

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat -palvelukonsepti

Palvelukonseptin kuvaus

Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat (ppt)
2021-2022 -projekti

02.06.2023



Hei lukija,

Miten vastaamme paremmin paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden (ppt) palvelutarpeeseen? Miltä palvelut asiakkaan silmin näyttävät, miltä niiden tulisi näyttää ja minkälaisia vaikutuksia niillä tulisi olla? Miten ppt-asiakkaat (yhteisasiakkaat) tunnistetaan, minkälaista on moniammatillinen yhteistyö ja miten palvelukokonaisuuden koordinointi tapahtuu? Näitä asioita pohdimme vuosina 2021-2022 Tulevaisuuden SOTE-keskus –hankkeen Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden projektissa.

Projektissa tehdyssä nykytilanteen kuvauksessa nousi esiin, että asiakkaan tilanteen monimutkaisuuden vuoksi yksittäisen työntekijän voi olla vaikeaa auttaa asiakkaan koko tilanteen ratkaisemisessa. Asiakkaan ongelman juurisyy voi olla tunnistamatta, mikä voi ilmetä palvelujen käytön moninaisuutena. Asiakkaan hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa asiakkaan voimavaralähtöisyyden huomiointi voi olla heikompaa ja ongelmalähtöisyys korostua. Projektissa toimivat asiakaskehittäjät korostivat näkemystä, että asiakas ja perhe tulisi kohdata kokonaisuutena, palvelujen koordinointiin tulisi kiinnittää enemmän huomioita, puhutun ja kirjoitetun kielen tulisi olla asiakkaalle ymmärrettävää ja asiakkaan tulisi aina tietää, keneen hän voi tarvitessaan olla yhteydessä.

Kun tutkii kirjallisuutta, nousee ppt-asiakkuuksien kohdalla monesti esiin tunnistamiseen liittyvät kysymykset. Ppt-projektiryhmässä tuotiin esille näkökulma, että asiakkaat ovat pääsääntöisesti tuttuja, mutta moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi tarvitaan malleja ja työkaluja yhteisasiakkuuden tunnistamista varten. Sujuvat konsultaatiokäytänteet ja nopeat yhteydenottokanavat ammattilaisten välillä sujuvoittaisivat työtä. Yhteistyötä hidastavina tekijöinä taas nostettiin esiin mm. organisaation rakenteet, johtamiseen liittyvät kysymykset, epäselvyydet vastuiden jaossa sekä erilaiset tietojärjestelmät.

Nykytilanteen analyysin ja eri ryhmissä tehtyjen tuotosten perusteella projektissa rakennettiin geneerinen palvelukonsepti, mikä tähtää asiakkaan kokonaisvaltaiseen auttamiseen. Konsepti sisältää tavoitetilan, mihin pyritään yhteisasiakkaan tunnistamisen kriteereiden, oma- ja vastuutyöntekijätyöparin sekä asiakkaalla jo olemassa olevista ammattilaisista kootun tiimin avulla. Jatkokehittämisen kohteina tunnistettiin mm. varhaisen tuen toimintamallien kartoittamisen ja interventio pisteiden tunnistamisen pohjalta kehitettävät varhaisen puuttumisen toimintamallit, joiden avulla voidaan ehkäistä asiakkaan/potilaan/perheen ajautumista paljon palveluja käyttäviksi sekä case manager –tyyppinen työparimalli, jonka avulla tavoitellaan uusintakäyntien ja häiriökäynnin vähenemistä. Erilaisilla pilotoinneilla palvelukonseptia voidaan tarkentaa ja kehittää eri palveluihin paremmin sopivaksi.

Tätä kehittämistyötä ei tehty yksin, vaan mukaan osallistui laaja joukko halukkaita toimijoita: moniammatillinen projektiryhmä, asiakaskehittäjäryhmä, vammaisneuvostojen edustajia, THL:n edustajia sekä järjestöjen ja yritysten edustajia. Projektissa tehtiin yhteistyötä myös muiden Tulevaisuuden SOTE-keskus –hankkeen projektien kanssa. Projektin keskeisimmät työskentelymuodot olivat moniammatillinen projektiryhmätyö, asiakaskehittäjäryhmän työskentely, työpajat, asiakaskyselyt, pienryhmätyöskentelyt sekä pilotoinnit.

Tästä työstä iso kiitos!

Sisälllys

Projektin lähtökohdat

- Ratkaistava ongelmamme Suomessa
- Asiakkaan palveluveron pirstaleisuus
- Moniammatillisen yhteistyön pullonkaulat

Projektin tavoitteet ja viitekehys

- Nostoja työpajoista
- Projektin hyötytavoitteet ja tuotoksilla saavutettava lisäarvo
- Projektin viitekehys

Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelupolun nykytilanne

- Nykytilanteen kuvaus
- Nykytilanteen kuvauksen keskeisiä nostoja

Tavoitetoimintamalli

- ”Jotta länsi-uusimaalaiset voivat hyvin”
- Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan (yhteisasiakkaan) palvelupolun tavoitetila
- Yhteisasiakkaan (ppt) palvelupolun tavoitetilan kuvaus ammattilaisen näkökulmasta
- Yhteisasiakkuuden tunnistamisen kriteerit
- Riskitekijöiden etsiminen ja yhteisasiakkuuden tunnistaminen moniammatillisen työn tueksi
- Terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit
- Lain velvoitteet monialaisesta yhteistyöstä
- Monialaisen tiimin tehtäviä
- Koordinaatiotyöparin tehtäviä

Tavoitetoimintamalli: asiakkaan näkökulma

- Yhteisasiakkaan palvelupolun tavoitetilan kuvaus asiakkaan näkökulmasta
- Tavoitetila vammaisten lasten ja nuorten palveluissa
- Asiakkaan tavoite: omalainen ikätason mukainen hyvä elämä

