanne

TULOS-JA PROSESSITAVOITTEET	MITTARIT/KRITEERIT	TIEDONKERUUN JA ARVIOINNIN MENETELMÄT	LÄHTÖTILANTEEN ARVIOINNIN TULOKSET
Tulostavoite: Seitsemässä päivässä kiireettömälle lääkärikäynnille 1.1.2023 alkaen	Tulosmittari: T3-aika Toteutuneet kiireettömän lääkärikäynnin odotusajat, yli 7 päivää odottaneet, %	T3 tilastollinen seuranta kuukausittain Avohilmo 3 kk välein	T3 = 33 arkipäivää Yli 7 päivää odottaneita 45 %
Prosessitavoite: Asiaksegmentoinnin toimintamalli käytössä alueella 31.8.2022	Prosessimittari Kehittämisen eteneminen ja onnistuminen: Suunnittelu, Kokeilu, Käyttöönotto.	Arviointikeskustelut	Käytössä perinteinen ajanvaraus kiireettömälle lääkärikäynnille soittamalla; odotusajat kasvaneet; lääkärivaje, asiakkaat kiukkuisia

Prosessi- ja tulosseuranta puolen vuoden välein

TEHDYT KEHITTÄMISTOIMENPITEET JA PROSESSITAVOITTEIDEN SEURANNAN JA ARVIOINNIN TULOKSET	TULOSTAVOITTEIDEN SEURANNAN JA ARVIOINNIN TULOKSET
Uuden asiakkuuksien segmentointiin perustuvan toimintamallin suunnittelu saatu valmiiksi 31.1.2021, haasteita segmenttien määrittelyssä. Pilotointi kolmella terveysasemalla 3 kk. keväällä 2021; ammattilaisten ja asiakkaiden kokemukset hyviä.	Huhtikuussa 2021 pilottiasemilla T3 = 9 arkipäivää ja yli 7 päivää odottaneita 10 %.

Oma-arvioinnin raportointiaikataulu

Raportointi Innokylään viimeistään	Oma-arvioinnin sisältö
15.11.2021	Raportointi sisältää oma-arvioinnin syksyn 2021 tilanteesta
15.5.2022	Raportointi sisältää oma-arvioinnin kevään 2022 tilanteesta
15.11.2022	Raportointi sisältää oma-arvioinnin syksyn 2022 tilanteesta
15.5.2023	Raportointi sisältää oma-arvioinnin kevään 2023 tilanteesta
15.11.2023	Raportointi sisältää oma-arvioinnin syksyn 2023 tilanteesta

Johdanto

Kanta-Häme on 11 kunnan muodostama maakunta, jossa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjiä on yhteensä kahdeksan. Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeeseen osallistuvat kaikki järjestämisvastuulliset kunnat ja kuntayhtymät. Kumppaneina toimivat Forssan seudun kunnat. Hankehallinnoijana toimii Hämeen liitto.

Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeen tavoitteena on kehittää täysin uudenlainen sote-keskuskonsepti viiden kansallisen hyötätavoitteen saavuttamiseksi.



Kuva 1: Toimintamallin kokonaishahmotusta, asiakas on aina oikeassa paikassa

Monialainen tiimimalli vastaa saatavuuden ja jatkuvuuden parantamisen haasteisiin. Asiakas saa palvelun yhdellä yhteydenotolla ja lähettämisen kulttuurista luovutaan. Mielenterveys- ja päihdepalveluja vahvistetaan kaikenikäisten palveluissa. Kehittämisen ajatuksena on valtavirtaistamisen periaate. Kaiken ikäisten psykososiaalisten menetelmien saatavuuden parantamisen osa-alue toteutetaan yhteisvastuualuetasoisesti. Kehittämisen koordinoinnista vastaa Tampereen yliopistollinen sairaala TAYS. Ikääntyneiden palvelujen kehittäminen suuntautuu neljälle eri osa-alueelle. Nämä ovat kotihoidon sisältöjen, saatavuuden ja intensiteetin kehittäminen, yhteisen omaishoidon tuen toimintamallin käyttöönotto, ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden verkoston laajentaminen ja asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen, erityisfokuksena tietojohdamisen kehittäminen ja toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto. Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa tavoitteena on kehittää varhaisen vaiheen yhteentoimiva ohjauksen ja neuvonnan toimintamalli yhdessä universaalipalvelujen kanssa. Verkostomainen perhekeskus muodostaa toiminnallisen kehyksen lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittämiselle. Sosiaalihuollon työikäisten osa-alueella kehitetään ennakointia ja asiakkuuksien tunnistamista, yhteyksiä tarvittaviin palveluihin sekä monialaista toimintamallia yhdessä terveydenhuollon kanssa. Tämän lisäksi kehitetään sosiaalityön matalan kynnyksen palveluita, etsivää työtä ja sosiaalihuoltolain mukaista omatyöntekijä-mallia. Täydennyshaun myötä lähdemme kehittämään myös lastensuojelun, vammaistyön, kuntoutuksen sekä nepsy-asiakkaiden palveluita. Lisäksi yhtenäistämme Kanta-Hämeessä nuorten alle 25-vuotiaiden maksuttoman ehkäisyn palvelukokonaisuuden. Tämä kokonaisuus sisältää myös seksuaalineuvonnan palvelut. Asiakaskokemuksen

kehittämisen rinnalle meillä nousee myös henkilöstökokemuksen kehittäminen. Luomme vahvemmat rakenteellisen sosiaalityön mallit sekä yhtenäistämme kirjaamista sosiaalihuollossa. Digitaalisten palveluiden maksimaalinen hyödyntäminen sekä asiakas- ja palveluohjaus ovat merkittäviä kaikille yhteisiä painopisteitä hankekokonaisuudessa. Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sote-keskus –hankekokonaisuudessa tehtävän kehittämisen läpileikkaavina tavoitteina ovat: asiakasosallisuuden vahvistaminen, johtamisen uudistaminen, toimintakulttuurin muutos ja kustannusten nousun hillitseminen.

Uuden sosiaali- ja terveystieteiden toimintavan luomisen tueksi käytetään kuvitusta:



Kuva 2: Sote-keskuksen kokonaiskuvan jaottelua

Oma-arvioinnissa hyödynnämme Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kansallista lähtötilanteen arvioinnin kyselyä, päivitettyä THL:n kyselyä, keräämäämme arviointidataa sekä omaa tulostavoitemittaristoamme. Kaikkiin seurattaviin mittareihin ja kysymyksiin ei tietoja ole ollut vielä saatavilla kaikista organisaatioista. Myös organisaatioiden omat seurannan ja tilastoinnin kriteerit ovat voineet olla erilaisia eri organisaatioiden välillä. Tämän vuoksi raportissa olevien tietojen osalta on hyvä todeta, etteivät raporttiin kootut organisaatioista saadut tiedot ole täysin yhteismitallisia keskenään. Raporttia onkin hyvä tarkastella suuntaa antavasti.

Käytämme raportoinnin tukena myös kuvitusta. Kokonaiskuvalla on pyritty hahmottamaan hanketta ja sen tavoitteita. Sitä on käytetty erilaisissa tilaisuuksissa keskustelun ja yhteisen ymmärryksen luomisen tukena. Kuvaan voidaan esimerkiksi sijoittaa toimijoita ja toimintoja eri-osa-alueille, etsiä vahvoja yhteyksiä ja löytää haasteiden paikkoja. Se on yhdenlainen tapa hahmottaa kokonaisuutta juuri nyt ja sitä on tarkoitus muokata hankkeen aikana. Hankkeemme on vahvasti pilotoinnin vaiheessa. Osa kokeilusta on jopa jo päättymässä tai vakiintumassa uudeksi toimintamalliksi ja osa taas kokeiluvaiheessa.

1 Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen

1.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet

Saatavuuden parantamisen tavoitteena on, että Tulevaisuuden sote-keskukseen saa yhteyden vaivatta ja ratkaisun ongelmaan viiveettä. Asiakkaiden tulee päästä joko omatoimisesti tai ammattilaisten kanssa toteutettavien ensiarvioiden ja hoidon- ja palvelutarpeen arvioiden piiriin helpommin, nopeammin ja monikanavaisemmin. Tavoitteena on vastata asiakkaan tarpeeseen yhdellä yhteydenotolla ja päästä eroon toisaalle ohjaamisen kulttuurista.

Hoidon saatavuuden osalta merkittävin tavoite on kiireettömään hoitoon pääsyn turvaaminen seitsemän vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arviosta. Yhtä lailla sosiaalityön saatavuutta tulee parantaa ja kehittää saavutettavaksi matalammalla kynnyksellä uudella palvelumuodolla. Kansallisessa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden -ohjelmassa mielenterveys- ja päihdeasioiden osalta painotetaan valtavirtaistamisen periaatetta, joka huomioidaan saatavuuden parantamisen kehittämisessä kaiken ikäisten asiakkaiden palveluiden kohdalla.

Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa kehittämisen tavoite yleisesti on, että tuen tarve havaitaan riittävän aikaisin. Tarve havaitaan niissä kohtaamisissa ja kehitysyhteisöissä, joissa lapsi ja nuori elää, kasvaa ja kehittyy. Tuen tarpeen havaitseminen riittävän varhaisessa vaiheessa mahdollistaa perheen tarvitseman tuen aloittamisen oikea-aikaisesti. Suun terveydenhuollossa parempaan saatavuuteen, saavutettavuuteen ja jatkuvuuteen pyritään noudattamalla ammattilaisten tarkoituksenmukaista työnjakoa kunkin asiakkaan yksilöllisen palvelutarpeen mukaisesti. Ikääntyneiden kohdalla Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden saatavuuden kehittämistavoitteena on kotihoitoon sisältyvien, saatavuuden ja intensiteetin kehittäminen ja asiakkaiden yhdenvertaisuus omaishoidon tukeen liittyen. Sosiaalihuollon työikäisten palveluissa parannetaan saatavuutta kehittämällä etsivän työn malleja sekä ilman ajanvarausta annettavaa matalan kynnyksen ohjausta ja neuvontaa.

Hanketoimistomme aloitti työnsä pääosin marraskuussa 2020. Hankesuunnitelma on avattu projektoinnissa tarkemmiksi prosessitavoitteiksi ja kehittämistehtäviksi tämän jälkeen. Arvioinnin mittariston kohdalla kehittämistyö on edelleen kesken. Olemme liittäneet hankkeen tavoitteet ja tekemisen koostavan tiedoston liitteeksi 1. Kävimme projektin läpi maakunnallisissa työryhmissä. Työryhmien tapaamisen jälkeen hioimme vielä aikataulutusta ja priorisoimme tavoitteita eri osa-alueilla.

TAVOITE 1: Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen

OSATAVOITE/ TOIMENPIDE	MITTARI	TULOSTAVOITE/ TUOTOSTAVOITE/ VAIKUTUS
Kiireettömään hoitoon pääsyn nopeutuminen	Hoitoon pääsy 7 vrk: ssa hoidon tarpeen arviosta. Suun terveydenhuollossa 3 kuukautta	Toteutuu perusterveydenhuollon vastaanotoilla (sis. mielenterveys- ja päihdehoito) hoitotakuun voimaantumisen mennessä
	T3	Lääkärit 7* Hoitajat * Fysioterapeutit * *arkipäivää
Sosiaalityön saatavuuden parantuminen sote-keskuksessa	Toimintamallien, pilotoinnin toteutuminen.	Aikuisneuvola, jalkautuvat ja etsivät toimintamallit kehitetty, pilotoitu
Yhden yhteydenoton mukainen kerralla haltuun toimintamalli	Asiakaskokemus; jatkuvuus ("ei pallottelua")	Toimintamalli, asiakaskokemuksen mittaus kehitetty ja pilotoitu, sote-keskusten monialaisissa tiimeissä
Asiakas- ja/tai hoitosuunnitelmat	Tehtyjen suunnitelmien määrä/asiakkuudenhallinnan mallin mukaisten asiakasryhmien asiakkaat	Hoitosuunnitelmat 70 %: lle Asiakassuunnitelmat, % sovittava Asiakas- ja hoitosuunnitelmat monialaisille sote-asiakkaille 100% monialaisissa tiimeissä asioineille
Monikanavainen saatavuus	Sähköisten ja virtuaalisten kanavien ja palveluiden käyttöön oton toteutuminen organisaatioissa suhteessa suunniteltuun	Suunnitellut sähköiset ja virtuaaliset kanavat ja palvelut otettu käyttöön kaikissa sote-keskus – organisaatioissa suunnitellun mukaisesti
Pitkäaikaissairaille sähköinen ajanvarausoikeus vastaanoton valmistelun kriteerien täytyessä	Käyttöön oton toteutuminen	Käyttöön otettu ja pilotoitu hankeajana
Psykoterapian, yksityispsykiatrian käytön, huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteiden saatavuus	Selvitysten, toimenpiteiden toteutuminen	Tilannekuva selvitetty, tarvittavat toimenpiteet toteutettu
Digitaalisten palvelujen käytön maksimointi avomuotoisissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa	Käyttöön otetut digitaaliset palvelut suhteessa suunnitelmaan	Käyttöön otettu ja pilotoitu avohoitoyksiköissä hankeajana
Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja aikuispsykiatrian yhteinen mielenterveys- ja päihdehoidon/palvelutarpeen arvioinnin, yhteiskonsultaation ja yhteisen asiakas- ja hoitosuunnitelman laatimisen malli	Käyttöön oton toteutuminen	Toimintamalli sovittu, kehitetty, käyttöön otettu hankeajana. Käyttöön oton miniminä sote-keskusten monialaiset tiimit.
Varhaisen tuen malli nuorten päihdeongelmiin ja mielenterveyden tukeen	Jatkokehitetyn mallin käytön vakioinnin toteutuminen.	Nuortenkeskus Nupin (Riihimäki), Nuorten terveysneuvontapiste (Hämeenlinna) hyvät käytänteet jatkokehitetty, mallinnettu, käyttö vakioitu.
Menetelmällisen lasten- ja nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon vahvistaminen	Prosessin/toimintamallin mallinnuksen sekä pilotoinnin ja vakioinnin toteutuminen.	Prosessi/toimintamalli mallinnettu, pilotoitu, vakioitu.
Suun terveydenhuollon toiminnan tehostaminen	Käyttöön oton toteutuminen suunnitelluissa yksiköissä	Monihuonemalli, strukturoitu kokonaishoitosuunnitelma, asiakassegmentointi otettu käyttöön.
Ikääntyneiden kotihoidon sisältöjen, saatavuuden ja intensiteetin kehittäminen:		
Ikääntyneissä paljon palveluja saavien asiakkaiden osuus säännöllisessä kotihoidossa kasvaa	Säännöllisen kotihoidon käyntien määrä asiakasryhmässä	55 % säännöllisen kotihoidon 75 -vuotta täyttäneistä asiakkaista saa kotihoidon käyntejä ≥ 60 kk
Ns. kevyen palvelujen asiakkuuksien osuus laskee kotihoidossa vaihtoehtoisten palvelujen kehittämisen ansiosta	Kevyen palvelun asiakkaiden määrä säännöllisen kotihoidon 75-vuotta täyttäneistä asiakkaista	Kevyen palvelun asiakkaita on ≤ 15 % säännöllisen kotihoidon 75 -vuotta täyttäneistä asiakkaista
Muistisairausdiagnoosin saaneista ikääntyneistä merkittävä osa asuu kotona palveluiden turvin	Säännöllisen kotihoidon palveluja saavien määrä diagnoosin saaneista henkilöistä	Säännöllisiä kotihoidon palveluja saa 50 % muistisairaus diagnoosin saaneista henkilöistä
Yhteisen omaishoidon tuen toimintamallin käyttöönotto	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa. 75 -vuotta täyttäneiden ikäryhmässä omaishoidon tuen volyymin määrä	Yhteinen toimintamalli ja palkkiot käytössä kuntien alueilla. 75 -vuotta täyttäneiden ikäryhmässä omaishoidon tuen volyymi noussut 6,5 %:iin
Vammaispalveluiden palveluprosessi on yhtenäinen	Palveluketjut on kuvattu ja yhtenäistetty.	Vammaispalveluiden asiakas saa yhtäläiset ja ajanmukaisen lainsäädännön mukaiset palvelut läpi hyvinvointialueemme.

Vammaispalveluiden kriteerit ovat yhtenäiset läpi hyvinvointialueen	Palvelusaannin kriteerit on avattu ja yhtenäistetty hyvinvointialueellamme.	Vammaispalveluiden saannin kriteerit on kirjattu läpinäkyvästi, kuitenkin arviointiin sisältyy aina henkilökohtaista kokonaisuuden arviointia ja tämä on avattu kriteereissä.
Erityisosaaminen vammaispalveluiden toteuttamisessa on varmistettu.	Erityisosaamisen tarpeet kartoitetaan ja selvitetään miten turvataan erityispalvelut Kanta-Hämeessä.	Eteva-kuntayhtymän purun jälkeen on varmistettu, että hyvinvointialueellamme on edelleen saatavilla erityisosaamista omaavaa henkilökuntaa ja palveluita vammaistyössä.
Kuntoutustarpeen arviointi toteutuu yhtenäisellä tavalla	Käytössä on yhtenäinen menetelmä WHODAS tai vastaava koko Kanta-Hämeessä	Kuntoutustarve arvioidaan systemaattisesti ja tutkituin menetelmin yhdessä asiakkaan kanssa.
Kuntoutuksen eri muodot on huomioitu palvelupolkukuvauksissa	Kuntoutusmuodot on kuvattu yhtenäisellä tavalla ja palveluketjut mallinnettu arvioinnista seurantaan	Kuntoutuksen prosessi on selkeä asiakkaalle. Hän saa tarkoituksenmukaisen ja oikea-aikaisen kuntoutuspalvelun.
Lasten, nuorten ja perheiden palveluihin tarvitaan hyvinvointialueen peruspalveluihin rakennettava neuropsykiatrinen toiminta- ja palvelumalli, joka pitää sisällään hyvinvointialueella yhteisen nepsy-yksikön perustamisen	Lasten ja nuorten nepsy-palveluiden polku on kuvattu ja palvelut vastaavat tarvetta. Perustasolla toimintamallin vahvistaminen vähentää lasten- ja nuorisopsykiatrian tarvetta tulevina vuosina (läheteiden määrä ei jatka kasvuaan).	Lapsen ja nuoren nepsy-oireet tutkitaan ja heille tarjotaan palveluita arjen tueksi koko Kanta-Hämeessä
Lastensuojelun palveluiden yhdenmukaistaminen Kanta-Hämeessä	Lastensuojelun palvelut on kuvattu, kriteerit eri tuen portaille määriteltä lapsiperheiden sosiaalihuollosta lastensuojeluun	Kanta-Hämeessä lastensuojelun asiakas saa yhteneväiset palvelut päivityksellisestä työstä pitkäkestoiseen lastensuojelutyöhön.

Kuvio 2 Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankekokonaisuuden prosessitavoitteet palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamiseksi.

1.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamisen seurannassa

Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantamisen kansallisen hyötytavoitteen osalta Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankekokonaisuuden omat tulostavoite-mittarit ovat:

TAVOITE H1	MITTARI
H1 Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn nopeutuminen, suun toiminnan terveydenhuollon tehostuminen	T3
H1 Suun terveydenhuollon toiminnan tehostuminen	Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 21 pv hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä
H1 Hoidon ja palvelun jatkuvuus paranee	Tehtyjen asiakas- tai/ja hoitosuunnitelmien määrä/asiakkuudenhallinnan mallin mukaisten asiakasryhmien asiakkaat
	Samalla lääkrillä/ hoitajalla käynti
	Suun terveydenhuollon hoitosuunnitelmat/tutkimukset x 100
H1 Ikääntyneissä paljon palveluja saavien asiakkaiden osuus säännöllisessä kotihoidossa kasvaa	Säännöllisen kotihoidon käyntien määrä asiakasryhmässä
H1 Ns. kevyen palvelujen asiakkuuksien osuus laskee kotihoidossa vaihtoehtoisten palvelujen kehittämisen ansiosta	Kevyen palvelun asiakkaiden määrä säännöllisen kotihoidon 75-vuotta täyttäneistä asiakkaista
H1 Muistisairausdiagnoosin saaneista ikääntyneistä merkittävä osa asuu kotona palveluiden turvin	Säännöllisen kotihoidon palveluja saavien määrä diagnoosin saaneista henkilöistä
H1 Yhteisen omaishoidon tuen toimintamallin käyttöönotto	75 –vuotta täyttäneiden ikäryhmässä omaishoidon tuen volyymin määrä
Toimiva nepsy-palveluketju	Lasten ja nuorisopsykiatrian lähete määrän kasvu taittuu

Kuvio 3 tulostavoitemittaristo

1.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät

Kanta-Hämeen oma-arvioinnissa on hyödynnetty sekä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen kansallisen lähtötilanteen arviointiin tarkoitetun kyselyn mittareita että omaa tulostavoitemittaristoamme. Hankekokonaisuuden oma tulostavoitemittaristo muotoutui Kanta-Hämeen järjestämisvastuullisille sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille kesällä 2020 osoitetun kyselyn perusteella. Organisaatiot ja maakunnalliset sisältötyöryhmät ehdottivat mittaristoja hankekokonaisuuden kautta tehtävän kehittämistyön seuraamiseksi, arvioimiseksi ja tarvittavien korjausliikkeiden toteuttamiseksi. Yhteisestä tulostavoitemittaristosta päätti saatujen esitysten pohjalta hankekokonaisuuden ohjausryhmä 08/2020.

Osaan valituista mittareista ei ole saatavilla dataa järjestelmiemme kautta. Osa tiedosta on poimittu käsin eri organisaatioissa. Kaikkia mittareita ei seurata kunnissa ja kuntayhtymissä. Tieto voi perustua myös arvioihin. Näin ollen saatu tieto ei ole yhteismitallisesti vertaitavaa edes Kanta-Hämeen sisällä. Hankkeemme arvioinnin mittaristot ovat terveystalvemuista lähtöisiä ja niiden kautta on haastava saada tietoa sosiaalipalveluiden kehittämisestä. Hankeajana meidän on täydennettävä arvioinnin mittareitamme tältä osin. Haasteena on myös se, että sosiaalihuollon data on Kanta-Hämeessä vielä siirtymässä rakenteisempaan muotoon. Huomioimme valtakunnallisen tiedolla johtamisen kehittämisen linjan täydentäessämme sosiaalihuollon mittaristoa.

Tätä raporttia on hyvä pitää suuntaa antavana. Olemme päätyneet toistamaan oma-arvioinnissamme samaa kyselyä, jotta organisaatiot tietäisivät etukäteen mitä tietoa heiltä tullaan pyytämään. Näin ollen saamme myös vertailtavaa tietoa hankkeen edistymisestä puolivuositain.

Lähtötilanteen arviointi käsiteltiin ohjausryhmässä sekä kaikissa substanssityöryhmissä. Vastausten lisäksi käytiin läpi kunkin alueen mittariston kysymykset. Pyrimme tällä siihen, että mahdollisimman moni vastaaja ymmärtäisi kysymykset samalla tapaa. Lähtötilanteen kyselyyn vastasi 96 % tahoista, joille kysely oli osoitettu. Oma-arvioinnin kevät 2021 vastausprosentti oli lähes 100 %. Vain sosiaalihuollon alueessa Forssan hyvinvointikuntayhtymän ja Lopen kunnan vastaukset jäivät uupumaan.

Kevään 2021 kysely lähetettiin järjestämisvastuullisiin organisaatioihin 1.4.2021. Vastaukset oli pyydetty 16.4.2021 mennessä. Saimme viimeisimmät vastaukset 26.4.2021. Tämän jälkeen kukin hanketoimiston asiantuntija koosti oman vastuualueensa vastaukset. Asiantuntijat tekivät arvioinnin vastausten perusteella. Lisäksi käytimme arvioinnin materiaalina työryhmien työstämiä selvityksiä sekä kehittämistyötä. Asiantuntijat koostivat myös syksyn 2020—kevään 2021 välillä tehdyt kehittämisen toimenpiteet. Hankepäällikkö koosti oma-arvioinnin kokonaisraportin. Raportin kuvituksesta saamme kiittää sosiaalihuollon asiantuntijaamme Taru Arnkiliä, joka on kuvittanut kehittämisen keskusteluamme.

