

Palveluketjutyön käsikirja

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelma, palveluketjut
20.6.2023

Sisältö

1. Käsitteiden määrittelyä
2. Miksi palveluketjuja on tarpeen yhtenäistää
3. Keskeistä hoito- ja palveluketjujen yhtenäistämässä
4. Kehittämistyön käynnistäminen
5. Ydinryhmän kokoaminen ja verkostoyhteistyö
6. Palveluketjun yhtenäistämisen vaiheet
 - Tilanneanalyysi
 - Segmentointi
 - Tavoitteiden ja toimenpiteiden määrittely
 - Mittareiden ja tietolähteiden määrittely
 - Mallintaminen
 - Toimeenpanon suunnittelu
7. Kehittämistyön seuranta ja arviointi
8. Riskien hallinta

Käsitteiden määrittelyä

- **Hoitoketjun** avulla määritellään terveydenhuollon ja sosiaalitoimen eri toimijoiden työnjako ja yhteistyö tietyn sairauden tai terveysongelman hoidossa
 - Prosessi alkaa asiakkaan palvelutarpeesta ja päättyy palvelutarpeen päättyessä
- **Hoitopolku** tarkoittaa potilaalle järjestettyä kokonaisuutta, jossa kuvataan hoidon vaihtoehdot ja vaiheet
- **Palveluketju** on palvelukokonaisuus, joka muodostuu tietyille asiakasryhmälle tarkoitetuista perättäisistä tai osin yhtäaikaaisesti toteutuvista palveluista
 - Termiä käytetään, jos ei ole kyse pelkästään sairauden hoidosta (esim. sosiaalihuolto mukana)
- **Palvelupolku on asiakkaan** palvelutarpeeseen perustuva suunnitelmallinen kokonaisuus, joka toteutuu yksilöllisesti ja etenee vaiheittain. Palvelupolku koostuu useista eri palveluista tai palveluprosesseista.

Miksi palveluketjuja on tarpeen yhtenäistää?

- Paikalliset palvelujärjestelmät koostuvat monikerroksisista palvelukokonaisuuksista tai palvelujen ryhmittelyistä, joita on muodostettu eri perustein
- Palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvät erityisesti asiakkaat, jotka käyttävät paljon tai monialaisesti palveluja
- Toimiva palveluintegraatio voi säästää kustannuksia (palvelu toteutetaan oikeassa paikassa oikea-aikaisesti → syntymättömät kustannukset)
- Palveluintegraation toteutuminen ja toimivuus edellyttää palvelukokonaisuuksien ja hoito- ja palveluketjujen määrittelyä
- Palveluketjujen määrittelyn ja palvelujen yhteensovittamisen työkaluna hyödynnetään segmentointia
 - Väestöä ja asiakkuuksia ryhmitellään samankaltaisten palvelutarpeiden perusteella
 - Ryhmittelyn pohjalta voi määritellä asiakasryhmäkohtaisia (esim. ikä, elämänvaihe, palvelujen tai tuen tarpeen määrä) palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja, joita voi tarpeiden mukaan hyödyntää yksittäisen asiakkaan palvelujen yhteensovittamisessa

Keskeistä hoito- ja palveluketjujen yhtenäistämässä

- Hoito- ja palveluketjujen yhtenäistämässä ja määrittämässä ovat keskiössä asiakasryhmien palvelutarpeet ja se, miten palveluilla niihin vastataan
- Palveluiden kriteerit, eri toimijoiden vastuut ja työkulut määritellään ja yhtenäistetään
- Eri ammattilaisten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö on tiivistä ja systemaattista
- Asiakas on aktiivinen toimija itsensä hoidossa ja oman tilanteensa edistämässä
- Eri asiakkuudet tunnistetaan palveluissa ja omatoimiasiakkaiden palvelupolkua kevennetään digitaalisilla asiakkuuspoluilla
- Ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen ja tukeen panostetaan
- Hoito- ja palveluketjujen kehittämistyön tulee olla jatkuvaa toimintaa
- Kehittämisen keskeiset toimijaryhmät ovat palvelujen järjestäjä(t), palvelujen tuottajat ja ammattilaiset sekä asukkaat ja asiakkaat, joiden jokaisen näkökulma tulee olla mukana kehittämisen eri vaiheissa ja tehtävissä

Kehittämistyön käynnistäminen

Kun yhtenäistettävä hoito- tai palveluketju on valittu, määritellään

1. Ydintyöryhmä ja vastuutaho (kehittämistyön kokonaiskoordinaatio ja ohjaus)
2. Kehittämistyön tavoitteet ja toimenpiteet
3. Käytettävät resurssit
4. Aikataulut, työvaiheet ja työnjako
5. Seurannan, arvioinnin ja raportoinnin aikataulu



