

Tiekartta toiminnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon

Yhteisasiakkaiden palveluiden
kehittäminen

Kehittämistyötä tukeva diasarja

Sisältö

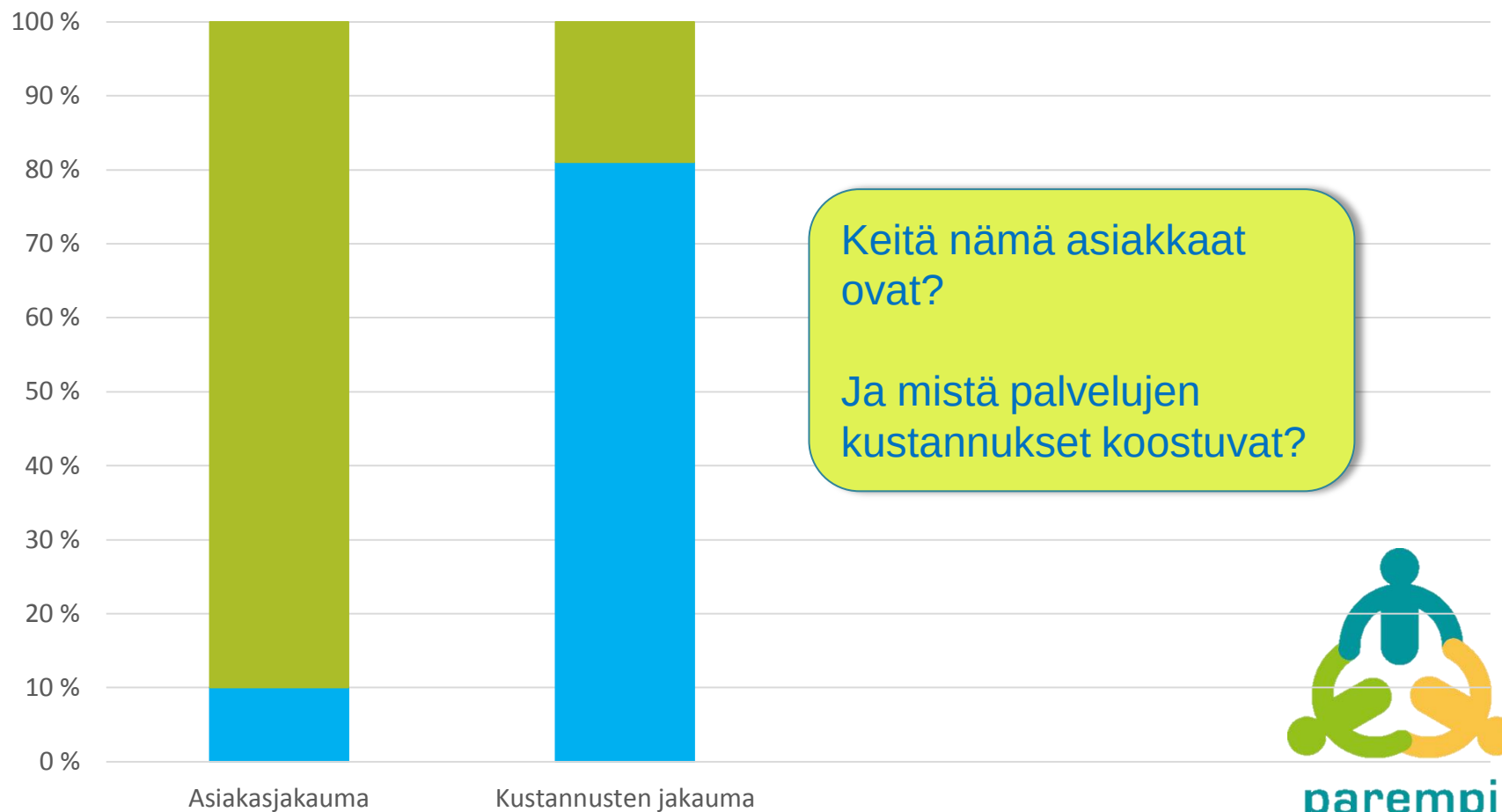
- Miksi tämä on tärkeää? (diat 3-8)
- Miten aloitamme kehittämistyön? (diat 9-15)
- Miten tunnistamme yhteisasiakkaan? (diat 16-26)
- Miten toimimme yhdessä yhteisasiakkaan tunnistamisen jälkeen? (diat 27-36)
- Miten teemme asiakaslähtöistä ja suunnitelmallista yhteistyötä? (diat 37-49)
- Miten otamme uuden toimintamallin käyttöön ja kehitämme sitä jatkuvasti? (diat 50-52)
- PDSA-sykli (diat 51-57)



Miksi tämä on
tärkeää?



Taustaa



Taustaa

Keitä nämä asiakkaat ovat?

Ja mistä palvelujen kustannukset koostuvat?

- Suuri osa käyttää sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja
- Asiakkailla monialaisia ongelmia
 - fyysiset tai psyykkiset pitkäaikaissairaudet
 - sosiaaliset ongelmat
 - köyhyys
- Kuluttavat suuren osan psyykkisen ja somaattisen hoidon kustannuksista



Taustaa

Keitä nämä asiakkaat ovat?

Ja mistä koostuvat palvelujen kustannukset?

”Better Health and Lower Cost for Patients with Complex Needs” IHI 2014-2015 (www.ihl.org)

- palvelujen, joiden vaikuttavuus on osoittautunut heikoksi, **suuri käyttö kertoo, että nykyinen järjestelmä ei pysty vastaamaan näiden potilaiden tarpeisiin**
- tämän ryhmän **hoito on usein kaoottista, resursseja tuhlaavaa ja on huomattava taakka sekä hoitohenkilökunnalle, että potilaille**
- tutkimusten mukaan tämän ongelman voi poistaa niin, että palvelujärjestelmän ja palveluiden suunnittelussa ja käytännöissä otetaan **lähtökohdaksi asiakas**, ei organisaatio



Yhteisasiakkaiden kokemuksia tämän hetkisestä sosiaali- ja terveystalveluiden käytöstä:

- *”Pallottelu työntekijältä toiselle väsyttää.”*
- *”Luukuttaminen, jatkuvat yhteydenotot eri pisteisiin väsyttää perheen.”*
- *”15 eri lääkäriä joilla käyn.”*
- *”On niin väsyttävää, kun joutuu selittämään eri paikoissa samaa asiaa.”*
- *”Yhteydenotot eri työntekijöiltä hajanaisia ja tilanne ilmeni sekavana ja syyllistävänä.”*
- *”Ei uskottu huoltajan näkemystä.”*



Ammattilaisten ajatuksia nykytilanteesta:

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



Miten aloitamme kehittämistyön?