Kevään 2021 oma-arvioinnin tulokset käsitellään 7.5.2021 sote-hankkeiden ohjausryhmässä sekä mahdollisuuksien mukaan eri substanssityöryhmissä samalla viikolla. Tällä pyritään parantamaan arvioinnin luotettavuutta ja korjataan mahdolliset virheet tulosten tulkinassa. Korjausten jälkeen oma-arviointi julkaistaan Innokylässä 15.5.2021.

Syksyn kiireisen aikataulun vuoksi arvioinnin kooste käsitellään jälkikäteen ohjausryhmässä 19.11.2021 sekä työryhmissä. Ikääntyneiden palveluista arviointiin vastasivat Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Janakkala, Hattula, Hausjärvi ja Pelastuslaitos. Vastausta ei saatu Hämeenlinnalta, Riihimäeltä eikä Lopelta. Perusterveydenhuollon osalta vastaukset palautuivat kaikista organisaatioista. Sosiaalihuollon työikäisten osalta vastasivat muut paitsi Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden osalta kaikilta organisaatioilta saatiin vastaukset arviointiin. Liitämme tähän mukaan uusien täydennyshaun painopisteiden lähtötilanteen arviointia. Tätä arviointia ei ole erikseen pyydetty kunnista tällä nimellä vaan hyödynnämme valmistelun pohjaksi kerättyä tietoa arvioinnissamme.

1.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset 2020

Palveluiden saatavuuden parantamisen tavoitteeseen liittyen Kanta-Hämeen alueella perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsyn T3 (kolmas vapaa aika) mediaaniaikojen keskiarvo oli syyskuussa 2020 lääkärille noin 20 vuorokautta, hoitajalle noin 6 vuorokautta ja fysioterapeutille noin 10 vuorokautta. Fysioterapeutin kiirettömään hoitoon pääsyn T3 mittaria ei ole seurattu kaikissa perusterveydenhuollon organisaatioissa. Perusterveydenhuollossa suun terveydenhuollon puolella T3 mediaanien keskiarvo syyskuussa 2020 oli hammaslääkäreille 28 vuorokautta (vaihteluväli 3—71 vrk) ja suuhygienisteille 30 vuorokautta (vaihteluväli 8—52). Suun terveydenhuollon hammaslääkärin toteutuneiden kiireettömien käyntien odotusaika yli 21 päivää hoidon tarpeen arvioinnista oli elo- tai syyskuussa 2020 keskimäärin 3,3 prosentin kohdalla asiakkaista. Sosiaalihuollon puolella asiakas pääsi sosiaalialan ammattilaisen kiirettömälle vastaanotolle ajanvarauspyynnöstä syyskuussa 2020 keskimäärin 6 arkipäivän kuluessa sekä lapsiperheiden, että työikäisten palveluissa ja 4 arkipäivän kuluessa ikääntyneiden palveluissa. Odotusaika sosiaalihuoltolain mukaiseen palvelutarpeen arviointiin (aika asiakkaan asian vireille tulosta varsinaiseen arviointikäyntiin) oli syyskuussa 2020 keskiarvoisesti arviolta 6 arkipäivää työikäisten palveluissa, 5 arkipäivää ikääntyneiden palveluissa ja 9 arkipäivää lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.

Palveluiden jatkuvuuden parantamiseen liittyvän asiakas- ja hoitosuunnitelmien laatimisen tavoitteen osalta alueen suun terveydenhuollon hoitosuunnitelmien prosentuaalinen osuus tehtyihin tutkimuksiin nähden oli syyskuussa 2020 keskiarvoisesti 99 %. Perusterveydenhuollon puolella vastausta pitkäaikais-sairaille tehtyjen hoitosuunnitelmien prosentuaalisesta määrästä suhteessa kaikkiin pitkäaikaissairauden omaaviin asiakkaisiin ei ole ollut mahdollista saada kaikista kyselyyn vastanneista perusterveydenhuollon organisaatioista. Sama tilanne on tiedon saannissa samalla lääkäriellä käyntien prosentuaalisessa osuudessa asiakkaista. Näiden tietojen seurannan ja arvioinnin toteuttamiseksi yhteismitallisesti ja vertailukelpoisesti tarvitaan kehittämistyötä hankkeen aikana.

Ikääntyneiden palveluissa säännöllisen kotihoidon 75-vuotta täyttäneiden asiakkaiden kotihoidon käyntejä saa ≥ 60 kk keskimäärin 17 % asiakkaista (vaihteluväli 3 %—54 %). Kevyen palvelun asiakkaita on säännöllisen kotihoidon 75-vuotta täyttäneistä asiakkaista keskimäärin 20 % (vaihteluväli 1,4 %—53,8 %). Ikääntyneiden palveluissa 75-vuotta täyttäneiden ikäryhmässä omaishoidon tuen volyymin määrä oli keskimäärin 15 % asiakkaista (vaihteluväli 2,5 %—74 % asiakkaista) niiden organisaatioiden osalta, joiden taholta tieto oli ollut mahdollista raportoida kyselyyn. Ikääntyneiden palveluiden tilannekuvatietojen täysin yhteismitalliseen ja vertailukelpoiseen tilastointiin tarvitaan kehittämistyötä hankkeena.

Palliativinen konsultointipalvelu on käytössä kaikissa Kanta-Hämeen alueen terveyskeskuksissa Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän taholta. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuudesta ei ole arvioitu lähtötilannetta. Hankkeessa on kerätty tietoa Kanta-Hämeen alueen mielenterveys- ja päihdepalveluiden nykytilasta. Alueen palveluiden saatavuus vaihtelee matalan kynnyksen palveluista kuukausien odottamiseen.

1.4.1 Täydennyshaussa tulneiden uusien osa-alueiden lähtötilanteen arviointi syksy 2021

Kanta-Hämeessä koottiin laaja alainen työryhmä täydennyshaun kuntoutuksen valmistelemiseksi. Tämä lähtötilanteen arviointi perustuu tämän kuntoutustyöryhmän työhön. Eri kunnissa kuntoutuksen painotukset ja resurssit ovat toisistaan poikkeavat. Meillä ei ole yhdenvertaiset palvelut tällä hetkellä eikä saatavuus ole yhdenvertaista. Esim. kipukuntoutus voi jossain olla varsin hyvin järjestetty, jossain toimintaa ei käytännössä ole.

Kuntoutustarpeen ja asiakkaan toimintakyvyn mittaaminen on vaihtelevaa. Eri ammattilaiset mittaavat kuntoutustarvetta eri tavoin ja kirjaaminen vaihtelee. Kokonaisvaltainen kuntoutustarpeen arvioinnin kuvaus hajoaa asiakastietojärjestelmissä eri lehdille ja eri professioiden alle terveydenhuollossa. Kanta-

Hämeen hyvinvointialueen laajuisessa selvityksessä kysyttiin mitä toimintakyvyn mittareita käytetään tällä hetkellä. Selvityksessä mainittiin: SPBB, TUG, MMSE, CERAD, GDS, osin BAI, SCL-90, BDI, MDQ, ASRS, OASIS ja CORE-OM ja GAD-7. Kukaan ei maininnut Käypä hoito –suosituksissa mainittuja SFS/SOFASta sosiaalisen toimintakyvyn mittareita. WHODAS /ICF oli myös ilmeisesti vieras, koska se ei vastattu käytetävän. Kuntoutuksen työryhmän ensimmäisessä kokouksessa ICF-mittarin todettiin olevan valittu Kanta-Hämeen mittariksi, joten IFC vaatii jalkauttamista käyttöön alueellamme. Janakkalassa on ICF-viitekehyksenä käytössä toimintakyvyn arvioinnissa ja fysioterapiassa on alkamassa lyhyt WHODAS koekäyttö.

Sosiaalista kuntoutusta järjestetään esikartoituksen perusteella vain osittain toimivana ja riittämättömänä. Sosiaalinen kuntoutus lain mukaisena palveluna on tulkittu tai järjestetty suppeasti Kanta-Hämeessä. Lain mukaan sosiaalinen kuntoutus on hyvin laaja ja mahdollistava sosiaalipalvelu, joka perustuu asiakkaan toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen (Sosiaalihuoltolaki, 17§). Kanta-Hämeessä kuvataan, että vaikkakin toimiviakin toimintoja löytyy, tapoja toteuttaa ja saada toiminnot näkyväksi päätösten tasolla, vaihtelee. Sosiaalisen kuntoutuksen kohderyhmällä on usein vaikeuksia sitoutua toimintoon sekä fyysisesti että psyykkisesti. Tästä syystä sosiaalista kuntoutusta tulisi tuottaa lähellä asiakasta, jotta matka ei olisi este osallistumiselle. Korona-aikaan on ollut ongelmallista järjestää palveluita ja niitä korvaamaan voisi kehittää esimerkiksi vertaisuuteen perustuvia, sosiaalityöntekijäjohtoisia ryhmätapaamisia verkossa.

Sosiaalista kuntoutusta suositellaan ryhmämuotoisena terveydenhuollosta. Toisaalta samaan aikaan sosiaalihuollossa arvioidaan tilannetta sosiaalihuollon vaihtelevien palvelutarpeen arviointiprosessien kautta. Arvioin lopputulos voi olla eriävä ja tämä on asiakkaalle hämmentävää. Yhteinen, monialainen kuntoutuksen arviointi on tarpeen mallintaa Kanta-Hämeessä. Palvelun toteuttamista vaikeuttaa myös se, että vaihtoehtoja sosiaalisen kuntoutuksen paikoiksi ei tällä hetkellä ole tarjolla riittävästi pienissä kunnissa.

Lääkinnällisen kuntoutuksen kriteerien yhtenäistäminen on jo menossa Kanta-Hämeessä, mutta se on haastavaa ja hidasta työtä. Perheiden osalta on haasteellista, että lapsen yksilöllinen ostopalvelukuntoutus ei nivelly perheen muihin tukimuotoihin/arkeen tarpeeksi, yhteistyö puutteellista molemmiin puolin. Esimerkiksi tyypillinen tilanne voi olla, että lapsen terapeutti ei tiedä mitä muuta tukea perhe saa tai eikä perheen kokonaistilanteen parantamiseen tähtääviä tavoitteita laadita yhteistyössä eri palvelujen välillä. Kuntoutuksen järjestämisen käytänteet ovat vielä erilaisia maakunnan eri kunnissa.

Apuvälinepalveluiden palveluiden on hyvä pysyä lähellä asiakasta, nopea saatavuus tärkeä perusapuvälineissä. Meillä on jo yhteinen apuvälinekeskus maakunnallisena toimintana ja se noudattaa valtakunnallisia apuvälineiden luovutusperiaatteita. Tämän vuoksi apuvälineiden luovutusperusteet ovat melko yhtenevät. Edelleen on tarpeen tiivistää yhteistyötä, jotta palvelujen saavutettavuus on tasapuolista ja yhdenvertaista Kanta-Hämeessä. Apuvälineiden käytön seuranta pitäisi parantaa, tähän ei ole tällä hetkellä resursseja.

Aikuisten toimintaterapiapalvelut ovat puutteelliset Hämeenlinnassa. Somaattisella perustasolla ei lainkaan aikuisten kanssa työskentelevää toimintaterapeuttia. Muutoinkin toimintaterapian resurssit liian niukat, kotikuntoutuksessa ei kylliksi panosteta. Myös puheterapiaa on tarjolla liian vähän. Lasten ja nuorten osalta tarvitaan lisää kuntoutusta lasten ja nuorten kasvu- ja kehitysympäristöihin. Terapia-ammattilaisten jalkautuvaa työtä tulee kehittää. Puheterapiapalvelut kohdentuvat perustasolla alle kouluikäisiin lapsiin ja tämä on riittämätöntä tarpeen kannalta.

Matalan kynnyksen palvelut kuntoutuksessa ovat Kanta-Hämeessä kirjavasti toteutettu esimerkiksi lyhytkestoinen kuntoutus. Tarvitsemme erityisesti lapsille, nuorille ja perheille lyhytinterventiota pitkäkestoisen kuntoutuksen rinnalle. Puutetta on matalan kynnyksen, varhaisen ja ennaltaehkäisevän kuntoutuksen osalta useissa kuntoutusmuodoissa (toiminta-, puhe-, fysio- ja psykoterapia). Neuropsykiatrinen palveluketju Kanta-Hämeessä uupuu matalan kynnyksen avusta alkaen raskaampaan ja

vaativampaan kuntoutukseen asti. Nepsy-ohjausta, neuvontaa, konsultaatiota ja valmennusta sekä monialaista työotetta tarvitaan. Mallia on luotu jo aiemmin, mutta sitä ei ole laitettu käytäntöön.

Vammaispalveluiden tilannetta arvioitiin Kanta-Hämeessä keväällä 2021. Vammaispalveluiden työryhmässä oli edustus laajasti Kanta-Hämeestä, mutta Hausjärven ja Lopen edustajat puuttuivat. Koostimme vammaispalveluiden tilannetta toista maakunnallista tarvetta varten, mutta materiaali on validia myös tämän alkuarvioinnin pohjaksi.

Kanta-Hämeessä on herännyt huoli vammaispalveluiden saatavuudesta sekä yhteydestä peruspalveluihin. Huolta aiheuttavat tulevat lakimuutokset sekä Eteva-kuntayhtymän purkaminen. Vammaispalveluiden työryhmä nosti esiin, että palvelutarpeen arvioinnin merkitys vammaispalvelussa suuri. Palvelutarpeen arviointi on tehtävä monialaisessa yhteistyössä. Yhteistyöhön kutsuminen tärkeää molemmiin puolin, jotta lakisääteisen päätöksen tekee oikea taho yhteistyössä muiden kanssa arvioiden.

Haasteena vammaispalveluissa nähdään se, että asumisyksiköt ovat yleensä sosiaalihuollon rakenteella: lähihoitajia ja sosionomeja. Vammaispalveluissa ei ole olemassa ikäihmisten yksiköiden kaltaisia hoivayksiköitä (esim. lyhytaikainen hoiva) vaan pääosin pitkään, elinikäiseen asumiseen perustuvia yksiköitä. Tässä tarve palvelulle ja tarjottava palvelu eivät aina kohtaa. Tätä tarvetta meidän on pohdittava maakunnallisesti. Tarve olisi saada myös alle 65v soveltuva lyhytaikaisen hoivan paikkoja, jossa olisi arvioiva työote integroituna esim. vammautunut ei sairaalahoitoa tarvitseva, jonka kodin muutostöitä jne ei kannata suunnitella ennen kuin tieto siitä mihin asti kuntoutus etenee. Arvioinnissa tarvitaan kuntouttavaa toimintaa, sosiaalihuollon ja terveydenhuollon arviointia, hyvänä esimerkkinä tämän tyyppisestä toiminnasta on FSHKY:n terveydenhuollon osaamiskeskuksen toiminta. Tätä toimintaa tulisi skaalata koko hyvinvointialueemme laajuudelle.

Palvelupolun kehittäisen tarpeena on asumisen lisäksi se, että vammaispalveluiden palvelukokonaisuus määräytyy lakien perusteella, taustalla oltava pitkäaikainen tai pysyvä tarve. Tässä nousee esiin terveydenhuollon palveluiden ja sosiaalihuollon palveluiden yhteen toimivuuden tärkeys ja toisaalta myös erilaisuus vrt sairaanhoito ja asumisyksiköt (henkilökuntarakenne jne). Kuntoutus tapahtuu perusterveydenhuollon puolella ja yhteistyön kehittäminen on tärkeää, kun asiakkaan elämässä on monia eri ammattilaisia. Ajoittain seudullamme unohdetaan, että vammaispalvelun asiakkailla on samat oikeudet peruspalveluihin kuin muullakin väestöllä esim. kotisairaanhoito omaan asumisyksikköön.

Kanta-Hämeen alueen lastensuojelun nykytilan arviointiin osallistuivat myös Monni-hankkeen asiantuntijat. Systeeminen ajattelu on Kanta-Hämeessä vahvana lastensuojelussa. Kuitenkin koulutuksia täytyy järjestää jatkuvasti ja meidän on myös saatava uusia kouluttajia. Mallin käyttöönotto on myös eri vaiheessa maakuntamme kunnissa. Systeemisen, yhteinäisen mallin käyttöä tulee vahvistaa. Lastensuojelun yhteistyökumppaneiden suunnalta on esille noussut tarve yhtenäisen ja monialaisen palveluprosessin vahvistamiseen. Yhteiselle dialogiselle vuoropuhelulle ja asiakkaan palveluketjun selkeyttämiselle on tarve. Lastensuojelun monialaisen kehittämisen Monni -hankkeessa tuotettua systeemisyyteen perustuvaa lastensuojelun yhteistyötahoille suunnattua Sytytään yhdessä –koulutusta tarvitaan tulevaisuudessa lisää, ja työotteen juurtumista palvelutuotantoon tulee varmistaa Kanta-Hämeen tulevan hyvinvointialueen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Lisäksi lastensuojelun ja lasten- ja nuorisopsykiatrian yhdyspinnan kehittämistä ja työnjakoa tulee kehittää huomioiden, että lastensuojelun tehtävä ei ole hoitaa lasten ja nuorten psykiatrisia ongelmia.

Uskoa lastensuojeluasiakkaiden omiin voimavaroihin tulee myös lisätä, ja luottamusta keveämpien tukitoimien vaikuttavuuteen ja oikea-aikaisuuteen tarvitaan nykyistä enemmän. Kehittämistarpeena esille nousivat lisäksi suhdeperustaisuuden vahvistaminen, kuntouttavan ja terapeutin osaamisen vahvistaminen, koko perheen kuntoutuksen lisääminen ja kokemusasiantuntijuuden käyttöönotto. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön suositukseen pääseminen lastensuojelun asiakasmäärien osalta eli maksimissaan 30 asiakasta per työntekijä todetaan kehittämiskohteeksi lastensuojelun osalta.

Lastensuojelutarpeen arvioimiseen tarvitaan lisää osaamista. Kirkastamista tarvitaan siihen, milloin on kysymys lastensuojelusta, ja milloin sosiaalihuollon lakisääteiset palvelut ovat asiakkaille riittävät. Tarve lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden täydennyskoulutuksesta on lisäksi kehittämisen kohteena lastensuojelussa. Sosiaaliohjaajien syvempää perehtymistä ja erikoistumista lastensuojeluun ja lastensuojelutyöhön tarvitaan lisää. Palveluiden tasalaatuisuutta tulee lisäksi vahvistaa sosiaaliohjaajien ja/tai perhetyöntekijöiden menetelmäkoulutuksilla. Tämän toivotaan lisäävän yhteisten 'arviointimittareiden' käyttöä.

Kanta-Hämeen alueella on esille nostettu tarve tuotannonohjausjärjestelmä PerhePirkon käyttöönottoon ja mallinnettuun työskentelyyn kiireellisen sijoituksen yhteydessä, ja sijoituksen jälkeen noin 30 vuorokaudessa asioiden aikaansaamiseksi. Sijaishuollon kehittäminen nousee lastensuojelun kehittämistoimenpiteeksi strategiatasolla. Meidän on selvitettävä tarvitaanko enemmän omia tulevan hyvinvointialueen sisäisiä sijaishuoltopaikkoja suhteessa alueen sijoitettuihin lapsiin ja nuoriin vai ostopalveluina tuotettuja palveluita sijaishuollon tarpeisiin? Tämän lisäksi sijaishuollossa olevien lasten ja nuorten tuki, ja sijaishuoltopaikkojen tuki tulee järjestää ja toteuttaa. Sijoitetut lapset ja nuoret ovat usein vaikeasti oireilevia, ja tästä johtuen tulee lapsella tai nuorella usein tarve muuttaa sijaishuoltopaikkaa, kun sijaishuoltopaikka ei pärjää oireilevan lapsen tai nuoren kanssa. Erityisesti sijaishuollon osalta lainsäädäntö ja 'hatkassa' olevien lasten ja nuorten etsiminen vaatii kehittämistä. Miten lapsen ja nuoren etu toteutuu, ja miten se varmistetaan edellä mainituissa tilanteissa? Mikä tulee olemaan hyvinvointialueen yhteinen resurssi kohteena olevien lasten ja nuorten palvelutarpeen toteutumisessa? Tähän kokonaisuuteen liittyy myös riittävä ja tehokas kotiuttamisen tuki ja tuen varmistaminen.

Sosiaali- ja kriisipäivystyksen näkökulmasta virka-aikaista lastensuojelun päivystystä tulee yhdenmukaistaa, jotta varmistetaan palveluiden yhdenvertainen saatavuus ja tasainen laatu Kanta-Hämeen alueella. Virka-ajan taitekohtien aiheuttamia hankaluuksia tulee ratkaista, samoin työntekijöiden työturvallisuus (häätäkeskusvaste) ja kenttäviranomaisyhteistyö vaatii kehittämistä. Millä tavoin perheiden päivystyksellisiin tilanteisiin voidaan tulevaisuudessa vastata paremmin, jotta mahdollisimman pian asiakas saa tarvitsemansa avun ja tuen sekä asiakkaan kanssa nopea ja tiivis työskentely toteutuu? Palveluihin pääsyn varmistaminen oikea-aikaisesti on jokaisen lapsen ja nuoren elämän kannalta merkityksellistä, jolla vältetään tilanteiden kärjistyminen ja mahdolliset kiireellisten sijoitusten tarpeet. Tarvitaanko tätä varten yhteinen aluetasoinen yksikkö, josta käsin toteutetaan lasten ja nuorten sekä perheiden kotiin suunnattua ja kasvu- ja kehitysympäristöihin jalkautuvaa työtä? Erityistä jatkokehittämistä koko hyvinvointialueella tarvitaan lisäksi lähisuhdeväkivaltatyön rakenteiden turvaamiseksi.

Kanta-Hämeen alueella on toimivaa sellaiset nykyiset lastensuojelun rakenteet, jossa lastensuojelun koko prosessi lastensuojeluilmoituksesta jälkihuoltoon asti tehdään paikan päällä. Merkittävä asia onnistuneen ja eheän palveluketjun toteutumisessa on ollut se, että asiakkaan, lapsen tai nuoren asioista vastaava sosiaalityöntekijä ei vaihdu missään prosessin vaiheessa, vaan asiakkaan palvelupolku pyritään pitämään tältä osin pysyvänä. Tähän oman haavoittuvuutensa tuo tällä hetkellä lastensuojelutyössä suuri työntekijöiden vaihtuvuus, ja pätevien sosiaalityöntekijöiden puute. Tähän tulee tulevaisuudessa löytää pysyvämpiä ratkaisuja.

1.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset

1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen



Kuva 3: Kehityskohteita- ja toimenpiteitä sijoitettuna kuvaan osa-alueessa 1.

Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen näyttäytyvät vahvoina pääpainopisteinä hankkeen tavoitteissa. Hankkeen tavoitteiden edistämiseksi käytämme olemassa olevia työryhmiä ja perustimme uusia maakunnallisia työryhmiä. Yhtenä uusimpana työryhmänä on Kanta-Hämeen alueen huumeiden käyttäjien tilannetta pohtiva ryhmä. Osana huumeidenkäyttäjien palvelupolku -kehittämistä on alkamassa Lape osa-alueen osalta alatyöryhmä, jossa on odottavan ja raskaana olevan huumeidenkäyttäjän palvelupolun -kehittäminen sekä huumeiden käyttäjien palveluiden kehittäminen terveydenhuollon peruspalveluissa. Hoitopolku -työpajoja yläkouluikäisten nuorten mielenterveysongelmien kartoitukseen ja hoitoonohjaukseen perustasolla on järjestetty Hämeenlinnan kaupungilla, ja tavoite on hyödyntää työpajoista saatua hoitopolkumallia koko Kanta-Hämettä koskevan hoitopolkumallin rakentamisessa perustasolle. Lisäksi lapset, nuoret ja perheet osa-alue on mukana mielenterveys- ja päihdepalveluiden valtavirtaistamisen työpajoissa, joissa on esille nostettu PALKO –suositukset lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämisen näkökulmasta kehittämistarpeineen. Kanta-Hämeen alueen sosiaali- ja kriisiyhteisöpäivystyksessä on ollut ajalla 1.9.2020 - 31.8.2021 yhteensä 6278 tehtävää. Koko hyvinvointialueen ja Kelan yhteistä toimintamalli asiakasasioiden käsittelyä varten ei ole käytössä, vaan mallit ovat tällä hetkellä kuntakohtaisia.

