

SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON
PALJON PALVELUITA
KÄYTTÄVIEN
YHTEISIASIAKKAIDEN
TUNNISTAMISTYÖKALU
VÄLI-SUOMEN PAREMPI
ARKI-HANKKEELLE

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosiaali- ja terveysalan kehittämi-
nen ja johtaminen
Opinnäytetyö ylempi AMK
17.3.2016
Jaana Pussinen
Pirjo Tiira

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala

PUSSINEN, JAANA & TIIRA, PIRJO: Sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamistyökalu Väli-Suomen Parempi Arki-hankkeelle

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen ylempi AMK opinnäyte-työ, 67 sivua, 16 liitesivua

Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

Tämän kehittämistyön tehtävänä oli kehittää asiakaslähtöinen työkalu, jonka avulla tunnistetaan kotona asuvia sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttäviä yhteisasiakkaita. Tunnistaminen mahdollistaa tämän asiakasryhmän palveluiden integroinnin ja koordinoinnin Väli-Suomen Kaste-alueella. Kehittämistyön tavoite oli Parempi Arki-hankkeen ensimmäisessä työpajavaiheessa kehittää ammattilaisten käyttöön suunnattu tunnistamistyökalu sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamiseen.

Kehittämistyö toteutettiin osallistavana toimintatutkimuksena ja läpimurto-työskentelymenetelmällä. Kehittämistyöntekijät osallistuivat Parempi Arki-hankkeen tunnistamistyökalupajoihin, joihin oli rekrytoitu kokeneita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia Väli-Suomen alueelta. Lisäksi kehittämistyönä hankittiin paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamiseen liittyvää tutkittua tietoa ja prosessikirjoitettiin Parempi Arki-hankkeen etenemisestä.

Paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden yleiseksi tunnistamistyökaluksi Väli-Suomen alueella muodostuivat seuraavat viisi kriteeriä: 1) asiakkaan tilanteesta herää huoli ja/tai riittämättömyyden tunne, 2) asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi, 3) epä-määräisten syiden takia toistuvia ja/tai suunnittelemattomia käyntejä ja yhteydenottoja, 4) toistuvasti peruuttamattomia aikoja sekä 5) epäily riippuvuuskäyttäytymisestä.

Tunnistamistyökalun kriteereiden kehittäminen tulee jatkumaan ohjausryhmän palautteen perusteella Parempi Arki-hankkeessa kehittämistyön päätyttyä. Tunnistamiskriteerejä hyödynnetään jatkossa toiminnallisen sote-integraation suunnitteluun Väli-Suomen Kaste-alueella.

Asiasanat: paljon palveluita käyttävä yhteisasiakas, asiakaslähtöisyys, toiminnallinen sote-integraatio, yhteisöllinen sosiaali- ja terveydenhuolto, osallistava toimintatutkimus, läpimurto-työskentely

Lahti University of Applied Sciences
Faculty in Social and Health Care

PUSSINEN, JAANA & TIIRA, PIRJO: Social and Health Care's Shared
'Complex Needs' Clients Identification Tool for Middle Finland

Master's Thesis in Social and Health Care Development and Management, 67 pages, 16 pages of appendices

Spring 2016

ABSTRACT

The purpose of this development work was to develop a client orientated tool for social and health care "complex needs" shared clients' identification. This identification enables the integration and coordination of services for this group of clients in the Kaste- area of middle Finland. The aim of the development work in the first workshop phase of the Parempi Arki-project was to develop an identification tool for professionals to identify social and health care "complex needs" clients.

The development work was implemented as an inclusive action research with the breakthrough collaboratives. Development workers participated in the identification tool workshops of the Parempi Arki-project. Experienced professionals of social and health care in middle Finland were recruited into these identification workshops. In addition, development work research information of these shared "complex needs" clients was acquired and the progress of the Parempi Arki-project was written.

The following five criteria were formed as common identification tool for the shared "complex needs" clients in middle Finland: 1) a concern and/or feelings of inadequacy is noticed in the client's situation, 2) the client's problem is not unambiguous or it is not possible to get hands on the core of the issue, 3) there are repeated and/or unplanned visits and contacts due to undetermined reasons, 4) there are repeated irreversible reception times and 5) there is a suspicion of addiction behavior.

The development of the criteria of the identification tool will be continued on the basis of the feedback of the steering group in the Parempi Arki-project after the development work is finished. The identification criteria will be made use of in the planning of functional sote-integration in middle Finland in the Kaste-area.

Key words: shared "complex needs" clients, customer orientation, functional sote-integration, expanded chronic care model, inclusive action research, the breakthrough collaboratives

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA	3
2.1	Kansallisen ja Päijät-Hämeen alueellisen tason tavoitteet	3
2.2	Lainsäädäntö kehittämishankkeen taustalla	5
2.3	Paljon palveluita käyttävien kotona asuvien yhteisasiakkaiden tunnistaminen	6
2.4	Ajankohtaiset aiheeseen liittyvät Kaste-hankkeet	11
3	VÄLI-SUOMEN KASTE-HANKE PAREMPI ARKI	14
3.1	Kehittämishankkeen viitekehys	14
3.2	Kehittämishankkeen organisoituminen ja toiminta	15
4	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	17
5	ASIAKASLÄHTÖISEN, TOIMINNALLISEN JA YHTEISÖLLISEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TIETOPERUSTA	18
5.1	Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa	18
5.2	Toiminnallinen sote-integraatio ja saumattomat palveluketjut	20
5.3	Yhteisöllinen sosiaali- ja terveydenhuolto	21
6	KEHITTÄMISTYÖN JA KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄLLINEN LÄHESTYMISTAPA	25
6.1	Osallistava toimintatutkimus kehittämistyössä	25
6.2	Läpimurtotyöskentely kehittämishankkeessa	26
7	TUNNISTAMISTYÖKALUN TYÖPAJATYÖSKENTELEY	29
7.1	Tunnistamistyökalupajojen toiminta	29
7.2	Ensimmäisen tunnistamistyökalupajan toiminta ja tuotokset	30
7.3	Toisen tunnistamistyökalupajan toiminta ja tuotokset	32
7.4	Tunnistamistyökalu Parempi Arki-hankkeelle	36
7.5	Kolmannen tunnistamistyökalupajan toiminta ja tuotokset	37
7.6	Kehittämistyön osuus Parempi Arki-hankkeessa	42
8	KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	47
8.1	Luotettavuus	47
8.2	Eettisyys	48

9	KEHITTÄMISTYÖN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	51
9.1	Parempi Arki-hankkeen tunnistamistyökaluvaiheen prosessin arviointi	51
9.2	Tunnistamistyökalun ja kehittämissuunnitelmassa onnistumisen arviointi	53
9.3	Aihealueen muiden Kaste-hankkeiden ja Parempi Arki-hankkeen edistyminen	57
9.4	Jatkokehittämissuunnitelmat	66
	LÄHTEET	68
	LIITTEET	76

1 JOHDANTO

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä pystyy heikosti vastaamaan paljon erilaisia palveluita käyttävän väestöryhmän tarpeisiin. Tämän väestön osan palvelukokonaisuuden tulee olla suunniteltu, koordinoitu ja sille tulee määritellä yksi vastuutaho. Tiedon kulkuun palveluntuottajien ja vastuutahojen välillä tulee kiinnittää huomiota. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee keskittyä tämän kalleimman asiakasryhmän hallintaan ja ehkäistä asiakkaan siihen joutumista. (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli, & Ylitalo-Katajisto 2013, 3163.)

Kansainvälisesti on havaittu, että kunnissa, joissa terveydenhoitoa ja sosiaalisia palveluita tarjotaan rinnakkain, on saavutettu dramaattista kehitystä, mm. lisääntynyttä ennaltaehkäisevää hoitoa, itsehoidon kehittymistä, korkeampaa itse ilmoitettua terveydentilaa ja vähentyneitä terveydenhuollon kokonaiskustannuksia – jopa 80 000 dollaria per jäsen per vuosi. (Institute for Healthcare Improvement 2015.) Laajennettu terveyshyötymalli (ECCM) eli yhteisöllinen sosiaali- ja terveydenhuolto tukee sosiaalisten tekijöiden luontaista roolia yksilön, yhteisön ja väestön terveydessä (Barr, Robinson, Marin – Link, Underhill, Dotts, Ravensdale & Salivaras 2003a). Myös Parempi Arki-hankkeen viitekehyksessä ajatellaan, että asiakkaan palveluprosessi on kokonaisuus, jossa palvelut, innovaatiot ja palveluntuottajat täydentävät toisiaan. Hankkeessa käytetään termiä laajennettu yhteisöllinen terveyshyötymalli, jossa toimijoina ajatellaan olevan sosiaali- ja terveydenhuollon laaja moniammatillinen sekä poikkitieteellinen toimijajoukko. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon meneillään oleva rakenneuudistus mahdollistaa tulevaisuudessa tämän eri palveluntuottajien toiminnallisen integraation. (Oksman, Holmberg – Marttila, Laiho, Kuronen 2015, 8 - 10.)

Parempi Arki-hanke on Väli-Suomen Kaste-hanke. Hankkeen kiinnostuksen kohteena ovat kotona asuvat paljon palveluja käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaat eli niin sanotut palveluiden suurkuluttajat.

Yhtenä hankkeen osatavoitteena on, että asiakkaan kokemus arkensa hallinnasta paranee, elämisen laatu ja tyytyväisyys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin lisääntyy. (Oksman ym. 2015, 8,13.)

Lahden ammattikorkeakoulun ylemmän AMK:n sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen opiskelijoina solmittiin yhteistyösopimus Väli-Suomen toiminnallisen sote-integraatio hankkeen Parempi Arki kanssa koskien kehittämistyötä - ”Tunnistamistyökalu Parempi Arki-hankkeelle”. Kehittämistyön tekijät osallistuivat ylemmän AMK:n opiskelijoina ja organisaatioittensa edustajina hankkeen alueelliseen moniammatilliseen kehittämistiimiin, jossa kehitettiin yhdessä muiden alueellisten hanketyöntekijöiden kanssa työkalua kotona asuvien paljon palveluita käyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden tunnistamiseen Parempi Arki-hankkeelle.

Kehittämistyön työelämäohjaajana toimii Parempi Arki-hankkeen hanketoiminnan johtaja. Yhteistyösopimuksessa sitouduttiin hakemaan tutkittua tietoa liittyen hankkeen kohteena olevien paljon palveluita käyttävien eli ”complex needs” yhteisasiakkaitten tunnistamiseen. Lisäksi sitouduttiin prosessikirjoittamaan Parempi Arki-hankkeen paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamistyökaluvaihetta. Kehittämistyön kustannuksista tekijät vastasivat itse ja hankkeen työkaluvaiheen päätyttyä julkaistaan valmis kehittämistyö Theseuksessa sekä luovutetaan kehittämistyö Parempi Arki-hankkeen käyttöön. Tekijänoikeuksista sekä mahdollisista kustannuksista koskien kehittämistyön jatkokäyttöä vastaa näin ollen julkaisuvaiheen ja luovutuksen jälkeen Parempi Arki-hanke.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA

2.1 Kansallisen ja Päijät-Hämeen alueellisen tason tavoitteet

Pääministeri Sipilän hallitusohjelman (2015) mukaan hallituksen seuraavan 10 vuoden tavoite on, että ihmiset kokevat omaavansa valinnanvapautta, vaikuttamisen mahdollisuuksia sekä ottavat itse vastuuta hyvinvoinnistaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon painopiste on ennaltaehkäisyssä ja tavoitteena on saavuttaa sujuvat hoitoketjut. Hallitusohjelman tavoitteena on myös, että henkilöstö voi hyvin ja tietojärjestelmät toimivat. Näin ollen hyvinvointi ja terveys lisääntyvät. (Valtioneuvosto 2015, 20.)

Sipilän hallitus on asettanut kärkihankkeita, joita terveyden ja hyvinvoinnin alueella on viisi. Yhtenä kärkihanketavoitteena on kehittää palvelut asiakaslähtöisiksi. Tämän muutoksen lähtökohtana on eri tahojen yhteistyö. Yhteistyön avulla kehitetään vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallintorajojen. Tarkoitus on painottaa varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisyä. Käytetään kokemusasiantuntijoita sekä ihmisten omaa osallisuutta vahvistetaan. Lisäksi mahdollistetaan omien valintojen tekeminen ja vahvistetaan ihmisoikeuksien toteutumista. (Valtioneuvosto 2015, 20 -21.)

Toisena kärkihankkeena edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta, edistetään kansanterveyttä, kansalaisten liikuttamista, terveellisiä elämäntapoja ja ravintotottumuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä. Tarkoitus on panna toimeen terveyttä ja hyvinvointia edistävät käytänteet ja toimintamallit yhteistyössä eri järjestöjen kanssa. Lisäksi selvitetään yksinasuvien asema yhteiskunnassa, päihdekuntoutuksen vaikuttavuutta tehostetaan sekä käynnistetään kansallinen mielen-terveyttä edistävä ja yksinäisyyttä ehkäisevä ohjelma (Valtioneuvosto 2015, 21.)

Edelleen kärkihankkeena toteutetaan lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma. Samoin kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa. Kotihoitoa lisäämällä varmistetaan vanhuslain toteutuminen. Lisäksi myös osatyökykyisille kehitetään väyliä töihin. Tarkoitus

on uudistaa sosiaaliturvajärjestelmää niin, että se kannustaa ja edistää osatyökykyisten työllistymistä. (Valtioneuvosto 2015, 21- 22.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus) on tarkentumassa ja sen valmistelu jatkui vuonna 2015 sosiaali- ja terveysministeriön johdolla pääministeri Sipilän hallituksen (2015) hallitusohjelman linjausten suunnassa. Laajassa sote-uudistustyössä osallistetaan monia toimijoita, ja valmistelutyössä otetaan huomioon eduskunnan perustuslakivaliokunnan kannanotot ja edellisiä uudistusvaiheita koskeva selvitystyö. Uudistuksen tavoitteena on kaventaa sosiaali- ja terveystarpeita, hallita alan kustannuksia, kehittää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia palveluketjujen saumattomilla kokonaisuuksilla sekä turvata peruspalvelut ja oikea-aikainen palvelujen saatavuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)

Sote-uudistuksen onnistuminen vaatii nykyistä vahvempaa valtion ohjausta ja toimijoiden yhteisvastuullisuutta palveluiden kaikilla tasoilla. Uudistuksen johtamisessa korostuu kokonaisvaltainen näkökulma. Valtion ohjaus liittyy esimerkiksi yhdenmukaisten toimintatapojen käyttöön itsehallintoalueilla. Näin pyritään samoilla kustannuksilla tuottamaan vaikuttavampia palveluita, kuin tällä hetkellä pystytään tuottamaan. Sosiaali- ja terveysministeriön asettamat selvityshenkilöt ovat ehdottaneet ns. kansallisen strategisen sote-yksikön perustamista. Tämä yksikkö määrittäisi muiden toimijoiden kanssa yhteistyössä riittävät ja yhdenmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistäisi kustannusvaikuttavia toimintatapoja. Lisäksi yksikkö vastaisi voimavarojen jakoperusteista ja niiden suuntaamisesta parhaiten hyvinvointia edistäviin toimintatapoihin. Edelleen selvityshenkilöt ovat ehdottaneet, että itsehallintoalueille perustettaisiin vastaavat alueelliset strategiset sote-yksiköt. Lisäksi palveluntuottajilta edellytettäisiin ehdotuksen mukaan järjestäytymistä. Toiminnan tueksi perustettaisiin viisi itsehallintoalueiden yhteistä tutkimus- ja kehittämissyksikköä. Selvityshenkilöt ehdottavat myös, että sekä työterveyshuolto että Kela otetaan osaksi sote-uudistusta. (Valtioneuvosto, 2016.)

Sote uudistusta silmällä pitäen tehtiin Päijät-Hämeessä alueellisesti Nordic Health Groupin (NHG) toimesta selvitys vuonna 2013, jossa selvitysmiehenä oli professori Kekomäki. Toimenpide-ehdotuksia tehtiin toteutettavaksi sekä lyhyelle että pidemmälle aikavälille. Yksi lyhyen aikavälin toimenpide-ehdotuksista oli paljon palveluita käyttävien asiakkaiden hallinta koordinoitusti. NHG:n selvityksen toimenpide-ehdotuksina olivat perusterveydenhuollon palveluvalikoiman laajentaminen, päihde- ja mielenterveyspalveluiden sekä kehitysvammahuollon koordinointi alueellisena ilman kuntarajoja. Painotus palveluissa tulisi siirtää avopalveluihin. Erikoissairaanhoidon osaaminen taas tulee keskittää yhteen paikkaan, josta osamista voidaan jakaa perusterveydenhuollon yksiköihin. (Nordic Healthcare Group 2013, 63 -64.)

Päijät-Hämeen liitto puolestaan hallinnoi Päijät-Hämeen maakunnassa 1.4.2014 -30.6.2015 toteutettua alueellista sote-hanketta Murrosvaiheesta muutokseen, jonka tehtävänä oli jatkaa NHG:n toimenpide-ehdotusten toimeenpanoa. Tämä hanke jatkoi Potku-hankkeiden työtä ennen Kaste-hankkeisiin kuuluvan Parempi Arki-hankeen alkamista. Alueellisen sote-hankeen tavoitteena oli toteuttaa kuntien ja palveluiden tuottajien kanssa yhteistyössä konkreettisia toimenpiteitä, joilla taataan riittävät ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut Päijät-Hämeessä niin, että palvelut vastaavat kuntien maksukykyä. (Wilén 2015, 5-6.)

2.2 Lainsäädäntö kehittämishankkeen taustalla

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010, 2014a) sosiaalihuoltolain tarkoitus on 1 § mukaan edistää ja ylläpitää hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta. Myös sosiaali- ja terveysministeriön (2010) terveydenhuoltolain 2§ pyrkimys on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Molemmilla laeilla pyritään vähentämään eriarvoisuutta ja edistämään turvallisuutta. Lisäksi pyritään turvaamaan yhdenvertaisuuden perusteiden mukaan tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut. Päämääränä on edistää

asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan hyvää palvelua ja kohtelua sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Itsenäistä suoriutumista ja omatoimisuutta tulee vahvistaa sekä mahdollistaa läheiset ja jatkuvat ihmissuhteet. Asiakkaalla pitää olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omiin asioihinsa. Sosiaalihuollon 4 § mukaan asiakassuhde tulee lisäksi olla luottamuksellinen ja toimijoiden tulee tehdä yhteistyötä asiakkaan kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014a.) Terveydenhuoltolain 8 a § velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa toimijoita tekemään yhteistyötä, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen ja potilaan hoito sekä sosiaali- ja terveystalvelujen tarve vaativat. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014b.)

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista tarkoitus on 1§ mukaan olla samansuuntainen edellä mainittujen lakien kanssa, eli tarkoitus on sekä tukea ikääntyneen hyvinvointia, toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista. Lisäksi laki pyrkii kunnissa kehittämään ikääntyneen väestön tarvitsemia talveluja yksilöllisiksi ottamalla heidät mukaan omiin asioihin vaikuttavien päätösten valmisteluun ja talvelujen kehittämiseen kunnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012a.)

2.3 Paljon talveluita käyttävien kotona asuvien yhteisasiakkaiden tunnistaminen

Suomalaisessa retrospektiivisessä rekisteritutkimuksessa todetaan, että Oulun alueen asukkaista n. 10 % kerryttää n. 81 % kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannusten määrästä. Näiden ns. kalliiden asiakkaiden kustannuksista jopa 38 % syntyy pelkästään terveystalveluita käyttäviltä asiakkailta ja 62 % niiltä asiakkailta, jotka käyttävät myös sosiaalitalveluita. Nämä asiakkaat kuluttavat suuren osan kaupunginsairaalan, psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja sairaanhoitopiiriltä ostetun somaattisen erikoissairaanhoidon talveluista. Muu väestö tarvitsee vuodessa keskimäärin vain yhtä talvelukokonaisuutta, mutta kallein kymmenen prosentin ryhmä neljää kokonaisuutta. (Leskelä ym.2013, 3163.)

Myös USA:ssa on tunnistettu, että krooniset sairaustilat ovat kalliita hoitaa ja ne kuluttavat eniten terveydenhuollon kustannuksia. Krooniset sairaustilat yhdistyvät usein asiakkaan sosiaalisiin ongelmiin – mm. psyykkisiin ongelmiin, päihteiden käyttöön ja kodittomuuteen. Nämä seikat lisäävät radikaalisti asiakkaan terveystkustannuksia. Toisaalta näiden yksilöiden on myös vaikea suunnistaa monimutkaisten tarpeittensa kanssa pirstoutuneessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Terveydenhuollon palveluntuottajat ponnistelevat myös näiden henkilöiden sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeiden tyydyttämisessä terveystpalvelujärjestelmässä sekä taloudellisen kannustinten välillä, koska toimintaa ei johdeta koordinoitusti. Näin ollen myös USA:ssa haasteena on, kuinka pystytään ymmärtämään ja tukemaan paljon palveluita tarvitsevia, kun samalla vaaditaan parempia tuloksia ja matalampia kustannuksia? (Institute for Healthcare Improvement 2015.)

Toisaalta Koskelan (2008, 24 -25) väitöskirjan mukaan terveystpalvelujen suurkäyttäjälle eli paljon palveluita käyttävälle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Palvelujen suurkäyttäjä käyttää palveluita keskimääräisiin käyntikertoihin nähden usein. Potilaista eniten lääkärissä käynyt kymmenesosa määritellään usein suurkäyttäjiksi. Pitkäaikaisen suurkäyttäjän määritelmää löytyy vielä huonommin. Koskela (2008, 198) esittää väitöskirjansa tulosten mukaan terveystpalvelujen pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiiliksi ylipainoista naishenkilöä, jolla on suolistoalueen ongelmia. Tämä henkilö on käyttänyt paljon terveystpalveluita tai oppinut käyttämään niitä. Häntä vaivaa kuolemanpelko ja toisaalta hän ei ole tyytyväinen saamiinsa palveluihin, koska ei mielestään saa riittäviä vastauksia ongelmiinsa.

Toisaalta Leskelä ym. puolestaan (2013, 3165) tunnistivat tutkimuksessaan paljon palveluita käyttäviä asiakkaita eri ryhmistä:

- Vanhuspalveluiden piirissä olevat asiakkaat
- Lastensuojelun asiakkaat
- Vammais- ja kehitysvammaispalveluita käyttävät asiakkaat
- Päihde- ja asumispalvelujen piirissä olevat asiakkaat
- Psykiatrisen erikoissairaanhoidon asiakkaat

- Diabeetikot, sydän- ja verisuonitautipotilaat
- Kustannuksia aiheuttavat somaattiset sairaudet. (Leskelä ym. 2013, 3165.)

Edelleen Koskelan (2008, 26 -27) mukaan terveystalouden suuren käyttöä voidaan arvioida niin asiakkaan, terveydenhuoltojärjestelmän kuin hoitavan tahon näkökulmasta. Asiakkaan näkökulmasta palvelujen toistuva käyttäminen voi olla myös positiivinen asia. Hän voi kokea tarvitsevänsä enemmän palveluita ja palvelujen suuren käyttö on hänen mielestään kysytyn palvelun hyvää saatavuutta ja jatkuvuutta. Asiakas mieltää, että hänellä on hyvä ja turvallinen omalääkärisuhde. Toisaalta hänellä on myös tunne, että palvelujen kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa. Terveystaloudenjärjestelmän kannalta palvelujen suuren käyttö tarkoittaa, että kysyntä kasvaa ja tarvitaan palvelujen uudelleen kohdentamista.

Kuitenkin palvelujen pirstoutuneisuus näyttyy erityisen selkeästi sosiaali- ja terveystalouden kehittämässä mm. Päijät-Hämeen alueella. Monitoimijaisessa kentässä kokonaisvaltaisen kaikkia osapuolia hyödyttävän ratkaisun saavuttaminen on haasteellista, koska kunnat kilpailevat keskenään mm. resursseista ja verotulojen maksajista. Lisäksi kysymys on vaikutusvallasta, sen parantamisesta ja ylläpitämisestä. Päijät-Hämeen kehittämistyön jännitteisessä kentässä on kuitenkin selkeästi siirrytty kohti maakuntatasoista yhteiskehittämistä ja tavoitellaan uusien ratkaisujen löytymistä. (Wilén 2015, 27 -28.)

Wilénin (2015, 7 -8) mukaan sote-palveluita koskevassa alueellisessa Murrosvaiheesta muutokseen- hankkeessa palveluiden suurkuluttajien eli paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kehittämistyön tunnistamisen haasteeksi Päijät-Hämeessä nousivat seuraavat asiat:

- Sosiaalipalvelujen moniongelmaiset asiakkaat, joilla palvelujen käyttö ja palvelujen tarve on suurta. Samoin terveydenhuollon terveyssyistä paljon palveluita käyttävät. Toisaalta tämä sektorikohtainen erottelu sosiaalipalvelujen tai terveydenhuollon asiakkaisiin tai potilaisiin ei ole järkevää. Asiakkaan voimattomuus sosiaalisissa

asioissa vähentää voimavaroja myös sairauksien hoitoon (omahoitoon, terveyden edistämiseen).

- Paljon palveluita käyttävillä potilailla ja asiakkailla (eri syistä paljon käyntejä), voi taustalla olla monenlaista sosiaalista problematiikkaa.
- Tuottaako palvelujärjestelmä suurkuluttajia? Kun asiakas ei saa apua lukuisiin pieniin asioihin (terveysongelma, lääkäriin pääsy, taloudellinen huoli), asiat kertaantuvat ja ovat vaikeasti korjattavia - muodostuu suurkuluttajia. Voidaan osittain tunnistaa myös "luukuttamiskulttuuria", jossa kukin toimija ns. putsaa pöytänsä ja kokonaisvastuu asiakkaasta uupuu eikä asiakkaalla itsellään ole voimavaroja hoitaa asiaansa eteenpäin.
- Asiakasraatien ja kokemusasiantuntijoiden käyttö sekä muunlainen asiakkaiden osallistaminen kehittämiseen voisi tuottaa palveluiden suurkuluttajakeskusteluun tärkeää lisäinformaatiota.
- Kuntien taloudellisen tuen turvin voitaisiin kehittää pitkäaikaistyöttömiin kohdistuvia toimenpiteitä. Nämä henkilöt eivät välttämättä käytä paljon sote-palveluita, vaikka niitä tarvitsisivatkin. Tulisiko työ yhdistää työvoiman palvelukeskuksessa tehtävään työhön?