- Kohderyhmämme on?
- Ketä kehittämistiimiimme kuuluu?
- Miten otamme asiakkaat mukaan kehittämistyöhön?



Ryhmätyö palvelupolun kuvaaminen

Tehtävä 1:

1. Jokainen miettii aluksi oman paljon sosiaali- ja terveystalveluita käyttävän asiakkaansa tarinaa
2. Muutama kertoo lyhyesti oman asiakastarinansa muille ryhmäläisille
3. Valitaan yksi tarina kuvattavaksi ”lakanalle”
4. Kuvataan ”lakanalle”, mitä toimijoita asiakkaan tarinassa oli ja miten polku eteni



Ryhmätyö palvelupolun kuvaaminen

Tehtävä 2:

Merkatkaa ”lakanaan” värillisellä nuolella ongelmakohdat ja solmukohdat.

- Miettikää missä kohtaa ilmeni, että toisten palveluita ei tunneta/tunnetaan?
- Missä kohtaa olisi pitänyt tehdä yhteistyötä muiden kanssa?
- Missä kohtaa ongelmiin tartuttiin / ei tartuttu?
- Olisiko ollut hyötyä jos olisi tartuttu? Miten se olisi näkynyt tai ilmennyt?
- Kirjataan tehtävän oleelliset kohdat ja keskustellaan niistä.



A3 – kehittämisen kuvaamisen väline

A3

Otsikko (ongelma) – tukikysymykset

1. Taustatiedot: Miksi keskustellette tästä aiheesta?	5. Kokeiltavat muutokset: Mitä muutoksia voitaisiin harkita? Miten aiotte valita muutosvaihtoehdot ja miksi? Miten ajattelette muutoksen vaikuttavan ongelman perussyihin, muuttavan nykytilannetta ja vaikuttavan tavoitteen saavuttamiseen?
2. Nykytilanne: Missä mennään tällä hetkellä? Mikä on ongelma? Mitä? Koska? Kuinka usein? Kuka? Kuinka? <i>MITÄ, ei miksi!</i>	6. Suunnitelma: Miten saamme tietoa em. asioista? Kuka tekee mitä, milloin ja miten? Mistä tiedämme, mitä vaikutusta muutoksilla on? Mikä on kriittinen piste? Tulokset?
3. Tavoite: Missä meidän pitäisi olla? Mikä on erityinen muutos, jonka haluatte saavuttaa?	7. Seuranta: Jatkotoimenpiteet? Miten auki jääneet kysymykset voidaan ennakoida?
4. Ongelman analyysi: Mitkä ovat ongelman perussyyt? Mitkä seikat hankaloittavat ja estävät meitä tavoitteeseen pääsyssä?	8. Varmista jatkuva PDSA-sykli 



SMART tukena tavoitteiden määrittelyssä

S

SPECIFIC = tavoite on tarkoin määritelty ja selkeästi rajattu.

Hyviä esimerkkikysymyksiä tähän ovat:

Mitä tarkalleen ottaen haluatte saada aikaiseksi?

Mitkä asiat jäävät tämän tavoitteen ulkopuolelle?

M

MEASURABLE = tavoitteen onnistumisen tulee olla arvioitavissa.

Tärkeätä on, että on yhteinen ennakkokäsitys siitä, milloin tavoite on toteutunut.

Hyviä esimerkkikysymyksiä ovat:

Mistä tiedämme onnistuneemme?

Mitä tämä konkreettisesti tarkoittaa?

A

ACHIEVABLE = tavoite on sellainen, joka on mahdollista saavuttaa.

Se on haastava, mutta ei tunnu mahdottomalta.

Hyviä esimerkkikysymyksiä ovat:

Kuinka mahdollisena pidätte, että saavutatte tavoitteenne?

Kuinka todennäköisenä pidätte, että saavutatte tavoitteenne?

R

RELEVANT = hyvä tavoite on olennainen. Motivaation kannalta

tärkeintä on, että tavoite vie kokonaisuutta selkeästi oikeaan suuntaan.

Hyviä esimerkkikysymyksiä ovat:

Kuinka tärkeä tavoite on meille?

Miltä onnistuminen tämän tavoitteen suhteen tuntuu?

T

TIME BOUND = hyvä tavoite on aikaan sidottu. Tekijöillä on oltava

selkeä käsitys siitä, mihin mennessä tavoitteen on tarkoitus toteutua.

Hyviä esimerkkikysymyksiä ovat:

Milloin tämä tavoite on mahdollista saavuttaa?

Koska on oltava valmista, jotta tavoitteella olisi haluttu vaikutus?



Kokemuksia asiakkaan mukaan ottamisesta kehittämiseen

- *”Asiakkaan mukaan ottaminen ”avasi silmät”, työskentelyssä asiakaslähtöisyys sai uuden näkökulman.”*
- *”Oli jotenkin helpompaa työskennellä työyhteisön kanssa kun asiakas saneli suuntaviivoja yhteisissä tapaamisissa.”*
- *”Asiakkaan näkökulma auttaa pitämään kehittämistyötä arjen tasolla eli siellä, missä työtä tehdään ja missä työtavan pitää toimia.”*
- *”Luultu asiakasnäkökulma vaihtui todelliseen asiakasnäkökulmaan. Tuli yllättäviä näkökulman muutoksia.”*



Miten tunnistamme
yhteisiasiakkaan?



Ryhmätyö:

Paljon palveluita käyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tunnistaminen

- Seuraavassa diassa on kysymyksiä mietittäväksi liittyen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden tunnistamiseen.
- Kysymysten pohtiminen auttaa yhteisen näkemyksen muodostamisessa.





1. Millaisia paljon palveluita käyttävät asiakkaat ovat?

2. Kun kohtaat näitä asiakkaita mitä tunteita herää ja miksi?

3. Tunnistetaanko yksikössäsi paljon palveluita käyttävät asiakkaat? Miten?

4. Mitä keinoja sinulla on näiden asiakkaiden kanssa?



Millaisia asiakkaat ovat?



Mitä tunteita ammattilaisille herää paljon palveluja käyttävän yhteisasiakkaan kohdalla...



