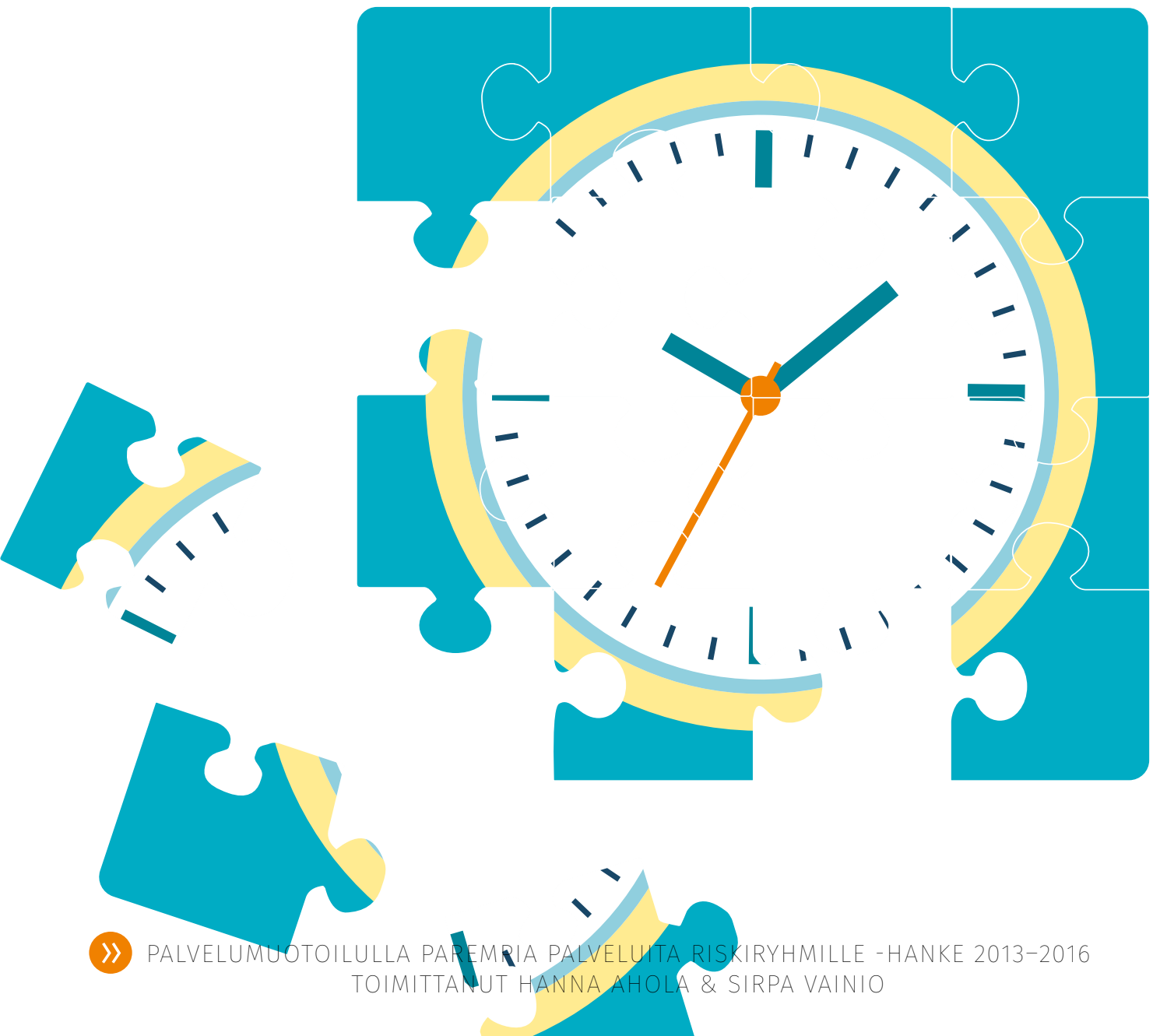


>> MITEN VASTAAMME PAREMMIN RISKIRYHMIEN PALVELUTARPEESEEN?
OIKEITA PALVELUITA OIKEAAN AIKAAN



>> PALVELUMUOTOILULLA PAREMPIA PALVELUITA RISKIRYHMILLE -HANKE 2013–2016
TOIMITTANUT HANNA AHOLA & SIRPA VAINIO



» SALO, RAUMA,
SATAKUNNAN
SAIRAANHOITOPUOLI

» PORI, SALO

» TURKU,
VARSINAIS-SUOMEN
AIKUISKASTE

» TURKU, PORI

OIKEITA PALVELUITA OIKEAAN AIKAAN

» MITEN VASTAAMME PAREMMIN RISKIRYHMIEN PALVELUTARPEESEEN?

TOIMITTANUT Hanna Ahola & Sirpa Vainio

JULKAISIJA Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke 2013–2016 (PPPR)

RAHOITTAJA Sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelma ja hankekunnat

VALOKUVAT Turun kaupungin hyvinvointitoimiala ja Heli Kuusisto (Rauman kuvat)

TAITTO JA VINKKISIVUT Piia Vuorinen

SISÄLLYS

HEI LUKIJA	4
NÄIN LUET KIRJAA	5
PALVELUMUOTOILULLA PAREMPIA PALVELUITA RISKIRYHMILLE -HANKE 2013–2016	8
OIKEA-AIKAISTA JA MONIPUOLISTA TUKEA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJILLE	16
OIKEIN MITOITETTUA ASUMISEN TUKEA OIKEAAN AIKAAN	18
KOHTI KOTONA ASUMISTA	20
TOIMIVA KOTIUTUMINEN	25
MONIPUOLISTA SOSIAALISTA KUNTOUTUSTA MERITUULESSA	31
AVAINASIAKKAAT TERVEYDENHUOLLOSSA	38
PALVELUIDEN SUURKÄYTTÖ TERVEYDENHUOLLON HAASTEENA	40
AVAINASIAKKAILLE KOKONAISVALTAISTA HOITOA TUKEA HYVINVOINTIIN ASIAKASVASTAAVALTA	42 48
YHTEISTYÖLLÄ LAADUKKAAMPAA PERUSTASON MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖTÄ	56
MONIAMMATILLISTA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖTÄ	58
MONIAMMATILLINEN TIIMI ASIAKKAAN TUKENA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN HOITO	60
PÄIVYSTYKSESSÄ	68
SOSIAALITYÖ ASIAKKAAN RINNALLA	70
ASIAKASLÄHTÖINEN PALVELUPROSESSI	73
KOKEMUSASIAANTUNTIJUUDESTA JA RYHMÄTOIMINNASTA MONIPUOLISUUTTA PALVELUVALIKKOOK	80
KOKEMUSASIAANTUNTIJA JA AMMATTILAINEN TYÖPARINA	82
RYHMÄTOIMINNASTA TUKEA HYVINVOINTIIN OMAISEN TARINA	86 90
MITEN ONNISTUIMME?	92
KIRJALLISUUS	102

HEI LUKIJA,

Miten vastaamme paremmin riskiryhmien palvelutarpeeseen? Miten voimme toteuttaa palveluita entistä asiakaslähtöisemmin? Tässä julkaisussa esittelemme Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hankkeen (PPPR) kehittämistyötä, havaintoja ja tuotoksia. Hanke on toiminut Varsinais-Suomen ja Satakunnan alueella vuosina 2013–2016, ja hankkeessa on luotu sosiaali- ja terveydenhuoltoon erilaisia toiminta- ja palvelumalleja paljon palveluita käyttäville riskiryhmille. Kehittämistyötä ohjaavia periaatteita ovat olleet asiakaslähtöisyys, monitoimisuus, monialaisuus, osallisuus ja vaikuttavuus. Julkaisun nimen mukaisesti olemme halunneet kehittää palveluja, jotka vastaavat paremmin kohderyhmän todelliseen avun- ja tuen tarpeeseen, ja jotka toimivat oikea-aikaisesti ja joustavasti.

Toivomme, että saat julkaisusta vinkkejä toiminnan toteuttamiseen ja kehittämistyöhön. Julkaisu painottuu hankkeessa kehitettyihin ratkaisuihin ja käytännön työhön. Lisäksi haluamme tuoda esille kehittämistyössä tekemiämme havaintoja ja haasteita, jotta julkaisusta olisi mahdollisimman paljon hyötyä lukijalle. Haluamme painottaa sitä, että tämä julkaisu on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kirjoittama ja tekstissä tuomme esiin asioita, mitä olemme itse ammattilaisina oppineet käsillä olevasta haasteesta, asiakaslähtöisestä kehittämisestä ja palveluiden järjestämisestä.

Kehittämistyötä emme ole tehneet yksin. Haluammekin kiittää kaikkia hanketyöntekijöitä, kaupunkien toimijoita, yhdistyksiä, järjestöjä sekä tietenkin mukana olleita asiakkaita sekä kokemusasiantuntijoita, jotka ovat olleet mukana suunnittelussa, kehittämisessä sekä työn toteuttamisessa. Panoksenne on ollut merkittävä.

Lukuiloa,

PPPR-hanketiimi

PS. Tässä julkaisussa käytämme Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hankkeesta lyhennettä PPPR. Vuosina 2013–2015 toteutettiin hankkeen ykkösvaihe ja vuosina 2015–2016 hankkeen kakkosvaihe. Julkaisu koskee molemmissa hankkeissa tekemäämme kehittämistyötä. Käytämme julkaisussa lyhennettä PPPR tarkoittamaan myös PPPRII-hanketta.

NÄIN LUET KIRJAA

» NELJÄ TEEMAA

Julkaisu on jaettu neljään pääteemaan. Ensimmäinen koskettaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien palveluiden kehittämistyötä. Osiossa kuvataan Satakunnan sairaanhoitopiirin, Salon sekä Rauman kehittämissosioiden lähtökohtia ja kehitettyjä toimintamalleja. Keskeisinä asioina ovat mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut, tuen tarpeen arviointi, kotiutus, monialainen yhteistyö sekä sosiaalinen kuntoutus. Toinen pääteema käsittelee terveyspalveluiden suurkäyttäjien ja riskiasiakkaiden terveyspalveluihin liittyvää kehittämistyötä, jota on tehty Porin ja Salon kehittämissosioissa. Keskeisinä asioina ovat kokonaisvaltainen hoito, asiakasvastaavamalli sekä palveluohjaus. Kolmas pääteema koskettaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja luvussa kuvataan Turun ja Varsinais-Suomen Aikuiskaste -kuntien kehittämissosioiden lähtökohtia ja kehitettyjä toimintamalleja. Keskeisinä asioina ovat moniammatillinen mielenterveys- ja päihdetyö ja sosiaalityön rooli moniongelmaisen asiakkaan palvelukokonaisuudessa. Neljäs pääteema koskettaa kokemusasiantuntijuutta ja ryhmätoimintaa ja niiden hyödyntämistä palveluvalikon monipuolistamisessa.

» KOLME ASIAKASTARINAA

Lukujen alussa kerromme lyhyen asiakastarinan. Tarinoiden tarkoituksena on johdattaa lukija kehittämistyömme lähtökohtiin. Nämä tarinat on koottu useamman eri henkilön todellisista palvelukokemuksista ja elämäntilanteista, joita kehittämistyön aikana hanketyöntekijät ovat kohdanneet. Tarinat kertovat henkilöistä, joita on eri tavoin koskettanut sairastuminen, ulkopuolisuus, riippuvuudet, yksinäisyys, osattomuus ja keinottomuus. Yhteistä heille on, että he ovat tarvinneet paljon apua julkisilta sosiaali- ja terveyspalveluilta, mutta eivät ole saaneet kokonaisvaltaista apua ongelmiinsa. Yksityiskohtia on kuitenkin muutettu siten, että tarina ei koske ketään yksittäistä ihmistä, eikä sitä voi kehenkään yhdistää. Tarina voi kuitenkin tuntua lukijasta tutulta: kohtaamme vastaavissa tilanteissa olevia ihmisiä työssämme, vapaaehtoistoiminnassa, arkielämässämme ja lähipiirissämme. Lisäksi julkaisun loppuosassa (s. 90–91) kerromme omaisen tarinan, sillä kun omainen tai läheinen sairastuu psyykkisesti tai kärsii päihdeongelmasta, vaikuttaa se monella tapaa myös lähipiiriin hyvinvointiin ja maailmaan.

» 11 VINKKISIVUA

Olemme koonneet kehittämämme toimintamallit ja työkalut vinkkisivuiksi. Vinkkisivujen tarkoituksena on kertoa tiiviissä muodossa kehitetyn toimintamallin tavoitteesta ja toteutuksesta. Lisäksi kerromme vinkkisivuilla, mitä toimintamallin käyttöönotto vaatii ja kuvaamme, mitä olemme itse oppineet kehittämistyöstä. Näin sinun on entistä helpompi ottaa vinkkiä kehittämistämme toimintamalleista ja työkaluista omaan työhösi. Lisätietoa löydät Innokylästä, www.innokyla.fi.

” Sillon on toimittava heti kun se lamppu syttyy, ei sillon jaksa mihinkään pyöritykseen lähteä.

Kun ei saa kunnon hoitoa, se heijastuu kaikkeen muuhunki elämään.

Ihmetytti joskus kun join, että miks terveyskeskuslääkäri ei sanonu mitään.

” Että joku ottais tosissaan ja kuuntelis.

Että ottaa taakkaa kannettavakseen. Ei siinä tarvita muuta kuin ”anna mä selvitän” ja ”mä soitan sulle takaisin”.



Palveluverkosto on niin suuri viidakko, että asiakkaat ovat välillä itsekkin pihalla.

Kolme eri viranomaista nyhrää omissa nurkissaan. Kuinka helppoa olisi, että tehtäisiin yhteistyötä. Jos ei tehdä, tämä kaupunki hukkuu näihin ongelmiin.

” On ihan järjetöntä, että meillä on täällä nelisivuinen asiakassuunnitelma ja sitten muualla tehdään ihan samanlainen.

” Suurimmat haasteet liittyvät asiakkaiden monenlaisiin sosiaalisiin ongelmiin, jotka ovat kaiken taustalla.





PALVELUMUOTOILULLA PAREMPIA PALVELUITA RISKIRYHMILLE -HANKE 2013–2016

PALVELUMUOTOILULLA parempia palveluita riskiryhmille -hankkeessa kehitetään sosiaali- ja terveyspalveluita vastaamaan paremmin riskiryhmien ja palveluiden suurkäyttäjien tarpeita. Tavoitteena on kehittää palveluprosesseista entistä sujuvampia ja asiakaslähtöisempiä. Hanke on osa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämissuunnitelmaa eli Kaste-ohjelmaa ja toimii Varsinais-Suomen ja Satakunnan alueella.

Ensimmäinen hanke on toteutettu ajalla 1.4.2013–31.10.2015. Jatkohanke alkoi 1.11.2015 ja se jatkuu vuoden 2016 loppuun saakka. Kyseessä on kaksi erillistä hanketta, mutta käytännössä lähtökohdat ovat samat. PPPRII-hankkeen tarkoituksena on levittää ja juurruttaa ensimmäisen hankkeen kehittämiä palvelu- ja toimintamalleja.

Hanke kattaa maantieteellisesti ja väestöpohjallisesti merkittävän osan Länsi-Suomen Kaste-alueesta. Hanke jakautuu kuuteen itsenäiseen alueelliseen kehittämissosiointiin. Alueelliset kehittämissosiointit ovat Turku, Pori, Rauma, Salo, Satakunnan sairaanhoitopiiri ja Raisio koordinoima Varsinais-Suomen Aikuiskaste -kehittämissosio. Aikuiskaste-osiossa ovat olleet mukana Mynämäki, Nousiainen, Masku, Lieto, Tarvasjoki, Marttila, Koski, Uusikaupunki, Laitila, Vehmaa, Kustavi, Taivassalo, Pyhäranta, Naantali, Raisio, Rusko, Paimio, Pöytyä, Sauvo ja Somero.

HANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

Hankkeen lähtökohdaksi oli havainto siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessit eivät vastaa palveluita paljon käyttävien asiakkaiden ja vaikeimmassa asemassa olevien riskiryhmien tarpeisiin. Palveluiden käyttö painottuu voimakkaasti pienelle osalle väestöstä ja vastaavasti pieni osa väestöstä aiheuttaa valtaosan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksis-

ta. Hankkeen tavoitteena on sujuvoittaa paljon palveluita tarvitsevien riskiryhmien hoito- ja palveluketjuja ja siirtää palveluiden painopistettä erityistason palveluista perustason sosiaali- ja terveyspalveluihin. Lähtöajatuksena on, että lisäämällä asiakaslähtöisyyttä, organisaatorajat ylittävää monitoimijasta yhteistyötä ja palvelujen koordinoimista, kohderyhmän sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuutta ja tehokkuutta voidaan parantaa.

KOHDERYHMÄ

Hankkeen kohderyhmänä ovat paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asiakkaat, palveluiden suurkäyttäjät sekä riskiryhmät, erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaat. Palveluiden pitkäaikaisella suurenkäytöllä on tunnistettu olevan yhteys yksilöllisiin terveys- ja elämäntapatekijöihin sekä palvelukokemukseen. Toisaalta jatkuva ja runsas palvelujen käyttö herättää kysymyksen siitä, olemmeko vastanneet asiakkaan avun tarpeeseen oikein ja oikeilla keinoilla.

Ilmiönä palveluiden suurenkäytön voidaan katsoa liittyvän sekä palveluiden järjestämiseen liittyviin ongelma-kohtiin että yksilöllisiin tekijöihin. Hankkeen aikana tunnistetut, palveluiden suurenkäyttöön kytkeytyvät riskit liittyvät muun muassa henkilön arkipäijäytymiseen, moniongelmaisuuksiin ja monisairauteen, kokemukseen omasta pystyvyydestä sekä pitkäaikaissairauteen ja oireiden hallintaan.