Kansainvälisesti USA:n Terveystieteiden kehittämissinstituutti (The Institute for Healthcare Improvement) IHI on kehittänyt web-pohjaisen ohjelman Triple Aim, joka auttaa ammattilaisia edistämään paljon palveluita käyttävän potilaan hoitokokemuksia. IHI tukee sen väestönosan terveyttä, jolla on monimutkaisia lääketieteellisiä ja sosiaalisia ongelmia, pyrkien vähentämään hoidon kustannuksia IHI:n Triple Aim:in ohjelman avulla. Ohjelman avulla pyritään paremmin ymmärtämään uusia malleja, joilla voidaan samanaikaisesti kehittää kriittistä kohteita. IHI:n asiantuntijat painottavat ohjelmassa seuraavia alueita:

- Tunnistamaan tilanteita, joissa on koordinoitava paljon palveluita käyttävien potilaitten hoitoa
- Resurssien tulee kohdentua vastaamaan tämän väestönosan tarpeita

- Testaamaan uusia tapoja, joilla sujuvoitetaan paljon palveluita tarvitsevien hoitoa
- Yhteistyötä alueellisten toimielinten kesken, jotta voidaan osoittaa sosiaalisesti ratkaisevia tekijöitä terveydessä
- Seurataan terveyden, kustannusten ja asiakaskokemusten vaikutusta. (Institute for Healthcare Improvement 2015.)

Myös Humboldt IPA Priority Care (2011) sivustojen viidestä osa-alueesta on muodostettu RN Care Manager Assessment: The 4 Domains, joka kuvaa laajennetun terveyshyötymallin ECCM:n kaltaista ajattelutapaa. Tässä mallissa korostuu asiakkaan yhteys omaan lääketieteelliseen hoitoon pääsyn, sosiaalisen tuen, lääketieteellisen tilanteen ja terveydentilan kehittämisen sekä itseohjautuvuuden ja henkisen selviytymisen kesken (Liite 1). Osa-alueiden arviointiin liittyy kriteeristö, jossa tietyn pistemäärän saavuttaminen edellyttää lisäarviointia ja interventiota asiakkaan tilanteeseen nähden (Liitteet 2-6).

Toisaalta Keene, Swift, Bailey ja Janacek (2000, 325 -328) ovat tutkineet sosiaali- ja terveyspalvelujen päällekkäisyyttä, palvelujen jatkuvaa käyttöä ja palveluntuottajien yhteisiä asiakkaita. Tutkimusprojektissa yhdistettiin koko väestön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä vankeinhoitolaitoksen tietokannat. Tämä mahdollisti ensimmäistä kertaa koko terveydenhuollon, mielenterveystyön, sosiaalihuollon ja vankeinhoitolaitoksen tietokantojen kehittämisen. Tutkimusraportin mukaan 12 % tutkimukseen osallistuneista käytti vähintään kahden palveluntuottajan palveluja. Eniten palveluja käyttävät käyttivät jopa yhdeksän palveluntuottajan palveluja hyväkseen.

Asiakkaiden ikä ja sukupuoli vaikuttavat hieman palvelujen päällekkäiseen käyttämiseen, mutta vahvin yhteys näyttää olevan päivystyspalvelujen käytöllä riippumatta iästä ja sukupuolesta. Paljon päällekkäisyyttä on mielenterveyspalvelujen, avoterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen välillä. Neljäsosa mielenterveysasiakkaista oli ottanut yhteyttä avoterveydenhuoltoon ja viidesosa sosiaalihuollon palveluihin. Yhteisen tiedon puuttuminen luo suurimman esteen terveys- ja sosiaalipalvelujen kehittämiseksi. (Keene, Swift, Bailey & Janacek 2001, 212 -213.)

2.4 Ajankohtaiset aiheeseen liittyvät Kaste-hankkeet

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma eli Kaste on sosiaali- ja terveysministeriön pääohjelma. Sen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut asiakasta kuunnellen. Painopisteenä on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisääminen ja ongelmien ennaltaehkäisy koko väestössä. Kaste koostuu kuudesta osaohjelmasta: riskiryhmien osallisuutta hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan, lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja kohennetaan, ikäihmisten palvelujen rakennetta ja sisältöä uudistetaan, palvelurakennetta ja peruspalveluja uudistetaan, tieto ja tietojärjestelmät saatetaan asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi ja johtamisella tuetaan palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 4.) Kaste-ohjelman tavoitteet ja osatavoitteet ovat seuraavassa esiteltynä (Kuvio 1).



KUVIO 1. Kaste-ohjelman tavoitteet ja osatavoitteet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 4).

Kaste-ohjelma toimii pohjana usealle ajankohtaiselle hankkeelle. Länsi-Suomen Kaste alueella on meneillään Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille-hanke (eli PPPR) 1.4.2013 – 31.10.2015. Lähtökohtana on kehittää asiakaslähtöisempiä sosiaali- ja terveyspalveluita sekä palveluprosesseja, jotta ne vastaisivat kohdennetusti paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palvelutarpeisiin. Kohderyhmänä PPPR:ssä ovat paljon palveluita käyttävät asiakkaat ja erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmaiset. (Kaste. Länsi-Suomen Kaste-hanke 2013, 1.)

ESSO-hanke vastaa Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisten toimintamallien uudistamisesta ja kehittämisestä ja se toteutetaan ajalla 1.1.2014 - 31.10.2016. Hanke keskittyy sosiaalipalvelujen, kuntoutuksen, elektiivisen ja päivystysalueiden kehittämiseen sekä mielenterveys ja päihdepalveluihin. Hankkeessa päivystystoiminta on osa hoidon kokonaisuutta, jossa sisältönä ovat tunnistaminen, palveluohjaus, jatkohoitoon ohjaaminen ja läpimenoajan tehostaminen. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2015.) Hankkeessa pyritään sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalliseen integraatioon, mikä tarkoittaa perinteiset toiminta- ja ammattirajat ylittävien kokonaisuuksien muodostamista. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2014, 3.)

Pohjois-Suomen Kaste-alueella on puolestaan meneillään Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät-kehittämishanke 1.5.2015–31.10.2017 välisenä aikana. Hankkeessa luodaan, kehitetään ja käyttöön otetaan asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveyspalveluita, työtapoja ja toimintamalleja paljon tukea tarvitseville asiakkaille. Yleisinä tavoitteina ovat asiakaslähtöisyyden ja -osallisuuden lisääminen, tiedontuotannon hyödyntäminen ja toiminnallisen integraation edistäminen sosiaali- ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon välillä monitoimijaisessa työskentelyssä. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2015.)

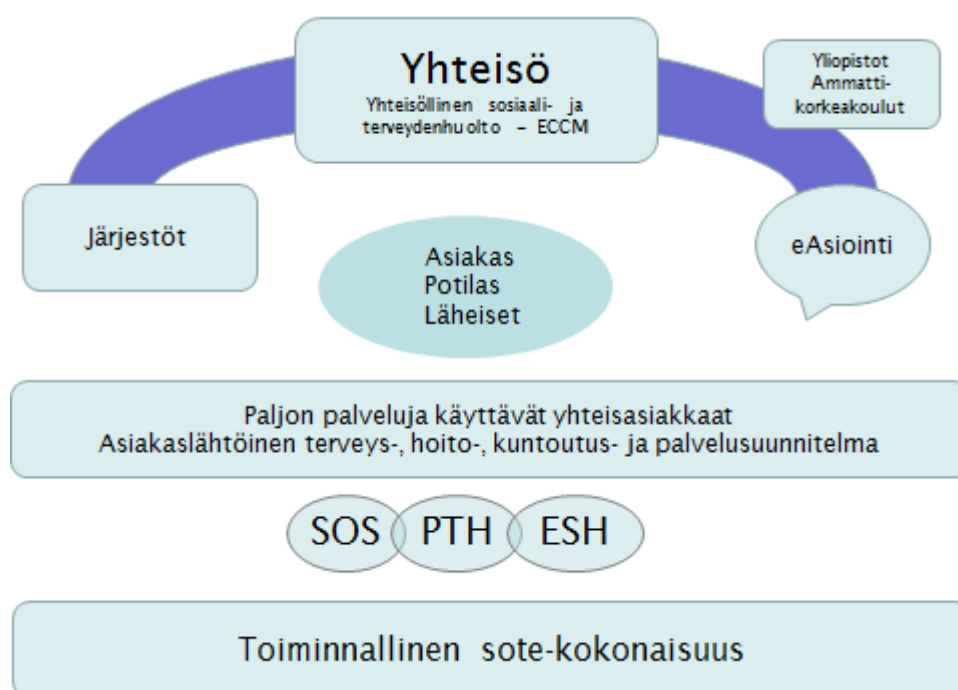
Pohjois-Karjalan Siun Sote-hankkeessa suunnitellaan, miten alueen asukkaat saavat tarvittavat palvelut, miten turvataan lähipalvelut ja miten alueen erikoisosaaminen hyödynnetään tehokkaasti. Hanke perustettiin keväällä 2014 ennakoimaan sote-uudistusta ja varmistamaan maakunnan

tarpeiden huomioiminen uudistuksessa. Kehittämisen tähtäin on kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon yhdistäminen yhdeksi tuotantokokonaisuudeksi. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014.)

3 VÄLI-SUOMEN KASTE-HANKE PAREMPI ARKI

3.1 Kehittämishankkeen viitekehys

Kehittämistyön toimeksiantaja Parempi Arki-hanke on Väli-Suomen Kaste-hanke vuosina 2015 - 2017. Parempi Arki-hanke pyrkii asiakaslähtöisempään ja yhteisölliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon laajennetun terveyshyötymallin (ECCM) ajattelun mukaisesti. Hankkeen kiinnostuksen kohde on kotona asuvat paljon palveluja käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaat. Hankkeessa ajatellaan, että asiakkaan palveluprosessin tulisi olla kokonaisuus, jossa eri toimijat muodostavat toisiaan täydentäviä osaprosesseja. (Oksman ym. 2015, 8.) Parempi Arki-hankkeen viitekehys yhteisöllistä sosiaali- ja terveydenhuollon laajennettua terveyshyötymallia (ECCM) mukaillen (Kuvio 2).



KUVIO 2. Kehittämistyön viitekehys Parempi Arki-hankkeessa (Oksman ym. 2015, 8).

3.2 Kehittämishankkeen organisoituminen ja toiminta

Parempi Arki-hankkeeseen osallistuu viisi maakuntaa (Pirkanmaa, Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Päijät-Häme ja Pohjanmaa) Väli-Suomen Kaste-alueella. Hankkeen maakunnilla on omat sekä yhteiset tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Kohderyhmään kuuluvat kotona asuvat paljon erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palveluja käyttävät yhteisasiakkaat, mm. ikäihmiset, monisairaat, päihde- ja mielenterveyspotilaat ja nuoret aikuiset. Parempi Arki-hankkeen tavoitteena on kehittää eri toimijoiden välistä yhteistyötä, eri sektoreiden integraatiota. Tähän pyritään asiakaslähtöisellä terveys-, hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmalla, jossa huomioidaan myös kunnan muut toimijat. (Oksman ym. 2015, 11 -12.)

Alkuvuodesta 2015 alkoi Parempi Arki-hankkeen organisoituminen ja hankkeeseen osallistuvien rekrytointi. Tällöin aloitettiin myös viestintäsuunnitelman tekeminen ja myös itse viestintä hankkeesta. Keväällä 2015 sitoutettiin alueiden eri organisaatioiden johtoa. Kesällä ja alkusyksyllä rekrytoitiin ja palkattiin hanketyöntekijöitä. Elokuussa aloitettiin työpajatyökentely kotona asuvien paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamistyökalun kehittämiseksi. Vuosien 2016 - 2017 aikana on tarkoitus ottaa käyttöön uusi työkalu, jota arvioidaan, jatko kehitetään ja jalkauteaan toiminnallisessa sote-integraatiossa Väli-Suomen alueella. (Oksman ym. 2015, 14 -15.)

Tietojärjestelmiä tai sähköisen asioinnin palveluita ei Parempi Arki-hankkeen puitteissa kehitetä. Kuitenkin kansallinen kehittämistyö on meneillään ja yhteistyötä tehdään koordinoitusti Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaamana. Sähköisten palveluitten käytön lisäämistä asiakaslähtöisesti terveys- hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaisesti pyritään lisäämään mm. viestintäkampanjoiden avulla. (Oksman ym. 2015, 23.) Päijät-Hämeen alueella on käytössä sähköisen asioinnin palvelu www.hyvis.fi. Sieltä löytyy luotettavaa tietoa terveydestä, asiakas voi testata elämäntapojaan ja saada vinkkejä hyvinvointiinsa. Sivusto on koottu eri ikäryhmiä palvele-

vaksi ja sieltä löytyy yhteystiedot sosiaali- ja terveystietoihin sekä terveydenhuollon sähköiseen asioimiseen. Palvelu toimii verkkopankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella. (EU. Euroopan aluekehitysrahasto.)

Päijät-Hämeen alueella perusterveydenhuollon palveluyksiköt Aava ja Oiva sekä Heinolan ja Lahden kaupungit tukevat hankesuunnitelman mukaan Parempi Arki-hankkeen edistymistä ja vastaavat hyvien käytänteiden levittämisestä ja kehittäjien verkostoitumisesta. Väli-Suomen Kaste-alueella perusterveydenhuollon yksiköt osallistuvat hankkeeseen asiantuntijaorganisaatioina ei hanketoimijoina. Toisena keskeisenä asiantuntijaorganisaationa Päijät-Hämeen alueella on Sosiaalialan osaamiskeskus Verso liikelaitos. Kaikki Väli-Suomen alueen viisi sairaanhoitopiiriä ovat mukana Parempi Arki-hankkeessa: Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Erikoissairaanhoito puolestaan on hankkeen kannalta keskeisessä roolissa paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamisessa eri organisaatioiden toiminnassa. Päijät-Hämeessä on erikoissairaanhoitoon suunnitteilla Case Manager toimintaan liittyvä hanke, joka yhdistetään kiinteästi Parempi Arki-hankkeeseen. Case Manager-hankkeen tavoitteena on kehittää asiakasvastaavatoimintaa erikoissairaanhoitoon. Keskeistä asiakasvastaavatoiminnassa on siitä hyötyvien potilaiden tunnistaminen, heidän palvelutarpeen arviointi, palveluiden suunnittelu ja järjestäminen (Oksman ym 2015, 16, 21 -22.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena on kehitetyn asiakaslähtöisen työkalun avulla tunnistaa kotona asuvia sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttäviä yhteisasiakkaita. Tunnistamisen myötä voidaan integroida ja koordinoida tämän asiakasryhmän palveluita Väli-Suomen Kaste-alueella.

Tämän kehittämistyön tavoite on Parempi Arki-hankeen ensimmäisessä työpajavaiheessa kehittää ammattilaisten käyttöön suunnattu tunnistamistyökalu sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamiseen Väli-Suomen alueelle.

Kehittämistyön paljon palveluita käyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden tunnistamistyökalun hyötynä on, että se tukee kotona asuvien yhteisasiakkaiden asiakaslähtöisten, integroitujen ja koordinoitujen palveluiden kehittämistä. Tunnistamistyökalua voidaan hyödyntää Väli-Suomen Kaste-alueen uuden koordinoitun ja integroidun toimintamallin sekä eri toimijoiden yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisessä Parempi Arki-hankkeen edetessä. Hankkeen edetessä kehitettyjen asiakaslähtöisten toimintamallien kautta asiakas saavuttaa oman arjen hallintaa ja tätä kautta muodostuu kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta sosiaali- ja terveystaloudissa.

5 ASIAKASLÄHTÖISEN, TOIMINNALLISEN JA YHTEISÖLLISEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TIETOPERUSTA

5.1 Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveysministeriön (2011, 11) sosiaali- ja terveystieteellisessä strategiassa Sosiaalinen-Suomi 2020 pyritään asiakaslähtöisempään toimintaan. Painopistettä siirretään ennaltaehkäisevään toimintaan ja varhaiseen puuttumiseen. Asiakkaat otetaan aktiivisesti mukaan palvelujen kehittämiseen ja heille tarjotaan ajantasaista ja puolueetonta tietoa eri hoitovaihtoehtoista ja palvelujen tarjoajista. Tämän avulla asiakkaan kyky vastuunkantamisesta omasta terveydestään ja hyvinvoinnista kasvaa.

Lisäksi asiakaslähtöisyys on Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 60) mukaan palvelujen tarkastelua asiakkaan näkökulmasta. Asiakaslähtöisessä asiakkaan tarpeet ja voimavarat ovat palvelujen suunnittelussa keskiössä. Asiakkaan on mahdollista tehdä valintoja ja hän on mukana hoitonsa tarpeiden määrittelyssä, suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Toisaalta Kurkiaura-hankkeessa asiakkuus määritellään ammattilaisen ja asiakkaan väliseksi vuorovaikutukseksi, jonka kautta pyritään asiakkaan arjessa pärjäämiseen. Tärkeänä tekijänä nähdään myös asiakkaiden mukanaolo paitsi potilaina ja asiakkaina myös järjestelmän kehittäjinä. Hankkeessa asiakaslähtöisen palvelujärjestelmä mielletään keinona tukea ihmisen voimaantumista oman terveytensä ja sairautensa hoidon asiantuntijaksi, sopeutumista sairauden aiheuttamiin muutoksiin sekä ihmisen omien kykyjen mukaista vastuuta omasta hoidostaan. Palvelujärjestelmän tulisi rakentua systemaattisista prosesseista ja julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelujen kokonaisuudesta yksittäisten kohtaamisten sijaan. Asiakaslähtöisen palvelujärjestelmän tulisi olla joustava, jotta se pystyy muuttumaan ja kehittymään yhteiskunnan vaatimusten mukaisesti. (Kivisaari & Leväsluoto 2012, 10.)

Tuija Norlamo-Saramäki puolestaan (2009, 128) käsittelee sosiaalityön ammatillisessa lisensiaattitutkimuksessaan asiakaslähtöisyyttä asiakkaan

aktiivisuuden sekä palvelujen laadun näkökulmasta. Toimija-asiakkuus luo hänen mukaansa sosiaalityölle haasteita. Organisaatiolta vaaditaan avoimuutta, herkkyyttä ja kykyä mukautua asiakkaan mukaan, jos asiakas nähdään aktiivisena toimijana. Vaikka sosiaalityön palveluissa on kyse oikeudenmukaisuudesta, organisaatiossa pitää olla herkkyyttä ja joustavuutta, asiakasta täytyy ajoittain armahtaa, jos hän ei sillä hetkellä kerta kaikkiaan jaksakaan hoitaa asioitaan. Avoimuus näkyy siinä, että jokainen toimija tietää, miten ja miksi kyseinen organisaatio toimii, kuten se toimii. Pelisäännöt pitää olla, jotta osapuolet voivat toimia tasavertaisesti. Sosiaalityön mitattavuutta, läpinäkyvyyttä ja selkeyttä lisäävät laatutyö ja laadunhallinnan menetelmät. Nämä tukevat siirtymistä asiakaslähtöisempään sosiaalityöhön.

Samoin Hyvärinen (2011, 42 -43) näkee, että asiakaslähtöisyydellä voidaan saavuttaa asiakkaalle asti näkyviä tuloksia, jotka näkyvät odotusaikojen lyhenemisenä, hoidon laadun paranemisena ja hoidon vaikuttavuuden lisääntymisenä. Yksittäisen työntekijän työtteenä asiakaslähtöisyys on joustavaa toimintaa, jossa tunnistetaan asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja otetaan ne huomioon palvelussa. Tavoitteena on päästä irti kaavamaisuudesta.

Laitinen (2008, 141 -145) sitä vastoin painottaa, että asiakaslähtöisyyteen kuuluu esimerkiksi sellaisia elementtejä kuin luottamus, arvostus, aitous ja välittäminen. Näiden elementtien merkityksiin liitetään kuuntelemisen tärkeyttä, yksilönä kohtelemista ja vastavuoroisen kunnioituksen merkitystä. Laitinen pitää asiakaslähtöisyyttä vaikeana käsitteenä ja hänen mukaan käsitteen voisi korvata esimerkiksi hyvällä palvelulla tai toimivalla yhteistyöllä. Kyseiset asiat olisi hänen mielestään helpompi avata käytännössä ja muuttaa osatekijöiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien näkökulmasta asiakkuutta tarkasteltaessa läpimenoaika eli virtaustehokkuus (flow efficiency) on se aika, joka ensimmäisestä yhteydenotosta menee tapauksen sulkemiseen. Virtaustehokkuus huomioi asiakkaan suorat ja epäsuorat kustannukset, odo-

tusajat, vaivannäön, kärsimyksen jne. Asiakaskeskeisyyden ilmiötä ja mitareita ovat laatu, turvallisuus sekä läpimenoaika. Teknisen, taloudellisen ja allokatiiivisen tehokkuuden yhdistelmä on puolestaan resurssitehokkuus (resource efficiency). Tuottavuuden kehittämisen keskeinen ongelma on resurssi- ja virtaustehokkuuden optimointi eli suoritteita pitäisi tuottaa tehokkaasti; suoritteet pitäisi järjestää niin, että virtaus on mahdollisimman sujuva. (Nordic Healthcare Group, 4 -5.)

Parempi Arki-hankkeessa ajatellaan, että asiakaslähtöisen järjestelmän kulmakivenä on kumppanuus asiakkaan oman hoidon ja järjestelmän kehittämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden välillä. Tavoitteena on kehittää sellaisia palveluita, joista on hyötyä asiakkaiden arjessa selviytymisessä. Hankkeen tavoitteena on muuttaa järjestelmätaso toimimaan asiakkaan, ei järjestelmän ehdoilla. Resurssit kohdentuvat oikein, kun tunnistetaan ne asiakkaat, jotka tarvitsevat paljon tukea ja opastusta. Tavoite on kohdentaa asiakkaille sellaisia palveluita tai työvälineitä, jotka tuottavat heille arvoa ja terveyshyötyä. (Oksman ym. 2015, 9-10.)

5.2 Toiminnallinen sote-integraatio ja saumattomat palveluketjut

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio eli palveluiden yhteensovittaminen pitää sisällään sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisen ja toiminnallisen integraation. Sote-uudistuksen tavoitteena integraation osalta on koota päätöksenteko, johtaminen, rahoitus ja palvelut yhdelle vahvalle järjestäjälle, tarkoitus on tällä turvata palvelujen yhdenvertainen saatavuus. Integraatio on kansainvälinen suuntaus sosiaali- ja terveystalouden kehittämisessä. Palveluiden asiakaslähtöinen yhteensovittaminen on integraation keskiössä. Rakenteellisilla yhteensovittamisilla pohjustetaan palveluiden toiminnallista integraatiota, millä tarkoitetaan perinteiset toiminta- ja ammattirajat ylittävää palveluiden muodostamista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystaloudessa eli Eksotessa on otettu käyttöön Lean toiminta-ajatus. Sen perusteita ovat asiakkaan arvostaminen, oikein

ajoitettu toiminta ja virtaus, ongelmien tunnistus sekä jatkuva toiminnan parantaminen. Leania on käytetty erityisesti teollisuudessa ja viime vuosina sitä on hyödynnetty laajemmin terveydenhuollossakin eri puolilla maailmaa. Toiminnassa keskitytään siihen, että tuotetaan asiakkaille lisäarvoa esim. hoidon suhteen. Päähuomio on asiakkaassa sekä toiminnoissa, joilla voidaan tukea asiakkaan sujuvaa ja saumatonta palveluketjua. Tarkoitus on tarkastella toimintaa poistamalla ”hukkaa” eli toimintaa hidastavia turhia työvaiheita. Tavoite on pyrkiä jatkuvasti täydellisyyteen sekä taata Eksotessa asiakkaille paras, turvallinen ja oikein ajoitettu hoito. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus, 2015a.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote) Armilan sairaala muutettiin vuonna 2014 kuntoutuskeskukseksi. Armilan kuntoutuskeskus palkittiin toimintamallien ja johtamisjärjestelmän Lean-uudistuksesta vuoden 2014 Lean-tekona Suomen Lean-yhdistyksen toimesta. Armilan kuntoutuskeskuksen tavoite on kuntouttaa osastoille tulevat asiakkaat niin, että he voivat palata oikeaan aikaan ja turvallisesti kotiinsa asumaan. Vuosi kuntoutuskeskuksen avaamisen jälkeen kuntoutettavien hoitoaika on lyhentynyt ja pitkät kuntoutusjaksot supistuneet sekä toisaalta takaisinvirtaus keskus-sairaalan päivystykseen kuntoutujien osalta on puolittunut. Muutos on tuottanut arvoa kuntoutujille ja asiakkaiden tyytyväisyys on mitattuna noussut. Lean-filosofialla toteutettu muutos tehtiin yhdessä johdon ja työntekijöiden kanssa. Työntekijöiden sairauspoissaolot ovat laskeneet ja työtyytyväisyys on kohentunut. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus, 2015b.)

5.3 Yhteisöllinen sosiaali- ja terveydenhuolto

Laadullisessa sosiaalitieteellisessä väitöskirjatutkimuksessaan Isoherranen (2012, 5) kartoitti niitä ilmiöitä ja haasteita, joita asiantuntijat kohtaavat kehittäessään organisaatiotaan moniammatillisen yhteistyön suuntaan. Nykyään organisaatiot ovat tiimipohjaisia ja niiden rakenne on matalampi. Asiakaslähtöiset tiimit ovat joustavia ja itsenäisiä toiminnassaan. Toisaalta

tietotekniikan kehitys auttaa tiedon liikuttelua sekä kokoamista asiantuntija- ja organisaatorajojen kesken. Asiantuntijatyö on muuttunut yhteisöllisempään ja asiakaslähtöisempään suuntaan.

Toisaalta nykyisin vallalla oleva terveyshyötymallin (CCM) mukainen toiminta perustuu pääosin vastaanotto-orientoituneisiin järjestelmiin. Terveyshyötymalli on vaikeasti hyödynnettävissä niin ennaltaehkäisyssä kuin terveyden edistämisessä ja onkin keskeistä löytää tehokkaita keinoja sekä ehkäistä että hallita lisääntyviä kroonisia sairauksia. Tästä syystä Barr ja kumppanit (2003) kehittivät ja esittelivät laajennetun terveyshyötymallin (Expanded Chronic Care Model = ECCM). Laajennettuun terveyshyötymalliin on lisätty elementtejä väestön terveyden edistämisestä, siinä tunnustetaan sosiaalisten tekijöiden vaikutus terveyteen. Mallissa tehostettu yhteisöllinen osallistuminen nähdään osaksi moniammatillisten terveydenhuoltotiimien työtä, kun työskennellään kroonisten sairauksien kanssa. (Barr ym. 2003a, 73.)

Kuvattu laajennettu terveyshyötymalli (ECCM) yhdistää väestön terveyden edistämisen kliinisiin terveydenhuoltopalveluihin ja antaa suuntaa sille, miten näillä kahdella näkökulmalla voidaan täydentää toisiaan. Reaalielämässä tavoitteisiin pääseminen edellyttää laajaa monitieteellistä kattavaa tiimityötä. Tiimit työskentelevät suoraan yhteiskunnan tukemisen ja johtamisen kautta. Ne käsittelevät asiakkaan terveysongelmia ja osoittavat tekijöitä, jotka saattavat olla lähtökohtana joillekin ongelmalle sekä esittäen ratkaisuja tilanteen kohentumiseksi. Terveydenhuolto, kuten muutkin tiimit, esittävät parhaan mahdollisen parannellun terveyshyödyn pitkällä aikavälillä (Barr ym. 2003a, 81.)

