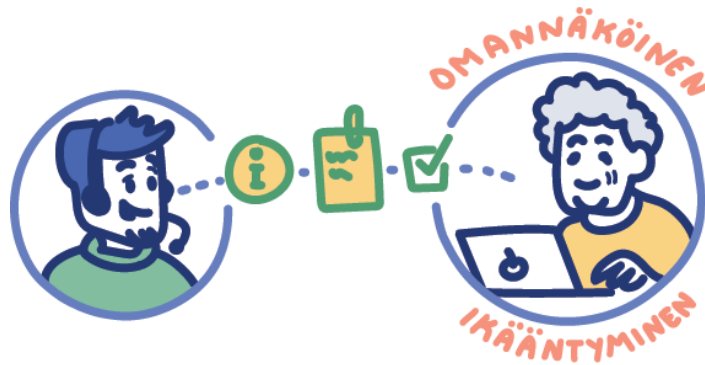


Ikäihmisten palveluiden asiakas- ja palveluohjaus

- yhdellä yhteydenotolla neuvonnasta arviointiin

Asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella vuosina 2022-2023



Loppuraportti

Joulukuu 2023

Ikä on POP-kehittämishanke

lina Aro, projektisuunnittelija, YTM

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

Pohde.fi

Sisällys

Johdanto.....	3
1 Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämisen tausta ja tarve.....	4
2 Kehittämistyön tavoitteet.....	7
3 Yhteenveto toimintamallin kehittämistyöstä.....	9
4 Asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli	13
4.1 Perustehtävän ja tavoitteiden määrittely.....	15
4.2 Asiakkaan ohjautuminen	16
4.3 Asiakassegmentointi ja tärkeimmät asiakasryhmät.....	17
4.4 Erityisen tuen tarpeen määrittely ja tunnistaminen.....	19
4.5 Palveluohjauksen ydinpalvelut.....	20
4.6 Asumisen ennakointi ja asuinolojen selvitys osana asiakas- ja palveluohjausta	21
4.7 Kumppanit - hyvinvointi- ja palveluverkostot.....	22
5 Kehittämistyön tulokset ja arviointi	24
5.1 Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus	24
5.2 Toimintamallin arviointi.....	26
5.3 Yhteenveto tuotoksista ja tuloksista.....	27
6 Johtopäätöksiä ja jatkosuunnitelma	29
Lähteet	33

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Kehittämistyön tavoitteet ja konkreettinen eteneminen	8
TAULUKKO 2. Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmät ja esihenkilöiden kokoontumiset	9
TAULUKKO 3. Listaus kehittämistyön työpajoista, webinaareista ja koulutuksista	11
TAULUKKO 4. Asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin arvioinnin mittarit	26

Johdanto

Tämä on asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin kehittämisen loppuraportti, joka on osa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen Ikä on POP-hanketta. Raportin tarkoituksena on kuvata toimintamallin kehittämisen prosessi, tarkoitus ja tavoitteet sekä arviointitulokset ja johtopäätökset. Raportissa on kuvattu toimintamalli lyhyesti ja sen yksityiskohtaisempi kuvaus löytyy raportin liitteistä (organisaation sisäisesti saatavilla). Ikä on POP-hankkeen keskeisin kohderyhmä on Pohjois-Pohjanmaalla asuvat ikääntyvät ihmiset. Hyvinvointialueen keskiössä on pohjoispohjalainen ihminen ja palveluiden painopiste peruspalveluissa ja varhaisessa ongelmien ehkäisyssä. Organisaatiouudistuksessa ja asiakas- ja palveluohjauksen kehittämistyössä on painotettu varhaista tukea, osallisuutta ja omaehtoista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Tärkeänä asiakas- ja palveluohjauksen kehittämisen kohderyhmänä on ollut kotona asuvat ikääntyvät, jotka eivät ole vielä säännöllisten palvelujen tarpeessa tai palvelujen käyttäjiä.

Ikäihmisten palveluiden palvelurakenne on ollut keventämistä ja monipuolistamista edistävän kehittämistyön tarpeessa. Tätä on edellyttänyt väestön ikärakenteen muutos, mutta myös hyvinvointialueuudistus ja toiminnan yhtenäistämistä ohjaavat strategiset linjaukset niin alueellisesti kuin kansallisestikin. Kehittämistyö on alusta alkaen ollut nivottuna hyvin kiinteästi varsinaiseen ikäihmisten palvelujen toimintaan ja hanketyön sisällöllisestä ohjauksesta on ollut vastuussa ikäihmisten toimialueelta erikseen nimetty vastuuhenkilö. Hanketyössä on tehty sellaisia toimenpiteitä, jotka olisi täytynyt joka tapauksessa ikäihmisten palvelujen toimialueella tehdä ja siten kehittämistyö on ollut luonteva osa hyvinvointialueen valmistelua ja organisaatiouudistuksen jälkeistä yhtenäistämistyötä.

1 Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämisen tausta ja tarve

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue on kansallisesti vertailtuna pinta-alaltaan toiseksi suurin ja alueella on 30 kuntaa. Nopeasti ikääntyvässä maakunnassa on tehtävä vaikuttavaa kehittämistyötä, jotta ikääntyvien kotona asumisen mahdollistamisen tarpeisiin pystytään vastaamaan yhdenvertaisesti ja tarkoituksenmukaisesti.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategia

PALVELULUPAUS

Hyvinvointi, terveys ja turvallisuus
– yhdessä tehden

ARVOT – HYVINVOINTIALUEEN TÄHDET

✦ Näemme **ihmisen**
✦ Kohtaamme **ammattitaidolla**
Edelläkävijänä **vaikuttavuudessa**



PAINOPISTEET JA STRATEGISET PERIAATTEET

Ihmistä varten



1. Osallisuus, varhainen tuki sekä omaehtoisen terveyden ja hyvinvoinnin parantaminen painottuvat.
2. Palvelut ovat tarpeenmukaiset ja lähellä monin eri tavoin.
3. Palvelujärjestelmä on yhteen sovitettu.

Vaikuttavasti yhdessä



4. Ennaltaehkäisevät ja perustason palvelut vahvistuvat.
5. Palvelujen verkostoa uudistetaan yhteistyössä kuntien, yritysten ja järjestöjen kanssa.
6. Kustannuskehitys vastaa rahoitusta.

Parhaat osaajat



7. Henkilöstö osallistuu ja kehittää vaikuttavaa toimintaa.
8. Hyvinvointialue on arvostettu työnantaja ja kouluttaja.
9. Johtaminen tukee henkilöstön työhyvinvointia ja osaamisen kehittämistä.

Rohkeasti uutta



10. Johtamis- ja toimintamallit uudistuvat.
11. Tieto, tutkimus ja käytännön kokeilut ohjaavat kohti vaikuttavia toimintamalleja.
12. Uudistaminen kuuluu kaikille.

Kuva 1. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategia

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategiassa (kuva 1) painotetaan osallisuutta, varhaista tukea sekä omaehtoista terveyden ja hyvinvoinnin parantamista. Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämistyöllä on vastattu strategian keskeisiin painopisteisiin. Omaehtoista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä tuetaan asiakkaan tarpeenmukaisella ja oikea-aikaisella matalan kynnyksen asiakas- ja palveluohjauksella.

Toimiva matalan kynnyksen neuvonta ja ohjaus ovat olennaisessa roolissa ikäihmisten palveluiden palvelurakenteen keventämisessä. Neuvonnan ja ohjauksen taustalla on osaava henkilöstö ja koko hyvinvointialueen kattava tietoperusta ikäihmisten hyvinvointia tukevista hyvinvointi- ja palveluverkostoista. Tämä on asettanut tarpeen kartoittaa ja kuvata alueen hyvinvointi- ja palveluverkostot; verkostojen näkyväksi tekeminen on yksi tärkeä tekijä niiden käyttöönottossa ja hyödyntämisessä

sekä asukkaiden että työntekijöiden näkökulmasta. On tarvittu tietoa matalan kynnyksen ennaltaehkäisevistä palveluista ja toiminnoista sekä tällä hetkellä hyvinvointi- ja palveluverkostosta puuttuvista asukkaiden tarpeiden mukaisista toiminnoista ja tuesta. Asiakkaiden kanssa tehtävissä lakisääteisissä palvelutarpeen arvioinneissa ja yksilöllisten palvelukokonaisuuden suunnittelutilanteissa on havaittu sellaisia tarpeita, joihin ei voida aina vastata lakisääteisten ikäihmisten palvelujen turvin. Asiakkaan edunmukaista on, että valikoimasta löytyy myös laajemmin muuta tukea ja toimintoja.