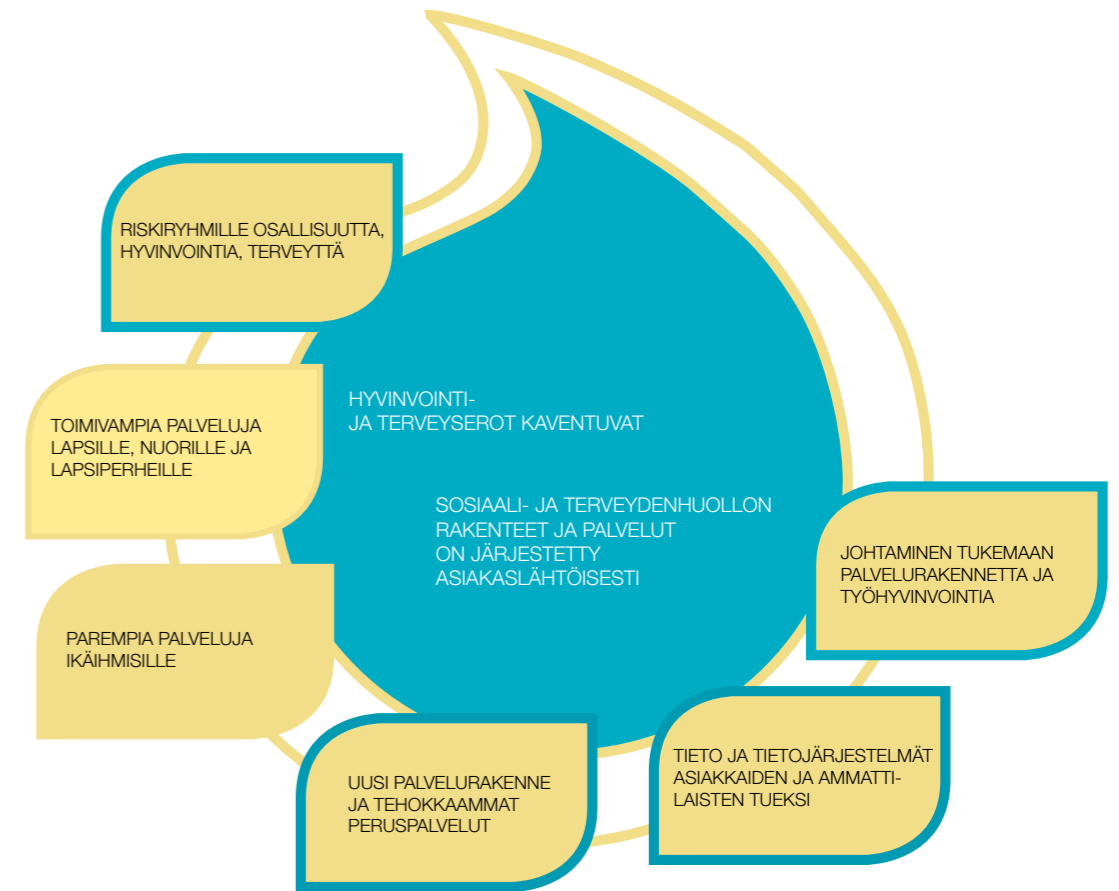
Kohderyhmien rajaaminen vaihtelee jonkin verran kehittämissosiointien välillä, jotta on voitu vastata paikallisiin kehittämissosiointien tarpeisiin. Kokonaishankkeen näkökulmasta kohderyhmälle kuvaavaa on se, että he ovat usein moniongelmaisia ja monien eri toimijain palvelujen tarpeessa.



PPPR-HANKKEEN TAVOITTEET

- » LUODAAN asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveyspalveluja hankkeen kohderyhmille palvelumuotoilun ja johtamisen keinoin.
- » KEHITETÄÄN sosiaali- ja terveyshuollon palveluja paljon käyttävien ja riskiryhmien palvelujen johtamismalleja ja palvelujen kehittämisen käytäntöjä (mukaan lukien palvelumuotoilun eri menetelmät).
- » LUODAAN edellytyksiä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmiä.
- » KEHITETÄÄN paljon palveluita käyttävien riskiryhmien sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluprosesseja asiakaslähtöisemmiksi, paremmin asiakkaiden tarpeisiin vastaaviksi ja kustannustehokkaammiksi.
- » KEHITETÄÄN monialaista johtamista palveluprosessin eri tasoilla. Suunnitellaan uusien, hankkeen aikana juurrutettavien toimintojen johtamismalli palvelemaan asiakaslähtöistä ja monialaista toimintakokonaisuutta.
- » LISÄTÄÄN edellytyksiä kehittää ja hyödyntää potilas- ja asiakastietojärjestelmiä.
- » PARANNETAAN palveluiden laatua ja vaikuttavuutta.
- » ODOTETUT VAIKUTUKSET: sosiaali- ja terveyspalvelut kohdistuvat paremmin niitä tarvitseville. Hoidon ja palveluiden oikea-aikaisuus paranee, ennaltaehkäisy tehostuu. Syrjäytyminen vähenee, riskiryhmien osallisuus lisääntyy. Asiakkaiden kokemana hyöty käyttämisestään palveluista paranee. Palveluiden kustannustehokkuus ja -vaikuttavuus lisääntyvät. Henkilöstön osaaminen kasvaa, riskiryhmiä koskeva tietoisuus lisääntyy. Potilas- ja asiakastietojärjestelmät palvelevat paremmin käyttäjää ja asiakkaita, hallinta ja käytettävyys paranevat.

- » SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI. Mielen terveystoimijat, paljon palveluita käyttävät psykiatrian potilaat ja heidän läheisensä, erityisesti psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutuvat potilaat.
 - » RAUMA. Aikuisikäiset mielen terveystoimijat, laitos- ja palveluasumisesta kotiutettavat sekä muut sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat henkilöt.
 - » SALO. Paljon palveluita käyttävät terveysasemien asiakkaat, erityisesti mielen terveystoimijat ja päihdeasiakkaat. Mielen terveystoimijat, jotka ovat asumispalveluiden piirissä tai jotka ovat siirtymässä laitoshoidosta asumispalveluihin.
 - » PORI. Paljon palveluita käyttävät terveysaseman asiakkaat, erityinen huomio on ikäryhmissä, monisairaus ja mielen terveystoimista kärsivissä sekä somatisoivissa potilaissa.
 - » TURKU. Aikuiset mielen terveystoimijat ja päihdeasiakkaat, joilla on paljon palveluiden käyttöä tai ovat monen eri toimijan palveluiden tarpeessa. Erityistä huomiota kiinnitetään kaksoisdiagnoosipotilaisiin ja asiakkaisiin, joilla on samanaikaisesti runsasta terveydenhuollon tuen tarvetta sekä sosiaalihuollon tuen tarvetta.
 - » AIKUISKASTE. Päihde- ja mielen terveystoimijain sekä sosiaalityötä ja sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat henkilöt. Erityistä huomiota kiinnitetään pitkäaikaistyöttömiin ja pitkäaikaisiin toimeentulotukiasiakkaisiin sekä nuorten aikuisten palvelutarpeisiin ja palveluihin.
-
- » Turussa selvitettiin vuonna 2012 laaja-alaisesti julkisen terveydenhuollon potilasvirtoja. Analyysissä pyrittiin tarkastelemaan asiakkaiden liikkumista eri palveluiden välillä sekä tunnistamaan kustannuksia aiheuttavia toiminnallisia pullonkaloja.
 - » Palvelujen käyttö painottuu voimakkaasti. Neljänneksellä turkulaisista on ollut yli 20 kontaktia vuodessa.
 - » Potilasvirtoja ei tällä hetkellä pystytä ohjaamaan systemaattisesti, vaan ne muodostuvat vahvasti potilaan oman toiminnan perusteella.
 - » Terveyspalveluiden suurkuluttajilla on useita diagnooseja. Eniten palveluita käyttävillä 200 henkilöllä on diagnooseja keskimäärin neljästä eri diagnoosiryhmästä.
 - » Kevyemmät hoito- ja palvelumuodot eivät välttämättä ole lisänneet tuottavuutta tai kustannustehokkuutta.
 - » Potilasvirtoihin liittyvien reaaliaikaisten tietojen hyödyntäminen on toiminnan suunnittelussa ja ennakoinnissa tällä hetkellä haastavaa.
 - » Terveyspalveluiden asiakkaista 1–2,5 % (alueesta riippuva vaihtelu) on ollut samanaikaisesti mielen terveystoimija- ja päihdehoitoa, toimeentulotuen asiakkuus, minkä lisäksi henkilö käyttää paljon perusterveydenhuollon palveluita.



KYTKÖKSET VALTAKUNNALLISEEN KEHITTÄMISTYÖHÖN

PPPR-hanke toteutetaan osana sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa Kaste-ohjelmaa. Kaste-ohjelma oli vuonna 2012–2015 sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämissuunnitelma, jossa luotiin, arvioitiin, levitettiin ja juurrutettiin uusia hyviä käytäntöjä. Ohjelmalla pyrittiin vastaamaan kansalaisten ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden esiin nostamiin uudistustarpeisiin.

Kaste-ohjelman tavoitteena oli kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakaslähtöisesti. Lisäksi tavoitteena oli ottaa eri tahoilla käyttöön vaikuttavia menetelmiä mielen terveystoimija- ja päihdeongelmien varhaiseksi tunnistamiseksi sekä hoidon ja tuen tarjoamiseksi yhteistyössä järjestöjen kanssa. PPPR-hanke edisti ohjelman neljää osaohjelmaa (kuviossa turkoosireunaiset osiot).

PPPR-hanke on osa mielen terveystoimija- ja päihdehoitoa Kaste-hankkeiden kokonaisuutta. Kyseessä on laajat, alueelliset mielen terveystoimija- ja päihdehoitoa kehittämissuunnitelmat, jotka ovat toimineet kaikilla Kaste-hankealueilla. Mielen terveystoimija- ja päihdehoitoa Kaste-hankkeet ovat olleet tärkeä kanava kansallisen mielen terveystoimija- ja päihdesuunnitelman (Mieli-ohjelma 2009–2015) toteuttamisessa. Kansallisella mielen terveystoimija- ja päihdesuunnitelmallla pyritään vahvistamaan mielen terveystoimija- ja päihdeasiakkaan asemaa, edistämään mielen terveyttä ja päihdeettömyyttä ja ehkäisemään haittoja, painottamaan avo- ja peruspalveluja sekä vahvistamaan palvelujen ohjauskeinoja.

Yhteys Kaste-ohjelmaan on kaksisuuntainen: Mielen terveystoimija- ja päihdesuunnitelma on ollut hankkeiden toteuttamisessa työväline ja valtakunnallinen linjaus, johon on voitu tukeutua ja toisaalta Kaste-ohjelma on tarjonnut Mieli-suunnitelman toimeenpanoon rahoituskanavan.

JÄRJESTÖYHTEISTYÖ

Järjestöyhteistyö on ollut hankkeessa merkittävässä roolissa. Yhteistyötä on tehty niin valtakunnallisten kuin alueellisten päihde- ja mielenterveysjärjestöjen kanssa niin asiakastyössä, kokemusasiantuntijatoiminnassa kuin palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessäkin.

Rauman kehittämissosiossa on tehty koulutukseen ja asiantuntijuuteen liittyvää järjestöyhteistyötä. Hankkeen projektiryhmässä on ollut mukana alueen mielenterveys- ja päihdejärjestöjen edustajia. Kokemusasiantuntija on mukana ryhmätoiminnossa ja virkistystoiminnassa. Toimintakeskus Merituulen tilat ovat iltaisin järjestöjen käytössä, minkä lisäksi seurakunnan kanssa on tehty tilojen käyttöön liittyvää yhteistyötä. Hanke on järjestänyt yhteistyössä Rauman Seudun Mielenterveysseuran kanssa mielenterveyden ensiapukursseja. Lisäksi on järjestetty yhteisiä toimintapäiviä Rauman Seudun Katulähettyksen kanssa. Lisäksi on tehty tiivistä käytännön yhteistyötä Friskituulen kanssa. Rauman Marttayhdistys on käynyt ohjaamassa käsi-työryhmää ja keskustelemassa asiakkaiden kanssa. Rauman seudun työttömät vastaavat Merituulen lounasruokailusta ja lisäksi on tehty tilayhteistyötä. Yhteistyötä on tehty myös FinFami Satakunnan kanssa.

Turun kehittämissosiossa alueen mielenterveys- ja päihdejärjestöt ovat olleet mukana hankkeen kehittämisteimeissä ja lisäksi hankkeen toimesta on koottu järjestö- ja kokemusasiantuntijatoiminta-foorumi, mikä on kokoontunut säännöllisesti hankkeen aikana ja suunnitellut kokemusasiantuntijatoimintaa. Foorumissa on ollut mukana A-kilta, Mielenterveysyhdistys Iitu, Turun Sininauha, Mielenterveyden keskusliiton neuvontapiste Propelli, FinFami Turku ja Tiety ry. FinFamin kanssa on tehty tilayhteistyötä ja käytännön yhteistyötä, muun muassa vertaistuellista omaisneuvontaa. Hankkeen työntekijät ovat osallistuneet Varsinais-Suomen Sininauhaliiton kokemusasiantuntijoiden kouluttamiseen. Lisäksi on tehty runsaasti kahdenvälistä yhteistyötä ja viestinnällistä yhteistyötä alueen mielenterveys- ja päihdejärjestöjen kanssa. Järjestöt ovat voineet ohjata asiakkaita hankkeen pilottiin. Hankkeen alkuvaiheessa on yhteistyössä Turun AMK:n sosionomiopiskelijoiden kanssa kerätty asiakastietoa jalkautumalla alueen mielenterveys- ja päihdejärjestöihin.

Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämissosiossa alueen mielenterveys- ja päihdejärjestöjen edustajia on ollut mukana hankkeen projektiryhmässä. Yhteistyötä on tehty muun muassa FinFamin ja Rauman seudun katulähettyksen kanssa. Järjestöyhteistyön avulla kehitettiin uusi Mielen S3KTori – Asiantuntevaa tukea järjestöistä -messutapahtuma, joka tulee toteutumaan Harjavallan sairaalassa jatkossa vuosittain. Se on osa järjestöjen ja sairaalan tiiviimpää yhteistyötä, josta on sovittu toimijoiden kesken. Lisäksi järjestöyhteistyötä kehitettiin yhdessä Pois Syrjästä – ja yhteisvoimin Kotona -hankkeiden kanssa järjestämällä Satakunnan keskussairaalassa Mitä hyötyä potilasjärjestöistä on sinulle ja potilaillesi? Korvaamaton

kolmas sektori julkisen terveydenhuollon kumppanina -tapahtuma.

Salon kehittämissosiossa on tehty tutustumiskäyntejä alueen järjestöihin. Järjestöt ovat olleet mukana hankkeen järjestämissä mielenterveys- ja päihdetyön yhteistyöiltapäivässä, joka tarjosi työntekijöille mahdollisuuden verkostoitua kolmannen sektorin kanssa. Järjestöt esittelivät tilaisuudessa omaa toimintaansa.

Porin kehittämissosiossa puolestaan tehtiin yhteistyötä järjestöjen kanssa Hyvinvoinnin aakkoset -kurssin toteutuksessa. Kurssin sisältö suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä järjestöjen sekä kansalaisopiston kanssa, jotta hyvinvoinnin eri osa-alueet tulivat huomioitua.

Kehittämissosioiden järjestöyhteistyötä kuvataan tarkemmin kehittämissosioiden tuotoksia kuvaavissa luvuissa.

” Järjestöt ovat olleet hankkeessa aktiivisia toimijoita niin asiantuntijoina kuin koulutusten järjestäjinä.

- projektipäällikkö Sirpa Vainio

” Järjestöillä on tarjolla hyviä palveluita, mutta ne pitäisi jotenkin paremmin kietoa yhteen myös peruspalveluiden kanssa. Ettei käy niin, että jokainen tekee omaa juttuaan yksin.

- terveydenhuollon ammattilainen



TURUSSA JÄRJESTÖYHTEISTYÖTÄ ON TEHTY KOKEMUSASiantuntijatoiminnassa.



PALVELUMUOTOILULLA on tavoiteltu uudenlaista näkökulmaa sote-palveluiden laajalti tunnistettuihin haasteisiin ja uudistustarpeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tarvetta samanaikaisesti tehostaa toimintaa lisäämällä palveluiden vaikuttavuutta ja tehostamalla resurssien käyttöä sekä vähentää asiakkaiden määrää ennaltaehkäisevään työhön panostamalla. Haasteiden taustalla on ennen kaikkea väestön ikärakenteen muutos; palvelun käytön kasaantuminen pienelle väestön osalle sekä kasvavat terveys- ja hyvinvointierot.

Haasteellisen tilanteen edessä on tarvetta löytää entistä innovatiivisempia ratkaisuja. Tehokkaamman, tuottavamman ja laadukkaamman sosiaali- ja terveyspalvelun kehittäminen edellyttää uudenlaista näkökulmaa, jossa irrottaudutaan toimialakohtaisesta ja asiantuntijakeskeisestä ajattelusta. Asiakslähtöisellä kehittämisellä pyritäänkin löytämään ratkaisuja pirstoutuneen sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleen järjestämiseen. (Virtanen, P. ym. 2011.) PPPR-hankkeessa tätä lähdettiin toteuttamaan hyödyntämällä palvelumuotoilu-ajattelua. Palvelumuotoilulla tavoitellaan entistä vahvemmin asiakkaiden tarpeista lähtevää kehittämistä sekä kokeilevaa, ennakkoluulotonta ja toimialarajat ylittävää kehittämistyötä.

Palvelumuotoilun vahvuutena on uudenlainen näkökulma kehittämiseen ja periaate siitä, että palvelua ei voi kehittää ilman asiakasta. Tiedonkeruun, asiakasymmärryksen rakentamisen ja ongelman tarkentamisen painottaminen on nähty toimivana elementtinä etenkin, kun ratkaistava ongelma on luonteeltaan moni-ilmeinen ja kompleksinen. Jo valmiiksi pirstaloituneessa palvelujärjestelmässä periaate siitä, että osataan luopua toimimattomista asioista eikä vain kehitetä uutta ratkaisua vanhojen päälle, on koettu hyväksi ohjenuoraksi.

Käytännössä palvelumuotoilua on toteutettu eri kehittämissioissa jossain määrin erilaisin keinoin. Yhteistä kaikille on ollut se, että kehittämissioissa on koottu monitoimijainen kehittämistiimi tai palvelumuotoilutyöryhmä suunnittelemaan uutta toimintatapaa. Pääsääntöisesti näissä tiimissä on ollut mukana kehittäjäasiakkaita tai kokemusasiantuntijoita. Lisäksi asiakkailta on kerätty asiakasraadeissa ja yksilöhaastatteluissa ideoita siitä, mihin suuntaan palveluja voisi kehittää. Asiakkaat ovat osallistuneet myös kehitettyjen toimintamallien arviointiin. Tavoitteena on ollut osallistaa kehittämistyöhön kaikki ne tahot, joita kehitettävä palvelu koskettaa. Asiakkailta kerättyjä palvelukokemuksia kuvataan tarkemmin kehittämissioiden tuotosia kuvaavissa luvuissa.

» Hanna Ahola & Sirpa Vainio

”

Asiakslähtöisyys ymmärretään jo, mutta sisäinen asiakkuus ja ymmärrys, että muiden työn helpottaminen auttaa myös omassa työssä on puutteellista.

- johtaja, terveyspalvelut





OIKEA-AIKAISTA JA MONIPUOLISTA TUKEA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJILLE

Asiakas voisi kuvata elämäänsä vaikeuksien täyttämäksi. Hän sairastaa kroonista ja vakavaa mielenterveydenhäiriötä, mistä johtuen hän on koko ikänsä tarvinnut runsaasti lääkitystä ja hoitoa. Sairaudestaan huolimatta hän on väliillä kokenut pärjäävänsä hyvin ja olevansa tyytyväinen elämäänsä. Tärkeää hänelle on, että hän voisi tehdä tavallisia ja arkisia asioita, joihin hän itse pystyy.