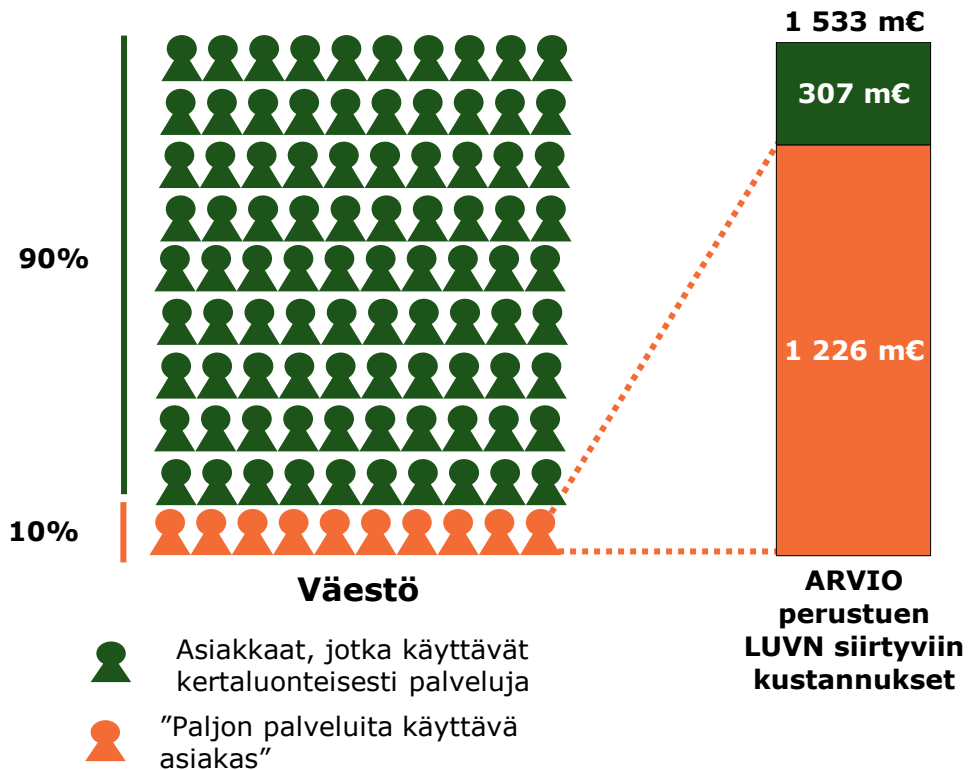
Projektin lähtökohdat

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

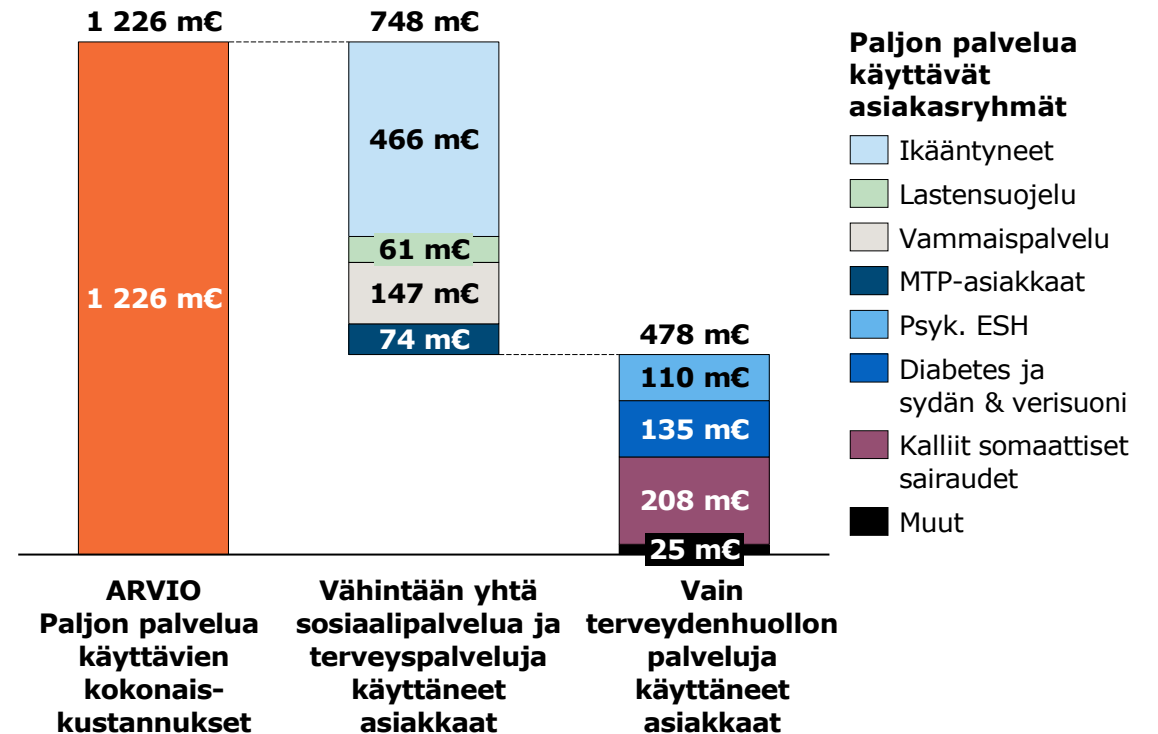
Ratkaistava ongelmamme Suomessa: Paljon palvelua tarvitsevien sote-asiakkaiden palvelupolut risteilevät hallitsemattomasti

10% väestöstä aiheuttaa 80% kustannuksista. 5% kerryttää 65% kustannuksista.

Jos sama ilmiö pitää paikkansa Länsi-Uudellamaalla, ~1,2mrd € kustannuksista johtuu 10% alueen väestöstä



Vähemmistö **paljon palveluja käyttävistä** käyttää vain terveydenhuollon palveluja (38%) – suurin osa käyttää vähintään yhtä sosiaalihuollon palvelua (mahd. myös TE)



Asiakkaan tarina: Miisan palveluverkko



Moniammatillisen yhteistyön pullonkaulat:

kehittämällä paljon palveluja tarvitseville asiakkaille paremmin sujuvia ja yhteen sovitettuja palveluja, löydämme ratkaisuja mm. näihin ongelmiin:

Paljon palveluja tarvitseva asiakas (yhteisasiakas)

Haasteiden ratkominen vaikuttaa:

- Palvelujen saatavuuteen
- Tuottavuuteen
- Vaikuttavuuteen
- Asiakaskokemukseen
- Työelämän laatuun

Johtamisen näkökulma

- Kokonaisuutta on vaikea johtaa
- Kukaan ei johda monialaista tiimiä
- Yhteiset tavoitteet puuttuvat
- Tiedolla johtaminen puutteellista
- Siilomainen työtapa
- Resurssien jakautuminen epätasaista
- Yhteensovittava, integroitu johtaminen puutteellista

Organisaation näkökulma

- Organisaation asettamat rajat
- Toimintakulttuurin muutos on pitkäkestoista ja tarvitsee pitkäkestoista, säännöllistä koulutusta Ammattilaiset ei tiedä, keneen olla yhteydessä
- Takaisinsoittojärjestelmään liittyvät ongelmat
- Kirjaamiskäytäntöjen erilaisuus
- Tulkkipalvelujen puute
- Ei tunneta toisen palveluja (esim perhesosiaalityö vs aikuissosiaalityö)
- Eri lakien erilaiset tulkinnat
- Ongelmatyöjako: mihin asiakkaat kuuluvat
- Kielelliset haasteet

Monialaisen yhteistyön näkökulma

- Työnjaon epäselvyydet
- Erittynyt palvelut
- Mitataan omia suoritteita, ei yhteisiä vaikutuksia
- Ei tunneta toisen työtä
- Asiakasta pallotellaan
- Päällekkäinen palvelu tai asiakkaan väliinputoaminen
- Yksilökeskeisyys, diagnoosipohjaisuus
- Vaikuttavuus kärsii
- Useat eri asiakas- ja potilasjärjestelmät

Asiakkaan näkökulma

- Tieto ei kulje asiakkaan mukana
- Useita hoito- ja/tai palvelusuunnitelmia
- Kohtaaminen diagnoosi- ja ongelmalähtöistä, asiakas ei tule kohdatuksi kokonaisuutena
- Palvelujen oikea-aikaisuuden ja kohdentumisen ongelmat
- Viiveet hoitoon ja palveluun pääsyssä
- Asiakkaan ääntä ei kuulla
- Kielelliset haasteet
- Palvelukokonaisuus ei ole koordinoitua

Projektin tavoitteet ja viitekehys

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Nostoja työpajoista

Miksi tulisi kehittää prosesseja yhteisasiakkaiden haltuun ottamiseksi?