Moni tuen tai tiedon tarpeessa oleva ikäihminen tai hänen läheisensä saa tarvitsemansa avun matalan kynnyksen ohjauksen ja neuvonnan, keskitetyn asiakasohjauksen kautta. Tämä vapauttaa aikaa palveluohjauksen työlle ja yhteistyöhön sellaisten asiakkaiden kanssa, joiden tilanteet edellyttävät laajempaa arviointia, tukea ja yhteistyötä.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen aloittaessa toimintansa on ollut selkeä tarve ikäihmisten asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäistämistyölle, jotta kaikille hyvinvointialueen kuntien asukkaille voidaan turvata yhdenvertainen ja laadukas asiakas- ja palveluohjauksen palvelu sekä muut ikäihmisten palvelut. Lähtötilanteessa keskitettyä asiakasohjausta ei ole vielä ollut ja palveluohjauksen käytännöissä ja toimintamalleissa on ollut alueellisia eroavaisuuksia. Yhtenäistämistyössä on huomioitu se, että alueelliset erityispiirteet on tunnistettava osana toimintamallia ja työn tekemistä, mutta yhteiset koko alueen tasoiset raamit työlle tulee olla. Kehittämistyöllä on tuettu valmistelu- ja yhtenäistämistyötä ja samalla verkostoissa on tuotettu tietoa yhteisen toimintamallin rakentamiseksi.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveystieteiden järjestämissuunnitelma on olennaisesti ohjannut asiakas- ja palveluohjauksen kehittämistyötä ja kehittämisen tavoitteet on nostettu suoraan järjestämissuunnitelmasta. Järjestämissuunnitelma on uudistamisohjelma ja se pohjautuu hyvinvointialuestrategiaan. Tavoitteena on, että ikäihminen pystyy elämään ja asumaan kotona toimintakykyisenä ja turvallisessa ympäristössä. Kehittämistyöllä on vastattu järjestämissuunnitelmassa kuvattuihin tavoitteisiin, joita ovat mm. yhtenäisen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin luominen, palvelukohtaiset palvelupolkukuvaukset, erityistä tukea tarvitsevan iäkkään kuvaaminen ja hyvinvointi- ja palveluverkostojen kuvaaminen. Osa edellä kuvatuista järjestämissuunnitelman toimenpiteistä on sisällytetty asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalliin, mutta niiden kehittäminen on eriytetty vielä omiksi kokonaisuuksiksi, joista on vastannut omat vastuuprojektisuunnittelijat. Eri toimintamalleja on kuitenkin kehitetty tiiviissä yhteistyössä, sillä ikäihmisten palveluissa jokainen pienempi osa-alue on osa suurempaa kokonaisuutta.

TAVOITTEET	TOIMENPITEET	MITTARIT
<p>1 Päätavoite: Ikäihminen pystyy elämään ja asumaan kotona mahdollisimman toimintakykyisenä ja turvallisessa ympäristössä pitkään ja hän pystyy ylläpitämään mahdollisimman itsenäisesti terveyttään, hyvinvointiaan ja mielekästä elämää.</p> <p>Tavoitepeittävyudet (+75 v.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kotona asuu 94 % (nykytila 90,2 %), tavoite vuodelle 2023 on 92,5 % 		<ul style="list-style-type: none"> • Kotona asuvien 75-vuotta täyttäneiden %-osuus vastaavan ikäisestä väestöstä (K) • Yksinäisyyttä kokeneiden määrä (K)

Kuva 2. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveystalouden järjestämissuunnitelma 2023–2025, aluevaltuuston hyväksymä 17.10.2022

Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämistyötä on viety eteenpäin laatusuositusta (2020) mukailleen. Ikääntyvien kuntalaisten asumisen ennakkoinnin toimenpiteet ja asuinolojen arviointi osana toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointia on tunnistettu ja kuvattu osana asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallia laatusuosituksen linjausten mukaisesti. Myös ikäohjelmassa on kirjauksia asumisen ja asuinympäristöjen ikäystävällisyyden lisäämisestä (Ikäohjelma 2020).

Laatusuosituksessa ohjataan myös järjestämään asiakas- ja palveluohjaus mm. seuraavien periaatteiden mukaisesti: matala kynnys – yksi kynnys käynnistää prosessin, asioinnin on oltava helppoa; monipuoliset asiointikanavat, tieto alueella toimivista palveluntuottajista sekä järjestöjen toiminnasta tulisi olla saatavilla sähköisesti kaikille, erityisesti asiakasohjaajille, muodostaa asiakkaan palvelukokonaisuuden, johon sisältyy neuvontaa, palvelutarpeen arviointia, palvelupäätöksiä ja niiden toteutumisen seuranta. (Laatusuositus 2020) Asiakas- ja palveluohjauksen prosessin kuvaamisessa on lähdetty asiakaslähtöisesti siitä, että asiakas saa tarvitsemansa avun ja tuen yhdellä yhteydenotolla.

Ikäohjelman keskeisinä vaikuttavuustavoitteina on suunnata ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä parantavia toimia iäkkäälle väestölle ja riskiryhmille, pidentää ikääntyvien työikäisten toimintakykyä ja työuria, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa, lisätä ja mahdollistaa vapaaehtoistyötä, varmistaa iäkkäiden palvelujen yhdenvertaisuus, tehokkaampi koordinaatio ja taloudellinen kestävyys, lisätä asumisen ja asuinympäristöjen ikäystävällisyyttä ja nostaa esille suomalaista ikätekniikan kehittämistä ja hyödyntämistä (Ikäohjelma 2020). Yhtenäisen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin kehittämällä tavoitellaan iäkkäiden palvelujen yhdenvertaisuutta ja oikea-aikaisuutta sekä tunnistetaan toimintakykyä heikentävät riskitekijät.

2 Kehittämistyön tavoitteet

Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan

Työpaketti: Asiakas saa vaikuttavaa ja tarpeidensa mukaista ohjausta.

Hyvinvointialueen iäkäs tai hänen läheisenä saa tarpeensa mukaista asiakas- ja palveluohjausta yhtenäisellä tavalla koko hyvinvointialueella. Ohjausta toteutetaan useammalla tasolla ja asiakas saa yhdellä yhteydenotolla käynnistettyä prosessin yleisestä neuvonnasta ja ohjauksesta palvelutarpeen arviointiin sekä tarvittaessa intensiivisempään ohjaukseen. Tavoitteena on luoda uudenlainen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli, jossa hyvinvointi- ja palveluverkostot toimivat asiakkaan ja ammattilaisen tukena. Toimintamallin painopisteenä on hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukeva asiakas- ja palveluohjaus sekä asiakkaan palvelutarpeisiin oikea-aikaisesti vastaava intensiivisempi ohjaus.

1. Yhtenäisen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin luominen koko hyvinvointialueelle
2. Hyvinvointi- ja palveluverkostot asiakkaan ja ammattilaisen käytössä
3. Erityistä tukea tarvitsevan ikäihmisen ja omatyöntekijän työnkuvan määrittely
4. Keskeisten asiakasryhmien polkujen kuvaaminen ja asiakkaiden erityistarpeiden huomiointi

TAULUKKO 1. Kehittämistyön tavoitteet ja konkreettinen eteneminen

<p>Konkreettiset toimenpiteet mm: Yhtenäisen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin mallintaminen, jossa huomioidaan aiemman kehittämistyön pilotoinnit ja kansalliset hyvät käytännöt. Asiakas- ja palveluohjauksessa yhtenäistetään RAI-arviointimenetelmien käyttö ja tuetaan Pohjois-Pohjanmaan iRAI-osittaisarvioinnin käytön laajentamista. Hyvinvointi- ja palveluverkostojen kuvaamisen ja hyödyntämisen kehittämistyötä jatketaan virtuaalisen sotekeskuksen rakentamiseen keskittyvien osahankkeiden kanssa. Hyvinvointialueelle luodaan yhteinen erityistä tukea tarvitsevan ikääntyvän asiakkaan palveluja koordinoivan vastuutyöntekijän tehtäväkuva ja toimintamalli. Luodaan asiakasohjauksen toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoon hyvinvointialueelle laajennettava toimintamalli vuoden 2021 kehittämistyön jatkeeksi. Palvelutarpeen arvioinnin toimintamalliin sisällytetään uutena asumisen ennakointiin ohjaava työväline, jota kehitetään yhdessä Joustavan asumispalveluhankkeen ”Tutussa kodissa”-kanssa.</p>
<p>Tuotokset, tulokset ja vaikutukset: Tuotoksena syntyvän asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin toteutumisen tuloksena ja vaikutuksena on tukea asiakkaan asuminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, turvaten oikea-aikaiset palvelut, siirtäen ja/tai vähentäen säännöllisten palvelujen tarvetta. Asiakkaan tilanteeseen etsitään sopivat ennaltaehkäisevät, hyvinvointia tukevat ja terveyttä edistävät toiminnot ja/tai palvelut riippumatta siitä, ketkä ne tuottavat. Asiakas- ja palveluohjaus sisältää nk. etsivän työn elementtejä riskiasiakkaiden tunnistamiskyvyyden lisääntymisen myötä. Rinnalla kulkevaa intensiivistä palveluohjausta osataan vaikuttavasti toteuttaa paljon palveluja, säännöllisten ja/tai raskaampia palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla.</p>
<p>Seuranta ja arviointi: Palveluohjauksen vaikuttavuutta arvioidaan ja seurataan yhdessä sovitujen käytänteiden mukaisesti hyvinvointialueella. Hyödynnetään mm. toiminnanohjausjärjestelmästä saatavaa tietoa.</p>

(Kopio hankesuunnitelmasta)

3 Yhteenveto toimintamallin kehittämistyöstä

Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämistyö on toteutunut tiiviissä yhteistyössä laaja-alaisten verkostojen kanssa niin paikallisesti kuin kansallisestikin. Toimintamallin kehittäminen on kytketty hyvinvointialueen valmisteluun; järjestämisen, palvelutuotannon organisoimiseen, henkilöstöhallinnon, soteict-valmistelun ja osallisuus- ja yhdyspintatyöskentelyn kanssa. Edellä mainitut tahot ovat olleet mukana myös hankesuunnittelussa.

Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämistyö käynnistyi nykytilan kartoituksesta aiheittain ja sosiaalihuollon perusprosessin eri vaiheet eritellen. Ikäihmisten palveluohjausta tekeville lähetettiin kysely, jossa kartoitettiin laajasti heidän osaamista ja koulutustarpeita. Kyselyn pohjalta luotiin koulutussuunnitelmat hanketyön ajalle ja Ikä on POP-hankkeen järjestämät asiakas- ja palveluohjauksen lakikoulutukset toteutettiin 24.5. ja 13.9.2023. Palveluohjauksen nykytilan kartoituksen pohjalta aloitettiin toimintamallin yltäason luominen ja tunnistettiin huomioitavat rajapinnat.

Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä on koottu koko hyvinvointialueen ikäihmisten palveluohjausta tekevästä työntekijöistä (ikäkeskus ja omaishoidon keskus), heidän esihenkilöistä sekä asiantuntijoista ja kehittäjistä. Työryhmä on kokoontunut kahden viikon välein helmikuusta 2022 alkaen kesäkuuhun 2023 saakka. Syksyllä 2023 yhteistyöryhmän tapaamiset ovat toteutuneet suunnitellusti hieman harvemmin. Vuonna 2023 asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä on kokoontunut yhteensä 13 kertaa ja mukana on ollut myös asiakasohjauksen vastuuyksikköpääällikkö ja myöhemmin aloittaneet asiakasohjauksen palveluohjaajat. Työryhmälle on järjestetty kehittämis- ja yhtenäistämistyötä tukevia työpajoja ja esittelyitä liittyen esimerkiksi kotikuntoutukseen, gerontologiseen sosiaalityöhön, Oma-oloon sekä RAI-arviointiin. Taulukkoon 2 on listattu vuoden 2023 toteutuneet työryhmät sisältöineen ja osallistujamäärineen.

TAULUKKO 2. Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmät ja esihenkilöiden kokoontumiset vuonna 2023

Ajankohta	Sisältö	Osallistujamäärä
27.2.2023	Palveluohjauksen esihenkilöt; työkokous, palveluohjaajan työnkuva	

1.3.2023	Yhteistyöryhmän ensimmäinen tapaaminen, suunnitelma keväälle ja muut ajankohtaiset	28
15.3.2023	RAI-koulutus, Eeva Harjunpää-Hiltula	52
20.3.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäistämistyö, palveluohjauksen esihenkilöt	
29.3.2023	Kotikuntoutuksen tasot, Veera Kaarlela Palveluohjaajan työnkuva	28
12.4.2023	RAI-kertaus, Eeva Harjunpää-Hiltula	36
17.4.2023	Palveluohjauksen esihenkilöt: Asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäistämistyö	
26.4.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä: Ikäihmisten palvelujen käsikirjan yhteinen katsaus ja ikäihmisten palvelujen saatavuuden seuranta ja odotusajat	41
10.5.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä: Gerontologinen sosiaalityö, erityisen tuen tarve, loppukevään ohjelma	35
29.5.2023	Vyppien ja vappien yhteinen asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäistämistyöryhmä	
31.5.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä; Järjestöjen ja seurakuntien toiminta asukkaiden ja työntekijöiden käyttöön, Helena Liimatainen, suunnitelmallinen sosiaaliohjaus palveluohjauksessa/kartoitusta, keskustelu riskiasiakkuuksista	28
7.6.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä; asiakasmaksuyksikön esittely ja asiakasmaksut Yhteistyöryhmän päätöskysely	42
30.8.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä; syksyn 1. kokouksen toiminta, kumppanuustoiminta ja asiakas- palveluohjauksen perustehtävän/prosessin kertaus	39
20.9.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä; asiakasohjauksen kuulumiset, päivätoiminta asiakas- ja palveluohjauksen näkökulmasta	46
1.11.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä; Kotikuntoutus ja ohjautuminen	26

15.11.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä; Vammais-palvelut ja ohjautuminen Pohteella	64
22.11.2023	Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä; päivätoi-minnan suositukset, luonnos asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallikuvauksesta	26

Hankkeen aikana on tehty yhteistyötä mm. kotikuntoutuksen, päivätoiminnan, vertaiskehittämisen, SBM toiminnanohjausjärjestelmän, sähköisen neuvonnan ja asiointin alustan, RAI-arvioinnin ja vertaiskehittämisen, Tutussa Kodissa – hankkeen, gerontologisen sosiaalityön, mielenterveys- ja muistiasiakkaan sekä geriatrisen keskuksen kehittämisen kanssa. Gerontologisen sosiaalityön toimintamallin kehittämisen kanssa järjestettiin yhteistyössä erityisen tuen tarvetta ja omatyöntekijän työnkuvaa koskevat työpajat. Tämän työskentelyn pohjalta on laadittu erityisen tuen tarpeen arvio -lomake tunnistamisen työkaluksi ikäihmisten palvelujen henkilöstölle, jota on kokeiltu ja täydennetty keväällä 2023 osana gerontologisen sosiaalityön toimintamallin kehittämistä. Kooste työpajoista, webinaareista ja koulutuksista on nähtävissä taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Listaus kehittämistyön työpajoista, webinaareista ja koulutuksista

Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmät,	Kokoontumiset säännöllisesti koko hankekauden ajan
Valtakunnallinen (epävirallinen) asiakas- ja palveluohjauksen verkosto	Kokoontumiset säännöllisesti kuukausittain koko hankekauden ajan
Yhteistyössä Tutussa kodissa hankkeen kanssa järjestetty korjaus neuvonnan- ja avustusten webinaari	Syksy 2022
Gerontologisen sosiaalityön toimintamallin kehittämisen kanssa yhteistyössä erityisen tuen tarvetta ja omatyöntekijän työnkuvaa koskevat työpajat	Syksy 2022
Hyvinvointi- ja palveluverkostojen kuvaamiseen liittyvät alueelliset tilaisuudet (Koillismaa, Lakeus, Oulunkaari, Oulun eteläinen, rannikko) → työ jatkunut	2022-2023

vuonna 2023 osana kumppanuuskoorinaattori -toiminamallin kehittämistä	
Asiakas- ja palveluohjauksen/ikäihmisten palveluiden työpajat hybriditoteutuksena Oulussa, osallistujina palvelualuejohtajia, vastuualuepäälliköitä, vastuuyksikköpäälliköitä, henkilöstöä ja projektisuunnittelijoita	Syksy 2022- kevät 2023
Kohtaamisen webinaari, luennoitsijana toimi Sauli Suominen Suomen palveluohjaus ry:stä.	14.12.2022
Ikä on POP-hankkeen järjestämät asiakas- ja palveluohjauksen lakikoulutukset	05/2023 ja 09/2023

Kehittämistyön viestinnässä on edetty laajan hankkeen viestintäsuunnitelmaa noudattaen, joka on myös elänyt hanketyön ja muuttuvien tarpeiden mukana. Yhteistyö ja eri työryhmät ulkoisten ja sisäisten sidosryhmien kanssa ovat olleet luontevia viestinnän keinoja ja kanavia toimintamallin kehittämistyössä. Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmä ja sähköpostilista ovat olleet keskeisimpiä kehittämistyön viestinnän keinoja ja ne ovat palautteenkin perusteella toiminut hyvin (LIITE 8). Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmästä saadut kokemukset ovat olleet rohkaisevia ja osoittanut työryhmän tarpeen myös osana hyvinvointialueen toimintaa. Lisäksi kehittämistyötä on esitelty kehittämisen eri vaiheissa ikäihmisten palvelujen toimialueen henkilöstölle ja johdolle, järjestöverkostoille, muille hyvinvointialueille ja kehittäjille, kansallisissa yhteistyöryhmissä ja sosiaali- ja terveysministeriön koollekutsumissa yhteistyöpalaverissa. Osallisuustilaisuudet eri kunnissa ja vierailut ikäihmisten kohtaamispaikoissa viestinnän keinoina ovat tarjonneet luontevia paikkoja yhteisille keskusteluille ja tiedon lisäämiselle myös kuntalaisten kanssa. Kehittämistyössä laaditut materiaalit on viety henkilöstön katseltavaksi ja hyödynnettäväksi Teamsin materiaalipankkiin ja Innokylään, joiden kautta on myös tehty kehittämistyötä näkyväksi.