Laajennettu terveyshyötymallin (ECCM) käyttöönotto vaatii ensisijaisesti perustavaa laatua olevan ajattelutavan muutoksen siitä, miten yksittäisen ihmisen hoito vaikuttaa koko väestön terveyteen. Tämä uusi rakenne integroi laajennetun terveyshyötymallin väestön terveyden edistämiseen osoittaen selkeän yhteyden terveydenhuoltojärjestelmän ja yhteisön välillä (Liite 7). Tämä toiminnallinen malli laajentaa käytännön painopistettä kohti yksilön, yhteisön ja väestön terveyshyötyä. (Barr ym. 2003a, 77.)

Toimiakseen laajennettu terveyshyötymalli vaatii läpäisevät rajat virallisen terveydenhuoltojärjestelmän ja yhteisön välillä. Toinen keskeinen muutos laajennetussa terveyshyötymallissa on neljän alueen sijainti: itseohjautumisen tuki, päätöksenteon tuki, informaatiosteemit ja palvelujen tuottamisen suunnittelu. Nämä neljä aluetta sijaitsevat laajennetun terveyshyötymallin mukaan terveydenhuoltojärjestelmän ja yhteisön rajapinnalla. Edellä mainitut neljä aluetta voidaan yhdistää terveyspalveluiden tuottamiseen ja väestön terveyden edistämiseen, jolloin vaikutetaan niin terveydenhuoltojärjestelmään kuin yhteisöihin. Toiminnan keskiö on tällöin sekä yhteisön että terveydenhuoltojärjestelmien strategioissa laajempi itseohjautuvuus. (Barr ym. 2003a, 77.)

Kansainvälisesti onkin tutkittu, että asiakkaan itseohjautuvuus on avainasia tehokkaassa kroonisten tilojen hallinnassa. Käytännössä se on kuitenkin vähän toteutettua ja haasteellista. Ellissenin ym.(2013) laadullisessa vertailevassa tutkimuksessa tutkittiin, onko ja/tai miten itseohjautuvuutta on yhdistetty kroonisten sairauksien tukemisen malleihin kolmessatoista Euroopan maassa. Tutkittiin myös astetta ja rajoitteita, joita tuen toimeenpanostrategioilla on terveydenhuoltopalveluissa. Metodina oli katselmus 13 osallistuneen maan keskuudessa perustuen yleiseen dataan, joka oli ilmoitettu mallinnetun terveyshyötymallilla. (Ellissen, Nolte, Knai, Brunn, Chevreul, Conklin, Durand-Zaleski, Erler, Flamm, Frølich, Fullerton, Jacobsen, Saz-Parkinson, Sarria-Santamera, Sönnichsen, & Vrijhoef 2013.)

Itseohjautuvuuden tuki kroonisesti sairailta potilailla jäi Ellissenin ja kumppaneiden saamien tulosten mukaan melko alikehittyneeksi Euroopassa. Tukemisen toiminnot keskittyivät enimmäkseen potilaiden lääketieteelliseen ja käyttäytymisen ohjaukseen kuin henkiseen tukemiseen. Tulosten mukaan itsehallinnan tukeminen ei ole vielä olennainen osa päivittäisiä käytänteitä. Toimeenpanoa vaikeuttavat rajat toisiin toimijoihin, rahoitus, tietotekniikka ja lääketieteen kulttuuri. (Ellissen ym. 2013.)

Tässä kehittämishankkeessa, kuten muissakin aiemmin mainituissa ajankohtaisissa Kaste-hankkeissa, laajennettu terveyshyötymalli sosiaali- ja

terveydenhuollossa nähdään sote-integraatioon valmistautumisena alueell-
lisella tasolla. Lisäksi kehitetään toiminnallista poikkitieteellistä yhteistyötä
sosiaali- ja terveydenhuollon monitoimijaisessa kentässä eli yhteisöllistä
sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

6 KEHITTÄMISTYÖN JA KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄLLINEN LÄHESTYMISTAPA

6.1 Osallistava toimintatutkimus kehittämistyössä

Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta, joten yhdessä pyritään saamaan aikaan muutosta ja ratkomaan käytännön ongelmia. Tästä syystä toimintatutkimus soveltuu kehittämistyön lähestymistavaksi. Tavoite on toimintatutkimuksella ratkaista organisaatiossa oleva käytännön ongelma samalla luoden uutta ymmärrystä ja tietoa aiheesta. Nimike kehittävä työntutkimus sopii toimintatutkimukselle, koska se on ongelmapainotteista ja suuntautuu erityisesti käytäntöön. Toimintatutkimuksellisessa lähestymistavassa ollaan kiinnostuneita siitä, miten asioiden tulisi olla. Tavoite on nykytodellisuuden muuttaminen. Oleellista on sitouttaa käytännön toimija mukaan osallistaksi kehittämiseen ja tutkimukseen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 58; Metsämuuronen 2001, 28 -29.) Yhteisö kehittää toimintaa tai työtä, analysoi sitä ja kehittää uusia vaihtoehtoja havaittujen ongelmien ratkaisuksi sekä tuottaa uutta teoriaa ja tietoa (Ojasalo ym. 2014, 58). Kehittämistyötä koskevan Parempi Arki-hankkeen tunnistamistyökäytännön aikana työskennellään moniammatillisissa työpajoissa.

Kritiikkinä toimintatutkimukselle Ojasalo ym. (2014) esittävät, että tavoitteet sekä menetelmät määritellään monesti epäselvästi. Voi käydä niin, että kehittämistehtävän määrittely on väljä, lähtökohta on selvitetty heikosti, aikataulut on epärealistinen ja lisäksi kehittämishankkeen osallistujien kesken on ristiriitoja. Kritiikki kohdistuu myös käytännön ja teorian yhdistämisen haasteellisuuteen. Organisaatiossa on oltava vastuulliset toimijat ja johdon sitoutuminen. (Ojasalo ym. 2014, 59.) Kehittämistyön aikataulut pyrki noudattamaan Parempi Arki-hankkeen työkaluvaiheen aikataulua ja pyrimme toimimaan hankkeelle asetetun suunnitelman linjassa huomioiden alueellisen toiminnan tavoitteet.

Alueellinen ja innovatiivinen toiminta tai ammattiperustainen kehitys riippuu siitä, miten yhteistyöverkostot on luotu eri sidosryhmien välille. Pe-

rusta kumppanuudelle ja yhteistyölle on luottamus. On oltava tutkimushanke, jotta muodostuu yhteinen tutkimuskäytäntö. Käytännön yhteistyö muodostuu tutkimushankkeessa niiden välillä, jotka kokevat osallisuutta, omaksuvat yhteisiä rutiineja, käsitteistöä, sanastoa, tapoja toimia, menetelmiä ja tunnusmerkkejä. Sitoutuminen edellyttää myös kykyä kestää erimielisyyttä ja monimutkaisia tilanteita. (Vilka 2015, 24.) Parempi Arki-hankeeseen liittyvässä kehittämistyössä pyritään osallistavilla menetelmillä tuottamaan Väli-Suomen alueelle yhteinen työkalu kotona asuvien paljon palveluita käyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden tunnistamiseen. Kehittämistyön tekijät toimivat itse osallistujina hanketyöntekijöinä yhdessä alueellisissa tiimissä (Päijät-Hämeen alue) tunnistamistyökalun kehittämisvaiheessa. Jatkossa käytetään kehittämishankkeeseen osallistuvista ylemmän AMK:n opiskelijoista nimitystä kehittämistyöntekijä.

6.2 Läpimurtotyöskentely kehittämishankkeessa

IHI (The Institute for Healthcare Improvement) perustettiin v.1991 kehittämään terveydenhuoltojärjestelmien laatua ja arvostusta. IHI:n kehittämistyön tavoitteina ovat yksilöiden parempi terveydentila, paremmat hoitotulokset, alemmat kustannukset, parempi palveluiden saatavuus, helppokäyttöisyyden edistämien ja yksilöiden tyytyväisyyden lisääminen. Saadakseen nopeita ja parempia tuloksia terveydenhoidossa, IHI kehitti läpimurtotyöskentelyn (The Breakthrough Collaboratives). (Kilo 1998, 2.)

Läpimurtotyöskentely toteutetaan noin vuoden sisällä osallistamalla organisaatioita. Palvelujen tuottajat kootaan yhteen, jotta he sitoutuvat kehittämään yhteistä tärkeää asiaa. Menetelmällä pyritään levittämään ja mukauttamaan olemassa olevaa tietoa yhteisten päämäärien saavuttamiseksi. Työskentelyyn liittyy yleensä kolme kahden päivän tilaisuutta. Osallistuvien organisaatioiden johto sitoutetaan kehittämistyöhön, myös kustannusten suhteen. Läpimurtotyöskentelyyn kuuluu valmistelutyö, jonka jokainen osallistuva organisaatio tekee omien tavoitteidensa osalta. Hankkeen vastuuhenkilöt kutsuvat organisaatiot tapaamiseen ja hankkeen kan-

nalta kokoneiden asiantuntijoiden saaminen kehittämistyöhön on keskeistä. Hanketiimi pyrkii siihen, että organisaatiot jatkavat kehittämistyötä myös läpimurtotyöskentelyn loputtua. Kehittämistiimin koko voi vaihdella eri tapaamiskerroilla, mutta on tärkeää, että jokaisesta organisaatiosta on osallistuja kaikissa tapaamisissa. Hankkeen johtajalla tulee olla tarpeeksi vaikutusvaltaa. Tiimissä täytyy olla henkilö, joka hallitsee menetelmän ja pystyy auttamaan osallistujia työskentelyssä. (Kilo 1998, 2-3.) Läpimurtotyöskentelyyn liittyy seitsemän elementtiä: aiheiden valinta, teoria, moniammatillisuus, kehittämismalli, keskipiste (focus), paine muutokseen ja levittäminen (Kilo 1998, 6).

Läpimurtomallilla (Liite 8) toteutettavan hankkeen onnistumisen edellytys on johdon ja lääkäreiden sitoutuminen. Lisäksi tarvitaan sekä viestintää että tiimien yhteistyökykyä, ja onnistumisen arviointiin tulisi olla kehitetty työvälineitä. Yhteiset tavoitteet ja mittarit auttavat organisaatorajojen ylittävän vertailun ja oppimisen tiimityössä läpimurron aikana. Osallistujat luovat samalla verkostoja, joita he voivat hyödyntää myöhemminkin. Dokumentointi tuloksista ja käytetyistä menetelmistä kannattaa koota yhteen. Toisaalta tulisi olla myös valtakunnallinen toimija, jolla on innostusta ja laaja asiantuntijuus laadun kehittämismenetelmistä ja käytännön kokeista niiden käytöstä. Läpimurtotyöskentely ei kuitenkaan poista kehittämistarvetta terveydenhuollon johtamisesta tai rakenteiden kriittisestä tarkastelutavasta. Etuna menetelmällä on, että päästään suoraan käsiksi käytännön ongelmiin, jotka haittaavat potilaan arkea. (Heinänen, Mäntyranta, Maijanen & Kaila 2011, 1844 – 1845.)

Parempi Arki-hankkeen tunnistamistyökalupajoja pidettiin syksyllä 2015 yhteensä kolme kappaletta. Niissä työskenneltiin läpimurtomallia hyödyntäen. Jokaiseen pajaan liittyi valmistelutyö välitehtävien muodossa omissa organisaatioissa ja jokainen organisaatio peilasi tehtäviä omaan toimintaansa. Tehtävät purettiin työkalupajojen aikana, ja tältä pohjalta toiminta jatkui arvioimalla ja parantamalla työkalun suunnitteluun ja lopulliseen toteutukseen. Lopputuloksena saatiin yleinen paljon palveluita käyttävien yh-

teisiasiakkaiden tunnistamistyökalu, jota oli tarkoitus pilotoida hankeorganisaatioissa. Työkalupajojen toimintaa on kuvattu tarkemmin kappaleessa 7.1.

Läpimurtotyöskentelyä eli The Breakthrough Collaboratives menetelmää on Britannian ja USA:n lisäksi käytetty laajasti myös Ruotsissa. Ruotsiin maakäräjät ja kunnat ovat toteuttaneet läpimurtohankkeita vanhustenhuollosta ja potilasturvallisuudesta ja Jönköpingin maakäräjien yksikkö käytti sitä kehittäessään hoitoon pääsyä terveydenhuollossa Ruotsissa ja kytki mukaan muita ruotsalaisia organisaatioita sekä yhteistyökumppaneita Tanskasta, Norjasta ja Suomesta (Espoo). (Heinänen ym. 2011, 1844 – 1845.)

Läpimurtotyöskentelyä on Suomessa käytetty Rohto-pajoissa vuonna 2008, joissa tätä työskentelymetodia käytettiin kehitettäessä yhtenäisiä hoitokäytäntöjä ja hoitoketjuja. Tavoitteena oli johdonmukainen lääkehoito ja diagnoosi- sekä hoitokäytänteet terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien alueilla. Tarkoitus oli saavuttaa pysyviä toimintamalleja. Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO lopetti 31.10.2009 osana lääkehuollon uudelleenorganisointia. Toiminta kuitenkin jatkuu ja Rohto-verkosto ja Rohto-pajatoiminnan tuki on nykyisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL:n) alaisuudessa. (Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO, 2008.) Kaste-hankkeista mm. Hyvä vastaanotto 2010- 2013 ja Hyvä Potku 2014- 2015 käyttivät molemmat terveyshyötymallin lisäksi läpimurtotyöskentelyä. Näiden hankkeiden aikana saatiin kehitettyä uusia toimintamalleja ja parannettua vastaanottoaikojen saatavuutta perusterveydenhuollossa. (Hyvä Potku 2014 -2015.)

7 TUNNISTAMISTYÖKALUN TYÖPAJATYÖSKENTELEY

7.1 Tunnistamistyökalupajojen toiminta

Kehittämistyötä koskevan Parempi Arki-hankkeen läpimurtotyöpajat toteutettiin maakuntien välisenä yhteistyönä käyttäen mukana olevien alueiden eri organisaatioista rekrytoitua moniammatillista hanketyöntekijäresurssia (Oksman ym. 2015, 13). Työkalupajojen hanketiimin jäseniä ovat hankejohtaja ja kuusi kehittämissuunnittelijaa Väli-Suomen Kaste-alueen maakunnista. He suunnittelivat ja organisoivat työpajojen työskentelyä. Työpajoihin osallistui 26 hanketyöntekijää (3-4 osallistujaa /alue), jotka oli rekrytoitu Väli-Suomen alueen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan kokeneista ammattilaisista, jotka ovat työskennelleet paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kanssa. Ammattilaisista oli edustettuna terveyskeskuslääkäreitä, fysioterapeutteja, sairaan- ja terveydenhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä (aikuis-, lasten- ja päihdepuolen) sekä sote-puolen johdon ja kehittämisen edustajia.(Oksman, 2015a.)

Ohjausryhmään Parempi Arki-hankkeessa kuuluvat Väli-Suomen alueen Kaste-alueelta 26 edustajaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatioiden johdosta sekä sosiaalipuolen johtotehtävien edustajia. Lisäksi ohjausryhmään kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriön, terveyden- ja hyvinvointilaitoksen sekä Kaste-ohjelman valvojina kolme henkilöä. Ohjausryhmä kokoontuu yhdessä hanketiimin kanssa arvioimaan hankkeen toteutumista useita kertoja hanketyön aikana. Ohjausryhmän tehtävänä on myös tukea hankkeen toteutumista organisaatiotasolla, maakunnallisesti sekä koko Väli-Suomen alueella.(Oksman, 2015a.)

Työkaluvaiheessa hanketyöntekijät kehittivät ja arvioivat työkalua kotona asuvien paljon palveluita käyttävien yhteisten asiakkaiden tunnistamiseen. Työkalupajojen välillä työstettiin edellisen pajan tuotosten myötä nousseita välitehtäviä omissa työyhteisöissä ja osallistamalla kerätty aineisto palautettiin seuraavaan työpajaan edelleen kehiteltäväksi. Tunnistamistyökalupajoja pidettiin kolme kappaletta Tampereella ja niiden ajankohdat olivat 26.8., 8.10. ja 3.12.2015.

7.2 Ensimmäisen tunnistamistyökalupajan toiminta ja tuotokset

Ensimmäisessä läpimurtotyöpajassa pyritään ymmärtämään valitun aiheen kannalta kriittiset muutostarpeet. Työpajojen välistä aikaa kutsutaan ”action periods” eli toimenpidevaiheiksi. Tällöin asiantuntijat jakavat tietoa ja kokemuksia omista organisaatioissaan. He vierailevat eri laitoksissa, kirjoittavat raportteja ja sähköpostia keskusteluryhmille. (Kilo 1998, 5 -6.)

Parempi Arki-hankkeessa ensimmäiseen työpajaan valmistauduttiin ennakkotehtävällä, jossa pohdittiin, onko eri organisaatioissa käytössä työkaluja paljon palveluja käyttävien tunnistamiseen. Jatkokysymyksenä esitettiin, jos ei tunnistamistyökalua ole, olisiko sille tarvetta? Itse työpajassa aloitettiin kartoittamaan syitä, miksi työkaluja ei ole käytössä, ja miksi sellainen pitäisi olla. Lisäksi työpajassa pohdittiin, millainen työkalun pitäisi olla, jotta sillä olisi edellytyksiä toimia käytännön työn apuna. Ensimmäisen työkalupäivän tuotokset löytyvät kokonaisuudessaan kehittämistyön lopusta (Liite 9). Kaikkien kolmen paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaidentunnistamistyökalupajojen tuotokset tulivat hanketiimiltä sähköpostitse kehittämistyön tekijöille.

Ensimmäinen työkalupaja alkoi Ryhmätyö 1:llä (kolme kahdeksan hengen ryhmää), jossa pohdittiin ensin yksin ja sitten ryhmissä mahdollisia syitä, *miksi paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ei ole työkalua tai toimintamallia* omista organisaatioissa. Ryhmien tuotokset koottiin fläpeille, joista hanketiimi suoritti yhteenvedon. Keskeiseksi syiksi nähtiin, että hierarkia estää tunnistamasta asiakkaita ja terveydenhuollon vastaanotoilla on vaikea saada tietoa esim. sosiaalityön asiakkuudesta. Mietittiin, miten sitä voi kysyä ja voiko sitä kysyä. Paljon palveluita käyttävät asiakkaat nähtiin heterogeenisena ryhmänä ja jopa vaikeina asiakkaina, joihin ”kukaan ei halua tai jaksa tarttua”. (Oksman, 2015b.)

Ryhmätyö 2 jatkui pohdinnalla, mitkä olisivat *työkalun tai toimintamallin mahdolliset hyödyt*. Näistä keskusteltiin edelleen ryhmissä oman organi-

saation ja asiakkaan näkökulmista. Tuotokset koottiin jälleen fläppitaulupaperille, joista hanketiimi koosti yhteenvedon sekä asiakkaan että organisaation näkökulmasta.

Tuotoksena *asiakkaan hyödyiksi* nähdään, että oikea-aikaisen tunnistamisen ja haltuunoton kautta asiakas ohjautuu oikeaan palvelun piiriin tai oikealle työntekijälle. Tällöin palvelun saanti nopeutuu, tilanne rauhoittuu, ja asiakkaan päivystyskäynnit vähenevät. Palveluiden kokonaisvaltaisuudella asiakkaan tyytyväisyys ja elämänhallinta lisääntyy ja hän saavuttaa parempaa arkea sekä tulee kuulluksi. Tätä kautta saavutetaan asiakastyytyväisyyttä ja myös työntekijät kokevat onnistuneensa. Tunnistamistyökalun ja toimintamallin käyttö sitouttaa asiakasta ja tätä kautta osaltaan saavutetaan hoidon vaikuttavuutta ja asiakkaan näkökulmasta taloudellista hyötyä oikein mitoitettulla palvelulla. Yhdenmukainen toimintamalli vähentää asiakkaan hämmennystä ja lisää turvallisuuden tunnetta. (Oksman, 2015b.)

Organisaation hyödyksi tunnistamistyökalun ja yhtenevän toimintamallin käytöstä on toiminnan sujuvuus. Sote-kentän toimijoiden välinen yhteistyö lisääntyy sekä työntekijöiden mielekkyys työhön kasvaa. Organisaatioiden näkökulmasta paljon palveluita käyttävät asiakkaat ohjautuvat oikein ja toisaalta resurssit kohtaavat. Täten voidaan saavuttaa kustannussäästöjä ja toiminnan kustannustehokkuutta, kun keskitytään tarvitseviin asiakkaisiin. (Oksman, 2015b.)

Ryhmätyössä 3 keskityttiin pohtimaan ryhmissä, *millainen tunnistamistyökalun tulisi olla, jotta se toimisi arkityössä ja voitaisiin ottaa systemaattiseen käyttöön*. Tuotokset koottiin edelleen fläppitaulupaperille, josta tehtiin yhteenveto.

Edellytykset tunnistamistyökalun toimivuudelle ovat tuotosten mukaan asiakaslähtöisyys, helppo ja yksinkertainen käytettävyys. Edellytyksenä nähdään myös, että henkilökunta tulee kouluttaa ja motivoida tai jopa pakottaa tunnistamistyökalun käyttöön. Toimivuuden edellytykseksi ajatellaan tietojärjestelmäpohjaista hälytystä, joka aktivoituu työntekijälle paljon palveluita käyttävän asiakkaan kontaktin aikana. (Oksman, 2015b.)

Tunnistamistyökalun käytettävyyteen nähdään liittyvän työkalun päivittyminen reaaliaikaisesti. Tunnistamistyökalun tulisi olla osa Kanta- ja Kansarkistoa sekä profiloitua paljon palveluita käyttäville asiakkaille. Tietojärjestelmäpohjaisen ”hälytyksen” jälkeen työntekijä käyttää kehitettyä toimintamallia. (Oksman, 2015b.)

Ensimmäisen työpajapäivän yhteenvedossa käy ilmi, että tunnistamistyökalua ei ole systemaattisessa käytössä, mutta tarve sellaiselle on. Koeetaan, että asiakkaiden varhaisesta tunnistamisesta hyötyvät asiakas, työntekijä ja organisaatio. Varhainen erilaisten tarpeiden tunnistaminen tukee organisaation tarkoituksenmukaista resursointia, työntekijän ajankäyttöä sekä lisää asiakkaan mahdollisuutta tarvitsemaansa tukeen, apuun ja ohjaukseen. Hyvää tunnistamistyökalua kuvataan ensimmäisessä työkalupajassa helppokäyttöiseksi, lyhyeksi, selkeäksi ja mielellään sähköiseksi integroituna olemassa oleviin sähköisiin järjestelmiin. (Oksman, 2015b.)

Ensimmäisen työpajan lopussa osallistujat saivat välitehtäväkseen miettiä omissa työyhteisöissään, millaisia paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat, ja millaisia tunnereaktioita he herättävät. Lisäksi annettiin mietittäväksi, mitä keinoja työyhteisöissä on näiden asiakkaiden kanssa toimimisessa.

7.3 Toisen tunnistamistyökalupajan toiminta ja tuotokset

Toisessa työpajassa keskitytään arvioimaan prosessia, jaetaan avainhavaintoja aihealueesta. Tällöin myös suunnitellaan, miten prosessia voidaan levittää alkuperäisten testauspaikkojen ulkopuolelle. Osa organisaatioista ryhtyy tällöin paneutumaan lisätavoitteisiin. (Kilo 1998, 5 -6.)

Parempi Arki-hankkeessa *toinen työpaja* (Liite 10) aloitettiin pohtimalla learning cafe menetelmällä ryhmissä edellisen pajan lopussa annettua kotehtävää, joita oli toteutettu työpajojen välissä omissa organisaatioissa:

- Millaisia paljon palveluita käyttävät asiakkaat ovat työyhteisöissä?

- Mitä tunteita paljon palveluita käyttävät asiakkaat herättävät ja miksi?
- Mitä keinoja on käytössä paljon palveluita käyttävien asiakkaitten kanssa?

Learning cafessa valittua aihetta ideoidaan eri lähestymistavoin erillisissä pöytäryhmissä. Menetelmä vaatii vähintään 12 osallistujaa ja pöytäryhmän vetäjän keskustelun onnistumiseksi teemoihin liittyen. Ideat kirjataan keskustelun aikana ylös ja tietyin aikaväleihin ryhmät vaihtavat pöytää. Pöytäryhmän vetäjä tiivistää edellisen ryhmän keskustelun ja uusi ryhmä jatkaa ideointia edelleen. Kaikki ryhmät kiertävät jokaisessa pöydässä. Tuotoksena on paljon erilaisia ideoita. (Ojasalo ym. 2014, 162.) Hanketyöntekijöiden välitehtävät oli jaettu kysymysten mukaan kolmeen pisteeseen, joissa oli samat osallistujat kuin edellisessä pajassa. Pisteiden vetäjät kirjasiivat tuotokset fläppitaulupapereille ja esittivät ne hanketyöryhmälle.

Ensimmäisen pisteen tuotoksena saadaan vastaus kysymykseen millaisia asiakkaat ovat. Asiakkaiden mielletään olevan moniongelmaisia, monisairaita ja yksinäisiä. He saattavat olla monen toimijan käsissä (jopa 30 toimijaa) ja taustalla on usein päihteiden käyttöä. Heillä on taloudellisia ongelmia, elämänhallinta puuttuu tai he ovat uusavuttomia. Asiakkaalta puuttuu sosiaaliset verkostot, on köyhyyttä, tai he ovat perineet huono-osaisuuden. Asiakkaista hahmotetaan löytyvän kriisiperheitä, eroperheitä ja yksinasuvia. Heillä voi olla mielenterveysongelmia, muistisairautta, työuupumusta ja kuolemanpelkoa. Tästä ryhmästä löytyy myös paljon oireilevia ilman sairauksia, traumatisoituneita ja pelokkaita sekä kipupotilaita. Lisäksi tunnistettiin ”työtä vieroksuvat”, keski-ikäiset työttömät miehet, ”google-viisaat”, tyytymättömät, kikkailevat, hoitoon sitoutumattomat ja palveluriippuvaiset. (Oksman, 2015c.)

Toisen pisteen tuotoksena saadaan vastaus kysymykseen, mitä tunteita paljon palveluita käyttävät asiakkaat herättävät, ja miksi. Negatiivisina tunteina koetaan turhautumista sekä asiakkaaseen että systeemiin. Jotkut kokevat ahdistusta, ärsynty mistä ja kiukkua, jopa pelkoa, kyynisyyttä ja vihaa. Joillakin herää riittämättömyyden tunne ja voimattomuus sekä uupumus ja väsymys. Toisaalta tunnetaan sääliä ja myötätuntoa, ollaan harmissaan asiakkaan puolesta. Tuntemuksissa herää myös surua tai tunnetta, että ”syvälle sisälle sattuu”. Varsinaisesti vastauksissa ei tule ilmi, miksi tällaisia tunteita herää. Palveluntuottamiseen liittyvinä tunteina nousee sosiaali- ja terveydenhuollon muiden toimijoiden syyttely sekä epätietoisuus, epävarmuus ja kädetön olo näiden asiakkaiden kohtaamisessa. Toisaalta tulee halu laittaa asiakas eteenpäin. Osa ajattelee asiaa jo pidemmälle onnistumisen tunteena, kun tunnistamistyökalu on käytössä. (Oksman, 2015c.)