Yhteisasiakkaiden tunnistaminen

- Parempi Arki –hankkeen työryhmässä kehitettiin paljon palveluita käyttävien/tarvitsevien asiakkaiden tunnistamista syksyllä 2015.
- Työn tuloksena syntyivät ”Tunnistamisen herätteet”, jotka osoittautuivat toimivan parhaiten aikuisasiakkaiden kohdalla.
- Tiimit kehittivät myös muihin kohderyhmiin tunnistamisen herätteitä esim. nuorten yhteisasiakkaiden tunnistamiseen.



Tunnistamisen herätteet aikuisille

1. Asiakkaan tilanteesta herää huoli ja/tai riittämättömyyden tunne

2. Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi

- 2.1 Useita käyntejä eri työntekijöillä
- 2.2 Läheisten huoli
- 2.3 Itsetuho-käyttäytyminen
- 2.4 Epäily mielenterveys-ongelmasta
- 2.5 Epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä
- 2.6 Käytöshäiriöitä/ aggressiivisuutta

3. Toistuvia ja/tai suunnittelemattomia käyntejä ja yhteydenottoja

- 3.1 Käynnit ja varaukset n. 10 vuodessa (pth)
n. 5 vuodessa (esh)
- 3.2 Syyt yhteydenottoihin ovat epämääräisiä
- 3.3 Ongelmat vaihtuvat
- 3.4 Oireita paljon
- 3.5 Tapaturmat

4. Epäily riippuvuus-käyttäytymisestä

- 4.1 Taloustilanne
- 4.2 Tapaturmat
- 4.3 Sairaslomat
- 4.4 Kipu- tai rauhoittavat lääkkeet, reseptit
- 4.5 AUDIT
- 4.6 Labrat, esim. maksakokeet
- 4.7 Ulkoinen olemus

5. Toistuvasti peruuttamattomia aikoja

- 5.1 Syy peruutukselle on epämääräinen
- 5.2 Peruuttamattomia aikoja
2 – 4 / kuukausi (sos)
2 – 3 per 2 kk (esh)
- 5.3 Peruuttamattomia aikoja hammashuollossa



Tunnistamisen herätteet nuorille: Tunne-elämä	Palveluiden käyttöön liittyvät tekijät	Käyttäytymiseen liittyvät tekijät	Sosiaalinen verkosto
Vuorokausirytmien häiriöt Esim. unirytm, ateriarytm	Epämääräisiä oireita paljon Esim. kivut, väsymys, huimaus, vatsavaivat, päänsärky	Seksuaalinen riskikäyttäytyminen Esim. toistuva raskauden pelko, seksitaudit, ehkäisyn laiminlyönti, vaihtuvat kumppanit, iso ikäero kumppanien välillä	Tukiverkoston puutteellisuus/puuttu-minen Esim. kaverisuhteet, turvalliset aikuiset
Motivaation puute Esim. mielenkiinto kaikkea kohtaan on lopahtanut, ei innostu mistään	Useita käyntejä eri työntekijöillä	Päihteiden käyttö Esim. alkoholin käyttö arkena, riskirajojen ylittäminen, lääkkeiden väärinkäyttö	Läheisten huoli nuoresta Esim. huoli kaverista
Unelmat, haaveet ja tulevaisuuden suunnitelmat puuttuvat	Toistuvat tapaturmat	Ylisuorittaminen Esim. koulu, harrastukset, hyväksynnän hakeminen	Huoli perhetilanteesta tai asumisesta Esim. Ikätasoonsa nähden nuori joutuu ottamaan liikaa vastuuta asioistaan
Mielialaoireet Esim. jännittäminen, ahdistus, viiltely, itkuherkkyys, jatkuva väsymys	Peruuttamattomat ajat	Koulupoissaolot ja/tai kotoa karkailu Esim. ei halua lähteä kotiin	Lähisuhdeväkivalta ja muu väkivalta Esim. altistuu väkivallan katsomiselle
Yksinäisyys, ulkopuolisuus, passiivisuus, eristäytyminen	Kieltäytyminen palveluista	Käytösoireet Esim. vihan hallintaongelmat, äkilliset muutokset käyttäytymisessä, huomattavat keskittymisongelmat	Kiusaamistilanteet
Syömiseen liittyvät häiriöt		Arjenhallinnan ongelmat Esim. pikavipit, ruuanlaitto, kaupassa asiointi	Ääriajattelu Esim. viha vähemmistöjä kohtaan, ääritoiminnan ihannointi
Ulkoinen olemus Esim. hygienian puute, liialliset ulkonäköpaineet		Rajaton käyttäytyminen Esim. riskit liikenteessä, näpistely, valehtelu	
Voimakkaita ristiriitoja sukupuoli- ja seksuaali-identiteetin kanssa		Ruutuaika Esim. puhelin, pelaaminen, Liiallinen käyttö/ riippuvuus	

Miksi tunnistamiseen ei ole työkalua/toimintamallia organisaatioissa?

"Sähköinen tunnistaminen ei riitä"

Parempi arki –hankkeen työryhmäläiset syksyllä 2015:

- "Yksin tekemisen kulttuuri syvällä systeemissä"*
- "Yhteistoiminnan kehittämiseltä puuttuu "veturi""*
- "Ajatusmaailma: päivystyksessä hoidetaan vain päivystykselliset asiat ja sitten ihmetellään kun sama potilas käy toistuvasti eri vaivoilla"*
- "Hierarkia estää tunnistamisen: pois käsistä, pois mielestä"*
- "Vaikeita asiakkaita, joihin kukaan ei jaksaisi/haluaisi tarttua"*
- "Lainsäädäntö estää"*
- "Kehittäminen tapahtuu liian korkealla"*
- "Toimijat keskenään vieraita, yhteistyöongelmat, tiimityö yli rajojen puuttuu"*



Yhteisasiakkaiden tunnistamisen pilotointi

- Tavoitteet:
 1. Asiakkaita tunnistetaan paremmin
 2. Nykytilan kartoitus – Kuinka paljon yhteisasiakkaita meillä on?
- Tehtävä:
 - Tunnistakaa omassa työssänne/työyksikössänne esim. kahden viikon ajan niitä asiakkaita, jotka mahdollisesti hyötyisivät monialaisesta / moniammatillisesta yhteistyöstä?
 - Kuinka monta asiakasta tunnistitte?
 - Oliko kyseessä asiakas, joka hyötyisi yhteistyöstä?
 - Kuinka selvitit asiakkaalta, mitä muita palveluja hän käyttää?
- Tehtävässä voidaan käyttää apuna esimerkiksi seuraavassa diassa olevaa kaavaketta