4 Asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli

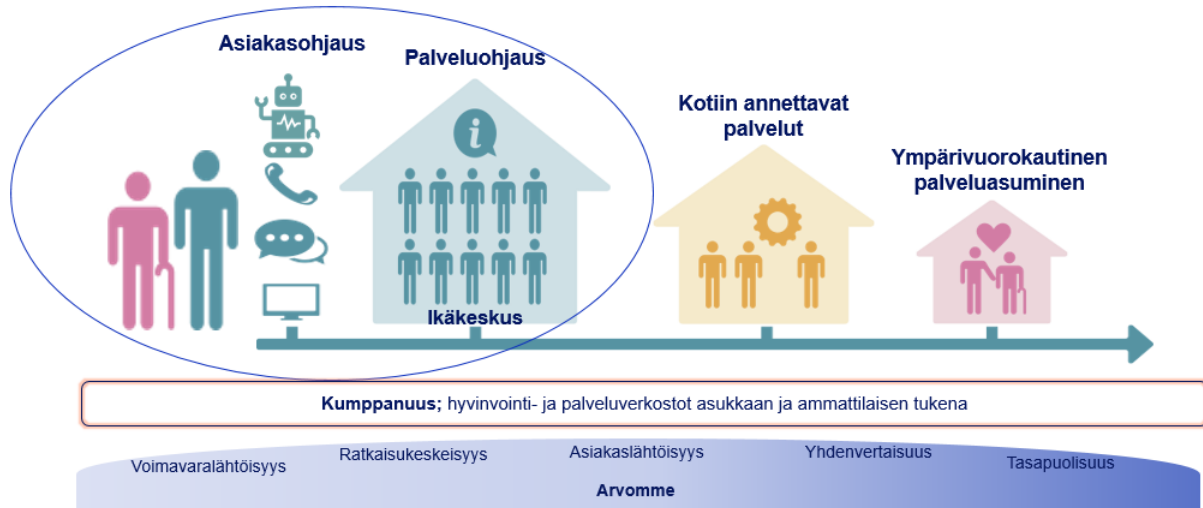
Toimintamalli sisältää

- Ensivaiheen neuvonnan ja asiakasohjauksen
 - Palveluohjauksen
 - Säännöllisen palvelun asiakkuuden
1. Matalan kynnyksen asiakas- ja palveluohjauksessa, asiakas ja/tai hänen läheisensä saa tarvitsemansa neuvonnan ja ohjauksen yhdellä yhteydenotolla. Yhteydenoton voi tehdä erilaisten yhteydenottokanavien kautta. Jos ensivaiheen neuvonta ja ohjaus eivät ole riittäviä arjen tilanteeseen, tehdään ensiarvio ja asiakas ohjataan palveluohjaukseen.
 2. Palveluohjaus perustuu moniammatilliseen palveluntarpeen arviointiin, jossa RAI-arviointi toimii asiakas- ja palveluohjauksen työvälineenä. Intensiivistä ohjausta tarvitaan, jos asiakkaalla on useita ja/tai pitkäaikaisia palvelutarpeita. Säännöllisen palvelun asiakkaalle nimitään aina omatyöntekijä.
 3. Toimintamallin tavoitteena on vähentää/siirtää säännöllisten palvelujen tarvetta, huomioiden asiakkaiden yksilölliset tarpeet sekä vahvistetaan asiakkaan osallisuutta ja omasta terveydestä sekä hyvinvoinnista huolehtimisesta. Monitoimijaiset hyvinvointi- ja palveluverkostot ovat asukkaan ja ammattilaisen tukena, joista löytyy uusia, monipuolisia ja laajenevia ratkaisua ennaltaehkäiseviin palveluihin.
 4. Mallin painopisteenä on hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukeva asiakas- ja palveluohjaus ennen säännöllisiä palveluja.

Toimintamalli tarjoaa yhtenäiset toimintatavat järjestää ja toteuttaa asiakas- ja palveluohjausta painottaen varhaista tukea ja ennaltaehkäisyä sekä työkaluja ja keinoja sosiaalihuollon prosessin eri vaiheisiin.

Yhtenäinen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli

Tavoitteena on tukea ja helpottaa ikääntyneiden elämää omassa asuin- ja kotiympäristössä sekä sujuvoittaa palvelujen tarkoituksenmukaista kohdentumista keskitetyn koordinoinnin avulla



Kuva 3. Yhtenäinen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli

Asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallikuvaus sisältää seuraavat

- Perustehtävän ja tavoitteiden määrittely
- Asiakkaan ohjautuminen
- Asiakassegmentointi ja tärkeimmät asiakasryhmät
- Riskiasiakkaat
- Erityisen tuen tarpeen määrittely ja tunnistaminen
- Asiakas- ja palveluohjauksen prosessi ja sen vaiheet
- Palveluohjauksen ydinpalvelut
- Kiireellisen avun tarve
- Asumisen ennakointi ja asuinolojen selvitys osana asiakas- ja palveluohjausta
- Yhteydenottokanavat
- Työvälineet
- Kumppanit; hyvinvointi- ja palveluverkostot
- Roolit ja vastuut
- Jatkokehittämistarpeet

Kts. LIITE 1 Asiakas- ja palveluohjauksen laaja toimintamallikuvaus ja LIITE 2 Ikäihmisten palveluiden käsikirja

Seuraavissa alaluvuissa on kuvattu yhtenäiseen asiakas- ja palveluohjaukseen kuuluvista osioista seuraavat: perustehtävän ja tavoitteiden määrittely, asiakkaan ohjautuminen, asiakassegmentointi ja tärkeimmät asiakasryhmät, erityisen tuen tarpeen määrittely ja tunnistaminen, palveluohjauksen ydinpalvelut ja asumisen ennakointi ja asuinolojen selvitys osana asiakas- ja palveluohjausta. Hyvinvointi- ja palveluverkostot ovat kiinteä osa ikäihmisten palveluketjua ja niiden merkitys korostuu etenkin palveluketjun kärjessä asiakas- ja palveluohjauksessa. Kumppanuuksien luomisesta ja hyvinvointi- ja palveluverkostojen kuvaamisesta on vastannut vuoden 2023 aikana oma vastuuprojektisuunnittelija ja työparina on toiminut asiakas- ja palveluohjauksen sekä gerontologisen sosiaalityön kehittäjä. Tässä luvussa kuvataan myös lyhyesti kumppanuusverkostojen perusajatusta vastuuprojektisuunnittelijan laatimana.

Muut yhtenäisen asiakas- ja palveluohjauksen osiot on kuvattu yksityiskohtaisesti liitteissä 1 ja 2, jotka ovat kokonaisuudessaan organisaation sisäisesti saatavilla ja käytettävissä.

4.1 Perustehtävän ja tavoitteiden määrittely

Tavoite

- Tavoitteena on siirtää painopiste ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävään suuntaan, vähentää säännöllisten palvelujen tarvetta sekä siirtää raskaisiin palveluihin siirtymistä
- Yhdenvertainen ja laadukas, matalan kynnyksen asiakas- ja palveluohjaus asuinpaikasta riippumatta koko hyvinvointialueella
- Asiakas saa tarpeenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut sekä tuen samasta paikasta

Palvelukuvaus

- Tehtävänä on hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukeva asiakas- ja palveluohjaus ennen säännöllisiä palveluja. Palveluohjauksessa tuetaan asiakkaan itsehoitoa ja varhaisen tuen saamista sekä pyritään tunnistamaan riskiasiakkuuksia.
- Asiakas- ja palveluohjauksessa työskentelee moniammatillinen tiimi, joka voi koostua mm. seuraavista ammattilaisista: sairaanhoitaja, geronomi, sosionomi, sosiaalityöntekijä, fysio- ja toimintaterapeutti.

- Palveluohjauksessa tehdään yhdessä asiakkaan ja verkoston kanssa laaja-alainen palvelutarpeen arvio, jossa huomioidaan asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja voimavarat sekä vahvistetaan osallisuutta ja omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista. Asiakkaiden toimintakykyä ja voimavaroja tarkastellaan monipuolisesti ja luotettavasti RAI (Resident Assessment Instrument) -järjestelmän avulla.
- Palvelutarpeen selvittämisen perusteella asiakkaan kanssa mietitään yhdessä hänen tarvitsemansa palvelut ja tuki (esim. omaiset, kolmas sektori, yksityiset ja julkiset palvelut) sekä järjestetään tarvittavat palvelut eli laaditaan asiakassuunnitelma ja tehdään viranhaltijapäätökset.
- Asiakas- ja palveluohjauksen vaikuttavuutta ja prosessin laatua seurataan eri menetelmiä hyödyntäen.

4.2 Asiakkaan ohjautuminen

Ensivaiheen neuvonta ja asiakasohjaus

Asiakas tai puolesta-asioija tarvitsee neuvontaa ja ohjausta arjen tilanteeseen, ja he ottavat yhteyttä matalan kynnyksen neuvontaan ja ohjaukseen **eri yhteydenottokanavien kautta**.

Neuvonta ja ohjaus

Asiakas saa neuvontaa ja ohjausta muun muassa **hyvinvointi- ja palveluverkoston** toiminnoista ja palveluista. Jos ensivaiheen neuvonta ja ohjaus eivät ole riittäviä arjen tilanteeseen, asiakasohjaus **tekee ensiarvion** ja asiakas ohjataan tarkempaan **palvelutarpeen arviointiin** ikäkeskuksen tai omaishoidon keskuksen palveluohjaukseen. Asiakas voidaan ohjata asiakasohjauksesta myös muiden ammattilaisten tai palveluiden piiriin.

Asiakas ohjautuu palveluohjaukseen yhteydenoton perusteella asiakasohjauksesta, muusta yksiköstä tai hakemuksella tai huoli-ilmoituksella. Ammatilainen tekee arvion tuen tarpeen **kiireellisyydestä** ja on asiakkaaseen yhteydessä sekä sopii palvelutarpeen arviointiajan.

Säännöllisiin palveluihin ja arvioivalle kotikuntoutusjaksolle ohjaututaan kiireettömissä tilanteissa keskistetysti ikäkeskuksen/omaishoidon keskuksen palveluohjauksen kautta. Ohjautuminen kuvattu **kuvassa 4**.



Kuva 4. Asiakkaan ohjautuminen ikäihmisten palveluketjussa

4.3 Asiakassegmentointi ja tärkeimmät asiakasryhmät

Asiakassegmentoinnilla tarkoitetaan tässä käsikirjassa asukkaiden ja asiakkaiden ryhmittelyä samankaltaisten palvelutarpeiden perusteella. Asiakassegmentit toimivat palvelujen järjestämisen ja yhteensovittamisen työkaluna sekä ohjaavat asiakkaan tarpeenmukaisen moniammatillisen tiimin kokoamisessa ja vastuutyöntekijän määrittelyssä. Segmentoinnin avulla ammattilaiset arvioivat yhdessä, miten asiakasta voidaan tukea. On tärkeä huomioida, ettei segmentit välttämättä ole toisiaan poissulkevia, ja ne voivat olla muuntuvia. (Koivisto, Liukko, Tiirinki & Lyytikäinen 2020)

Asiakas- ja palveluohjauksen asiakassegmentit

Tärkein asiakasryhmä:

Eläköitynyt kotona asuva henkilö. Hänellä ei ole säännöllistä tuen tarvetta. Toimintakyky on hyvä, mutta työelämän jälkeen arjen sisällöt ovat vähentyneet. Tuen tarve ei ole iso, mutta on olemassa riskejä esimerkiksi yksinäisyys tai masennus, jonka vuoksi on tarve matalan kynnyksen toimintaan

sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseksi. Asiakas on aktiivinen toimija ja perus digiosaaminen on työelämän aikaan saamana. Tavoitteena on osallisuus ja aktiivinen arki.