Vielä jonkun aikaa sitten asiakas asui tukiasunnossa, jossa hänen luonaan kävi päivittäin hoitaja. Hänen vointinsa alkoi kuitenkin heikentyä, ja työntekijän mukaan hän oli "aloitekyvytön, eikä oikein jaksanut hoitaa itseään ja kotiaan". Tukitoimia kotiin ei lisätty, mistä johtuen asiakas joutui äkillisesti sairaalahoitoon psykiatriselle osastolle. Kun hoito alkoi lähestyä loppua, asiakasta alkoi ahdistaa kotiutuminen sairaalasta, sillä hän koki sen pelottavana ja oli epävarma omasta pärjäämisestään. Tuntui, että henkilökunta painosti häntä kotiutumaan tukiasuntoonsa nopeammin, mitä hän oli valmis. Häntä askarrutti erityisesti se, mistä hän saisi välitöntä tukea mielialoihinsa, jos hoitajia ei ole koko ajan paikalla.

- mies, 51 vuotta



OIKEIN MITOITETTUA ASUMISEN TUKEA OIKEAAN AIKAAN



MIELENTERVEYSPALVELUIDEN kehittämisen tavoitteena on eri suositusten mukaan sairaalapaikkojen vähentäminen ja avohoidon kehittäminen. Psykiatrisen sairaalahoidon karsimisen myötä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden, kuntouttavien palveluiden ja kotiin vietävien palveluiden tarve ja merkitys ovat kasvamassa. Mielenterveysasiakkaiden määrä kunnan kustantamissa palvelu- ja tukiasunnoissa kasvoi 2000-luvun alussa. Kustannusten hillitseminen ja mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnin turvaaminen ovat edellyttäneet asumispalveluiden kehittämistä.

Muutosta edellyttää myös kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jonka mukaan riittäväillä palveluilla tulee pyrkiä turvaamaan kuntoutujan mahdollisuus asua omassa asunnossaan. Lisäksi on todettu, että avohoitoon panostaminen

tuottaa enemmän hyvinvointia ja on vaikuttavampaa kuin panostaminen laitospalveluihin. (Mieli 2009.) Satakunnan sairaanhoitopiiriin, Salon ja Rauman kehittämissosioissa lähtökohdiksi otettiin edellä mainitut mielenterveyskuntoutujien asumisessa tapahtuneet muutokset ja kansalliset suositukset. Lisäksi oli havaittu tarve kehittää entistä monipuolisempia avohoidon ja sosiaalisen kuntoutuksen tukimuotoja asiakkaiden elämänhallinnan tueksi.

Asumisen tukipalvelujen saaminen perustuu ensisijaisesti yleislakeihin ja toissijaisesti erityislakeihin. Huhtikuussa 2015 tuli voimaan uusi sosiaalihuoltolaki, jossa määritellään mielenterveyskuntoutujien asumisen tueksi järjestettäviä palveluja, kuten sosiaalinen kuntoutus, kotipalvelu ja erilaiset asumispalvelut. Asumispalvelut on jaettu käyttäjien tuen tarpeen mukaan.



Asiakkaan toimintakyvyn kannalta on tärkeää, että hän voi itse tehdä toimintakykynsä mukaisia tehtäviä ja asioita.

- projektityöntekijä Sanna Haakanen

Asumispalveluita järjestetään tuki- ja palveluasumisena sekä tehostettuna palveluasumisena henkilöille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa. Kotona asumista voidaan lisäksi tukea kotihoidon palveluilla ja siihen liitettävillä tukipalveluilla, kuten ateria- ja siivouspalvelulla sekä liikkumista tukevilla palveluilla. Asumispalveluiden ja kotipalveluiden lisäksi mielenterveys- ja päihdekuntoutajat tarvitsevat usein monipuolisia sosiaalisen kuntoutuksen palveluita sekä terveydenhuollon palveluita.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat ovat henkilöitä, jotka tarvitsevat mielenterveydenhäiriön tai päihdehäiriön takia kuntouttavia palveluita sekä mahdollisesti myös tukea asumiseen. Usein kyseessä on henkilöt, joilla on pitkäaikainen ja vakava mielenterveyden häiriö.

Satakunnan sairaanhoitopiiriin sekä Salon kehittämissosioissa tavoitteena oli vastata näihin haasteisiin kehittämällä asumisen tuen tarpeen arviointia ja kuntouttavia asumisen tuen malleja. Molempien kehittämissosioiden nykytilan kartoituksessa havaittiin, että mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa ei ole riittävän yhtenäistä ja toimivaa tuen tarpeen arvioinnin mallia eikä toimivaa kuntouttavaa työotetta. Tämä on johtanut siihen, että kuntoutuja on saattanut olla pitkiäkin aikoja samassa asuimuodossa ilman suunnitelmallista toimintakyvyn, terveydentilan ja kuntoutuksen tavoitteiden seuranta- ja arviointia.

Hankkeen aikana kehittämissosioissa on uudistettu palveluprosesseja ja kehitetty yksittäisiä työmenetelmiä. Pyrkimyksenä

on ollut edistää mielenterveyskuntoutujien elämänlaatua ja hyvinvointia tarjoamalla oikea-aikaisia ja oikein mitoitettuja tukipalveluita.

» Kaisu-Leena Raikisto & Sanna Haakanen

Pyrkimyksenä on ollut edistää mielenterveyskuntoutujien elämänlaatua ja hyvinvointia tarjoamalla oikea-aikaisia ja oikein mitoitettuja tukipalveluita.

» SALON KEHITTÄMISOSIO

KOHTI KOTONA ASUMISTA

SALON kehittämisosion tavoitteena on järjestää mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut niin, että kuntoutujien mahdollisuus asua omassa asunnossa turvataan nykyistä paremmin. Hankkeessa on kehitetty mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin "oma nimi ovesa" -periaatteen mukainen Salon malli. Mallissa keskeistä on se, että asiakkaan tilanne ja tuen tarve arvioidaan ja asiakkaalle järjestetään hänen tarvitsemansa tukipalvelut ensisijaisesti omaan kotiin.

Salossa mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat aikaisemmin olleet ostopalvelujen varassa. Kaupungilla ei ole ollut omaa toimintaa lukuun ottamatta pientä nuorille suunnattua viiden asukkaan yhteiskotia. Ennen vuotta 2013 asumispalveluja tarvitsevat asiakkaat sijoitettiin eritasoisia asumispalveluita tarjoaviin yksityisten palveluntuottajien hoitokoteihin. Asumispalveluita tarvitsevien asiakkaiden sijoituksista vastasi pitkälti asiakkaan hoitotaho, esimerkiksi erikoissairaanhoidon avohoito (nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian poliklinikat) tai psykiatrin sairaala. Vuoden 2011 alussa asiakkaita oli sijoitettuna eritasoisia palveluita tuottaviin asumispalveluyksiköihin vähän yli sata, asumispalvelujen budjetin ollessa yli kaksi miljoonaa euroa. Koko summa kului ostopalveluihin, koska omaa palveluntuotantoa ei ollut. Kustannuksia lisäsi myös se, että toimintatapana oli sijoittaa lähes kaikki asukkaat tehostettuun palveluasumiseen ja vain nuoria asiakkaita sijoitettiin tukiasumiseen. Asukkaat siirtyivät harvoin eri palvelumuotojen välillä, koska kuntoutumista ei seurattu säännöllisesti.

Salossa perustettiin vuoden 2013 aikana oma mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita tarjoava asumisyksikkö Kajalankoti. Yksi hankkeen osa-alue on ollut Kajalankodin toiminnan kehittäminen. Kehittämistyössä on painotettu suunnitelmallista

ta kuntoutusta, mikä pidemmällä aikavälillä voi mahdollistaa asukkaan muuttamiseen vähemmän tuettuun asumiseen tai itsenäiseen asumiseen. Kehittämistyötä on tehty yhdessä asiakkaiden kanssa.

SALON MALLI

Salon mallin mukaan asiakkaat asuvat omissa kodeissaan, jonne viedään hänen tarvitsemat palvelut. Käytännössä palvelut ovat työntekijöiden tekemiä kotikäyntejä ja muita asumista ja vointia tukevia palveluja: esimerkiksi intervallijaksoja tuetummassa yksikössä, lääkahoitoa, ateria- tai siivouspalvelua. Kotona asumista tukevia palveluita ovat myös työ- ja päivätoiminta, johon asiakkailla on mahdollisuus osallistua. Asiakkaan tarpeen mukaan voidaan miettiä myös tuetumpaa asumismuotoa, jos tukitoimet ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Keskeinen ajatus on, että eritasoisia asumispalveluita tarjotaan porrasteisesti asiakkaan tuen tarpeet huomioiden. Lähtökohta on, että tuen taso vastaa asukkaan tarvetta ja asukas voi siirtyä eri asumismuotojen välillä kuntoutuksen edetessä.

MITEN SALON MALLIA TOTEUTETAAN?

Hankkeessa on kehitetty Salon mallin toteuttamiseksi ja tueksi työmenetelmiä, joiden tarkoitus on helpottaa palvelujen järjestämistä ja toteuttamista sekä lisätä edellytyksiä itsenäiseen asumiseen. Työmenetelmät liittyvät palvelutarpeen arviointiin ja palveluiden suunnitteluun sekä asumispalvelun asukkaiden kuntoutukseen.

PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

Palvelutarpeen arvioinnin tarkoituksena on arvioida asiakkaan valmiuksia ja taitoja selviytyä päivittäisistä asumiseen liittyvistä toiminnoista. Arvioinnin perusteella saadaan käsitys asiakkaan

toimintakyvystä sekä tuen ja kuntoutuksen tarpeesta. Palvelutarpeen arviointi tehdään asiakkaille, joille haetaan asumispalveluita ja joiden toimintakyvystä tarvitaan tarkempaa ja konkreettisempaa tietoa. Arvioinnin avulla selviää, tarvitseeko asiakas asumisen toimintoihin apua ja minkä tasoista ja missä asioissa apua tarvitsee. Asumisen taitoihin kuuluvat muun muassa itsestä huolehtiminen, raha-asioiden hoito, kaupassa asiointi, ruoanlaitto ja kodista huolehtiminen.

Arviointi pyritään tekemään aina ensisijaisesti hyödyntäen asiakkaan omaa toiminnallista ympäristöä, eli omaa kotia ja sen lähiympäristössä käytettäviä palveluita esimerkiksi kaupaa. Tarpeen mukaan arviointia voidaan tehdä myös laitososuhteissa. Arvioinnin toteuttavat toimintaterapeutit. Arviointi- ja tapaamiskertojen määrä sovitaan arvioinnin alussa yksilöllisesti. Arviointi suoritetaan 2–4 viikon aikana ja se sisältää aina vähintään neljä tapaamista ja palautekeskustelun. Toimintaterapeutin käyttämät menetelmät asumisen toimintojen arvioinnissa on haastattelu, itsearviointi, havainnointi sekä strukturoidut arviointimenetelmät. Välineinä arvioinnissa käytetään OCAIRS-haastattelua, toiminnallista osallistumista mittavaa havainnointiin perustuvaa MOHOST-seulonta-arviointia sekä SOFAS-asteikkoa toimintakyvyn kuvaamiseen.

PALVELUKARTTA

Palvelukartta on työkalu, jonka tarkoituksena on auttaa asiakasta ja hänen verkostoonsa kuuluvia työntekijöitä ja toimijoita hahmottamaan, minkälaisia palveluita asiakkaalla on, ja miten ne on järjestetty. Tavoite on helpottaa asiakkaan arjen sujuvuutta ja hoidon toimivuutta sekä välttää päällekkäistä työtä ja sujuvoittaa eri organisaatioissa tehtävien suunnitelmien laatimista.

Palvelukartta on lomake, johon on koottu yhteen asiakkaan käyttämät eri toimijoiden palvelut, ja se kertoo mistä asioista kukin asiakkaan verkostoon kuuluva työntekijä vastaa. Palvelukarttaan merkitään asiakkaan kuntoutuksen tavoitteet ja keinot miten tavoitteet on tarkoitus saavuttaa.

Vanhuspalvelu-, sosiaalihuolto-, mielenterveys- ja terveydenhuoltolaki edellyttävät paljon palveluita käyttäville asiakkaille osoitettavan työntekijän, joka vastaa asiakkaan palveluista. Lait käyttävät näistä työntekijöistä eri nimityksiä esimerkiksi vastuutyöntekijä, omahoitaja, oma työntekijä. Palvelukartan tavoitteena on myös selkeyttää tätä kokonaisuutta: esimerkiksi jos asiakkaalla on jo sosiaalihuoltolain edellyttämä oma työntekijä osoitettuna, vanhuspalveluiden ei tarvitse enää osoittaa asiakkaalle vanhuspalvelulain mukaista vastuutyöntekijää.

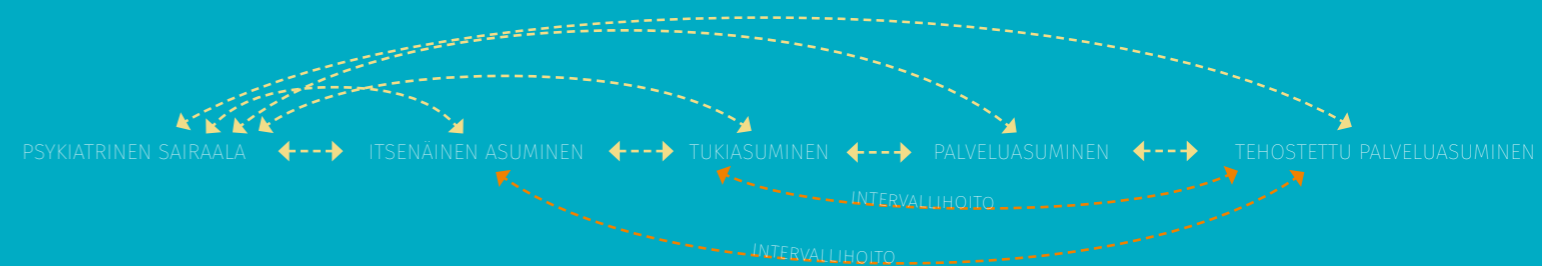
MITEN ONNISTUIMME?

Salon mallin mukaisesti asiakkaat voivat asua omissa kodeissaan tutussa ympäristössä, mikä edesauttaa asiakkaan toimintakyvyn säilymistä. Palvelutarpeen arvioinnin tuloksena asiakkaalle järjestetään hänen tarvitsemansa palvelut ja vällytään yli- tai alipalveluita. Lisäksi kehitetyn palvelukartan avulla voidaan välttää ammattilaisten päällekkäiseltä työltä. Ennen asumispalvelujen suunnitelmallista kehittämistyötä valtaosa asiakkaista sijoitettiin suoraan tehostettuun palveluasumiseen, ja koska kuntoutumista ei seurattu, asukkaat siirtyivät vain harvoin eri palvelumuotojen välillä. Mahdollisuus asua kotona tai vähemmän tuetussa tukiasunnossa voi parhaimmillaan lisätä edellytyksiä kuntoutumiselle. Asiakkaan toimintakyvyn säilymisen kannalta on tärkeää, että hän voi itse tehdä toimintakyvynsä mukaisia tehtäviä ja asioita.

» Sanna Haakanen



» SALON MALLI, ASUMISPALVELUIDEN PORRASTEISUUS





- » Hankkeen toimintamallin käyttöönoton myötä asiakkaiden ohjaus asumispalveluihin on muuttunut. Nyt kaikille, joille haetaan asumispalveluja, tehdään ensin palvelutarpeen arviointi hankkeessa kehitetyn mallin mukaisesti. Arvion perusteella tarvittavat palvelut järjestetään niin, että asiakas kykenee asumaan omassa kodissaan.
- » Hankkeen arviointimallia on levitetty oman organisaation sisällä: malli on annettu vammaistyön asumispalveluille, jossa käyttöönottoa suunnitellaan.
- » Kaksi asukasta on muuttanut tehostetusta palveluasumisesta omaan asuntoon.
- » Useille tukiasumisen asukkaille on järjestetty intervallijaksoja tai kuntoutusjaksoja Kajalakodissa kotona asumisen turvaamiseksi.
- » Tukiasumisen asukkaalle on järjestetty mahdollisuus osallistua Enolan kuntoutuskodin ryhmätoimintaan ja näin tukea asukasta oikeaan vuorokausirytmään ja lisätä asukkaan sosiaalisia taitoja ja mahdollistaa asukkaan sosiaalista osallistumista.



SALON MALLISSA PALVELUT JÄRJESTETÄÄN NIIN, ETTÄ ASUKAS PYSTYISI ASUMAAN KOTONAAN.



SALON MALLI

teema: moniammatillisuus • toimintamalli • kuntoutus • kohderyhmä: mielenterveys- ja päihdekuntoutujat • vaatii muutoksia toimintatapoihin

1. TAVOITE

Miten mielenterveyskuntoutujien kotona asumista voidaan tukea palveluita ja tukitoimia kehittämällä? Tähän kysymykseen vastaamiseksi kehitimme Salon mallin, jolla pyrimme "oma nimi ovesa"-periaatteella järjestämään mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut niin, että kuntoutujien mahdollisuus asua omassa asunnossa turvataan nykyistä paremmin.

2. MITÄ, MITEN?

Asukkaille, jotka tarvitsevat asumiseen liittyvää tukea, tehdään palvelutarpeen arviointi. Arvioitavia asioita ovat kotona tehtävät arjen toiminnot muun muassa itsestä huolehtiminen, raha-asioiden hoito, kaupassa asiointi, ruoanlaitto ja kodinhoito. Samalla vältytään palveluiden yli- tai alitarjonnalta, kun asiakkaalle järjestetään vain hänen tarvitsemansa palvelut. Käytännössä palvelut ovat työntekijöiden tekemiä kotikäyntejä ja muita asumista sekä voimia tukevia palveluita, esimerkiksi intervallijaksot tuetummissa yksiköissä, lääkkehoidon järjestäminen, ateriapalvelu, siivouspalvelu tai työ- ja päivätoimintaan osallistuminen. Jos asiakas kaikista tukitoimista huolimatta tarvitsee enemmän tukea, suunnitellaan tuetumpaa asumismuotoa kaupungin asumispalveluyksikössä.