Kolmannen pisteen tuotoksena muodostuu vastaus kysymykseen mitä keinoja on käytössä paljon palveluita käyttävien asiakkaitten kanssa. Käytössä on kuntoutustyöryhmää, verkostotapaamisia ja -toiminnan kohdentamista riittävän pitkälle asiakkaan palveluissa. Käytössä on ennaltaehkäiseviä toimintoja, kuten palveluohjausta ja ennakoivia vastaanottokäyntejä. Joissain toimipisteissä pidetään tiimitapaamisia asiakkaan kanssa. Varataan myös aikaa kartoitus- ja kontrollikäynneille, ja asiakkaan jatkopolku suunnitellaan palvelun jälkeen. Huumori koetaan myös keinona toimia paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kanssa. Samoin erilaiset pelisäännöt ja työnohjaus tulevat esiin. (Oksman, 2015c.)

Toisen työkalupajan seuraavassa vaiheessa tuotettiin kriteerejä, joilla pystytään tunnistamaan paljon palveluita käyttäviä yhteisasiakkaita. Käytettiin brainstorming-menetelmää (aivoriihi), joka on yksi luovan ongelman ratkaisun menetelmistä. Sillä tuotetaan ideoita ryhmässä eli 6-12 hengen ryhmä pyrkii ideoimaan vetäjän johdolla uusia näkökulmia tai ratkaisuja tiettyyn ongelmaan. Menetelmässä on eri vaiheita; esivaihe (asetetaan ja rajataan tavoitteet), lämmittelyvaihe (toiminnan käynnistäminen ja ohjeistus), ide-

ointivaihe (vapaata ideoitten tuottamista ilman kritiikkiä), valintavaihe (ideoita tarkastellaan kriittisesti vetäjän ohjeiden mukaan ja valitaan parhaat ideat). (Ojasalo ym. 2014, 160 -161.)

Brainstorming-menetelmää hyödyntäen mietittiin itsekseen tilannetta, jolloin omassa organisaatiossa aloittaa uusi työntekijä. Pohdittiin kolmea tärkeintä kriteeriä, joilla pystytään tunnistamaan paljon palveluita käyttäviä asiakkaita. Seuraavaksi esiteltiin nämä kolme kriteeriä parille ja perusteltiin, miksi valitut kriteerit ovat tärkeitä. Seuraavaksi parit valitsivat yhdessä kaksi parhainta tunnistamiskriteeriä ja perustelivat, miksi juuri nämä kriteerit valittiin. Työskentelyä jatkettiin siten, että parit valitsivat itselleen toisen parin ja esittelivät omat kriteerinsä toiselle parille eli jokainen neljän hengen ryhmä valitsi kaksi parasta kriteeriä perusteluineen. Kaikki ryhmät esittelivät koko hanketyöryhmälle omat kaksi perusteltua tunnistamisen kriteeriä.

Brainstorming-vaiheesta nousee seuraavat *alustavat tunnistamiskriteerit*:

- Huomio käyntimääriin kuukauden sisällä
- Riippuvuuskäyttäytyminen (päihde- ja palveluriippuvuus)
- Paljon käyntejä ”ilman selvää ongelmaa”
- Monta erikoisalanäkymää (paljon merkintöjä kertomuksissa)
- Käyntien syyille ei löydy selitystä (epämääräisiä)
- Moniongelmaisuus
- Suunnittelemattomat käynnit
- Epämääräiset, toistuvat käyntisyöt
- Asiakkaan kertoma selvitys tilanteesta → tarve yhteistyölle
- Käyntimäärät ja syyt, onko ennalta määrättyjä vai hakeutuuko asiakas toistuvasti eri syillä
- ”Hälytysoireet” → mitä ovat hälytysmerkit
- Suunniteltujen käyntejä on runsaasti
- Terveystila?
- Asiakas ahdistaa ja ärsyttää, kokemus riittämättömyydestä
- Käyttää sosiaali- tai terveydenhuollon päivystyspalveluita

- Noussut huoli (Oksman, 2015c).

7.4 Tunnistamistyökalu Parempi Arki-hankkeelle

Toisen työpajan tuotoksena hanketiimi kokosi yhteen ensimmäisen version tulevasta paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamistyökälusta, ja lähetti version kehittämistyöntekijöille sähköisesti. Tätä versiota ja sen toimivuutta arvioitiin jokaisen hanketyöntekijän omassa työyhteisössä. Kysymyksinä kolmatta työpajaa varten esitettiin, mitä hyvää ja mitä kehitettävää tunnistamistyökalussa on.

Työkalun avulla sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaiset voivat tunnistaa asiakkaita, jotka hyötyisivät alan toimijoiden yhteistyöstä. *Parempi Arki-hankkeen paljon palveluita käyttävien sosiaali – ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden yleisen tunnistamistyökalun kriteerit Väli – Suomen alueelle ovat* (Liite 11):

1. Asiakkaan tilanteesta herää huoli ja / tai riittämättömyyden tunne
2. Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi
3. Epämääräisten syiden takia toistuvia ja / tai suunnittelemattomia käyntejä ja yhteydenottoja
4. Toistuvasti peruuttamattomia aikoja
5. Epäily riippuvuuskäyttäytymisestä.(Oksman, 2015e.)

Tämä paljon palveluita käyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden tunnistamistyökalu on yleinen ja tarkoitettu käytettäväksi asiakaslähtöisesti koko Väli-Suomen Kaste-alueen sosiaali- ja terveydenhuollon monitoimijaisessa kentässä. Tätä kehitettyä tunnistamistyökalua arvioitiin ennen kolmatta työkalupajaa hanketyöntekijöiden omissa organisaatioissa.

7.5 Kolmannen tunnistamistyökalupajan toiminta ja tuotokset

Kolmas työpaja on summatiivinen. Siinä yhteistyössä opitut asiat kootaan yhteen ja suunnitellaan tavat, joilla tietoa voidaan levittää laajemmalle, (Kilo 1998, 5 -6.) Parempi Arki-hankkeen tavoitteena oli tällöin tarkentaa tunnistamistyökalua edelleen. Lisäksi työkalun kehittäminen jatkuu syklinä koko Parempi Arki-hankkeen läpi.

Kolmannessa työkalupajassa (tuotokset Liite12) selvitettiin, kuinka tunnistamistyökalun pilottiversio eli yleinen tunnistamistyökalu toimii käytännön työssä. Kolmannen työkalupajan alussa käytettiin jälleen learning cafe-menetelmää. Osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään ja ryhmät kävivät läpi kotitehtäväksi annettuja omista organisaatioissa täytettyjä arviointilomakkeita koskien tunnistamistyökalua. Arviointilomakkeet sisälsivät kolme kysymystä:

1. Miten tunnistamiskriteerit toimivat herätteinä käytännön tilanteissa?
2. Nouseeko joku tunnistamiskriteereistä erityisen käyttökelpoiseksi? (Miten ja miksi?)
3. Mitä kehitettävää? Millainen työkalun tulisi olla fyysisesti, jotta se toimisi käytännön tilanteissa?

Perusterveydenhuollon palveluissa tunnistamiskriteerien toimivuudesta herätteinä käytännön tilanteissa ajatellaan yleisesti, että kaikilla viidellä kriteerillä voidaan tunnistaa palveluiden suurkuluttajia. Toisaalta kehittämis-kohteeksi nousee se, että perusterveydenhuollossa kriteerit toimivat ikään kuin taustalla ajattelussa, mutta eivät varsinaisena työkaluna. Tunnistetaan kriteereistä toimivaksi se, että herää huoli asiakkaasta. Toisaalta pohditaan, miten toimia tämän havainnon jälkeen. Perusterveydenhuollon palveluissa koetaan olevan eniten niitä asiakkaita, jotka hakeutuvat hoitoon vaihtelevista syistä (kriteeri 3) epämääräiset syyt ja toistuvat ja / tai suunnittelemattomat käynnit ja yhteydenotot. Toisaalta perusterveydenhuollon puhelinneuvonnassa tämä kriteeri arvioitiin käyttökelpoiseksi, koska se toimii hyvin herätteenä asiakkaan pidemmälle puhelinneuvonta-ajan varaa-

miselle. Avosairaanhoidossa kaikki kriteerit toimivat ja erityisesti avosairaanhoidossa korostuu (kriteeri 4) toistuvasti peruuttamattomat ajat, koska tämä näkyy järjestelmässä. (Oksman, 2015d.)

Erikoissairaanhoidossa puolestaan korostuu tunnistamiskriteerien herätteinä toimimisessa käytännön tilanteissa erityisesti (kriteeri 4) toistuvasti peruuttamattomat käynnit. Toisaalta erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ei nähdä potilaan peruuttamattomia käyntejä tai niitä ei ole tarve seuloa. Lähete-poliklinikoilla ei tunnistaminen onnistu minkään kriteerin avulla, koska asiakkaista näkyy vain rajattu tieto. Lisäksi erikoissairaanhoidossa asiakkailla on paljon sairauksia ja kriteerien käyttö paljon palveluita käyttävien poimintaan on sen takia haasteellista. Kuitenkin tunnistetaan, että (kriteeri 3) epämääräisten syiden takia toistuvat ja / tai suunnittelemattomat käynnit ja yhteydenotot toimii herätteenä, koska yleensä kyseessä on aina sama asiakas ja sama asia. (Oksman, 2015d.)

Sosiaalihuollossa kriteerien toimivuudesta herätteenä ajatellaan, että kaikki kriteerit toimivat herätteenä. Toisaalta (kriteeri 3) epämääräisten syiden takia toistuvia ja / tai suunnittelemattomia käyntejä sekä yhteydenottoja ei ole oikein toimiva, koska sosiaalipuolen asiakkaat tulevat aina ajanvarauksella. Toisaalta päihdepuolella taas (kriteeri 3) mukaisia käyntejä tunnistetaan, ja (kriteeri 4) toistuvasti peruuttamattomat ajat korostuu. Sosiaalihuollossa koetaan erityisesti asiakassuunnitelmaa tehtäessä, että jää huoli asiakkaan tilanteen taustalla olevista terveysongelmista. Sosiaalipuolella ajatellaan myös, että kaikki kriteerit voivat periaatteessa toimia herätteinä, vaikka ei olisikaan epäilyä holtittomasta riippuvuuskäyttäytymisestä. (Oksman, 2015d.)

Taulukossa 1 on koottuna tunnistamistyökalun yleisen pilottiversion tunnistamiskriteerien arvioinnit eri hankeorganisaatioryhmistä. Perusterveydenhuollon yksiköistä arviointia oli suoritettu mm. terveyskeskuksissa (vastaanotot ja vuodeosastot), vanhuspalveluissa, neuvolassa ja avosairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa arvioinnissa oli mukana vuodeosastoja, lähete-poliklinikoita, ensiapu, valvontaosasto ja aikuispsykiatrian yksiköitä.

Sosiaalipuolelta mukana oli sosiaalitoimistoja, päihdehuoltoa ja A-klinikka-toimintaa.

TAULUKKO 1. Tunnistamiskriteerit herätteinä käytännön tilanteissa

Asiakkaan palvelupiste	Kriteeri 1. Huoli tilanteesta/ riittämättömyys	Kriteeri 2. Ongelma ei yksiselitteinen / ei ydintä	Kriteeri 3. Epämääräiset/ toistuvat tai suunnittemattomat käynnit	Kriteeri 4. Perumattomat ajat	Kriteeri 5. Epäily riippuvuus-käyttäytymisestä
Perusterveydenhuolto	x	x	x	x	x
Erikoissairaanhoido		x	x	x	x
Sosiaalihuolto	x	x	x	x	x

Perusterveydenhuollossa tunnistamiskriteerien käyttökelpoisuudessa korostuu (kriteeri 1) asiakkaan tilanteesta herää huoli ja / tai tulee riittämättömyyden tunne. Myös (kriteeri 2) se, ettei asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen, tai asian ytimeen ei päästä käsiksi, koettiin käytännölliseksi. Näiden kahden kriteerin ilmetessä ammattilaiset kokivat, että olisi syytä tehdä yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä sekä nähtiin tarve lisäkeinoille asiakkaan kohtaamisessa. Vanhuspalveluissa käyttökelpoiseksi nousivat (kriteeri 2) asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen, tai asian ytimeen ei päästä käsiksi sekä (kriteeri 3) epämääräisten syiden takia toistuvia ja /

tai suunnittelemtomia käyntejä ja yhteydenottoja. Nämä kriteerit korostuvat, koska vanhushoidosten asiakkaat ovat usein muistisairaita. Toisaalta avosairaanhoidossa ilmenee enemmän (kriteeri 3) epämääräisten syiden takia toistuvia ja / tai suunnittelemtomia käyntejä ja yhteydenottoja sekä (kriteeri 4) toistuvia peruuttamattomia aikoja. Nämä herätteet nousevat siksi, että avosairaanhoidon asiakkailla ajatellaan olevan paljon päivystyksen käyttöä. (Oksman, 2015d.)

Erikoissairaanhoidossa (kriteeri 3) epämääräisten syiden takia toistuvia ja / tai suunnittelemtomia käyntejä ja yhteydenottoja, nousee vahvana *tunnistamiskriteerien käyttökelpoisuudessa*, sillä päivystysalueella on suuri määrä käynneistä juuri tämän tyyppisiä. Toisaalta käytännöllinen oli myös (kriteeri 1) asiakkaan tilanteesta herää huoli ja / tai riittämättömyyden tunne ja (kriteeri 5) epäily asiakkaan riippuvuuskäyttäytymisestä. Tällöin tulee usein tunne, että hoidetaan erikoissairaanhoidon kuulumattomia potilaita, eikä toisaalta ole aikaa asiakkaan ongelmalle tai ongelma vaikuttaa ns. oudolta. Valvontatyypisessä työssä käyttökelpoisin oli (kriteeri 5) epäily riippuvuuskäyttäytymisestä (pääteet). Psykiatrian puolella (kriteeri 3) epämääräisten syiden takia toistuvia ja / tai suunnittelemtomia käyntejä ja yhteydenottoja on käyttökelpoinen tunnistamisessa. (Oksman, 2015d.)

Sosiaalipuolella tunnistamiskriteerien käyttökelpoisuudessa kärkeen nousee (kriteeri 2) asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi ja (kriteeri 5) epäily riippuvuuskäyttäytymisestä. Nämä kriteerit ovat käyttökelpoisia, koska yleensä asiakkaan ongelmaan ei ensimmäisellä käyntikerralla päästä käsiksi. Asiakassuhde vaatii kehittymistä sosiaalipuolella. A-klinikalla (kriteeri 3) epämääräisten syiden takia toistuvia ja / tai suunnittelemtomia käyntejä ja yhteydenottoja on käytännöllinen. Tämän kriteerin ilmenemiseen vaikuttaa osaltaan se, syntyykö ensimmäisessä kontaktissa luottamus työntekijän ja asiakkaan välillä. (Oksman, 2015d.)

Taulukossa 2 kootaan arviointi eri hankeorganisaatioiden havainnoista tunnistamistyökalun kriteereiden käyttökelpoisuudesta. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon organisaatioista arviointia oli tehty edelleen samoissa työyksiköissä kuin edellä.

TAULUKKO 2. Tunnistamiskriteerien käyttökelpoisuus

Asiakkaan palvelupiste	Kriteeri 1. Huoli tilanteesta/ riittämättömyys	Kriteeri 2. Ongelma ei yksiselitteinen/ ei ydintä	Kriteeri 3. Epämääräiset/toistuvat tai suunnittelemattomat käynnit	Kriteeri 4. Perumattomat ajat	Kriteeri 5. Epäilyriippuvuus-käyttäytymisestä
Perusterveydenhuolto	x	x	x	x	
Erikoissairaanhoido	x		x		x
Sosiaalihuolto		x	x		x

Hankeorganisaatioissa *tunnistamistyökalun fyysisestä käytännöllisyydestä* toivottiin, että työkalu olisi konkreettinen ja toimiva myös kiiretilanteissa. Lisäksi toivotaan työkalua sähköiseen muotoon, jotta se tavoittaa sekä velvoittaa kaikki toimijat. Tärkeänä pidetään, ettei sen käyttöä pysty ohittamaan. Yhtenä ajatuksena on tietokantapohjainen tunnistus, josta asiakkaalle lähtisi automaattisesti kirjeitse informaatiota palvelutarjonnasta. Tunnistamistyökaluun toivotaan tarkennusta kriteereiden osalta, jotta se auttaisi paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamisessa. Toisaalta

pohditaan, miten toimitaan tunnistamisen jälkeen. Lisäksi työkalun tulisi ominaisuuksiltaan olla nopea, selkeä, ja tunnistamista seuraavat toiminnot tulisi olla selkeästi kuvattu. Työkalun tulisi auttaa asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointia, tukemista sekä jatkosuunnitelman tekoa. Tunnistamistyökalun fyysisesti laajempaa käyttöä toivotaan viranomaisistoilla esim. poliisi. (Oksman, 2015d.)

Kehittämistarpeiksi tunnistamistyökalulle toivotaan kriteerien konkretisointia, koska ne jäävät pilottivaiheessa tulkinnanvaraisiksi ja ympärilyöreiksi eli ovat liian yleispäteviä. Erityisesti sosiaalityössä kaivataan jotain muuta, koska siellä ongelmat eivät ole yksiselitteisiä. Toisaalta arvioidaan, että sosiaali- ja terveydenhuollossa ymmärretään tunnistamistyökalun kriteerit eritavalla. Keskeisenä kehittämistarpeena nähdään koulutus ja yhteiset pelisäännöt eri toimijoiden kesken. Toivotaan yhtä palveluohjauspistettä, jotta työkalun avulla monikanavainen neuvonta onnistuu. Toisaalta haasteena on, miten saada työkalu toimimaan paljon palveluita tarvitsevien palvelujen priorisoinnissa. Omaisten osuuden huomiointia toivotaan kehitettävän samoin jo olemassa olevien työkalujen yhdistämistä paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamistyökaluun. (Oksman, 2015d.)

7.6 Kehittämistyön osuus Parempi Arki-hankkeessa

Tämän kehittämistyön ensimmäinen tapaaminen Parempi Arki-hankkeeseen osallistumisen tiimoilta kehittämistyötä tekevien Lahden ammattikorkeakoulun ylemmän AMK:n opiskelijoiden ja Parempi Arki-hankkeen hankejohtajan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmässä kanssa oli 7.4.2015 Lahdessa. Tapaamisessa käytiin läpi hankkeen tavoitteita ja suunnitelmaa ja keskusteltiin alustavasti kehittämistyöntekijöiden osallisuudesta Parempi Arki-hankkeen hanketyöntekijöinä ja varsinaisen kehittämistyöntekijöiden roolista sosiaali- ja terveystyöryhmän ylemmän AMK:n opiskelijoina. Keskustelussa sivuttiin tavoitteita ylemmän AMK:n toiminnallisen kehittämistyön (opinnäytetyön) näkökulmasta sekä hankeorganisaation asettamia tavoitteita tälle kehittämistyölle.

9.6.2015 oli toinen Parempi Arki-hanketapaaminen ylemmän AMK:n kehittämistyötä tekevien opiskelijoiden ja Parempi Arki-hankkeen hankejohtajan sekä hanke- ja koulutusylilääkäriin (Päijät-Hämeen perusterveydenhuollon yksikkö) kanssa. Tällöin keskusteltiin hankkeen käynnistymisestä ja Parempi Arki-hankkeen lähtökohtana olevista paljon palveluita käyttävistä asiakkaista, joiden tarpeisiin ei kyetä kunnolla vastaamaan. Tämän ryhmän hoidon todettiin usein olevan kaoottista ja taustalla voi olla muutkin, kuin fyysiseen terveyteen liittyvät asiat (esim. yksinäisyys, taloudelliset ja sosiaaliset asiat). Ajatus hankkeessa on, että löydetäessä taustalla oleva ydinasia voidaan myös lääketieteellisiin asioihin keskittyä. Keskusteltiin myös Potku-hankkeen kokemuksista eli tietyille asiakkaille on varattava enemmän aikaa. Toisaalta hyvä hoito ja hoitosuunnitelma vaativat ajattelutavan muutosta. Sovittiin, että tätä kehittämistyötä tekevät ylemmän AMK:n opiskelijat ovat mukana työkaluvaiheessa ja prosessikirjoittavat työkaluvaihetta kehittämistyönä. Kehittämistyön suunnitelman esitettiin syksyllä 2015.

Erillistä tutkimuslupaa ei tarvinnut hakea, koska kehittämistyö koskee Väli-Suomen Kaste-hanketta Parempi Arki ajalla 1.3.2015 – 31.10.2017. Hankkeen hallinnollisista asioista huolehtii hanketiimi ja hankeorganisaatio. Hanketyöntekijöiksi rekrytoidut osallistujat työskentelivät hankkeessa oman organisaationsa asiantuntijaedustajina eli myös kehittämistyöntekijöinä ovat ylemmän AMK:n opiskelijat. Toinen kehittämistyöntekijöistä työskenteli hanketyöntekijänä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän organisaation edustajana. Toisella ei hanketyöpajojen aikana ollut varsinaista taustaorganisaatiota, mutta aiemman työhistorian kautta hänellä oli yhteys Lahden pääterveysasemalle. Hankkeen valvontaan on perustettu erillinen ohjausryhmä, jossa on jäseniä Väli-Suomen Parempi Arki Kaste-hanketta koskevan alueen jokaisesta organisaatiosta, yhteistyökumppaneista ja valtakunnallisen tason toimijoista.

Tätä kehittämistyötä koskeva hankesopimus solmittiin 26.8.2015 Lahden ammattikorkeakoulun ylemmän AMK:n opiskelijoiden sekä Parempi Arki-hankkeen hankejohtajan kanssa ensimmäisen työkalupäivän aikana Tam-

pereella. Kehittämistyön aihealueena on Väli- Suomen Kaste-alueen tunnistamistyökalun kehittäminen kotona asuville paljon sote-palveluita käyttäville asiakkaille moniammatillisella työpajatyöskentelyllä.

Sovittiin osallistumisesta kehittämistyöntekijöinä työkalupajojen jokaiseen vaiheeseen ja hankeprosessin kirjoittamisesta ylemmän AMK:n kehittämistyönä Parempi Arki-hankkeen tunnistamistyökaluvaiheesta. Kehittämistyön tekijöillä oli hankesopimuksen mukaan oikeus hyödyntää ja käyttää Väli-Suomen Parempi Arki-hankkeen tietoja kehittämistyön aikana. Yhdeksi tehtäväksi sovittiin hankkeen työkaluvaiheen aikana paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamistyökalua koskevan lähdemateriaalin kartoittaminen kansainvälisestä lähdemateriaalista. Sovittiin myös mahdollisesta Parempi Arki-hankkeesta muodostetun tunnistamistyökalun testaamisesta omassa organisaatiossa tai työyksikössä.

Muuta ylemmän AMK:n kehittämistyön hankesopimukseen liittyvää:

- Kehittämistyön työelämäohjaajana toimii Parempi Arki-hankkeen hankejohtaja.
- Kehittämistyön raportti ja tekijänoikeudet jäävät julkaisuvaiheen jälkeen Parempi Arki-hankkeen käyttöön.
- Työn kustannuksista kehittämistyön aikana vastaavat YAMK-opiskelijat itse.
- Kehittämistyön aikataulut noudattelee Parempi Arki-hankkeen aikataulua.
- Työn valmistuttua opiskelijat luovuttavat kehittämistyönsä tekijänoikeudet Väli-Suomen Parempi Arki-hankkeen käyttöön. Kehittämistyön hyödynnettävyydestä ja jatkokustannuksista työn valmistumisen jälkeen vastaa Väli-Suomen Parempi Arki-hanke.

Kehittämistyön tietoperustaa varten kartoitettiin tieteellistä lähdekirjallisuutta sekä kotimaisista että kansainvälisistä lähteistä koskien asiakaslähteisyyttä ja yhteisöllistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa (ECCM). Lisäksi

hankkeeseen liittyen etsittiin ajankohtaista tietoa soteintegraation etenemisestä sekä saumattomista palveluketjuista sosiaali- ja terveydenhuollon alalla.

Kehittämistyöntekijäosuus toteutettiin Lahden kaupungin pääterveysasemalla ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijäyksien erikoissairaanhoidon tarkkailuosastolla. Molemmissa instansseissa hoidetaan paljon palveluita käyttäviä asiakkaita, joiden ongelmat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kannalta haastavia. Asiakasryhmissä korostuvat monisairaajat, päihdeongelmaiset ja kroonisesti sairaat asiakkaat. Tilanne, jossa asiakas kohdataan, on erilainen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Toisaalta samat asiakkaat käyttävät molempia palveluita, kuitenkin palvelut ovat siiloutuneet ja saumattomuus niiden välillä on haaste.

Hankeprosessin osallistujien omia osioita työstettiin ennakkotehtävällä ennen ensimmäistä työkalupäivää elokuussa 2015 selvittämällä onko yhteysorganisaatioissa käytössä tunnistamistyökaluja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ja jos ei, niin pitäisikö olla. Varsinaisia työkaluja ei pääterveysasemalta löytynyt. Tarvetta tunnistamiseen kyllä koettiin olevan. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijäyksessä alkoholin riskikäytön tunnistamiseen liittyvä toimintamalli ja potilasohjaus ovat käynnistymässä pilottina Päijät-Hämeen ensihoito- ja päivystyskeskuksessa eli Akuutti 24:ssä kevään 2016 aikana. Päämääränä on kartoittaa alkoholin riskikäyttöä koko päivystyskeskuksen alueella ja tarjota mini-interventio sekä mahdollistaa hoitoonohjaus alkoholin riskikäyttäjille. Aluksi tavoite on pilotoida toimintamalli riskikäytön tunnistamiseen ja hoitoonohjaukseen. Tämän jälkeen toimintamalli vakiinnutetaan käytänteeksi päivystyskeskuksessa. (Leimio, 2015.)

Kehittämistyöntekijät osallistuivat jokaiseen kolmeen tunnistamistyökalupajaan Tampereella syksyllä 2015. Pajojen välillä suoritettiin välitehtävät Lahden kaupungin pääterveysasemalla ja Päijät-Hämeen keskussairaalan tarkkailuosastolla. Pääterveysaseman kanssa yhteistyö tapahtui sähköpostin välityksellä. Tuotokset kulloiseenkin kotitehtävään saatiin valmiina

koosteena. Päijät-Hämeen keskussairaalan tarkkailuosastolla pidettiin kaksi saman sisältöistä osastotuntialustusta Parempi Arki-hankkeesta. Osastotuntien lopussa käytettiin aikaa ensimmäisen työpajan välitehtävän työstämiseen. Muiden välitehtävien tuotokset tulivat tarkkailuosastolta sähköpostitse koosteena. Tuotokset esiteltiin työkalupajojen välitehtävien purkuvaiheessa yhdessä muiden hanketyöntekijöiden kanssa. Oman kehittämistyön tuotokset yhdistyvät näin laajempaan hankemateriaaliin, josta hanketiimi koosti lopulta yleisen tunnistamistyökalun pilotointivaiheessa.