Yhteisasiakkaiden tunnistaminen

Tunnistamistyökalun arviointilomake		Arviointiajanjakso:	
Tiimi:		Kohderyhmä:	
Toimintayksikkö:		Lomakkeen täyttäjän ammattinimike:	

YMPYRÖI LOMAKKEESEEN ASIAKASTA KUVAAVAT ASIAT

1. Asiakkaan tilanteesta herää huoli

2. Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi

2.1 Useita käyntejä eri työntekijöillä

2.2 Läheisten huoli

2.3 Itsetuhokäyttäytyminen

2.4 Epäily mielensterveysongelmasta

2.5 Epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähiympäristössä

2.6 Käytöshäiriöitä / aggressiivisuutta

3. Toistuvia ja / tai suunnittele mattomia käyntejä ja yhteydenottoja

3.1 Käynnit ja varaukset (ptk: n. 10 vuodessa tai esh: n. 5 vuodessa)

3.2 Syyt yhteydenottoihin ovat epämääräisiä

3.3 Ongelmat vaihtuvat

3.4 Oireita paljon

3.5 Tapaturmat

4. Epäily riippuvuuskäyttäytymisestä

4.1 Taloustilanne

4.2 Tapaturmat

4.3 Sairauslomien

4.4 Kipu- tai rauhoittavat lääkkeet, reseptit

4.5 AUDIT

4.6 Laboratoriokokeet, esim. maksakokeet

4.7 Ulkoinen olemus

5. Toistuvasti peruuttamattomia aikoja

5.1 Syy peruutukselle on epämääräinen

5.2 Sos: 2-4 / kuukausi, esh: 2-3 / 2 kuukautta

5.3 Hammashuollossa

Asiakkaan syntymävuosi	Kommentteja:	
Onko asiakkaalla muita palveluita käytössä? (ympyröi oikea vaihtoehto)		Kyllä / Ei
Ammattilaisen näkemys: Onko asiakkaalla muiden palveluiden tarvetta?		Kyllä / Ei
Asiakkaan näkemys: Onko hänellä muiden palveluiden tarvetta?		Kyllä / Ei

Miten toimimme
yhdessä
yhteisiasiakkaan
tunnistamisen jälkeen?

Sote-yhteistyö lainsäädännön näkökulmasta

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö

Terveydenhuoltolaki 32§ (Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö)

ja Sosiaalihuoltolaki 41§ (Monialainen yhteistyö)

Velvoite osallistua

- Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen osallistumaan henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen sosiaalihuollon toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä. (Terveydenhuoltolaki 32§)
- Palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi on sosiaalihuollon viranomaisen huolehdittava siitä, että käytettävissä on asiakkaan tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista. (Sosiaalihuoltolaki 41§)
- *Sosiaalihuollon työntekijä arvioi tarpeen*
- *Korostaa monialaisen yhteistyön merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisessa*



35 § Yhteydenotto sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi

- Jos terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu **terveydenhuollon ammattihenkilö**, sosiaalikuraattori taikka sosiaalitoimen, opetustoimen, liikuntatoimen, lasten päivähoidon, pelastuslaitoksen, Hätäkeskuslaitoksen, Tullin, poliisin, Rikosseuraamuslaitoksen, työ- ja elinkeinoviranomaisen, Kansaneläkelaitoksen tai ulosottoviranomaisen palveluksessa oleva on tehtävässään saanut tietää henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, hänen on ohjattava henkilö hakemaan sosiaalipalveluja tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin.



35 § Yhteydenotto sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi

- Jos suostumusta ei voida saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan, tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii, 1 momentissa tarkoitettujen henkilöiden on tehtävä ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta salassapitosäännösten estämättä viipymättä.



Tietojen käsittely: Uusi laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista

Asiakastietojen kirjaaminen organisaatioiden välisessä monialaisessa yhteistyössä 8§

- Monialaiseen yhteistyöhön osallistuvat henkilöt voivat salassapitosäännösten estämättä:
 - 1) kirjata edustamansa organisaation asiakirjoihin sellaiset **yhteistyössä saamansa sosiaalihuollon asiakastiedot**, jotka ovat tarpeellisia yhteisen asiakkaan asian hoitamiseksi sanotussa organisaatiossa;
 - 2) **tallettaa yhteistyön perusteella laaditun asiakassuunnitelman**, muistion tai vastaavan asiakirjan sanotussa organisaatiossa, jos se on asiakkaan kannalta tarpeellista siinä asiassa, jonka hoitamiseksi asiakirja on laadittu.
- Edellä 1 momentissa tarkoitettuja asiakastietoja koskeviin salassapitovelvoitteisiin ja niistä poikkeamiseen sovelletaan, mitä asiakaslain 14–16, 19 ja 27 §:ssä säädetään, riippumatta siitä, minkä organisaation asiakirjoihin ne sisältyvät.



Yhteistyön toimintamalli

- Yhteistyön tekemiseen määritellään toimintamalli ja tehdään suunnitelma sen käyttöönotosta yhdessä johdon kanssa.
- Toimintamallissa kuvataan, kuinka yhteistyössä edetään yhteisasiakkaan tunnistamisen jälkeen.
- Tunnistaminen voi tapahtua useissa työyksiköissä tai toimipisteissä.



Toimintamalleista yleisesti

- Toimintamallit ovat malleja kehitetyistä ratkaisuksista, joita muut voivat hyödyntää.
- Tiivistetty kuvaus kehitetystä ratkaisusta.
- Määrittelee käyttötarkoituksen ja keskeisen idean.
- Tulosten levittämisen kanava.
- Väline tehokkaaseen markkinointiin.