Ydintyöryhmän kokoaminen ja verkostoyhteistyö

- Ydintyöryhmä muodostuu 4-10 henkilöstä
 - Eri organisaatioista eri ammattilaisia
 - Perustaso (sote), erikoissairaanhoido/erityistaso, 3. sektori, kokemusasiantuntija
 - Työnjako
 - Mitä taustatyötä työryhmän jäsenten on mahdollista realistisesti tehdä?
 - Hanketyöntekijöillä päävastuu työryhmätyöskentelyn etenemisestä, tiedon kokoamisesta ja kehittämistoimenpiteiden käynnistämisestä, koordinoinnista sekä arvioinnista ja seurannasta
- Tiivis työskentely, sovittujen asioiden edistäminen (esim. kehittämistoimenpiteet organisaatioiden/yksiköiden kanssa) ja säännölliset tapaamiset
 - Mihin kysymyksiin juuri tällä kerralla haluamme/tarvitsemme vastauksia?
 - Yksi tapa edetä on aloittaa ennaltaehkäisystä tai sairastumisvaiheesta/palvelutarpeen ilmenemisestä
- Tunnistetaan verkosto(t), jo(i)sta tukea ja palautetta tehtävälle työlle
 - Yhteinen keskustelu työn etenemisen suunnitelmasta
 - Konkreettisten kehittämistoimenpiteiden määrittely
 - Sovitaan, miten verkosto(t) mukana (esim. tehdyn työn etenemisen esittely tietyin väliajoin)
 - Toimii usein ohjausryhmänä → hyväksyy tehdyt kehittämissuositukset



Palveluketjun yhtenäistämisen vaiheet

Palveluketjujen yhtenäistäminen

1. Tilanne-analyysi

- Nykytilan kartoitus, tutustuminen paikalliseen tilanteeseen ja alueeseen (mm. demografiset tiedot, hyte-tiedot, palveluverkko, kustannukset)

2. Asiakkuus-polkujen määrittäminen eli segmentointi

- Yleiskuva asiakkuussegmenteistä ja oletettavasta palvelujen käytöstä
- Palvelujen kohdentaminen erilaisia palvelutarpeita omaaville asiakasryhmille

3. Tavoitteiden ja kehittämis-toimenpiteiden määrittely

- Määritellään päätavoite ja tarvittava määrä välitavoitteita
- Tavoitteet määritellään asiakasryhmien tarpeiden perusteella
- Määritellään kehittämistoimenpiteet tavoitteisiin pääsemiseksi

4. Mittareiden ja tietolähteiden määrittely

- Palvelutuotantoa ohjataan ja kehitetään erilaisten mittareiden avulla saatava seurantatietoa hyödyntäen
- Mitä mittareita käytetään, kuka tiedon kerää ja miten tietoa hyödynnetään?

5. Mallintaminen

- Määritellään palveluketjuun kuuluvat palvelut, niiden sisältö ja yhdyspinnat sekä niiden tuottajat ja niitä toteuttavat ammattilaiset
- Tehdyt määritykset kuvataan tekstinä, kuvioina tai muulla tavoin esimerkiksi jotakin digitaalista ohjelmaa tai alustaa hyödyntäen

6. Toimeenpanon suunnittelu

- Järjestämistaso, tuotantotaso, henkilöstön lähijohtaminen ja asiakkaiden osallistaminen
- Aikataulutus, perehdytys, vastuiden määrittely, tavoitteiden toteutumisen säännöllinen arviointi
- Jokainen ammattilainen osaltaan vastaa asiakkaan sujuvan siirtymisen palvelusta toiseen

Tilanneanalyysi

- Väestö-, hyvinvointi- ja terveys-indikaattoritiedot
- Palvelut, rakenteet, resurssit ja palveluntuottajat
- Toimintamallit, työnjako ja vastuut
- Hyvät ja toimivat käytännöt
- Kehittämistoimenpiteet
- Hoito- ja palveluketjun toimivuus käytännössä



Tilanneanalyysi – mistä liikkeelle?

- Aluksi on hyvä arvioida, mitä jo valmiiksi tiedetään nykytilanteesta. Tietoa kertyy erilaisissa virallisissa ja epävirallisissa vuorovaikutustilanteissa.
- Ammattilaiset ja verkostot toimivat erinomaisina tietolähteinä: mitkä asiat toimivat hyvin ja missä on vielä parannettavaa.
- Tietopohjaa on hyvä laajentaa erilaisilla kyselyillä (alkukartoitukset, asiakaskyselyt, gallupit, verkostojen ennakkotehtävät)
- On hyvä arvioida, saadaanko tietojärjestelmistä tarpeeksi luotettavaa ja kattavaa tilastotietoa.

Tieto kertyy yhdessä tehdessä – valmista ei tarvitse eikä voi olla aloittaessa!