Ikääntyvä kotona asuva henkilö. Hänellä ei ole vielä säännöllistä tuen tarvetta. Toimintakyky on varsin hyvä. Tuen tarve ei ole iso, mutta on jo olemassa riskejä, kuten kaatumiset ja heikko lihaskunto. Tarvitsee tukea toimintakyvyn ylläpitoon. Tarve on myös saada arkeen sisältöjä ja ohjausta sopivien toimintojen tai harrastusten pariin. Asiakas on aktiivinen toimija. Perus digiosaaminen on työelämän tai oman kiinnostuksen aikaansaama. Tavoitteena toimintakyvyn ylläpitäminen ja vanhuuteen varautuminen.

Ikääntynyt kotona asuva henkilö. Hänellä on alkavaa tuen tarvetta kotona asumisen turvaamiseksi. Toimintakyky on heikentynyt. Tuen tarve on lievää tai se on alkanut äkillisesti esimerkiksi sairastumisen seurauksena. Tarvitsee tukea kotona asumisen sujumiseen ja arjen turvaamiseen. Asiakkaan omaisilla on rajalliset mahdollisuudet tukea asiakkaan kotona asumista tai asiakkaan läheinen toimii auttajana. Tavoitteena on kotona asumisen tukeminen.

Muut segmentit:

lääkkäillä henkilöllä on runsas säännöllinen tuen tarve ja toimintakyky on alentunut merkittävästi. Tarvitsee tukea kotona asumisen mahdollistamiseksi, ohjausta ja palveluita toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Itsenäisiä digitaitoja ei ole tai toimintakyky on heikentynyt. Tavoitteena on kotona asumisen tukeminen.

Puolesta-asioija kaipaa tietoa palveluista, joita läheisellä on mahdollista saada tai haluaa tehdä huoli-ilmoituksen.

Ammattilainen yhteisasiakkuudet, huoli-ilmoitukset.

Keskeiset asiakasryhmämme ovat yli 65-vuotiaat tuen tarpeessa olevat;

- Riski- ja huoliasiakkaat
- Asiakkaat, joita kohtaa äkillinen elämänmuutos
- Erityisen tuen tarpeessa olevat asiakkaat
- Muistisairaat
- Omaishoitoperheet
- Mielenterveysasiakkaat

- Päihdeasiakkaat
- Monipalveluasiakkaat

4.4 Erityisen tuen tarpeen määrittely ja tunnistaminen

Sosiaalihuoltolaissa erityistä tukea tarvitsevilla henkilöllä ja asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveystalvuuksia kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön tai muun riippuvuuskäyttäytymisen, usean yhtäaikaisten tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi. Korkeaan ikään liittyvä tuen tarve ei yksistään ole erityisen tuen tarpeen syy. Iäkkäiden asiakkaiden kohdalla erityisen tuen ja sosiaalityön tarve liittyy käytännössä usein kaltoinkohteluun tai kaltoinkohtelupäilyyn, riippuvuuksiin, vaikeisiin asumisen tai elämänhallinnan haasteisiin, kuolemaan, puuttuvaan läheisverkostoon tai monimutkaisiin ja päällekkäisiin haasteisiin iäkkään henkilön elämässä.

Erityisen tuen tarpeessa olevan henkilön tunnistaminen kuuluu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tunnistaminen korostuu erityisesti asiakas- ja palveluohjauksessa, jossa käsitellään iäkkäitä henkilöitä koskevat ilmoitukset, yhteydenotot ja palvelutarpeen arviointipyyntö. Erityisen tuen tarpeen tunnistamisen tukena voidaan hyödyntää erilaisia työkaluja. Jokaisen asiakkaan kohdalla on yksilöllisesti arvioitava erityisen tuen tarve osana palvelutarpeen arviointia.

Erityistä tukea tarvitsevan henkilön omatyöntekijän tai hänen kanssaan asiakastyötä tekevän työntekijän on oltava sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu sosiaalityöntekijä (21.12.2016/1347.) Erityistä tukea tarvitsevan henkilön palvelutarpeen arvioinnista vastaa virkasuhteessa oleva sosiaalityöntekijä. Erityisen tuen tarpeessa olevat iäkkäät tarvitsevat usein suunnitelmallista ja pitkäjänteistä sosiaalista muutostyötä sekä psykososiaalista tukea. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden edun toteutumiseen.

Erityisen tuen tarpeen arvio -lomake;

https://innokyla.fi/sites/default/files/2023-09/Erityisen%20tuen%20tarpeen%20arvio%20-lomake%20p%C3%A4iv.150923_1.pdf

Ohjeistusta työntekijälle -erityisen tuen tarpeessa olevat ikäihmiset;

https://innokyla.fi/sites/default/files/2023-11/Ohjeistusta%20ty%C3%B6ntekij%C3%A4lle_erityisen%20tuen%20tarve_0.pdf

4.5 Palveluohjauksen ydinpalvelut

- **Ydinpalvelulla** tarkoitetaan niitä palveluja, joissa palveluohjaaja vastaa palvelutarpeen arvioinnista.
- **Palvelutarpeen arviointi** voidaan tehdä palvelusta riippuen palveluohjaajan tekemänä, palveluohjaajan ja toisen ammattilaisen yhteistyönä tai moniammatillista tiimiä hyödyntäen, jonka osana palveluohjaaja on.
- **Viranhaltijapäätöksien teko** kuuluu palveluohjaajalle suurimmassa osassa ydinpalveluita. Huom. Käytännöissä alueellisia eroja, jotka poikkeavat vielä tavoitetilasta

Tukipalvelut

- Siivouspalvelu
- Kylvetyspalvelu
- Asiointipalvelu
- Vaatehuoltopalvelu
- Ateriapalvelu
- Kuntouttava päivätoiminta
- Liikkumista tukevat palvelut (Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu)
- Turva-auttamispalvelu

Kun tunnistetaan säännöllisen kotihoidon tarve;

- Moniammatillinen arvioiva kotikuntoutus → Huom. Arvioiva kotikuntoutus on osa palvelutarpeen arviointia!
- Arvioiva kotikuntoutus yksikössä
- Tilapäinen ja säännöllinen kotihoito
- Omaishoidontuki

Asumispalvelut

- Lyhytaikainen palveluasuminen
- Perhehoito
- Yhteisöllinen asuminen
- Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

4.6 Asumisen ennakointi ja asuinolojen selvitys osana asiakas- ja palveluohjausta

Sosiaalisen ja fyysisen ympäristön esteettömyys luo perustaa ikääntyvien asukkaiden hyvinvoinnille, turvallisuudelle ja itsenäiselle elämälle. On olennaista tarjota tukea oman asumisen ennakointiin ikääntymisen myötä. Asumisen ennakointi on ennakoivaa ohjausta ja neuvontaa. Ennakointiin liittyy oman asunnon ja sen lähiympäristön turvallisuuden arviointi hyvissä ajoin ennen toimintakyvyn heikentymistä. Asuminen on tärkeä ottaa asiakaskohtaisissa puheeksi. Asumiseen ja asumisen ratkaisuihin liittyvät asukkaan toimintakyky, ympäristön esteettömyys, palvelujen saatavuus, taloudellinen hyvinvointi, läheisverkosto ja sosiaaliset suhteet.

Palveluohjauksen RAI-osittaisarviointi sisältää kotiympäristön arviointiin liittyviä kysymyksiä. RAI-arvioinnin ohella asuin- ja kotiympäristön tarkastelussa voi olla tarpeen tilanteen mukaan hyödyntää myös muita lomakkeita/mittareita.

Asuinympäristön tarkastelussa hyödynnettäviä tarkistuslistoja ammattilaisten ja asiakkaiden käyttöön

Ensivaiheessa:

- [Vanhustyön keskusliiton kodin turvallisuuden tarkistuslista](#)

Perusteellisempaa arviota edellyttävät:

- [Kotitapaturman kodin turvallisuuden tarkistuslista](#)
- [Kodinturvaopas2018/04/Kodin-turvallisuuden-tarkistuslista.pdf](#)
- [Invalidiliiton esteettömän asumisen tarkistuslista](#)
- [IKINÄ -ympäristön tarkistuslista](#)

Testaa miten hyvin asuntosi vastaa tulevia tarpeitasi

- [Asumisen pikatesti - AsumisenApu](#)

Korjausneuvonta

[Vanhustyön keskusliitto](#)

Vanhustyön keskusliiton korjausneuvoja Jari Mustonen (Pohjois-Pohjanmaa), puh. 040 516 6738, jari.mustonen@vtkl.fi:

https://vtkl.fi/wp-content/uploads/2023/01/VTKL_korjausneuvontaa_henk_koht_esite_2022_Jari_Mustonen.pdf