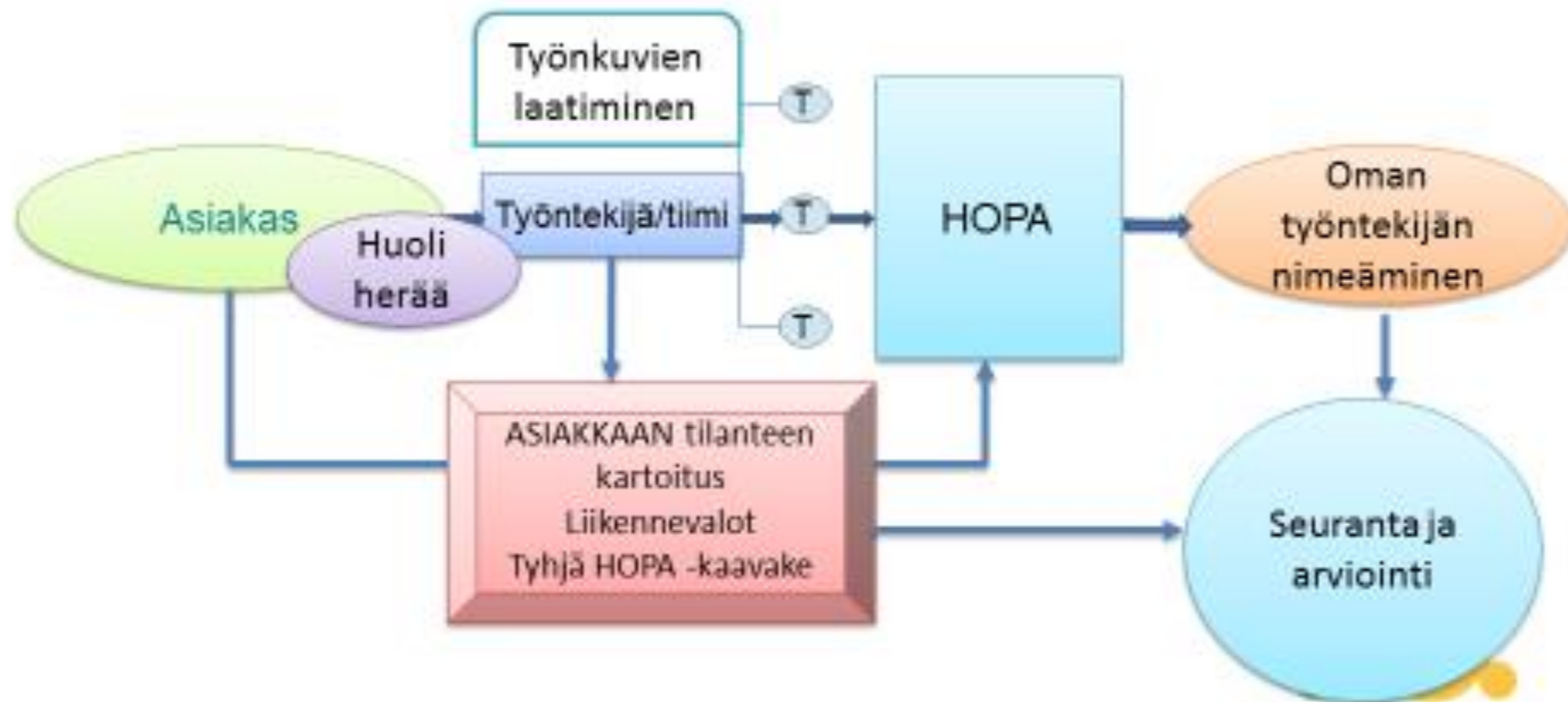
Toimintamallin sisällössä huomioitavia asioita

- Toimintamallin tavoite
- Toimintamallin tarkastelu sekä asiakkaan että ammattilaisen silmin
- Asiakkaan tunnistaminen ja puheeksi otto
- Asiakkaan palvelutarpeen arviointi (Miten? Kuka/Ketkä? Missä?)
- Arvio asiakassuunnitelman tarpeesta
- Yhteyshenkilön nimeäminen
- Tiedonkulku asiakkaan ja eri toimijoiden välillä
- Miten ja mitä seurataan ja arvioidaan?
- Kirjaaminen ja lupamenettely



Esimerkki toimintamallista

Nuoret mielenterveysasiakkaat, Lapuan toimintamalli



parempi
arki

Toimintamallin pilotointi

- Suunniteltua toimintaa pilotoidaan niin monella asiakkaalla kuin mahdollista
- Pilotoinnilla kerätään kokemuksia
 - Arvio hoito- ja palvelusuunnitelman käytöstä ja kokemuksista (hyvää, kehitettävää?)
 - Asiakkaiden kokemuksia hoito- ja palvelusuunnitelmasta (kysytään mukana olleilta asiakkailta)
 - Ammattilaisten kokemuksia (yhteistyöstä, toimintamallin muutoksesta ym.)
 - Mittaamisesta (mitä mitattiin, tulokset ja niistä nousseet ajatukset mahdollisista muutostarpeista)
 - Mallin toimivuudesta (Mikä toimi hyvin ja oliko solmukohtia?)
 - Mikä muuttui lähtötilanteeseen nähden?



Miten teemme
asiakaslähtöistä ja
suunnitelmallista
yhteistyötä?

Yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma (Asiakassuunnitelma)

- Hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeinen yhteistyön väline asiakkaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.
- Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö selkiyttää asiakkaan hoitopolkua ja auttaa ammattilaisia hoidon ja palvelun suunnittelussa.
- Asiakaslähtöinen ja suunnitelmallinen hoito voi johtaa asiakaskokemusten parantumiseen ja päivystyskäyntien vähenemiseen (ks. dia 41).



Pitkääaikaissairaan suunnitelmallinen hoito terveyskeskuksen vastaanotolla

Suunnitelmallisen hoidon
malli Potku hankkeessa

Hoidosuunnitelma

- Yhdessä suunnittelette hoitosi tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi

4

Omahoito

- Tiedät mitä teet itse, mitä tukea saat terveydenhuollon ammattilaiselta ja milloin arvioitte tilannettasi uudelleen.

5

1

Yhteydenotto terveysasemalle

- Ammattilainen ohjaa, varataan tarpeesi mukainen aika.

2

Valmistautuminen vastaanotolle

- Omahoitolomake auttaa sinua valmistautumisessa.