Esimerkkejä tilanneanalyysin tietolähteistä

Demografiset tiedot:

- Tilastokeskus, Sotkanet, THL

Hyte-tiedot:

- KUVA-mittaristo, FinSote, TEAviisari, RAI-arviointi, Kela
- [Alueen hyvinvointikertomukset ja –ohjelma](#)

Palvelujen käyttö, saatavuus ja asiakaslähtöisyys:

- AvoHilmo, Hilmo,
- Asiakaskokemuksekyselyt ja –järjestelmät
- Vaikuttamistoimielimet (esim. vammaisneuvosto)

Laatu, vaikuttavuus ja kustannukset:

- Kansalliset laatujärjestelmät (THL)
- Paikalliset laatujärjestelmät (Exreport, Laatupankki, Logex, Terveystyöarvio)
- Laatuportti
- AVI, Valvira

Verkostojen hyödyntäminen

- Ammattilaisista, asiantuntijoista, 3. sektorin toimijoista sekä kokemusasiantuntijoista koostuvaa verkostoa kannattaa hyödyntää tietolähteenä
- Verkostotapaamisten ennakkotehtävät toimivat tiedonkeruun lisäksi hyvänä alustuksena yhteiselle keskustelulle
- Verkostoilta kannattaa kysyä mm.
 - hyvistä ja toimivista käytännöistä → kehittämisen kohdentaminen sinne, missä vielä parannettavaa
 - toimintamallien ja työnjaon sujuvuudesta ja haasteista
 - vastuista
 - resursseista
 - yhteistyön toimivuudesta (mm. sote-palvelut, kuntien palvelut, järjestöt)
- Verkostot suuntaavat ja ohjaavat kehittämistyötä

Esimerkkinä Tyypin 2 diabetes - lähtötilanne ja kehittämistarpeet

Tyypin 2 diabeteksen hoidon nykytilaa lähdettiin selvittämään ammattilaisten kyselyllä, haastatteluilla ja verkostotapaamisilla. Lisäksi hyödynnettiin eri tietolähteitä (mm. THL, FinSote, paikalliset laaturekisterit), Diabetesliiton tekemää diabetesbarometriä sekä suositusta vaativan hoidon keskittämisestä. Sen jälkeen listattiin lähtötilanne ja kehittämistarpeet:

- Maakunnassa ei ollut sähköistä alustaa asiakkaiden itsehoidon tueksi
- Maakunnassa ei ollut yhteistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen viestintäsuunnitelmaa
- Valtimosairauksien ennaltaehkäisyyn ei ollut tarpeeksi resursseja
- Diabetesriskissä olevia asiakkaita ei tunnistettu systemaattisesti eikä diabetesriskitestin tekemiseen ollut toimintamallia
- Elämäntapaohjausprosessia ei ollut määritelty eikä elämäntapaohjausta toteutettu systemaattisesti
- Maakunnassa ei ollut sähköisiä palveluja tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja seurannassa
- Moniammatillista tiimityöskentelymallia ei hyödynnetty kaikissa sote-keskuksissa diabeetikoiden ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa
- Hoitosuunnitelmia ei tehty systemaattisesti kaikille diabeetikoille
- Diagnoosimerkintöjä ei kirjattu systemaattisesti tietojärjestelmiin
- Diabeteksen tuore hoitoketju ei ollut kaikille ammattilaisille tuttu ja hoito ei toteutunut sen mukaisesti
- Vaativan diabeteksen hoitoa ei ollut suosituksen mukaisesti keskitetty ja toiminta vaihteli eri organisaatioissa
 - Mm. resurssit, erityistyöntekijöiden rooli, sensorikäytännöt, yhteistyö ja konsultaatiot eri toimijoiden välillä
- Henkilöstön osaamisessa oli puutteita diabeteksen ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa
- Maakunnassa ei ollut toimintamallia diabeteksen hoidon laadun ja vaikuttavuuden seurantaan ja systemaattiseen parantamiseen
- Diabeetikoiden kolesterolitasapainoissa oli koko maakunnassa huomattavasti parannettavaa
- Elämäntapaohjauksen ja diabeteksen hoidon laadun ja vaikuttavuuden seurannassa ei ole yhtenäistä prosessia ja mittareita
- Kuntien, järjestöjen ja yhdistysten roolia tulisi vahvistaa diabeteksen ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa



Segmentointi

- Tilanneanalyysin jälkeen väestö on hyvä jakaa segmentteihin, jotta saadaan käsitys väestöstä, palvelutarpeesta ja oletettavasta palveluiden käytöstä
- Olennaista on tunnistaa ja ennakoida
 - hyvinvoinnin ja terveyden riskejä
 - haavoittuvassa asemassa olevia asiakkaita
 - poikkeuksellisia palvelutarpeita
- Palvelutarpeen määrittelyssä ja segmentoinnissa on hyvä kiinnittää huomio erityisesti digitaalisista palveluista hyötyvien asiakkuuksien tunnistamiseen palveluketjun eri vaiheissa
 - Omatoimiasiakkaat → ohjaaminen digipalveluihin

Haasteena vielä luotettava tiedonkeruu, segmentointi tarvittaessa tehtävä esimerkiksi ammattilaisten kokemuksen perusteella

Segmentointi

Esimerkkejä palvelutarpeeseen perustuvan segmentoinnin kriteereistä:

Palvelutarpeen määrä

- Kertakävijät
- Useamman kerran palveluja tarvitsevat

Palvelujen tarve ja toimintakyky, arjessa pärjääminen

- Omatoimiasiakkuudet
- Yhteisöasiakkuudet
- Yhteistyöasiakkuudet
- Verkostoasiakkuudet

Terveystila ja toimintakyky

- Terveet ja toimintakykyiset
- Kohonnut riski
- Tilapäinen tarve
- Jatkuva tarve

Erityisryhmät ja ilmiöt

- Nuoret
- Asunnottomat
- Muistisairaat
- Maahanmuuttajat
- Mielen- ja pähdeongelmaiset


Segmentointi

- Kun asiakkaat ryhmitellään palvelutarpeiden perusteella, palvelut voidaan kohdentaa paremmin erilaisia palvelutarpeita omaaville asiakasryhmille
- Esimerkkinä diabetes, palveluiden kohdentaminen omatoimiasiakkaille:

Diabeetikon palvelutarjotin


Työkalu avosairaanhoidon vastaanotoille

Ammattilaiselle:
Diabeteksen hoitoketju




Diabetesriski

- Mm. ylipaino, metabolinen oireyhtymä, [sairastettu raskausdiabetes](#)



Tyypin 2 diabetes



T1D ja insuliinihoito T2D

Itsehoitomateriaaleja

- [Diabetesriskissä olevan hyvinvoinnin polku](#), [Diabetesliitto](#)
- [Painohallintatalo, Terveyskylä](#)

Hyvinvointivalmennukset

- [Omaolo](#)

Etävastaanotot

- [OmaKS.fi elämäntapaohjaaja](#)

Liikuntaneuvonta

- [Lähteohjeet Askissa](#)

Itsehoitomateriaaleja

- [Diabetestalo, Terveyskylä](#)
- [Diabetesliiton kurssit](#)
- [T2-diabeteksen hyvinvoinnin polku, Diabetesliitto](#)

Kelan sopeutumisvalmennus

- [Tyypin 2 diabeetikolle](#)

Etävastaanotot, vastasairastuneet

- [OmaKS.fi elämäntapaohjaaja](#)

Digihoitopolku, BuddyCare

- ohje tulossa

Hoitotarvikkeet

- [Yhteystiedot](#)

Itsehoitomateriaaleja

- [Diabetestalo, Terveyskylä](#)
- [Diabetesliiton kurssit](#)
- Hyvinvoinnin polku, tulossa syksyllä 2022

Kelan sopeutumisvalmennus

- [Tyypin 1 diabeetikolle](#)

Diabeteshoitajan vastaanotot

- [Yhteystiedot Askissa](#)
- [Yhteystiedot verkkosivuilla](#)

Hoitotarvikkeet

- [Yhteystiedot](#)

Vertaistuki ja yhdistystoiminta, Keski-Suomen diabetesyhdistys: [Verkkosivut](#) ja [Facebook](#)