3. MITÄ VAATII?

Salon mallin toteuttamiseksi kehitettiin erilaisia työkaluja. Palvelutarpeen arviointi -työkalulla kartoitetaan asiakkaan tarvittavat palvelut asumisen tueksi. Palvelukarttaan merkitään

puolestaan kaikki asiakkaan kanssa työskentelevät tahot ja heidän toimintansa, jotta asiakas ja hänen kanssaan työskentelevät voivat hahmottaa kokonaiskuvan paremmin. Asumispalveluyksikön asukkaille tehdään puolivuositain kuntoutussuunnitelma, johon kirjataan asiakkaan kuntoutuksen tavoitteet. Toimintatavan juurruttamiseksi mielenterveyspalveluihin perustettiin moniammatillinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöistä koostuva työryhmä, jonka tehtävänä on koordinoida asiakkaiden tarvitsemia palveluita ja toteuttaa mallin mukaista työtä. Asumisen arvioinnin voi tehdä toimintaterapeutin koulutuksen saanut työntekijä, joten mallin käyttöönotto vaatii toimintaterapeuttia tai ainakin mahdollisuutta sellaisen käyttöön.

4. MITÄ OPIMME?

Salon mallin kehittäminen on osoittanut hyvin paikkansapitäväksi sen, miten tärkeää asiakkaan mielipiteen kuuntelu ja palveluiden järjestäminen hänen tarpeidensa mukaan on. Yhtäläisesti paikkansapitäväksi on osoitettu se, miten toiminnan kehittäminen vaatii jatkuvaa arviointia, jotta siihen voidaan tehdä tarvittavia muutoksia. Palveluiden räätälöinti ja nopeat tarvittavat muutokset vaativat työntekijöiltä tietynlaista uskallusta, mutta lopputulosten kannalta se on hyvin palkitsevaa.

Millä muilla tavoin mielenterveyskuntoutujien kotona asumista voidaan tukea?



PALVELUKARTTA

teema: työkalu • palveluohjaus • kohderyhmä: mielenterveys- ja päihdekuntoutajat • valmis käyttöönottavaksi • vaatii tietojärjestelmäratkaisujen kehittämistä

1. TAVOITE

Usein työntekijät hoitavat samaa asiakasta tietämättä, minkälaisia muita palveluita ja tukitoimia hänellä on. Joskus on niin, että asiakas, joka käyttää paljon palveluita, ei osaa tai muista kertoa kaikista palveluistaan. Erityisesti mielenterveysasiakkaila saattaa olla sairaudesta aiheutuneita vaikeuksia hahmottaa itsenäisesti saamansa palvelut. Tämä saattaa aiheuttaa päällekkäistä tai jopa turhaa työtä. Tämän ongelman ratkaisemiseksi kehitimme Palvelukartta-työkalun. Palvelukartan tavoitteena on helpottaa hoidon toimivuutta, asiakkaan arjen sujuvuutta sekä välttää eri toimijoiden tekemää päällekkäistä työtä. Samalla vältetään myös esimerkiksi siltä, että jos asiakkaalla on jo sosiaalihuoltolain edellyttämä oma työntekijä, vanhuspalveluiden ei tarvitse enää osoittaa asiakkaalle vanhuspalvelulain mukaista vastuutyöntekijää.

2. MITÄ, MITEN?

Palvelukartta on lomake, johon kootaan yhteen asiakkaan käyttämät palvelut. Se kertoo lisäksi, mitä asioita kukin asiakkaan verkostoon kuuluva työntekijä hoitaa. Palvelukarttaan merkitään myös asiakkaan kuntoutuksen tavoitteet ja keinot, miten tavoitteet on tarkoitus saavuttaa. Palvelukartan täyttämisen aloitetaan heti hoidon alussa. Jokainen asiakkaan kanssa työskentelevä vastaa lomakkeen täyttämisestä ja päivittämisestä omalta osaltaan. Asiakkaan omatyöntekijän/omahoitajan/vastuutyöntekijän vastuulla on huolehtia, että palvelukart-

taan tulevat jokaisen toimijan kirjaukset. Alusta palvelukartan sähköiseen jakamiseen on vielä työn alla, joten toistaiseksi palvelukartta kulkee vielä postitse eri toimijoiden välillä.

3. MITÄ VAATII?

Palvelukartan hyödyntäminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja lomakkeen käyttöönottoa. Palvelukartan sujuva jakaminen ammattilaisten kesken edellyttää sähköistä alustaa, mutta sen toteutus on vielä kesken.

4. MITÄ OPIMME?

Yhteiskehittäminen eri organisaatioiden työntekijöiden välillä on toimivaa, kun työryhmän pitää tarpeeksi pienenä. Yhteiskehittämisen avulla tulee huomioiduksi ja ymmärretyksi eri toimijoiden toimintatavat ja käytännöt sekä niiden vaikutus omaan työhön. Jotta palvelukartta hyödyttäisi asiakasta ja eri organisaatioissa työskentelevien työntekijöiden tehtävää nykyistä enemmän, pitäisi palvelukartta saada liikkumaan sähköisesti työntekijöiden välillä. Paperiversion työstäminen ja erityisesti sen päivittäminen ja postittaminen eri toimijoiden välillä lisää työtä, mikä varmasti osaltaan vaikuttaa sen hyödyntämiseen.

Millä muilla tavoin voit edistää toimijoiden tietoa asiakkaan kaikista palveluista?

TOIMIVA KOTIUTUMINEN

SATAKUNNAN sairaanhoitopiirissä tarpeen kehittämistyöhön toivat mielenterveyskuntoutujien määrän kasvu kuntien kustantamissa palvelu- ja tukiasunnoissa vuosina 2008–2010, potilaiden yhä nopeampi kotiutus sairaalahoidon lyhentyessä sekä havainto siitä, että mielenterveyskuntoutujien asumisen tuen tarpeen arvioinnissa ei ole käytössä yhtenäisiä kriteerejä.

Kehittämisosion tarkoituksena oli lisätä yhteistyötä psykiatrisen hoidon, kunnan sosiaalitoimen, kokemusasiantuntijoiden ja asumispalvelujen välillä. Tavoitteena oli luoda kaikkia osapuolia palveleva asumisen tukipalveluja tarvitsevien mielenterveyskuntoutujien kotiutusprosessi sekä sen osana yhtenäistää Satakunnan alueen asumisen tuen tarpeen arviointikäytäntöjä. Tavoitteisiin päästiin kehittämällä yhdessä kotiutuksen ohjauksen malli ja opas asumisen tuen tarpeen arviointiin.

Toimivan hoito- ja kuntoutuskokonaisuuden järjestäminen mielenterveyskuntoutujan kotona tai asumispalveluyksikössä selviytymiseksi on haastava tehtävä, sillä sairaalahoidon lyhentyessä ja kuntien resurssien niukentuessa potilaita kotiutetaan yhä nopeammin.

» Asumisen tukipalveluilla tarkoitamme tässä artikkelissa erilaisia kotiin annettavia palveluita, kuten kotipalvelu, kolmannen sektorin palveluja ja terveydenhuollon kotiin annettavia palveluita.

Kotiutusprosessilla tarkoitetaan sekä sairaalaan sijoittuvaa ajanjaksoa, jonka aikana potilasta tuetaan kotiutumaan, että kotiutumisen jälkeistä ajanjaksoa, joka sisältää kotoutumisen sekä kotona/asumispalveluyksikössä selviytymisen arvioinnin ja seurannan.





KARTOITUKSESTA KEHITTÄMISEEN

Asumisen tuki ja sen arviointi, kuntoutuminen, kotiutus/kotiutuminen sekä toimintakykyarvioinnin nykytila kartoitettiin yhdessä asiakasraatien, kokemusasiantuntijoiden ja mielen-terveyskuntoutujien palveluverkostoon kuuluvien toimijoiden kanssa. Erityisesti kokemusasiantuntijoiden kokemukset, toiveet ja tarpeet kotiutumiseen, asumispalveluihin ja kotona pärjäämiseen liittyen pyrittiin huomioimaan kehittämistyössä ja nostamaan keskiöön. Kokemusasiantuntijat osallistuivat myös palvelujen suunnitteluun ja suunnitteilla olevien palvelujen arviointiin.

Nykytilan kartoituksessa korostui muutokseen sopeutumisen tärkeys. Muuttoon ja kotiutumiseen liittyy kuntoutujien mukaan usein monenlaisia pelkoja ja ahdistusta. Kyselyistä nousikin esille, että kotiutus tulisi toteuttaa hitaammalla aikataululla, vaiheittain harjoittelujaksojen kautta, jotta pystyttäisiin varmistamaan taitojen siirtyminen kotiin saakka. Kuntoutajat kokivat omien asioiden hoitamisen opetteluun valmentavan myös aikaan, jolloin ehkä siirrytään omaan kotiin. Vastaavasti kuntoutajat kaipasivat arkeensa sisältöä ja rutiineja, mutta kokivat samalla tarvitsevänsä sairaudesta johtuen riittävästi lepoa. Lisäksi toivottiin tukea omasta kunnosta huolehtimiseen jo sairaalassa sekä välitöntä tukea ja kannustavaa huomiointia kuntoutumisen edistämiseksi ja viihtyvyyden parantamiseksi. Lisäksi kuntoutajat toivoivat lisää mahdollisuuksia keskustella sairaudestaan ja sen eri puolista. Turvallisuuden kokeminen edesauttaa kuntoutumista. Kuntoutajat pitivät tärkeinä asumispalveluyksiköiden sääntöjä, muun muassa alkoholinkäytön ja väkivallan kieltämistä. Kuntoutujaa tulisi tiedottaa paremmin tarjolla olevista tukipalveluista ja tutustuttaa niiden toimintaan, esimerkiksi omahoitajan avulla, jotta kuntoutuja saisi myös sitä kautta lisää elämänhallintakeinoja ja tietoa kolmannelta sektorista.

Nykytilan kartoituksen perusteella lähdettiin kehittämään ko-

tiutuksen ohjauksen mallia moniammatillisen tiimin sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa. Mallia kehitettäessä löydettiin sairaalan ja kunnan välisestä prosessista haasteelliset tasonkohdat sekä asiakkaan näkökulmasta kotiutumisen ongelmakohdat. Niitä kehittämällä pystyttiin yksinkertaistamaan ja helpottamaan kotiutusprosessia. Työntekijänäkökulmasta tällaisia ongelmakohtia olivat muun muassa tiedotus ja yhteydenpito kunnan ja sairaalan välillä ja hoitokokouskäytännöt. Asiakasnäkökulmasta tärkeäksi nousi erityisesti kotiutuminen, johon pyrittiin löytämään ratkaisuja muun muassa kehittämällä yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Eri toimijoiden yhteisenä tavoitteena tulee olla potilaalle oikean asumismuodon tai tuen järjestäminen sekä sitä kautta kuntoutujan pärjääminen ja sairaalakierteen katkaiseminen. Yhteinen tavoite saadaan toteutumaan asiakaslähtöisellä, avoimella yhteistyöllä, jossa tiedonkulku on toimivaa. Asumisen tuen tarpeen arviointi on tärkeä osa prosessia.

Kolmannen sektorin toimijoilla on merkittävä rooli mielen-terveyskuntoutujan kotoutumisessa ja siten kotona tai asumispalveluyksikössä pärjäämisessä. Alkukartoituksissa esille nousut tietämättömyys tarjonnasta pyrittiin ratkaisemaan selkeyttämällä ja lisäämällä toiminnasta tiedottamista. Sairaalaan nimettiin yhdyshenkilö, jolle järjestöt välittävät tietoa toiminnastaan. Yhdyshenkilön tehtävänä on jakaa tietoa sairaalan sisällä eteenpäin eri yksiköihin.

”

Parhaimmillaan oikein mitoitettu ja ajoitettu asumisen tuki tulee vaikuttamaan sairaalajaksojen vähenemiseen ja tuottamaan niin inhimillistä kuin taloudellistakin hyötyjä.

- hanketyöntekijä Kirsi Mäkelä

» KOTIUTUKSEN OHJAUKSEN MALLI

Kotiutuksen ohjauksen mallin tavoitteena on turvata potilaalle oikea asumismuoto ja tuen järjestäminen sekä sitä kautta kuntoutujan parempi arjessa pärjääminen. Tavoitteeseen päästään asiakaslähtöisellä, avoimella yhteistyöllä, jossa tiedonkulku on toimivaa.

YHTEYDENOTTO JA SUUNNITTELU

Kotiutumisen suunnittelu käynnistyy jo potilaan saapuessa sairaalaan. Miten hän on pärjännyt kotona? Olisiko hän pärjännyt siellä paremmin ja pidempään, jos tukitoimet olisivat olleet erilaisia? Sairaalan henkilöstön on tärkeää saada tietoa potilaan pärjäämisestä kunnan, asumispalveluyksikön tai avohoidon puolelta. Omahoitajan yhteydenotto lähtöpaikkaan mahdollistaa kokonaisvaltaisemman käsityksen potilaan tilanteesta. Potilaan pärjäämisestä tärkeää tietoa on myös omaisilla sekä muilla läheisillä.

ARVIOINTI

Asumisen tuen tarpeen arvioinnin tarve herää, kun huomataan, että potilas ei tule pärjäämään kotona ilman tukea. Huolen voi esittää asiakas, omainen tai viranomainen joko suullisesti tai kirjallisesti. Arvioinnin tekee toimintakyky ja siihen vaikuttaviin asioihin perehtynyt asiantuntija. Arviointi aloitetaan sairaalassa ja arviointiin perustuen tehdään yhteisesti kotiutussuunnitelma eri osapuolten kanssa. Arvioinnin tulee olla yhtenäistä niin sairaalassa kuin asumispalveluissakin ja sitä tulee jatkaa systemaattisesti. Tuen tarvetta tarkastellaan säännöllisesti ja muokataan tilanteen mukaan, jotta tukitaso säilyy optimaalisena ja kuntoutumista tukevana.

MONIAMMATILLINEN HOITOKOKOUS

Hoitokokous on tärkeä osa hoidon ja kotiutuksen kokonaisuutta. Sen tavoitteena on löytää potilaalle paras ja kuntouttavin asumisratkaisu sairaalahoidon jälkeen. Hoitokokousten määrä vaihtelee yksilöllisesti hoidon tarpeen mukaan. Hoitokokouksessa eri toimijat miettivät yhdessä kuntoutumisen polkua ja jakavat roolit jatkotyöskentelyyn. Yhteistyön pohjana kaikilla tulisi olla sama tieto, jotta voidaan toimia potilaan parhaaksi. Hoitokokouksen yhteenvedossa tulee olla koottuna tiedot omaisista, sairaushistoriasta, aikaisemmista sairaalajaksoista ja muista merkittävistä asioista potilaan elämässä sekä asumisen tuen tarpeen arvioinnin tuloksista. Tietojen välittämisessä avoimuus on tärkeää, esimerkiksi tiedot potilaan päihteiden käy-

töstä ja aggressiivisuudesta vaikuttavat merkittävästi potilaan mahdolliseen asumispalvelupaikkaan. Sairaalassa voidaan tehdä ajankohtainen riskiarviointi ja suunnitella hallintakeinoja sen mukaisesti. Taloudellisen tilanteen selvittäminen ajoissa on tärkeää, koska silläkin on vaikutusta psyykkiseen tilanteeseen. Myös omais- ja lähiverkostolta saatu tieto on tärkeää. Asiakkaan tueksi tilaisuuteen voidaan pyytää tukihenkilöä.

Omahoitaja vastaa hoitokokousjärjestelyistä, mutta sosiaalityöntekijän tehtävänä on kutsua osallistujat paikalle. Varsinaiseen hoitokokoukseen varataan tunti aikaa, siihen kutsutaan mukaan kunnan edustajat, joiden kanssa tehdään suunnitelma kotiutumisesta ja asumisen tuesta. Kirjaamista hoitavat omalta osaltaan omahoitaja, lääkäri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Potilaan on tärkeää olla mukana kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Viimeinen kokous ennen kotiutusta voi olla tarvittaessa niin kutsuttu verkostokokous, mihin kutsutaan mukaan myös asumispalveluiden tuottaja.

MOTIVOIMINEN MUUTOKSEEN

Potilaan oma osallisuus kotiutusprosessissa tulee huomioida niin asumisen tuen tarpeen arvioinnissa, kotikäynnillä, hoitokokouksissa kuin muissakin keskusteluissa. Potilaan saadessa riittävästi tietoa sairaudestaan ja hoidostaan hän pystyy sitoutumaan hoitoonsa paremmin. Kunnan tehtävänä on sijoittaa asukkaat asumispalveluihin, joten potilaan motivointi uuteen asumismuotoon tai -paikkaan on hoitohenkilökunnalle mahdollista vasta, kun kunnalta on saatu siihen lupa. Pääperiaatteena on potilaan kotiutuminen omaan kotiin tukitoimien





turvin, jos se ei ole mahdollista, niin vasta sitten asumispalveluyksikköön. Avohoito takaa hoidon jatkuvuuden sairaalajakson jälkeen. Potilaan ensikäynnit avohoitoon on hyvä tehdä sairaalasta kotilomien aikana.

HARJOITTELU- JA ARVIOINTIJAKSOT

Harjoittelujaksot ja -lomat kotona tai asumispalvelupaikoissa ovat tärkeitä siirtymävaiheita ennen kotiutumista. Onnistuessaan ne hälventävät pelkoja ja edistävät kotiutumisvalmiutta. Osastolla toivotaan kunnista lisätietoja asumisen onnistumisesta lomien aikana, jos käytössä on asumisen tukipalveluja. Kunta taas haluaa tietoa kotilomista hyvissä ajoin, jotta palvelut pystytään järjestämään viivytyksettä. Kotikäynnit yhdessä omahoitajan kanssa tutustuttavat kuntoutujan arkiympäristöön. Käynnit kunnan ja kolmannen sektorin kohtaamispaikoissa madaltavat kynnystä kotiutumisen jälkeen osallistua toimintaan. Kotilomilla ja harjoittelu- ja arviointijaksolla tutustutaan paikkakunnan päivätoimintoihin.

KOTIUTUMINEN

Minun hoitoni -tarkistuslista on potilaan mukana kulkeva pieni vihkonen. Vihkosesta on helppo tarkistaa tulevat hoitokäynnit ja lääkitys sekä esimerkiksi henkilökohtaiset varomerkit. Minun hoitoni -tarkistuslistaa voidaan hyödyntää osana toimivaa kotiutusta. Omahoitaja ja kuntoutuja voivat täyttää sen yhdessä ja lista toimii ammattilaiselle tarkistuslistana, jotta tärkeät asiat eivät unohdu. Listan on tarkoitus helpottaa kuntoutujaa, palvelula omaisia sekä jatkohoitoa paikkaa ja hoitokontakteja. Kotiutusvaiheen käytännön asiat tulisi myös huomioida tarkistuslistalla. Tällaisia ovat asumisen tukitoimien lisäksi muun muassa matkakulut, muutto, huonekalut, ruoka- ja päivittäistarvikkeet. Erityisesti tulee panostaa kuntoutujan turvallisuuden tunteen kokemiseen, jotta hänen psyykinen kuntonsa ei huonone, ja hän ei palaisi nopealla aikataululla takaisin sairaalaan. Osastoilla on käytössä erilaisia potilaille annettavia yhteenvetoja hoitotiedoista.