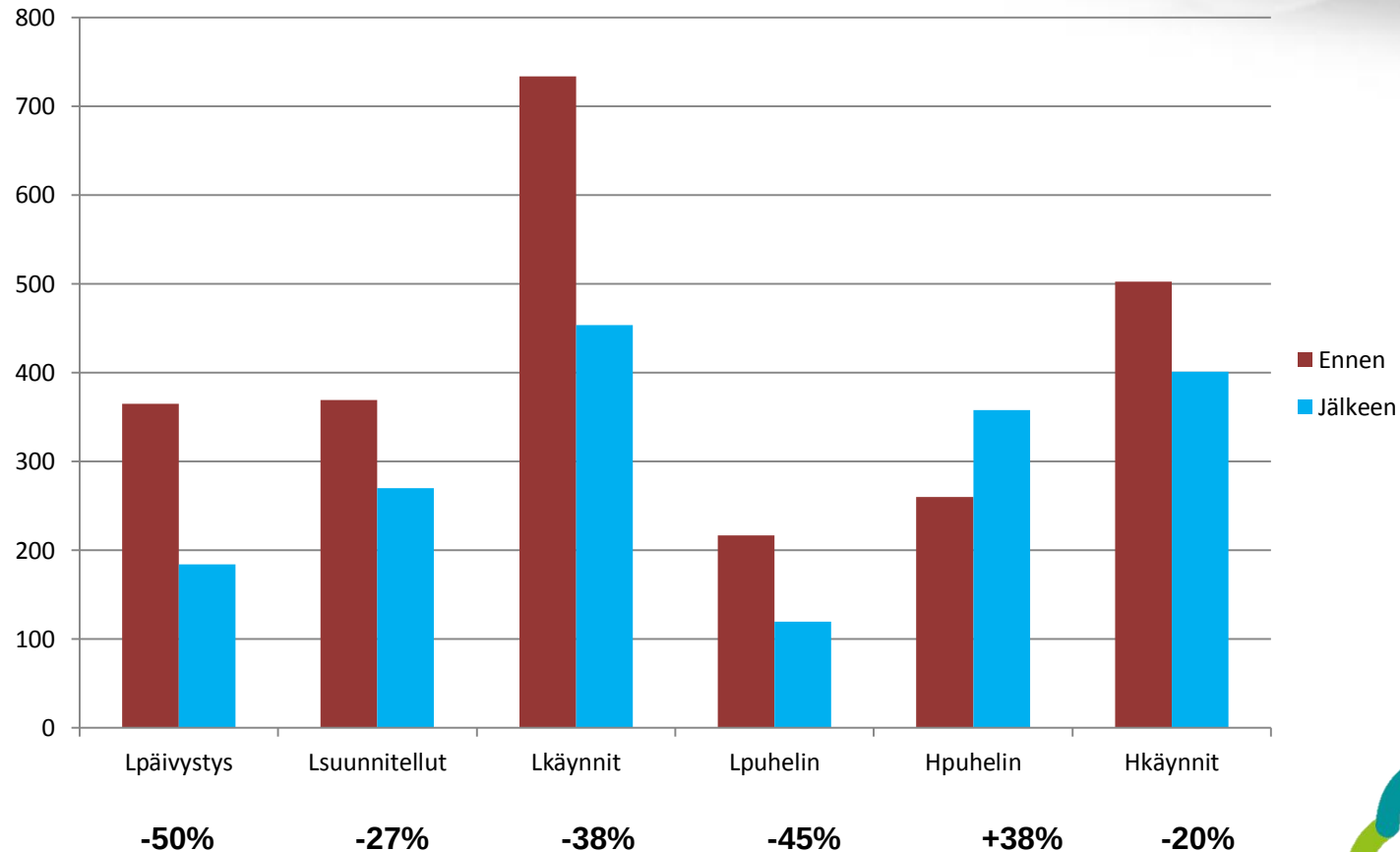
3

Kartoituskäynti hoitajan luona

- Omahoitolomakkeen pohjalta kanssasi arvioidaan nykytilasi ja omahoidon tuen tarpeesi.



Terveys- ja hoitosuunnitelman vaikutus palveluiden käyttöön (Potku hanke)



Palvelujen käyttö vuosi ennen ja jälkeen hoitosuunnitelman teon
>10 käyntiä/vuosi hoitosuunnitelmaa edeltävänä vuotena

V. 2014, n=71

L=lääkäri, H=hoitaja



**Potilaiden kokemuksia
terveys- ja
hoitosuunnitelmasta
(Potku hanke)**

**"Saanko soittaa
suarahan tähä
numeroho eikä siihe
vempaamehe..."**

**"Näkykö
tämä jo
siälä
kannas?"**

**"Mutta nämä asiathan
tuli täs, tarttooko tällä
kertaa lääkärin
puheelle mennä..."**

**"Kerranki kaikki asiat samas
paperis...
Ei tarvitte aina aloottaa
uurestansa..."**

**"Täshän pitää
teherä ittekki
jotaki..."**

**"No kun me
kirkkokuoros
näitä
vertaaltihin"**

**"Keittiön
kaappihin
teipattuna...
"**

**"Onko sulla
näin aikaa
vaan mulle?"**

**"Pääsiskö
isäntäki?"**

**"Mua
oikeen
kuultihin
"**

Satu Mäkelä
Vastaava terveydenhoitaja
Kuusiokuntien terveyskuntayhtymä



Asiakassuunnitelma Ruotsissa

- Samordnad Individuell Plan (SIP) – **Koordinoitu yksilökohtainen suunnitelma**
- Lakisääteinen yhteinen suunnitelma heille, joilla on useita eri kontakteja hoito-, tuki- ja hoivatoimintoihin
- Video koordinoidusta suunnitelmasta:
<https://vimeo.com/105220510>
- Esite suomeksi: <http://www.visamregionorebro.se/wp-content/uploads/2016/01/SIP-A5-Finska.pdf>



Hoito- ja palvelusuunnitelman otsikointi ja ohjeistus

Suunnitelman laatimiseen osallistuneet henkilöt

Suunnitelman vastuhenkilö

Päiväys

Asiakkaan tarve

- Muodostuu yhdestä tai useammasta asiakkaan tunnistamasta tarpeesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset toimivat tukena tarpeiden tunnistamisessa.

Asiakkaan tavoitteet

- Muutos, jota asiakas tavoittelee terveydentilassaan tai arjessa pärjäämisessään. Muutokseen pyritään asettamalla konkreettisia osatavoitteita, joita voidaan seurata. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset toimivat tukena tavoitetta asetettaessa.

Suunnitelman toteutumista tukevia asioita

- Ne asiat henkilön terveydessä, voimavaroissa, elämäntilanteessa ym., jotka tukevat suunnitelman/muutoksen toteutusta.

Suunnitelman toteutus ja keinot

- Sisältää asiakkaan itsensä suunnittelemat keinot muutoksen toteuttamiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tukevat suunnitelman toteutusta.