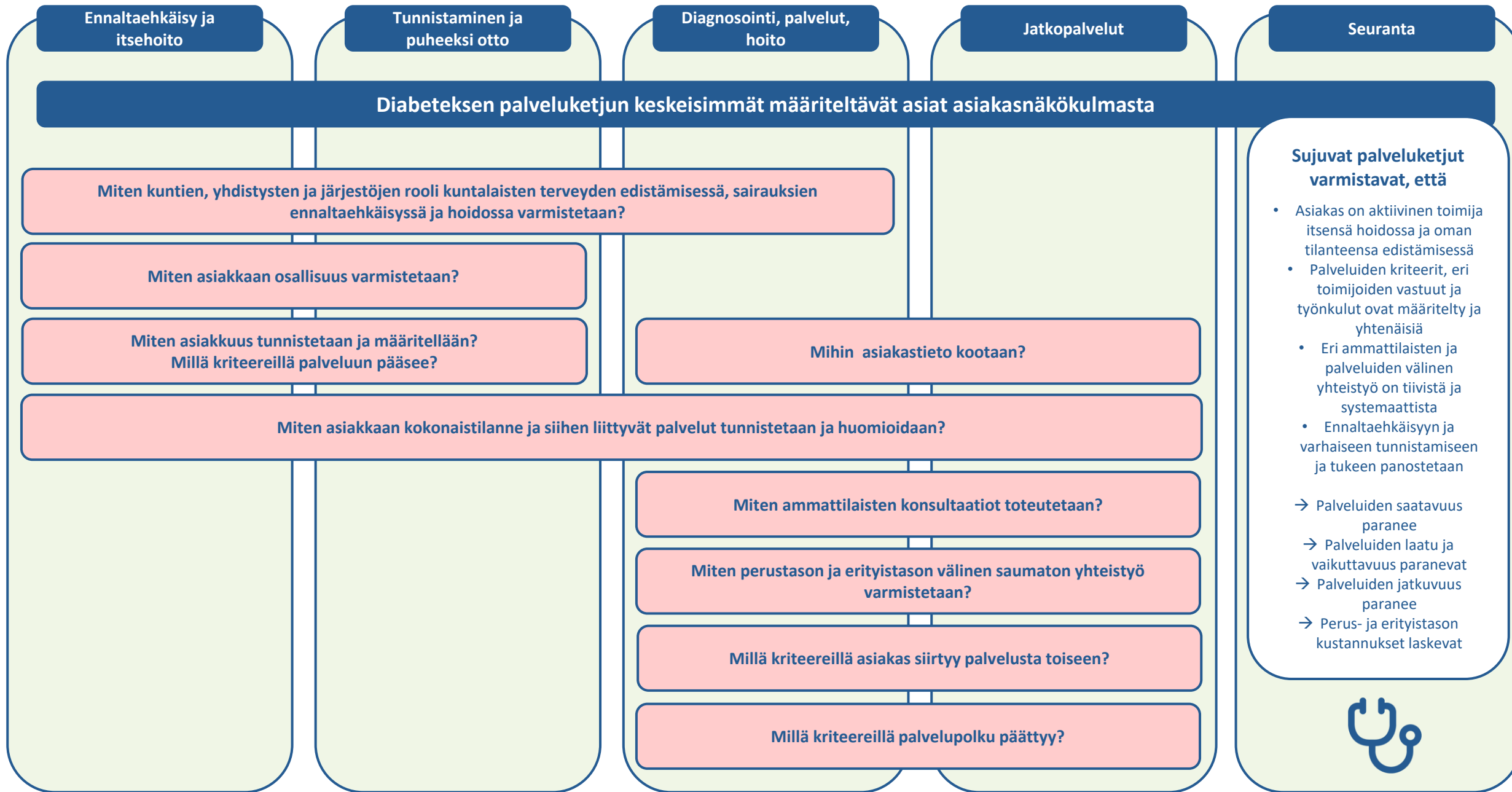
Palveluketjutyön tavoitteiden määrittely

1. Määritellään päätavoite
2. Määritellään tarvittava määrä välitavoitteita
3. Määritellään kehittämistoimenpiteet tavoitteisiin pääsemiseksi
4. Sovitaan aikataulut kehittämistoimenpiteiden toteuttamiselle
5. Sovitaan vastuuhenkilöistä, seurannasta ja arvioinnista



Palveluketjutyön tavoitteiden määrittely

- Palveluketjun tavoitteet tulisi määritellä ennen kaikkea asiakasryhmän tarpeiden perusteella
 - Mitä palveluketjun yhtenäistämisellä halutaan saavuttaa asiakkaan näkökulmasta?
 - Mitä täytyy tehdä käytännön työssä toisin, jotta asiakkaat saavat oikea-aikaisemmin, nopeammin tai sujuvammin palvelunsa tai sisällöltään laadukkaampaa palvelua?
- Kehittämistyölle on hyvä luoda aikataulusuunnitelma:
 - Millä alueella tai missä yksiköissä kehittämistoimenpiteet tulisi käynnistää ensimmäisenä?
 - Roadmap tai taulukot voivat helpottaa kehittämistyön seurantaa
 - Toimenpiteet voi jaotella teemoittain tai alueiden/yksiköiden mukaisesti



Kehittämistavoitteiden ja toimenpiteiden määrittely



Esimerkkinä diabetes:

Tavoite: Tyypin 2 diabetes tunnistetaan varhaisemmassa vaiheessa Keski-Suomen hyvinvointialueella

Välitavoite 1: Diabetesriskitesti tehdään systemaattisesti kaikille riskissä oleville asiakkaille

Toimenpiteet:

- Tehdään testi tunnetuksi asiakkaille ja ammattilaisille (some, tiedotteet, verkostot)
- Rakennetaan sähköinen diabetesriskitesti Hyvikseen
- Määritellään, missä tilanteissa riskitesti tulisi tehdä
- Sisällytetään diabetesriskitesti osaksi terveystarkastuksia, linkki ammattilaisten ohjeisiin
- Tiedotetaan ammattilaisia päivitetystä ohjeista
- Koulutetaan ammattilaiset käyttämään diabeteksen hoitoketjua, jossa myös riskitesti ja toimintaohjeet testin jälkeen



Palveluketjutyön tavoitteiden määrittely

- Kun tavoitteet, kehittämistoimenpiteet, aikataulut ja vastuut hahmottuvat, ne käsitellään tarvittavissa verkostostoissa
- Verkostot suuntaavat ja ohjaavat kehittämistyötä ja toimivat usein projekti- ja/tai ohjausryhmänä
- Tiivis yhteydenpito ja kokemusten vaihto organisaatioiden/yksiköiden kehittämistyöstä vastaavien kanssa auttaa suuntaamaan työtä
- Kehittämistyö auttaa huomaamaan usein uusia tai lisää kehittämistarpeita

Palveluketjutyön yksi onnistumisen edellytys on muutoksen aikaan saaminen yhdessä toimijoiden ja asiakkaiden kanssa



Mittareiden ja tietolähteiden määrittely

- Tavoitteiden ja toimenpiteiden pohjalta tulee määritellä mittarit ja tietolähteet, joilla tavoitteiden toteutumista ja kehittämistyön etenemistä seurataan
- Esimerkkejä mittareista:
 - Asiakkaiden raportoima tieto: mm. asiakaspalautteet, omaseurantatulokset
 - Ammattilaisten raportoima tieto: mm. kyselyt, kirjaukset asiakas- ja potilastietojärjestelmään
 - Palveluiden tuottajien ja toimintayksiköiden raportoima tieto: mm. laboratoriotulokset
 - Järjestäjän tuottama tieto: mm. suoritteet, palvelujen käyttö, kustannukset
 - Kansallisesti kerätty tieto: Hilmo, AvoHilmo, Sotkanet, FinSote
- Kun tietolähteet ja mittarit on määritelty, on hyvä sopia
 - Kuka/ketkä keräävät tiedon?
 - Kuinka usein tieto kerätään?
 - Miten tietoa hyödynnetään kehittämisessä?
 - Mitä jatkotoimenpiteitä tieto mahdollisesti tuo kehittämiselle?

Mittareiden ja tietolähteiden määrittely

- Seurannan ja arvioinnin haasteena on ammattilaisten kirjaamis- ja tilastointikäytäntöjen epäyhtenäisyys sekä järjestelmien kankeus
 - Kaikkea tarvittavaa tietoa ei tilastoida, esim. dg-merkinnät tai käyntisyöt puheluissa, konsultaatioissa ja asiakirjamerkinnöissä
 - Käytännöt vaihtelevat alueittain, esim. fraasien ja mittareiden käyttö, kirjaamisen perehdytys
 - Nykyiset järjestelmät eivät sisällä riittävästi ohjausta ja automatiikkaa, esim. tietty diagnoosi laukaisee hoidossa huomioon otavat asiat
- Täydellistä tai usein edes riittävän laadukasta tietoa ei vielä saada
- Osalle tavoitteista voidaan asettaa yksinkertaiset mittarit
 - Toteutuu kyllä/ei
 - Toimintamalli käytössä eri alueilla, prosentteina esim. Jyväskylän seutu = 50% hyvinvointialueesta

Käsitys mittaamisen tarpeista ja mahdollisuuksista selkeytyy ja täydentyy usein käytännön kehittämistyön edetessä



Mallintaminen

- Palveluketjujen mallintamisessa määritellään siihen
 - kuuluvat palvelut
 - palveluiden sisällöt ja yhdyspinnat
 - palveluiden tuottajat ja niitä toteuttavat ammattilaiset
 - Mallintamisessa on huomioitava, että
 - kaikki asiakkaat eivät tarvitse palvelukokonaisuuden tai -ketjun kaikkia palveluja
 - palveluissa voi olla välttämätöntä peräkkäisyyttä, mutta palvelut voivat olla myös rinnakkaisia tai vaihtoehtoisia
 - palvelut voivat olla eritasoisia, esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelut, perustason ja erityistason palvelut
 - Palveluketjujen ja –kokonaisuuksien mallintamisessa on olemassa useita tasoja:
 - Yleinen prosessikuvaus (erityisesti järjestäjän näkökulmasta)
 - Hoitoketjujen kuvaus (erityisesti ammattilaisen näkökulmasta)
 - Palvelu- tai asiakaspolkujen kuvaus (erityisesti asiakkaan näkökulmasta)
- Palveluketju voi sisältää lukuisia asiakaspolkuja