Asiakaskohtaisia vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittareita ei ole käytössä lapsiperheiden sosiaalipalveluissa systemaattisesti. Mittareista avain –mittari ei ole käytössä ja kykyviisari –mittarin käyttö vaihtelee ja käyttö on vähäistä: jollain seudulla mittari on otettu käyttöön hankkeen aikana, toisella seudulla mittari on ollut hankkeen lähtötilanteessa käytössä, mutta mittarin käyttö on loppunut. Lisäksi sosiaalipalveluiden asiakaskohtaisen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittareiden käyttöönottoa ei ole laajennettu hankkeen aikana. Rakenteellisen sosiaalityön toimintamalli esimerkiksi sosiaalinen raportointi on käytössä jonkin verran ja käyttöönotto on lisääntynyt lähtötilanteeseen verrattuna. Rakenteellisen sosiaalityön toteuttamista ei ole kuitenkaan laajennettu lähtötilanteeseen verrattuna.

Hämeenlinnassa työstettiin keväällä 2021 alustava ehdotus sosiaalisen kuntoutuksen, etsivän sosiaalityön ja järjestöjen rajapinnan kehittämiseksi, mutta sen käynnistäminen on ollut aikataulullisesti haastavaa. Työskentely liitettiin osaksi seudullista mielenterveys- ja päihde osa-alueen huumeiden käyttäjien palvelupolkukehittämistä. Sen avulla pyritään tunnistamaan myös etsivän sosiaalityön ja matalan kynnyksen ohjauksen tarpeellisia kohtia. Työikäisten sosiaalityön- ja ohjauksen työntekijöille lähtee marraskussa laaja kartoitus koko alueelle. Kysely pohjautuu hankearvioinnin kysymyksiin ja alueilla esiin nousseisiin haasteisiin. Sen avulla tarkastellaan verkoston toiminnallista tilaa sekä sosiaalityön toteutuksen tapoja. THL:llä on matalan kynnyksen palveluiden, osallistavan ja etsivän sosiaalityön pilotti ja Kanta-Hämeen alueella on tarkoitus oppia näistä piloteista seudullisesti työpajoissa syksyllä 2021–2022.

Hankkeesta tehtiin alustavaa kartoitusta tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskushankkeen täydennyshakua varten. Siinä pyydettiin arvioimaan yhteisösosiaalityön tilaa ja tarpeita. Vastauksia saatiin 5/7 alueelta. Vastausten mukaan erilaisten toimintatapojen käyttö on vähäistä, puutteellista tai sitä ei ole ollenkaan. Haasteeksi nostetaan myös se, ettei kehittämisessä usein oteta huomioon pieniä paikkakuntia ja asiakkaat asetetaan eriarvoiseen asemaan palvelun saatavuuden vuoksi.

Sosiaalihuollon työryhmä tuottaa seudullista tietoa ja toiveita sosiaalityön roolista sote-keskuksissa operatiiviseen työryhmään. Keväällä 2021 aloitettiin eri asiantuntijaryhmien yhteiset työpajat, joissa yhdistetään esimerkiksi perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon työryhmien jäseniä pienryhmätyöskentelyyn. Näillä toimenpiteillä varmistetaan tulevaa jatkuvuutta.

Digitaalisten palveluiden kehittämiseksi on käynnistetty NAVI-projekti. Projekti keskeytettiin alkusyksystä. NAVIn projektin tilaajapuolen johtoryhmä tuli yhteisesti siihen tulokseen, ettei palveluntuottajan työ vastaa sille asetettuja tavoitetta. Lisäksi suhteessa ajankäyttöön, työnjakoon, ja UI-suunnittelun tasoon työ osoittautui hankkeen budjettiin nähden liian kalliiksi. Projektissa tuotettuja lasten ja nuorten palveluiden palveluohjauskuvauksia pyritään hyödyntämään hankkeen ja alueen muiden digitaalisten työvälineiden kehittämisessä. NAVIn monialaisen työryhmän perustaminen kesti ajallisesti niin pitkään, ettei valittuun päihde- ja mielenterveysprosessiin ehditty tehdä kuin alkukartoituksia. Työryhmän perustamisen haasteet kuvaavat hyvin nykytilaa, jossa tunnistetaan yhteisen tekemisen tarve, mutta siihen tarttuminen on vaikeaa. Suurimmalta osin on kyse hyvin haasteellisesta ajasta kehittää, mutta myös siitä, etteivät rakenteet tue sote- rajapintojen ylittämistä. Tämä on ennen kaikkea johtotason kysymys. Yhteistä tekemistä haastaa lisäksi työntekijöiden saatavuus. Kartoittaessa saatavuutta ilmeni, että esimerkiksi sosiaalihuollossa on lähes koko alueella haasteita rekrytoinneissa. Siinä missä sosiaaliohjaajia on saatavilla, avoimiin sosiaalityöntekijöiden paikkoihin ei ole enää aiempiin vuosiin nähden virkapäteviä hakijoita. Navi –kehittämisen painopiste ja laajentuminen etenee hyvinvointialueen ja kuntien yhdyspinta –palveluiden digitaalisten palveluiden kehittämiseen. Erilaiset itseapu ja oma-apu –palvelut muun muassa perhekeskuspalveluihin kehittävät palvelutoimintaa varhaisen tuen ja ennalta ehkäiseviin palveluihin. Digitaalinen palvelutarjotin –alusta tuo asiakkaille jo ennen asiakkuutta vaiheessa mahdollisuuden saada apua oma-avun ja itseavun kautta. Kehittämisen painopistettä laajennetaan nykyisestä perhekeskustoimijoista kehittäjäryhmä –aikuisten ja nuorten osallisuutta lisäävien toimenpiteiden suuntaan. Navi –kehittämistyö jatkuu n. kerran kk Kanta-Hämeen navi –ohjaus- ja projektiryhmän tapaamisilla kevään 2022 aikana. Tapaamisissa esitys portaittaisesta käyttöprosessista seuraavien askelten mukaisesti: kysymysten ja ohjausten sisältö (tammikuu), asiakkaiden prosessi (helmikuu), osallistuminen perheet ja perhekeskus (maaliskuu), palautteiden käsittely ja asiakkaan prosessin jatkumuokkaus. Työskentelyn yhteydessä pyritään tunnistamaan luontevia kohtia perhepalveluiden ja työikäisten palveluiden yhteensovittamiselle. Näistä yhtenä potentiaalisena pidetään muun muassa työllisyyttä edistävää monialaista työskentelyä, eli TYP-toimintaa.

Sähköisen perhekeskus –kehittämisen kokonaisuutta ja sen tuomia mahdollisuuksia tarkastellaan seuraamalla kansallista kehittämistä, ja valmistellaan ottamaan kansallinen sähköisen perhekeskuksen kehittämistyö osaksi Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kehittämistä.

Terveys- ja hoitosuunnitelmatyöpajat ovat alkaneet elokuussa ja marraskuun 2021 loppuun mennessä kaikissa organisaatioissa työpajat on pidetty. Lifecare-järjestelmäpäivityksen myötä marraskuussa 2021 (tämän hetkisen tiedon mukaan) uusi terveys- ja hoitosuunnitelma otetaan käyttöön. Hoidon jatkuvuuden osalta on ratkaistavana, miten tulevassa monialaisessa työprosessissa seurataan hoidon/palvelun saannin jatkuvuutta versus samalla lääkäriellä/hoitajalla asioineet, kun kyseessä on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen monialainen tiimi. Tähän toivomme kansallisenkin tason linjauksia lähitulevaisuudessa.

Chat-pilotit ovat olleet pilotoinnissa rakennehankkeen järjestämänä eri yksiköissä eri organisaatioissa saavutettavuuden edistämiseksi. Hyviä kokemuksia on ollut muun muassa Janakkalan neuvolassa, Hämeenlinnan hoidontarpeen arvioinnissa sekä Riihimäen mielenterveys- ja päihdeyksikössä.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon vastaanottojen henkilökuntaa on osallistunut Hyvä vastaanotto 2.0 - valmennukseen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen järjestämä), jonka tavoitteena on saatavuuden edistäminen. Monialaiset valmennukset ovat alkaneet lokakuussa (Tulevaisuuden sote-keskushankkeen järjestämä). Monialaisuus tarkoittaa tässä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteisiä valmennuksia eli ei pelkästään terveydenhuollon/sosiaalihuollon sektoreilla olevia eri ammattilaisten osallistumista. Näiden tavoitteena on edistää saatavuutta kehittämällä yhtenäisiä ja sujuvia toimintamalleja niille asiakkaille, joilla on useampia palvelutarpeita. Sähköisiä ajanvarausmahdollisuuksia on otettu vähitellen käyttöön, nämä ovat olleet koronaan liittyvän työn vuoksi poissa käytöstä. Omaolon palvelujen käyttöä on pyritty edistämään tiedottamalla ja huomioiden eri piloteissa kuten työttömien terveystarkastuksissa. Monihuonemallia on pilotoitu eri-ikäisten koululaisten tarkastuksissa. Lääkkeenmäärämisoikeudellisia hoitajia on tullut Kanta-Hämeeseen lisää kaksi. Fysioterapeuttien suoravastaanotto on käytössä kaikissa Kanta-Hämeen organisaatioissa, tosin kolmessa vain rajoitetusti olkapää ja alaselkäoireisten kanssa, yhdessä on vain alaselän osalta ja kokonaisvaltaisesti "päästä varpaisiin" yhdessä organisaatiossa (Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä). Fysioterapeutin vastaanotolle pääsee joka kunnassa ilman lääkärin lähetettä. Puhe- ja jalkaterapeutille neljässä ja toimintaterapeutille kolmessa organisaatiossa pääsee ilman lääkärin lähetettä. Riihimäki, Loppi ja Hausjärvi ovat käynnistäneet Hyvinvointitarkastusten sosiaali- ja terveyspalveluiden rajapinnan kehittämisen. Siinä on luotu mallia yhteydenpitoon yhteisen asiakkuuden tarpeen herätessä työikäisten sosiaalipalveluissa. Tähän omat haasteensa tuo se miten systemaattisesti, tai millainen kokonaisuus Omaolosta, eri palveluissa on käytössä. Ensisijaisesti tarve yhteistyöhön herätetäänkin alkuun terveydenhuollon puolelta ja rakennetaan toimintatapoja vaihe kerrallaan.

Kanta-Hämeen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisuutta on selvitetty ja koottu yhteen mielenterveys- ja päihdetyöryhmässä. Yksityiset palvelun tuottajat ja kuntien erityisyksiköt tuottavat suuren osan päihdepalveluista ennakkoivasta palvelusta hoidolliseen palveluun. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa on poislähtämisen kulttuuria. Tähän liittyvää haasteellisuutta nostamme esiin myöhemmin arvioinnissamme. Erityisesti nuorten päihdepalveluiden saatavuus vaihtelee Kanta-Hämeen sisällä. Päihdekuntoutus vaikuttaa puuttuvan alle 18-vuotialta lähes kokonaan. Hankkeessa kuvattiin alaikäisten päihdepalveluiden polku yhteistyössä Monni-hankkeen kanssa. Polkutyöhön on osallistunut monialainen pienryhmä, jossa kokemuksiantuntijuus on keskeisessä roolissa. Tässä vaiheessa on tunnistettu, että nuorten vanhempien tuki ja alaikäisten päihdehoito puuttuvat alueelta. Systemaattisten menetelmien käyttö ja yhteiset prosessit esimerkiksi alaikäisten huumeuseulonnan osalta tullaan myös kehittämään. Työskentely jatkuu keväälle 2022.

Huumeiden käyttäjien palvelut kaipaavat monelta osin kehittämistä. Kanta-Hämeessä erityistason ja perustason roolien pohtiminen on tarpeen, jotta voidaan tuottaa ja kehittää monipuolisempia palveluita. Palveluissa tarvitaan monikanavaisia eri muotoisia palvelun tuottamisen keinoja, erityisesti jalkautuvien palveluiden kehittäminen on tarpeen. Tätä työtä tehdään työryhmässä, jossa luodaan huumeiden käyttäjien palvelupolkukuvausta ja- kehittämistä. Työryhmä on monialainen ja mukana on myös kokemuksiantuntija. Työskentelyssä tunnistetaan kehittämistä vaativat kohdat ja työstetään niitä alatyöryhmissä ja työpajoissa.

Hämeenlinnassa on käynnistynyt kokeilu, jossa siirretään opioidikorvaushoidon stabiilivaiheessa olevien lääkehoito perusterveydenhuoltoon.

Ikäihmisten osalta alueellamme on kartoitettu vaihtoehtoisia kotiin annettavia palveluita. Lisäksi on käyty läpi jo käytössä olevia etähoivan palveluita ja kotihoitoa tukevia teknologisia ratkaisuja. Etähoivan osalta on lokakuussa aloitettu etäpäivätoiminnan pilotti Fshky:ssä. Omaishoidontuen Kanta-Hämeen laajuinen toimintamalli on viimeistelyä vaille valmis. Omaishoidon kriteerit valmistuvat tammikuussa 2022. Asiakas- ja palveluohjauksen toiminnanohjaus ikäihmisillä –pilotti alkoi kesällä 2021 Fshky:ssä. Kotihoidon yhtenäisen sisällön työstäminen aloitettu. Kotisairaalan visio ja suuret toimintalinjat on määritelty. Työn alla on tila-, toiminnanohjaus- ja resurssikysymykset. Hyvinvointialueen laajuinen Showroom-konsepti on lähes valmis. Iäkkäiden päihteiden käytön riskit on tunnistettu Kanta-Hämeessä ja peruspalveluiden osaamisen taso sekä asenteet kartoitetaan A-klinikkasäätiön kanssa yhteistyössä toteutetussa kyselyssä. Tämän pohjalta suunnitellaan koulutukset osana valtavirtaistamisen koulutuskokonaisuutta.

Riihimäen nuortentalo Nupin ja Hämeenlinnan nuorten terveysneuvontapisteen palveluiden mallinnus on valmis. Nuppi toimii sosiaalihuollon ja terveysneuvontapisteen terveydenhuollon alaisuudessa. Olemme käyneet läpi yksiköiden palveluvalikoiman, työmenetelmät, osaamistarpeet sekä palvelupolun. Prosessin aikana olemme huomanneet, että meidän tulee laatia maakunnallinen kuva, miten lakisääteiset palvelut toteutetaan yhtenäisesti. Nuoret hyötyisivät monialaista palvelua tarjoavasta yksiköstä. Työryhmässä on todettu, että toiminnan järjestäjille tarvitaan yhteinen taustaorganisaatio, jossa noudatetaan yhteistä lainsäädäntöä. Toiminnan kohdentamisen ikärajaus tulee olla myös yhteinen, jotta voidaan luoda yhtenäiset palvelurakenteet ja liitospinnat muihin palveluihin. Nuorten kohdalla tulee muistaa liitospintatyö sivistystoimen kanssa, jotka ovat kuntiin jääviä palveluita. Lisäksi on päätettävä halutaanko luoda palvelu ennaltaehkäisevään vai korjaavaan kohtaan.

1.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset syksy 2021

Syksyn 2021 sosiaalihuollon työikäisten arviointeja palautettiin 6/7. Hankkeen asiantuntijat ovat saaneet palautetta siitä, että työtilanteen vuoksi alueilla on ajanpuutetta vastata. Syksyn arvioinnissa keskiarvon laskeminen oli osittain haastavaa, sillä osaan kysymyksiä oli vastattu esimerkiksi skaalalla yksittäisen numeerisen arvon sijaan ja/tai annettu yhteen kysymykseen useampi vastaus. Arviointien vaihtelevuutta selittää osaltaan myös se, että arvion on voinut tehdä eri henkilö kuin edellisillä kerroilla. Nostamme tässä raportissa esiin erityisesti muuttuneet arvioinnin kohdat tai niiden takana olevien tietojen muutokset. Arvioinnin aikaan korona aiheutti työtehtävien muutoksia koronasta johtuvien töiden kuten testauksien, jäljittämisen, rokottamisen ja rokottamisen kirjaamisen vuoksi, joka pitää huomioida esimerkiksi T3 -mittarin tuloksien huomioinnissa.

Odotusaika sosiaalihuoltolain mukaiseen palvelutarpeen arviointiin, eli aika asiakkaan asian vireille tulosta varsinaiseen arviointikäyntiin on työikäisten palveluissa syksyllä 2021 keskimäärin 8 arkipäivää. 2021 vastauksiin oli kirjattu kuitenkin vaihteluvälejä, joten luku ei ole tarkka. Kokonaisaineistosta on kuitenkin tulkittavissa, että muualla vastanneista tilanne on pysynyt jokseenkin samana, mutta Hausjärvellä odotusaika on pidentynyt vuoden 2020 alkuarvioinnista kolmesta arkipäivästä seitsemään.

Lapsiperheiden palveluissa odotusaika yhteydentosta sosiaalihuollon ammattilaisen tapaamiseen oli noussut 7 päivästä 8 päivään. Palvelutarpeen arviointi alkaa keskimäärin 8 päivässä (lähtötilanne 9 pv). Palvelutarpeen arvioinnin aloittamisessa vaihteluväli oli 5 päivästä 14 päivään. Perhetyöhön pääsee Kanta-Hämeessä nopeammin kuin aiemmin. Merkittävää parannusta on tapahtunut lapsiperhepalveluiden osalta perhetyön palveluihin pääsyssä. Lähtötilanteessa perhetyöhön pääsi 20 päivässä ja nyt 12 päivässä. Perheneuvolan palveluissa asian vireille tulosta palveluiden aloittamiseen on tapahtunut merkittävää negatiivista muutosta. Perheneuvolaan on lapsiperhepalveluissa hyvin vaihtelevat jonot viikosta yli kolmeen kuukauteen. Keskimäärin odotusta perheneuvolaan on noin kahden kuukauden verran (lähtötilanteessa odotusaika noin kuukausi). Kanta-Hämeessä ei ole systemaattisesti arvioitu mielenterveys- ja päihde-

erityispalveluihin hakeutuvien hoitopääsaikaa. Hoitoon pääsy vaihtelee alueen sisällä matalan kynnyksen suorista palveluista noin kuukauden odotusaikaan. Jonot erikoissairaanhoidon ja yksityiseen päihdekuntoutukseen olivat pidemmät kuin kuntien sisällä toimiviin palveluihin. Psykoterapian saatavuus on haaste alueella, jota tulee pohtia ja varhaisia tuen muotoja kehittää.

TAVOITE H1	MITTARI	Lähtötilanne syksy 2020	Kevät 2021	Syksy 2021
H1 Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn nopeutuminen, suun toiminnan terveydenhuollon tehostuminen	T3	Hammaslääkäri 28 Suuhygienisti 30 Lääkäri 20 vrk Hoitaja 6 vrk Fysioterapeutti 10 vrk	Hammaslääkäri 45 Suuhygienisti 38 Lääkäri 24 Hoitaja 9 Fysioterapeutti 14	Hammaslääkäri 52 Suuhygienisti 34 Lääkäri 16 Hoitaja 8 n=4 Fysioterapeutti 16 n=3
H1 Suun terveydenhuollon toiminnan tehostuminen	Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 21 pv hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä	3,3%	4.2%	25.26% (4/21 tieto)
H1 Hoidon ja palvelun jatkuvuus paranee	Tehtyjen asiakas- tai/ja hoitosuunnitelmien määrä/asiakkuudenhallinnan mallin mukaisten asiakasryhmien asiakkaat			5.91% n= 2
	Samalla lääkäriillä/ hoitajalla käynti			6.4 n=1
	Suun terveydenhuollon hoitosuunnitelmat/tutkimukset x 100	98.6	98,8	99.22
H1 Ikääntyneissä paljon palveluja saavien asiakkaiden osuus säännöllisessä kotihoidossa kasvaa	Säännöllisen kotihoidon käyntien määrä asiakasryhmässä	17 %	22 % Hämeenlinnan muutos datan muodostamisessa selittää muutosta osittain/vähentää vertailtavuutta alkuarviointiin nähden	27 % (3 organisaatiota ei vastannut)
H1 Ns. kevyen palvelujen asiakkuuksien osuus laskee kotihoidossa vaihtoehtoisten palvelujen kehittämisen ansiosta	Kevyen palvelun asiakkaiden määrä säännöllisen kotihoidon 75-vuotta täyttäneistä asiakkaista	18 %	15 %	9 % (3 organisaatiota ei vastannut)
H1 Muistisairausdiagnoosin saaneista ikääntyneistä merkittävä osa asuu kotona palveluiden turvin	Säännöllisen kotihoidon palveluja saavien määrä diagnoosin saaneista henkilöistä			
H1 Yhteisen omaishoidon tuen toimintamallin käyttöönotto	75-vuotta täyttäneiden ikäryhmässä omaishoidon tuen volyymin määrä	3,1 (Hämeenlinna ja Janakkala ilmoittaneet % sijaan henkilömäärän)	4,0	4,0 (4 organisatiota ei vastannut)

Kuvio 4 Tulostavoitteiden vertailu, hyötytavoite 1

Terveydenhuollon työkentässä Kanta-Hämeen alueella palveluiden saatavuuden parantamiseen liittyvän kiireettömään hoitoon pääsyn T3 -mittarin (kolmas vapaa aika) mediaanilukujen keskiarvoina olivat syyskuussa lääkärille 16 päivää, hoitajalle 8 päivää ja fysioterapeutille 16 päivää. Forssan seudun hoitajien ja fysioterapeuttien T3-aikoja ei seurata. Hattulassa ei seurata fysioterapeuttien T3-aikaa. Hammaslääkäreille kolmas vapaa aika mediaanilukujen keskiarvona 52 päivää ja suuhygienistille 34 päivää. Verrattuna kevään arviointiin hammaslääkärien ja fysioterapeuttien T3-ajat olivat pidentyneet, muilla ammattiryhmillä vähentyneet. Pitkäaikaissairaille tehtyjen hoitosuunnitelmien poiminta ei ole mahdollista kaikissa organisaatioissa ja sama haaste on myös samalla lääkäriillä/hoitajalla asioineiden asiakkaiden määrän

poiminta. Hämeenlinnassa pitkäaikaissairaista 1.8%:lle ja Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä 10 %:lle on tehty hoitosuunnitelma (suhteutettuna siihen, että asukkaista kymmenen prosenttia on pitkäaikaissairaita).

Ikäihmisten osalta säännöllisen kotihoidon 75-vuotta täyttäneistä asiakkaista yli 60 kk asiakkaana olleiden määrä on tavoitteenmukaisesti lisääntynyt Hausjärvellä, Janakkalassa ja Hattulassa. Kevyen palvelun asiakkaiden määrä säännöllisen kotihoidon asiakkaista on hankkeen tavoitteenmukaisesti laskenut Fshky:ssä, Hausjärvellä, Hattulassa ja Janakkalassa. Hankkeen tavoitteena on, että kevyen palvelun asiakkaita on alle 15 % säännöllisen kotihoidon 75-vuotta täyttäneistä asiakkaista.

Ikäntyneiden sosiaalialan ammattilaisen kiireettömälle vastaanotolle pääsee Hattulassa lähtötilanteeseen verrattuna nopeammin. Sen sijaan Forssassa, Hausjärvellä ja Janakkalassa vastaanotolle pääsy aika on pidentynyt. Omaishoidontuen volyymi on lisääntynyt Hausjärvellä ja Fshky:ssä, mikä vastaa hankkeen tavoitetta. Palvelutarpeenarvointiin pääsee nyt nopeammin Hattulassa. Hausjärvellä ja Riihimäellä on otettu käyttöön sähköisen palvelukanavan kautta annettava neuvonta. Ensihoidon kuljetusten määrä on vähentynyt hankeajana Hausjärvellä. Lääkeautomaattien ja etähoivan hyödyntäminen yleistynyt, vaikka sitä ei ole vastauksissa mainittu.