Seuranta ja arviointi

- Miten henkilö itse seuraa ja arvioi omaa edistymistään muutoksessa. Sovitaan yhdessä asiakkaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa millä aikavälillä asiakkaan tilannetta arvioidaan.

Lisätiedot: lääkitys, diagnoosit, hoito- ja palvelukontaktit

Muuta huomioitavaa

Suunnitelma toimitettu asiakkaalle ☐



Asiakkaiden kokemuksia yhteisestä hoito- ja palvelusuunnitelmasta

- ”Myönteinen suunnitelma tulevaisuudesta voimaannuttaa ja luo uskoa.”
- ”Yhteisestä hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisestä tuli positiivinen tunne.”
- ”On hienoa, että ei tarvitse kertoa taustoistaan uudestaan ja uudestaan eri ihmiselle!”
- ”Hoito- ja palvelusuunnitelmaan nimetty oma yhteyshenkilö on tärkeä.”



Ammattilaisten kokemuksia yhteisestä hoito- ja palvelusuunnitelmasta

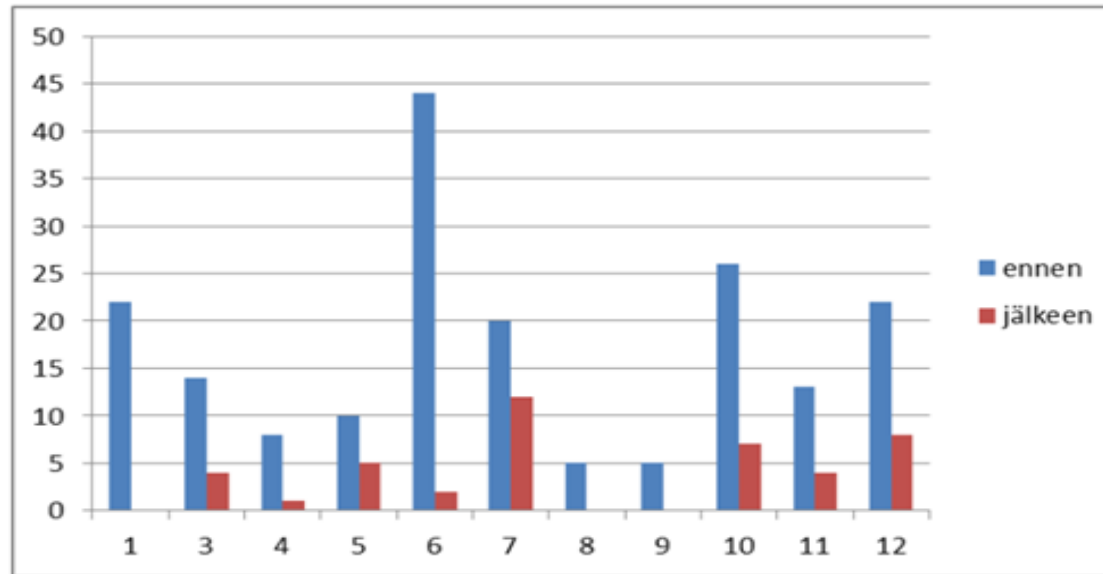
- ”Asiakkaat kokevat suunnitelman tilannetta ja omaa hoitoa selkiyttävänä.”
- ”Asiakkaat ovat tyytyväisiä, kun useampi asia selviää kerralla.”
- ”Osallistaa enemmän asiakasta, antaa asiakkaalle äänen.”
- ”Hoidon tavoite on yhteinen, asiakas vahvemmin mukana.”
- ”Samaan suunnitelmaan kirjataan sekä sosiaali- että terveydenhuollon suunnitelma.”



Tilastoa mitä tapahtui käynneille Akuutti24:ssä intervention jälkeen



Huomioitava, että seuranta-aika intervention jälkeen on lyhyt. Lisäksi tarkka tunnistuspv merkitsemättä.



Tunnistusaika
Akuutti24:ssä:

Heinäk. Heinäk. Heinäk Touko Touko Touko Touko Touko Kesä Heinä Kesä

PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄ
Ensihoito- ja päivystyskeskus



Kahdentoista paljon palveluja käyttäneen potilaan käynnit Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksessa (Akuutti24).

Ennen = 1.1.2016 – tunnistamisajankohta (x-akseli)

Jälkeen = 31.8.2016

Tulkinassa huomioon otettava vaihteleva ja vielä lyhyt seuranta-aika tunnistamisen jälkeen.



Ryhmätyö

Hoito- ja palvelusuunnitelma yhteistyön välineenä

- Tehtävässä voi hyödyntää Hopa A3-työkalua
- Käytetään aiemmin piirrettyä asiakkaan prosessia hyödyksi ja mietitään:

1. Miten tunnistamme yhteisasiakkaan?
2. Mihin yhteistä suunnitelmaa tarvitaan?
3. Milloin?
4. Ketkä mukana?
5. Miten tehdään?
6. Kuka vastaa?
7. Miten suunnitelma saadaan yhteistyön välineeksi?



Hoito- ja palvelusuunnitelma -harjoitus

- Tehdään käytännössä yhteinen ja asiakaslähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma
- Kokemusasiantuntija voi toimia asiakkaana harjoituksessa
- Osa tiimistä (2-4) toimii suunnitelman tekijöinä ja loput toimivat tilanteen arvioijina
- Asiakkaan suunnitelma kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelma-pohjaan
- Sopikaa kuka kirjaa



Hoito- ja palvelusuunnitelma - harjoituksen reflektio

- Asiakas antaa tiimille heti palautteen, kun suunnitelma on tehty:
 - *Millainen kokemus?*
 - *Mitä hyvää?*
 - *Mitä jäit kaipaamaan?*
 - *Kuunneltiinko, saitko sanoa mitä olit ajatellut?*
 - *Vastasiko tämä tapaaminen sinun tarpeitasi?*
- Keskustellaan yhdessä suunnitelman tekemisestä



Miten varmistamme
toimintamallin
käyttöönoton ja jatkuvan
kehittämisen?



parempi
arki

Onnistumisen edellytyksiä – Pohdittavia asioita Parempi arki –hankkeen kokemusten perusteella

- Onko kehitettävä kohde strategisesti merkittävä?
- Ovatko asiakkaat mukana kehittämisessä?
- Onko muutoksella johdon tuki?
- Onko varattu riittävästi aikaa kehittämistyöhön ja muutokseen?
- Osallistuuko johto kehittämistyöhön?
- Onko tiimin kokoonpano toimiva?
- Pyöritetäänko PDSA-sykliä?
- Onko tavoite realistinen, saavutettavissa ja mitattava?
- Onko eri sektoreilla toimivien ammattilaisten kesken järjestetty yhteistyökokouksia?
- Onko toimintamalli dokumentoitu?
- Onko arvioinnista ja mittaamisesta sovittu?