Mallintaminen

- Tehdyt määritykset kuvataan tekstinä, kuvioina tai muulla tavoin, esimerkiksi digitaalista ohjelmaa tai alustaa hyödyntäen
- Palveluketjujen mallintamisessa ja kuvaamisessa on hyvä pysähtyä miettimään näkökulmaa ja käyttötarkoitusta
 - Mistä näkökulmasta kuvaus on tarpeen tehdä?
 - Ketä kuvaus tulee hyödyttämään?
- Tavoitteena on, että ei mallinneta sellaista ihannekuvaa, jota ei ole mahdollista toteuttaa käytännössä
 - Mahdollisimman yksinkertainen kuvaus työnjaosta ja vastuista
 - Ei tehdä oppikirjaa, vaan keskitytään eri toimijoiden ja ammattilaisten työnjaon kannalta olennaiseen
- Mallintamista tehdään ja kuvauksia päivitetään samalla, kun kehittämistyö etenee

Muutoksen aikaan saaminen palveluissa on tärkeämpää kuin ihannekuvan piirtäminen

Toimeenpanon suunnittelu

- Toimeenpano järjestämistasolla
- Toimeenpano tuotantotasolla
- Toimeenpano lähijohtamisen tasolla
- Toimeenpano henkilöstötasolla
- Toimeenpano asiakastasolla



Toimeenpanon suunnittelu

- Palveluketju toteutuu konkreettisesti vasta palvelujen tuotannossa ja asiakastyössä, jossa ammattilaiset ja asiakkaat ovat vuorovaikutuksessa keskenään
- Palveluketjun toimeenpano edellyttää seuraavien asioiden ratkaisemista:
 - Mitä muutoksia palveluketjun toteutuminen edellyttää
 - järjestämistasolla
 - tuotannossa?
 - johtamisessa ja käytännön työn järjestämisessä
 - käytännön työn tekemisessä?
 - Mikä on toimeenpanon aikataulu?
 - Minkälaista perehdytystä ja koulutuksia tarvitaan?
 - Ketkä ovat keskeisiä vastuuhenkilöitä toimeenpanossa eri tasoilla?
 - Miten ja missä kanavissa palveluketjun oleellisista muutoksista viestitään palveluverkostolle ja asiakkaille?
- Miten palveluketjun toteutumista jatkossa seurataan ja kuka/ketkä ottavat vastuun hanketyön päätyttyä?



Kehittämistyön seuranta ja arviointi

- Kehittämistyön alkuvaiheessa on hyvä sopia seurannasta ja arvioinnista ydintyöryhmän kesken
- Säännölliset seurantapalaverit kehittämistyön etenemisestä, esim. 1-4 viikon välein
- Listaukset ja taulukot keskeneräisistä asioista ja kehittämisen vastuista helpottavat seurantaa
- Projekti/hankesuunnitelman alkuperäisiin tavoitteisiin on hyvä palata etenkin silloin, kun kehittäminen alkaa rönsyillä
 - Olemmeko menossa oikeaan suuntaan?
 - Mihin on vielä tarve panostaa erityisesti?
- Kehittämistyön etenemisestä on hyvä keskustella säännöllisesti myös ohjaus- ja projektiryhmissä sekä verkostoissa
- Seurantatieto, mm. suoritteet, asiakaspalautteet, laatuparametrit, auttavat kehittämistyön seurannassa ja arvioinnissa
 - Konkreettisen muutoksen aikaansaaminen vie kuitenkin usein aikaa

Kehittämistyön seuranta ja arviointi

Diabeteksen palveluketju. Toimenpide-ehdotukset Keski-Suomen hyvinvointialueelle.																			Selite							
Toimenpide-ehdotus ja alue	Jyväskylä	Hankasalmi	Uurainen	Muurame	Laukaa	Konnevesi	Keuruu	Petäjävesi	Multia	Joutsa	Toivakka	Luhanka	Saarijärvi	Karstula	Kannonk.	Kyyjärvi	Kivijärvi	Äänekoski	Viitasaari	Pihtipudas	Kinnula	Jämsä				
1. Diabetesriskitesti tehdään kaikille riskissä oleville (esim. BMI yli 25) sekä aina työttömien terveystarkastussa ja omaishoitajan terveystarkastussa.																									Toteutuu alueella	
2. Omaolon sähköinen terveystarkastus on käytössä ja sitä hyödynnetään diabetesriskissä olevien tunnistamisessa ja elämäntapaohjauksessa.																										Toimenpiteitä käynnistetty
3. Aikuisten elämäntapaohjauksen prosessi on määritelty ja toteutuu alueella.																										Toimenpiteitä ei ole käynnistetty
4. Monitoimijaisia toimintamallia hyödynnetään diabeteksen ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa. Yhteistyökäytännöt ja työnjako eri ammattilaisten välillä ovat																										
5. Muistisairauden riskitesti tehdään kaikille yli 65-vuotiaille riskissä oleville (esim. RR koholla) sekä aina omaishoitajien terveystarkastussa ja ajoterveystarkastussa.																										
6. Ikääntyvien elämäntapaohjaus toteutuu FINGER-toimintamallia mukaillen.																										
7. Kutsuntaikäisten elämäntapaohjaus toteutuu ja yhteistyökäytännöt eri toimijoiden kanssa ovat selkeät.																										