2 Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoiwaan työhön

2.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet

Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa on tavoitteena entistä parempi palvelutarpeen ennakointi ja pulmien ennaltaehkäisy. Ennaltaehkäisy ja ennakointi tuen tarpeen havaitsemiseksi edellyttävät riskien tunnistamista (esim. hiljaisten signaalien tunnistaminen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa). Lisäksi tarvitaan voimavaroja vahvistavaa työtä, jotta suojaavat tekijät vahvistuvat asiakkaan elämässä. Systemaattisella riskien, suojaavien tekijöiden ja voimavarojen tunnistamisella, palvelutarpeen ennakoinnilla ja ennaltaehkäisevillä toimintatavoilla kuten erilaisilla menetelmällisillä lyhytinterventioilla pyritään siirtämään painopistettä raskaista ja kalliista palveluista kevyempiin tuen vaihtoehtoihin. Tavoite on yhteinen esimerkiksi niin avosairaanhoidossa ja suunterveydenhuollossa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa, sosiaalihuollon työikäisten palveluissa kuin lasten, nuorten ja perheiden palveluissakin. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa tavoitellaan nykyistä laaja-alaisempaa tuen ja palveluiden hyödyntämistä myös kolmannen ja neljännen sektorin tukivaihtoehtoista yksilöllistä tarvetta vastaten. Paitsi asiakastyössä, myös organisaatioiden johtamisessa ja yksiköiden toimintatavoissa haetaan entistä proaktiivisempaa toimintakulttuuria.

TAVOITE 2: Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoiwaan työhön		
Parempi Arki –yhteisasiakkaan herätteet sote-keskuksen monialaisten tiimien käyttöön	Käyttöön oton toteutuminen	Sosiaalisten ongelmien tunnistaminen parantuu
Terveystieteiden mallin mukainen mittaaminen sote-keskuksen monialaisiin tiimeihin	Terveystietymittarien (BMI, tupakointi, RR, LDL, Beck depressio, Audit, HbA1C) käyttöön oton toteutuminen	Sairauksien ja hyvinvointiriskien tunnistaminen parantuu
Nuorten psykososiaalisten menetelmien (IPC) implementointi yhteistyössä TAYS:n ja KHSHP:n nuorisopsykiatrian pkl:n kanssa	Menetelmäkoulutusten ja menetelmien käyttöön oton toteutuminen perustasolla (mm. oppilashuollot)	Nuorten mielenterveyshaasteiden varhainen tunnistaminen parantuu
Lapsia, nuoria ja perheitä suojaavien ja riskitekijöiden sekä hiljaisten huolta herättävien signaalien tunnistamisen toimintamallit	Toimenpiteiden toteutuminen: valmiit toimintamallit kehitetty, käyttöön otettu	Lapsia, nuoria ja perheitä suojaavien ja riskitekijöiden sekä hiljaisten huolta herättävien signaalien tunnistaminen parantuu

Mielenterveystaitojen valmennukset lasten, nuorten ja perheiden palveluiden ammattilaisille	Valmennusten toteutuminen	Mielenterveystaidot lisääntyy perustasolla lasten, nuorten ja perheiden palveluissa
Nuorten maksuttoman ehkäisyn toteuttaminen	Kanta-Hämeessä kaikki alle 25-vuotiaat nuoret saavat samat mahdollisuudet maksuttomaan ehkäisyyn, toimintapa luotu	Nuorten tekemien aborttien määrä laskee, koska ehkäisy on maksuton. Maksuttoman ehkäisyn lisäksi nuoria tuetaan seksuaaliväkivallalla sekä opastetaan seksuaaliterveydessä.
Tutkimusperustaisuuden vahvistuminen	Sosiaalihuollon kirjaamiskäytäntöjen yhtenäisyys tiedon tuottamisen takaamiseksi on lisääntynyt. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimusperustaisuudelle on luotu yhteistyömallit	Kanta-Hämeen alueella saadaan sosiaali- ja terveydenhuollosta tutkimusperustaista tietoa päätöksenteon ja työn tueksi.
Työntekijöiden veto- ja pitovoimasta huolehditaan	Työntekijöiden vaihtuvuus vähenee, saamme kuvattua työntekijän prosessin haastattelusta päättymiseen. Työhyvinvointimittaukset ja eNPS	Kanta-Hämeeseen saadaan osaavaa ja ammattitaitoista työvoimaa, joka voi hyvin myös työssään. Työntekijät suosittelevat työpaikkaansa muillekin mielellään.

Kuvio 5 Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankekokonaisuuden osatavoitteet toiminnan painotuksen siirtämiseksi raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön.

2.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit

Kansalliseen hyötytavoitteeseen toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön liittyvät Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankekokonaisuuden omat tulostavoitemittarit ovat:

TAVOITE H2	MITTARI
H2 Sairauksien ja hyvinvointiriskien tunnistaminen parantuu (Perusterveydenhuolto)	Terveyshyötymittarien (BMI, tupakointi, RR, LDL, Beck depressio, Audit, HbA1C) käyttöaste
H2 Sairauksien ja hyvinvointiriskien tunnistaminen parantuu (Suun terveydenhuolto)	12-vuotiaiden (5.-luokkalaisten) DMF-indeksin seuraaminen.
Hyödynnämme tietoa, joka kertyy kansallisista rekistereistä ennakkoinnin tueksi	Kouluterveyskyselyn tiedon hyödyntäminen Hämeenlinnan tekemän työkalun avulla
Työhyvinvointi parantuu	Työhyvinvointikyselyt (perustaso vielä kirjava)

Kuvio 6 Tulostavoitemittarit hyötytavoitteen 2 osalta

2.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät

Tämä on kirjattu auki kohdassa 1.3 kaikkien arvioinnin osa-alueiden osalta.

2.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset

Kanta-Hämeessä yhtenä keinona ennakkoinnin ja ennaltaehkäisyn parantamiseen on hyvinvointiriskien tunnistaminen mm. terveyshyötymittarien (BMI, tupakointi, RR, LDL, Beck depressio, Audit, HbA1C) avulla. Lähtötilanteen arvioinnissa on kerätty tietoa terveyshyötymittarien vakioidusta käytöstä perusterveydenhuollossa. Vakioidulla käytötavalla tarkoitetaan tässä yhteydessä mittarin säännönmukaista kirjaamista aina ja samalla tavalla tietyssä määrättyssä hoitoprosessin vaiheessa. Tilanne Kanta-Hämeen alueella terveyshyötymittarien käytössä eroaa organisaatioiden kesken. Osassa perusterveydenhuollon organisaatioista on terveyshyötymittarien vakioitua käyttöä tietyn asiakasryhmän kohdalla. Riihimäen seudun terveyskeskus kuntayhtymässä terveyshyötymittarit ovat vakioidussa käytössä diabetes-potilaiden määräaikaistarkastuksissa. Hämeenlinnan terveystalossa terveyshyötymittareita seurataan terveyshyötyasiakkaalla kerran vuodessa ja muilla asiakkailta (episodiasiakkaat) joka toinen vuosi. Hattulan kunnassa on pyrkimys kirjata terveyshyötymittareita lähtökohtaisesti Käypä hoitosuosituksen mukaisesti, mm. pitkäaikaissairauksien hoitosuunnitelman yhteydessä. Kirjaaminen on vakioitua Hattulan äitiys-, neuvola- ja kouluterveydenhuollossa.

Kanta-Hämeen maakunnan alueella hanketta aloitettaessa nuorille masennusoireistoon suunnattua IPC-menetelmää (interpersonal counselling) tai ahdistuneisuusoireiluun suunnattua CoolKids-menetelmää ei ollut käytössä missään alueen kunnassa tai kuntayhtymässä. Käytössä olevia nuorille suunnattuja psykososiaalisia menetelmiä Kanta-Hämeen alueella ovat mm. ART (Hämeenlinnan kaupunki), DKT dialektinen käyttäytymisterapia (Hattula) ja Friends –ryhmät (Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä). Matalan kynnyksen avoimia fyysisiä kohtaamispaikkoja, joissa on saatavilla sosiaali- ja/tai terveydenhuollon lakisääteistä ohjausta ja neuvontaa on Kanta-Hämeen alueella lapsiperheille yhteensä 1 ja kaikille asukkailla suunnattuja seitsemän. Sähköisen palvelukanavan kautta annettavaa ammattihenkilön neuvontaa ja ohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvissä asioissa on kuntien vastausten perusteella saatavilla lapsiperheille 43%, työikäisille 14% ja ikääntyneille 29% kunnista/ kuntayhtymistä.

Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävää elintapaohjauksen toimintamallia ei ole käytössä missään Kanta-Hämeen kunnassa/kuntayhtymässä.

Alueen sosiaalitoimessa tehtävän yhteisösosiaalityön, kuten etsivän sosiaalityön tai erityisryhmien parissa tehtävän sosiaalityön määrä vastaa kuntien arvion mukaisesti noin 60 prosenttisesti alueen yhteisösosiaalityön tarpeisiin.

2.4.1 Täydennyshaun uusien osa-alueiden lähtötilannearviointi syksy 2021

Tutkimusperustaista sosiaalihuoltoa tulee vahvistaa osana hyvinvointialueen TKIO-kokonaisuuden suunnittelua. Tämä tavoite on oleellinen myös perusterveydenhuollossa. Meillä puuttuu TKIO-rakenne sopimuksellisesta tutkimusyhteistyöstä kaikilta kolmelta tasolta: kansallisesti, yhteistyöalueella ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueelta.

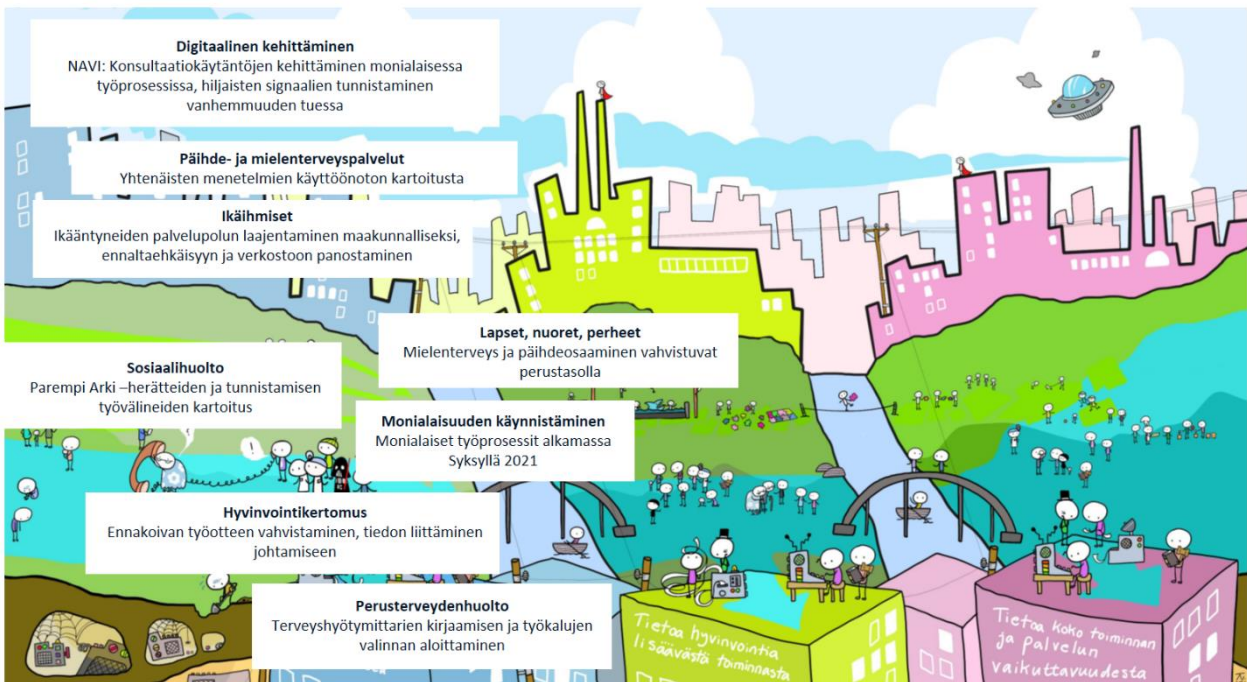
Henkilöstön saatavuuteen ja pysyvyyteen on kiinnitettävä huomiota. Kehitämme hankkeessa mallin henkilöstön rekrytoinnista-työssä pitämiseen. Huomioimme mallissa urakehityksen, täydennyskoulutuksen sekä työhyvinvoinnin. Tämän osalta emme ole ehtineet selvittää nykyisiä työhyvinvoinnin mittaamisen käytäntöjä laajemmin. Tätä osiota valmistellaan yhdessä hyvinvointialueen valmistelutoimiston kanssa.

Alle 25 –vuotiaiden maksuttoman ehkäisyn toteutustavat ja laajuus vaihtelevat Kanta-Hämeen alueen kunnissa. Maksuton ehkäisy tarjotaan alle 25 –vuotiaille Kanta-Hämeen alueella Hausjärven, Riihimäen, Lopen ja Janakkalan kunnan asukkailla. Hämeenlinnassa kaikki alle 21-vuotiaat saavat maksuttoman pitkäkestoisen ehkäisyn, jonka ehkäisyteho on luotettava ja jatkuu seuraavat 3-5 vuotta. Maksuton pitkäkestoinen ehkäisy toteutuu siis 21-26 -vuotiaaksi asti. Forssan, Humppilan, Jokioisten, Ypäjän ja Tammelan asukkailla maksuton ehkäisy tarjotaan kaikille alle 20-vuotiaille naisille. Hattulan kunta ei järjestä tällä hetkellä maksutonta ehkäisyä alle 25 –vuotiaille. Ehkäisyasioihin liittyvää hoitoa ja neuvontaa toteutetaan muun muassa lähipalveluna perhesuunnitteluneuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, terveysasemilla ja neuvoloissa, joissa palvelua tuottavat yleensä terveydenhoitajat. Kanta-Hämeessä ehkäisyneuvontaa toteutetaan myös jonkin verran etäyhteydellä muun muassa neuvolan chat- palvelun ja Whats App –viesti- ja videoyhteyden kautta. Lisäksi neuvontaa toteutetaan Wilma –järjestelmän, puhelimen ja etävastaanottokäynteinä Teams –videoyhteyden avulla. Ehkäisyimplanttien- ja kierukoiden asettaminen tapahtuu usein neuvolalääkärin toimesta. Joissakin Kanta-Hämeen kunnissa erikoissairaanhoidon toimenpiteiden jälkeen perusterveydenhuolto vastaa hoidon seurannasta, samoin myös mahdollisesta psykososiaalisen tuen antamisesta. Osassa Kanta-Hämeen kunnissa toimii neuvolassa osa-aikainen konsultoiva gynekologi, joten lähete tai hoitoon ohjaus erikoissairaanhoidon palveluihin on harvinaista. Erikoissairaanhoidon palveluita esimerkiksi gynekologipalveluita ehkäisykapselien asettamiseksi ostetaan tarvittaessa palveluiden saavutettavuuden varmistamiseksi Kanta-Hämeen alueen osassa kunnista. Joskus lääkäri on tehnyt lähetteen Kanta-Hämeen keskussairaalan gynekologian poliklinikalle seksuaaliterapiaa tarvitsevan asiakkaan tilanteessa. Seksuaalineuvonta- ja terapia- palveluita sekä tähän liittyvää osaamista tarvitaan lisää tulevilla Kanta-Hämeen hyvinvointialueella, koska näitä palveluita ei ole saatavilla riittävästi perusterveydenhuollossa alueellamme tällä hetkellä.

Maksuttoman ehkäisyn piiriin kuuluvien valmisteiden osalta käytäntö vaihtelee Kanta-Hämeen alueella. Joissain kunnissa maksuttoman ehkäisyn piiriin kuuluvia valmisteita ovat kierukka, ehkäisykapseli ja ehkäisytabletit. Lisäksi joidenkin kuntien neuvoloissa jaetaan ehkäisyneuvontakäynneillä kondomeja. Jälkiehkäisyn maksuttomuus vaihtelee Kanta-Hämeen alueen kunnissa. Joidenkin Kanta-Hämeen kuntien avovastaanotoilta sairaanhoitajat tai lääkärit ohjeistavat alle 25-vuotiaat ehkäisyntarvitsijat neuvolaan. Maksuttomaan ehkäisyyn alle 25 –vuotiaille liittyvä budjetointi vaihtelee jonkin verran Kanta-Hämeen alueen kunnissa. Osassa kunnista alle 25 –vuotiaiden maksuttomalle ehkäisylle ei ole varattu erillistä budjettia vaan maksuton ehkäisy on budjetoitu yhteen kaikkien muiden lääkekulujen kanssa. Kunnissa, joissa on varattu erillinen budjetti alle 25 –vuotiaiden maksuttomaan ehkäisyyn budjetoitu summa on ollut 10 000 – 15 000€ / vuosi.

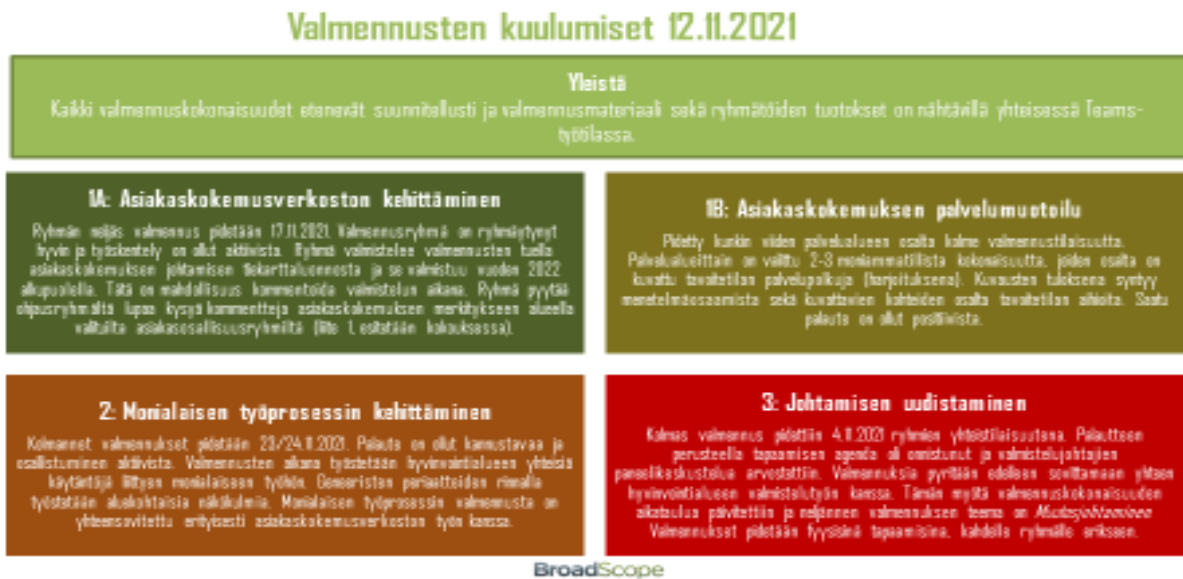
2.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset

2. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoiavaan työhön



Kuva 4: Kehityskohteita- ja toimenpiteitä sijoitettuna kuvaan osa-alueessa 2.

Kaikki hankkeen valmennuskokonaisuudet ovat alkaneet. Niiden kokonaisuuden kautta vaikutetaan asiakastiedon hyödyntämiseen ennakoinnissa. Valmennuksista on kerrottu enemmän osiossa 4. "Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen." Monialaisten toimintamallien yhtenä kehittämisaikana on asiakkaiden tunnistaminen. Niissä hyödynnetään muun muassa "Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät" -hankkeen monialaisen yhteistyön toimintamallia sekä Parempi Arki -herätteitä.



Kuva 5: hankkeiden valmennusten tilannekuva 12.11.2021

TAVOITE 2: Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakkoivaan työhön			Lähtötilanne syksy 2020	Tehdyt kehittämistoimenpiteet	Kevät 2021	Syksy 2021
Parempi Arki – yhteisiasiakkaan herätteet sote-keskuksen monialaisten tiimien käyttöön	Käyttöönoton toteutuminen	Sosiaalisten ongelmien tunnistaminen parantuu		Suunniteltu monialaisten tiimien työkaluksi	Monialaiset työprosessit alkamassa intensiivisesti syksyllä 2021, suunnitteluvaihe	Asiakkaiden tunnistamiseen liittyvien työkalujen esittely joulukuussa tulossa monialaisten valmennusten yhteydessä.
Terveystyötyömallin mukainen sote-keskuksen monialaisiin tiimeihin	Terveystyötyömallin (BMI, tupakointi, RR, LDL, Beck depressio, Audit, HbA1C) käyttöön oton toteutuminen	Sairauksien ja hyvinvointiriskien tunnistaminen parantuu		Terveystyötyömallin rakenteisen kirjaamisen yhteinen näkemys työn alla, mahdollisesti upotus tulevaan terveys- ja hoitosuunnitelmaan. Yhteinen suunnitelma sopimatta.		Terveystyötyömallin osalta yhteiset suunnitelmat on tehty. Teknisiä haasteita asiaan liittyen on, joita pyritään ratkaisemaan tulevaisuudessa.
Nuorten psykososiaalisten menetelmien (IPC) implementointi yhteistyössä TAYS:n ja KHSHP:n kanssa	Menetelmäkoulutusten ja menetelmien käyttöön oton toteutuminen perustasolla (mm. oppilashuollot)	Nuorten mielenterveyshaasteiden varhainen tunnistaminen parantuu		IPC-menetelmän koulutukset ovat alkanet Tayssin johdolla, vastuuhuoltaja on aloittanut työnsä jalkauttamisen tukena Kanta-Hämeessä	Koulutettuja 22 Kanta-Hämeessä, syksyn koulutuksiin valittu 18 koulutettavaa, IPC-prosessit asiakkaiden kanssa käynnistyneet	Syksyn koulutukset alkavat, yhteistyö Viva-tiimin kanssa kehittämässä juurruttamisen edistämässä
Lapsia, nuoria ja perheitä suojaavien ja riskitekijöiden sekä hiljaisten huolta herättävien signaalien tunnistamisen toimintamallit	Toimenpiteiden toteutuminen: valmiit toimintamallit kehitetty, käyttöön otettu	Lapsia, nuoria ja perheitä suojaavien ja riskitekijöiden sekä hiljaisten huolta herättävien signaalien tunnistaminen parantuu		NAVI-työkalun taakse koottu teorianäkökulma, kysymykset valmisteltu ja hiottu, pilotti valittu, kehittämisen aikataulu sovittu	Pilotti alkamassa, perhekeskusten vanhempien kehittäjäryhmissä kysymykset arvioitavana	Navi-projekti päättyi. Tehtyä työtä hyödynnetään vanhemmuuden tsemppibotin kehittämisessä

Mielenterveyst aitojen valmennukset lasten, nuorten ja perheiden palveluiden ammattilaisille	Valmennusten toteutuminen	Mielenterveystaidot lisääntyy perustasolla lasten, nuorten ja perheiden palveluissa		Maakuntamme lähti pähdeasiat edelle, koska priorisointikeskustel uissa se nousi akuutimmaksi. Haarukoitu toimivia menetelmiä ja valmennuksia	Suunnitteluvaihe mielenterveyden osalta menossa	Suunnitteluvaihe menossa edelleen
--	------------------------------	---	--	--	---	--------------------------------------

Kuvio 7 kansallisen hyötytavoitteen 2 osatavoitteiden muutos

Hyvinvointikertomus ja muu hyte-työ vahvistavat ennakoivaa työtettä ja sen johtamiseen tarvittavan tiedon hankintaa. Alueellinen ennaltaehkäisevä työryhmä koottu. Hämeenlinna on kehittänyt lasten ja nuorten hyvinvoinnin vertailun mahdollistavan työkalun. Työkalu hyödyntää kouluterveyskyselyn dataa ja tietoa lapsiperheköyhyydestä. Työkalu mahdollistaa vertailun Kanta-Hämeen ja muiden hyvinvointialueiden vertailun sekä kuntakohtaisen arvioinnin hyvinvoinnin osa-alueittain.