ASUMISEN TUEN TARPEEN ARVIOINNIN MALLI

Kehittämissiossa on laadittu opas asumisen tuen tarpeen arviointiin. Opas on työkalu, jolla pyritään yhtenäistämään Satakunnan alueen arviointikäytännöt. Arvioinnin tavoitteena on tunnistaa ne tilanteet ja ympäristöt, joissa asiakas tarvitsee apua tai tukea ja toisaalta ne tilanteet ja ympäristöt, joissa hän selviytyy omin voimin.

Opas sisältää hyviä käytäntöjä laadukkaaseen arvioinnin tekemiseen sekä suosituksia luotettavista toimintakykyarvioinnista. Lisäksi oppaassa on kuvattu yleisellä tasolla asiakaslähtöinen asumisen tuen tarpeen arvioinnin malli. Mallin keskiössä on asiakas ja hänen osallistumisensa omaa asumistaan ja asumisen tarpeita koskevaan arviointiin ja suunnitteluun. Malli koostuu seitsemästä vaiheesta alkaen arvioinnin tarpeesta ja päätyen seurantaan.

MITEN ONNISTUIMME?

Mielenterveyskuntoutujien arjessa pärjäämisen avuntarve vaihtelee toimintakyvyn mukaan. Kuntoutujan asumisen tuen tarpeen arvioinnin tarkoituksena on tunnistaa ne tilanteet ja ympäristöt, joissa asiakas tarvitsee apua ja ne tilanteet ja ympäristöt, joissa hän selviytyy omin voimin. Tarpeita vastaavat asumisratkaisut edistävät kuntoutumista sekä vähentävät laitoshoidon tarvetta ja kustannuksia. Yhtenäistämällä asumisen tuen tarpeen arvioinnin käytäntöjä saadaan entistä laadukkaampaa ja objektiivisempaa arviointia, joka parantaa asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja mahdollisuuksia saada tarvitsemiaan asumisen tukipalveluita oikeaan aikaan. Parhaimmillaan tämä vaikuttaa sairaalajaksojen vähenemiseen ja tuottaa niin inhimillisiä kuin taloudellisiakin hyötyjä.

PPPRII-hankkeessa pilotoitiin kolmen kuukauden ajan kotiutuksen ohjauksen mallia kahden kunnan psykososiaalisten palveluiden, kuntoutusvuodeosaston henkilökunnan ja potilaiden kanssa. Tuloksista on tehty alustava yhteenveto. Yhteisiä kotiutettavia potilaita kertyi muutama. Kaksi mallin mukaan kotiutunutta potilasta on haastateltu ja heidän kokemuksensa pilotin aikana järjestetyistä hoitokokouksista oli paremmat verrattuna aiempiin hoitokokouksiin. Vaikka hoitokokoukset olivat isoja, asiakkaat kokivat tullessa kuulluiksi ja pääseensä osalliseksi heitä koskeviin palvelupäätöksiin. Potilaiden näkökulmasta oli tärkeää, että hoitokokouksessa oli mukana henkilö, joka saattoi toimia tukena potilaan mielipiteen esiin tuomisessa. Pilotoinnin tavoitteena oli myös tiedon siirron, yhteisten kotikäyntien ja toisessa organisaatiossa tehtävään työhön tutustuminen sairaanhoitopiiriin ja kuntien ammattilaisten välillä. Yhteisiä kotikäyntejä ei pilotijakson aikana toteutunut, tutustumista toisen tahon työhön tapahtui jonkin verran. Tiedon siirron sovitut käytännöt onnistuivat, ja samalla havaittiin koulutustarpeita nykyisten järjestelmien täysimääräiseksi hyödyntämiseksi. Kolmannen sektorin kanssa saatiin tiivistettyä yhteistyötä sopimalla käytäntöjä toiminnan tiedottamisesta osastoille.

Kokonaisuudessaan PPPRII-hankkeessa on onnistuttu lisäämään yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja kehittämään yhteisiä toimintamalleja. Havaintona oli, että pilotointiaika (kolme kuukautta) oli liian lyhyt juurruttamiseen ja kattavan kuvan saamiseen mallin toimivuudesta. Kehittämistyötä kuitenkin jatketaan edelleen. Toimijoiden yhdessä kehittämät asumisen tuen tarpeen arviointikäytännöt ja kotiutuksen malli luovat pohjaa tuleville maakunnan yhtenäisille käytännöille.

» Kaisu-Leena Raikisto



Sairaanhoitopiirin kehittämissosio toi psykiatialle uutena toimintatapana eri toimijoiden yhteiskehittämisen. Sairaalan, kunnan, kolmannen sektorin ja kokemusasiantuntijoiden saaminen saman pöydän ääreen pohtimaan yhdessä mielen-terveyskuntoutujan asumiseen liittyviä käytäntöjä oli työskentelytapana uusi. Kokemusasiantuntijat olivat ensimmäistä kertaa mukana kehittämässä palveluita yhdessä ammattilaisten kanssa.



Asumisen tuen tarpeen arvioinnin opas mahdollistaa yhtenäiset asumisen tuen tarpeen arviointikäytännöt.



Hanke lisäsi eri toimijoiden tietoa toistensa toimintatavoista ja sai työntekijät pohtimaan omaa työtään ja rooliaan kokonaisuudessa.



Toimimalla mallin käytäntöjen mukaan mielen-terveyskuntoutujien välinen tasa-arvoisuus toteutuu aikaisempaa paremmin. Vastaanotto oli erityisen positiivinen ja kunnat olivat halukkaita jatkamaan arvioinnin kehittämistä teoriasta käytännön tasolle.



Kotiutuksen haasteellisten nivelkohtien ja ongelmakohtien tunnistaminen ja kehittäminen on yksinkertaistanut ja helpottanut kotiutusprosessia.



Kotiutuksen ohjauksen mallin juurruttaminen on käynnistetty.



Kolmannen sektorin toimijoiden kanssa luotiin Mielen S3ktori -messutapahtuma työntekijöille mielen-terveysyhdistysten ja -järjestöjen toiminnan tunnetuksi tekemiseksi.



ASUMISEN TUEN TARPEEN ARVIOINTI

ELÄMÄNTILANTEEN KUVAUS

- lähtökohtana asiakkaan kuvaus omasta tilanteesta ja itse määrittelemät asiat
- potilas- ja asiakastietojärjestelmät, ammattilaiset, lähiverkosto
- luottamuksellinen vuorovaikutussuhde

KESKUSTELU TULOISTA JA JATKOSTA

- keskustelu käydään ensin asiakkaan ja omaisen kanssa ja sen jälkeen moniammatillisen tiimin kanssa, ja tarvittaessa lähiverkosto on mukana keskustelussa
- tavoitteena realistiset jatkosuunnitelmat

SEURANTA

- tarkistetaan asumisen tuen tarve säännöllisesti tai aina kun toimintakyvyssä tai muussa tilanteessa tapahtuu muutoksia

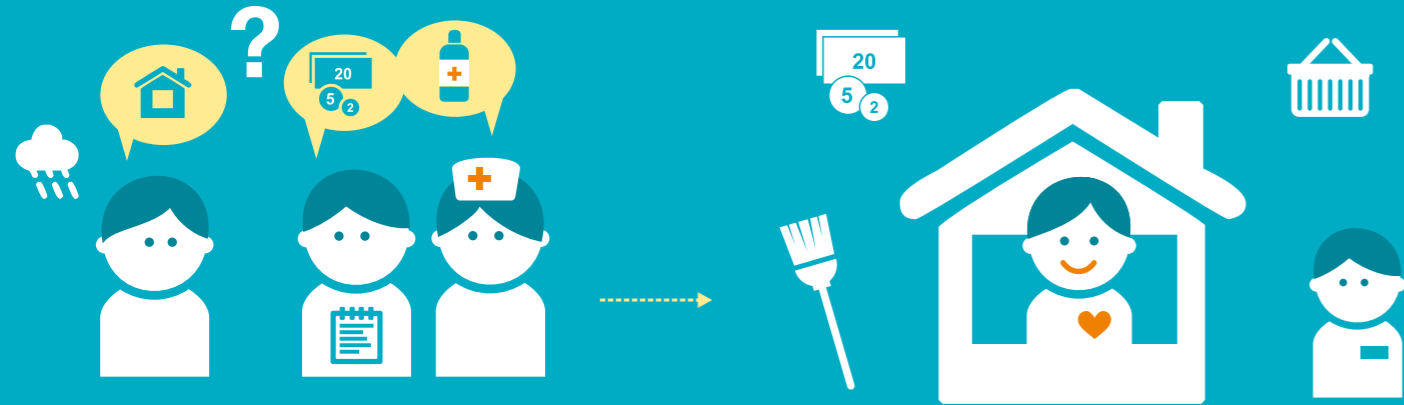
ARVIOINNIN SUUNNITTELU

- yhdessä asiakkaan kanssa suunnitellaan arviointi, kartoitetaan ne kohdat, joihin arvioinnissa kiinnitetään huomiota, sovitaan arvioinnin etenemisestä ja käytettävistä toimintatavoista

ASUMISEN TUEN TARPEEN ARVIOINTI

- arvioidaan asiakkaan toimintakyky ja kotiympäristöä, kotikäynti
- tarkoituksenmukaisten mittareiden hyödyntäminen





MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ASUMISEN TUEN ARVIOINTIOPAS

teema: työkalu • tuen tarpeen arviointi • kohderyhmä: mielenterveyskuntoutujat • valmis käyttöönottavaksi

1. TAVOITE

Psykiatrisessa sairaalahoidossa on yhä enemmän niin sanottuja pyörövipotilaita, joilla on toistuvia sairaalajaksoja. Osittain tämä voi johtua avohoidon palvelujärjestelmästä ja hoitoaikojen lyhenemisestä, mutta kyse voi olla myös puutteellisista asumisratkaisuista ja siitä, ettei potilaiden palvelutarpeita aina tunnisteta oikein. Tämän yhtälön ratkaisemiseksi sekä yhtenäisten kriteerien luomiseksi mielenterveyskuntoutujien asumisen tuen tarpeen arviointiin, kehitimme oppaan työntekijöille. Oppaalla halusimme taata mielenterveyskuntoutujille toimivan kotiutumisen, oikean asumisen muodon sekä tarpeen mukaiset asumisen tukitoimet. Lisäksi yhtenäistämällä käytäntöjä voimme parantaa potilaiden yhdenvertaisuutta eri alueilla.

2. MITÄ, MITEN?

Asiakkaan, omaisen tai viranomaisen huoli asiakkaan kotona pärjäämisestä käynnistää arviointiprosessin. Vastuu arvioinnin tekemisestä on sillä taholla, missä asiakkuus sillä hetkellä on. Oppaassa esittelemme hyvät käytännöt asiakkaan toimintakyvyn ja asumisen tuen tarpeen arviointiin. Malli koostuu seitsemästä vaiheesta alkaen arvioinnin tarpeesta ja päättyen

seurantaan. Asiakslähtöisyys on mallin avainsana: asiakas on mukana hänen omaa asumistaan ja sen tukitarpeita koskevassa keskustelussa. Oppaaseen on myös liitetty kotikäynnin tarkistuslista. Oppaassa kuvattua mallia voidaan käyttää sairaalassa, avopalveluissa, kunnissa sekä asumispalveluyksiköissä.

3. MITÄ VAATII?

Asiakkaan ja arvioinnin tekijän luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen merkitystä ei voi väheksyä. Mallin toimiminen edellyttää myös toimivaa yhteistyötä psykiatrisen hoidon, kunnan sosiaalitoimen sekä asumispalveluiden välillä. Tiedonkulun puolin ja toisin pitää olla toimivaa ja läpinäkyvää.

4. MITÄ OPIMME?

Sairaanhoitopiirin alueella on 18 kuntaa, joten toimintatapojen yhtenäistäminen on hidaskäynninen prosessi, joka vaatii siihen sitoutuvia työntekijöitä. Muuten muutoksen läpivieminen on hankalaa. Oppaan avulla olemme kuitenkin nyt onnistuneet luomaan yhteisiä asiakslähtöisiä käytäntöjä. Näin ollen yhteisten asumisen tuen tarvetta arvioivien mittareiden käyttöönotto varmasti helpottuu tulevaisuudessa (sote-alue).

Millä edistäisit yhteisten mittareiden käyttöönottoa?

MONIPUOLISTA SOSIAALISTA KUNTOUTUSTA MERITUULESSA



Merituulen ansiosta arki sujuu, minulla on paikka minne mennä, muutoin todennäköisesti vuorokausirytmä keikahtaisi pääläelleen, jäisin erityksiin, jäisin yksin, kahlaamaan tahmeassa arjessa, joka sortuisi kuin heikosti koottu korttitalo ensimmäisessä tuulenpuuskassa.

- Merituulen asiakas

UUDISTETTU sosiaalihuoltolaki tuli voimaan vuonna 2015. Siihen sisältyy uutena sosiaalipalveluna sosiaalinen kuntoutus. Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen ja valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan. Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu ryhmätoiminnot ja tuki sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin ja muut tarvittavat sosiaalista kuntoutumista edistävät toimenpiteet (SHL 17 §).

Kehittämistyön lähtökohtana on Rauman kaupungin vuosille 2014–2018 laadittu päihde- ja mielenterveys-suunnitelma. Suunnitelman tarkoituksena on parantaa päihde- ja mielenterveystyön erityispalveluja sekä kehittää peruspalveluiden yhteydessä toteutettavaa mielen-terveyden ja päihteettömyyden edistämistä, ongelmien

ehkäisyä ja varhaista puuttumista. Toiminnan painopistettä on systemaattisesti siirrettävä häiriöiden ehkäisyyn ja hyvinvoinnin edistämiseen, koska se on inhimillisesti ja taloudellisesti kannattavampaa kuin sairauksien hoito. Erikoissairaanhoidon, erityispalvelujen ja laitoshoidon tarve vähenee perustason palveluita kehittämällä sekä ongelmien varhaisen havaitsemisen ja ennaltaehkäisyn kautta.

Rauman kehittämissosion tavoitteena on ollut avohuollon tukitoimien monipuolistaminen ja kehittäminen entistä asiakslähtöisemmäksi ja paremmin koordinoituksi. Taustalla on tarve toimintamallista, jolla pyritään ehkäisemään sosiaalista syrjäytymistä ja lisäämään mielenterveyskuntoutujien osallisuutta. Sosiaalista kuntoutumista on kehittämistyön aikana määritetty ja ymmärretty yhdessä asiakkaiden kanssa. Kehittämistyön tuloksena kuntoutumisen on havaittu etenevän yksilöllisten tukitoimien avulla spiraalimaisesti.



SOSIAALISEN TUEN KESKUS

Sosiaalista tukea voidaan kuvata ihmisten välisiin vuorovaikutussuhteisiin liittyvänä positiivisena tai terveyttä edistävänä tekijänä. Se auttaa selviytymään stressiä tuottavista elämäntapahtumista. (Metteri, Haukka-Wacklin 2011.) Sosiaalisen tuen keskus aloitti toimintansa Raumalla PPPR-hankkeen avulla vuonna 2014. Asiakkaat ovat olleet mukana toiminnan suunnittelussa alkuvaiheista lähtien. Asiakkaat nimesivät paikan toimintakeskus Merituuleksi. Se on matalan kynnyksen palveluja tarjoava paikka, jonka kohderyhmänä ovat aikuisikäiset mielenterveys- ja päihdekuntoutujat, laitos- ja palveluasumisesta kotiutettavat sekä muut sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat henkilöt. Asiakkaat ohjautuvat palveluihin yhteistyötahojen kuten terveyskeskuksen, erikoissairaanhoidon, sosiaalityön tai kolmannen sektorin työntekijöiden kautta. Toimintakeskus Merituuleen ei tarvita lähetettä, joten asiakas voi hakeutua palveluihin myös itse.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien monipuolinen avohuolton palvelukokonaisuus mahdollistuu Raumalla, koska saman katon alla on eri toimijoita. Toimintakeskus Merituulen kanssa samoissa tiloissa toimii Rauman kaupungin työtoimintakeskus Pooki ja työ- ja toimintakyvyn arviointihanke Party (ESR). Asiakkaan tilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti huomioiden fyysinen ja psyykinen terveydentila sekä sosiaaliseen tilanteeseen ja arkipärräämiseen liittyvät tarpeet. Niihin haetaan ratkaisuja yhdessä asiakkaan kanssa hyödyntäen koko talon palveluja. Toiminnan peruseriaatteita on kuntoutuminen pienin askelin. Toimintakeskus Merituulen työntekijät ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Toiminnassa on mukana kokemusasiantuntijoita sekä työelämään valmistautuvia kuntouttavassa työtoiminnassa olevia. Asiakkaille järjestetään asiakasraateja ja asiakaspalautekyselyjä, mitkä mahdollistavat asiakkaiden osallistumisen toiminnan kehittämiseen ja arviointiin.

Toimintakeskus Merituulessa tarjotaan monipuolisia tukipalveluita: ohjattua ryhmämuotoista toimintaa, yksilökohtaista ohjausta, vertaistukea ja virkistystoimintaa. Ryhmät ovat toiminnallisia terveyttä ja arjen hallintaa edistäviä tai hoidollisia ryhmiä. Mielekäs ryhmässä tapahtuva toiminta aktivoi asiakaita. Tavoitteena on asiakkaan tukeminen ja kannustaminen vuorovaikutukseen ja omahoitoon. Toimintakeskus Merituuleessa on kehitetty ratkaisukeskeinen koulutuksellinen Tukea arkeen -ryhmämalli elämänhallintaan vaikuttavista keskeisistä teemoista, kuten ahdistuksen hallinta, vuorovaikutus ja lepo. Tukea arkeen -ryhmät ovat määräaikaista ja osallistujien odotetaan sitoutuvan ryhmässä käyntiin alusta loppuun asti. Ryhmään valitaan 6–8 asiakasta. Tapaamiskertojen sisällöt muokataan asiakkaiden kanssa heidän tarpeidensa mukaan. Toiminta on tavoitteellista.

Ryhmätoimintojen lisäksi asiakkaat tarvitsevat työntekijöiltä yksilöllistä tukea. Asiakasta tuetaan tarpeen mukaan ohjauskeskusteluilla. Keskusteluja käydään Toimintakeskus Merituules-



” Näyttää siltä, että sosiaalisen tuen keskuksella ja sosiaalisen kuntoutuksen erilaisten työmuotojen yhdistämisellä on ollut positiivista vaikuttavuutta mielenterveys- ja päihdekuntoutujien elämänlaatuun.