"Tarvitaan selkeyttä varhaisen puuttumisen prosesseja" (sos.tt, projektiryhmä, ppt)

"Miten on varaa tehdä näin paljon päällekkäistä työtä?" (asiakaskehittäjä, ppt)

"Pitäisi puhua asiakkaan kielellä" (asiakaskehittäjä, ppt)

"Että tiedän, keneen olen yhteydessä ja miten asiani etenee" (asiakaskehittäjä, ppt)

"Taas uusi arviointi ja uusi hoitosuunnitelma. Mikä hinta lasketaan asiakkaan käyttämälle ajalle?" (asiakaskehittäjä, ppt)

"Meidän pitäisi pystyä elämään sitä elämää, mihin meidät on tarkoitettu. Nyt aika menee byrokratian rattaissa selviytymiseen" (Vammaisneuvoston edustaja, ppt-työpaja)

"30v on puhuttu palvelujen koordinoinnista ja yhteisestä asiakassuunnitelmasta. Toivottavasti saamme nämä asiat vihdoon kuntoon" (Vammaisneuvoston edustaja, ppt-työpaja)

"Meillä pitäisi olla toimivia malleja, että ongelmiin voidaan puuttua jo ennen kuin niistä tulee liian isoja ongelmia" (asiakaskehittäjä, ppt)

"Sosiaalipalveluissa hoidamme myös asiakkaita, joiden hoitovastuu kuuluu terveydenhuoltoon" (sos.tt, rakenteellisen sosiaalityön työpajat, THL)

"Terveydenhuollon ammattilaisia on vaikeaa saada kiinni. Yhteistä aikaa ei tunnu löytyvän" (sos.tt, soteuudistus ja sosiaalityö - työpajasarja, THL)

"Koordinoinnin suhteen täytyy saada muutos aikaan. Ei vamma vie voimia vaan byrokratia palvelujen ympärillä". (Vammaisneuvoston edustaja, ppt-työpaja)

Projektin hyötytavoitteet ja tuotoksilla saavutettava lisäarvo

| Asiakkaan palvelukokemus ja osallisuus | Henkilöstön hyvinvointi ja työn sujuvuus | Laatu ja vaikuttavuus | Ennaltaehkäisy ja ennakointi | Monialaisuus ja yhteen toimivuus | Kustannusten nousun hillintä |
|---|--|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaalle tulee kuulluksi tulemisen tunne. Asiakas kokee, että häntä autetaan ja että hän on osa kokonaisuutta • Palvelupolun kokonaisuus on asiakkaalle selkeä ja palvelut ovat sujuvia ja jatkuvia, asiakas on koko ajan tietoinen miten palvelu etenee/toteutuu • Asiakas saa apua ongelmien juurisyiden ratkaisuun • Asiakkaan oma vastuu ja sitoutuminen omasta hoidosta lisääntyy • Asiakkaan turvallisuuden tunne lisääntyy, kun hän tietää kenen kanssa asioi, kuka auttaa ja hoitaa • Asiakkaan palvelut ovat koordinoituja | <ul style="list-style-type: none"> • Helposti tavoitettavissa olevat suunnitelmat luo luottamusta henkilöstölle asiakkaan asian etenemiseen ja vähentää huolta asiakkaan suhteen • Selkeät prosessit, roolit, toimivat yhteistyörakenteet ja vastuut tuovat sujuvuutta työhön ja lisäävät työmotivaatiota • Työn tulokset ovat nähtävissä paremmin, mikä lisää myös työmotivaatiota | <ul style="list-style-type: none"> • Poikkeamien väheneminen tuo laatua ja vaikuttavuutta • Asiakas-, potilas- ja henkilöstön työtyytyväisyys kasvaa • Palvelu on tasalaatuista ja tasa-arvoista • Tehdään vaikuttavia asioita ja seurataan niitä | <ul style="list-style-type: none"> • Ennaltaehkäisyllä ja ennakoinnilla ehkäistään asiakkaan ongelmien syventyminen • Kun uudet asiakkaat tunnistetaan nopeasti, varmistetaan, ettei tule putoamisia palveluista ja selvitetään keveämmillä keinoilla eikä hoito pitkity • Ennaltaehkäisevä työ vähentää ppt-asiakkuuksia | <ul style="list-style-type: none"> • Useiden eri toimijoiden palvelujen yhteensovittaminen ja samanaikaisuus lisää palveluiden vaikuttavuutta • Monialaisuus mahdollistaa oman osaamisen käyttämistä ja kehittymistä • Löydetään oikeat ammattilaiset helposti, mikä lisää palveluiden sujuvuutta • Roolit, vastuut ja yhteinen tavoite ovat kaikille selkeitä | <ul style="list-style-type: none"> • Oikea-aikainen ja oikein kohdennettu palvelu sekä selkeä palvelupolku tuovat kustannustehokkuutta • Kaikki toteutuneet käynnit ovat arvoa tuottavia, turhat käynnit ja yhteydenotot vähenevät ja asiakassuhteiden kesto lyhenee, jotka tuovat kustannussäästöjä • Palvelusta on myös yhteiskunnallista hyötyä: työllistyminen paranee, sairauslomat vähenee ja työkyky paranee |

Yhdenmukaisella paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden palvelukonseptilla tavoitellaan asiakkaan palvelujen saamista kokonaisuudeksi ja palveluihin vastaamista entistä vaikuttavammin

Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelupolku

Lapset, nuoret ja perheet, työikäiset, ikääntyneet

Geneerinen palvelukonsepti

Asiakas tunnustetaan yhtenäisellä tavalla

- Yhteisasiakkuuden kriteerit
- Tunnistamisen apulista
- Terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit

Palvelujen tarpeen arviointi

- Asiakkaan palvelujen tarve arvioidaan moniammatillisesti

Asiakassuunnitelman laatiminen

- Asiakkaan suunnitelma laaditaan moniammatillisesti asiakkaan voimavaroja hyödyntäen

Oma- ja/tai vastuutyöntekijä

- Oma- ja/tai vastuutyöntekijä(t) koordinoivat asiakkaan palvelujen kokonaisuutta

Asiakkaan tarpeenmukainen palvelujen yhteensovittaminen ja verkostotyö

- Monialainen tiimityö ja sen johtaminen
- Toiminnan vaikuttavuuden seuranta, mittarit ja indikaattorit

Nykytilanteen analyysi ja tavoitetilan määrittäminen

Työmuodot:

- Monitoimijainen projektiryhmä
- Asiakaskehittäjäryhmä
- Pienryhmätyöskentelyt
- Pilotoinnit

Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelupolun nykytilanne

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Tavoitetilan määrittämistä varten lähdimme liikkeelle ppt-asiakkaan palvelupolun nykytilanteen kuvaamisesta Länsi-Uudellamaalla LEAN –menetelmää käyttäen.



Asiakkaaksi tulo

- Asiakas/potilas usein ennestään tuttu
- Tulee toistuvasti, aina uuden syyn vuoksi
- Palveluun hakeudutaan monikanavaisesti: puhelin, walk in, sähköiset palvelut, sähköpostilla, Kelan ilmoitus, SHL yhteydenotto, toinen työntekijä ottaa yhteyttä
- Walk-in –palvelut käytetyin muoto
- Toistuvia päivystyskäyntejä
- Asiakas ohjautuu palveluun toisesta palvelusta
- Asiakkuuden ”skaalaus” asiakastietojärjestelmästä n. 3-6kk välein
- Selkeät yhteydenottokanavat ammattilaisten kesken
- Ammatillaisen ”vaisto asiakkaiden löytämiseksi”



Palvelun/hoidon tarpeen arviointi

- Asiakkaan ohjaaminen koordinaattorille
- Palvelutarpeen arviointi (sos.huolto)
- Ensiarvio, puhelinneuvonta (lähdetäänkö laajempaan arvioon, kuten kuntoutussuunnitelma, erityisen tuen tarve)
- Muutama sairaanhoitaja ottaa ”omaksi”
- Arvioidaan, ketä kutsutaan mukaan asiakkaan hoidon/palveluiden suunnitteluun
- Ohjaus muille ammattilaisille, kuten sh, psyk sh, työllistämispalveluiden sh, sos.tt, lääkäri
- Potilasta ohjataan ottamaan yhteyttä eri ammattilaisiin
- Työntekijä tapaa asiakkaan yksin
- Kartoituskäynti kotiympäristössä
- Ammatillaisen tukena erilaisia testejä ja mittareita