Diabeteksen palveluketjun seurantataulukko eri toimenpiteiden toteutumiseen alueittain

Riskien hallinta



Riskien hallinta

Tilanne-analyysi

- Käytettävissä oleva tieto ei anna totuudenmukaista kuvaa tilanteesta
- Eri kokoisten alueiden tieto ei välttämättä ole vertailukelpoista keskenään
- Tilanneanalyysin tekeminen vie aikaa ja resursseja

Segmen-tointi

- Ei ole yhtenäistä käytäntöä segmentointiin
- Luotettavaa ja hyvää segmentointityökalua ei ole käytettävissä eri tasoilla (palveluiden järjestäminen, asiakastyö)
- Segmentoinnissa ei kyetä huomioimaan asiakkaan voimavaroja/kokonaistilannetta
- Esihenkilöt ja käytännön työt tekevät ammatillaiset eivät ymmärrä segmentoinnin hyötyjä eivätkä käytä segmentointityökaluja

Tavoitteiden ja toimenpiteiden määrittely

- Asetetaan liian korkeat ja epärealistiset tavoitteet, joita ei ole mahdollista saavuttaa
- Alueellisia eroja ei huomioida tavoitteiden ja toimenpiteiden määrittelyssä
- Tavoitteet määritellään pelkästään organisaation tarpeiden perusteella
- Ei ole määritelty, miten tavoitteiden toteutumista seurataan ja kenen vastuulla seuranta on

Mittareiden ja tietolähteiden määrittely

- Nykyisistä tietojärjestelmistä ei ole mahdollista saada tarvittavaa tietoa
- Tietoa ei kirjata ja tilastoida niin, että se olisi saatavilla luotettavasti tietojärjestelmistä/analyysityökaluista
- Alueiden järjestelmät ja toimintatavat poikkeavat toisistaan
- Käytettävissä olevaa tietoa ei hyödynnetä niin, että se ohjaisi toimintaa
- Mitattavan tiedon seuranta ei ole koordinoitua

Mallinta-minen

- Mallinnukset ovat epäselviä/monimutkaisia eivätkä ole hyödynnettävissä
- Mallinnusta ei toteuteta niin, että siinä huomioidaan eri tasot (järjestäjä/tuottaja, ammatillaiset, asiakas)

Toimeen-pano

- Vastuita ei ole selkeästi määritelty
- Perehdytystä ja koulutusta ei ole toteutettu/se ei ole ollut riittävää
- Toimeenpanolle ei varata riittävästi resursseja

Varautuminen riskeihin:

- Sovelletaan mahdollisuuksien mukaan muista palveluketjuista saatavaa tietoa
- Arvioidaan etukäteen aika- ja resurssitarve sekä nimetään alueiden yhteyshenkilöt, jotka pystyvät tulkitsemaan tietoa

- Sovitaan samankaltaisiin palveluihin yhtenäiset segmentointikäytännöt
- Otetaan käyttöön uusia segmentointityökaluja, kun työkalut kehittyvät
- Huolehditaan riittävä perehdytys ja koulutus sekä varmistetaan sitoutuminen eri tasoilla

- Asetetaan saavutettavissa olevat ja mahdollisimman konkreettiset tavoitteet ja toimenpiteet, joissa asiakas on keskiössä
- Sovitaan tavoitteiden seurannasta ja vastuuhenkilöistä

- Yhtenäiset kirjaamis- ja tilastointiohjeet
- Sovitaan mitattavan tiedon seurannasta eri tasoilla ja tehdään suunnitelma tiedon hyödyntämiseksi
- Tiedolla johtaminen on koordinoitua eri tasoilla

- Sovitaan yhtenäiset mallit mallinnukselle
- Mallinnusta tehdään yhdessä palveluketjujen koordinaattoreiden sekä ammattilaisten kanssa
- Asiakaspolkukuvaukset tehdään palvelumuotoilun keinoin

- Sovitaan yhtenäiset mallit mallinnukselle
- Mallinnusta tehdään yhdessä palveluketjujen koordinaattoreiden sekä ammattilaisten kanssa
- Asiakaspolkukuvaukset tehdään palvelumuotoilun keinoin

Lähteet

- Koivisto ym. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. 2020. THL:n julkaisu
- Sotepalvelujen integraatio. 2022. THL