- projektityöntekijä Sanna Kenttälä

sa, puhelimitse tai asiakkaan kotona. Aloitteen ohjaukselle voi tehdä sekä asiakas että työntekijä. Ohjauskeskustelu käydään joko suunnitellusti tai heti tarpeen ilmetessä. Mikäli asiakas ei saavu sovitusti toimintakeskus Merituuleen, ollaan häneen yhteydessä. Merituuli toimii osana asiakkaan kuntoutusta. Mikäli asiakkaan voinnissa tapahtuu muutosta huonompaan, otetaan hänen hoitavaan tahoonsa yhteyttä ja yhdessä asiakkaan kanssa mietitään mitä hänen tilanteessaan voidaan tehdä. Erilaisissa asiakkaan elämään vaikuttavissa asioissa tehdään yhteistyötä muiden asiakkaan kanssa toimivien työntekijöiden kanssa.

Rauman kehittämissosion kokoama työryhmä on suunnitellut palvelutarpeen arviointilomakkeen, joka on otettu käyttöön laajasti Rauman sosiaalipalveluissa ja järjestöissä. Arviointilomakkeen avulla käydään läpi asiakkaan kokemuksia yhdestätoista osa-alueesta; terveys, hygienia, ravitsemus, mielen hyvinvointi, verkosto, päihteet, arjen sisältö, kodinhoito, talouden hallinta, asiointi ja rikollinen elämäntapa. Palvelutarpeen arvioinnin avulla selvitetään asiakkaan tuen tarve, jonka pohjalta moniammatillinen tiimi kutsutaan tarvittaessa koole asiakasuunnitelman laatimiseksi. Asiakkaan kirjallisella suostumuksella työntekijä voi perehtyä ja kirjata asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon tietoihin. Asiakassuunnitelman toteutumisen seurantaa, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeiden uudelleen arviointia tehdään säännöllisesti.

Asiakkaiden kanssa suunnitellaan ja tehdään retkiä, tapahtumia, asiantuntijaluentoja ja tutustumiskäyntejä. Toimintakeskus Merituulen asiakkailta on mahdollisuus edulliseen aamupalaan, lounaaseen ja kahviin. Olkkarissa asiakkaille tarjotaan ”oma” tila ja ympäristö, jonne voi tulla juttelemaan, lukemaan, katsomaan televisiota tai pelaamaan. Olkkari mahdollistaa yhteisöllisyyden syntyminen ja vertaistuen. Yhteistyötä tehdään oman talon toimijoiden lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden sekä kolmannen sektorin kanssa. Yhteistyömuotoja ovat esimerkiksi asiakasohjaus, koulutukset, työryhmät, asiantuntijaluennot, hoitokokoukset, kokemusasiantuntijatietyö, asiantuntijaraadit ja yhteiskehittäminen. Kehittämistyön aikana on tehty yhteistyössä Aspasäätiön Tandem-projektin sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa Mielen hyvinvoinnin palveluopas. Oppaaseen on koottu kaupunkilaisten käytössä olevien palveluiden sisällöt.



MERITUULEN OLKKARISSA ON MUKAVA KOKOONTUA.



MERITUULESSA VOI LOUNASTAA PÄIVITTÄIN.

MITEN ONNISTUIMME?

Rauman kehittämisosion tavoitteena on ollut vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja ja tarjota raumalaisille mielenterveys- ja päihdekuntoutujille aikaisempaa monipuolisempia ja vaikuttavampia sosiaalisen kuntoutuksen palveluita. Toimintakeskus Merituuli on onnistunut vastaamaan näihin tavoitteisiin ja toiminnalla on havaittu myönteisiä vaikutuksia asiakkaiden hyvinvointiin. Kehittämistyön tuloksia on arvioitu muun muassa asiakaskyselyillä ja haastatteluilta, elämänlaatumittarin avulla ja yhteistyökumppaneille tehdyllä kyselyllä.

Kehittämistyön aikana yhteistyö on lisääntynyt niin kolmannen sektorin kanssa kuin myös sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä. Sosiaalisen tuen keskus tavoittaa asiakkaita hyvin ja asiakkaat ovat kokeneet palvelut tarpeitaan vastaaviksi. Asiakkaiden osallistaminen toiminnan kehittämiseen on vakiintunut Merituulussa pysyväksi toimintatavaksi ja siitä on tullut arkinen osa keskuksen jokapäiväistä toimintaa.

Toimintamallin juurruttamisessa on onnistuttu hyvin. Lisäksi mallia on levitetty onnistuneesti. Merituuli on avoinna vierailijoille. Toimintamallia on esitelty runsaasti eri tahoille. Malli on otettu osittain käyttöön Salossa.

Kehittämisosiossa käytetään WHOQOL-BREF-mittaria, jonka avulla selvitetään asiakkaiden kokemaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua sekä kokemusta elinympäristöstä. Saatujen tulosten mukaan kaikissa mittarin neljässä ulottuvuudessa on tapahtunut kohentumista. Erityisesti sosiaalisen ja elinympäristön osa-alueilla asiakkaiden elämänlaatu on parantunut. Yhteensä 14 asiakasta on täyttänyt mittarin kolme kertaa (lähtötilanne sekä seuranta kolmen ja kuuden kuuden jälkeen).

Asiakaslähtöisyyden periaatteet toteutuivat Toimintakeskus Merituulussa erittäin hyvin. Asiakkaiden osallistamisen ja vastuuttamisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten vastuun ja ammattitaidon välille on löydetty hyvä tasapaino. Sosiaalisen tuen muodot, tiedollinen, konkreettinen ja henkinen tuki, toteutuivat hyvin. Asiakkaat kokivat ja luottivat tarvittaessa saavansa tietoja ja neuvoja eri asioihin. Konkreettista tukea he saivat esimerkiksi uusien asioiden ja taitojen oppimisessa ryhmätoiminnoissa sekä käytännön asioiden hoitamisessa. Asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa henkiseen tukeen. Henkisellä tuella he tarkoittivat luottamuksellisia keskusteluja, ymmärrystä, empatiaa ja positiivista kannustusta. (Tuuli Lehtola 2015).

Sidosryhmäkumppaneille keväällä 2015 tehdyn arviointikyselyn tulosten mukaan Toimintakeskus Merituulen kolme tärkeintä palvelua mielenterveysasiakkaiden kuntoutuksessa olivat hoidolliset ryhmätoiminnot, yksilöllinen ja matalankynnyksen palveluohjaus ja toiminnalliset ryhmätoiminnot. Suurin osa vastaajista (81 %) oli tyytyväisiä yhteistyöhön Toimintakeskus Merituulen kanssa. Vastaajilla oli Toimintakeskus Merituulen

kanssa yhteisiä asiakkaita ja palveluohjausta tapahtui kumpainkin suuntaan.

Asiakkaiden mukaan yksinäisyys ja kotoa lähteminen on suurin haaste kuntoutumiselle. Toimintakeskus Merituulen kynnyks on niin matalalla, että asiakkaat ovat pystyneet ylittämään sen. Asiakkaat voivat tulla Olkkariin heille sopivana aikana. Toiminnalliset ryhmät ovat avoimia kaikille mielenterveyskuntoutujille. Kahdenkeskeinen ohjauskeskustelu tapahtuu saman päivän aikana kun tarve ilmenee. Asiakkaan asioita hoidetaan moniammatillisesti muiden toimijoiden kanssa. Asiakasta ei jätetä oman jaksamisensa varaan, vaan heille soitetaan jos he eivät tule Toimintakeskus Merituulen niin kuin yhdessä on suunniteltu.

» Sanna Kenttälä & Outi Veijonaho

Toimintakeskus Merituulen kynnyks on niin matalalla, että asiakkaat ovat pystyneet ylittämään sen.

» SOSIAALISEN KUNTOUKSEN TOIMINTAMALLI

» MATALA KYNNYKS, LÄHETETTÄ EI TARVITA

» VERTAISTUKI

» KUNTOUTUMINEN PIENIN ASKELIN

» ASIAKKAAT MUKANA TOIMINNAN KEHITTÄMISESSÄ

» RATKAISUKESKEISYYS JA ASIAKKAAN VOIMAVAROJA TUKEVA TYÖTAPA

» TIIVIS YHTEISTYÖ TYÖTOIMINNAN KANSSA



- » Kehittämistyöllä on saatu aikaan konkreettinen ja toimivaksi havaittu muutos Rauman palvelujärjestelmään. Hankkeen toiminta-aikana on käynnistetty sosiaalisen tuen keskuksen toiminta ja kehitetty keskuksessa tarjottavia monipuolisia toimintamuotoja. Toiminta on vakiintunut osaksi kaupungin palvelujärjestelmää, monipuolistanut palveluvalikoimaa ja parantanut kohderyhmän mahdollisuuksia päästä matalalla kynnyksellä palvelun piiriin.
- » Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ja muiden kohderyhmien mahdollisuus matalan kynnyksen palveluihin on oleellisesti parantunut.
- » Muutoksen myötä asiakkailla on entistä paremmat mahdollisuudet yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen osallisuuteen, vertaistukeen ja sosiaalisiin suhteisiin. Ammattilaisten tarjoama apu on saatavilla yhden oven periaatteella.
- » Asiakkaiden kokemus elämänlaadusta on kohentunut.
- » Asiakkaiden osallistamisesta on tullut pysyvä toimintatapa ja asiakaslähtöisyyden periaatteet ovat toteutuneet hyvin.
- » Asiakkaat ovat kokeneet Merituulen palvelut tarpeitaan vastaaviksi.
- » Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien palveluiden solmukohtia on tunnistettu ja palvelumuotoilun keinoin on laadittu palvelupolkuvisio ja asiakkaan palvelukartta sekä Mielen hyvinvoinnin -palveluopas.



MERTUULEN TOIMINTATAPA ON RATKAISUKESKEINEN JA ASIAKKAAN VOIMAVAROJA TUKEVA.

”

Muutin muualta tänne Raumalle, eikä minulla ole täällä ystäviä. Kaveripiirini on rikkaus, mutta ei raumalainen. Paras ystäväni asuu 400 kilometrin päässä, eikä siis ehdi piipahtamaan kahville tai lähteä lenkille normaali arjessani. No, onhan netit ja kaikki, mutta se ei ole sama asia kuin face to face tapaaminen. Tietysti näen heitä, mutten niin paljoa kuin haluaisin. Ystävättömyys täällä tuntuu todella, todella kurjalta, se on sellainen epämääräinen kurjuus, joka samentaa mielialaa, Merituuli on auttanut tähän, että kiitos.

Minulla on täällä vain isoisa, ja hän alkaa olemaan vanha ja toisekseen matkustelee pitkin maapalloa täysin arvaamattomasti; olen soittanut Hel-singistä hänelle Itävaltaan, eikä se ollut ainoa kerta kun hän ollut missä lienekään. Maapallolla sentään.

Merituulen ansiosta arki sujuu, minulla on paikka minne mennä, muutoin todennäköisesti vuorokausirytmä keikahtaisi pääläelleen, jäisin erityksiin, jäisin yksin, kahlaamaan tahmeassa arjessa, joka sortuisi kuin heikosti koottu korttitalo ensimmäisessä tuulenpuuskassa.

Merituuli on minulle arjen pilven kultareunus. Ryhmät ovat toimivia, työntekijät todella mukavia, enkä voi kävijöistäkään valittaa. Vertaistuki on iso asia, ja täällä sekin toimii. Olen itse puhelias ja terapeutini mukaan se on hyvä asia, kuulemma. Yksi kävijä joskus tokaisi, että ”on se hyvä, että joku puhuu” ja mielestäni kävijät ovat hyvin puhuneet takaisin. Olohuone on kutsuvan näköinen. Tänne tulee mielellään, eikä esim. kehittelee tekosyitä siihen ettei tule käymään.

Olen tunkenut joka ryhmään mukaan, ainoastaan miesten ryhmään minua ei huolitettu. Sen pitäisi jo kertoa jotain. Ryhmistä esim. ruokaryhmä tukee arjen hallintaa loistavasti, se on aidosti hyödyllinen kun kävijä astuu yli oman mukavuusalueensa ja tekee jotain mitä ei ole ennen tehnyt, tai siitä on aikaa. Oma kokkailuni on kokeilevaa ja keskivertokulttuurille ehkä liian erikoista. Sama pätee muussakin kuin ruokailussa, en ole keskiverto. Merituuli on antanut paljon minulle. Sen, että olen ihan hyvä tällaisena. Se riittää.

Ja ylipäänsä arjessa on paikka mistä kysyä apua ongelmatilanteessa. Eikä ongelmien tarvitse olla pilven korkuisia, vaikka se sillä hetkellä siltä tuntuisikin. Kaikesta selviää. Ihan oikeasti. Olen itse helposti hysteerinen ongelmatilanteissa. Valitettavasti siihen ei ole lääkitystä. Heikko hermorakenne on ja pysyy. Tosin joskus kun katsoo tilannetta eri kulmasta se voi olla todella koominenkin.

Olen kantanut tyhjiä pahvilaatikoita, se oli todella korkea pino, en nähnyt eteen kunnolla. Olin muuttamassa, siksi hain lähikaupasta ne. Mopoautoillevat teinipojat kuvasivat kännyköillä minua, sillä ”tuo ämmä kävelee pian seinää päin” ja mummeli rollaattoreineen kysyi, että tarvitsenko apua.

Merituuli ei jätä sinua yksin. Yksin olisin ilman tätä paikkaa. En olisi tässä kunnossa kirjoittamassa tätä tai kirjaprojektiani, jos mitään tällaista paikkaa ei olisi. Tämä on todella hyvää vastapainoa fantasiakirjan kirjoittajan arjessa, ei jää mielikuvitusmaailmaan roikkumaan.

- Merituulen asiakas



SOSIAALISEN TUEN KESKUS

teema: moniammatillisuus • sosiaalinen kuntoutus • vertaistuki • kohderyhmä: mielenterveyskuntoutujat • vaatii muutoksia rakenteisiin

1. TAVOITE

Miten kehittää mielenterveyskuntoutujien avohuollon tukitoimia ja näin vähentää laitospalveluiden ja erikoissairaanhoidon tarvetta? Tähän tarpeeseen vastataksemme perustimme sosiaalisen tuen keskus Merituulen. Toiminnalla mahdollistamme mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sosiaalisen kuntoutumisen. Kohderyhmämme ovat aikuisikäiset mielenterveys- ja päihdekuntoutujat, laitos- ja palveluasumisesta kotiutettavat sekä muut sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat henkilöt.

2. MITÄ, MITEN?

Merituuli on matalan kynnyksen ammatillisesti ohjattu paikka, jonne asiakas ei tarvitse lähetettä. Toiminta on asiakkaalle maksutonta. Merituulen asiakkuus alkaa usein tutustumiskäynnillä sosiaali- tai terveysalan työntekijän kanssa. Merituulesta on mahdollista saada ammatillista tukea ja vertaistukea sekä osallistua ryhmätoimintoihin, retkille ja asiantuntijoiden luennolle. Lisäksi tukitoimina tarjotaan ohjauspuheluita, ohjauskeskusteluita sekä kotikäyntejä. Merituulella voi ruokailla ja kahvitella edullisesti, ja siellä voi jutella toisten kanssa, lukea lehtiä, katsoa tv:tä tai vaikka pelata korttia. Suurelle osalle asiakkaista tehdään yksilöllinen palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma.

Miten kehitetään palvelukokonaisuutta niin, että asiakas tulee kuntoutuksen avulla toimintakykyisemmäksi ja pystyy esimerkiksi aloittamaan harrastuksen, käymään yleisissä tapahtumissa tai palaamaan työelämään?

3. MITÄ VAATI?

Merituulen toiminta on osa kaupungin tuottamia sosiaalipalveluja ja toimii yhteisissä, monimuotoisissa tiloissa kaupungin työtoimintakeskuksen kanssa. Teemme yhteistyötä kaupungin eri yksiköiden, kolmannen sektorin ja kokemusasiantuntijoiden kanssa. Asiakkaan kirjallisella suostumuksella työntekijät voivat kirjata ja perehtyä asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon tietoihin.

4. MITÄ OPIMME?

Merituulen ammatillisen tukitoiminnan monipuolisuus mahdollistaa kuntoutumisen sekä elämänlaadun kokonaisvaltaisen kohentamisen. Toimintaa pitää suunnitella ja toteuttaa asiakaslähtöisesti, jotta asiakkaat osallistuvat siihen. Toiminnan järjestely pitää olla joustavaa ja sen on muokkaututtava tarpeen mukaan. Sosiaalisen kuntoutuksen ja työtoiminnan yhdistäminen saman katon alle on toimiva käytäntö. Jatkossa tulee pohtia, miten autetaan asiakkaita, joiden kotona lähteminen on vaikeaa.

» AVAINASIAKKAAT TERVEYDENHUOLLOSSA

Asiakas voisi kuvata elämänsä virikkeettömäksi ja sairaalloiseksi. Jäätyään eläkkeelle pankkivirkailijan työstään hänen tärkeät sosiaaliset kontaktinsa vähenivät, sillä hänellä ei työn ulkopuolella ollut ystäviä tai harrastuksia. Eri paikkakunnalla asuvat lapset käyvät harvoin, ja lukuisat harrastukset pitävät puolison kiireisenä, mikä saa hänet tuntemaan itsensä yksinäiseksi. Asiakas viettääkin paljon aikaa yksin pariskunnan kerrostaloasunnossa neljän seinän sisällä. Ilman seuraa ei tee mieli lähteä ulos, ja yksin on vaikea edes kuvitella aloittavansa mitään harrastusta.

Verenpainetauti on kurissa lääkityksellä, mutta moninaisten vatsaoireiden syy ei sitä vastoin ole selvinnyt. Asiakas joutuukin käymään usein erikoissairaanhoidossa. Lisäksi hän käy viikoittain terveysasemalla lääkärin ja hoitajien vastaanotolla hoidattamassa erilaisia oireitaan. Yleinen huonovointisuus ja vaihtelevat oireet tuovat hänet usein päivystykseen.

Asiakkaan kohdannut terveydenhoitaja luonnehti, että "vaikea sanoa mistä hänen oireensa johtuvat, kyllä hän on selvästi avun tarpeessa, mutta haastavaa keksiä, miten voisin häntä auttaa".

- nainen, 62 vuotta

» PALVELUIDEN SUURKÄYTTÖ TERVEYDENHUOLLON HAASTEENA

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON palveluprosessit eivät vastaa kaikkein vaikeimmissa asemassa olevien tai paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden tarpeita. Perusterveydenhuollon asiakkaiden ongelmien määrät ovat moninaistuneet ja vaikeutuneet. Eniten terveyspalveluja käyttävillä asiakkailla on usein monia sairauksia, hoitokontakteja sekä eriasteisia psykososiaalisia vaikeuksia, osattomuutta ja toimintakyvyn haasteita eri elämänalueilla. On arvioitu, että noin 10 % asiakkaista aiheuttaa 80 % terveyspalveluiden kustannuksista (Leskelä, R-L. ym. 2012). Tämä oli lähtökohdaksi Porin ja Salon kehittämisosioille, joissa tarkoitus oli kehittää paljon palveluita käyttävien asiakkaiden hoitoa. Tavoitteena oli löytää keinoja riskiasiakkaiden tunnistamiseen, palveluiden suurkäyttöön puuttumiseen sekä ennaltaehkäisyyn.