Palvelun/hoidon suunnittelu

- Koordinoituja palveluja esim. suunnittelijat ja hoitokoordinaattorit, omalääkärit
- Hoitokoordinaattori 1Xvko, vastaanotot, puhelinsoitot
- Vaativan kuntoutuksen kuntoutustyöryhmät,
- Terapeuttien (ft, tt, pt, nepsy) arviot
- Palvelutarpeen arviointi tehdään siellä, mihin asiakas saadaan pysähtymään, esim vieroitus
- Sh/ ppt-tiimi, omahoidon vahvistaminen, aika hammaslääkärille
- Asiakassuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa (sth)
- Lääkärin jatko-ohjaus muihin palveluihin
- Jos mahdollista nimetään oma lääkäri ja -hoitaja
- Sh pitää yhteyttä asiakkaaseen
- Asiakas osana suunnittelua
- Potilaan kliininen tilanne ja elämäntilanne kartoitus
- ”Vaikeimmat asiakkaat” jaettu lääkäreiden kesken yllilääkärin listaamina, käynnit 1x/kk
- Ohjaus ja konsultaatiot lääkäreiden kesken
- SAS
- Mielenterveys ja päihde, sosiaalityö, lastensuojelu -viikkotiimit



Palvelun/hoidon toteutus

- Kuntoutussuunnittelijat yhteistyötahoina
- Osa palvelusta onnistuu myös integroiden eri toimintoja
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen keskeinen rooli
- Akuuttiin tarpeeseen vastaamista
- Sairaanhoitaja pitää yhteyttä asiakkaaseen
- Omalääkärin konsultointi ennen lääkärin vastaanottoa: perustiedoissa viesti
- Ohjaus tarvittaessa erityistyöntekijälle
- Säännölliset, tiheät kontaktit
- Seuranta sos.huollossa & arviointi säännöllisesti
- Palvelutarpeen arvioinnin ja suunnitelman jälkeisen toteutuksen voi tehdä myös eri henkilö esim sos.tt tehnyt arvioinnin, sos.ohj. toteuttaa
- Mahdolliset ostopalvelut
- Kontakti hoitajaan: työllisyyspalvelujen sh, maahanmuuttotoimiston sh, kipuhoitaja, diabeteshoitaja, reumahoitaja
- Kiputiimi, kuntoutustyöryhmä, mielenterveyspalvelutiimi
- Th resurssipila, asiakas jää sos.palvelujen vastuulle vaikka on selkeästi th:n tarpeessa



Palvelun/hoidon päätyminen

- Osalla toimintakyky sellainen, että tarvitsee jatkuvaa tukea
- Kuolema, vankila, raitistuminen, muutto eri paikkakunnalle
- Asiakkaat keskeyttävät palvelujen käytön
- Hyvä hoitovaste ja riittävä omahoidon taso: asiakas pärjää itsenäisesti
- Tieto, että on joku johon voi ottaa yhteyttä, vähentää käyntejä ta:lla
- Asiakkaan oma elämäntilanne paranee
- Asiakkuus siirtyy toiseen palveluun
- Asiakas pärjää itse
- Asiakkuuden uudelleen segmentointi hoitajakson loputtua, jolloin osa siirtyy kevyempään segmenttiin ja osa jatkaa ppt-tason asiakkaana
- Ryhmät ja vertaistuki
- Diagnoosin ja oikean hoidon jälkeen paranee
- Muu syy: elämänlaatu, rakkaus, kesä
- Asiakas pääsee oikean/ ensisijaisen palvelun piiriin
- Jos putoaa aloitetusta, koordinoitua hoidosta, kierre alkaa uudelleen

Nykytilanteen kuvauksen keskeisiä nostoja

- Asiakkailta on monien eri palvelujen päällekkäistä palvelujen käyttöä tai he käyttävät palveluja, jotka eivät vastaa heidän yksilölliseen palvelutarpeeseensa.
- Monialaisten palvelujen käyttö voi olla ylisukupolvista
- Palvelukäyttöön on saatettu puuttua varhaisessa vaiheessa, mutta asiakas on silti ajautunut lopulta raskaisiin palveluihin (esim. lastensuojelu). Ovatko toimet riittämättömiä, vai tilanteet eskaloituneet jo aiemmin?
- Asiakkaan ongelman ydin, juurisyy, voi olla tunnistamatta, jolloin asiakas hakeutuu palveluun usein tai käyttää useita palveluja
- Kiinnitetään enemmän huomiota siirtymävaiheisiin: palvelusta ja ikävaiheesta toiseen
- Walk in- ja puhelinpalvelujen käyttö korostuu digipalvelujen käytön sijaan.
- Terveyspalveluissa asiakkaat koetaan tuttuina, mutta palveluprosesseissa ja sosiaalipalvelujen tarpeen tunnistamisessa on puutteita
- Sosiaalipalvelujen tarve ja huoli yhteistyöprosessien tarkentamiseen terveyspalvelujen kanssa
- Palvelukokonaisuus on usein monialainen, pirstaleinen ja huonosti koordinoitu. Yksittäisen työntekijän on vaikeaa auttaa asiakkaan koko tilanteen ratkomisessa.
- Mikäli asiakkaalla on koordinoitu palvelukokonaisuus, mikä jostain syystä katkeaa, asiakkaan hakeutuminen eri palveluihin alkaa alusta
- Asiakkaalla on useita eri hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmia. Suunnitelmissa korostuu ongelmalähtöisyys monialaisuuden ja voimavaralähtöisyyden sijaan.
- Kokonaisvaltaisen palvelun toteuttamista hidastavat ja joiltain osin estävät tietyt organisaation rakenteet. Moniammatillinen työ vaatii mm. yhteensovittamista johtamista ja tietosuojakysymysten ratkomista.
- Prosessien ja varhaisen puuttumisen mallit ovat keskeisessä asemassa, kun ehkäistään raskaimpien palvelujen asiakkuuksia
- Sujuvat konsultaatiokäytänteet ja nopeat yhteydenottokanavat ammattilaisten välillä sujuvoittaisivat työtä.
- Kehittämällä toimintatapoja ja yhteistyömalleja, voidaan vähentää ppt – asiakkaiden palvelujen liika- ja päällekkäiskäyttöä ja hakeutumista heille epätarkoituksenmukaisiin palveluihin.