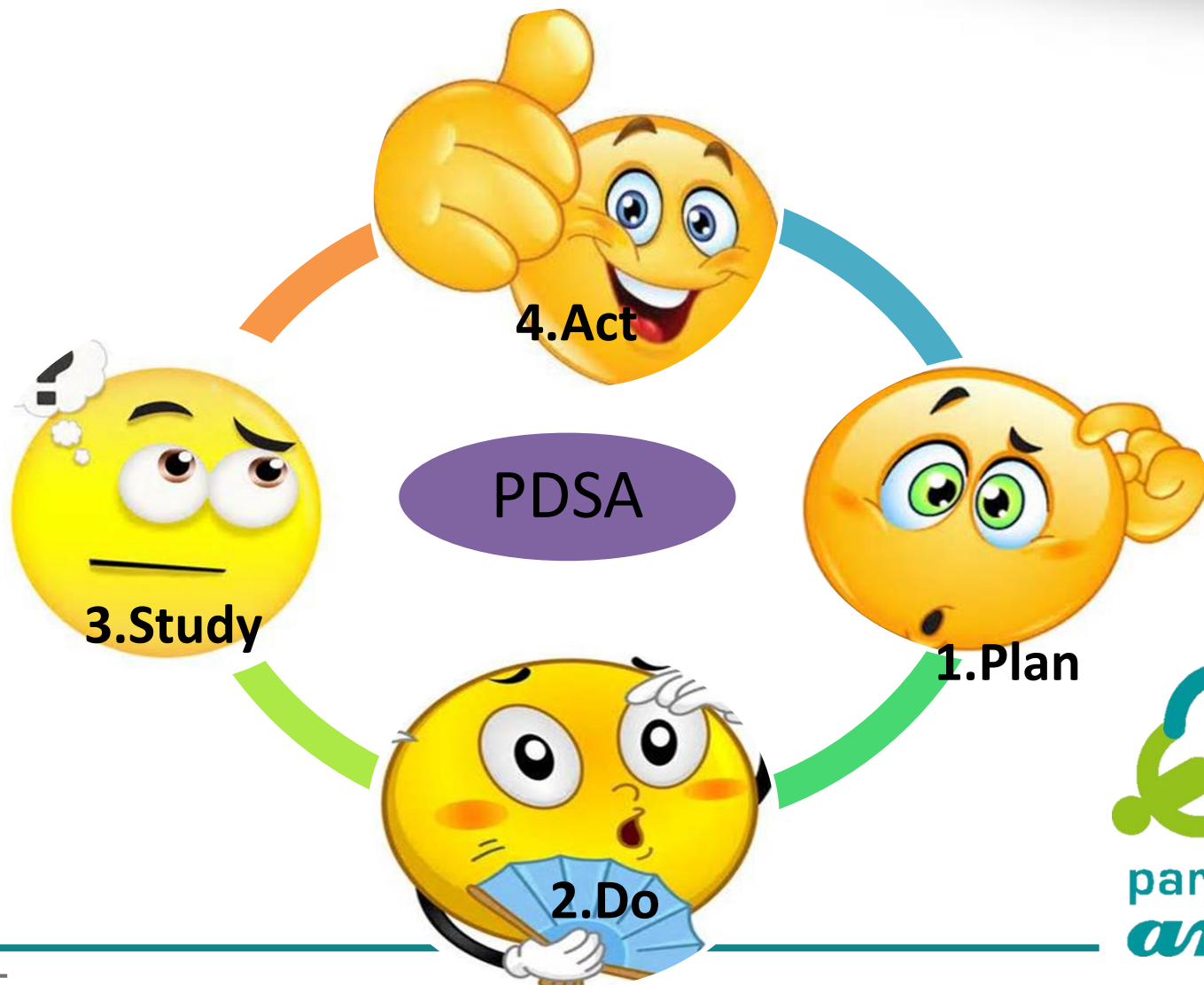
Kehittämisen ympyrä - PDSA-sykli

- PDSA- sykli on ongelmanratkaisumalli ja kehittämismenetelmä.
- Perustuu ympyrään, jota kierretään: ensin suunnitellaan (plan), sitten tehdään (do). Tekemisen jälkeen tarkistetaan (study) ja tehdään tarvittavat korjaukset (act). Korjausten jälkeen ympyrässä palataan alkuun eli suunnitteluun.
- Kehittäminen on spiraali, päättymätön prosessi ja se perustuu jatkuvan oppimisen ajatukseen.

(PDSA-sykli on 1930 –luvulla Walter Shewhartin kehittämä, 1950 –luvulla W. Edvard Demingin tunnetuksi tekemä jatkuvan parantamisen prosessi.)



PDSA- kehittämisen ympyrä



PDSA

- Plan – suunnittele
 - Valtaosa kehittämistyöstä
 - Tulee tehdä huolellisesti ja eri toimijoita huomioiden
 - Tuloksina
 - Nykytilan kartoitus
 - Toivotun tuloksen kuvaus
 - Ongelman syiden inventointi
 - Suunnitelma kehittämisen toimenpiteistä



PDSA

- Do – testaa toiminnassa
 - Ei kun tuumasta toimeen!
 - Testaa suunnitelman mukaiset kehittämistoimenpiteet käytännössä
 - Kerää jatkuvasti tietoa toimenpiteiden käyttöönotosta
 - Aluksi pienessä mittakaavassa



PDSA

- Study – analysoi tulokset
 - Pilotin tulosten analyysi
 - Oliko vastatoimi tehokas?
 - Löytyikö ongelmaan apua?
 - Mikä on järkevä aikaväli?
 - 30 päivää
 - 60 päivää
 - 90 päivää



PDSA

- Act – vakauta tai aloita uusi sykli
 - Jos vastatoimi on tehokas
 - Toimeenpano laajemmassa mittakaavassa
 - Jos vastatoimi ei ollut tehokas tai tuottanut odotettuja tuloksia
 - Aloita uusi sykli
 - Löytyikö kaikki ongelman syyt?
 - Tehtiinkö testaus kunnolla?
 - Oliko henkilöstö perehtynyt?
Motivoitunut?