Avustukset

ARAn korjausavustukset

Kaupunkien ja kuntien omat hissi- ja esteettömyysavustukset

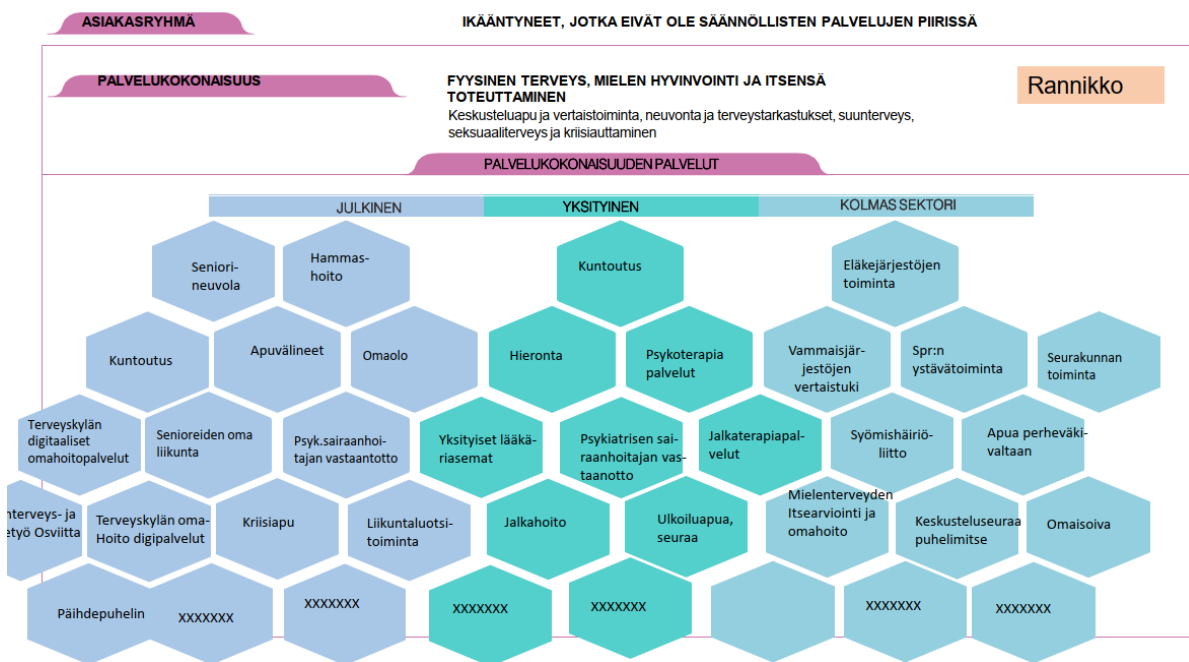
Muuta lisätietoa

Esteetön koti ja ympäristö

https://innokyla.fi/sites/default/files/2022-12/EsteetonKoti_Graafi_.pdf

4.7 Kumppanit - hyvinvointi- ja palveluverkostot

Kumppanuusverkosto koostuu Pohteen ammattilaisista, kuntien ja seurakuntien työntekijöistä, järjestö-, yhdistys- ja vapaaehtoistoimijoista, yrityksistä sekä oppilaitosyhteistyöstä. Verkosto toimii kumppanuuspöytien kautta. Kumppanuusverkostot mahdollistavat monipuoliset, koordinoitujen ja ajantasaiset **hyvinvointi- ja palveluverkostot** ikäihmisten ja ammattilaisten käyttöön.



Kuva 5. Hyvinvointi- ja palveluverkoston palvelukokonaisuus; fyysinen terveys, mielen hyvinvointi ja itsensä toteuttaminen

Alueellisten hyvinvointi- ja palveluverkostojen palvelut ja toimijat on jaoteltu 11 eri palvelukokonaisuuden alle. Kuvassa 2 fyysinen terveys, mielen hyvinvointi ja itsensä toteuttaminen -palvelukokonaisuus, joka sisältää esimerkiksi keskusteluapua ja vertaistoimintaa, neuvontaa ja terveystarkastuksia, suunterveyden ja seksuaaliterveyden sekä kriisiauttamisen. Palvelukokonaisuuden palvelut

on pilkottu julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluihin ja eri palvelujen alle on kerätty kunkin sektorin alueelliset toimijat. Tämä helpottaa ja edistää asiakkaiden tarpeisiin vastaavien palvelujen ja toimintojen löytämistä, ja kysynnän ja tarjonnan kohtaamista.

Hyvinvointi- ja palveluverkostoaineisto on laaja ja sen sujuva käyttö arjen työn osana edellyttää perehtymistä työkaluun, joka etenee parhaiten hyödyntämällä sitä suoraan asiakastyössä. Asiakkaiden käyttöön hyvinvointi- ja palveluverkostoaineisto ei vielä sellaisenaan sovellu, mutta jatkokehittämällä siitä voidaan saada myös asiakkaiden käyttöön soveltuva ja saavutettava.

Kumppanuusverkostojen toiminta on ennakoivaa ja etsivää vanhustyötä. Verkostojen kautta tavoitetaan tukea tarvitsevia ikäihmisiä ja voidaan järjestää heille arjen tukea oikea-aikaisesti. Yhteistyön avulla tunnistetaan ikäihmisten erityistilanteet ja ennaltaehkäisevässä työssä voidaan hyödyntää verkostojen osaamista ja hyvinvoinnin tukea. Kumppanuusverkosto edistää ja kehittää myös **matalan kynnyksen toimintaa osaksi ikäkeskusta**, jolloin ikäihmisten toimijuus vahvistuu. Ikäihmiset saavat tietoa mm. arjen tuesta ja hyvinvointia edistävästä elintavoista. Ikäihmisille tarjoutuu mahdollisuus vertaisoppimiseen ja aktiiviseen toimintaan sekä osallisuuden lisääntymiseen, joka on tärkeää ennaltaehkäisyä.

Kumppanuuskoordinaattori rakentaa ja ylläpitää ikäihmisten verkostoja sekä koordinoi kumppanuusverkoston toimintaa

- Huolehtii ikäkeskuksen kunta-, oppilaitos-, yhdistys-, järjestö-, ja seurakuntayhteistyön suunnittelusta, rakentamisesta, koordinoimisesta, ylläpitämisestä ja kehittämisestä, ja toimii yhdyshenkilönä näiden toimijoiden ja alueen ikäkeskusten välillä
- Rakentaa ja ylläpitää ikäihmisten alueellista hyvinvointi- ja palveluverkosta
- Tukee ikäkeskuksen ammattilaisia asiakkaiden ohjaamisessa hyvinvointi- ja palveluverkoston toimintoihin ja palveluihin
- Perehdyttää toimintamallin toimijoita toimintamallin käyttöönotossa
- Tekee yhteistyötä hyvinvointialueen muiden toimijoiden kanssa
- Työskentelee alueen asiakasohjauksessa/ikäkeskuksessa osana asiakas- ja palveluohjausta
- Alueellinen tiedottaminen ja viestintä

Kumppanuusverkostojen kehittämisestä ja toimintamallin rakentamisesta on laadittu oma raporttinsa ja toimintamallikuvauksensa, joka tämän raportin liitteissä.

5 Kehittämistyön tulokset ja arviointi

5.1 Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Yhtenäinen asiakas- ja palveluohjauksen prosessi selkiyttää, helpottaa ja tehostaa ammattilaisten työtä, kun yhteiset raamit palvelun toteuttamiselle on luotu ja arjen työssä ei tarvitse jokaisessa prosessin vaiheessa lähteä etsimään tietoa useasta eri paikasta. Näin vältetään myös päällekkäistä työtä ja niin sanottua hukkaa. Selkeät toimintatavat, kriteerit ja prosessit edistävät myös työntekijöiden työssä jaksamista. Yhtenäisen toimintamallin kautta hyvinvointialueen kunnissa asuvat asukkaat saavat laadukasta yhdenvertaista ohjausta ja neuvontaa asuinpaikasta riippumatta sekä oikea-aikaiset palvelut. Asiakas- ja palveluohjaus toimii ikäihmisten palveluketjujen kärjessä ja on siten merkittävässä roolissa kysynnän ja tarjonnan ohjaajana, erityisryhmien tunnistajana ja varhaisen tuen saamisen sekä ennaltaehkäisyn edistäjänä. Kehittämistyössä on tehty asiakas- ja palveluohjauksen lukuisat yhdyspinnat näkyväksi ja kirjattu ne osaksi toimintamallikuvausta. Sen lisäksi eri yhdyspinnat ovat olleet kehittämistyössä vahvasti läsnä ja asiakas- ja palveluohjauksen henkilöstölle on järjestetty infoja, koulutuksia ja työpajoja, jotka ovat olennaisia työn kannalta. Tiivis yhteistyö henkilöstön ja johdon kanssa on myös välillisesti edistänyt yhtenäisen toimintamallin käyttöönottoa. Ikäihmisten palveluiden käsikirjassa ja rannikon alueen hyvinvointi- ja palveluverkostokuvauksessa konkretisoituu palveluiden ja toimintojen laaja kenttä osana asiakas- ja palveluohjausta.

Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämistyössä on pitkälti päästy kehittämistyölle asetettuihin tavoitteisiin. Tavoitteet ja painopisteet ovat kuitenkin eläneet hankekauden aikana ikäihmisten palvelujen toimialueen tarpeiden ja linjausten mukana. Tämän ansiosta hanketyö on ollut hyvin sulautuneena toimialueen työhön. Asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallia ei ole virallisesti vielä hyväksytty hyvinvointialueen viralliseksi toimintamalliksi, mutta toimintamallikuvaus jää toimialueen johdon jatkotyöstettäväksi ja tarkennettavaksi vielä joidenkin yksityiskohtien osalta. Asiakas- ja palveluohjauksen prosessi noudattelee jo nyt toimintamallin mukaista kuvausta, mutta alueellisia eroja yhä on ja toimintamalliin liittyvien painopisteiden kirkastamista osana prosessin konkreettista asiakastyötä tarvitaan. Vaikka toimintamallia ei ole vielä sellaisenaan virallisesti hyväksytty Pohteen malliksi, on siihen liittyviä tuotoksia jo käytössä eri alueilla (esimerkiksi ikäihmisten palveluiden käsikirja erityisen tuen tarpeen arvio -lomake). Keskitetyn asiakasohjauksen laajeneminen on näköpiirissä

ja tähän liittyen valmistelemaa työtä on tehty hankkeessa ja myöhemmin yhteistyössä asiakasohjauksen vastuuyksikköpäällikön kanssa.