Tavoitetoimintamalli

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

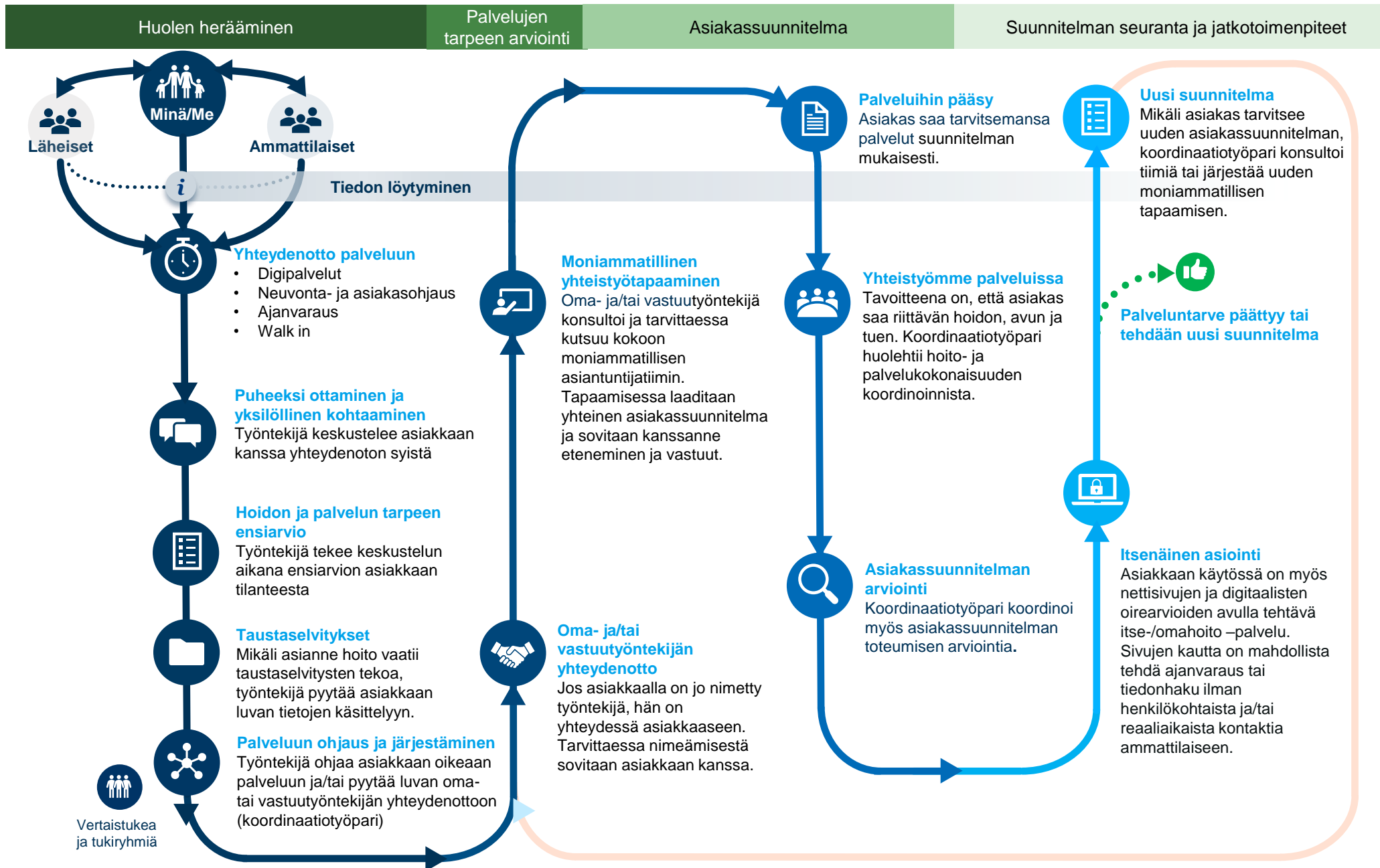
”Jotta länsi-uusimaalaiset voivat hyvin”

Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden (ppt) palvelujen kehittämisen tavoitteena on, että:

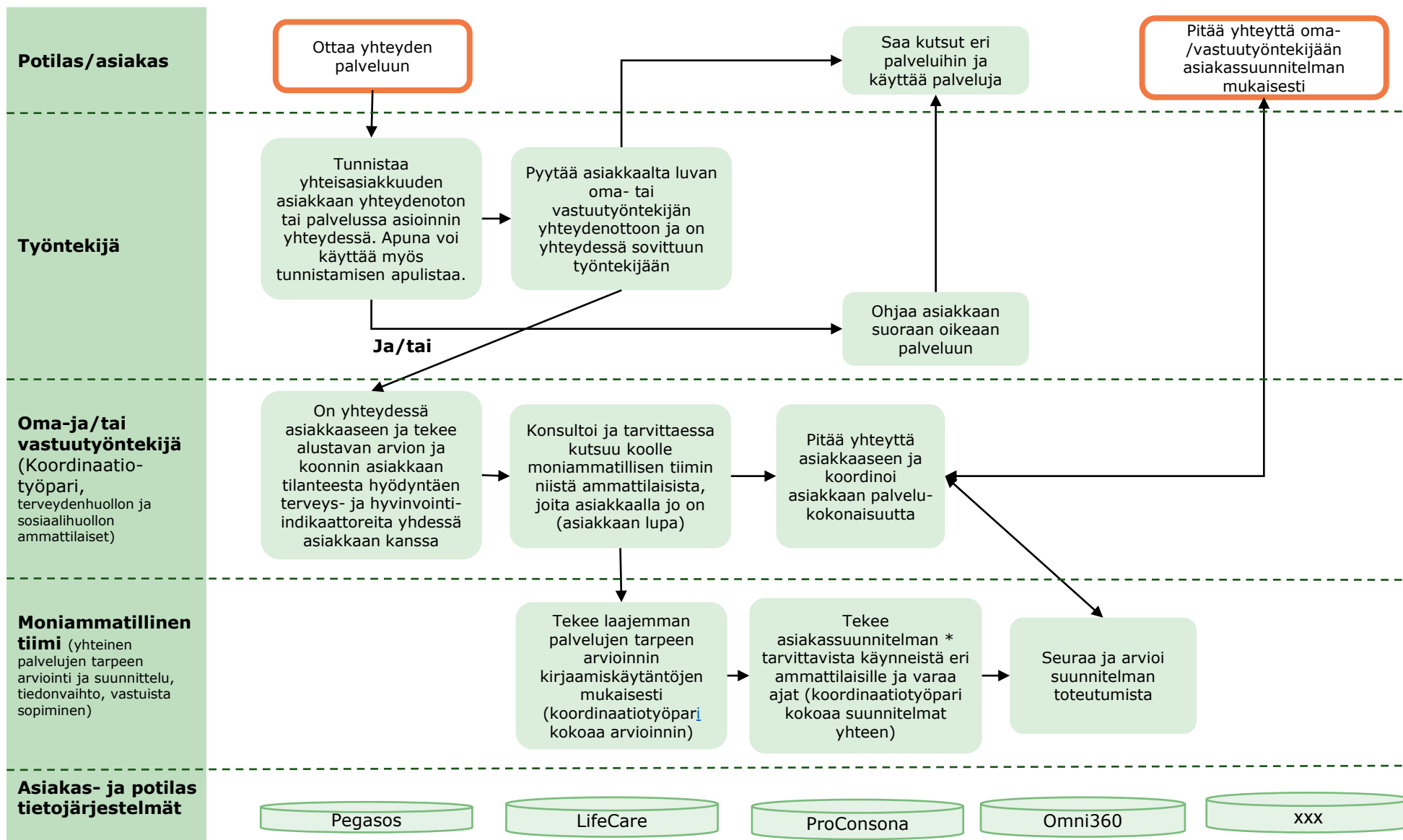
1. Asiakkaan tarpeisiin vastataan entistä vaikuttavammin
2. Asiakas on tarvettaan vastaavien palvelujen piirissä
3. Oikeanlaisilla palveluilla voidaan päästä palvelutarpeen vähenemiseen ja mahdollisesti myös loppumiseen
4. Päästään kiinni asiakkuuksien juurisyihin ja sitä kautta pienentämään ppt-asiakkuuksien riskiä



Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan (yhteisasiakkaan) palvelupolun tavoitetilä



Yhteisasiakkaan (ppt) palvelupolun tavoitetilan kuvaus ammattilaisen näkökulmasta



* Asiakassuunnitelman laatimisessa voi hyödyntää TASSU-projektissa tuotettua ohjetta suunnitelman laatimiseen