Terveyspalveluiden suurkäyttö kytkeytyy myös hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoiseen jakautumiseen. Terveyspalveluiden haasteena on tuottaa enemmän terveyshyötyä ja hyvinvointia juuri heikoimmassa asemassa oleville kansalaisille. On huomioitava, että terveysongelmien kanssa kamppailevat ja erityisesti pitkäaikaisesti toimintakykyä heikentäviä sairauksia sairastavat ja päihdeongelmaiset ovat vaarassa päätyä heikompaan sosiaaliseen asemaan. Niin ennaltaehkäisevässä kuin korjaavassa työssä asian tiedostaminen ja siihen panostaminen tulee olla yhtenä painopisteenä. Käytännön työssä tämä tarkoittaa entistä kokonaisvaltaisemman hoidon mallia ja myös entistä tiiviimpää palvelu- ja organisaatorajat ylittävää yhteistyötä.

Terveyspalvelujen suurkäyttöön liittyvää problematiikkaa on tarkasteltu Porin kehittämisosiossa. Hankkeen alkuvaiheen tilastollisessa tiedonkeruussa selvitettiin Porin perusturvan yhteistoiminta-alueen terveyspalveluiden suurkäyttäjiä. Tarkasteluun valikoitui 10 % eniten palveluita käyttäviä yli 18-vuotiaita. Tarkastelu kohdistui avosairaanhoidon lääkäri- ja sairaanhoitajakäynteihin kahtena peräkkäisenä vuotena 2012 ja 2013.

Tarkastelussa pyrittiin saamaan esiin ne asiakkaat, joiden kohdalla terveyspalveluiden runsas käyttö oli pysyvä ilmiö, eikä se liittynyt esimerkiksi raskauden seurantaan tai muuhun toistuvia hoitokäyntejä vaativan tilanteen tai sairauden hoitoon. Tilastokoonneista saatua tietoa täydennettiin lisäksi haastattelemalla lääkäreitä, terveyden- ja sairaanhoitajia ja asiakkaita. Haastattelumäärät olivat pieniä ja niiden tarkoitus oli saada kehittämistyön tueksi tarvittavaa suuntaa antavaa tietoa käsillä olevasta ilmiöstä. Tiedonkeruun tuloksena Porin kehittämisosiossa tunnistettiin kohderyhmää yleisesti kuvaavia piirteitä. Suurkäyttäjien tai riskiasiakkaiden sijaan Porin kehittämisosiossa kohderyhmästä käytetään termiä avainasiakkaat.

Myös Salon kehittämisosiossa on kehittämistyön alkuvaiheessa tarkennettu lähtötilannetta ja käsillä olevaa haastetta. Vuonna 2010 Salossa PYLL-indeksin (kuvaavaa ennen 70 ikävuotta menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä) avulla toteutetussa väestön terveydentilan mittauksessa nousi esille alkoholiperäisten sairauksien ja alkoholimyrkytysten suuri osuus

ennenaikaisesti menetetyissä elinvuosissa Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden määrä on jatkuvasti kasvanut Salon terveysaseman asiakaskunnassa. Haasteena on asiakkaiden moniongelmaisuus, minkä selvittämiseen terveysaseman henkilökunnalla ei ole riittävästi edellytyksiä eikä resursseja. Kun tilanteeseen ei ehditä paneutua, hoito ei tuota asiakkaalle terveyshyötyä eivätkä asiakkaat koe saavansa tarvitsemaansa apua, minkä seurauksena vastaanotolle palataan uudelleen. Lisäksi on havaittu, että ongelmat "valuavat" jo ennestään ruuhkautuneeseen terveyspalveluiden päivystykseen.

Kehittämistyön lähtökohdaksi otettiin terveyshyötymalli. Terveyshyötymallin keskeisenä ajatuksena on terveyshyödyn tuottaminen, asiakkaan aktiivinen osallistuminen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen ja asiakkaan tukeminen, jotta edellä kuvattuja ongelmia voidaan vähentää. Yksilökohtainen ohjaus ja omahoidon tukeminen on vuorovaikutustyötä, jossa asiakkaan elämäntilanne, psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi huomioidaan kokonaisuutena.

Molemmassa kehittämisosiossa lähtöajatus on ollut, että kehitetään terveysasemien jo olemassa olevaa toimintaa siihen suuntaan, että se vastaisi paremmin kohderyhmän tarpeisiin. Porissa painopiste on ollut keskeisten hoitotyön periaatteiden esiin nostamisessa, monitoimijaisessa yhteistyössä, ennaltaehkäisyn näkökulmassa ja asiakkaan hyvinvoinnin tekijöiden kokonaisvaltaisessa huomioidossa. Salossa painopiste on ollut asiakasvastaavatoiminnassa ja monialaisessa yhteistyössä.

» Jenni Hartikainen, Elina Peltonen & Marika Riihikoski

» TERVEYSHYÖTYMALLI

- » Chronic care model, CCM (Wagner ym.)
- » Pitkäaikaissairauksien hoito on sairaus- ja lääkärikeskeistä ja reaktiivista, jossa korostuu diagnostisen informaation antaminen.
- » Pitkäaikaissairauksien hoidossa kiireiset ammattilaiset eivät kykene ottamaan käyttöön hoitosuosituksia, minkä vuoksi hoidon koordinointi ja seuranta eivät toteudu, eivätkä potilaat saa riittävästi tukea omahoitoonsa.
- » Terveyshyötymallin keskeisenä ajatuksena on ottaa asiakas mukaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen.
- » Hoidossa huomioidaan asiakkaan hyvinvointiin vaikuttavat psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät.
- » Keskiössä ovat voimaantunut, oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen aktiivisesti osallistuva asiakas sekä osaava, valmistautunut ja ennakoiva moniammattillinen hoitotiimi.
- » Asiakkaalle tarjotaan monipuolisia omahoitoa tukevia keinoja.
- » Suomessa muun muassa Potku-hanke on kehittänyt terveyshyötymallin perustuvia ratkaisuja terveydenhuoltoon Väli-Suomessa vuosina 2012–2014.

» AVAINASIAKKAAT

- » Porissa noin 2100 asiakasta, joilla kahtena peräkkäisenä vuonna yli yhdeksän lääkäri-/tai hoitajakäyntiä.
- » Käyttävät toistuvasti terveyspalveluja ilman, että kyse on selkeästi tietyn sairauden hoitoon liittyvistä tarpeenmukaisista käynneistä.
- » Useita eri sairauksia ja/tai oireita.
- » Huoli omasta terveydestä ja matala kynnyksen hakeutua terveyspalveluihin lievistäkin oireista.
- » Palveluiden ja hoidon suunnittelemattomuus ja koordinoimattomuus puute.
- » Asiakkailla voi olla elämässään erilaisia vaikeuksia ja haasteita, joiden huomiotta jättäminen terveyspalveluissa saattaa johtaa avainasiakkuuteen.



» PORIN KEHITTÄMISOSIO AVAINASIAKKAILLE KOKONAISVALTAISTA HOITOA

PILOTOINNISTA saatujen kokemusten, asiakkailta saadun palautteen sekä koulutusten ja vertailukehittämisen myötä Porissa on kehitetty Kokonaisvaltaisen hoidon -malli terveysasemille. Mallin kehittämistyössä keskeistä oli myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista kootun kehittämiin työskentely. Kokonaisvaltaisen hoidon malli nostaa esiin keskeisiä hoitotyön periaatteita, kuten asiakkaan yksilöllisyyden, omatoimisuuden, turvallisuuden ja oikeudenmukaisuuden. Malli huomioi asiakkaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin. Toiminta korostaa myös sitä, että terveydenhuollon ammattilaisten tekemän työn tulee olla suunnitelmallista ja ennaltaehkäisevää. Ammattilaisten tehtävänä on miettiä, mitä he voivat asiakkaan hyväksi tehdä, mutta samanaikaisesti pohtia myös sitä, mitä asiakas itse kykenee oman hyvinvointinsa edistämiseksi tekemään. Keskeistä on asiakkaan kuunteleminen ja osallistaminen mukaan omaan hoitoonsa.

Kokonaisvaltaisen hoidon malli vastaa tietyiltä osin asiakasvas- taavatoimintaa. Kuitenkin verrattuna Salossa toteutettavaan malliin, kokonaisvaltaisen hoidon malli korostaa enemmän toiminnan ennaltaehkäisevää luonnetta. Toiminnan tulee olla riskiasiakkaita tunnistavaa, jotta tilanteisiin voidaan puuttua ennen asiakkaan ongelmien moninaistumista ja palvelujen käytön lisääntymistä. Lisäksi kokonaisvaltaisen hoidon mallin va-

lintaan Porissa vaikutti se, että mallissa korostuvat omahoidon vahvistaminen, motivointi ja voimavaralähtöisyys. Näillä keinoil- la asiakas saadaan mukaan oman hoitonsa suunnitteluun.

HOITOPROSESSI

Hoitoprosessissa keskeistä on, että hoitotyöntekijä pysyy prosessin aikana samana. Lisäksi merkittävää on, että asiakkaan vastaanottokäynneille on varattu riittävän pitkä aika. Kokemuksen mukaan riittävä vastaanottoaika alkukartoitukselle on noin 60 minuuttia. Nämä ovat asioita, jotka nousivat tiedonkeruun aikana esiin sekä henkilökunnan että asiakkaiden puolelta. Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja pystyy tekemään alkukartoituksen ja hoitosuunnitelman hoitotyön osalta. Tilanteen mukaan lääkäri täydentää sitä lääketieteellisen hoidon osalta.

Kokonaisvaltaisen hoidon malli koostuu kolmesta eri vaiheesta: alkukartoituksesta, hoitosuunnitelmasta sekä seurannasta. Keskeistä kaikissa kolmessa vaiheessa on omahoidon tukeminen, siihen motivoiminen sekä monitoimijainen yhteistyö. Monitoimijaisella yhteistyöllä tarkoitetaan asiakkaan tarpeista lähtevää ja niihin perustuvaa yhteistyötä hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Yhteistyö eri tahojen kanssa tarkoittaa paitsi yhteistyötä terveysaseman sisällä myös yhteistyötä omaisten, kolmannen sektorin toimi-

joiden ja kaupungin muiden toimijoiden, esimerkiksi sosiaali- toimen kanssa.

Asiakkaat voivat ohjautua palvelun piiriin terveysasemilta, sairaalapalveluista, yhteispäivystyksestä, oman yhteydenoton perusteella tai muusta palvelukontaktista. Tavoitteena on, että terveyspalveluiden piirissä tunnistetaan ne asiakasryhmät, jotka selkeästi hyötyisivät kokonaisvaltaisen hoidon mallista. Ennen ensimmäistä käyntiä asiakas saa täytettäväkseen oma- hoitolomakkeen, jonka tarkoituksena on motivoida asiakasta pohtimaan omaa tilannettaan jo ennen vastaanottoa. Samalla omahoitolomake toimii muistilistana, jotta asiakkaalle tärkeät asiat otetaan vastaanotolla varmuudella puheeksi. Lomakkeen kysymykset toimivat hyvin myös ensimmäisen tapaamiskerran keskustelun runkona palvelun näin myös ammattilaista. Alkukartoituksessa kiinnitetään huomiota asiakkaan omaan näkemykseen tilanteestaan ja kartoitetaan ne asiat, jotka vaikuttavat asiakkaan hyvinvointiin ja arjessa pärjäämiseen. Kartoituksessa pyritään huomioimaan kokonaisvaltaisesti asiakkaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvät tekijät. Tärkeää on, että alkukartoitukseen varataan riittävästi aikaa ja kiinnitetään huomiota laadukkaaseen kohtaamiseen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyymiseen.

OMAHOIDON TUKEMINEN

OMAHOITOKAAVAKE

- asiakas täyttää ennen ensimmäistä käyntiä
- oman tilanteen pohdinta
- toimii asiakkaan muistilistana, keskustelun runkona



ALKUKARTOITUS

- mihin asiakas haluaa muutosta, millä osa-alueilla hän on valmis tekemään muutoksia?
- tapaaminen 60-90 min/1-2 krt
- kartoitetaan asiat, jotka vaikuttavat asiakkaan kokemaan hyvinvointiin, arjessa pärjäämiseen
- arvioidaan tarve koota hoitotahot yhteen



HOITOSUUNNITELMA

- lähtökohtana asiakkaan määrittelemät tavoitteet
- ammattilainen auttaa tavoitteiden asettamisessa, jotta ne ovat riittävän konkreettisia ja realistisia
- isommat tavoitteet voidaan jakaa välitavoitteisiin
- määritellään keinot



SEURANTA

- asiakkaan tarpeen mukaan, esim. seuranta- käynnit, puhelinsoitot
- tavoitteena vahvistaa hyvinvointia niin, että seurantakontaktien tarve ajan myötä vähenee

YHTEISTYÖ ERI TOIMIJOIDEN KANSSA



Alkukartoituksen jälkeen asiakkaalle laaditaan hoitosuunnitelma, jonka lähtökohtana ovat asiakkaan itse määrittelemät, realistiset ja riittävän konkreettiset tavoitteet. Ammatillaisen tehtävänä on auttaa asiakasta tavoitteiden määrittelyssä. Suunnitelmassa määritellään myös keinot, joilla tavoitteisiin on tarkoitus päästä, sovitaan vastuunjaosta ja seurannasta. Lääketieteellisen ja hoidollisen tuen lisäksi muutosta tukevat myös muut keinot, jotka ovat saatavilla terveydenhuollon palveluiden ulkopuolelta. Nämä keinot tukevat esimerkiksi osallisuuden lisääntymistä ja yksinäisyyden vähenemistä edistäen kattavasti hyvinvoinnin paranemista. Hoitosuunnitelma tekee nimensä mukaisesti hoidosta suunnitelmallisempaa.

Hoitosuunnitelmaa laadittaessa ammattilainen voi tarjota asiakkaalle esimerkiksi Hyvinvoinnin aakkoset -kurssia. Kurssin tavoitteena on asiakkaan osallisuuden vahvistaminen, vertaistuen tarjoaminen sekä mahdollisuus oman hyvinvoinnin lisäämiseen. Kurssi on suunniteltu erityisesti paljon palveluja käyttäville, mutta on avoin kaikille omasta hyvinvoinnistaan kiinnostuneille. Kurssin aiheina ovat muun muassa arjen hallinta, elinvoimaa elämästä, aivoterveys ja muisti, ravitsemus ja ruoanlaitto, liikunta, kulttuuri, ihmissuhteet sekä järjestö- ja vapaaehtoistoiminta (lisätietoa ks. s. 47, 86).

Seuranta voidaan järjestää asiakkaan tarpeen mukaan joko vastaanottokäynteinä tai tikupuheluinä. Tavoitteena on tukea asiakasta oman hoitosuunnitelmansa toteuttamisessa ja hyvinvoinnin vahvistamisessa. Päämääränä on, että seuranta-kontaktien tarve ajan myötä vähenee.

MITEN ONNISTUIMME?

Kokonaisvaltaisen hoidon malli on yksi keino vaikuttaa terveyspalveluiden suuren käyttöön. Mallin toteuttaminen ei vaadi uusia resursseja vaan se on kehitetty osaksi hoitajien perustehtävää. Kokonaisvaltaisen hoidon malliin keskeisesti kuuluva yksilökohtainen ohjaus ja omahoidon tukeminen on kohtaavaa vuorovaikutustyötä, jossa asiakkaan elämäntilanne, psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi huomioidaan kokonaisuutena. Tällainen työote sopii hyvin hoitotyön ammattilaisille. Mallin käyttöönotto nostaa esiin hoitotyön osaamista ja toisaalta vahvistaa sen roolia terveyspalveluiden suuren käyttäjien ja riskiryhmien hoitoprosessissa.

Pilotoinnista saatujen kokemusten perusteella kohderyhmän ongelmat eivät useinkaan ole yksinomaan lääketieteen keinoin hoidettavia. Hoitotyön keinoilla pystytään monesti tarjoamaan paremmin asiakkaiden tarpeeseen vastaavaa tukea ja apua. Toisaalta asiakkaiden tarpeet ovat osoittaneet sen, että asiakasta voidaan auttaa yhtäläillä sosiaalityön tai kolmannen sektorin keinoilla. Mallin toteutuksessa hoitajalla on oltava riittävä valmius huomioida laajasti muut hyvinvointipalvelut sekä kolmannen sektorin palvelut ja tehdä tarpeen mukaan monitoimijaisia yhteistyötä. Vastaanottotilanteessa hoitajan tarvitsee olla läsnä, antaa aikaa ja kuunnella asiakasta, olla aidosti kiinnostunut asiakkaasta.

Merkittävä tekijä mallin toteuttamisessa on ajankäyttö. Perinteisessä terveysasematyössä sairaanhoitajan vastaanottoaika on 20-30 minuuttia. Pilotoinnista saatujen kokemusten perusteella tämä aika on riittämätön asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen kartoittamiseen. Tärkeää on, että kohtauvalle, laadukkaalle ja suunnitelmalliselle hoitotyölle varataan riittävästi aikaa perusterveydenhuollossa. Vastaanottoaikojen joustamattomuus, riittämättömyys ja terveysasemapaalveluiden painottuminen lääkärivetoiseen ja päivystykselliseen vastaanottotyöhön on esteenä kokonaisvaltaisen hoidon mallin käyttöönotolle. Lisäksi mallin käyttöönotto vaatii tuekseen koko työyhteisön sitoutumisen uudenlaisen toimintatapaan.

Kokonaisvaltaisen hoidon mallin pilotoinnilla on pystytty osoittamaan yksittäisten asiakkaiden kohdalla hyvinkin positiivisia muutoksia hyvinvoinnissa ja palveluiden käytössä. Selvää on, että terveysasemien päivystysluonteinen toimintatapa ei vastaa paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tarpeita. Nopea-tempoinen ja oirekeskeinen kohtaaminen pahimmillaan jopa lisää terveyspalveluiden käyttöä.

Toimintamallin käyttöönotossa on ollut haasteita. Toiminnan vaikuttavuuden osalta tarvitaan ymmärrystä siitä, että vaikuttavuutta ei pystytä arvioimaan suoritteiden määrällisellä mittauksella. Malli lisää sairaanhoitajien ajankäyttöä etenkin prosessin alkuvaiheessa ja vaatii näin ollen myös resurssien uudenlaista kohdentamista. Tarvittavat jatkoajat voivat useimmiten olla jo lyhyempiä. Satsaus kuitenkin kannattaa, koska mallin mukaisen toimintatavan käyttöönotolla asiakkaiden terveyspalveluiden tarve vähenee ja terveyspalveluiden suuren käyttöä pystytään ehkäisemään ja vähentämään.