”How to” eli ”miten” tietoa levitetään, on läpimurtotyöskentelyn viimeinen vaihe. Tarkoitus on tällöin levittää tieto niin mukana olleille organisaatioille kuin myös muille tiedosta hyötyville tahoille. Lopuksi saavutettu tieto laiteetaan yleisesti sähköiseen muotoon saataville. (Kilo 1998, 11.) Parempi Arki hankesuunnitelman mukaan hanke jatkuu seminaarivaiheiden kautta tunnistamistyökalujen käyttöönottoon, arviointiin, jatkokehittämiseen ja jalkauttamiseen soteintegraatiossa. (Oksman ym. 2015, 15). Kehittämistyön osuus päättyy Parempi Arki-hankkeen paljon palveluita käyttävien kotona asuvien yhteisasiakkaiden tunnistamistyökaluvaiheeseen, jossa ylemmän AMK:n opiskelijat ovat aktiivisesti mukana ja tämän kehittämistyön osuus rajautuu tähän vaiheeseen. Viimeisessä tunnistamistyökalupajassa hanketiimin jäsenet toivat ilmi Parempi Arki-hankkeen ohjausryhmältä tulleen palautteen, jossa toivottiin tunnistamistyökalun tarkentamista, ja tältä pohjalta keskusteltiin hanketyöntekijöiden halukkuudesta jatkaa tunnistamistyökaluvaihetta.

Työelämäohjaajan kanssa käytiin keskusteluja tiiviisti ennen kehittämistyön suunnitelmaseminaaria. Toisaalta oli useita yhteydenottoja työelämäohjaajaan ja hanketiimiin sähköpostitse työkaluvaiheen aikana hankemateriaalin koostamiseksi kehittämistyön prosessikirjoittamisen sujumiseksi. Kehittämistyön aikana hyödynnettiin Lahden ammattikorkeakoulun nimeämän ohjaajan palveluita kehittämistyön rajaamisessa ja prosessin etenemisen selkiyttämässä.

8 KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

8.1 Luotettavuus

Kehittämistyöntekijän tulee vakuuttaa tiedeyhteisö tekemällä tutkimukselliset valinnat ja tulkinnat näkyviksi. Aineisto ja siihen pohjautuvan argumentaation on oltava avointa, jolloin tekijä vakuuttaa tiedeyhteisön tekemänsä tutkimuksen pätevydestä eli validiteetista. Sisäinen validius on käytettyjen käsitteiden sekä tehtyjen ratkaisujen loogisuutta. Oleellista on, että käytetäessä erilaisia näkökulmia ja niiden välistä suhdetta tarkastellaan asioita ristiriidattomasti. Ulkoinen validiteetti puolestaan liittyy tehtyjen johtopäätösten ja ulkoisten ilmiöiden keskinäiseen suhteeseen. Tehtyjen tulkintojen tulee vastata aineistoa. (Toikko & Rantanen 2009, 122- 123.) Kehittämistyön luotettavuutta lisää käsitteiden tarkka avaaminen sekä tietopohjan soveltuvuus toimintatutkimuksen kohteena olevaan aihepiiriin. Sisäisen validiteetin kannalta käytetyt käsitteet ja tehdyt ratkaisut ovat linjassa kehittämistyön etenemisen kanssa. Ulkoinen validiteetti täyttyy, kun johtopäätökset tehdään hankeprosessin aikana ryhmässä työstetyn materiaalin pohjalta. Ulkoinen validiteetti kehittämistyössä täyttyy, kun peilataan Parempi Arki-hankkeen tuotoksia muihin aiheeseen liittyviin Kaste-hankkeisiin.

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 133) painottavat, että luotettavuutta arvioidessa tulee huomioida myös puolueettomuuden näkökulma. Vilkan (2015) mukaan puolueettomuus on monialaisissa tutkimuksellisissa hankkeissa keskeistä. Tämä johtuu siitä, että tekijät ovat usein itse mukana tutkimussaan yhteisössä ja sen toimintatavoissa. Tarkasteluissa tulisi pohtia tutkijan roolia tutkittavan yhteisön osana, koska tutkimuksen tulisi olla arvovapaata, jos tutkija ilmaisee tutkimukseen vaikuttavat omat arvonsa. Näin hän tekee tutkimuksen läpinäkyväksi, joka puolestaan linkittyy tutkimuksen tekemisen eettisyyteen. (Vilkka 2015, 198.) Kehittämistyöntekijöinä voidaan pohtia, että omiin arvoihin vaikutti taustaorganisaatio, jonka työntekijöinä osallistuttiin tunnistamistyökalupajoihin. Kehittämistyöntekijöiden työhistoriat edustavat sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoa, mikä

osaltaan antaa kehittämistyöhön laajempaa näkökulmaa. Tämä lisää puolueettomuutta, sillä työn edetessä pohditaan asioita sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon kannalta. Lisäksi taustalla vaikuttavat myös henkilökohtaiset ammatilliset arvot, kun pohdittiin paljon palveluita käyttävien asiakkaiden ryhmää. Toisaalta rooli Lahden ammattikorkeakoulun ylemmän AMK:n sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen opiskelijoina ja kehittämistyöntekijöinä lisäsi objektiivisuutta työskenneltäessä hanketyöntekijän roolissa. Prosessikirjoitettaessa hankkeen tunnistamistyökaluvaihetta jouduttiin haasteellisesti pohtimaan omaa roolia sekä hanketyöryhmän ja hanketiimin toimintaa. Prosessikirjoittaminen kehittämishankkeen aikana kehittämistyönä lisäsi hankkeen tämän vaiheen läpinäkyvyyttä.

8.2 Eettisyys

Tutkimusetiikka tarkoittaa yleisesti sovittujen pelisääntöjen noudattamista suhteessa kollegoihin, tutkimuksen kohteeseen, toimeksiantajaan, rahoittajiin ja suurempaan yleisöön. Työelämän kollegat tulee nähdä laajasti toimi-, ammatti-, ja lähialojen edustajina sekä näiden sidosryhminä. Hyvä tieteellinen käytäntö puolestaan pitää sisällään tutkijan eettisesti kestävän tavan hankkia tietoa ja käyttää tutkimusmenetelmiä suhteessa tutkimukseen ja tiedeyhteisöön. Rehellinen ja vilpitön toiminta edellyttää tutkijan kunnioittavan toisten tutkijoiden aikaansaannoksia ja työtä. (Vilka 2015, 41- 42.) Parempi Arki-hankkeen hankesuunnitelma ohjasi kehittämistyön tiedonhankintaa. Tehty hankesopimus Väli-Suomen Parempi Arki-hankkeen kanssa muodosti pelisäännöt kehittämistyön etenemiselle ja sitoi meidät toimeksiantajaan sekä itse hanketyöhön. Tiedonhankinnassa ja lähdemerkinnöissä pyrittiin kunnioittamaan muiden tutkijoiden tuottamaa tietoa. Suoritettiin systemaattinen tiedonhaku.

Muistisääntö tutkimusryhmän ratkaisuihin on, että viitataan tarkasti ja huolellisesti sekä merkitään lähdeviitteet, jolloin tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Lisäksi hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tutki-

muissuunnitelma. Lähdeviittaukset on muistettava jo suunnitelmavaiheessa, koska osia suunnitelmasta siirtyy valmiiseen tutkimustekstiin. Tiukka aikataulu ei anna oikeutta epätarkkuuteen. (Vilka 2015, 45.) Huomiota kiinnitettiin huolelliseen lähteiden merkintätapaan. Tutkimussuunnitelma esitettiin syksyllä 2015. Suurin osa tuolloin lähteinä olleista materiaalista siirtyi itse kehittämistyöhön. Aikataulut on noudattanut Parempi Arki-hankkeen aikataulua. Pyrittiin joustavuuteen kehittämistyön eri vaiheiden välillä työskenneltäessä ja hankeaikataulu huomioitiin.

Työyhteisössä tutkija tai kehittäjä joutuu pohtimaan suostuttamisen ja pakottamisen rajoja. Kehittämistyössä oletetaan, että organisaation henkilöstö osallistuu toimintojen kehittämiseen. (Ojasalo ym 2014, 49.) Suostuttaminen ja pakottaminen eivät olleet haaste tämän kehittämistyön aikana, koska Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä oli tehnyt päätöksen Väli-Suomen Parempi Arki-hankkeeseen osallistumisesta. Itse aihe vaati kuitenkin muutaman alustuksen tarkkailuosaston osastotunneilla. Välitehtävien pohtiminen vaati ohjattua yhteistä keskustelua. Lahden kaupungin pääterveysasema mietti työkaluvaiheessa vielä osallistumistaan Parempi Arki-hankkeeseen, ja yhteydenpito toteutui sähköpostin avulla.

Työelämäälähtöisissä kehittämistöissä rahoitus tulee ulkopuolelta, joten tutkimuksen raportointi ei saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa. Rehellisyys vaatii tutkijalta sitoutumista toimeksiantajan käytänteisiin, arvoihin ja asenteisiin, vaikka se olisi hankalaa. Silloin, kun tosiasiat ovat ristiriidassa toimeksiantajan tai osallistujien ajattelun kanssa, ne tulee ottaa haasteina. Kaikissa keittämistöissä tulisi muistaa yhteiskunnallinen merkitys. (Ojasalo ym. 2014, 49.) Avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteen mukaan valmiissa tutkimustekstissä tulee ilmoittaa rahoittajat, tutkimuksen salassapito- ja vaitiolovelvollisuudet. Tutkimuksen toimeksiantajien nimiä ei saa julkaista ilman asiaosaisten lupaa. Koko prosessin ajan on kunnioitettava ja suojeltava toimeksiantajia ja tutkittavia. (Vilka 2015, 46.) Väli-Suomen Parempi Arki-hanke on Kaste-hanke ja sen rahoitusasiat ovat julkisia. Tämä kehittämistyö on pieni osa Parempi Arki-hanketta ja sitä ei koske rahalliset intressit. Itse hankkeella on laajaa yhteiskunnallista merkitystä ra-

kenteellisesti ja taloudellisesti sote-integraation ja itse hankkeeseen osallistuvien organisaatioiden toiminnan kehittämisen kannalta. Parempi Arki-hankkeen rahoittajat ovat julkisia eli rahoittajina ovat valtio ja hankkeeseen osallistuvat kunnat (Oksman ym. 2015, 18.) Parempi Arki-hankkeen toimeksiantajat, ohjausryhmän jäsenet ja hanketiimin tiedot ovat saatavilla hankesuunnitelmassa ja Parempi Arki-hankkeen omilla verkkosivuilla <http://www.parempiarki.fi/yhteystiedot>. Varsinaista salassa pidettävää tietoa ei kehittämistyössä ole hankkeen julkisen profiilin takia.

Käytännön hyöty ohjaa eri toimi- ja ammattialojen toimintaa ja tutkimusta. Parhaimmillaan työelämäpainotteinen tutkimus edistää eri toimi- ja ammattialojen sekä sidosryhmien toimintaa ja ajattelua eli on emansipatorista. Emansipatorinen tutkimus tuottaa työelämässä uusia ideoita, käsitteitä ja näkökulmia sekä auttaa näkemään asiat toisin, määrittelemään ne uudelleen ja herättää uusia kysymyksiä. (Vilka 2015, 46.) Parempi Arki-hankkeen yhtenä tavoitteena on yhteisöllinen sosiaali- ja terveydenhuolto eli emansipatorinen ajattelu on keskeistä hankeprosessin joka vaiheessa. Tuotetulla tunnistamistyökalulla pyritään kehittämään kotona asuvien paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden palveluiden koordinoitua koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimijakentässä. Tavoitteena on pyrkiä entistä asiakaslähtöisempään yhteisölliseen toimintatapaan palveluiden tuottamisessa.

Tutkimushankkeen alussa tulee huomioida tutkimuksen osapuolten vastuut, velvollisuudet, asema ja oikeudet sekä kirjata ne hyväksytyllä tavalla esim. toimeksiantosopimukseen. Tulee myös huomioida tutkimustulosten omistajuus, koska tutkimuksen tekijät eivät välttämättä omista tutkimuksen tuloksia. Myös tutkimusaineiston säilyttäminen on hyvä ratkaista anonymitteettiseikkojen vuoksi. (Vilka 2015, 47.) Hankesopimus solmittiin ja siinä on sovittu tämän kehittämistyön hyödyntämisestä soveltuvin osin. Parempi Arki-hankkeella on tekijänoikeudet kehittämistyöhön sen valmistuttua. Kehittämistyö tullaan julkaisemaan Theseuksessa. Hankeprosessin kaikki vaiheet ovat julkisia ja niiden koostamisesta ja julkaisemisesta vastaa Parempi Arki-hankkeen hanketiimi. Kehittämistyöntekijöillä ei ole eettisyyden kannalta säilyttämiseen tai anonymitettiin liittyviä seikkoja.

9 KEHITTÄMISTYÖN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

9.1 Parempi Arki-hankkeen tunnistamistyökaluvaiheen prosessin arviointi

Väli-Suomen Kaste-hankkeessa Parempi Arki kiinnostuksen kohteena ovat kotona asuvat paljon palveluita käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaat. Tämä kehittämistyön kohteena oli kyseisen hankkeen kotona asuvien paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamistyökalun kehittäminen. Tavoitteena oli tässä ensimmäisessä työkalupajavaiheessa kehittää ammattilaisten käyttöön suunnattu työkalu sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamiseen.

Heikkilän, Jokisen & Nurmela (2008, 129) mukaan kehittämishankkeen toiminnan aikaisella arvioinnilla seurataan esimerkiksi sitä, eteneekö hanke tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi seurataan, toteutuuko suunniteltu aikataulu, ja millainen työilmapiiri hankkeessa on. Hanketta arviotaessa tarkastellaan mm. seuraavia asioita: *hankkeen organisoitumista ja käytännön toteutusta sekä lopputuloksen ja sisällön onnistumista*. Toisaalta arvioinnissa voidaan tarkastella *ajallista onnistumista ja resurssien käyttöä*. Yhtenä arviointikohteena on hankkeen *taloudellinen onnistuminen, hankkeen vaikuttavuus sekä hankkeen ammatillinen hyödynnettävyys*. Toisaalta hankkeen tuotosten siirrettävyys eri toimintaympäristöihin ja kehittämiskohteet sekä jatkotoimintaehdotukset voivat olla osa arviointia.

Parempi Arki-hankkeen varsinainen ohjausryhmä huolehtii koko hankkeen laajemmasta arvioinnista. Kehittämistyön tekijöiden näkökulmasta yleisesti arvioituna Parempi Arki-hankkeen tunnistamistyökaluvaiheen *aikataulu* toteutui suunnitelman mukaisesti. Hanketiimi *tiedotti* ajoissa seuraavan vaiheen tehtävistä. Toisaalta kehittämistyön tekijöiden näkökulmasta tieto saaduista tunnistamiseen liittyvistä tuotoksista ja hankkeen materiaalista viipyi kehittämistyön etenemisen kannalta ajoittain pidempään, jolloin kehittämistyössä saattoi olla meneillään jo seuraava vaihe. *Ilmapiiiri* tunnistamistyökalupajoissa oli positiivinen, osallistava ja avoin. Hanketyöntekijät uskalsivat tuoda omia näkemyksiään esille.

Parempi Arki-hankkeen organisointi ja käytännön toteutus organisoitui hankesuunnitelman mukaisesti hanketiimin järjestämänä. Tämä Parempi Arki-hankkeen tunnistamistyökaluvaihe toteutettiin kolmen työkalupajan aikana läpimurtotyöskentelyllä, jonka vaiheet on selitetty luvussa 6.2. Läpimurtotyöskentely ohjasi kehittämistoimintaa työkalupajojen aikana. Työkalupajoissa työskenneltiin läpimurron syklillä suunnitellen, toteuttaen, evaluoiden ja parantaen tulevaa tunnistamistyökalua. Työpajojen välissä suoritettiin välitehtävät, joita työstettiin hanketyöntekijöiden omissa organisaatioissa. Välitehtävät palautuivat aina seuraavaan työpajaan ja niitä käytiin läpi jokaisen työkalupajan alussa. Hanketyöntekijöiden ryhmissä pohtimia yhteisiä tuotoksia hyödynnettiin kehittämistyön edetessä aina tunnistamistyökalun syntyyn saakka.

Työskentely työkalupajoissa eteni *käytännön toteutuksen* kannalta johdonmukaisesti ja kutsut työkalupajoihin tulivat ajoissa eri organisaatioiden hanketyöntekijöille. Työkalupajoissa oli tavoitteena läpimurtotyöskentelyn aikana saavuttaa organisaatorajoja ylittävää vertailua ja oppimista tiimityönä. Osallistujien oli tarkoitus luoda työskentelyn aikana verkostoja, joita he voivat hyödyntää myöhemmin. Tätä tavoitetta pohdittaessa jäi verkostoituminen kuitenkin vähäiseksi, koska hankkeeseen ei resursoitu esimerkiksi yhteistä sähköistä keskustelualustaa, jonka kautta hanketyöntekijät olisivat voineet olla yhteydessä työkalupajojen välillä. Yhteydenpidolla olisi voitu jakaa mielipiteitä ja kokemuksia hanketyöntekijöiden omista organisaatioista kerätystä materiaalista.

Hankkeen *osallistujaresurssien käyttöä* arvioitaessa hanketiimin ohjaus hanketyöntekijöille tunnistamistyökalupajojen aikana olisi voinut olla napakampaa ja tehokkaampaa koskien kahta ensimmäistä työkalupajaa. Kehittämistyöntekijöiden näkökulmasta ajatellen työskentely olisi voinut olla tiiviimpää koko tunnistamistyökalupajavaiheen aikana. Hanketyöntekijöiden ryhmä muodostui sosiaali- ja terveydenhuollon kokeneista ammattilaisista, joten sen yhteisöllisen tietopohjan hyödyntäminen hankkeen tuotoksiin olisi voinut olla siten vieläkin kattavampaa ja verkostoituneempaa. Toi-

saalta työpajojen aikana keskusteltiin yleisesti siitä, että sosiaalipuolen näkemykset jäivät terveydenhuoltoalan näkemysten alle. Viimeisessä työkalupajassa tähän palautteeseen kiinnitettiin hanketiimin taholta huomiota.

Mäntyrannan (2015) mukaan Parempi Arki-hankkeella on äärimmäisen tärkeä tehtävä yhteiskunnallisesti juuri nyt, kun sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen integraatio on koko sote-uudistuksen punainen lanka. Parempi Arki-hankkeen *vaikuttavuus* tulee paljon palveluita käyttävien asiakkaiden hallinnan, yhteisen tunnistamistyökalun ja asiakassuunnitelman kautta. Mäntyranta näkee yhtenä vaikuttavana teemana Parempi Arki-hankkeessa ja samansuuntaisissa hankkeissa (Siun Sote, Paljon tukea tarvitsevat - Paljon palveluita käyttävät ja ESSO) sen, miten löydetään ja tunnistetaan nämä asiakkaat, ja ketkä heistä hyötyvät tehostetusta integraatiosta. Yhtenä vaikuttavuuden näkökulmana Mäntyranta näkeekin Parempi Arki-hankkeen laajan maantieteellisen kattavuuden Väli-Suomen alueella.

Toisaalta kehittämistyön kannalta *vaikuttavuutta* arvioitaessa Mäntyranta (2015) pohtii, mitä palveluita kannattaa julkisen puolen tuottaa ja mitä yhteistyötä löytyy järjestöjen, kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden kanssa. Iso osa Parempi Arki-hanketta on se, että kaikki uudet ideat ovat arvokkaita sote-integraatiota kohti mentäessä. Lisäksi tärkeää on myös se, miten toimintoja jatkossa koordinoidaan.

Hankkeen *taloudellista onnistumista* kehittämistyössä ei arvioida, koska Parempi Arki-hanke on edelleen meneillään ja on hankkeena niin laaja, ettei sen arviointi sovellu tämän kehittämistyön tehtäväksi. Hankkeen taloudellista arviointia voidaan tehdä vasta hankkeen päätyttyä.

9.2 Tunnistamistyökalun ja kehittämistyössä onnistumisen arviointi

Kehittämishankkeessa oli tarkoitus asiakaslähtöisen työkalun avulla tunnistaa kotona asuvia sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttäviä yhteisasiakkaita. Tunnistamisen avulla voidaan integroida ja koordinoita tämän asiakasryhmän palveluita Väli-Suomen Kaste-alueella.

Toisen työkalupajan alussa (Liite 10) pohdittiin tuntemuksia ensimmäisen työkalupajan jälkeen. Hanketyöntekijät kokivat, että työskennellään omissa organisaatioissa ja tehtävissä, jolloin tunnistamisen ongelmat jatkuvat niin sote-kentän käytännön toiminnassa kuin toiminnan suunnittelussa. Ensijaista tunnistamistyökalun käyttöönoton myötä olisi nimetä asiakkaalle vastuuhenkilö. Sosiaalitoimen asiakkaat ovat usein sellaisia, jotka muut ovat hylänneet. Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyössä on paljon kehitettävää, tarvitaan kulttuurimuutosta ja seminaarikierrosten todettiin tulevan tarpeeseen. Toisaalta koettiin myös pientä epäilyä yhteistyön onnistumiseen. (Oksman, 2015c.)

Toisessa työpajassa esitettiin toiveita tietosuojaohjeiden maalaisjärkeistämistä. Lisäksi toivottiin tietojen koontia, pelisääntöjä yhteistyöhön, hoito-ohjeita ja yhteistä asiakastietojärjestelmää. Osaa työkalupajojen tuotoksista oli hankalaa tulkita työkalupajojen jälkeen hanketiimin jakamista sähköisesti jakamista koosteista, koska niiden kirjaamistapa jätti tulkinnallisia aukkoja esim. ”4/5 tunnistamiskriteereistä toimi herätteenä enemmän terveydenhuollossa?” tai ”4/5 toimi kaikilla asiakkailla”. Jälkikäteen on vaikea tulkita, toteutuiko neljä viidestä tunnistamiskriteereistä vai tunnistamiskriteerit 4 ja 5.

Arvioitaessa paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamiskriteereiden toimivuutta käytännön tilanteissa saatujen tuotosten valossa (Taulukko 1, 39) näyttävät perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto hyötyvän kriteeristä eniten. Toisaalta myös erikoissairaanhoidon voidaan ajatella hyötyvän tunnistamiskriteereiden käytöstä. Kuitenkin (kriteeri 1) huoli asiakkaan tilanteesta ja riittämättömyyden tunne ei erikoissairaanhoidossa näytä olevan näkyvässä roolissa. Tämän voidaan olettaa johtuvan siitä, että erikoissairaanhoidon on pitkälle erikoistunutta ja toimii usein lähetepohjaisesti. Asiakkaan ongelma on tietyn erikoisalain painostusta vaativa, eikä asiakkaan kokonaistilanteeseen nähdä tarvetta syventyä.

Pohdittaessa puolestaan tunnistamiskriteereiden käyttökelpoisuutta (Taulukko 2, 41) hankeorganisaatioissa näyttää perusterveydenhuolto hyötyvän eniten kriteereistä. Perusterveydenhuollossa ei kuitenkaan (kriteeri 5)

epäily riippuvuuskäyttäytymisestä korostu. Yksi selitys tälle voisi olla se, että nämä asiakkaat ohjautuvat ehkä enimmäkseen sosiaali- ja päihdehuollon puolelle ja mahdollisesti yhteispäivystysten akuuttivastaanotoille ongelmineen. Muutenkin näyttää siltä, että tunnistamiskriteereiden käyttökelpoisuudessa on enemmän hajontaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken verrattuna kriteereiden toimivuuteen käytännön tilanteissa. Toisaalta käyttökelpoisuutta arvioitaessa (kriteeri 1) huoli asiakkaan tilanteesta ja riittämättömyyden tunne onkin merkittävässä roolissa erikoissairaanhoidossa, kun se ei sitä ollut kriteerin toimivuutta arvioitaessa. Tulee vaikutelma, että lähetepoliklinikoilla huoli tilanteesta ja riittämättömyyden tunne ei korostu, mutta erikoissairaanhoidon kiireisessä päivystyksessä tämä kriteeri nouseekin merkittävään rooliin.

Huomio kiinnittyy, että erikoissairaanhoidossa (kriteeri 2) asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen eikä sillä ole ydintä, ei korostu tunnistamiskriteerien käyttökelpoisuudessa. Havainto on ristiriitainen, koska erikoissairaanhoidon päivystyksessä työskennellään monisairaiden ja moniongelmaisten henkilöiden kanssa.

Pohdittaessa edelleen tunnistamiskriteereiden käyttökelpoisuutta näyttää siltä, että niiden käytettävyys on vahvasti sidoksissa toiminnan luonteeseen eli onko kyse perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon vai sosiaalihuollon palveluista. Esimerkkinä ovat (kriteeri 4) peruuttamattomat ajat, jotka eivät korostu erikoissairaanhoidossa ja sosiaalihuollossa. Voidaan ajatella, että erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ei ole tarvetta tarkistaa potilaan peruuttamattomia aikoja hoitajakson aikana ja sosiaalihuoltoon asiakas taas tulee yleensä vastaanotolle aina ajanvarauksella, ja voidaan olettaa, että hänet on sitoutettu palvelusuunnitelmaan.

Sosiaalihuollossa puolestaan ei korostunut tunnistamiskriteereiden käyttökelpoisuudessa (kriteeri 1) huoli asiakkaan tilanteesta tai riittämättömyyden tunne. Pohdittaessa tätä voidaan ajatella, että asiakkaan ongelma on ennalta sosiaalityöntekijän tiedossa ajanvarauksen perusteella, ja asiakkaalla on olemassa oleva palvelusuunnitelma, jota tarkennetaan käynneillä.

Tarkasteltaessa kehittämistyön tarkoitusta asiakaslähtöisen työkalun avulla tunnistaa kotona asuvia sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttäviä yhteisasiakkaita, koko tunnistamistyökaluvaihe sai ohjausryhmältä palautetta. Ohjausryhmän toiveena oli kolmannen työkalupajan päättyessä tunnistamistyökalun tarkentaminen edelleen joko sektorikohtaisemmaksi tai viiden ydinkohdan avaaminen pienempiin osa-alueisiin. Tältä pohjalta lähdettiin kysymään hanketyöntekijöiden halukkuutta jatkaa työkaluvaihetta. Tämä kehittäminen katkaistiin toimeksiantosopimuksen mukaisesti kolmannen työkalupajan päättymiseen ja tunnistamistyökalun kriteerien syntyymiseen. Lopullinen tunnistamistyökalun muoto jäi vielä tässä vaiheessa avoimeksi.

Jatkotyöskentely paljon palveluita käyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaitten tunnistamistyökalun muotoutumiseksi Väli- Suomen alueelle jatkuu hankeorganisaatioissa omissa työyksiköissä. Jatkotyöskentely tapahtuu lomakepohjaisesti, koska oli haasteellista saada riittävästi osallistujia yhteiseen tapaamiseen. Lomakkeesta hanketiimi kokoaa yhteenvedon ja miettii jatkotyöskentelytavan – mahdollisesti yksi tapaaminen kevään 2016 kuluessa. (Oksman, 2016.)