Yhteisasiakkuuden tunnistamiseen kriteerit

| Paljon palveluja tarvitseva asiakas: | Asiakas etsii apua tilanteen selvittämiseksi, mutta hän: | Yhteisasiakkuuden edellytyksiä: |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Asiakkaalla on laajemmin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvää avun tarvetta• Asiakkaan toimintakyky on heikentynyt pysyvästi tai väliaikaisesti• Asiakkaalla on kasaantuneita/ratkaisemattomia sosiaalisia ja/tai terveydellisiä, fyysisiä, psyykkisiä ja/tai taloudellisia ongelmia• Asiakkaan voimavarat ovat vähissä ja arjessa pärjäämisessä on haasteita• Asiakkaan tukiverkko on puutteellinen• Asiakas käyttää paljon aikaa monien palvelujen ylläpitämiseen ja yhteensovittamiseen ja hän tarvitsee apua hoidon ja palvelujen koordinointiin• Asiakkaan kokonaistilanne jää selvittämättä – ja se myös saattaa huolettaa häntä tai hänen läheisiään• Asiakkaan nykyisten palvelujen käyttö ei vie tilannetta parempaan suuntaan• Asiakkaan hyvinvointi on nyt hyvä tai kohtuullinen, mutta elämässä on edellisissä kohdissa mainittuja riskitekijöitä, joihin toivotaan ennaltaehkäisevää apua• Ongelman ydin, juurisyy, voi olla tunnistamatta, jolloin asiakas hakeutuu usein esimerkiksi päivystyspalveluihin• Yksittäisen työntekijän on vaikeaa auttaa asiakkaan koko tilanteen ratkomista | <ul style="list-style-type: none">• Ei tiedä, mitkä sosiaali- ja terveyspalveluista olisivat oikeat, ja mistä saisi riittävän ja tarpeellisen avun• Käyttää paljon päivystyksellisiä sosiaali- ja/tai terveyspalveluita• Tietää, mistä hakea tarvitsemaansa apua ja palveluja, mutta on saanut useita hylättyjä, puutteellisesti perusteltuja tai vaikeasti ymmärrettäviä päätöksiä hakemistansa palveluista ja/tai tuista• Toivoo, että jokin taho voisi ottaa hänen kokonaistilanteensa haltuun | <ul style="list-style-type: none">➤ Yhteisasiakkuus muodostuu vähintään kahden edellytyksen toteutuessa➤ Asiakkaan toimintakyky ja arjessa pärjääminen vaatii tukea ja/tai koordinoivaa oma- ja/tai vastuutyöntekijää➤ Edellytykset määritellään tarkemmin palvelualueilla tai palveluissa asiakaskohderyhmä huomioiden |

Lisäksi apuna voidaan käyttää [tunnistamisen apulistaa](#)

Riskitekijöiden etsiminen ja yhteisasiakkuuden tunnistaminen moniammatillisen työn tueksi

- Projektissa sovittiin terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit riskitekijöiden etsimisen ja yhteisasiakkuuden tunnistamiseksi moniammatillisen yhteistyön tueksi. Indikaattorit voivat toimia myös eräänlaisina hälytysmittareina.
- Riskitekijöiden etsiminen ja tunnistaminen on yksi keskeisistä asioista, kun tarkoituksena on ennakoida ennaltaehkäistä asiakkaan/potilaan/perheen ajautumista paljon palveluja käyttäväksi.
- Tavoitteena on, että:
 - Asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä uhkaavat riskit tunnistetaan varhain
 - Asiakas/potilas/perhe ohjautuu oikeiden palvelujen piiriin
 - Asiakas/potilas/perhe saa tarvitsemansa avun ja sitoutuu hoitoon ja palveluun
- Periaatteina on, että:
 - Tiedostamme, että fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, kognitio ja ympäristön vaikutus voivat vaikuttaa henkilön ja/tai hänen läheistensä terveyteen ja hyvinvointiin
 - Hyödynnämme asiakkaan voimavaroja ongelmalähtöisen lähestymistavan sijaan
 - Tunneimme konsultaatiokäytänteet ja sujuvat yhteydenottoväylät moniammatillisessa yhteistyössä tarvittavaa yhteydenottoa ja tiedonvaihtoa varten
 - Sujuva moniammatillinen yhteistyö voi edellyttää eri vastuu- ja palvelurajojen välistä verkostotyötä

Terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit

Indikaattorit kuvaavat keskeisiä terveys- ja hyvinvointiongelmia ja toimivat hälytysmittareina. Ne antavat myös tarvittavaa lisätietoa esim. moniammatillisen tiimin toiminnan tueksi asiakassuunnitelman laatimista varten. Indikaattoreihin valintaan on vaikuttanut riskitekijöiden yleisyys, tietojen saaminen sekä kirjaamiskäytänteet.

Terveysindikaattorit: keskeiset kansansairaudet, sydän- ja verisuonitaudit

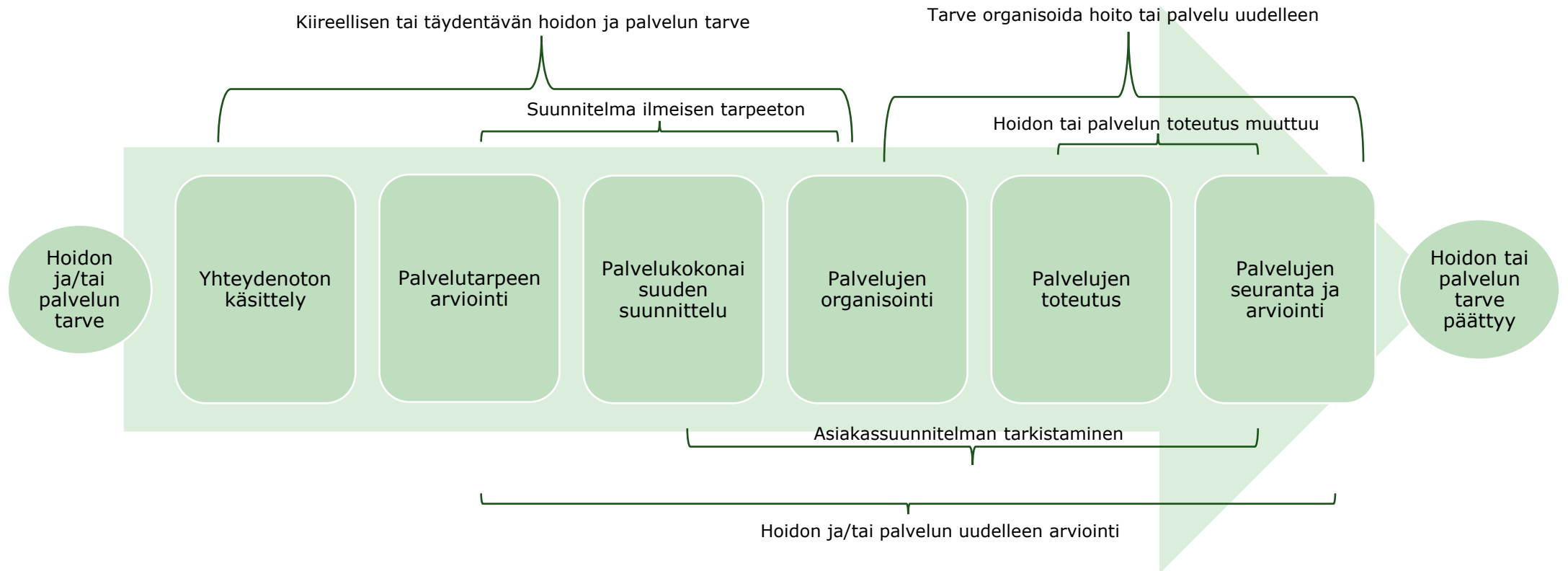
Hyvinvointi-indikaattorit: sosiaalinen syrjäytyminen