Kuntoutuksen maakunnallisessa työryhmässä sovittiin Janakkalan ikääntyneiden palvelupolun laajentamista maakunnalliseksi. Siinä keskeistä on ennaltaehkäisyyn panostaminen ja esimerkiksi kaupungin liikuntatoimen ja yhdistysten palveluiden hyödyntäminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille on käynnissä kysely, jolla kartoitetaan ammattilaisten menetelmien käyttöä, osaamista ja koulutuksen tarvetta sekä yhteistyön toimivuutta ja asenteita päihde- ja mielenterveystyön osalta. IPC-menetelmäkoulutus aloitettu Tayssin toimesta. Kanta-Hämeen nuoria kohtaavista ammattilaisista on koulutettu vuoden loppuun mennessä 40 henkilöä ja juurruttamisen tuki aloitettu. Ensimmäiset asiakkuudet IPC-toimintamallin osalta ovat alkaneet. Nuorten palveluissa on rakenteilla hoitopolku yläkouluikäisten mielenterveysongelmien kartoitukseen ja hoitoon ohjaukseen. Lisäksi nuorille ja perheille suunnatulla Nuori, nuku. -kampanjalla on pyritään keskittymään nuoren perusasioiden (nukkuminen, syöminen, arkiryhti) tärkeyden esille nostamiseen, ja sitä kautta ennalta ehkäisemään nuoren hyvinvoinnin alenemista. Vanhemmuuden tuki perhekeskuksissa kartoitus Kanta-Hämeen lasten, nuorten ja perheiden palveluihin liittyen on tehty ja toimenpiteitä kartotuksen pohjalta suunnitellaan parhaillaan. Lasten ja nuorten walk in –palveluiden nykytilanne sekä näyttöön perustuvien ja tutkitusti vaikuttavien psykososiaalisten menetelmien kartoitus lasten, nuorten ja perheiden palveluissa on selvitetty hankkeen täydennyshaun 2021 yhteydessä.

Matalan kynnyksen avoimia fyysisiä kohtaamispaikkoja, joissa on saatavilla sosiaali- ja/tai terveydenhuollon lakisääteistä ohjausta ja neuvontaa on Kanta-Hämeen alueella lapsiperheille yhteensä neljä (lähtötilanteessa yksi) ja kaikille asukkaille suunnattuja seitsemän. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämä kyselyn mukaan Kanta-Hämeessä on 68 erilaista perhekeskuksen kohtaamispaikkaa (sosiaali-, terveys- ja sivistyspalvelut, järjestöt, seurakunnat). Alueen sosiaalitoimessa tehtävän yhteisösosiaalityön, kuten etsivän sosiaalityön tai erityisryhmien parissa tehtävän sosiaalityön määrä vastaa kuntien arvion mukaisesti noin 60 prosenttisesti alueen yhteisösosiaalityön tarpeisiin. Lapsiperheiden palveluiden näkökulmasta sosiaalipalveluissa tehdään jonkin verran yhteisösosiaalityötä, kuten etsivää sosiaalityötä tai erityisryhmien parissa tehtävää sosiaalityötä, esimerkiksi asunnottomien tai päihteitä käyttävien kohtaamispaikoissa tapahtuvaa toimintaa ja alueellista työtä yhdessä järjestöjen kanssa.

Psykoterapian saatavuus Kanta-Hämeen alueella on heikko. Mielenterveys- ja päihdetyöntöryhmä pohtii erilaisia etupainotteisia keinoja, joilla voitaisiin auttaa matalammalla kynnyksellä ja mahdollisesti näin välttää massiivisempien ongelmien syntyminen ja psykoterapian tarve tai helpottaa terpiaan hakeutuvan terapiaan pääsyn odotusaikaa. Mielenterveys- ja päihdetyön työryhmä laatii tästä selvityksen mielenterveystyön kehittämisen tueksi vuodelle 2022. Yhtenäiset systemaattiset terapeutit menetelmät puuttuvat, käytössä DKT ja IPT menetelmät vaihtelevasti eri kunnissa, sekä useita työntekijöiden käyttämiä

yksilöllisiä menetelmiä. Psykoedukatiiviset ryhmämuotoiset keinot koettiin mielenterveys- ja päihdetyön työryhmässä tärkeänä kehittämisen kohteena sekä Mielenterveystalon käytön vahvistaminen.

Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävää elintapaohjauksen toimintamallia ei ole käytössä missään Kanta-Hämeen kunnassa/kuntayhtymässä. Työ tämän eteenpäin viemiseksi on aloitettu hankkeessa kokoamalla yhteen järjestöjen ja organisaatioiden toimijoiden kokoonpano.

2.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset syksy 2021

Sähköisen palvelukanavan kautta työikäiselle annettavaa ammattihenkilön neuvontaa ja ohjausta sosiaali- ja terveydenhuollon asioissa on käytössä puolella, eli kolmella kuudesta vastaajasta (2020: Käytössä yhdellä). Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa sähköinen asiointi on pysynyt samalla. Koronatilanteessakin perheitä on tavattu myös kasvokkain. Nuorten peruspalveluissa on tarjolla sähköisen palvelukanavan kautta annettavaa ammattihenkilön neuvontaa ja ohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvissä asioissa 29 % kaikista vastanneista organisaatioista.

Matalan kynnyksen kohtaamispaikat, joissa on tarjolla yleistä sosiaali- ja/tai terveydenhuollon lakisääteistä neuvontaa, näyttäisivät pysyneen työikäisten sosiaalihuollon kyselyn osalta ennallaan suhteessa edellisiin arviointeihin. Näin ollen isommilla paikkakunnilla tai yhteistoiminta-alueilla on edelleen tarjolla 1-3 avointa tilaa, pienemmillä paikkakunnilla kysymyksen mukaisia kohtaamispaikkoja ei ole kirjattu. Riihimäelle on perustettu uusi matalan kynnyksen kohtaamispaikka. Lisäksi Hausjärven ja Lopen kuntiin on perustettu perhekeskuksen matalan kynnyksen avoimet kohtaamispaikat.

Kanta-Hämeessä ennakkoivamman työn osalta terveyshyötymittarien (painoindeksi, tupakointi, verenpaine, LDL-kolesteroli, sokerihemoglobiini eli ”pitkäsokeri” HbA1c, masennusoirekysely Beck, alkoholin riskikäyttötesti AUDIT) käyttö vaihtelee organisaatioittain. Osassa terveyshyötymittarien käyttö on rakenteisesti kirjattua ja systemaattista, toisaalta vakioitua tiettyjen asiakasryhmien kohdalla kirjauksen tapahtuttua fraasien avulla. Näitä tietoja ei pystytä poimimaan erikseen asiakkaan tiedoista. Hämeenlinnassa terveyshyötyasiakkailla kyseiset mittarit ovat kirjattu vakioidusti kerran vuodessa, episodiasiakkailla joka toinen vuosi. Riihimäen seudulla tupakointi ja verenpaine ovat vakioidusti kirjattuna diabetesasiakkailla. Hattulassa pyritään kirjaamaan kaikilla Käypä hoito –suositusten mukaisesti, systemaattisesti ja vakioidusti terveyshyötymittarit ovat käytössä äitiys-, neuvola- ja kouluterveydenhuollossa. DMF-indeksi eli kariessairauden kertymää kuvaava indeksi 12-vuotiailla (viidennen luokan keväällä mitattuna) verrattuna edelliseen vuoteen oli ensimmäisen kerran saatavilla, arvoltaan 0.79.

Muistisairauksien osalta ennaltaehkäisevää toimintamallia ei ole suoranaisesti käytössä missään kunnassa tai kuntayhtymässä Kanta-Hämeessä. FINGER-mallin mukaisia asioita käydään läpi perusterveydenhuollon vastaanotoilla, mutta niitä ei kirjata erikseen muistisairauksien ennalta ehkäiseväksi toiminnaksi, koska samat asiat vaikuttavat muihinkin terveyttä edistäviin tekijöihin. Työskentely toimintamallin luomiseksi on aloitettu hankkeessa.

TAVOITE H2	MITTARI	Lähtötilanne syksy 2020	Kevät 2021	Syksy 2021
H2 Sairauksien ja hyvinvointiriskien tunnistaminen parantuu (Perusterveydenhuolto)	Terveyshyötymittarien (BMI, tupakointi, RR, LDL, Beck depressio, Audit, HbA1C) käyttöaste	Osassa organisaatioissa kirjataan tietyillä asiakasryhmillä	Osassa organisaatioissa kirjataan tietyillä asiakasryhmillä	Sovittu miten usein mitään terveyshyötymittaria seurataan, rakenteisen kirjaamisen jalkautustyö alkamassa.

H2 Sairauksien ja hyvinvointiriskien tunnistaminen parantuu (Suun terveydenhuolto)	12-vuotiaiden (5.-luokkalaisten) DMF-indeksin seuraaminen.	Luotettavaa DMF-indeksilukemaa ei keskiarvon laskemiseksi saatavilla, vaihtelu 0.5-2 välillä	Kevään tarkastuksia ei ole vielä aloitettu missään organisaatioissa 5.-luokkalaisten, nämä tehdään aina 5. kevätlukukaudella	DMF –indeksi 0.79 n=4
--	--	--	--	-----------------------

Kuvio 8 Tulostavoitteet vertailu kansallinen painopiste 2

Mielenterveys- ja päihdetyön osaamista pyritään vahvistamaan kaikenikäisten palveluissa. Valtavirtaistamisen työpajaan oli kutsuttu alueen avainhenkilöitä pohtimaan tutkittujen systemaattisten menetelmien käyttöä ja käytön edistämistä. Tämän pohjalta järjestetään koulutuskokonaisuuksia ja työpajoja keväällä 2022. Alueen avainhenkilöt päättivät koulutusten sisällön ja aikataulun sekä laatii suunnitelman menetelmien käytön vakiinnuttamiseksi. Tavoitteena systemaattinen tutkittujen menetelmien käyttö varhaisten mielenterveyden ja päihteiden käytön tunnistamiseksi. (AUDIT ja BDI) sekä mini-interventioiden käytön lisääminen. Lisäksi tavoitellaan Mielenterveystalon vahvempaa käyttöä.

Kanta-Hämeen alueella on tällä hetkellä 54 lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevaa lasta vähemmän kuin lähtötilanteessa. Lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevien lasten määrä Kanta-Hämeen alueen osalta on tällä hetkellä 894. Lähtötilanteessa vastaava luku oli Kanta-Hämeen alueen osalta 948.

3 Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

3.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet

Tavoitteina laadun ja vaikuttavuuden osalta ovat asiakasosallisuuden parantaminen, johtamisen uudistaminen kokonaisvaltaisesti ja toimintakulttuurin muutos. Laadun ja vaikuttavuuden yleistavoitteena on arvoperustainen sosiaali- ja terveydenhuolto. Arvoperustaisuudesta pyritään rakentamaan soveltaen yhteistä siltää sosiaali- ja terveydenhuollon välille. Arvoperustaisuuden ydintavoitteena on nopeammilla, helpommilla, yksilöllisemmilla ja vaikuttavammilla palveluilla tuotettava asiakaslisäarvo. Tämän kautta pyritään osaltaan myös entistä parempaan kustannusvaikuttavuuteen ja arvontuotantoon organisaatioille. Laadun ja vaikuttavuuden seurannan ja johtamisen kehittäminen on välttämätöntä tulevaisuuden kannalta.

TAVOITE 3: Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen			
Diagnoosien/ käyntisyiden kirjaus toteutuu paremmin	Kirjausten määrä/ asiakasmäärä	Toteutuu 90 % asiakkaista kohdalla	
Asiakaskokemuksen parantaminen, yhdenmukainen mittaaminen sote-keskuksessa	PREM –mittarit mm: Suositteluindeksi NPS Palvelun jatkuvuus ”ei pallottelua” (avoin kysymys)	Terveystieteiden vastuu NPS > 60 Sosiaalihuolto tavoitearvo määriteltävä hankkeessa	
Henkilöstökokemuksen parantaminen	eNPS	Terveystieteiden vastuu eNPS > 60 Sosiaalihuolto tavoitearvo määriteltävä hankkeessa	
Aikuissosiaalityön vaikuttavuuden mittaaminen	AVAIN –mittarien käyttöön otto	Vaikuttavuuden mittaaminen parantuu	
Arvoperustainen toimintamalli	Asiakaskokemuksen, saatavuuden, jatkuvuuden parantamisen tulostavoitemittarit. Kustannusvaikuttavuuden mittaamisen kehittäminen.	Asiakkaalle, lisäksi organisaatiolle tuotettava arvo lisääntyy	
Toimintakulttuurin muutos	Asiakas- ja henkilöstökokemuksen tulostavoitemittarit Johtamisen uudistamisen toimenpiteiden toteutuminen (mm. tilannekuva- ja päivittäisjohtaminen) Organisaatiokulttuurianalyysin toteutuminen	Asiakas- ja henkilöstökokemus parantuu tulostavoitteiden mukaisesti Johtaminen kevenee ja nopeutuu, tiimien itseohjautuvuus lisääntyy, operatiivinen johtaminen reaaliaikaistuu ja seurattavat mittarit monipuolistuvat -Organisaatiokulttuurin strategisen kehittämisen suunniteltu, toimenpiteet käynnistetty	

Rakenteellisen sosiaalityön malli on luotu Kanta-Hämeeseen	Meillä on malli rakenteellisesta sosiaalityöstä	Rakenteellinen sosiaalityö tukee asukkaiden osallisuuden vahvistamista ja sosiaalisten oikeuksien toteutumista. Tietoa tuotetaan monipuolisesti sosiaalisen raportoinnin keinoin ja työntekijöillä on selkeä työmalli. Digitaaliset työkalut systematisoivat tiedon tuottamista ja tukevat monipuolisesti asukkaiden ja asiakkaiden äänen esiintuomista.
--	---	--

Kuvio 9 Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankekokonaisuuden osatavoitteet palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi.

3.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit

Kansallisena hyötytavoitteena olevaan palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen liittyvät Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus hankekokonaisuuden omat tulostavoitemittarit:

TAVOITE H3	MITTARI
H3 Asiakaskokemuksen parantaminen	Suositteluindeksi NPS, lisäksi muut sovitavat kysymykset ta muut valittavat mittarit asiakaskokemusverkosto
H3 Henkilöstökokemuksen parantaminen	e NPS, asiakaskokemusverkosto ottaa kantaa mittareihin

Kuvio 10 Tulostavoitemittarit Kanta-Häme, kansallinen hyötytavoite 3

3.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät

Tätä on avattu koko hankkeen arvioinnin osalta kohdassa 1.3.

3.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset

Kanta-Hämeen hankekokonaisuudessa yhtenä asiakasosallisuuden kehittämisen osa-alueena on asiakaskokemuksen parantaminen ja maakunnan alueella yhteinen seurantamittaristo asian edistämiseksi. Tällä hetkellä perusterveydenhuollon organisaatioissa asiakaskokemusta mitataan erilaisin keinoin. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä ja Hämeenlinnan kaupungin terveystalveissa asiakaskokemusta seurataan tekstiviestikyselyllä hyödyntäen mm. nettosuositteleeindeksiä NPS. Riihimäen seudulla suoritteleeindeksin seurata kohdentuu erikseen kiireettömään hoitoon, kiireelliseen hoitoon, fysioterapiaan ja suun terveydenhuoltoon. Kiireettömän hoidon NPS suositteleeindeksin keskiarvo oli Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä 56 (elokuu), kiireellisen hoidon 24 (elokuu) ja suun terveydenhuollossa 80,5 (syyskuu). Hämeenlinnan terveystalveissa NPS suositteleeindeksillä seurataan yhdistetysti kiireellistä ja kiireetöntä hoitoa ja erikseen suun terveydenhuoltoa. NPS suositteleeindeksi oli syyskuussa Hämeenlinnan avosairaanhoidossa 64.4 ja suun terveydenhuollossa 76 (23.9.2020 saakka). Janakkalan kunnan perusterveydenhuollossa nettosuositteleeindeksiä ei ole otettu vielä käyttöön vaan asiakkaille on käytössä avoin asiakaspalautteen paperilomake, lisäksi kunnan sähköinen palautemahdollisuus. Hattulan kunnan perusterveydenhuollossa nettosuositteleeindeksi NPS-kysely on tulossa käyttöön organisaatioon. Myös sähköisen palautteen antaminen on mahdollista ja käytössä on ollut lisäksi kirjallisia kyselyjä.

Kanta-Hämeen alueen perustason sosiaalipalveluiden puolella asiakaskokemuksen seurantaan laajimmin käytössä olevana menetelmänä on asiakaspalautekysely kerran vuodessa. Lisäksi eri kunnissa ja niiden eri palvelualueilla on käytössä erilaisia keinoja asiakaskokemuksen mittaamisessa. Työikäisten sosiaalipalveluiden sekä lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kohdalla Hausjärven sosiaalipalveluissa on käytössä Webropol-kysely, joka toteutetaan asiakaskäynnin jälkeen. Janakkalan aikuissosiaalityössä on säännöllisessä käytössä sekä sähköinen että paperinen asiakaspalautelomake. Palautetta on kerätty keväästä 2019 lähtien asiointien yhteydessä. Janakkalan lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kohdalla on käytössä palautelomake palvelutarpeen arvioinnin jälkeen lastensuojelussa. Forssan seudun

hyvinvointikuntayhtymässä on menossa laaja asiakaskokemuksen parantamisprojekti koko henkilöstölle. Hämeenlinnan sosiaalipalveluissa on valmisteilla asiakaskokemuksen seurantaan tarkoitetun tekstiviestikyselyn käyttöönotto. Lopen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa asiakaskyselyä toteutetaan systemisen työn palaverista ja muista neuvottelutilanteista, joissa käsitellään perheen ja lapsen tilannetta.

Perusterveydenhuollon taholla henkilöstökokemuksen seurannan osalta Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa henkilöstön suosittelemiseksi eNPS-mittaria ollaan ottamassa käyttöön ja seuranta on suunniteltu toteutettavan kolmesta neljään kertaa vuodessa. Kysely toteutettaneen Webropol-kyselynä. Janakkalan kunnan perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa henkilöstökokemusta on seurattu kunnan henkilöstökyselyllä. Hämeenlinnan terveystalouden avosairaanhoidossa seurataan työilmapiiiri-indeksiä. Suun terveydenhuollossa ei vastaavaa seuranta ole, mutta palautteita otetaan vastaan. Sosiaalisen pääoman kysely on Hämeenlinnassa tehty viimeksi vuonna 2018. Hattulan kunnan perusterveydenhuollossa on käytössä terveysosaaja sähköinen kysely neljä kertaa vuodessa (Terveystalo konsernissa). Tulokset analysoidaan ja raportoidaan.

Kanta-Hämeen alueen sosiaalipalveluissa työikäisten palveluissa ja ikääntyneiden palveluissa henkilöstökokemuksen seurantaan yleisimmin käytössä oleviksi keinoiksi mainittiin seurannan toteuttaminen tiimipalaverissa, kehitys-/onnistumiskeskustelut ja työhyvinvointikyselyt. Lisäksi eri kuntien sosiaalipalveluiden mainitsemia keinoja ovat sosiaalinen raportointi ja lisäksi kysely systemisen mallin etenemisen seurannaksi lasten, nuorten ja perheiden palveluissa (Hämeenlinna), perhekeskusverkostossa verkostopalaverien seuranta kysely Webropol-kyselyllä (Hausjärvi), Terveystalon Pulssi-kysely neljästi vuodessa (Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä: lasten, nuorten ja perheiden palvelut) ja kuukausittain seudullisesti seurattava verkostopalaverin valmistelu- ja palautelomake (Loppi: lasten, nuorten ja perheiden palvelut).

Sosiaalipalveluissa asiakaskohtaisia vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittareita on käytössä kunnissa ja kuntayhtymissä prosentuaalisesti eri tavoin mittarista riippuen. Aikuissosiaalityön vaikuttavuuden arviointiin tarkoitettuja AVAIN-mittareita ei ole käytössä lainkaan, työ- ja toimintakyvyn itsearviointimenetelmä Kykyviisari on käytössä 14 % kunnista ja kuntayhtymistä, asiakkaan ja asiakaskunnan tarpeita ja toimintakyvyn osa-alueiden osalta mittaavan RAI-välineistöön kuuluvia mittareita (Resident Assessment Instrument) on käytössä kaikissa Kanta-Hämeen kunnissa ja kuntayhtymissä ikääntyneiden palveluissa. Lisäksi Kanta-Hämeessä on sosiaalipalveluissa ollut käytössä asiakkaan kokonaisvaltaiseen elämäntilanteen arviointiin tarkoitettu Kompassi-menetelmä. Rakenteellisen sosiaalityön malli on käytössä 43 prosentissa Kanta-Hämeen kunnista/ kuntayhtymistä.

Perusterveydenhuollossa laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen liittyvään diagnoosien ja käyntisyyden kirjaamistavoitteen seurantaan tarvitaan vielä yhteistä kehittämistyötä maakunnan alueella seurantatietojen saamiseksi.

3.4.1 Täydennyshaun uusien tavoitteiden lähtötilannearviointi syksy 2021

Erikoissairaanhoidossa meillä on asiakkaita, jotka valitsevat hoitonsa hyvinvointialueemme palveluiden ulkopuolelta. Tämä aiheuttaa meille hukkaa sekä tuotannollisesti että taloudellisesti. Kanta-Hämeen sairaanhooitopiiri on aloittanut tätä koskevanselvityksen tekemisen. Rakenteellisen sosiaalityöntilannekuvan luomisen osalta olemme alkutekijöissä Kanta-Hämeessä. Teemme rakenteellisen sosiaalityön nykyisen tilan selvityksen koko alueellamme keväällä 2022, etsimme malleja ja digitaalisia työkaluja sen edistämiseen.

3.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset

3. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen



Kuva 6: Kehityskohteita- ja toimenpiteitä sijoitettuna kuvaan osa-alueesta 3.

Valmennuskokonaisuus on käynnistynyt. Olemme aloittaneet myös asiakaskokemusverkoston kehittämisen valmennuskokonaisuudessa. Työ on lähtenyt vauhdikkaasti käyntiin ja suunnitteilla on asiakkaiden osallistaminen mukaan kehittämiseen. Huomioimme kehitystyössä valtakunnalliset ja paikalliset reunaehdot sekä jo tehdyn työn. Ryhmän valmennuksen tuloksena syntyy maakunnallinen malli sekä menetelmät asiakaskokemuksen ja vaikuttavuuden mittaamiseen. Mallista luodaan johtamisen väline hyvinvointialueelle.

1A: Asiakaskokemusverkoston toimintaa ohjaavat periaatteet



Kuva 7: Asiakaskokemusverkoston toimintaa ohjaavat periaatteet, luonnos 12.11.2021

Olemme aloittaneet keskeisten palvelukokonaisuuksien palvelupolkujen yhtenäistämisen ja kuvaamisen. Hyödynnämme tässä erikoissairaanhoidon kuvaamismallia. Palvelupolkukuvauksiin määritellään myös yhte-näiset laadun mittauspisteet. Palveluketjukuvauksista hyötyvät asiakkaat, työntekijät sekä johtajat.

Perusterveydenhuollon organisaatioissa on otettu käyttöön henkilöstökokemus- eli eNPS-kyselyt suunnitellusti, Hattulassa terveystalouden tuottaja Terveystalo käyttää omaa terveysosaajakyselyään. Hattulassa asiakaskokemus eli NPS-indeksi käyttöönottoa on haastaneet tekniset ongelmat. Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä NPS-indeksiä ei ole vielä tulossa käyttöön. Kaikkien (Hämeenlinna, Janakkala, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä) NPS-arvojen keskiarvo on 65.41 eli yli tavoitetason. Kiireellisen hoidon yksiköissä NPS-indeksi jää vielä alle 60, joskin tavoitetta ei ole kohdistettu kiireelliseen hoitoon. Diagnoosien ja käyntisyiden kirjaamiskattavuus on lisääntynyt jonkin verran keväisestä. Tämän suhteen perusterveydenhuollon kehittäjäryhmässä on käyty keskusteluja liittyen muun muassa puhelinkontaktien ”käyntisyiden” kirjaamiseen, koska ne eivät ole fyysisesti käyntejä, mutta voivat korvata kasvokkain tapahtuvan käynnin. ICPC-2 käyntiluokitus on tarkoitettu perusterveydenhuollon kohtaamisille, toisaalta oikean käyntisyyn löytäminen voi viedä kohtuuttoman paljon aikaa ja voi sen vuoksi jäädä tekemättä. NPS käyttöönotto on sosiaalihuollon osalta iso kysymys koko alueella ja ratkaisuja täytyy tehdä järjestelmätasolla. (NPS-asteikko on -100 – 100.)