Keskeiset hyödyt:

1. Asiakkaiden näkökulmasta

- Yksi yhteydenotto riittää
- Monipuoliset yhteydenottokanavat
- Matala kynnys
- Voimavarat ja yksilölliset tarpeet tunnistetaan
- Voimavaroja tukevan työtteen ja varhaisen tuen kautta enemmän elämänlaatua ja toimintakykyä vanhuusvuosiin
- Nykyistä monipuolisempi hyvinvointi- ja palveluverkosto, tarpeenmukaista tukea
- Yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut asuinpaikasta riippumatta
- Oikeat palvelut oikeaan aikaan

2. Henkilöstön näkökulmasta

- Moniammatillinen yhteistyö, yhdessä tekeminen – yhteiset tavoitteet ja asiakkaat vastuuyksiköstä tai toimialueesta riippumatta → Yhteisövaikuttavuuden viitekehys
- Selkeät asiakaspolut ja segmentit sujuvoittavat perustyötä ja asiakkaiden tilanteiden koordinoitua
- Laaja-alainen näkemys palveluista ja eri tukitoimista sekä niiden saatavuudesta
- Palveluista ja asiakaspoluista viestiminen on selkeää ja yhdenmukaista

3. Hyvinvointialueen näkökulmasta

- Raskaampien palvelujen tarve siirtyy tai poistuu kokonaan
- Ikäihmisten lisääntynyt hyvinvointi
- Resurssien tarkoituksenmukainen ja tehokkaampi käyttö
- Monialainen yhteistyö
- Oikeat palvelut oikeaan aikaan

4. Pidemmällä aikavälillä odotettavissa olevat

- Hyvinvoiva ikääntyvä väestö
- Asiakasohjaus ja ikäkeskus veto- ja pitovoimaisia työpaikkoja
- Omaehtoiset ratkaisut ja omaehtoinen ikääntymisen ennakointi lisääntynyt
- Kumppanit asiakas- ja palveluohjauksen työn luontevana osana ja aidosti asiakkaiden ja ammattilaisten käytössä
- Oikea-aikainen tuki ja palvelut

5.2 Toimintamallin arviointi

Toimintamallin arvioinnissa on käytetty monipuolisesti eri mittareita sekä laadullista että määrällistä tietoa. Konkreettiset tuotokset ja niiden käyttöönotto, kehittämistyöhön ja koulutuksiin osallistuneiden palautteet ja toteutuneet työryhmät ja verkostot ovat olennainen osa arviointia. Kooste eri mittareista on taulukossa 3. Valitut mittarit ovat olleet toimivia ja sopivia kehittämistyön arviointiin.

TAULUKKO 4. Asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin arvioinnin mittarit

TAVOITE	MITTARIT
<p><i>Yhtenäinen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli koko hyvinvointialueella</i></p> <p><i>Hyvinvointi- ja palveluverkostot ammattilaisten ja asiakkaiden käytössä</i></p> <p><i>Keskeisten asiakasryhmien polut kuvattuna ja asiakkaiden erityistarpeet huomioitu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kumppanuuskoordinaattorin tehtäväkuva pilotoitu ja kuvattu ✓ Tietoisuus hyvinvointi- ja palveluverkostoista ja niiden hyödyntäminen lisääntynyt, verkostosta puuttuvat toiminnot/palvelut/kehittämistarpeet tunnistettu ✓ Käsikirja valmis ja ammattilaisten käytössä, päivittämisvastuut sovittu ✓ Kyselyt ✓ Työryhmäkokoontumiset - henkilöstöä saatu laajasti mukaan, osallistujat ja palautteet ✓ Asiakaspolut ja -ryhmät kuvattu ✓ Lomakepaketin kattavuus ja toimivuus käytännössä
<p><i>Erityistä tukea tarvitseva ikääntyvä on määritelty*</i></p> <p><i>Palveluohjaajan työnkuva on määritelty</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kattavan määrittelyn ja käsitteiden onnistuminen ✓ Palveluohjaajan ja omatyöntekijän työnkuvat on määritelty ja jalkauttamista edistetty ✓ Hyvien käytäntöjen löytäminen ✓ Asiantuntijoiden mukaan saaminen työryhmätyöskentelyn tueksi ✓ Lopputuotos

<p><i>Omatyöntekijän työnkuva on määritetty yhtenäiseksi koko hyvinvointialueella*</i></p> <p><i>*Yhteinen gerontologisen sosiaalityön työpaketin kanssa</i></p>	<p>✓ Erityisen tarpeen lomake pilotoitu</p>
--	---

5.3 Yhteenveto tuotoksista ja tuloksista

Konkreettiset tuotokset:

- ✓ Yhtenäinen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallikuvaus (LIITE 1)
- ✓ Ikäihmisten palvelujen käsikirja (LIITE 2) ja sosiaalipalvelujen yhteinen materiaalipankki
- ✓ Rannikon hyvinvointi- ja palveluverkostokuvaus (yhteistyönä kumppanuuskoordinaattori -toimintamallin kehittämisen kanssa, LIITE 3)
- ✓ Keskeiset asiakasryhmät tunnistettu ja nimetty → Asiakasryhmien asiakaspolut (muisti-asiakas, mielenterveys- ja päihdeasiakas, omaishoitoperheet, kotikuntoutus, päivätoiminnan asiakas ja erityistä tukea tarvitseva asiakas) kuvattu pääosin osana muiden hankkeen projektisuunnittelijoiden kehittämistyötä
- ✓ Erityisen tuen tarpeessa oleva määritely ja laadittu ohjeistus työntekijälle (yhteistyönä gerontologisen sosiaalityön kehittämisen kanssa, kts. luku 4.4 & LIITE 2)
- ✓ Määritely palveluohjaajan tehtävänkuva (luonnoksena toimialueen jatkotyöstettäväksi)

Muita tuotoksia ja tuloksia:

- ✓ Henkilöstön lisääntynyt ymmärrys ja osaaminen erityisen tuen tarpeesta ja erityistä tukea tarvitsevan tunnistamisesta
- ✓ Palveluohjaajien osaamiskartoitus ja sen pohjalta henkilöstön osaamisen vahvistaminen hankekauden aikana
- ✓ Toteutuneiden lakikoulutusten pohjalta neuvoteltu hyvinvointialueen juristien kanssa ja laadittu yhdessä suunnitelma lakikoulutuksista sosiaalihuollon perusprosessista koko sosiaalihuollon henkilöstölle → Suunnitelma toimitettu eteenpäin osaamisen kehittämisen tiimiin (LIITE 6)
- ✓ Laadittu esitys ja ehdotus omatyöntekijän nimeämisestä ja roolista, joka vaatii toimialuekohtaisia linjauksia ja tarkennuksia (LIITE 5)
- ✓ Ikäihmisten palvelujen toimialueen asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyöryhmän säännöllisillä kokoontumisilla on tuettu yhtenäisen toimintamallin käyttöönottoa ja

tapaamisissa on käsitelty laajasti toimintamallin eri osioita. Yhteistyöryhmä on vuosien aikana muodostunut asiakas- palveluohjauksen luontevaksi kehittämisen ja tiedon jakamisen foorumiksi, jossa kukin saa osallistua haluamallaan tavalla. Tämä on pääteltävissä osallistujamääristä ja saaduista palautteista. Yhteistyöryhmän tavoitteena ja tarkoituksena onkin ollut yhteisen ymmärryksen muodostaminen yhtenäisestä asiakas- ja palveluohjauksesta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella sekä käsitellä ja perehtyä yhdessä mm. palveluohjaajan työnkuvaan, asiakas- ja palveluohjauksen prosessiin, delegointisääntöön, palvelujen kriteereihin, omatyöntekijyyteen ja erityisen tuen tarpeessa olevan tunnistamiseen. Asiakas- ja palveluohjauksen yhteisryhmää on esitetty jatkettavaksi myös hankekauden jälkeen

- ✓ SBM toimintamallin kuvaus on aloitettu yhdessä vastuutyöntekijän kanssa (LIITE 4)

6 Johtopäätöksiä ja jatkosuunnitelma

Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämistyö on ollut aktiivista ja määrätietoista, ja siihen on osallistunut laajasti hyvinvointialueen ikäihmisten palvelujen toimialueen henkilöstöä ja johtoa, asiantuntijoita sekä muita kehittäjiä. Asiakas- ja palveluohjaus osana ikäihmisten palveluketjua on ratkaisevassa roolissa ikäihmisten palvelujen palvelurakenteen keventämisessä sekä asiakkaiden ohjauksessa oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin. Tämä tulee edelleen korostumaan, kun hyvinvointialueella lähdetään konkreettisesti tekemään toimenpiteitä tuottavuus- ja taloudellisuusohjelman toteuttamiseksi.

Hanketyö tulee jatkumaan toimialueella nimetyn vastuuhenkilön koordinoimana yhteistyössä muun johdon ja henkilöstön kanssa. Toimintamallien ja eri asiakaspolkujen kirjaaminen osaksi työntekijöiden eri työohjeita (esim. opas arviointi- ja kuntoutusyksiköstä sekä kotikuntoutuksesta ja ikäihmisten palveluiden käsikirja) on ollut osa uusien mallien juurtumisen varmistamista. Toisaalta myös yhteisten foorumien mahdollistaminen keskustelulle ja yhteisen ymmärryksen luomiselle eri käytännöistä on ollut osa uusien toimintatapojen omaksumista, joita tulee jatkaa varsinaisessa toiminnassa.