| Terveyttä kuvaavat indikaattorit | Hyvinvointi-indikaattorit |
|---|--|
| Somaattinen monisairastavuus | |
| Mielenterveysongelma | Pitkäaikaistyöttömyys - tieto |
| Lähisuhde- ja perheväkivallan kokeminen | Lähisuhde- ja perheväkivallan kokeminen |
| 8 lääkärikontaktia tai enemmän viimeisen 12 kuukauden aikana | Asunnottomuus -tieto |
| Pitkäaikainen kipu: useampi kipulääke käytössä samanaikaisesti | Täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen päätös |
| B-lausuntojen (työkyvystä) määrä | Koulutus/kouluttamattomuus -tieto |
| Sairauslomien määrä | Lasten kiireelliset sijoitukset tai huostaanotot |
| BMI > 30 | SHL -huoli-ilmoitukset |
| Audit > 10, miehet tai > 8, naiset. 65-v täyttäneillä >7, miehet ja naiset (alkoholin käytön riskitesti) | Audit > 10, miehet tai > 8, naiset. 65-v täyttäneillä >7, miehet ja naiset (alkoholin käytön riskitesti) |
| BDI > 19 (masennustesti) | BDI > 19 (masennustesti) |
| LDL > 4 (kolesteroli) | |
| HbA1c > 53 mmol/l (pitkäaikainen verensokeritaso) | |
| RR > 140/90 | |
| Tupakointi | |
| Suunterveyden tilanne (kyllä/ei): <ul style="list-style-type: none">• Oletteko tuntenut suussanne kipua tai särkyä?• Onko teidän ollut hankala syödä joitakin ruokia hampaistanne, suustanne tai proteesistanne johtuvien ongelmien takia?• Onko Teillä mielestänne muuta hammashoidon tarvetta?• Onko edellisestä hammaslääkärin tarkastuksesta kulunut yli 3 vuotta? | |
| MMSE (muistitesti) | |

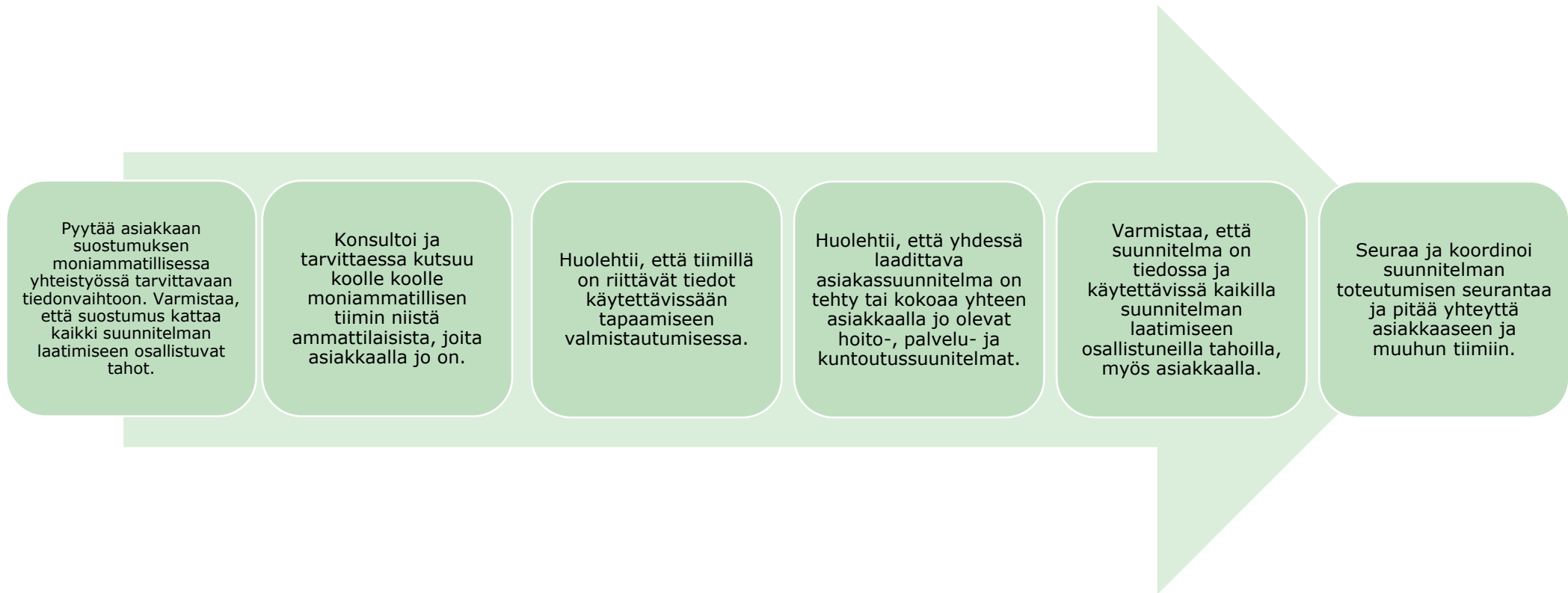
Lain velvoitteet monialaisesta yhteistyöstä

- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat hyötyvät siitä, että tarjottavat sosiaali- ja terveyspalvelut koordinoidaan ehyeksi kokonaisuudeksi
- Asiakkaalle annettavien palvelujen tulee muodostaa hänen etunsa mukainen kokonaisuus
- Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus tehdä monialaista yhteistyötä henkilön palvelutarpeiden arvioimisessa ja palvelujen antamisessa
- Palvelujen laadukkuutta, turvallisuutta ja asianmukaista toteutusta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta edistetään yhteistyössä
- Monialainen yhteistyö toteutetaan asiakkaan suostumuksella
- Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat käyttävät vuodessa keskimäärin neljää eri palvelukokonaisuutta, muu väestö vain yhtä. *
- [Sosiaalihuoltolaki](#) velvoittaa sekä sosiaalihuollon että muiden alojen viranhaltijat monialaiseen yhteistyöhön. Palvelutarpeen arvioinnin käynnistäneen työntekijän on oltava yhteydessä muiden alojen viranomaisiin, jos asiakas tarvitsee palveluja tai muuta tukea sekä sosiaalihuollosta että muilta viranomaisilta.
- [Terveys- ja sosiaalihuoltolaissa](#) säädetään, että hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve.
- [Asiakassuunnitelma](#): Jos sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arviointi, päätösten tekeminen tai sosiaalihuollon toteuttaminen edellyttävät terveydenhuollon palveluja, on hyvinvointialueen terveydenhuollon ammattihenkilön osallistuttava sosiaalihuollon toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen. (THL 32.2 §).
- [Omatyöntekijän](#) on oltava sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain 3 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö. Omatyöntekijänä saa toimia pykälässä tarkoitettujen ammattihenkilöiden sijaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 2 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö, jos se on asiakkaan palvelukokonaisuuden kannalta perusteltua. ([29.12.2022/1280](#))

Monialaisen tiimin tehtäviä



Koordinaatiotyöparin (terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen edustaja) tehtäviä



Tavoitetoimintamalli: asiakkaan näkökulma

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Yhteisasiakkaan palvelupolun tavoitetilan kuvaus asiakkaan näkökulmasta

- Yhteydenotto ja ohjaus
- Palvelun aikana
- Palvelun jälkeen



Itsenäinen asiointi:

- Nettisivujen ja digitaalisten oirearvioiden avulla itse-/omahoito
- Ajanvarauksen tekeminen, tiedonhaku ilman henkilökohtaista ja/tai reaaliaikaista kontaktia ammattilaiseen

Neuvota ja asiakas – ja palveluohjaus:

- Asian ratkaiseminen ensimmäisellä yhteydenotolla
- Ohjaus tarpeen mukaisesti monialaisiin palveluihin tai -arviointiin

Työntekijä tunnistaa sinut yhteisasiakkaaksi:

- Yhteisasiakkuuden kriteerit
- Tunnistamisen apulista
- Terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit

Toimipisteet, diagnostiikka ja muut tukipalvelut:

- Ajanvarauksella
- Päivystys
- Walk in

Saat tarvitsemasi avun

Sinulle nimetään oma- ja/tai vastuutyöntekijä koordinoimaan palvelukokonaisuutta (koordinaatiotyöpari)

Oma- ja/tai omatyöntekijä tukenasi
(ja mahdollisesti myös kokemusasiantuntija)

Palvelujesi tarvetta arvioidaan yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa

Moniammatillinen tiimi

Moniammatillinen tiimi tekee asiakassuunnitelman* yhdessä kanssasi voimavarojasi hyödyntäen. Oma- ja/tai vastuutyöntekijä koordinoi suunnitelmasi laatimista.