Hankeorganisaation toive oli, että kehittämistyön johtopäätöksinä peilataan tunnistamistyökalua toiminnalliseen sote-integraatioon. Tätä arviointia on tässä vaiheessa mahdotonta suorittaa, koska toiminnalliseen sote-integraatioon ei ole vielä päästy sote-uudistuksen keskeneräisyyden takia. Näyttää siltä, että myöskään rakenteellisia uudistuksia tai palvelujen koordinoitua esim. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken ei ole kyetty vielä alueellisesti tekemään. Nämä rakenteelliset uudistukset ja koordinoitua toimintaa ovat edellytys asiakaslähtöiselle yhteisölliselle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Toisaalta tämä Parempi Arki-hankkeessa edelleen muokattava paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamistyökalu toimii hyvänä apuvälineenä kehitettäessä yhteisen tekemisen mallia tämän asiakasryhmän palveluiden koordinoitua sosiaali- ja terveydenhuollon monitoimijaisessa kentässä.

Kehittämistyön arvioinnissa tarkastellaan kehittämistyön suunnittelua, tavoitteiden ymmärrettävyyttä sekä niiden saavuttamista. Toisaalta arvioidaan myös käytettyjä kehittämismenetelmiä, toiminnan johdonmukaisuutta sekä vuorovaikutusta ja sitoutumista (Ojasalo ym. 2014, 47).

Kehittämistyön *suunnittelu* noudatteli Parempi Arki-hankkeen hankesuunnitelmaa ja aikataulua. Kehittämistyön suunnittelussa noudatettiin toimeksiantosopimuksessa sovittuja tavoitteita. Tavoite ja tarkoitus rajattiin nimenomaan tunnistamistyökäluvaiheeseen. Yhtenä haasteena kehittämistyössä olikin keskittyä juuri paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamisvaiheeseen, koska Parempi Arki-hanke eri vaiheineen on varsin laaja. Toisena haasteena oli hanketyöntekijän ja kehittämistyöntekijän roolien yhdistäminen objektiivisuuden säilyttämisen kannalta.

Kehittämistyön loppuosiossa tuodaan esiin kattavasti muiden samansuuntaisten Kaste-hankkeiden ja Parempi Arki-hankkeen edistymisen vaiheita. Kehittämistyön aikana havainnoitiin, että eri alueellisilla Kaste-hankkeilla on valtakunnallisella tasolla laajaa merkitystä toiminnallisen sote-integraation ja asiakaslähtöisemmän yhteisöllisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Hankkeiden kehittämistyön painopistealueet vaihtelevat eri toimintamallien kehittämisestä rakenteellisten muutosten tekemiseen alueellisesti.

9.3 Aihealueen muiden Kaste-hankkeiden ja Parempi Arki-hankkeen edistyminen

Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille-hanke eli PPPR-hanke on meneillään Länsi-Suomen alueella ja se kuuluu Kaste-ohjelmaan 2013 - 2015 kuuluva hanke. Hankkeessa kehitetään asiakaslähtöisiä palvelukonsepteja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjille. Kehittämisessä erityisenä ryhmänä ovat päihde- ja mielenterveysasiakkaat. (Innokylä, 2015a.)

PPPR-hankeen yhtenä Länsi-Suomen kehittämisosiona ovat Turun alueen tuottamat tulokset ja uudet asiat. Uutena palvelumallina ovat moniammatilliseen työparityön ja verkostotyön pohjautuvat palvelumallit: *omatiimi ja palvatiimi*. Omatiimissä korostuu asiakkaan tilanteen kattava arviointi ja hoito- ja asiakassuunnitelman luominen. Palvatiimissä taas painottuu palveluohjauksellinen ja kuntouttava työote. Keskeistä molemmissa malleissa on asiakaslähtöinen tilanteen kartoitus ja palvelutarpeen arvio, kunnioitava kohtaaminen. Asiakasta autetaan mahdollisimman pitkälle yhdessä palvelupisteessä. Kohtaamisissa otetaan huoli puheeksi, arkeen integroitu hoito- ja asiakassuunnitelma on realistinen, lisäksi asiakasta sitoutetaan ja valtuutetaan. (Innokylä, 2015b.)

Omatiimi on moniammatillinen verkostotyön malli perusterveydenhuollon ja sosiaalityön palvelujen käyttöön. Kohderyhmänä ovat terveysasemien asiakkaat, joilla on päihde- ja/tai mielenterveysongelmia, elämänhallinnan ongelmia sekä palvelujen suurkulutusta. Lisäksi he ovat toimeentulotuen asiakkaita ja sosiaalityön tuen tarpeessa. Omatiimissä asiakkaan palvelutarpeen arvioista, hoidosta ja tuesta vastaavat sosiaalityöntekijä ja terveydenhoitaja työparina. Asiakkaan tarpeesta riippuen järjestetään verkostotapaaminen, jossa paikalla on myös lääkäri. Työtavan ydin on kokonaisvaltainen arviointi, asiakaslähtöisen hoito- ja asiakassuunnitelman luominen sekä asiakkaalle tarvittaessa tarjottava tehostettu ja kiinnipitävä tuki. (Innokylä, 2015b.)

Palvatiimissä eli palveluohjausvastaanotolla keskitytään palveluohjaukselliseen, käytännönläheiseen ja kuntouttavaan työskentelyyn. Sosiaalityöntekijä ja terveydenhoitaja sekä psykiatrinen sairaanhoitaja muodostavat palveluohjaustiimin. Kohderyhmänä tiimillä ovat ne terveysaseman potilaat, joilla päihde- ja/tai mielenterveysongelma aiheuttaa palvelujen suurkulutusta tai estää hoitoon sitoutumista. Tavoitteena on tuoda terveysasemien moniammatillinen matalan kynnyksen palvelu. Palvelulla voidaan vastata joustavasti palvelutarpeisiin, joihin ei pystytä yksistään terveydenhuollon keinoin vastaamaan. Tiimityön tavoitteena on auttaa oikeiden pal-

veluiden piiriin hakeutumisessa, tukea päihteettömyyttä ja antaa keskusteluapua sekä yksilöllistä tukea asiakkaan oman muutoksen toteuttamiseen. (Innokylä, 2015b.)

PPPR-hankkeen myötä on kevästä 2014 pilotoitu *kokemusasiantuntijan* käyttöä tiimimallien lisänä ammattilaisen työparina päihde- ja mielenterveysyössä. Tarkoitus on, että kokemusasiantuntija toimii työparina päihdeettömyyttä ja kuntoutumista tukevassa yksilötyössä. Samankaltaisen riippuvuuden kokenut ja siitä toipunut tuo työskentelyyn erilaisen näkökulman antaen asiakkaalle toipumisuskoa. Kokemusasiantuntija kykenee peilamaan asiakkaan elämäntilannetta omaan kokemaansa ja realistisesti arvioimaan asiakkaan tilanteen kokonaisuutta sekä tarvittavien palvelujen tarvetta ja tukitoimia. Turun kehittämissosiossa on aloitettu myös arkeen voimaa-ryhmätoiminta päihde- ja mielenterveysasiakkaille. (Innokylä, 2015b.) Kokemusasiantuntijan käyttö tiimimallien ohella tukee Sipilän hallituksen (2015) kärkihanketavoitetta kehittää palveluita asiakaslähtöisemmäksi. Kärkihankkeessa korostetaan varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisyn merkitystä sekä vahvistetaan asiakkaan omien valintojen tekemistä ja vahvistetaan ihmisoikeuksien toteutumista.

ESSO-hankkeessa pyritään toiminnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon ja se toteutetaan ajalla 1.1.2014 – 31.10.2016 on tehty potilassegmentaatio-ohje yhteispäivystykseen ja päivystysosastolle. Hankkeen tavoitteena on, että erikoissairaanhoidolla ja perusterveydenhuollolla on yhteinen päämäärä ja niiden työnjako on kehittynyt ja tehostunut. Päivystystoiminta on osa potilaan hoidon kokonaisuutta, jossa sisältönä ovat tunnistaminen, palveluohjaus, jatkohoitoon ohjaaminen ja läpimenoajan tehostaminen. Hanke on tuottanut yhteenvedon päivystystoiminnan kehittämisestä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin keskussairaalaan avautui 2.1.2015 alkaen uusi hoitokeskus, jonne on keskitetty potilaslähtöisesti toteutettava mm. syöpäsairaiden lääkehoitojen antaminen, tiputushoidot sekä muut pienemmät toimenpiteet. Hoitokeskuksen avaamisesta on tehty kirjallinen toimintasuunnitelma. (Innokylä 2016.)

ESSO-hankkeeseen liittyvä sosiaali- ja kriisipäivystys sekä sosiaalityön muutos on vaatinut taustalle sosiaalityön osalta nykytilan kuvauksen, minkä pohjalta rakennetaan uutta palvelukokonaisuutta. Uudessa palvelukokonaisuudessa pyritään hahmottamaan asiakkaan monimuotoinen palveluntarve eli tällöin sosiaali- ja terveystyöpalvelut jakavat saman kokonaistavan palveluiden tarpeesta. Palveluiden uudistaminen vaatii uudenalaista toiminta-ajatusta, jossa palvelujärjestelmien välinen tiedon välittyminen tunnistetaan ja suljetut toimintajärjestelmät avataan. Sosiaalityön nykytilanteen kuvauksen perusteella ESSO-hankkeessa on alettu kehittää *monitoimijapäivystys-mallia*. Uudessa toimintamallissa päivystyspalvelut ovat keskitettynä kokonaisuutena ja segmentoivana tekijänä pidetään somaattista ja ei-somaattista kiireellistä avun tarvetta. Keskittämällä päivystystoiminta päivystyskeskukseen on palvelun käyttäjille mahdollista tuottaa selkeä toiminnallinen päivystyskokonaisuus. Lisäksi päivystyksen työntekijöille mahdollistetaan riittävä ja monipuolinen osaaminen ihmisten kiireellisen auttamisen tarpeen havainnoimiseksi sekä oikean palvelun tarjoamiseksi. (Innokylä 2016.)

ESSO-hankkeen aikana mallinnetaan niin asiakkaiden kuin potilaiden kotiutuksen ja jatkohoidon kehittämistä asiakaslähtöisesti. Keskeistä on asiakkaan sujuva ja turvallinen kotiuttaminen tai jatkohoitoon siirtyminen kotikuntaan. Yhteistyö on tiivistä sairaalan, kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen kanssa. Kaksi kokenutta koordinoivaa kotiutussairaanhoidajaa (KOKO-hoitajat) työskentelee yhteispäivystyksessä ja sairaalan vuodeosastoilla työryhmässä, johon kuuluu sosiaalipalvelujen, kuntoutuksen ja akuuttipsykiatrian asiantuntijat. Palveluohjausta hyödyntävällä työotteella asiakkaalle pyritään löytämään yhdessä hänen kanssaan arjessa pärjäämistä tukeva palvelukokonaisuus sairaalahoitajakson jälkeen.

KOKO-toiminnasta on tehty toimintaopas ja esite. KOKO-hoitajat ovat laatineet turvallisen ja laadukkaan jatkohoidon ja kotiutuksen tueksi tarkistuslistat yhteistyössä eri yksiköiden kanssa. (Innokylä 2016.) Kärkihankkeitten tavoitteena Sipilän (2015) hallitusohjelmassa on laittaa toimeen terveyttä sekä hyvinvointia edesauttavia käytäntöjä ja toimintamalleja, joissa painotetaan myös eri järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä.

ESSO-hankkeen mielenterveys- ja päihdepalvelujen nykytilankuvauksessa puolestaan kuvataan Etelä-Savon sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdepalveluita. Kuvauksen painopiste on avohoitopalveluissa. Tehdyssä selvityksessä nousi esiin, että aiemmat hoitoketjut vaativat päivitystä ja hoidon porrastus uutta toimintamallia. Esso-hankkeen tavoitteiden suuntaisesti alueella kehitetään avohoitopainotteisia palveluita. Masennuksen hoidossa on esim. *kolmiohoitomalli*, jossa lievästä ja keskivaikeasta masennuksesta kärsivät henkilöt saavat asiakaslähtöistä, näyttöön perustuvaa sekä tehokasta hoitoa perusterveydenhuollossa. (Innokylä 2016.)

Alueellisesti integroidun kuntoutuksen taustalle tehtiin ESSO-hankkeessa myös nykytilanteen selvitys, jonka perusteella kuntoutustoiminta tulee saada vahvemmin osaksi sairaanhoitopiirin sekä tulevan tuotantoalueen koko hoito- ja palveluprosessia. Esiin nousivat kuntoutuksen kokonaisuuden kehittämisen tarve, tarve kehittää lähipalveluita ja alueellisia yhteisiä palveluita sekä toimintatapoja. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntoutusta kehitetään yhteistyössä alueen toimijoiden kesken siten, että alueen perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja vanhuspalvelut muodostavat alueellisesti ja asiakaslähtöisesti toimivan kuntoutuskokonaisuuden. Kehittämisen ensimmäisessä vaiheessa *Mikkelin kaupungin Mikkelin palvelutuotantoyksikön avofysioterapia-palvelut yhdistettiin erikoissairaanhoidon fysiatrian yksikköön 1.1.2015*. ESSO-hanke oli suunnittelemassa yhdistymistä ja yksikön uutta toimintamallia. (Innokylä 2016.)

Lisäksi Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin alueen ikäihmisten ja muistisairaiden hoidon ja palvelujen kehittäminen on aloitettu *yhdistämällä sairaanhoitopiirin geriatrian poliklinikka ja Mikkelin kaupungin muistipoliklinikka geriatrian yksiköksi 1.3.2015* lähtien. Yksikön toimintamalli on kehitetty yhteistyössä ESSO-hankkeen kanssa vastaamaan aiempaa paremmin toiminnallisesti alueen asukkaiden tarpeita. Syksyllä 2015 on käynnistymässä *asiakasraati-toiminta*, pilottina osana geriatrisen yksikön toiminnan kehittämistä. Asiakasraati-toiminnasta on tehty suunnitelma, jonka sisältöä kehitetään pilottivaiheen aikana. (Innokylä 2016.) ESSO-hankkeen asiakasraati-toiminnan pilotointi etenee näin ollen lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisen mukaisesti, koska siinä otetaan ikäihmiset mukaan

omiin asioihin kohdistuvaan päätöksentekoon ja palveluiden kehittämiseen alueellisesti.

Pohjois-Suomen Kaste-alueella on puolestaan meneillään Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät-kehittämishanke 1.5.2015–31.10.2017. Alueellisesti hankkeeseen kuuluvat Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi ja Länsi-Pohja. Keskeisinä alueellisina tavoitteina ovat: paljon tukea tarvitseva asiakas keskiössä, toiminnallinen soteintegraatio alueella sekä tiedontuotannon hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä. Kehittämishankkeen sovitut toimenpiteet ovat tiedon tuottaminen eri muodoissa, palvelumuotoilun käyttö, kehittäjäasiakkaiden osallistaminen, eri työvälineiden ja – menetelmien kehittäminen, asiakkaiden profilointi sekä henkilöstön osallistaminen, valmennus ja vertaisoppiminen. (Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät-kehittämishanke, 2015.)

Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät-kehittämishankkeen tuotoksina on suunniteltu olevan seuraavia osa-alueita: asiakkaiden tunnistaminen, kohtaaminen ja heidän osallistaminen. Erilaisten työskentelymallien kehittäminen tuen ja avun saamiseen. Tuloksina on suunniteltu olevan sairaanhoidon, perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon yhteistoiminta sekä toimivat hoito – ja palveluketjut. Toimijoiden tuntemus palvelurakenteesta on keskeinen tulos hankkeessa. Tuloksena nähdään olevan myös saamenkielen ja kulttuurin tuntemuksen lisääntyminen. Lisäksi tuloksina on tiedontuotannon eri tapojen seuranta. Kehittämishankkeen tuotoksina on suunniteltu olevan *vastuutyöntekijämalli, tiimivastaanottomalli, hoidon tarpeen arviointi ja saamenkielinen palveluohjausmalli, yhteinen suunnitelmamalli ja yhteiset palveluprosessit alueellisesti sekä asiakasprosessien tiedontuotanto*. (Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät – kehittämishanke, 2015.) Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät – kehittämishanke ei ole vielä julkaissut Innokylän hankesivuilla tuotoksia ja tuloksia kehittämishankkeesta 9.2.2016 mennessä.

Pohjois-Karjalan Siun Sote-hanke on edennyt Kaste hankkeista pisimmälle. Pohjois-Karjalassa rakennetaan uudenlaista Siun Sote-kuntayhty-

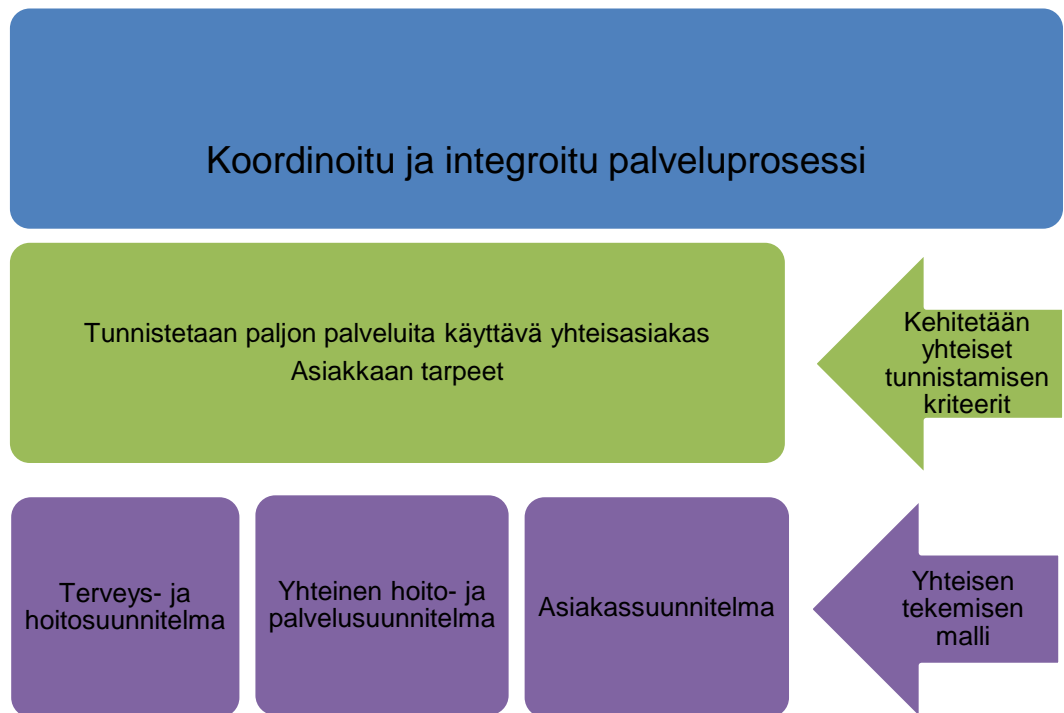
mää. Ennen Siun Sote-hanketta Pohjois-Karjalan kunnat ja Heinävesi selvittivät uutta sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistapaa vuoden 2014 keväällä. Tämä taustalla perustettiin yhteinen hanke Siun Sote ennakoimaan valtakunnallista sote-uudistusta ja turvaamaan maakunnan edut uudistustilanteessa. Selvityksen aikana kartoitettiin mielipiteitä ja näkemyksiä asukkailta ja ammattilaisilta. Tämän jälkeen hahmoteltiin palveluiden järjestämistä ja ongelmakohtien korjaamista. Selvityksen pääpaino oli palveluissa, ei hallintomallissa. (Siun Sote, 2015.)

Selvityksen jälkeen kunnat päättivät 26.10.2015 perustaa *uuden sote-kuntayhtymän*. Siun Soten organisaatio rakennetaan vuoden 2016 aikana ja se yhdistää alueen kaikkien 14 kunnan sosiaali- ja terveystalvelut sekä keskussairaalan samaan organisaatioon. Lähtökohtana ovat asukkaiden ja henkilökunnan parannusideat. Lähitalvelut ovat lähellä, erikoisemmat palvelut tuodaan paikallistason tueksi. Palvelujen saaminen helpottuu, kun organisaatorajat poistuvat. Selvitysvaiheen materiaalit, mm. hankkeen loppuraportti, löytyvät osoitteesta www.pkssk.fi/sote. (Siun Sote, 2015.)

Siun Sote:n on päätetty aloittavan toimintansa vuoden 2017 alusta. Siun Sote tuottaa palveluita 170 000 asukkaalle. Työntekijöiksi tähän uuteen toimintaan siirtyy yli 6000 kuntien sote-ammattilaista. Pohjois-Karjalan maakunnan lisäksi Siun Soteen lukeutuu myös Heinävesi Etelä-Savon alueelta. Uudistetun yhteistyön tuloksina oletetaan saavutettavan erilaisia maakunnassa toimivia yhteisiä ratkaisuja. Alueen ainoa sairaala, Pohjois-Karjalan keskussairaala, on yksi Suomen tuottavimpia sairaaloita. Sairaalassa on laaja erikoissairaanhoidon palveluvalikoima ja koko maakunnan 24/7 yhteispäivystys. Alueen ensihoito on yksi Suomen tehokkaimmista. Käytössä on myös *koko maakunnan kattava yhteinen potilastietojärjestelmä*. Tämä lisää potilasturvallisuutta ja helpottaa potilaiden hoitamista eri toimipisteissä. (Siun Sote, 2015.) Siun Sote on näin ollen saavuttanut Sipilän hallitusohjelman (2015) yleistä tavoitetta sujuvista hoitoketjuista ja toimivista tietojärjestelmistä, joiden kautta väestön terveys ja hyvinvointi lisääntyvät.

Siun Sote - Pohjois-Karjalan palvelulähtöisen mallin keskeisiä tuloksia on jo saavutettu. *Palveluiden saatavuus on parantunut ja tästä saadaan tarkemmat tulokset keväällä 2016.* Loppuvuodesta 2015 on valmennettu 230 esimiestä sote, varko- ja opetus- sekä pelastussektoreille. Toimiva lapsi ja perhe-toimintamalliin koulutetaan lisää ohjaajia vuoden 2016 - 2017 aikana. Osaamiskartoitukseen alueellisesti vastasi 307 vastaajaa, tulosten perusteella tarkennetaan kotihoidon kehittämiskokonaisuutta. Vuoden 2016 aikana otetaan käyttöön kaatumisenehkäisyn mittaristo (mm. hoitopäivä seuranta, kotihoidon check-listausten käyttöönotto ym.). Asukaspaute (n. 1800 vastaajaa) toimii jatkokehittämisen perusteella. Asukasraadit, kokemusasiantuntijakoulutus sekä mystery shopping-asukkaat (testausasiakkaat, joilla voidaan mitata toimintaa) jalkautuvat. (Innokylä, 2015c.)

Parempi Arki-hanke on edennyt helmikuussa 2016 tunnistamistyökalun toistaiseksi viimeiseen vaiheeseen, jossa koko hankealueen yhteinen hanketyöryhmä on kehittänyt ja pilotoinut yhteisasiakkaiden tunnistamisen työkalua syksystä 2015 lähtien. Hankkeessa on haluttu keskittyä paljon palveluita tarvitsevien yhteisasiakkaiden varhaiseen tunnistamiseen, koska se on palvelujen tarkoituksenmukaisen ja vastuullisen koordinoinnin edellytys. Oikealla tunnistamisen ajoittamisella voidaan ehkäistä suurkulutuksen syntymistä. Hankealueella on koottu moniammatillisia kehittämistiimejä paikallisista osaajista. Näitä yhteistyötiimejä tuetaan hankkeessa järjestämällä yli alueiden meneviä seminaarikierroksia. *Seminaarikierroksista on järjestetty jo I ja II, niitä on yhteensä seitsemän päättyen syksyyn 2016.* Seminaarikierroksilla keskitytään paljon palveluita käyttävien eri asiakasryhmien toiminnalliseen integraatioon eli pyritään kehittämään yhteisen tekemisen malli Väli-Suomen alueelle. Asiakkaiden tunnistamisen lisäksi heidän tarpeisiin vastaaminen yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman keinoilla on yhteen sovitettujen ja vaikuttavien palveluiden ydin. Väli-Suomen Kaste-alueen koordinoitu ja integroitu palveluprosessi on kuvattuna alla www.parempiarki.fi hankkeen sivustolta (Kuvio 3). (Sosiaali- ja terveysministeriö/kaste, 2015.)



KUVIO 3. Parempi Arki – hankkeen koordinoitu ja integroitu palveluprosessi mukailtuna (Sosiaali- ja terveysministeriö/kaste, 2015).

Parempi Arki-hanke keskittyy yhteisen tekemisen mallin kehittämiseen Väli-Suomen alueella, joka tukee sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteessaan (10/2016) kaavailemaa yhdenmukaisten toimintatapojen käyttöön ottoa uusilla sote-itsehallintoalueilla. Toimintatapojen yhdenmukaistamisella voidaan saavuttaa samoilla kustannuksilla asiakaslähtöisempiä ja kustannusvaikuttavampia palveluita.

9.4 Jatkokehittämisaiheet

Yhteiskunnalliselta kannalta ajateltuna tunnistamistyökalun hyödynnettävyys on, että se tukee kotona asuvia paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden integroitujen ja koordinoitujen palveluiden ja edelleen yhteisen toimintamallin kehittämistä Väli-Suomen Kaste-alueelle Parempi Arki-hankkeen edetessä. Hankkeessa kehitettyjen asiakaslähtöisten toimintamallien avulla asiakas voi saavuttaa oman arjen hallintaa, ja tätä kautta muodostuu kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta sosiaali- ja terveystalveissa.

Mäntyrannan (2015) mukaan kannattaa jatkossa paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kohdalla miettiä, mitä julkisilla palveluilla kannattaa tuottaa ja mitä yhdistää kolmannen sektorin kanssa. Hän näkee, että kaikki uudet kehittämisideat ovat arvokkaita ja niitä tulisi koordinoita yhdessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen sote-integraation suunnittelun aikana olisi yhteiskunnallisesti hyödyllistä keskittyä suunnittelemaan julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä saumattomien palveluketjujen luomiseksi paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tuottamien hoito- ja palvelukustannusten hallitsemiseksi. Toisaalta järkevällä toimintojen ja toimijoiden välisellä työnjaolla voitaisiin saavuttaa asiakaslähtöisempiä ja asiakkaan arjessa selviytymistä tukevia palveluita. Tällä hetkellä Parempi Arki-hankkeessa keskitytään julkisen puolen sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden yhteisen tekemisen mallin kehittämiseen. Kehittämisaikana nousee yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien liittäminen Parempi Arki-hankkeen kehittämistyöhön.

Kehittämistyön aikana havainnointiin, että keskittymällä palveluketjujen ja toimintojen yhteensovittamiseen eli luomalla ensin puitteet laajennetun terveyshyötymallin (ECCM) kaltaiselle toiminnalle, voidaan saavuttaa parempaa toiminnallista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon monitoimijajaisessa kentässä. Tähän suuntaan on Suomessa jo mentykin Kaste-hankkeen pohjalta muodostuvassa Siun Sotessa ja jo toiminnassa olevassa Eksotessa.