Perusterveydenhuollossa on alkanut automaattisen T3 eli kolmannen kiireettömän vapaan ajan laskentamallin pilotti Janakkalasta yhteistyössä rakennehankeuudistuksen kanssa. Laskentamalli on tässä vaiheessa otettu käyttöön myös Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä sekä Hämeenlinnassa. Hattulan suhteen aloitus on suunnitteilla marraskuussa ja Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä aloitus ei tule tässä vaiheessa kysymykseen, koska se kuuluu eri tietokantaan. Laskentamallin käytön tarkoituksena on saada helposti raportteja liittyen palveluiden saatavuuteen vastaanoton lääkärin, hoitajien, mielenterveys- ja päihdehoitajien, fysioterapeuttien, hammaslääkärin ja suuhygienistien osalta. T3-ajat on kerätty käsin aiemmin katsomalla kaikkien ajanvarauskirjoista kolmas kiireetön aika ja tämän jälkeen laskettu aikojen mediaaniluku. Laskentamalli tekee tämän automaattisesti, mikäli parametrit on valittu oikein ja ajanvarauskirjat on tehty niin, että laskennan pystyy suorittamaan. T3-ajat pitää olla julkisesti nähtävillä toimipisteittäin tiettyjen ammattiryhmien osalta.

Toimintakulttuurin muutoksen edistämiseksi Kanta-Hämeessä on alkanut syys-lokakuussa neljä valmennuskokonaisuutta. Asiakaskokemuksen palvelumuotoilussa on alkanut viisi eri substanssiryhmää, joiden osallistajat on koottu yhteen kaikista kunnista tai palveluiden järjestämisvastuullisista organisaatioista. Työntekijöiden hyvinvoinnin edistämisen kehittäminen on huomioitu vahvemmin tämän syksyn täydennyshaussa. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden asiakaskokemuksen seuraamisen keinojen osalta on tapahtunut muutosta lähtötilanteeseen verraten. Lähtötilanteeseen verrattuna palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen liittyviä toimenpiteitä on lisätty ja asiakaskokemuksen seurannasta on saatu tuloksia enemmän kuin hankkeen alussa. Kansallisiin, vuosittain toteutettaviin osallisuus –kyselyihin osallistutaan vaihtelevasti lasten, nuorten ja perheiden palveluissa Kanta-Hämeen alueella ja näistä saatu asiakaskokemus ja palaute ei ole tällä hetkellä systemaattista ja säännöllistä. Alueen lastensuojelussa käytössä oleva systeeminen työskentely –malli lähtökohtaisesti korostaa asiakkaiden tarpeista lähtevää työskentelyä ja osallisuuden vahvistamista. Systeemisessä työskentelyssä asetetaan yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteita ja työskentelysisältöjä, johon sisältyy myös etenemisen jatkuva arviointi yhdessä asiakkaiden kanssa. Asiakaskokemusta seurataan olemassa olevilta asiakasraadeilta ja kokemusasiantuntijaryhmiltä, mikä on vielä hyvin vähäistä, johtuen toiminnan vähäisyydestä koko Kanta-Hämeen alueella.

TAVOITE 3: Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen			Lähtötilanne syksy 2020	Kevät 2021	Syksy 2021
Diagnoosien/ käyntisyiden kirjaus toteutuu paremmin	Kirjausten määrä/ asiakasmäärä	Toteutuu 90 % asiakkaista kohdalla	Ei ole saatu poimittua	Kirjaus toteutuu keskimäärin 82,2%	Kirjaus toteutuu 83.5% n=3
Asiakaskokemuksen parantaminen, yhdenmukainen mittaaminen sote-keskuksessa	PREM –mittarit mm: Suosittelemme indeksi NPS Palvelun jatkuvuus ”ei pallotellua” (avoin kysymys)	-Terveysthuolto kiireettömän vastaanotto NPS > 60 -Sosiaalihuolto tavoitearvo määriteltävä hankkeessa	NPS ollut käytössä osassa organisaatiota, Keskiarvo kiireettömän, kiireellisen ja suun tervetysthuollon osalta:60.7.	Perustervetysthuolto on keskiarvo kiireettömän, kiireellisen ja suun tervetysthuollon osalta: 62.8	Perustervetysthuolto on kiireettömän hoidon keskiarvo 65.92 n=3, kiireellisen hoidon 50.25 n=2 ja suun tervetysthuollon 80.07 n=3 (näiden kaikkien keskiarvo 65.41) Sosiaalihuollon osalta järjestelmien selvitys kesken
Henkilöstökoke muksen parantaminen	eNPS	-Terveysthuolto eNPS > 60 -Sosiaalihuolto tavoitearvo määriteltävä hankkeessa	Vaihtelevia käytäntöjä perustervetysthuolto on organisaatioissa.	Tähän arviointiin eNPS -kyselyn tuloksia kahdesta organisaatiosta, keskiarvona 2.5.	eNPS-kyselyä tehdään joka organisaatiossa, arvon ilmoitti yksi organisaatio , joka oli 9.
Aikuissosiaalityön vaikuttavuuden mittaaminen	AVAIN – mittarien käyttöön otto	Vaikututtavuuden mittaaminen parantuu		selvitys kesken	AVAIN raportoitu olevan käytössä: Riihimäki Järjestelmien selvitys kesken
Arvoperustainen toimintamalli	Asiakaskokemuksen, saatavuuden, jatkuvuuden parantamisen tulostavoitemittarit. Kustannusvaikutavuuden mittaamisen kehittäminen.	Asiakkailla, lisäksi organisaatiolle tuotettava arvo lisääntyy		hankinta meneillään	Valmennukset alkaneet
Toimintakulttuurin muutos	Asiakas- ja henkilöstökoke muksen tulostavoitemittarit Johtamisen uudistamisen toimenpiteiden toteutuminen (mm. tilannekuva- ja päivittäisjohtaminen) Organisaatiokulttuurianalyysin toteutuminen	-Asiakas- ja henkilöstökoke muksen parantuu tulostavoitteiden mukaisesti -Johtaminen keventyy ja nopeutuu, tiimien itseohjautuvuus lisääntyy, operatiivinen johtaminen reaaliaikaistuu ja seurattavat mittarit monipuolistuvat - Organisaatiokulttuurin strategisen kehittämisen suunniteltu, toimenpiteet käynnistetty		Hankinta aikataulutuksessa menossa	Valmennukset alkaneet

Kuvio 11 Osatavoitteiden kehittyminen laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi

Kotihoidon henkilökunnalle on suunniteltu laaja koulutuskokonaisuus. Koulutuskokonaisuuden sisältö ja aikataulu on suunniteltu vuoden 2022 kevääille toteutettavaksi. Päihdetyön osaamisen vahvistaminen ja verkostoyhteistyön kehittämisen kysely toteutetaan syksyllä 2021.

3.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset syksy 2021

Syksyn arvionnissa vaikuttavuuden arviointi on laitettu Riihimäellä toiminnallisiin tavoitteisiin 2022. Hämeenlinnasta mainitaan kokemusasiantuntijakoulutus, mutta korona rajoittaa lähitapaamisten kautta saatua palautetta. Loppi raportoi, että siinä missä asiakkaan kokemusta kyllä kysytään, sitä ei varsinaisesti seurata. Kyselyssä hankkeen täydennyshakua varten Kanta-Hämeen alueelta nousi saman tyyppinen viesti: Vaikka tilastotietoja kerättäisiin, niiden analysointi ja jatkotoimenpiteet saattavat jäädä tekemättä eli saatua tietoa ei hyödynnetä.

Syksyn arvionnissa mainittiin uutena Hämeenlinnassa kuntakokeiluun liittyvät keskustelut. Loppi raportoi, että kunnassa toteutetaan työhyvinvointikysely kunnassa henkilöstöhallinnon toimesta joka toinen vuosi. Tarkkaa tietoa siitä milloin seuranta on tehty, ei ollut kenelläkään vastaajista. Hattulassa Party-kysely on meneillään. Hausjärvellä on kirjattu edellisiin arvioihin poiketen sekä asiakaskokemusten- että henkilöstön kokemuksen seurantaan, ettei niitä seurata. Henkilöstökokemuksen osalta ei ollut numeerisia vastauksia kuin yhdellä organisaatiolla, koska kyselyssä ei sitä erikseen kysytä. Keväällä kävimme perusterveydenhuollon kehittäjäryhmässä oma-arvioinnin kysymykset yhdessä läpi ja numeerisia vastauksia toivottiin laitettavan, vaikka sitä ei erikseen kysytä. Viimeisimmät henkilöstökokemuskyselyt on tehty syyskuussa 2021 Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä ja Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä. Hattulassa viimeisin on tehty lokakuussa 2021, Hämeenlinnassa elokuussa ja suun terveydenhuollon osalta tulossa lokakuussa. Janakkalassa viimeisin henkilöstökokemuskysely on tehty huhtikuussa 2021. Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa ovat henkilöstökokemuksen seuraaminen, seurannassa käytettävät välineet ja keinot sekä kokemuksen mittaamisen säännöllisyys ovat lisääntyneet merkittävästi lähtötilanteesta. Kokemuksen seuraamisen välineinä ja keinoina nousi esiin muun muassa verkostoneuvottelun jälkeen toteutettava verkostopalaverin seurantakysely, jota toteutetaan eräällä seudulla systemaattisesti jokaisen toteutuneen verkostoneuvottelun jälkeen. Lastensuojelussa on toteutettu henkilöstökyselyitä systeemisen mallin etenemisestä säännöllisesti. Henkilöstön osallisuutta on toteutettu muun muassa tiimien työskentelyn kautta, jossa yhdessä kehitetään ja tiedotetaan asioista. Lisäksi henkilöstökokemuksen seuraamista toteutetaan viikottaisissa työkokouksissa, työpaikkakokouksissa (4 x vuodessa), henkilöstö- ja ilmapiirikyselyillä ja kehittämispäivässä sekä perhekeskuksen verkostolle tehtyjen seurantakyselyjen avulla, joita käydään läpi yhdessä verkoston kanssa. Toteutetut kyselyt ovat ajallisesti kohdentuneet vuonna 2021 elo-lokakuulle.

Sosiaalipalveluiden asiakaskohtaisia vaikuttavuuden ja toimintakyvyn mittareiden käytössä on joitain muutoksia viime kevääseen nähden. Riihimäki kirjasi ainoana, että AVAIN on käytössä. Kykyviisari oli viime kyselyn mukaan käytössä 4/5 vastanneella alueella, nyt syksyllä 3/6. Ikäihmisille suunnattu RAI on edelleen suurimmalla osalla alueita käytössä, mutta tilastointiin työikäisten sosiaalihuollon osalta vastaukseen vaikuttanee vastaajan paikka sosiaalihuollon palveluissa. Syksyn arviointiin lisätyssä kysymyksessä siitä onko jotakin menetelmää laajennettu arviointivuoden aikana, mainitaan ainoastaan puheeksioton ja palveluohjauksen menetelmä Kompassi. Hankkeen arvion mukaan Kompassin käyttöä tulevaisuudessa tulisi alueiden toimesta tarkistaa, sillä se on muutettu palveluntuottajan toimesta ennaltaehkäisevään nuorisotyöhön.

Asiakasosallisuuden edistäminen ja kehittäminen on yhtenä isona tavoitteena Kanta-Hämeessä terveydenhuollon kentässä. Asiakaskokemusta kerätään osassa organisaatioista NPS eli nettosuosittelemisindeksillä (asteikko miinus sadasta sataan), osaan organisaatioista kyseinen mittari on tulossa käyttöön ja osassa on käytössä muita palautelomakkeita, sähköisiä sekä paperisia. Riihimäellä kiireettömän hoidon NPS-indeksin arvo oli 66.9 kiireellisen hoidon 35.2 ja suun terveydenhuollon 77.8. Janakkalassa kerätään kiireettömästä ja kiireellisestä hoidosta yhteisesti NPS, arvoltaan se oli 65.7. Suun terveydenhuollon NPS oli 85.4 Janakkalassa. Hämeenlinnan perusterveydenhuollossa kiireetöntä hoitoa ei erotella kiireellisestä, näiden yhteinen NPS-arvo oli 65.3 ja suun terveydenhuollon oli 77.

Perusterveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden edistämiseen liittyvien diagnoosien ja käyntisyiden seurantaan ja niiden poimintaan on tullut edistystä. Diagnoosien ja tulosten (ICPC-2) osalta kirjaaminen on toteutunut keskimäärin 83.52 %.

TAVOITE H3	MITTARI	Lähtötilanne syysy 2020	Kevät 2021	Syysy 2021
H3 Asiakaskokemuksen parantaminen	Suositteluindeksi NPS, lisäksi muut soveltavat kysymykset	Vaihteleva käytäntö NPS, sähköinen ja paperinen palautemahdollisuus (60.7)	NPS otettu käyttöön enemmän eri yksiköissä (62.8) perusterveydenhuollossa	NPS on käytössä samoissa yksiköissä kuin keväällä perusterveydenhuollossa (65.41).
H3 Henkilöstökokemuksen parantaminen	e NPS	Vaihteleva käytäntö	Sovittu samansisältöiset kyselyt käyttöön otettaviksi (2.5) perusterveydenhuollossa	eNPS-kyselyt ovat käytössä perusterveydenhuollossa sovitusti (9)

Kuvio 12 Tulostavoitemittareiden kehittyminen kansallisen hyötytavoitteen 3 osalta

4 Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen

4.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet

Tavoitteena on, että Tulevaisuuden sote-keskuksessa tunnistetaan entistä paremmin tilanteet, joissa tarvitaan monialaista ja yhteentoimivaa työtä. Tavoitetta kuvataan hyvin vanhan ja uuden työn kuvien kautta (kuvat 8 ja 9).



Kuva 8: Vanha työskentelytapa



Kuva 9: Uusi työtap

Kanta-Hämeessä pyritään kehittämään ammattilaisten monialaista toimintatapaa entistä kokonaisvaltaisemmaksi, systemaattisemmaksi ja menetelmällisemmäksi toimintamalliksi. Tämä nähdään edellytyksenä yhden yhteydenoton ja kerralla haltuun periaatteiden mukaisesti toimimiseksi. Hankkeen pyrkimyksenä on löytää ja tuoda yhteen eri palvelualueiden osaaminen ja niissä tehtävä työ asiakkaiden eduksi. Kanta-Hämeessä keskeisiä tavoitteita monialaisuuden ja yhteentoimivuuden parantamiseksi on asiakkuudenhallinnan, asiakkuusegmentoinnin ja asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen sekä integroidut palveluprosessit, -polut ja -ketjut. Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden keskus hankkeen aikana laajennetaan toimijaverkostoja ja haetaan yhteentoimivia toimintamalleja näiden kanssa.

TAVOITE 4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen		
Monialaista ja yhteentoimivaa työtä tarvitsevat asiakkaat tunnustetaan paremmin	Suuntima -palvelun käyttömäärät/pitkäaikaisempaa hoitoa/palvelua tarvitsevien asiakkaiden määrä	Käyttöaste 100% / kohderyhmä/ sote-keskuksen monialainen tiimi
Asiakkuudenhallinnan ja monialaisen tiimin toimintamallin käyttöön otto sote-keskusten monialaisissa tiimeissä	Asiakaskokemus (vapaamuotoinen kysymys jatkuvuuteen ”pallotteluun” liittyen)	- Sote-keskuksen palvelut yhdellä yhteydenotolla - kerralla haltuun toiminnan edistäminen -Horisontaalisen ja vertikaalisen integraation edistäminen
Integroidut palvelupolut mielenterveys- ja päihdeongelmallisille nuorille sekä heidän vanhemmilleen (sis lastensuojelun)	Palvelupolkujen ja pilotoinnin mallinnuksen toteutuminen.	Palvelupolut mallinnettu, pilotoitu. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden integraation edistäminen
Lasten, nuorten ja perheiden palveluihin digitaalinen alusta varhaisvaiheen ohjausta ja neuvontaa varten	Digitaalisen alustan kehitystyön, pilotoinnin toteutuminen.	Digitaalinen alusta kehitetty, pilotoitu.
Päivystyksessä asioivat asiakasryhmät tunnustetaan, laaditaan päivystyksen ja perustason kanssa yhteinen toimintamalli	Toimintamallin laatimisen ja pilotoinnin toteutuminen.	Toimintamalli laadittu, pilotoitu. Päivystyksessä asioiden määrän väheneminen.
Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen toimintamalli yhteisvastaanotossa	Toimintamallin kehittäminen, Janakkalan pilotoinnin toteutuminen.	Toimintamalli kehitetty, pilotoitu. Esh -läheteiden määrän väheneminen.
Suun terveydenhuolto pitkäaikaissairaiden hoitoketjuihin	Diabetes-asiakkaiden suun th: n tarpeen tunnistamismallin ja pilotoinnin toteutuminen.	Hoitoketju mallinnettu, pilotointi toteutettu.
Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten, etenkin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden suun terveydenhuollon terveysohjaus	Toimintamallin kehittämisen, pilotoinnin toteutuminen.	Toimintamalli kehitetty, pilotoitu.

Työttömien keskuudessa suun terveyden tilan arvio (OPIH-14-kysely) hyvinvointitarkastuksen osana	Pilotoinnin toteutuminen.	Toimintamalli pilotoitu.
Ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden verkosto laajentuu:		
Asumisen vaihtoehtojen kehittäminen, erilaisten palveluiden ja toimintojen integraation edistäminen	Toteutuminen hankkeen aikana. Suunnitelman tehneiden kuntien määrä kaikista alueen kunnista.	Jokaisen kunnan alueella on suunnitelma asumisen vaihtoehtojen kehittämisestä.
Kotona asumista tukevien palveluiden ja toimintojen kokonaisuuden luominen jokaiseen kuntaan, painopisteenä ennaltaehkäisy ja varhainen tuki	Toteutuminen hankkeen aikana.	Jokaisen kunnan alueella on suunnitelma toimijoiden yhteistyöstä ikääntyneiden toimintakyvyn eri osa-alueiden muutosten ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tuen antamisen näkökulmista.
Asunnonmuutostyön keskus	Toteutuminen hankkeen aikana.	Asunnonmuutostyön keskus toimii maakunnan laajuisesti
Showroom -konsepti	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Showroom -konsepti suunniteltu vuoden 2021 loppuun mennessä
Ikääntyneiden lääkäripalveluiden kehittäminen	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Lääkäripalvelut toimivat jokaisen kunnan alueella suunnitellusti, LMA käyttöön otettu
Ikääntyneiden kuntoutumisen tukemisen prosessien implementointi	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Prosessit implementoitu jokaisessa kunnassa tarkoituksenmukaisella volyymilla hankeajan loppuun mennessä
Kotisairaalamaisen toimijaverkoston ulottaminen koko maakuntaan	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Toimijaverkosto suunniteltu vuoden 2021 loppuun mennessä, uuden toimintamallin mukaiset prosessit implementoitu.
Kotiin vietävät uudet palvelut (ml. päivystyspalveluiden vieminen kotiin)	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Kotiin vietävät päivystyspalvelut toimivat suunnitellulla volyymilla
Asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen, tietojohdamisen ja toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Asiakas- ja palveluohjauksen tietojohdaminen toiminnanohjaus-järjestelmän avulla toteutuu ikääntyneiden palveluissa kunnissa 1.1.2022 alkaen

Kuvio 13 Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankekokonaisuuden osatavoitteet palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistamiseksi.

4.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit

Kansallisena hyötytavoitteena olevaan palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistamiseen liittyvät Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus hankekokonaisuuden omat tulostavoitemittarit:

TAVOITE H4	MITTARI
H4, H1 Päivystyksessä asioivien asiakasryhmien tunnistaminen	Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa
	Alueen yhteispäivystyksen käyntimäärä
	Päihteiden käyttöön liittyvien käyntien määrä alueen yhteispäivystyksessä (F10-F16, F18-F19 päädiagnoosina tai sivudiagnoosina)
	Suun terveydenhuolto: Päivystyskäynnit/1 000 asukasta
	Suun terveydenhuolto: Kaikki potilaat terveyskeskuksessa / 1 000 asukasta
H4 Monialaista ja yhteentoimivaa työtä tarvitsevat asiakkaat tunnistetaan paremmin	Suuntima -palvelun käyttömäärät/ pitkäaikaisempaa hoitoa/palvelua tarvitsevien asiakkaiden määrä

Kuvio 14 Kansallisen hyötytavoitteen 4 arviointimittarit

4.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät

Avasimme tätä kohdassa 1.3

4.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset

Kanta-Hämeen alueen perusterveydenhuollon tahoilla monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen perustuu yleisimmin ammatilliseen arvioon (anamneesi), hoidon tarpeen arvioon ja Käypä hoito -suositukseen. Näiden lisäksi organisaatioissa käytössä olevina keinoina on mainittu määritellyt terveyshyötykriteerit ja Omaolo-palveluiden hyvinvointitarkastus ja –suunnitelma (Hämeenlinna), kansansairaus ja yli seitsemän käyntiä vuoden aikana terveysasemalla (Riihimäen seudun terveystieteiden tutkimuskeskus kuntayhtymä) ja ISBAR-menetelmä (Hattula, kiireellinen hoito). Suun terveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioon ja Käypä hoito -suositukseen perustuvan arvion lisäksi käytössä olevina menetelminä ovat määritellyt terveyshyötykriteerit, esimerkiksi CPI (Hämeenlinna). Perusterveydenhuollossa myös mielenterveys- ja päihdeasioihin liittyvä tuen tarpeen tunnistaminen perustuu tällä hetkellä yleisimmin ammatilliseen arvioon (anamneesi), hoidon tarpeen arvioon ja Käypä hoito -suositukseen. Lisäksi käytössä olevina tunnistamisen keinoina ovat BDI-kysely (masennuskysely) (Riihimäen seudun terveystieteiden tutkimuskeskus kuntayhtymä), AUDIT-testi (alkoholin käytön riskit), (Riihimäen seudun terveystieteiden tutkimuskeskus kuntayhtymä, Hämeenlinnan terveyspalvelut) ja kokonaisvaltaiseen elämäntilanteen arviointiin suuntautuva Kompassi-menetelmä (Hämeenlinnan terveyspalvelut).

Kanta-Hämeen alueella sosiaalipalveluissa yleisimmin eri palvelualueilla käytössä oleva keino monialaisen palvelun ja mielenterveys- ja päihdeasioihin liittyvän tuen tarpeen tunnistamiseksi on palvelutarpeen arviointi. Lisäksi käytössä olevina menetelminä työikäisten palveluissa tuotiin esiin mm. Kompassi-menetelmä (Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä ja Hausjärvi), Toimiva lapsi & perhe -työn keskustelut (Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä), työryhmäreflektio ja esimiehen ja yhteistyötahojen konsultoinnin mahdollisuus (Riihimäki), yhteistyö Kelan, TE-toimiston ja MYP:n kanssa (Hämeenlinna ja Hausjärvi) sekä MARAK moniammatillinen riskien arviointi (Hausjärvi). Ikääntyneiden palveluissa käytössä olevina menetelminä mainittiin RAI-toimintakykyarvio, MMSE (Mini-Mental State Examination), CERAD-muistitesti ja myöhäisän masennusaste GDS-15 (Hausjärvi). Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa palvelutarpeen arvioinnin lisäksi käytettävänä menetelminä tuotiin esiin Kompassi-menetelmä (Hämeenlinna), Lapset puheeksi -menetelmä (Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä) ja pyrkimys systeemiseen työtapaan (Loppi). Kanta-Hämeen alueella kuntien/ kuntayhtymien sosiaalipalveluilla on Kelan kanssa yhteisiä toimintamalleja vähäisimmässä määrin sosiaalihuollon erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseen ja yhteistyöhön (50 % kunnista/kuntayhtymistä) ja laajimmin mm. kuntoutusohjaukseen (93 % kunnista/kuntayhtymistä). Sekä toimeentulotukeen ja muihin etuuksiin liittyen, että työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arviointia varten Kelan kanssa oli yhteinen toimintamalli 86 prosentissa Kanta-Hämeen kunnista/kuntayhtymistä.