Suositukset yhtenäisen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin käyttöönoton jatkamiselle;

- ❖ Kartoitetaan muutostarpeet suhteessa yhtenäiseen toimintamalliin ja tehdään alueelliset osatavoitteisiin pohjaavat jalkauttamissuunnitelmat kohti yhtenäistä mallia alueelliset erityispiirteet huomioiden → Pohdittavaksi esim. sparraajien hyödyntäminen arjen työssä palveluohjaajien tukena
- ❖ Säännöllisesti kokoontuvaa Pohteen ikäihmisten palvelujen asiakas- ja palveluohjauksen henkilöstöä yhdistävää yhteistyöryhmää on suositeltavaa jatkaa yhtenäisten käytäntöjen ja toimintamallien varmistamiseksi → **Sovittava koordinoivastuusta ja koollekutsujasta**
- ❖ Asiakas- ja palveluohjaajien osaamistarpeisiin vastaaminen; lisää infoja ja koulutusta päätöksenteosta (erityisesti harkinnan käytöstä päätöksen laatua arvioitaessa), kriteereistä, erityisryhmien palvelupolkuihin perehtyminen, RAI-koulutukset, asiakkaiden taloudellinen toimeentulo/raha-asiat, omavalvonta ja sosiaalihuoltolain mukainen epäkohtailmoitus

- ❖ Palveluohjauksen palveluohjaajien toimien muuttaminen viroiksi, viranhaltijapäätösten tekemisen mahdollistaminen kaikille palveluohjaajille toimintamallin mukaisesti
- ❖ Palveluohjaajan tehtävänkuvan viimeistely ja vieminen päätöksentekoon
- ❖ Ikäihmisten palveluiden käsikirjan osalta sovittava päivittämisvastuista, esim. vastuuyksikköjen välillä kiertävä vastuu puolivuositain
- ❖ Työnohjauksen mahdollistaminen palveluohjaustiimeille

Nostot ja huomiot toimintamallin soveltamiseen;

- ✓ Erityisen tuen tarpeen tunnistamisessa konsultoidaan sosiaalityöntekijää matalalla kynnyksellä
- ✓ Arvioidaan asiakkaan elämäntilannetta ja toimintakykyä sekä tarpeita laaja-alaisesti, vaikka arviointi käynnistyisikin yksittäisen palvelun hakemisesta
- ✓ Yksi ja sama työntekijä palveluohjauksessa huolehtii ja koordinoi yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa asiakkaan palvelutarpeen arviointiprosessin yhteydenotosta arviointiin ja päätöksentekoon sekä mahdollinen omatyöntekijyys → Varmistetaan asiakaslähtöisyys ja asiakkaan edun toteutumista
- ✓ Konsultoidaan ja kootaan palvelutarpeen arviointiprosessiin asiakkaan yksilöllisiä tarpeita vastaava moniammatillinen tiimi (esim. fysio-/ tai toimintaterapeutti, sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä) → yhdessä sovitut yhteistyömallit
- ✓ Alueille arvioitavaksi onko tarkoituksenmukaista keskittää joidenkin rajattujen palvelujen arviointeja/päätöksentekoa yksittäisille palveluohjaajille nykyiseen tapaan, ja jos on, niin minkä palvelujen osalta → Suositellaan, että palveluohjaajien ”jaotellusta” sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluohjaajiin luovutaan
- ✓ Asiakas- ja palveluohjauksen ohjaus- ja neuvontavastuuseen kuuluu myös keskustelu tuesta ja palveluista, joita voi hankkia omakustanteisesti
- ✓ Otetaan RAI-arviointitieto käyttöön myös tiimitasolla ja tarkastellaan yhdessä asiakastason tietoa ja vertailutietoa

Jatkoehdotukset ja esitykset toiminnan kehittämiseksi;

Omatyöntekijäisyys ja asiakkuuksien koordinointi

Lähtökohtana on, että kaikilla asiakkailla on oikeus omatyöntekijään ollessaan sosiaalihuollon asiakkuudessa. Esitetään, että palveluohjaaja nimetään asiakkaiden omatyöntekijäksi niissä tilanteissa, joissa asiakkaalla alkaa sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja (vrt. omaishoidon tuen asiakkaat) ja palveluohjaajalla on asiakkaan palvelukokonaisuutta koordinoiva rooli ja asiakassuunnitelman ja palvelujen toteutumisen varmistaminen (vanhuspalvelulain mukaiset tehtävät omatyöntekijälle). Erityisen tuen tarpeessa olevien iäkkäiden omatyöntekijäksi nimetään sosiaalityöntekijä. Mikäli asiakkaalla alkaa kotihoito, toimii kotihoidon ammattilainen kyseisen palvelun osalta vastuityöntekijänä-/hoitajana ja huolehtii asiakkaan arjen sujuvuudesta, seuraa palvelu- ja hoitosuunnitelman toteutumista, ja on ensisijainen asiakkaan arjen yhteyshenkilö.

Hyvinvointi- ja palveluverkostot asiakkaiden ja ammattilaisten käytössä

Asiakas- ja palveluohjauksen kumppanuuksien rakentamista ja näkyväksi tekemistä on jatkettava, jotta hyvinvointi- ja palveluverkostot saadaan aidosti asiakkaiden ja ammattilaisten käyttöön. Samalla on tärkeä tuottaa tietoa asiakkaiden tarpeiden mukaisista puuttuvista toiminnoista ja palveluista, ja viedä näistä tietoa eteenpäin kumppaneille ja päätöksentekijöille. Tämä voisi mahdollistua osittain tulevaisuuden rakenteellisen sosiaalityön mallin kautta, jota kehitetään kestävän kasvun ohjelman hankkeessa hyvinvointialueella. Ammattilaiset tarvitsevat sellaisia työkaluja tiedon tuottamiseksi, joiden käyttö on luontevaa priorisoitavan asiakastyön ohessa.

Konkreettisen hyvinvointi- ja palveluverkoston kuvaamisen ja työkalun luomisen lisäksi tarvitaan myös ajattelutavan muutosta, jotta aikaisemmin vahvasti lakisääteisten palvelujen ohjaukseen, neuvontaan ja arviointiin perustuneesta asiakas- ja palveluohjauksesta päästään laajentamaan ja siirtämään painopistettä ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävään suuntaan. Hyödyntämällä hyvinvointi- ja palveluverkostoja monipuolisemmin voidaan vähentää säännöllisten palvelujen tarvetta sekä siirtää raskaisiin palveluihin siirtymistä.

Kiireellisen tuen tarpeen asiakkaan prosessi

Asiakas- ja palveluohjauksen keskeisimpien asiakasryhmien asiakaspolkuja ja palveluohjauksen eri palveluprosesseja on kuvattu kehittämistyössä hankekauden aikana. Yhtenä tärkeänä asiakaspolkuna on näyttäytynyt kriisiasiakkaan polku, johon ei ennätetty hanketyössä pureutumaan. Tämän osalta olisikin tärkeä työstää ja kuvata sosiaalihuollon virka-aikaisten kriisitilanteiden tunnistaminen ja hoito (virka-aikainen päivystystyö) ikäihmisten asiakas- ja palveluohjauksessa. Tämän osalta ennätettiin tekemään alustavaa listausta työkaluksi työntekijöille niistä tilanteista, jotka tyypillisimmin edellyttävät kiireellistä tukea tai apua ja miten kiireellisen avun prosessi poikkeaa kiireettömästä palvelutarpeen arviointiprosessista sosiaalihuoltolakia mukaillen.

Asiakas- ja palveluohjauksen kehittämiseen on liittynyt olennaisesti gerontologisen sosiaalityön ja erityisen tuen tarpeen tunnistamisen kehittämistyö, ja näitä onkin kehitetty pitkälti yhdessä. Lisäksi asiakas- ja palveluohjaus on liittynyt omaishoidon, kumppanuuskoordinaattori –toimintamallin, mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asiakaspolun, päivätoiminnan sekä kotikuntoutuksen kehittämistyöhön. Kaikkien edellä kuvattujen toimintamallien kehittäminen on ollut osa laajempaa hankekonaisuutta, jonka kausi päättyy vuoden 2023 loppuun. Kehittämisessä on tehty ikäihmisten palvelujen yhdyspintoja näkyväksi ja huomioitu nämä eri toimintamallikuvauksissa ja kehittämistyössä, joka edelleen edistää eri toimintamallien käyttöönottoa ja tietoisuutta niistä.

Kehittäminen jatkuu ikäihmisten palvelujen toimialueella määritettyjen vastuuhenkilöiden johdolla. Kestävän kasvun ohjelman hanketyössä jatketaan hyvinvointi- ja palveluverkostojen kokoamista luomalla digitaalinen hyvinvointitarjotin. Lisäksi rakenteellisen sosiaalityön kehittämisessä pyritään rakentamaan malli, joka mahdollistaa rakenteellisen työn tekemisen osana sosiaalityön asiakastyötä. Tätä kehittämistä on tärkeä seurata myös asiakas- ja palveluohjauksen näkökulmasta.

Lähteet

Hyvinvointi, terveys ja turvallisuus – yhdessä tehden Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategia 2023–2030 Aluevaltuuston hyväksymä 2.5.2022. Luettavissa: https://pohde.fi/wp-content/uploads/2022/11/Pohjois-Pohjanmaan_hyvinvointialueen_strategia_2023-2030_Versio_4-5-2022.pdf

Koivisto, Juha, Liukko, Eeva, Tiirinki, Hanna & Lyytikäinen, Merja. 2020. Palvelukokonaisuuksien ja –ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140708/URN_ISBN_978-952-343-581-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveystalouden järjestämissuunnitelma 2023–2025 Aluevaltuuston hyväksymä 17.10.2022. Luettavissa: https://pohde.fi/wp-content/uploads/2022/11/pohde_sosiaali- ja_terveystalouden_jarjestamissuunnitelma_aluevaltuuston_hyvaksyma_24-10-2022.pdf

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Luettavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Luettavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM_2020_31_j.pdf?sequence=4&isAllowed=y