Asiakassuunnitelmasi seurataan ja arvioidaan säännöllisesti sovitun aikataulun mukaisesti

Saat tarvitsemasi avun

* Asiakassuunnitelman laatimisessa voi hyödyntää TASSU-projektissa tuotettua ohjetta suunnitelman laatimiseen

Tavoitetila: Palvelujen pirstaleisuudesta vammaisille lapsille ja nuorille tasa-arvoiset edellytykset kasvaa, oppia ja voida hyvin tarpeenmukaisin palveluin

- Matala kynnys palveluihin, tietojen saannin helppous ja selkeä viestintä
- Palvelukokonaisuuden koordinointi
- Yksilölliset ja tarpeenmukaiset palvelut
- Saumaton yhteistyö, tiedonkulku ja työnjako eri tahojen kanssa

Varhaislapsuus 0-6v

- Tietoa ja tukea perheelle
- Lapsen tilanteen säännöllinen arviointi
- Tukea ja työnohjausta ammattilaisille
- Systemaattinen ja tiivis yhteistyö
- Varhainen tuki
- Työn resurssit

Siirtyminen kouluun

- Suunnitellaan ajoissa
- Siirto/verkostopalaverit
- Tarvittavat joustot

Alakouluikäiset lapset 7-12v

- Lapsen oman ikäinen hyvä elämä
- Harrastukset ja kaverit
- Yksilölliset tarpeet
- Yhteistyö ja tiedonjako
- Resurssit ja osaaminen
- Tuen oikea kohdentuminen
- Pienet luokkakoot

Siirtymä yläkouluun

- Siirto/verkostopalaverit
- Varmistetaan, että tarvittavat tuet jatkuvat ja tieto siirtyy

Yläkouluikäiset lapset 13-15v

- Oman ikäinen hyvä elämä: harrastukset, kaverit, omat valinnat
- Tuki itsenäistymiselle
- Nuoruuden tarpeet, kuten persoonallisuuden kehitys, seksuaalisuus. Päihdevalistus
- Esteettömyys, saavutettavuus
- Työharjoittelumahdollisuudet

Kun lapsi täyttää 16

- Varaudutaan ajoissa
- Jatko-opiskelupaikat

Itsenäistyvät nuoret 16+v

- Palvelusuunnitelman ajantasaisuus
- Itsenäistymisen tukeminen ja oman elämän valmistelu
- Vanhempien tukeminen nuorten itsenäistyessä
- Nuoren äänen kuuluminen
- Mahdollisuus työllistyä ja osallistua

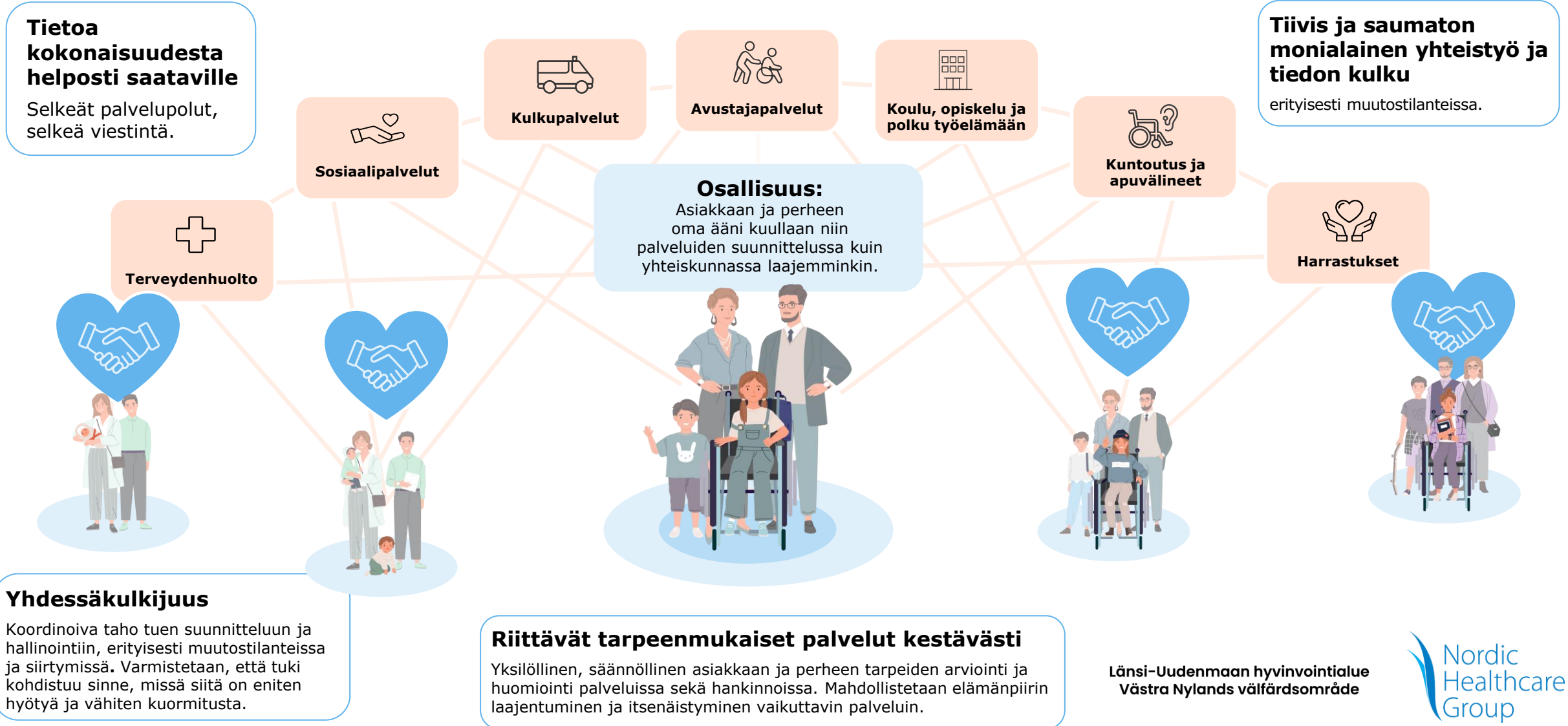
Siirtymä aikuisten palveluihin

- Varaudutaan ajoissa
- Varmistetaan tuki, yhteistyö ja tietojen siirtyminen

- Säännöllinen ja yksilöllinen suunnitelman toteutumisen arviointi
- Lapsi, nuori ja perhe osallisena
- Koko perheen tuki

Asiakkaan tavoite: Omanlainen ikätason mukainen hyvä elämä

Työpajatyöskentely: Tulevaisuuden vaikuttavaa osallisuuden kokemusta edistämässä vammaisten lasten ja nuorten palveluissa Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella, kesä ja syksy 2022



Kiitos!

Satu Meriläinen-Porras, satu.merilainen-porras@luvn.fi
Projektipäällikkö



@luvn