Kanta-Hämeen alueen yhteispäivystykseen tehtiin vuositasona yleisesti yhteensä 58 126 käyntiä ajalla 1.9.2018–31.8.2019 ja 50 921 käyntiä ajalla 1.9.2019–31.8.2020. Syyskuussa 2020 yhteispäivystyksen käyntien kokonaismäärä oli 4 083, joista päihdeiden käyttöön liittyi 1,4 % käynneistä (56 käyntiä). Yli 75-vuotiaiden ensihoidon kuljetuksia kotoa ja hoitopaikasta Kanta-Hämeessä tehtiin vuositasona yhteensä 11 131 (ensihoidotehtävien määrä) ajalla 1.9.2018–31.8.2019 ja 10 812 (ensihoidotehtävien määrä) ajalla 1.9.2019–31.8.2020.

4.4.1 Täydennyshaun uusien tavoitteiden lähtötilanteen arviointi

Emme ole ehtineet luoda alkutilanteen arviointia monialaisuuden osalta. Monialainen yhteistyö näyttäytyy kuitenkin tärkeänä kuntoutuksessa, vammaistyössä ja lastensuojelussa kuten jo saatavuus otsikon alla kuvasimme. Toisaalta nyt valmennuksissa kehitettävät monialaisen työn mallit tukevat myös näiden

substanssialojen monialaisuuden kehittymistä. Kansallisista mittareista löytyy kunkin substanssin alta mittareita ja tietoa, mutta monialaisen työn onnistumisesta heikommin.

4.5 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset

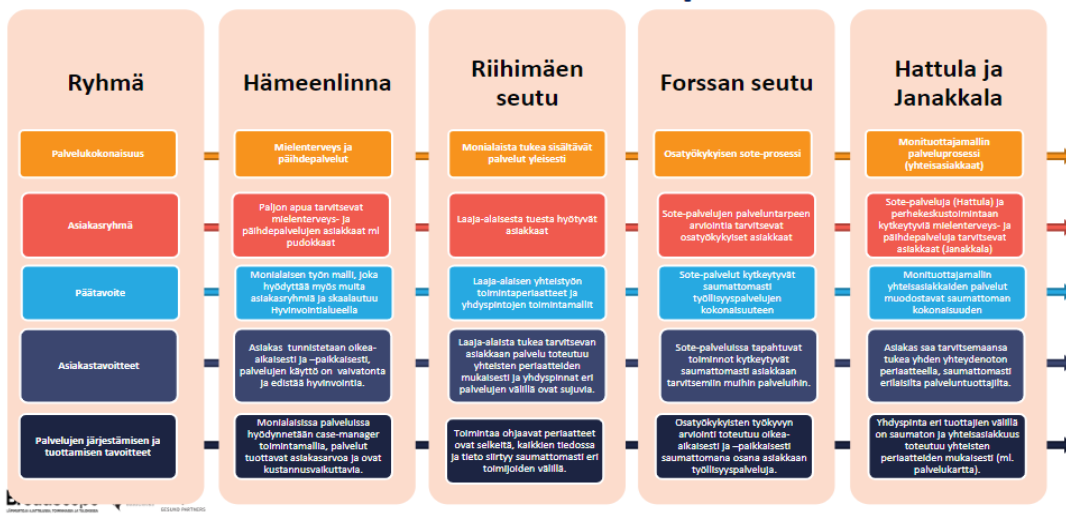
4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen



Kuva 10: Kehityskohteita- ja toimenpiteitä sijoitettuna kuvaan osa-alueessa 4.

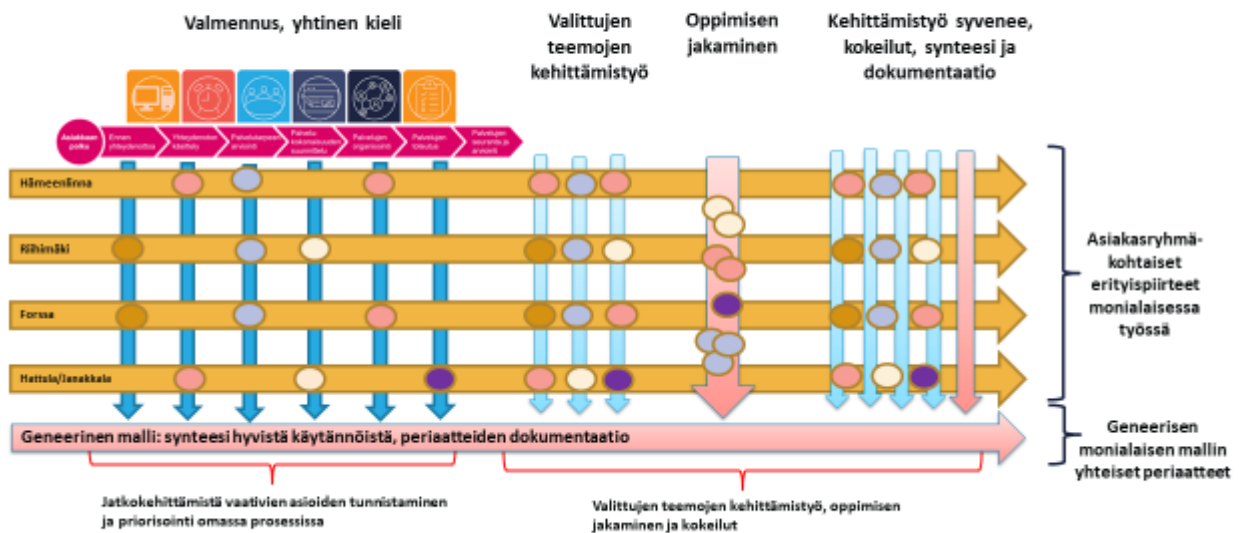
Monialaiset valmennukset ovat käynnistyneet lokakuussa, valmennuksiin osallistujien nimeäminen oli pitkäkestoinen prosessi, johon osaltaan vaikuttivat työntekijöiden vaihtuvuus ja viestinnälliset haasteet organisaatioissa. Viestinnän edistämiseksi on pidetty viestintäkartteja Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon operatiivisen työryhmän jäsenille kunnittain/kuntayhtymittäin syys-lokakuun aikana. Monialaisten valmennusten ryhmät ovat Hämeenlinna, Riihimäen seutu (Hausjärven ja Lopen kunnat mukana), Forssan seutu (Humppilan, Jokioisten, Ypäjän, Tammelan kunnat mukana) ja yhdistetty Hattulan ja Janakkalan ryhmä. Kehitettävien palvelukokonaisuuksien lopputulemat on tarkoitus skaalata koko hyvinvointialueelle tulevaisuudessa.

Kehitettävät monialaiset prosessit



Kuva 11: Kehitettävät monialaiset prosessit

2: Miten yhteinen monialainen prosessi syntyy?



Kuva 12: Miten monialainen prosessi syntyy?

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa monikävijöihin liittyvän toimintamallin työstäminen on aloitettu tunnistamalla Kanta-Hämeen keskussairaalan päivystyksessä käyneet monikävijät. Asia on esitelty perusterveydenhuollon kehittäjäryhmässä huhtikuussa 2021 ja lupa monikävijöiden läpikäymiseen on työn alla. Tämä työ on viivästynyt johtuen koronasta. Työ on alkamassa uudestaan ja realistisen aloitusajankohdan sopiminen oli tarkoitus sopia marraskuun perusterveydenhuollon kehittäjäryhmässä, tämä kuitenkin siirtyi joulukuun kokoukseen (2.12.2021) johtuen ajan puutteesta. Päivystyksen/kiireellisen hoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö on alkamassa (8.12.2021) erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osalta liittyen huumeiden käyttäjien palveluprosessiin.

Janakkalan perusterveydenhuolto pilotoi erikoissairaanhoidon jalkautuvaa ihotautipoliklinikkaa 6.10.2021. Pilottipäivä onnistui hyvin yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lääkärin ja hoitajien

kanssa. Päivän aikana tehtiin myös hoitoja ja oppimista tapahtui myös kokeneilla lääkäreillä. Alustavasti on sovittu toinen pilottipäivä.

Kanta-Hämeen suun terveydenhuollon eri toimipisteissä on pilotoitu monihuonemallia tiettyjen koululaisikäluokkien osalta. Asiakkuuden segmentoinnissa ja terveysohjauksessa on tehty erilaisia suunnitelmia sekä tunnistettu koulutus- sekä digitaalisia tarpeita. Koulutuksia tullaan järjestämään ensi vuonna. Lisäksi etäpalveluiden benchmarkkausta Teams-välitteisesti on tehty ja näitä anteja hyödynnetään tulevan suunnittelussa. ICT-järjestelmän kehittyminen edistäisi asiakkuuksien segmentointia ja optimiajanvarausajan varaamista sekä kutsuntavälien automatisointia helpommaksi. Terveysohjauksessa on suunniteltu etäohjauksen mahdollisuutta, tähän liittyvää koulutusta on sovittu 20.1.2022. Terveysyhteydenkalun hyödyntämistä tulevaisuudessa voidaan käyttää myös suun terveydenhuollossa asiakkuuksien segmentoinnissa.

Suun terveydenhuollon liittäminen pitkäaikaissairaiden hoitoketjuihin on edennyt niin, että marraskuussa on järjestetty Forssassa ensimmäinen koulutustilaisuus, jossa avosairaanhoidon vastaanotolta pidetään koulutusta suun terveydenhuoltoon ja luvassa toinen koulutus, jossa koulutus tapahtuu toisinpäin. Vastaavan tyyppiset koulutukset ovat tulossa Hattulaan ensi vuoden alussa. Forssassa on tarkoitus seurata, mitä vaikutuksia yhteistyölle ja asiakkaiden virtaavuudelle on koulutusten jälkeen. Hattulassa on tarkoitus loppukeväästä 2022 pilotoida opiskelijatyönä tehtyä asiaan liittyvää toimintamallia. Riihimäellä on aloitettu nuorten matalan kynnyksen tapaamispaikkojen ammattilaisten sekä suun terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö syyskuussa. Suuhygienisti on tehnyt ”pop up” toimintaa nuorisokeskuksessa ja nuorten ajatuksia on kerätty Ohjaamon vaikuttajaryhmässä liittyen mitkä tekijät edistävät tai estävät suun terveysohjausta nuorten näkökulmasta. Suunniteilla on ottaa käyttöön nuoria lähellä olevia sovelluksia kuten TikTok, Whatsapp ja chat sekä Facebook-tiedotus niin, ettei tietosuoja vaarannu. Janakkalassa on jatkettu helmikuussa aloitettua pilottia suun terveydenhuollon huomioimisesta osana pitkäaikaissairaiden terveystarkastusta. Omaolon sähköinen terveystarkastus on ollut käytössä, mutta tämän kohderyhmän kohdalla vain yksi asiakas on tehnyt sen. Suun terveydenhuoltoon on tullut 15 asiakasta pilotin myötä, joilla on ollut paljon hoidon tarvetta. Hämeenlinnassa on toiminnanohjausjärjestelmä SALMAN pilotti päättyi syyskuussa 2021. Kerralla kuntoon toimintatapa onnistui hyvin, kirjaamisten perusteella jokaisella käynnillä on tehty enemmän toimenpiteitä kuin normaalilla käynnillä. Lisäksi hoitojaksot ovat olleet lyhyempiä verrattuna normaaleihin hoitojaksoihin.

Työllisyyden kenttä on koko Suomessa murroksessa ja se tekee kokonaisuuteen tarttumisesta haastavaa. STM:n työkykyohjelmaa laajennetaan ja sen valtionavustushaku kunnille ja kuntayhtymille aukeaa joulukuussa 2021. Kanta-Hämeen työllistämistä edistävän monialaisen yhteistyöpalvelun kautta on käynnissä kartoitus siitä, ketkä alueella lähtisivät kirjoittamaan hakemusta. Työllisyyden ja työkyvyn arvioinnin liittämistä sote-keskuksiin pyritään vahvistamaan hankkeessa myös hankkeen täydennyshaualla.

Riihimäki, Loppi, Hausjärvi ovat käynnistäneet palvelutarpeen tunnistamiseen Omaolon Hyvinvointitarkastusten yhteiskäyttöä. Lasten, nuorten ja perheiden yhteensovittamista työtetään NAVI – projektia hyödyntämällä. Niin kuin kerroimme aiemmin tässä arviossa (kohdassa 1.5) työskentelyn yhteydessä pyritään tunnistamaan kohtia palveluiden yhteensovittamiselle. Näistä potentiaalisena pidetään erilaisia työllisyyden ja työkykyarvioinnin kohtia.

Operatiivisen työryhmän jäsenten varttikeskustelut ovat olleet syys-lokakuussa sekä elokuun alussa oli kaikkien hankkeen työryhmien yhteinen tapaaminen ja monialainen työpaja Teamsissa. Seuraava on suunniteltu tammikuulle. Kumppanuusilta on toteutunut syyskuussa ja kolmas on tulossa joulukuulle. Kumppanuusillat ovat avoimia tilaisuuksia, jotka on suunniteltu yhdessä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen aluekoordinaattorin ja järjestöedustajien kanssa sekä rakenneuudistushankkeen kanssa. Kulttuurin edistämässä sote-palveluissa on syksyllä ollut yksi tapaaminen marraskuussa kevään jälkeen.

Mielenterveys- ja päihdetilanteen kartoituksessa tarvitaan alueella systemaattisuutta ja tätä edistetään kouluttamalla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia päihde- ja mielenterveysasioissa sekä ottamalla huomioon kirjaamiskäytäntöjen suunnittelussa. Kanta-Hämeen alueen sosiaali- ja kriisiyhteisöpäivystyksessä on ollut ajalla 1.9.2020 - 31.8.2021 yhteensä 6278 tehtävää. Koko hyvinvointialueen ja Kelan yhteistä toimintamalli asiakasasioiden käsittelyä varten ei ole käytössä, vaan mallit ovat tällä hetkellä kuntakohtaisia.

TAVOITE 4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen			Lähtötilanne syksy 2020	Kevät 2021	Syksy 2021
Monialaista ja yhteentoimivaa työtä tarvitsevat asiakkaat tunnistetaan paremmin	Suuntima - palvelun käyttömäärät/ pitkäaikaisempaa hoitoa/palvelua tarvitsevien asiakkaiden määrä	Käyttöaste 100% / kohderyhmä/ sote-keskuksen monialainen tiimi		Suunnittelu menossa	Suuntima koulutus 10.11.21. Suuntiman käyttölisenssisopimukset vielä keskeneräiset.
Asiakkuudenhallinnan ja monialaisen tiimin toimintamallin käyttöön otto sote-keskusten monialaisissa tiimeissä	Asiakaskokemus (vapaamuotoinen kysymys jatkuvuuteen "pallotteluun" liittyen)	- Sote-keskuksen palvelut yhdellä yhteydenotolla - kerralla haltuun toiminnan edistäminen -Horisontaalisen ja vertikaalisen integraation edistäminen		Suunniteluvaiheessa	Valmennukset alkaneet lokakuussa jatkuen ensi vuodelle.
Integroidut palvelupolut mielenterveys- ja päihdeongelmallisille nuorille sekä heidän vanhemmilleen	Palvelupolkujen ja pilotoinnin mallinnuksen toteutuminen.	Palvelupolut mallinnettu, pilotoitu. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden integraation edistäminen		Mallinnus tehty ja jatkosuunnittelu sovittu päihdepalveluiden osalta	Päihdepalveluiden aukkokohtia täyttävä työryhmä aloittanut toimintansa. Mielenterveyden peruspalveluiden kuvaus aloitettu Hämeenlinnassa
Lasten, nuorten ja perheiden palveluihin digitaalinen alusta varhaisvaiheen ohjausta ja neuvontaa varten	Digitaalisen alustan kehitystyön, pilotoinnin toteutuminen.	Digitaalinen alusta kehitetty, pilotoitu.		Pilottivaihe alkamassa, kysymykset kehittäjävanhemmillä kommentoilla	Navista luovuttiin ja kehittämistä hyödynnetään vanhemmuuden tsemppibotin rakentamisessa uudelle alustalle
Päivystyksessä asioivat asiakasryhmät tunnistetaan, laaditaan päivystyksen ja perustason kanssa yhteinen toimintamalli	Toimintamallin laatimisen ja pilotoinnin toteutuminen.	Toimintamalli laadittu, pilotoitu. Päivystyksessä asioiden määrän väheneminen.	Toimintamalli ollut "jäissä" koronan vuoksi. Päivystyksessä lisäksi 116 117-palvelun käyttöön otto syksyllä.	Suunniteluvaihe	Tämä on koronan vuoksi edelleen käynnistämättä. Joulukuussa käynnistymässä uudelleen.
Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen toimintamalli ihotautien yhteisvastaanotossa	Toimintamallin kehittäminen, Janakkalan pilotoinnin toteutuminen.	Toimintamalli kehitetty, pilotoitu. Esh -läheteiden määrän väheneminen.	Toimintamalli ollut "jäissä" koronan vuoksi.	Suunniteluvaihe	Pilottipäivä ollut 6.10.2021
Suun terveydenhuolto pitkäaikaissairaita	Diabetes-asiakkaiden suunniteltu tarpeen tunnistamismalli	Hoitoketju mallinnettu, pilotointi toteutettu.		Suunniteluvaihe	Koulutukset alkaneet marraskuussa 2021, etenee suunnitellusti.

den hoitoketjuihin	n ja pilotoinnin toteutuminen.				
Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten, etenkin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden suun terveydenhuollon terveysohjaus	Toimintamallin kehittämisen, pilotoinnin toteutuminen.	Toimintamalli kehitetty, pilotoitu.		Suunnitteluvaihe	Yhteistyö käynnistynyt syyskuun lopussa 2021.
Työttömien keskuudessa suun terveyden tilan arvio (OHIP-14-kysely) hyvinvointitarkastuksen osana	Pilotoinnin toteutuminen.	Toimintamalli pilotoitu.		Pilotointivaihe	Pilottivaihe jatkuu, Omaolon käyttö vähäistä tässä kohderyhmässä
Ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden verkosto laajentuu:					
Asumisen vaihtoehtojen kehittäminen, erilaisten palveluiden ja toimintojen integraation edistäminen	Toteutuminen hankkeen aikana. Suunnitelman tehneiden kuntien määrä kaikista alueen kunnista.	Jokaisen kunnan alueella on suunnitelma asumisen vaihtoehtojen kehittämisestä.		Ei aloitettu vielä	
Kotona asumista tukevien palveluiden ja toimintojen kokonaisuuden luominen jokaiseen kuntaan, painopisteenä ennaltaehkäisy ja varhainen tuki	Toteutuminen hankkeen aikana.	Jokaisen kunnan alueella on suunnitelma toimijoiden yhteistyöstä ikääntyneiden toimintakyvyn eri osa-alueiden muutosten ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tuen antamisen näkökulmista.		Suunnitteluvaihe menossa	Etäpäivätoiminnan pilotti käynnissä Forssassa
Asunnonmuutostyön keskus	Toteutuminen hankkeen aikana.	Asunnonmuutostyön keskus toimii maakunnan laajuisesti		Ei aloitettu vielä	
Showroom -konsepti	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Showroom -konsepti suunniteltu vuoden 2021 loppuun mennessä			Suunnitteluvaihe lähes valmis. Käytäntöönvieminen jatkuu Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut-hankkeessa (jos hanke toteutuu).
Ikääntyneiden lääkäripalveluiden kehittäminen	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Lääkäripalvelut toimivat jokaisen kunnan alueella suunnitellusti, LMA käyttöön otettu		Suunnitteluvaihe	
Ikääntyneiden kuntoutumisen tukemisen prosessien implementointi	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Prosessit implementoitu jokaisessa kunnassa tarkoituksenmukaisesti ja volyyymilla hankeajan loppuun mennessä			Alueellisen toiminnan yhtenäistäminen menossa.

Kotisairaalamaisen toimijaverkoston ulottaminen koko maakuntaan	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Toimijaverkosto suunniteltu vuoden 2021 loppuun mennessä, uuden toimintamallin mukaiset prosessit implementoitu.		Suunnitteluvaihe.	Etenee suunnitelman mukaisesti. Ensimmäinen luonnos esitelty ohjausryhmässä
Kotiin vietävät uudet palvelut (ml. päivystyspalveluiden vieminen kotiin)	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Kotiin vietävät päivystyspalvelut toimivat suunnitellulla volyymilla		Suunnitteluvaihe	
Asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen, tietojohdamisen ja toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto	Toteutuminen suunnitellussa aikataulussa.	Asiakas- ja palveluohjauksen tietojohdaminen toiminnanohjausjärjestelmän avulla toteutuu ikääntyneiden palveluissa kunnissa 1.1.2022 alkaen		Pilotin osalta toteutus alkanut. Työryhmän suunnitteluvaihe	Etenee suunnitellusti

Kuvio 15 Kansallisen hyötytavoitteen 4 hankekohtaiset osa-tavoitteet ja niiden kehittyminen

Ikääntyneiden palveluiden maakunnallinen ryhmä on kokoontunut säännöllisesti ja linjannut osaltaan hankkeen toimintaa. Ikäihmisissä palliatiivisen hoidon kokonaisuutta on käyty läpi Kotisairaala-työryhmässä ja se tulee olemaan osa Kanta-Hämeen maakunnallista kotisairaala-toimintaa. Lisäksi palliatiivisen hoidon osaamisen vahvistaminen on osa suunniteltua laajempaa koulutuskokonaisuutta. Asiakas- ja palveluohjauksen toiminnanohjausjärjestelmän pilotti on käynnistynyt ja etenee suunnitellusti. Monialaista yhteistyötä on vahvistettu kotihoidon ja asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöskentelyllä, mutta vaatii vielä työtä. Työskentelyn aikana on tunnistettu isona haasteena ikääntyneiden palveluiden laajamittaiset rekrytointiongelmien, jotka kuluttavat resursseja niin käytännön työssä kuin johtotasollakin ja vaikeuttavat sitoutumista hankkeeseen.

Kanta-Hämeessä toimii seudullisten ja paikallisten perhekeskusverkostojen lisäksi maakunnallinen perhekeskusverkosto. Tällä verkostolla on vahva linkki myös valtakunnalliseen kehittämiseen. Perhekeskus on jatkossa osa monialaista sosiaali- ja terveyskeskusta. Monialaisen työn kehittämisellä perhekeskuksissa on jo useamman vuoden tausta. Janakkalan kunta on luonut selkeät rakenteet perhekeskuksen monialaisen työn kehittämiseksi. Monialaisen työn johtaminen on perhekeskusten kehittämisen kohde.

Mielenterveys- ja päihdetyössä monialaista toimijuutta tuetaan eri työryhmien jäseniä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia ristiinpölyttämällä. Erilaiset kokeilut ja niiden kehittäminen saattavat monialaisia toimijoita yhteen pohtimaan yhteistyötä. Näistä esimerkkinä huumeiden käyttäjien palvelupolku, raskauden aikainen palvelupolku (pääteet haasteena), valtavirtaistamisen työpajat, opioidikorvaushoidon siirtäminen stabiilivaiheessa olevien kohdalla perusterveydenhuoltoon sekä suun terveydenhuollon ja nuorten matalan kynnyksen palveluiden yhteistyöpilotti. Olemme hankkeessa huomanneet, että yhteiset konkreettiset toimet saattavat toimijoita ja ammattilaisia yhteen ja vahvistavat luottamusta eri ammattiryhmien välillä. Pyrimme kehittämisessä huomioimaan myös kolmannen sektorin mukaan oton, asiakaskokemuksen ja muiden palvelun tuottajien huomioinnin kuten Kela ja työllisyyspalvelut.

4.6 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset

Työikäisten sosiaalipalveluissa palvelutarpeen tunnistaminen monilaisen palvelutarpeen osalta tapahtuu edelleen yhteistyönä eri toimijoiden kesken. Tunnistaminen perustuu ammattilaisten tekemään arviointiin – kukin käyttää työssään sopivimpia arviointivälineitä ja keinoja. Uutena mainittiin työntekijöiden erityisosaamisen hyödyntäminen sekä asiakkaan olemassa olevan verkoston mukaan ottaminen tarpeen ja tilanteen mukaan.