Jatkossa olisi tärkeää keskittyä yhtenäistämään ja kehittämään alueellisia asiakastietojärjestelmiä, jotta ne tukevat paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden hoidon ja palveluiden koordinoitua sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien toiminnallisessa integroinnissa ja lisäävät myös asiakasturvallisuutta. Yhtenäisten tietojärjestelmien myötä olisi mahdollista kehittää sähköisiä tunnistamistyökaluja paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamiseen. Toisaalta alueellinen yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma vaatii jonkinlaisen toimivan moniammatillisen yhteiskäytössä olevan työskentelyalustan esimerkiksi Kelan Kantaan ja sosiaalipuolen Kansaan. Tällöin hoito- ja palvelusuunnitelma olisi aina ajan tasalla, kun asiakas on käynyt sosiaali- tai terveydenhuollon palveluntuottajalla.

Kotiutus- ja jatkohoitovaiheessa tätä paljon palveluita käyttävien tunnistamistyökalua voitaisiin hyödyntää testattaessa potilaan arjessa selviytymistä kotioloissa. Tunnistamistyökalusta ja sen kriteereistä voisi työstää haastattelu- tai testilomakkeen kotiuttavan tahon käyttöön. Mikäli kriteereistä jokin tai useampi täyttyy, niin se käynnistäisi automaattisesti palveluohjaustarpeen kartoituksen. Lisäksi se voisi tukea muidenkin avo- ja sosiaalipuolen palveluiden tarpeen arviota. Jatkokehittämisaikana ehdotetaan tunnistamistyökalun jatkotyöstämistä kotiutusvaiheeseen sopivaksi testityökaluksi arjessa selviytymisen tukemiseksi ja palvelutarpeen arvioimiseksi sekä koordinoimiseksi.

LÄHTEET

Barr, J.V., Robinson, S., Marin-Link, B. Undrehill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. The Expanded Chronic Care model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. 2003. Hospital Quarterly 1/ 2003a. [Viitattu 8.9.2015] Saatavissa: [http://www.area-c54.it/public/the % 20expanded % 20chronic % 20care % 20model.pdf](http://www.area-c54.it/public/the%20expanded%20chronic%20care%20model.pdf)

Barr, J.V., Robinson, S., Marin-Link, B. Undrehill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Healthcare Quarterly, 7/ 2003b, 73 -82. [Viitattu 2.10.2015] Saatavissa: <http://www.longwoods.com/content/16763> Barr etc

Ellissen, A., Nolte, E., Knai, C., Brunn, M., Chevreul, K., Conklin, A., Durand-Zaleski, I., Erler, A., Flamm, M., Frølich, A., Fullerton, B., Jacobsen, R., Saz-Parkinson, Z., Sarria-Santamera, A., Sönnichsen, A. & Vrijhoef, H. 2013. Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. [Viitattu 8.9.2015] Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/117/>

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2015a. Lean Eksotessa. [Viitattu 8.12.2015] Saatavissa: http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Tutkimus_kehittaminen/lean/Sivut/default.aspx

Etelä -Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2015b. Armilan kuntoutuskeskus sai vuoden Lean – palkinnon. [Viitattu 8.12.2015] Saatavissa: [http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Ajankohtaista/Tiedotearkisto/Sivut/Armilan % 20kuntoutuskeskus % 20sai % 20Vuoden % 20Lean % 20palkinnon.aspx](http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Ajankohtaista/Tiedotearkisto/Sivut/Armilan%20kuntoutuskeskus%20sai%20Vuoden%20Lean%20palkinnon.aspx)

Etelä- Savon sairaanhoitopiiri ky. 2014. Päivystystoiminnan kehittäminen Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky: ssä. [Viitattu 2.10.2015] Saatavissa: /documents/916483/0/Nykytilan+kuvaus+p%C3%A4ivystystoiminta+yhteen-
veto+2014.pdf

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ky. 2015. Etelä -Savon uusi sote -palvelukonsepti - perusterveydenhuollon jaerikoissairaanhoidon integ-roitu toimintamalli (ESSO-hanke). Uutiskirje 1/ 2015. [Viitattu 2.10.2015] Saatavissa: http://www.esshp.fi/singlenewsinfo.asp?menu_id=395&id=7723

EU. Euroopan aluekehitysrahasto. Vipuvoimaa EU:lta 2007- 2013.[Viitattu 23.2.2016] Saatavissa: <http://www.hyvis.fi/paijathame/fi/Sivut/default.aspx>

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heinänen, T., Mäntyranta, T., Maijanen, S. & Kaila, M 2011. Lämpimurto-
mallilla terveyshyötyä tuottamaan. Suomen lääkärilehti 22/ 2011, 1841 -
1845.

Humboldt IPA Priority Care. 2011. RN Care Manager Assessment: The 4
Domains. [Viitattu 8.1.2016] Saatavissa: http://www.calquality.org/storage/documents/meteor/1.2.2Humboldt_DomainsScoringLevels.pdf

Hyvä Potku 2014 – 2015. Hyvä vastaanotto ja terveyshyötymalli. [Viitattu 24.8.2015] Saatavissa: <http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/web/page.aspx?sid=6162>

Hyvärinen, H. 2011. Asiakslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Itäsuomen yliopisto. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu – tutkielma. [Viitattu 6.9.2015] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf

Innokylä. 2015a. Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille – hanke. [Viitattu 9.2.2016] Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/hanke502157/etusivu?>

Innokylä 2015b. PPPR-hankkeen Turun kehittämisosio. [Viitattu 9.2.2016] Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/hanke994984/etusivu?>

Innokylä. 2015c. Kaste-ohjelman tuloksia Itä – ja Keski – Suomen hankkeet. Siun Sote - Pohjois-Karjalan palvelulähtöinen malli. [Viitattu 9.2.2016] Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/verkosto422401/kaste-ohjelman-tuloksia-ita-ja-keski-suomen-hankkeet/-/kommentointi/muokkaa/1/0/0>

Innokylä 2016. ESSO- hanke. Hankkeen tuottamat tuotokset ja uudet asiat: Elektiivinen- ja päivystystoiminta. [Viitattu 9.2.2016] Saatavissa: https://www.innokyla.fi/web/hanke916482/etusivu?p_p_id=projects_WAR

Institute for Healthcare Improvement. Coordinating Care for Patients with Complex Needs. [Viitattu 6.9.2015] Saatavissa: http://www.ihl.org/education/WebTraining/Webinars/Web_Action/CareCoordination/Pages/default.aspx

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 3.9.2015] Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf

Kaste. Länsi-Suomen Kaste-hanke. 2013. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke 2013 -2015. [Viitattu 28.9.2015] Saatavissa: http://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files//valiraportti_2014.pdf

Keene J, Swift L, Bailey S, Janacek G. 2000. The tracking project: a collaborative multi-agency database for shared clients/patients to inform policy development. Journal of interprofessional care, vol. 14, no. 4, 325 -335. UK. [Viitattu 3.9.2015] Saatavissa: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13561820020003883#.Vfab-NxHtmko>

Keene J., Swift L., Bailey S., Janacek G. 2001. Shared patients: multiple health and social care contact. *Health and Social Care in the Community* 9(4), 205 -214. UK. [Viitattu 3.9.2015] Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2524.2001.00296.x/abstract;jsessionid=63A890B03E59D6EBC52E1D52748F3B36.f01t02>

Kilo, C. 1998. A Framework for Collaborative Improvement: Lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Quality Management in Health Care* 6/1998, 1-13. Aspen Publishers, Inc. [Viitattu 14.9.2015] Saatavissa: http://www.centertrt.org/content/docs/Intervention_Documents/Intervention_Materials/OSNAP/Framework_for_Collaborative_Improvement.pdf

Kivisaari S. & Leväsluoto J, 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT. Espoo.

Koskela T. 2008. Terveyspalvelujen pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopiston julkaisuja D. *Lääketiede* 425. Väitöskirja.

Laitinen, M. 2008. Valta ja asiakaslähtöisyys viranomaiskohtaamisissa. Lahtelaisten asiakkaiden kertomuksia työttömyyden ajalta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön ammatillinen tutkimuslaitos. Lisenssiaattityö.

Leimio, S. 2015 Suunta 2015. Sosiaalialan osaamiskeskus Verso – liikelaitos & Pete - Päijät-Hämeen ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö. 2015. Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja potilasohjaus Päivystyskeskuksessa. E-mail jaana.pussinen@phsotey.fi 30.8.2015. Tulostettu 30.10.2015.

Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandstöm, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L., & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Lääkärilehti* 48/2013. Suomen Lääkärilehti 48/2013 vsk 68. [Viitattu 25.8.2015] Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto48_3.pdf

Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO, 2008. ROHTO – pajat kehittämisen välineenä. [Viitattu 14.9.2015] Saatavissa: <http://www.rohto.fi/index.php?k=4966>

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia – sarja 4. Helsinki: International Methelp Ky.

Mäntyranta, T. 2015. Taina Mäntyrannan videotervehdys parempaa arkea tekeville. Youtube 2.11.2015. Viitattu [1.2.2016]. Saatavissa: <https://www.youtube.com/watch?v=EHR43IPen4E>

Nordic Healthcare Group. Lean ajattelu terveydenhuollossa. [Viitattu 6.9.2015] Saatavissa: http://www.nhg.fi/doc/NHG_Lean_Whitepaper.pdf

Nordic Healthcare Group, 2013. Selvitys Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. [viitattu 18.11.2014] Saatavissa: http://www.paijat-hame.fi/easydata/customers/paijathame/files/kuntayhteity/sote/2013_06_20_loppuraportti_paijat-hame_final.pdf

Norlamo-Saramäki T. 2009. Asiakslähtöisyyden ristiaallokossa. Helsingin yliopisto. Yhteskuntapolitiikan laitos. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Oksman, E., Holmberg-Mattila, D., Laiho, K. & Kuronen, R. 2015. Parempi Arki – hankesuunitelma Väli- Suomen Kastehanke 1.1.2015 – 31.10.2017. [Viitattu 3.9.2015] Saatavissa: <http://kokoukset.fshky.fi/80000051-2014-0010-0005-000000000000.pdf>

Oksman, E. 2015a. Parempi Arki tiedote. 1/2015. Email jaana.pussinen@phsotey.fi 2.10.2015. Tulostettu 8.12.2015

Oksman, E. 2015b. Tunnistamistyökalupaja 1. Email jaana.pussinen@phsotey.fi 28.8.2015. Tulostettu 20.9.2015.

Oksman, E. 2015c. Tunnistamistyökalupaja 2 tuotokset. Email jaana.pussinen@phsotey.fi 18.11.2015. Tulostettu 20.11.2015.

Oksman, E. 2015d. Pilotoinnin kokemukset. Email jaana.pussinen@phsotey.fi 16.12.2015. Tulostettu 18.12.2015.

Oksman, E. 2015e. Tunnistamistyökalu yleinen. Email jaana.pussinen@phsotey.fi 11.12.2015. Tulostettu 18.12.2015.

Oksman, E. 2016. PA- tunnisteiden täsmennys. Email jaana.pussinen@phsotey.fi. 9.2.2016. Tulostettu 14.2.2016.

Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät – kehittämishanke. 2015. Hankkeen esittelydiat. [Viitattu 9.2.2016] Saatavissa: http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/hankeinfo/hanke_esittely

Pohjois-Karjalan sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2014. Siun Sote päätöksiä vaille valmis. [Viitattu 2.10.2015] Saatavissa: <http://www.pkssk.fi/sote>

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.2015. Paljon tukea tarvitsevat – Paljon Palveluita käyttävät kehittämishanke 1.5.2015 – 1.10.2017.[Viitattu 2.10.2015] Saatavissa: <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/hankeinfo>

Siun Sote.2015. Siun sote tehdään nyt. [Viitattu 9.2.2016] Saatavissa: <http://www.siunsote.fi/etusivu/siun-sote/mika-siun-sote/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveystuolilaki. [Viitattu 7.9.2015] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2011:1. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. [Viitattu 8.12.2015] Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112320/URN %3aURN%3afi-fe201504223250.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112320/URN%3aURN%3afi-fe201504223250.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. [Viitattu 7.9.2015] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Sosiaali- ja teveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012 -2015. [Viitattu 10.9.2015] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. [Viitattu 3.9.2015] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014a. Sosiaalihuoltolaki. [Viitattu 7.9.2015] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#a1301-201>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014b. Terveystalolaki. [Viitattu 7.9.2015] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#a30.12.2014-1303>

Sosiaali- ja terveysministeriö/ kaste. Parempi Arki-hanke. [Viitattu 9.2.2016] Saatavissa: <http://www.parempiarki.fi/parempi-arki-hanke>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Päätöksenteko, talous ja palvelujärjestelmä. Sote uudistus. [Viitattu 28.9.2015] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/sote-uudistus/integraatio>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Päätöksenteko, talous ja palvelujärjestelmä. Integraatio. [Viitattu 28.9.2015] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/sote-uudistus/integraatio>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.

Valtioneuvosto 2015. Ratkaisujen Suomi. Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. [Viitattu 6.9.2015] Saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>

Valtioneuvosto 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollossa vahvistettava yhteisvastuuta ja valtion ohjausta. Tiedote 10/2016. [Viitattu 22.2.2016] Saatavissa: http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuollossa-vahvistettava-yhteisvastuuta-ja-valuation-ohjausta?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=1271139

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS – kustannus

Wilén A. 2015. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen hankkeen loppuraportti. Päijät-Hämeen liitto.[Viitattu 9.9.2015] Saatavissa: http://www.paijat-ha-me.fi/easydata/customers/paijathame/files/2.9._tilaisuus/murrosvaiheesta_muutokseen_31082015.pdf

LIITTEET

Liite 1. RN Care Manager Assessment: The 4 Domains (Humboldt IPA Priority Care, 2011).

Liite 2. Social Support Domain (Humboldt IPA Priority Care, 2011).

Liite 3. Medical Neighborhood- Medical Home & Access to Services Domain (Humboldt IPA Priority Care, 2011).

Liite 4. Self Management and Mental Health Domain (Humboldt IPA Priority Care, 2011).

Liite 5. Medical Status and Health Trajectory Domain (Humboldt IPA Priority Care, 2011).

Liite 6. Priority Care Domain Assessment Risk Stratification/Leveling and Interventions (1-2) (Humboldt IPA Priority Care, 2011).

Liite 7. The Expanded Chronic Care Model: Integrating Population Health Promotion (Barr ym. 2003b, 73 -82).

Liite 8. Läpimurtotyösekentelyn prosessi (Heinänen ym. 2011, 1842).

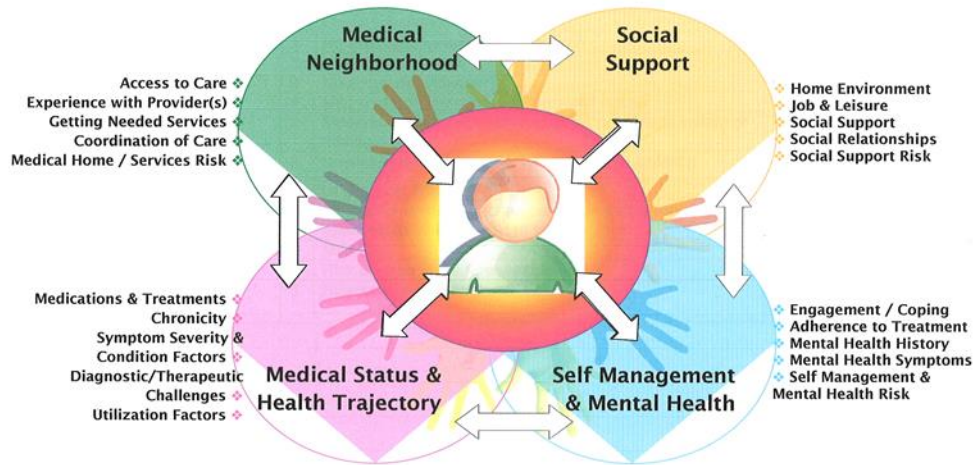
Liite 9. Ensimmäisen tunnistamistyökalupajan hanketyöryhmien tuotokset (1-2) (Oksman, 2015/b).

Liite 10. Toisen tunnistamistyökalupajan hanketyöryhmien tuotokset (1-2) (Oksman, 2015/c).

Liite 11. Parempi Arki hankkeen tunnistamistyökalu (Oksman 2015/e).

Liite 12. Kolmannen tunnistamistyökalupajan hanketyöryhmien tuotokset (1- 2) (Oksman, 2015/ d).

RN Care Manager Assessment: The 4 Domains



The Team = Patient, Providers, RN Care Manager, patient's support network

LIITE 2

Social Support Domain			
TOTAL SCORE =		Success Matrix	
<p><i>Consider the following:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Basic needs such as food, safe and adequate housing</i> ▪ <i>Place of residence</i> ▪ <i>Do they live alone? With others? Have a pet?</i> ▪ <i>Caregivers</i> ▪ <i>Community support/resources</i> ▪ <i>Support network and interpersonal skills</i> ▪ <i>Leisure activity participation</i> <p><i>All areas with a 1 or greater should be flagged for possible goal development, further assessment and interventions</i></p>	Home Environment		
	0	Stable housing; able to maintain independent living	Safe and consistent living situation
	1	Stable housing with support of others (family, facility, other)	
	2	Unstable housing (no support, living in shelter, etc)	
	3	No satisfactory housing; immediate change necessary	
	Job & Leisure		Economic stability and participation in leisure activities
	0	Has job and participates in leisure activities	
	1	Has job; no participation in leisure activities	
	2	Unemployed now for at least 6 months and participates in leisure activities	
	3	Unemployed now for at least 6 months and no participation in leisure activities	
	Social Support		Social and living situation that allows support for chronic and acute health needs
	0	Assistance readily available	
	1	Assistance generally available; possible delays	
	2	Limited assistance available	
	3	No assistance available at any time	
	Social Relationships		Social skills that will lead to connectedness/personal relationships
	0	No social disturbance	
	1	Mild social dysfunction; interpersonal issues	
	2	Moderate social dysfunction such as not able to initiate or maintain	
	3	Severe social dysfunction; disruptive or in isolation	
Social Support Risk		Financial resources to meet basic needs, appropriate and consistent living arrangements, personal support with optimized relationships for the foreseeable future	
0	No risk for of need for changes in living situation, social relationships and support or job/leisure		
1	Mild risk		
2	Risk of need in the foreseeable future		
3	Risk now -> intervene		

LIITE 3

Medical Neighborhood - Medical Home & Access to Services Domain			
TOTAL SCORE =		Success Matrix	
<p>Consider the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Access to and relationship with providers ▪ Coordination of care with services such as: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Specialists ▪ Behavioral health ▪ Home health ▪ PT/OT other rehab services ▪ Utilization management (auths) ▪ Communication between providers ▪ Is needed safety equipment in place and used ▪ Are there barriers to getting services, medications, DME, etc <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transportation ▪ Scheduling ▪ language ▪ Medication management: <ul style="list-style-type: none"> ▪ medication use/hx, barriers to taking medications ▪ Medication reconciliation ▪ Medication management ▪ Polypharmacy? ▪ Knowledge/understanding of medications, diagnoses, treatments, etc. <p><i>All areas with a 1 or greater should be flagged for possible goal development, further assessment and interventions</i></p>	Access to Care		
	0	Adequate access to care	Medical and mental health insurance benefits, access to "close" provider, translation services, providers willing to see client
	1	Some limitations; refer to barriers above	
	2	Difficulties in accessing care; refer to barriers above	
	3	No adequate access to care; refer to barriers above	
	Experience with Provider(s)		Collaborative, mutually acceptable doctor-patient relationship; Client satisfied with care; Adherence to treatment plan/interventions
	0	No problems with health care providers	
	1	Negative experience with providers (either personally or family member)	
	2	Dissatisfaction or distrust; multiple providers for same condition	
	3	Repeated major conflicts with providers, distrust of doctors; Frequent ER visits/admissions; Preferred provider out of plan	
	Getting Needed Services		Capable of getting appt, minimized appt conflicts and number of visits; Able to buy/get meds, equipment, needed services; Appropriate referrals
	0	Practitioners and health care settings readily accessible; money for Rx and medical equipment	
	1	Some difficulties in getting appts / needed services	
	2	Routine difficulties in coordinating/getting appts / services	
	3	Inability to coordinate / get appts / needed services	
Coordination of Care		All providers involved in care and are aware of and coordinating services they are providing with others working with the patient. Record system interconnectivity	
0	Complete provider communication with good coordination of care		
1	Limited provider communication and coordination of care; Has PCP that coordinates medical and mental health services		
2	Poor provider communication and coordination of care; no routine PCP		
3	No communication and coordination of care among providers; evidence of ER use for non-urgent health needs		
Medical Home, Medical Services Risk		Stable access and support for health needs from trusted providers; widespread communication among providers for the foreseeable future	
0	No risk of impediments to coordinated physical and mental health		
1	Mild risk of impediments to care such as insurance restrictions, distance to services, limited provider communication or coordination		
2	Moderate risk of impediments to care, such as potential loss of insurance, inconsistent providers, communication barriers, poor care coordination		
3	Severe risk of impediments such as little no insurance, resistant to communication, disruptive processes that lead to poor coordination		

LIITE 4

Self Management and Mental Health Domain			
TOTAL SCORE =		Success Matrix	
<p>Perform readiness assessment & document "score"</p> <p><i>Change Preparation:</i> Desire: Ability: Reasons: Needs:</p> <p><i>Change Implementation:</i> Commitment: Activation: Trying:</p> <p>Consider the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Self efficacy - influence over one's own motivation, thought processes, emotional states and patterns of behavior ▪ Identify/Note accomplishment and strengths related to health, access and self care management ▪ Identify and note any positive health behaviors ▪ Mental health history and risk for PHQ-9 <p><i>All areas with a 1 or greater should be flagged for possible goal development, further assessment and interventions</i></p>	Engagement / Coping / "Change Talk"		
	0	Ability to manage stresses/life and health challenges	Stress reduction and problem solving capabilities; reduction in substance misuse/abuse/dependence; treatment that controls mental health symptoms
	1	Restricted coping skills, such as need for control, illness denial, irritability	
	2	Impaired coping skills such as, non-productive complaining or substance abuse but without serious impact on medical condition, mental health or social situation	
	3	Minimal coping skills -> destructive behaviors, such as substance dependence, psychiatric illness, self-mutilation, suicide attempts	
	Adherence/Resistance to Treatment		
	0	Interested in receiving treatment and willing to actively participate/cooperate	Documented adherence associated with health stabilization and/or outcome improvement
	1	Some ambivalence but willing to cooperate with treatment	
	2	Considerable resistance and non-adherence; hostility or indifference to providers and/or treatments	
	3	Active resistance to important medical care	
	Mental Health History		
	0	No history of mental health problems/conditions	Screening and follow-up for potential recurrent psychiatric symptoms in place; support structure for mental condition treatment and follow-up by appropriate providers in place
	1	History of mental health problems/conditions now resolved; no effects on daily function	
	2	Mental health conditions with clear affects on daily function (needing medications, therapy, day treatment, etc.)	
	3	Psychiatric admissions and or persistent effect on daily function	
	Mental Health Symptoms PHQ-9		
	0	No mental health symptoms	Mental health symptoms improvement/stabilization; appropriate mental health provider involvement; social/environmental support in place; mental health symptoms do not interfere with general medical treatment/outcomes
	1	Mild symptoms (problems with concentration/felling tense, etc.) that do not interfere with current function	
	2	Moderate mental symptoms (anxiety, signs of depression, mild cognitive impairment) that interfere with functioning	
	3	Severe psychiatric symptoms and or behavioral disturbances (violence, self-inflicted harm, delirium, criminal behavior, psychosis, mania)	
Self Management & Mental Health Risk			
0	No mental health concerns	Stabilized mental conditions; ready access and availability of services; health improvement associated with consistent treatment adherence; reduction in client "crises" (personal, social, health)	
1	Risk of mild worsening of mental health symptoms such as stress, anxiety, feeling blue, substance abuse		
2	Moderate risk of mental health disorder requiring additional mental health care; moderate risk for treatment resistance/non-adherence		
3	Severe risk for psychiatric disorder requiring frequent ED visits and/or inpt admissions; risk of treatment refusal for serious disorder		

LIITE 5

Medical Neighborhood - Medical Home & Access to Services Domain			
TOTAL SCORE =		Success Matrix	
<p>Consider the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Access to and relationship with providers ▪ Coordination of care with services such as: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Specialists ▪ Behavioral health ▪ Home health ▪ PT/OT other rehab services ▪ Utilization management (auths) ▪ Communication between providers ▪ Is needed safety equipment in place and used ▪ Are there barriers to getting services, medications, DME, etc <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transportation ▪ Scheduling ▪ language ▪ Medication management: <ul style="list-style-type: none"> ▪ medication use/hx, barriers to taking medications ▪ Medication reconciliation ▪ Medication management ▪ Polypharmacy? ▪ Knowledge/understanding of medications, diagnoses, treatments, etc. <p style="color: red; font-size: small; margin-top: 10px;">All areas with a 1 or greater should be flagged for possible goal development, further assessment and interventions</p>	Access to Care		
	0	Adequate access to care	Medical and mental health insurance benefits, access to "close" provider, translation services, providers willing to see client
	1	Some limitations; refer to barriers above	
	2	Difficulties in accessing care; refer to barriers above	
	3	No adequate access to care; refer to barriers above	
		Experience with Provider(s)	
	0	No problems with health care providers	Collaborative, mutually acceptable doctor-patient relationship; Client satisfied with care; Adherence to treatment plan/interventions
	1	Negative experience with providers (either personally or family member)	
	2	Dissatisfaction or distrust; multiple providers for same condition	
	3	Repeated major conflicts with providers, distrust of doctors; Frequent ER visits/admissions; Preferred provider out of plan	
		Getting Needed Services	
	0	Practitioners and health care settings readily accessible; money for Rx and medical equipment	Capable of getting appt, minimized appt conflicts and number of visits; Able to buy/get meds, equipment, needed services; Appropriate referrals
	1	Some difficulties in getting appts / needed services	
	2	Routine difficulties in coordinating/getting appts / services	
	3	Inability to coordinate / get appts / needed services	
	Coordination of Care		
0	Complete provider communication with good coordination of care	All providers involved in care and are aware of and coordinating services they are providing with others working with the patient. Record system interconnectivity	
1	Limited provider communication and coordination of care; Has PCP that coordinates medical and mental health services		
2	Poor provider communication and coordination of care; no routine PCP		
3	No communication and coordination of care among providers; evidence of ER use for non-urgent health needs		
	Medical Home, Medical Services Risk		
0	No risk of impediments to coordinated physical and mental health	Stable access and support for health needs from trusted providers; widespread communication among providers for the foreseeable future	
1	Mild risk of impediments to care such as insurance restrictions, distance to services, limited provider communication or coordination		
2	Moderate risk of impediments to care, such as potential loss of insurance, inconsistent providers, communication barriers, poor care coordination		
3	Severe risk of impediments such as little no insurance, resistant to communication, disruptive processes that lead to poor coordination		

LIITE 6 (1-2)

Priority Care Domain Assessment Risk Stratification/Leveling and Interventions

After conducting the Domain Assessment score each variable (0 – 3) and then total all areas.
Maximum score = 57