Monialaisessa työssä on nostettu esille mielenterveys- ja päihdepalvelut kehittämisen kohteena. Mielenterveystyön ja päihdepalveluiden laatu, monialaisuus ja verkostot koetaan puutteellisiksi. Tähän vastaamaan on perustettu mielenterveys- ja päihdetyön työryhmä sekä huumeiden käyttäjien palvelupolkua työstävä työryhmä. Samaan aikaan mielenterveys- ja päihdetyön hankeasiantuntija on myös jalkautunut muihin työryhmiin, kuten Monni hankkeen kanssa yhdessä toteutettuun työryhmään, jossa työstetään alaikäisten päihdepolkua. Lisäksi mielenterveys- ja päihdetyö on vahvasti mukana sosiaalihuollon työryhmässä, johon asiantuntija osallistuu. Monialaisuutta vahvistetaan mielenterveys- ja päihdeasioissa valmennusten osalta. Perustason vahvistaminen on osaltaan monialaisen yhteistyön ja konsultaatiokäytäntöjen kehittämistä.

Kela on ollut alueellamme aktiivinen kumppani kehittämisessä. Kelasta on edustus mukana mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä sekä sosiaalihuollon työikäisten työryhmässä. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämiseen Kela on myös tulossa mukaan. Kelan kanssa yhdessä sovitut toimintamallit ovat pysyneet lähestulkoon samana läpi tehtyjen arviointien. Ainoastaan yksi alue ilmoitti aiempiin vastauksiin nähden, ettei alueella ole Kelan kanssa sovittua toimintamallia toimeentulotuen ja muiden etuuksien suhteen. Opiskelijaterveydenhuolto osallistuu mielenterveys- ja päihdeasioiden kehittämiseen osallistumalla mielenterveys- ja päihdetyön työryhmään.

Sosiaalihuollon työikäisten puolelta keskeisimmiksi haasteiksi yhteen sovittaa lapsiperheiden palvelut mainitaan useita: Lastensuojeluilmoitusten työnjako, työnkuvien selkeyttäminen eri palvelutehtävien välillä, henkilöstön saatavuus, työikäisten vanhempien työllisyys jää taka-alalle, palveluiden jakautuminen perhetilanteen vaihtuessa sekä yhteinen arviointi / yhteisten tiimien perustaminen. Myös systeemisen työskentelyn mainitaan olevan todellisuudessa pienimuotoista. Yhdeltä alueelta mainitaan yhteistyön toimivan tiiviisti ja hyvin. Keskeisenä haasteena työikäisten ja lapsiperheiden palveluiden yhteensovittamisessa näyttäisi siis edelleen olevan, että aikuinen on ikään kuin kahdessa asemassa: Perheen vanhempana perheessä, sekä työikäisenä työikäisten sosiaalihuollossa. Jos perheessä on muita palveluita, aikuisen asema jakautuu vielä useampaan palveluun.

Kanta-Hämeessä monialainen palvelutarve tehdään perusterveydenhuollon vastaanotoilla perustuen hoidon tarpeen arviointiin, asiakkuuden segmentointiin, terveyshyötykriteereihin, Omaolon terveys/hyvinvointitarkastukseen, Kompassiin, arviointitiimin ja chat-keskusteluihin perustuen, lisäksi käytetään palveluohjausta ja palvelutarpeen arviointia. Suun terveydenhuollossa käytetään myös asiakkaan kertomaa tietoa sekä pilottien osalta yhteistyötä pitkäaikaissairauksissa sekä -työttömissä. Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden monialaisessa tunnistamisessa käytetään sovittuja fraaseja, ajoterveyden hoitopolkua ja työnjakoa ja kysytään päihteiden käytöstä sekä hoidon tarpeen arviointia. Olemme tehneet työtä Suuntiman käytön pilotoimiseksi Kanta-Hämeessä. Tässä on kuitenkin haasteita sosiaalihuollon tiedon tallentamisessa. Pilotteja voivat järjestää vain sairaanhoitopiirit ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri ei voi toimia sosiaalihuollon rekisterin pitäjänä lain tulkintansa mukaisesti. Selvitämme voiko pilotointi onnistua alueellamme ollenkaan.

Kanta-Hämeen perhekeskuspalveluihin keväällä 2021 kohdennettu selvitystyö (vanhemmuuden tuki perhekeskuksissa) osoitti, että monialaista tiimityötä ja palvelutarpeen arviointia tarvitaan nykyistä enemmän. Lisäksi tarvitaan pysähtymistä asiakkaan tuen tarpeen äärelle ja poisohjaamisen kulttuuria palvelusta toiseen tulee huomattavasti vähentää nykyisestä. Paljon palveluita tarvitsevien perheiden ja vanhempien osalta tarvitaan nykyistä vahvempaa koordinoitua perhekeskuspalveluiden sisällä, jotta asiakas tulee tuetuksi hänen palvelutarpeessa mahdollisimman varhain. Lisäksi Kanta-Hämeen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa tulee vahvistaa näyttöön perustuvien, tutkittujen menetelmien käyttöönottoa ja menetelmäosaamista nykyisestä.

Keskeisimmiksi haasteiksi Kanta-Hämeen alueen osalta nousi esiin lapsiperheiden palveluiden ja työikäisten, aikuisten palveluiden yhteensovittamisessa koko perheen palvelutarve ja palvelukokonaisuus huomioiden muun muassa henkilöstön vaihtuvuus, palveluiden suuri kysyntä ja tarve, työntekijäresurssin vähyys, palveluiden hajanaisuus ja työajan käyttöön liittyvät haasteet. Tilanteessa, jossa henkilöstövaihtuvuus ei ole ollut niin suurta todettiin olleen parempi mahdollisuus verkostojen rakentamiselle. Palveluiden yhteensovittamisessa merkittävänä haasteena tällä hetkellä on tiimirakenteet, jotka ovat Kanta-Hämeen alueella hyvin vaihtelevat. Lapsiperheiden palveluista vastaa eri tiimi kuin työikäisten, aikuisten palveluista, mikä haastaa muun muassa koko perheen palvelutarpeen arvioinnin toteutumisen. Lisäksi lapsiperhe- ja työikäisten, aikuisten palveluista uupuu yhteiset tavoitteet ja arvopohja. Tiimien erillään oleminen vaikeuttaa muun muassa yhtenäisen työkuultuuriin toteutumisen ja koko perheen huomioimisen yhdenvertaisesti koko palvelualueella. Tarvitaan koko perheen huomioivaa ja integroitua johtamista ja strategiaa, joka huomioi kaikilta osin palveluintegraatioin ja palveluiden yhteensovittamisen toteutumisen pirstaleisen palveluvalikoiman sijaan. Lapsiperheiden ja työikäisten, aikuisten palveluiden yhteen toimitusvuoden ja sovittamisen toteutumiseksi on esille nostettu ja nimetty toimintaan, rakenteisiin ja työkuultuuriin liittyviä kehittämistarpeita enemmän kuin lähtötilanteessa.

Palveluiden yhteensovittamisen onnistumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi nousi esiin työntekijöiden välinen, keskinäinen luottamus, joka mahdollistuu, kun työntekijät tuntevat toinen toisensa yhteisen työn äärellä. Lisäksi lapsiperhepalvelujen ja aikuisten tiimin perustaminen ja integroiminen osaksi lapsiperhepalvelujen tiimiä nähtiin merkittäväksi, jonka tavoitteena olisi siirtyminen yhteistyöstä yhdessä tekemiseen. Aikuisten kanssa tehtävän perhesosiaalityön sisällöllinen kehittäminen ja yhteiseen, koko perheen huomioiva palvelutarpeen arviointi ja suunnitelman teko –malli varmistaisi omalta osaltaan palveluiden yhteensovittamisen. Koko perhettä huomioivaa palvelutarpeen arvioinnin ja suunnitelman tekemisen alueellista mallia ei tällä hetkellä ole. Koko perheen huomioivaa palvelutarpeen arvioinnin ja suunnitelman mallia kehitetään enemmän tällä hetkellä kuin lähtötilanteessa.

Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen tavat, keinot ja välineet vaihtelevat Kanta-Hämeen alueen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Palvelutarpeen arviointia toteutetaan alueen palveluissa eri tavoin ja yhtenäistä toimintamallia tai kuultuuria ei ole luotu. Palvelutarpeen arvioinnin koetaan olevan osa perhekeskustoimintamallia ja monialainen työ on palveluissa tapahtuvaa arjen työtä. Perhekeskustoimintamalli on Kanta-Hämeen osalta vielä vaihteleva, osa perhekeskuksista toimii verkostomaisesti ilman yhteistä fyysistä tilaa, jossa asiakkaita otetaan yhdessä vastaan. Toisissa perhekeskuksissa on eri lasten, nuorten ja perheiden palveluita tuotu saman katon alle. Monitoimijainen työpari- ja tiimityö vaihtelee perhekeskusten osalta. Perhekeskuksen monialaiset tiimit, asiakas- ja palveluohjaajien ja muiden perhekeskusammattilaisten ammattitaito, asiakkaan haastattelut ja tapaamiset, asiakaskokemus- ja palaute ovat keinoja ja välineitä monialaisen palvelutarpeen tunnistamisessa tällä hetkellä. Kanta-Hämeen alueen perhekeskusverkosto toimii alueellisen perhekeskustoiminnan osalta kehittävänä asiantuntijatyöryhmänä, jossa luodaan yhtenäisyyttä alueen perhekeskustoiminnalle.

Lisäksi monialaisten tiimien työkokoukset, systeemiset tiimit, konsultoinnit ja työnohjaus sekä THL:n monialaisen palvelutarpeen arvioinnin lomakkeet ovat keinoja, välineitä ja tapoja monialaisen palvelutarpeen tunnistamiseen. Lisäksi palvelutarpeen arvioinnissa työntekijöiden käytössä on Toimiva Lapsi ja Perhe; Lapset Puheeksi – keskustelu ja neuvonpito, THL:n MARAK vakavan parisuhdeväkivallan riskinarvioinnin ja uhrin auttamisen moniammatillinen menetelmä sekä lastensuojelun systeemisen työotteen työmenetelmät.

Palvelutarpeen arviointi ei ole pelkkää tiedonkeruuta ja arviointia, vaan siinä pyritään kartoittamaan kokonaisvaltaisesti koko perheen palveluiden tarve. Palvelutarpeen arviointi on siten interventio, jonka jälkeen asiakkuudet usein päätyvät, eivätkä johda pidempiaikaiseen asiakkuuteen. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä asiakkaan jo olemassa olevat verkostot otetaan tarpeen ja tilanteen mukaan työskentelyyn. Palvelulupauksen mukaan viranomaiselta tulleen yhteydenoton tai ilmoituksen kutsutaan viranomaisen mukaan aloitustapaamiseen asiaa koskeva lainsäädäntö huomioon ottaen. Tarvittaessa

asiakasta autetaan tarpeen mukaisten palvelujen piiriin ja kutsutaan uudet yhteistyötahot mukaan tekemään yhdessä. Lapsen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä huomioidaan perheen aikuisten palvelujen tarve ja palvelutarpeen arviointia tehdään yhdessä työpari- ja tiimityönä työikäisten palvelujen työntekijän kanssa. Lapsiperhepalveluissa tekeville työntekijöillä on mahdollisuus tiimin ja esimiehen tukeen.

Kanta-Hämeen yhteispäivystyksessä käyntejä oli 27 629 ajalla 1.9.2020 - 31.8.2021, nämä ovat lähes puolittuneet lähtötilanteesta. Korona vaikuttanee tähän asiaan. Yhteispäivystyksen käyntejä syyskuussa 2021 oli 3706, joista 49 liittyi päihteiden käyttöön (1.3%). Päihteiden osuus käyntisyynä on pysynyt suunnilleen samana kuin aiemmin. Suun terveydenhuollon päivystyskäyntejä oli Kanta-Hämeessä aikajaksolta 1.4.2021-30.9.2021 keskiarvona 98.5/1000 asukasta kohti. Tämä tarkoittaa, että keskiarvo on melkein tuplaantunut. Suun terveydenhuollon kaikki käynnit tuhatta asukasta kohden olivat keskiarvona 262.08/1000 asukasta kohti, n=4. Perusterveydenhuollon päivystys/kiireellisen hoidon käyntien vertailu ei ole organisaatioiden välillä mahdollista, koska osa on ilmoittanut pelkästään lääkärin käynnit, osalla on mukana hoitajien ja fysioterapeuttien käynnit, osa ei ole ilmoittanut, minkä ammattiryhmän käynneistä on kyse. Taulukossa ovat kaikki ilmoitetut päivystyskäynnit. Perusterveydenhuollon päivystyskäynneissä on laskettu yhteen kaikkien ammattilaisten (lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti) päivystyskäynnit syyskuussa 2021 olivat yhteensä 5 417 neljän organisaation osalta.

TAVOITE H4	MITTARI	Lähtötilanne syksy 2020	Kevät 2021	Syksy 2021
H4, H1 Päivystyksessä asioivien asiakasryhmien tunnistaminen	Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa	7547 n=3	8880 n=5	5417 n=4
	Alueen yhteispäivystyksen käyntimäärä	4083	3337	3706
	Päihteiden käyttöön liittyvien käyntien määrä alueen yhteispäivystyksessä(F10-F16, F18-F19 päädiagnoosina tai sivudiagnoosina)	56 (1,4%)	55 (1,6%)	49 (1,3%)
	Suun terveydenhuolto: Päivystyskäynnit/1 000 asukasta	52 n=4	Keskiarvo 53.6 n=5	keskiarvo 98.5 n=5
	Suun terveydenhuolto: Kaikki potilaat terveyskeskuksessa / 1 000 asukasta	298	280	keskiarvo 262.08 n=4
H4 Monialaista ja yhteentoimivaa työtä tarvitsevat asiakkaat tunnistetaan paremmin	Suuntima -palvelun käyttömäärät/ pitkäaikaisempaa hoitoa/palvelua tarvitsevien asiakkaiden määrä		Ei ole vielä otettu käyttöön	Ei ole otettu käyttöön, koulutus 10.11.2021

Kuvio 16 Hankkeen tulostavoitteet ja niiden arviointi lähtötilanne-keväät 2021

5 Kustannusten nousun hillitseminen

5.1 Hankkeen tulostavoitteet ja prosessitavoitteet

Kustannusten nousun hillintää tavoitellaan neljän muun hyötytavoitteen kautta. Näissä fokusoidumpia tavoitteita kustannusten nousun hillitsemiseksi ovat pyrkimys entistä monikanavaisempaan palveluun sekä riskien ja palvelutarpeen ennakkoivampaan tunnistamiseen ja sen myötä varhaisemman vaiheen keveämpiin tuen mahdollisuuksiin. Systemaattisesti kohdennettumilla palveluilla sekä työtavoilla haetaan kasvanutta tuloksellisuutta, tuottavuutta ja vaikuttavuutta yksilö- ja väestötasolla. Tavoitteena on keventää johtamisen

rakennetta, päällekkäistä työtä sekä hukka- ja lisätyötä. Keskeisimpänä ajurina ovat arvoperustaisuus ja asiakaslisäarvo.

TAVOITE 5. Kustannusten nousun hillitseminen			
Asiakkuudenhallinnan/ tiimimallin käyttöönotto	monialaisen	Käyttöönoton toteutuminen. -Testi- ja asiakasmäärät suhteessa lähtötilanteeseen. - Asiakaskokemus saatavuus, jatkuvuus ("ei pallottelua")	-Arvioiden, diagnostisten testien, ensihoidon ja asiakkaiden sairaalaan lähettämisen kustannukset vähenevät. -Ammattilaisten työn päällekkäisyys vähenee. - Arvontuotanto nousee.
Digitaalisten palveluiden maksimaalinen käyttöönotto		Käyttöaste. Tavoitetaso määriteltävä hankkeen alussa.	Käyttöaste nostettu kaikissa organisaatioissa tavoitetasoon.
Johtamisen uudistaminen.		Osa-alueet toteutettu, vakioitu käyttöön.	Tilannekuva- ja päivittäisjohtaminen vakioitu käyttöön. Johtamisrakenteen keveneminen, reaaliaikaistuminen.

Kuvio 17 Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankekokonaisuuden osatavoitteet kustannusten nousun hillitsemiseksi.

5.2 Arvioinnin mittarit/kriteerit

Kansallisena hyötytavoitteena olevaan kustannusten nousun hillitsemiseen liittyvät tulostavoitemittarit:

TAVOITE H5	MITTARI
H5, H1 Digitaalisten palveluiden maksimaalinen käyttöönotto	Sähköiset asiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä
H5 Talous/ tuottavuus paranee, perusterveydenhuolto	Vastaanotto toiminnan kustannukset + henkilöstökulut/ hoidetut asiakkaat/kuukausi
	Tutkimusten käyttö
	Erikoissairaanhoidon lähteiden määrä
H5 Kustannusvaikuttavuus paranee	Vaatii kehittämistä hankeajana

Kuvio 18 kansallisen hyötytavoitteen 5 mittarit

5.3 Tiedonkeruun ja arvioinnin menetelmät

Kohdassa 1.3 kirjoitettu auki.

5.4 Lähtötilanteen arvioinnin tulokset

Kanta-Hämeen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus hankekokonaisuuden aikana kustannusten nousun hillintään liittyvää tavoitetta pyritään seuraamaan muun muassa digitaalisten ja sähköisten palveluiden käyttöasteella perustason sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kuntien ja kuntayhtymien sähköisten asiointikäyntien prosentuaalisesta osuudesta perusterveydenhuollossa tai sosiaalipalveluissa ei ole saatavilla yhteismitallista tietoa eri organisaatioiden välillä. Tiedon seurannan mahdollisuus edellyttää yhteistä kehittämistyötä hankeajana.

Kuntien ja kuntayhtymien perusterveydenhuolloissa on otettu käyttöön mm. Omaolo-palvelukokonaisuuden osia. Käyttöönottoa laajennetaan, levitetään ja juurrutetaan edelleen hankeajana. Perustason sosiaalipalveluissa sähköinen asiointi on käytössä työikäisten kohdalla yleisimmin taloudellisissa asioissa esim. taloudellisen tuen hakemuksissa. Lasten nuorten ja perheiden palveluissa käytössä olevina sähköisen asioinnin palveluina mainittiin mm. vanhemmuuden tuen chat-palvelu (pienimuotoisena Hämeenlinnassa), sosiaalipalveluiden neuvonta ja päätökset sähköisesti Suomi.fi-palvelun kautta (Janakkala) ja rekisteritietojen pyynnöt (Loppi). Ikääntyneiden palveluiden osalta käytössä olevina sähköisen asioinnin palveluina tuotiin

esiin sähköiset huoli-ilmoituslomakkeet (Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä). Sosiaalipalveluiden osalta yleisenä näkymänä tuotettiin sähköisten asiointimahdollisuuksien vähäinen määrä.

5.4 Tehdyt kehittämistoimenpiteet ja prosessitavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset

Kustannusten hillintään pyrimme vaikuttamaan ennaltaehkäiseviä ja varhaisia keinoja ja mentelmiä vahvistamalla. Monialaista palvelua tarvitsevien tunnistamista pyrimme kehittämään osana monialaista työtapa, tätä edistetään mm. Valmennuskokonaisuuksissa. Mielenterveys- ja päihdesyyn palveluun hakeutuvat ovat riskissä pudota palveluiden väliin ja ulkopuolelle ja tuolloin ongelmista kasvaa mittavia ja he kuormittavat kalliita erikoispalveluita. Tätä pyrimme ehkäisemään perustasoa kouluttamalla mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamisella ja systemaattisten tunnistamisen menetelmien käyttämisellä. Koulutuskokonaisuuden suunnittelu keväälle 2022 on käynnistynyt valtavirtaistamisen työpajoissa. Hanke ja Digifinland piti palaverin moniammatillisuuden tiimoilta maaliskuussa 2021. Tämän jälkeen edistämiseen ei siltä osin olla palattu, eikä valtakunnallisesta kehittämisestä ole tällä hetkellä sosiaalihuollon osalta tarkkaa kuvaa. Riihimäki, Loppi ja Hausjärvi edistävät sosiaali- ja terveyspalveluiden rajapintaa Omaolon Hyvinvointitarkastuksien ostalta sopimalla yhteisiä toimintatapoja yhteydenottoon ja tiedonvaihtoon. Ninchat -kokeilulla on saatu hyviä tuloksia ja chat on koettu toimivana niin henkilöstön kuin työntekijöiden kokemuksen mukaan. Osassa organisaatioissa chat-palvelu jatkuu tauotta ylimenovaiheen ajan (rakennehanke loppuu 12/21 ja RRF-hankerahoitus kevät/22 väli).

TAVOITE H5	MITTARI	Lähtötilanne syksy 2020	Kevät 2021	Syksy 2021
H5, H1 Digitaalisten palveluiden maksimaalinen käyttöönotto	Sähköiset asiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä	11,25 % n=2	8,5% n=4	4.95% n=4
H5 Talous/ tuottavuus paranee, perusterveydenhuolto	Vastaanotto toiminnan kustannukset + henkilöstökulut/ hoidetut asiakkaat/kuukausi			
	Tutkimusten käyttö			
	Erikoissairaanhoidon läheteiden määrä	7728	5396	5380
H5 Kustannusvaikuttavuus paranee	Vaatii kehittämistä hankeaikana			

Kuvio 19 Kansallisen hyötytavoitteen 5 arvioinnin kehittyminen lähtötilanteesta kevääseen 2021

5.5 Tulostavoitteiden seurannan ja arvioinnin tulokset

Sähköisten asiointien osuus aikussosiaalityössä ja palvelutarpeen arvioinnissa on koko Kanta-Hämeen alueella ollut kaikissa arvioinneissa vähäistä. Aikussosiaalityötä on pyritty edelleen toteuttamaan Riihimäellä henkilökohtaisella tapaamisella. Loppi mainitsee uutena sähköiset tietopyyntölomakkeet. Teamspalveluiden kerrotaan lisääntyneen Hämeenlinnassa. Muuten käyttöä kuvataan pääsääntöisesti saman tyyppisenä kuin aikaisemmissa arvioinneissa.

Sähköisten asiointien määrä on perusterveydenhuollossa keskimäärin 4.95% käynneistä, vaihtelua 2 -10.8% välillä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä saatujen tilastojen mukaan erikoissairaanhoidon läheteiden määrä oli 5 380, jossa ovat kaikkien kantahämäläisten kuntien/organisaatioiden erikoissairaanhoidon läheteet. Lähtötilanteessa läheteiden määrä oli 7 728. Tässä luvussa ei ole Forssan seudun kuntien lähetemääriä mukana.

Lapsiperhepalveluiden arviot sähköisten asiointikäyntien osuudesta lapsiperheiden sosiaalityössä ja palvelutarpeen arvioinnissa vaihtelevat Kanta-Hämeen alueella. Osassa lapsiperheiden palveluista sähköisten asiointikäyntien osuus on lisääntynyt, osassa vähentynyt ja osassa pysynyt samana lähtötilanteeseen verrattuna.

Sosiaalihuoltolain mukaisissa lasten, nuorten ja perheiden palveluissanne sähköiset palvelut ovat käytössä vaihdellen Kanta-Hämeen alueella. Sähköisiä palveluita käytetään palveluissa tällä hetkellä enemmän kuin lähtötilanteessa. Sähköisiä palveluita käytetään lähtötilannetta enemmän muun muassa toimeentulotuen palveluissa, neuvolan laajoissa terveystarkastuksissa/Omaolo, vanhemmuuden tuen tarpeessa/NeuvotOn - chat, palveluiden ajanvarauksessa, sähköisenä asiakaspalaute -kanavana, erilaisissa asiakasviestintä- ja yhteydenotto –tilanteissa sekä asiakas- ja palveluohjaus –tilanteissa. Lisäksi lähtötilannetta enemmän on otettu käyttöön Teams - palaverikäytäntöjä asiakkaiden kanssa esimerkiksi asiakassuunnitelmien päivittämiseen ja muihin asiakastapaamisiin liittyen. Sähköisiä palveluita on hyödynnetty myös verkostoneuvottelussa- ja muissa neuvotteluissa, rekisteritietojen tarkastuspyynnöissä, yhteydenotoissa sosiaalihuoltoon ja lastensuojeluilmoituksissa. Lisäksi sähköiset palvelut ovat toimineet sosiaalisen median tiedotuskanavana sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.