0 = none; no need to act

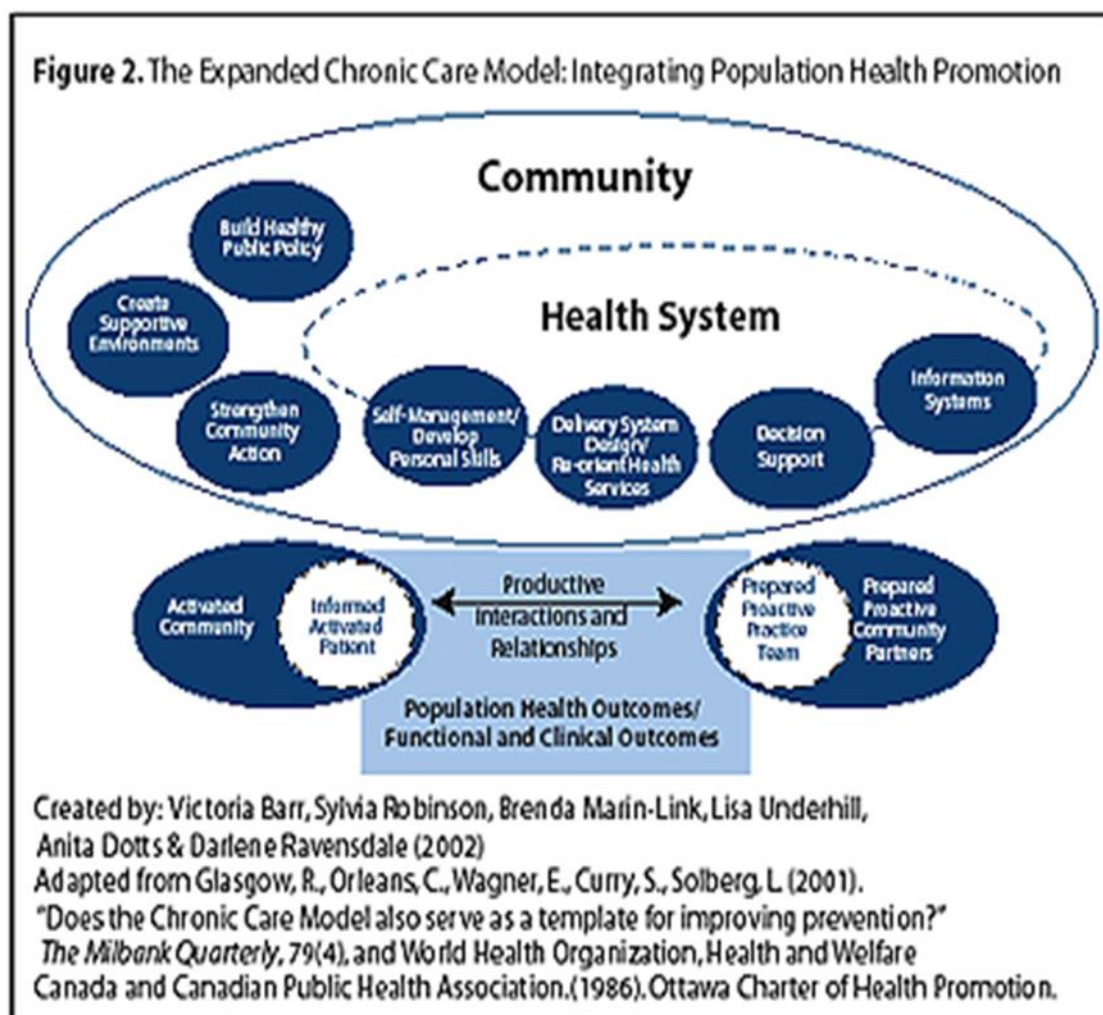
1 = mild; need for monitoring and/or prevention

2 = moderate; need for action and development of action plan

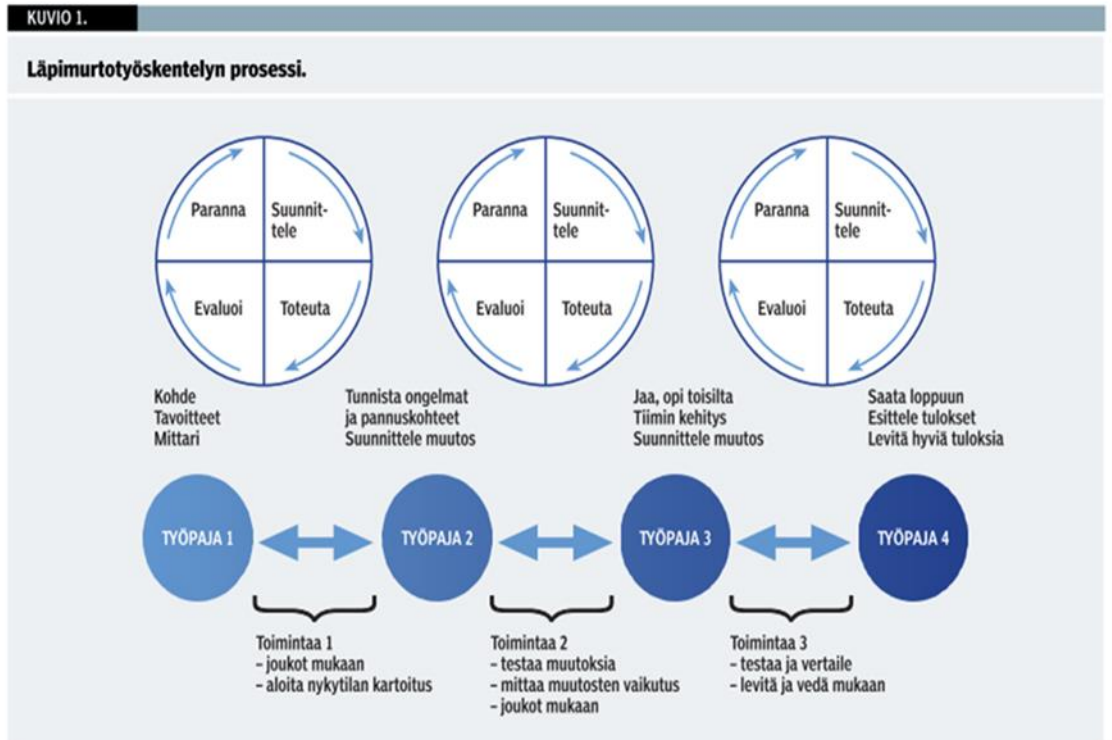
3 = severe; need for immediate action and development of action plan

Level description	Interventions
<p>LEVEL 1: total score less than 20</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact: minimal involvement; focus areas wellness, health maintenance/coaching, patient education, placement assistance, etc. ▪ Time involvement: days or less ▪ Clinical example: recent inpatient stay with rapid recovery anticipated, minimal follow-up care; resolved illness or mental health illness/issues 	<p>Within one week of assessment share results with patient</p> <p>Develop focus areas with patient; set goals if needed. Share with provider prn.</p> <p>Telephonic or face to face contact at least once a month with patient.</p> <p>Reassess if situation changes.</p>
<p>LEVEL 2: total score 21 – 27</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact: brief involvement; focus area disease management, patient education, placement assistance, referrals, return to work, community resources, etc. ▪ Time involvement: days to weeks ▪ Clinical example: coming out of recent high cost healthcare activity, recent inpatient stay with anticipated persistent need for support to prevent delayed/pronged recovery or poor outcome 	<p>Within one week of assessment share results with patient</p> <p>Develop action plan. Assist patient to establish measureable goals. Share with provider if indicated.</p> <p>Telephonic or in-person contact as indicated for situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ If inpatient contact during hospitalization followed-by ▪ Assist with discharge needs/planning ▪ Call within 24 – 48 hours of discharge ▪ Call one week after discharge and prn then <p>Telephonic contact at least once a month with patient.</p> <p>Reassess if situation changes.</p>

<p>LEVEL 3: total score 28 – 34</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact: standard care management involvement; patient needs in multiple domains, action plan development indicated by variable scores of 2 or 3, assistance to patient to understand illness and health system, assistance with providers, referrals, placement, systematic development and completion of action plan ▪ Time involvement: weeks to months ▪ Clinical example: persistent use of inpatient and outpatient services, poorly treated mental health co morbidity in the face of medical and or mental illness/needs, chronic general medical illnesses 	<p>Within one week of assessment share results with patient</p> <p>Develop problem list and action plan. Assist patient to establish measureable goals. Share with provider.</p> <p>Telephonic or in-person contact as indicated for situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ If inpatient contact during hospitalization followed-by ▪ Assist with discharge needs/planning ▪ Call within 24 – 48 hours of discharge ▪ Call one week after discharge and prn then <p>Telephonic or in-person contact at least twice a month with patient.</p> <p>Reassess at timely intervals. Actively communicate with provider.</p>
<p>LEVEL 4: total score 35 or greater</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact: extended care management involvement as in Level 3 however problems are persistent, complex and multiple with long-term high service use or anticipated risk for; patient needs in multiple domains, action plan development indicated by variable scores of 2 or 3, assistance to patient to understand illness and health system, assistance with providers, referrals, placement, systematic development and completion of action plan ▪ Time involvement: months or longer ▪ Clinical example: complex, concurrent physical and mental conditions with high service use 	<p>Within one week of assessment share results with patient</p> <p>Develop problem list and action plan. Assist patient to establish measureable goals. Share with provider.</p> <p>Telephonic or in-person contact as indicated for situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ If inpatient contact during hospitalization followed-by ▪ Assist with discharge needs/planning ▪ Call within 24 – 48 hours of discharge ▪ Call one week after discharge and prn then <p>Telephonic or in-person contact at least two to three times a month with patient.</p> <p>Reassess at timely intervals. Actively communicate with provider.</p>



LIITE 8



LIITE 9 (1-2)

Ensimmäisen tunnistamistyökalupajan hanketyöryhmien tuotokset

Ryhmätyö 1 (kolme kahdeksan hengen ryhmää): Pohdittiin yksin ja ryhmissä mahdollisia syitä, miksi paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ei ole työkalua tai toimintamallia omissa organisaatioissa. Ryhmien tuotokset koottiin ja hanketiimi suoritti yhteenvedon.

Yhteenvedoksi koostuivat seuraavat asiat:

- Vastaanotoilla vaikea saada tietoa esim. sosiaalityön asiakkuudesta; miten sitä voi kysyä ja voiko sitä kysyä?
- Hierarkia estää tunnistamista; "Pois käsistä, pois mielistä"
- Heterogeeninen ryhmä
- Vaikeita asiakkaita, joihin kukaan ei halua tai jaksaa tarttua (Oksman, 2015/b).

Ryhmätyö 2 (samat kolme kahdeksan hengen ryhmää): Pohdinta jatkui, mitkä olisivat työkalun/toimintamallin mahdolliset hyödyt. Keskustelu tapahtui ryhmissä oman työn ja asiakkaan näkökulmista. Tuotokset koottiin ja hanketiimi teki yhteenvedon sekä asiakkaan että organisaation näkökulmasta.

Asiakkaan hyödyt tunnistamistyökalusta/ toimintamallista:

- Asiakas ohjataan tunnistamisen jälkeen oikeaan osoitteeseen/työntekijälle
- Asiakkaan haltuunotto
- Velvoittaa asiakasta sitoutumaan
- Asiakas saa
- Tyytyväinen asiakas ja onnistuneet työntekijät
- Kokonaisvaltaisuus
- Taloudellinen hyöty
- Tulee kuulluksi
- Parempi arki! Tyytyväisyys ja elämänhallinta
- Palvelujen tasalaatuisuus
- Asiakkaan ohjautuminen "oikealle" ammattilaiselle ja oikean palvelun piiriin
- Oikea-aikaisuus
- Avun saaminen nopeutuu ja rauhoittuminen
- Hoidon laatu paranee
- Yhdenmukaiset ohjeet vähentävät hämmennystä ja lisäävät turvallisuuden tunnetta
- Palveluiden oikea mitoitus (Oksman, 2015/b).

Organisaation hyödyt tunnistamistyökalusta/ toimintamallista:

- Raha
- Resurssit
- Mielekkyyty työhön lisääntyy
- Toiminnan sujuvuus
- Tietoisuus sote-kentän toimijoista lisääntyy ja yhteistyö toimijoiden välillä kohe-
nee
- Velvoittaa asiakasta sitoutumaan
- Kustannussäästöjä, keskitytään tarvitseviin asiakkaisiin
- Yhteistyö luo turvallisuutta (yhteiset kotikäynnit, päätöksenteko, eri näkökulmat,
kollegiaalisuus)
- Kustannustehokkuus
- Hyväksikäyttäjät karsiutuvat ja ohjautuvat oikein
- Palveluiden oikea mitoitus (Oksman, 2015/b).

Ryhmätyö 3 (samat kolme kahdeksan hengen ryhmää): Pohdittiin ryhmissä, millainen tunnistamistyökalun tulisi olla, jotta se toimisi arkityössä ja voitaisiin ottaa systemaattiseen käyttöön. Tuotokset koottiin ja hanketiimi teki yhteenvedon.

Edellytykset tunnistamistyökalun toimivuudelle:

- Yhteinen työkalu tietojärjestelmiin kaikille toimijoille, "hälytys" tietyllä kriteereillä
työntekijälle
- Asiakas mukaan
- Helppo ja yksinkertainen, aina käytössä
- Historia tietyltä ajalta esim. 2v.
- Henkilökunnan koulutus ja motivointi työkalun käyttöön tai pakote
- Oikeanlainen kirjaus (Oksman, 2015/b).

Tunnistamistyökalun käytettävyys:

- Työkalu päivittyy reaaliajassa
- Osa kanta- ja kansa-arkistoa
- Profilointi tietynlaisille asiakkaille
- "Hälytyksen" jälkeen kehitetyn toimintamallin käyttö (Oksman, 2015/b).

LIITE 10 (1-2)

Toisen tunnistamistyökalupajan hanketyöryhmien tuotokset

Pohdittiin ryhmissä edellisen pajan lopussa annettua kotitehtävää (learning cafe menetelmä), joita oli toteutettu työpajojen välissä omissa organisaatioissa:

Kotitehtävä oli:

- Millaisia paljon palveluita käyttävät asiakkaat ovat työyhteisössänne?
- Mitä tunteita paljon palveluita käyttävät asiakkaat herättävät ja miksi?
- Mitä keinoja on käytössä paljon palveluita käyttävien asiakkaitten kanssa?

Kotitehtävät olivat jaettu kysymysten mukaan kolmeen pisteeseen. Pisteiden vetäjät kirjasiivat tuotokset fläpeille ja esittivät ne koko hanketyöryhmälle.

Ensimmäisen pisteen tuotos (kolme samaa kahdeksan hengen ryhmää kuin 1. työpajassa):

Millaisia asiakkaat ovat?:

Asiakkaat ovat moniongelmaisia, monisairaita, yksinäisiä, monen toimijan käsissä (jopa 30), usein päihteiden käyttäjiä, heillä on taloudellisia ongelmia, elämänhallinta puuttuu, uusavuttomia, sosiaaliset verkostot puuttuvat, köyhiä, perineet huono-osaisuuden, aloitekyvyttömiä, kriisiperheitä, eroperheitä, mielenterveys-ongelmia, yksinasuvia, muistisairaita, pelokkaita, paljon oireilevia ilman sairauksia, artroosipotilaita, työuupuneita, traumatisoituneita, "työtä vieroksuvia", keski-ikäisiä työttömiä miehiä, kuolemanpelkoisia, ylipainoisia, kipupotilaita, pelokkaita, "google-viisaita", tyytymättömiä, kikkailevia, sitoutumattomia hoitoon, palveluriippuvaisia. (Oksman, 2015/c).

Toisen pisteen tuotos (samat kahdeksan hengen ryhmät):

Mitä tunteita paljon palveluita käyttävät asiakkaat herättävät ja miksi?

- Turhautumista (asiakkaaseen ja systeemiin) ja ahdistusta
- Ärsyyntymistä ja kiukkua
- Riittämättömyyden tunnetta ja voimattomuutta
- Sääliä, harmitusta asiakkaan puolesta ja myötätuntoa
- Pelkoa ja vihaa
- Uupumusta ja väsymystä
- Kyynisyyttä
- Surua, "syvälle sisälle sattuu"
- Sosiaali - ja terveydenhuollon muiden toimijoiden syyttelyä
- Epätietoisuutta, epävarmuutta ja kädetöntä oloa
- Voiton tunnetta onnistumisesta, kun työkalu käytössä
- Halua laittaa asiakas eteenpäin (Oksman, 2015/c).

Kolmannen pisteen tuotos (samat kahdeksan hengen ryhmät):

Mitä keinoja on käytössä paljon palveluita käyttävien asiakkaitten kanssa?

- Työnohjaus
- Pelisäännöt
- Palveluohjaus
- Varataan aikaa kartoitus- ja kontrollikäynneille

- Kuntoutustyöryhmä
- Ennakoiva vastaanotto
- Huumorin hyödyntäminen
- Verkostotoiminnan allokoiminen riittävän pitkälle
- Tiimitapaamiset asiakkaan kanssa
- Jatkokolku suunnitellaan palvelun jälkeen
- Ennaltaehkäisy
- Verkostotapaamiset (Oksman, 2015/c).

Toisen työkalupajan jatkuessa tuotettiin jo kriteerejä, joilla pystytään tunnistamaan paljon palveluita käyttäviä asiakkaita. Käytettiin brainstorming-menetelmää (aivo-riihi), joka on luovan ongelman ratkaisun menetelmä. Brainstorming- menetelmää hyödyntäen jokainen mietti itsekseen tilannetta, jolloin omassa organisaatiossa aloittaa uusi työntekijä.

Mietittiin kolmea tärkeintä kriteeriä, joilla voidaan tunnistaa paljon palveluita käyttäviä asiakkaita. Kolme kriteeriä esiteltiin pareille ja perusteltiin, miksi valitut kriteerit ovat tärkeitä. Parit valitsivat yhdessä kaksi parasta tunnistamiskriteeriä ja perustelivat valintansa. Työskentelyä jatkettiin, parit valitsivat itselleen toisen parin ja esittivät omat kriteerinsä toiselle parille. Lopuksi jokainen neljän hengen ryhmä päätti kaksi parasta kriteeriä perustelluineen. Kaikki ryhmät esittivät koko hanketyöryhmälle omat kaksi perusteltua tunnistamisen kriteeriä.

Brainstorming-vaiheesta nousi seuraavat alustavat tunnistamiskriteerit:

- Huomio käyntimääriin kuukauden sisällä
- Riippuvuuskäyttäytyminen (päihde- ja palveluriippuvuus)
- Paljon käyntejä "ilman selvää ongelmaa"
- Monta erikoisalanäkymää (paljon merkintöjä kertomuksissa)
- Käyntien syyllä ei löydy selitystä (epämääräisiä)
- Moniongelmaisuus
- Suunnittelemattomat käynnit
- Epämääräiset, toistuvat käyntisyyt
- Asiakkaan kertoma selvitys tilanteesta ja tarve yhteistyölle
- Käyntimäärät ja syyt, onko ennalta määrättyjä vai hakeutuuko asia-kas toistuvasti eri syillä
- "Hälytysoireet" / mitä ovat hälytysmerkit
- Suunniteltujen käyntien runsas määrä
- Terveystila?
- Asiakas ahdistaa ja ärsyttää, kokemus riittämättömyydestä
- Käyttää sosiaali- tai terveydenhuollon päivystyspalveluita
- Noussut huoli (Oksman, 2015/c).

parempi
arki

Näiden tekijöiden avulla voit tunnistaa asiakkaita, jotka hyötyisivät sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyöstä



- 1. Asiakkaan tilanteesta herää huoli ja/tai riittämättömyyden tunne*
- 2. Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi*
- 3. Epämääräisten syiden vuoksi toistuvia ja/tai suunnittelemattomia käyntejä ja yhteydenottoja*
- 4. Toistuvasti peruuttamattomia aikoja*
- 5. Epäily riippuvuuskäyttäytymisestä*

LIITE 12 (1- 2)

Kolmannen tunnistamistyökalupajan hanketyöryhmien tuotokset

Kolmannessa työkalupajassa selvitettiin, kuinka tunnistamistyökalun pilottiversio eli tunnistamistyökalu yleinen (s. 35) toimii käytännön työssä. Kolmannen työkalupajan alussa käytettiin jälleen learning cafe-menetelmää. Osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään ja ryhmät kävivät läpi organisaatioissa täytettyjä arviointilomakkeita.

Parempi Arki hankkeen tunnistamistyökalu /kriteerit 1-5

1. Asiakkaan tilanteesta herää huoli ja / tai riittämättömyyden tunne
2. Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi
3. Epämääräisten syiden takia toistuvia ja / tai suunnittelemattomia käyntejä ja yhteydenottoja
4. Toistuvasti peruuttamattomia aikoja
5. Epäily riippuvuuskäyttäytymisestä.(Oksman 2015/e.)

Arviointilomakkeissa oli kolme kysymystä, joihin saatiin seuraavat vastaukset:

Tunnistamiskriteerit herätteinä käytännön tilanteissa:

- Perusterveydenhuollossa kaikilla viidellä kriteerillä voidaan tunnistaa palveluiden suurkuluttajia, sellaisia, joilla perussairaus on epätasapainossa tai joilla asioita pitäisi selvittää.
- Perusterveydenhuollossa kriteeri 1 eli herää huoli asiakkaasta, mutta entä sitten? Toisaalta taas nousi ajatus, että kaikki kriteerit toimivat perusterveydenhuollossa taustalla ajattelussa, mutta eivät työkaluna.
- Erikoissairaanhoidon lähete-poliklinikalla ei tunnistaminen onnistu näiden kriteerien avulla, koska asiakkaasta näkyy vain rajattu tieto
- Erikoissairaanhoidossa näkyy kriteeri 4 eli toistuvat peruuttamattomat käynnit, toisaalta nähtiin, että kaikki kriteerit ovat hyviä herätteitä (erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ei kuitenkaan nähdä kriteeriä 4)
- Erikoissairaanhoidossa asiakkailla paljon sairauksia, vaikea poimia asiakkaita näillä kriteereillä, toisaalta erikoissairaanhoidossa kriteeri 3 toimii herätteenä /aina sama asia ja asiakas
- Sosiaalipuolella kriteerit 2, 4 ja 5 toimivat kriteereinä asiakassuunnitelmaa tehtäessä jää huoli, että asiakkaalla taustalla terveysongelmia, toisaalta sosiaalipuolella kaikki kriteerit voivat toimia kriteereinä, vaikka ei olisi hoitontähtä käyttä
- Päihdehuollossa näkyy kriteeri 4 eli toistuvat peruuttamattomat ajat
- Vanhuspalveluissa ja terveyskeskusten vuodeosastolla näkyvät kriteerit 2 ja 3
- Perusterveydenhuollossa eniten kriteerillä 3 hakeutuvia asiakkaita, syyt hoitoon hakeutumiselle vaihtelevat
- Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnassa kaikki kriteerit toimivat. Voidaan esim. varata pidempi aika hoitajalle (yli 15 min.). Kriteeri 3 nousee esiin puhe- luissa.
- 4/5 toteutui, mutta toimivatko enemmän terveydenhuollossa?
- 4/5 toteutui kaikilla asiakkailla
- Kriteeri 3 ei toimi sosiaalipuolella, koska asiakas tulee aina ajanvarauksella
- Kriteerit 1, 2, 3, 5 toimivat herätteinä, jos toimitaan ilman ajanvarausta

- Avosairaanhoidossa kaikki kriteerit toimivat herätteinä. Kriteeri 4 korostuu, koska toistuvasti peruuttamaton aika näkyy teksteissä
- Ensiavussa, aikuispsykiatriassa ja A-klinikalla näkyvät kriteerit 2, 3 ja 5
- Kriteerit toimivat herätteinä, mutta miten toimitaan jatkossa? (Oksman, E. 2015/d)

Tunnistamiskriteerien käyttökelpoisuus:

- Erikoissairaanhoidossa kriteeri 3, koska päivystyksessä on suuri määrä epämääräisiä käyntejä. Lisäksi korostuvat kriteerit 1 ja 5 sekä tulee tunne, että hoidetaan erikoissairaahoitoon kuulumattomia asiakkaita, eikä ole aikaa asiakkaan asiaa. Asiakkaan ongelma on "outo". Valvontatyössä korostuu kriteeri 5.
- Vanhuspalveluissa toimii parhaiten kriteerit 2 ja 3, koska asiakkaan ongelmaan vaikea päästä käsiksi (esim. muisti-sairaus)
- Perusterveydenhuollossa kriteerit 1 ja 2 korostuvat, jolloin tarvitaan keinoja ja yhteistyötä sos.- ja terv.huollon välillä. Neuvolassa kriteerit 1 ja 2 esim. työttömällä asiakkaalla, kun työntekijällä herää huoli eikä löydy selitystä.
- Sosiaalipuolella korostuu kriteeri 2, lisäksi kriteeri 5 ja ensimmäisellä käyntikerällä ei ongelmaan päästä käsiksi, koska asiakassuhde vasta kehittymässä
- Avosairaanhoidossa korostuvat kriteerit 3 ja 4 / asiakkailla on paljon päivystyksen käyttöä
- Psykiatrian puolella ja A-klinikalla korostuu kriteeri 3. Päihdepuolella ensimmäinen kontakti ratkaisee, syntykö luottamus (Oksman, E. 2015/d).

Tunnistamistyökalun kehittämistarpeet ja fyysinen käytännöllisyys:

- Työkalun tulisi olla konkreettisempi, että toimisi kiiretilanteissa
- Asia ei auennut työyhteisössä
- Työyksiköt ja alueen kunnat ovat erikokoisia, työkalun pitäisi toimia silti
- Sos.- ja terveydenhuollossa ymmärretään kriteerit eri tavalla
- Työkalun kriteerit ovat tuttuja asioita, mutta siltikään yhteistyö ei toimi
- Työkalun kriteerit liian tulkinnanvaraisia ja ympäripyöreitä, vaativat tarkennusta, jakoa pienempiin osiin. Näin kriteerit jäävät liian yleispäteviksi.
- Sosiaalityöhön kaivattaisiin jotain muuta, koska ongelmat eivät ole yksiselitteisiä
- Työkalun tulisi olla sähköisessä muodossa, jotta se tavoittaa kaikki
- Tunnistamiskriteerit tietokantaan, jolloin paljon palveluita käyttävälle asiakkaalle lähtisi automaattisesti kirje, jossa tarjottaisiin palvelua
- Tunnistamistyökalun pitäisi olla sellainen, että sitä ei pysty ohittamaan
- Työkalun tulisi olla fyysisesti laajemmassa käytössä, esim. poliisi ja muut viranomaiset
- Työkalulla tunnistetaan, entä toiminta sen jälkeen?
- Tarkemmat kriteerit tarvittaisiin
- Omaisten osuus puuttuu
- Miten saada tunnistamistyökalu toimimaan palveluita tarvitsevien priorisoinnissa?
- Yhteiset pelisäännöt ja koulutusta tarvitaan
- Työntekijät tulee olla veloitettuja käyttämään esim. tarkistuslistana
- Muiden olemassa olevien työkalujen yhdistäminen?
- Työkalun tulisi auttaa asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnissa, tukemisessa sekä jatkosuunnitelman teossa
- Työkalu vaatisi yhden palveluohjauspisteen monikanavaisen neuvonnan onnistumiseksi
- Työkalun tulee olla nopea ja selkeä. Tunnistamista seuraavat toiminnot pitää olla selkeästi kuvattu (Oksman, E. 2015/d).