» Elina Peltonen & Marika Riihikoski

Mikä yleensä helpottaa oiretta? Voisitko kuvitella lisääväsi sellaista toimintaa, josta saat hyvinvointia? Onko tämä sellainen suunnitelma, johon me voimme yhdessä sitoutua?

- omahoidon näkökulma

- » Kokonaisvaltaisen hoidon malli on uudenlainen tapa järjestää perusterveydenhuollon palvelua. Malli on aidosti asiakkaan tarpeista lähtevä. Mallissa yhdistyy hoitajavetoisuus ja asiakasvastaavamalli sekä nimensä mukaisesti asiakkaan kokonaisvaltainen huomiointi.
- » Mallin pilotoinnin aikana havaittiin, että asiakkaan hoito selkity ja tulee suunnitelmallisemmaksi, minkä lisäksi käynneillä on saavutettu terveyshyötyä.
- » Pilottiin osallistuneiden asiakkaiden kohdalla on tapahtunut muutoksia asiakkaan hyvinvoinnissa ja palveluiden käytössä.
- » Yksittäisten asiakkaiden kohdalla on pystytty ehkäisemään palveluiden suuren käyttöä.
- » Hoitohenkilökunnalle on laadittu koulutussuunnitelma osaamisen vahvistamiseksi.
- » Hyvinvoinnin aakkoset -kurssi on monipuolistanut terveyspalveluiden palveluvalikkoa.
- » Mallin käyttöönottoon on sitouduttu päättäjien tasolla. Muutoksen läpivieminen edellyttää vielä lisätyötä henkilöstön kaikilla tasoilla.



HYVINVOINNIN AAKKOSET -KURSSI ON MONIPUOLISTANUT PALVELUVALIKKOA.



KOKONAISVALTAINEN HOITO

teema: toimintamalli • vastuutyöntekijä • palveluohjaus • kohderyhmä: paljon palveluita käyttävät • vaatii työtapojen muutosta

1. TAVOITE

Paljon palveluita käyttävien hoidossa on usein mukana paljon eri tahoja, mutta kukaan ei ota täysin vastuuta asiakkaan hoidosta tai edes näe kokonaiskuvaa. Mitä keinoja voimme kehittää näiden asiakkaiden tunnistamiseksi, terveyspalveluiden suurenkäyttöön puuttumiseksi ja sen ennaltaehkäisemiseksi? Miten pystymme tarjoamaan asiakkaille oikea-aikaista ja oikeinmitoitettua hoitoa oikeassa paikassa? Näihin haasteisiin vastaamiseksi kehitimme terveysasemilla aikuisvastaanotto-työtä tekeville sairaan- ja terveydenhoitajille kokonaisvaltaisen hoidon toimintamallin.

2. MITÄ, MITEN?

Kokonaisvaltaisen hoidon toimintamallissa asiakas ohjautuu terveyskeskusavustajan, sairaan-, terveydenhoitajan, lääkärin tai suoran yhteydenoton kautta vastaanotolle, jossa tehdään kokonaisvaltainen alkukartoitus (1–2 kertaa 60–90 minuuttia tarpeen mukaan). Kartoitettavat asiat ovat sairaudet, lääkitykset, hoitoon osallistuvat tahot, sosiaalinen verkosto, asuminen ja taloudellinen tilanne, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, kokemus omasta hyvinvoinnista ja arjesta selviytymisestä sekä asiakkaan voimavarat ja motivaatio omahoitoon. Ennen vastaanottoa asiakas täyttää lisäksi omahoitokaavakkeen. Tapaamisen yhteydessä pohditaan, onko asiakkaan hoitoa varten tarvetta luoda moniammatillinen tiimi sekä tehdään hoito- ja hyvinvointisuunnitelma ja sovitaan seurannasta.

3. MITÄ VAATII?

Jotta toimintamallin mukaista työtä voidaan toteuttaa, pitää

sairaan- ja terveydenhoitajien olla valmiita omaksumaan uudenlaisen ja kokonaisvaltaisen työote. Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kohtaaminen, ennaltaehkäisevä työote, hoidon tarpeen kokonaisvaltainen arviointi sekä kokonaisvaltainen hoidon toimintamalli vaativat monipuolista ammattitaitoa. Lisäksi terveyskeskusavustajilta ja lääkäreiltä vaaditaan osaamista paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ja palveluun ohjaamiseen. Mallin mukaisen työtavan omaksumiseksi ja ammattitaidon lisäämiseksi me palkkasimme hankkeeseen työntekijöitä. Palkatut sairaanhoitajat työskentelivät eri terveysasemilla toimintamallin mukaisesti jakaen omaa osaamistaan ja toimien esimerkkinä muille. Toimintamallin mukaiseen työotteeseen kuuluvat myös erilaiset yhteisvastaanotot muiden ammattilaisten kanssa. Esimerkiksi palkatut työntekijät osallistuivat psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolle, jolloin heille tuli tutuksi myös mielenterveysasiakkaan kohtaaminen.

4. MITÄ OPIMME?

Uusien toimintamallien juurruttamiselle on varattava riittävästi aikaa, jotta toiminta omaksutaan osaksi perustyötä. Hanke itsessään ei pysty toimintaa juurruttamaan, mutta se voi tukea sitä. Hankkeella on oltava toiminta-alueen johtoportaiden sitoutuneet yhteistyökumppanit. Yksittäisen toimintatavan käyttöönotto vaatii monesti laajempaa muutosta työyhteisön kulttuurissa, toimintatavoissa ja prosesseissa.

Mitä muita keinoja on ennaltaehkäistä riskiasiakkuutta?

1. TAVOITE

Miten kehittää paljon palveluita käyttävien asiakkaiden hoitoa, ennaltaehkäistä asiakkaiden ongelmien syntyä tai niiden kasaantumista? Asiakkaiden ongelmat eivät aina ole ratkaistavissa sote-palveluiden menetelmillä, vaan tarvitaan erilaisia lähestymistapoja. Samalla asiakkaan motivoituminen ja osallistuminen omaa hyvinvointinsa edistämiseen on keskeistä. Tätä taustaa vastaan kehitimme Hyvinvoinnin aakkoset -kurssin. Kurssin tavoitteena on asiakkaan osallisuuden vahvistaminen, vertaistuen tarjoaminen sekä mahdollisuus oman hyvinvoinnin lisäämiseen. Kurssi voi olla myös osa hoitosuunnitelmaa. Tavoitteena onkin lisätä ryhmätoimintojen hyödyntämistä perusterveydenhuollon asiakastyössä.

2. MITÄ, MITEN?

Kurssin sisältö suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä eri toimijoiden kanssa, jotta hyvinvoinnin eri osa-alueet tulevat huomioitua. Kurssi on suunniteltu erityisesti paljon palveluita käyttäville, mutta on avoin kaikille omasta hyvinvoinnistaan kiinnostuneille. Kurssin aiheina ovat muun muassa arjen hallinta, elinvoimaa elämästä, aivoterveys ja muisti, ravitsemus ja ruoanlaitto, liikunta, kulttuuri, ihmissuhteet sekä järjestö- ja vapaaehtoistoiminta. Jotta kurssille olisi mahdollisimman matala kynnys osallistua, ja jotta osallistuminen olisi kaikille mahdollista, kurssimaksu on vain muutaman euron.

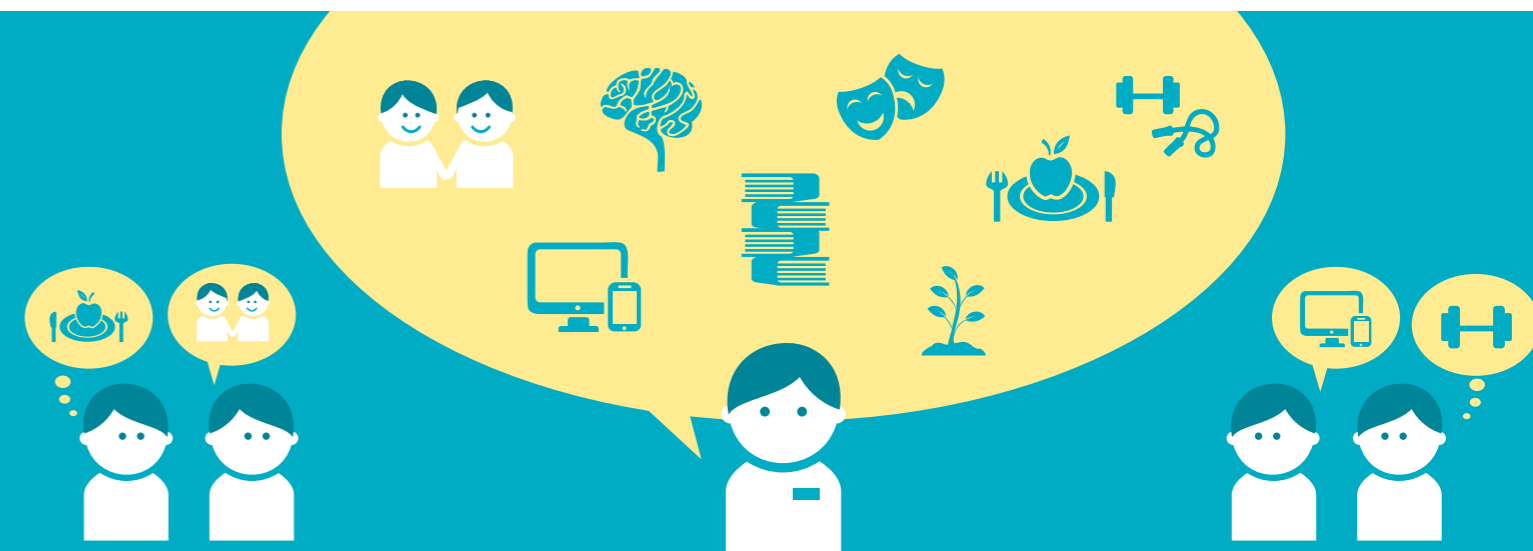
3. MITÄ VAATII?

Sisällöltään monipuolisen hyvinvointikurssin järjestäminen edellyttää laajaa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Kurssisisältöjen kehittämisessä kuunnellaan asiakasraatia.

4. MITÄ OPIMME?

Kokemuksemme mukaan kurssi on vastannut hyvin tarpeeseen, sillä kurssi on saanut hyvää palautetta osallistujilta. Kuitenkin työikäisten ja ikäihmisten toiveet ja tarpeet kurssisisällöistä vaihtelevat sen verran, että päätimme järjestää jatkossa eri kohderyhmille omat kurssit. Näin kurssikerroilla pystytään syventymään vielä paremmin kohderyhmän tarpeista lähteviin aihealueisiin. Kurssilaisten antaman palautteen mukaan he olivat erittäin tyytyväisiä kurssin monipuolisuuteen. Hyödyllistä oli, että kurssi piti sisällään useita hyvinvointiin vaikuttavia asioita ja lisäsi osallistujien tietoa siitä, millä tavalla ja missä omaa hyvinvointia voi edistää. Lähes kaikki kurssille osallistujat kokivat oman hyvinvointinsa lisääntyneen kurssin aikana, jopa erittäin paljon. Erityisesti koettiin mielenhyvinvoinnin lisääntyneen. Osa kurssilaisista on rohkaistunut lähtemään mukaan kolmannen sektorin toimintaan.

Millä muilla keinoilla voit lisätä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin välillä asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseksi?



HYVINVOINNIN AAKKOSET

teema: työkalu • vertaistuki • palveluohjaus • arjen tuki • kohderyhmä: paljon palveluita käyttävät • kaikki hyvinvoinnistaan kiinnostuneet • vaatii yhteistyötahojen kartoittamista sekä kurssisisältöjen suunnittelua

TUKEA HYVINVOINTIIN ASIAKASVASTAAVALTA

SALOSSA hankkeen kehittämistyöllä lähdettiin hakemaan ratkaisua terveyspalvelujen suurkäyttöön ja runsaaseen päivystyksellisten käyntien määrään. Tavoitteena oli kehittää toimintamalli, mikä mahdollistaisi asiakkaan kokonaistilanteen huomioinnin, palvelujen uudenlaisen koordinoimisen ja lääkäreiden työpanoksen tarkoituksenmukaisemman kohdentumisen. Päämääränä on paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kokonaistilanteen parempi hallinta, päällekkäisen työn väheneminen, päivystyskäyntien väheneminen, kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen, asiakkaan voimaantumisen ja terveyshyödyn tuottaminen.

Ratkaisua lähdettiin hakemaan terveyshyötymalliin pohjautuvasta asiakasvastaava-toiminnasta. Asiakasvastaava-toimintamalli rakennettiin niin, että se soveltuu mielenter-

veys- ja päihdeasiakkaiden lisäksi myös monisairaille ja muille paljon palveluita käyttäville asiakkaille. Malli luotiin aikaisempaan tietoon, tutkimuksiin sekä asiakkailta ja henkilökunnalta kerättyihin kokemuksiin perustuen.

Asiakasvastaava toiminnan lähtökohtia ovat kokonaisvaltaisuus, asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa, asiakkaan vahvuuksien ja elämässä pärjäämisen keinojen löytäminen, sopeutuminen ja oireiden hallinta. Asiakasvastaava toiminnassa pyritään vastuuttamaan asiakasta omaan hoitoonsa ja omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Asiakasvastaavana toimivan ammattihenkilön tehtävä on tukea asiakasta voimavarojen ja haasteiden tunnistamisessa, muutostavoitteiden asettamisessa, omahoidossa ja vastuunotossa. Lisäksi asiakasvastaavan tehtävänä on suunnitella ja koordinoita asiakkaan tarvitsemaa

hoito- ja palvelukokonaisuutta. Asiakkaan tarpeen mukaan prosessiin kuuluu verkostoyhteistyö ja moniammatillisen tiimin toiminta.

ASIAKASVASTAAVAMALLI

Asiakasvastaava-toimintamalli Salossa perustuu palveluohjauksen prosessiin, joka muodostuu palveluohjauksesta sopimisesta, lähtötilanteen ja palvelutarpeen selvittämisestä, tavoitteiden asettamisesta, mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen kartoittamisesta, terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisesta, hoidon ja tukitoimenpiteiden toteutuksesta, koordinoinnista ja seurannasta sekä palvelusuhteen päättämisestä.

Hoitoprosessissa keskeisenä tekijänä on asiakkaan pääsy palveluun matalan kynnyksen periaatteella. Yhteistyö asiakasvastaavan kanssa käynnistyy joko heti ensikontaktissa tai asiakas ohjataan eteenpäin ammattihenkilölle, jolla on tilanteeseen nähden parhaimmat edellytykset ottaa kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilanne haltuun. Tärkeää on, että asiakasvastaavana toimivalla ammattihenkilöllä on mahdollisuus käyttää aikaa kokonaisvaltaiseen kartoitukseen ja asiakkaan tilanteen selvittämiseen. Lisäksi asiakasvastaava voi sopia yhteisvastaanottoja muiden ammattihenkilöiden kanssa.

TILANNEKARTOITUS JA MONIAMMATILLINEN VERKOSTO

Asiakasvastaava kartoittaa kokonaistilanteen asiakkaan lähtötilanteesta ja tarpeesta riippuen. Kokonaistilanteen arvioinnissa huomioidaan asiakkaan oma kuvaus tilanteestaan. Keskuksella kartoitetaan asiat, joihin asiakas toivoo muutosta ja selvitetään asiakkaan ajankohtainen vointi ja voimavarat. Asiakkaan terveydentilaan liittyen huomioidaan muun muassa aikaisemmat sairaudet ja pitkäaikaissairaudet, käytössä olevat lääkitykset sekä terveyteen vaikuttavat elämäntapatekijät, kuten päihteet, ruokailu ja liikunta. Kartoituksessa huomioidaan myös asiakkaan psyykkisen hyvinvoinnin tekijät, kuten nukkuminen ja unirytmä, mieliala ja oirehistoria sekä sosiaalinen tilanne ja toimintakyky, kuten asumistilanne, taloudellinen tilanne, lähi-suhteet sekä koulutus- ja työelämäosallisuus. Kokonaistilanteen arvioinnin yhteydessä fyysisen ja psyykkisen terveydentilan kartoittamiseksi tehdään tarpeenmukaiset mittaukset, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset.

Tilannekartoituksen jälkeen asiakasvastaava yhdessä asiakkaan kanssa miettii palvelutarpeen ja kutsuu koolle tarvittavan verkoston. Verkostoon kuuluu asiakkaan palvelutarpeen mukainen henkilöstö, esimerkiksi sosiaalityöntekijä, päihde-työntekijä, lääkäri, omaiset tai kolmannen sektorin toimijat. Verkostopalaverin tavoitteena on tehdä yhteenveto tilanteesta, saavuttaa yhteinen ymmärrys asiakkaan tuen ja hoidon tarpeesta ja määrittää yhdessä asiakkaan kanssa hoidon tavoitteet. Lisäksi verkostossa sovitaan jatkotoimenpiteistä, seurannasta ja eri tahojen vastuualueista. Lisäksi päätetään siitä, kuka on asiakkaan vastuuhenkilö eli toimii asiakasvastaavana. Asiakasvastaavan tehtävänä on laatia asiakkaalle suunnitelma ja toimia yli hallinnon rajojen palveluiden yhteen sovittajana. Asiakasvastaava seuraa palvelujen käyttäjän tilanteen kehitystä ja muuttaa palvelukokonaisuutta tilanteen niin vaatiessa.

» KOHDERYHMÄ

- paljon palveluita käyttävät, moniongelmaiset asiakkaat, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat

» LÄHTÖKOHDAT

- paljon terveys-, sosiaali- ja päivystyspalveluita käyttävien määrä lisääntynyt
- lääkärin resurssit eivät riitä kokonaisvaltaiseen hoitoon
- asiakasta ei ole saatu sitoutettua hoitoonsa
- hoidon kokonaisuus ei ole kenenkään hallussa

» TAVOITTEET

- paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kokonaistilanteen hallinta, turhien käyntien vähentäminen
- asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen
- päällekkäisten töiden vähentäminen
- omahoidon vahvistaminen ja asiakkaan voimaantuminen, terveyshyödyn tuottaminen
- yhteistyön lisääminen toimijoiden välillä

» TOIMENPITEET

- asiakasvastaava kartoittaa asiakkaan kokonaistilanteen, palvelutarpeen sekä koordinoi tarvittavia palveluja, hoitoa ja sen toteutusta yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa
- yhteistyön työkaluina verkostopalaverit, konsultaatiot, case-työpajat, hoitosuunnitelmat ja palvelukartta
- tuetaan ja motivoitetaan asiakkaan omahoittoa, laaditaan terveys- ja hoitosuunnitelma
- reagoitetaan muutostarpeisiin

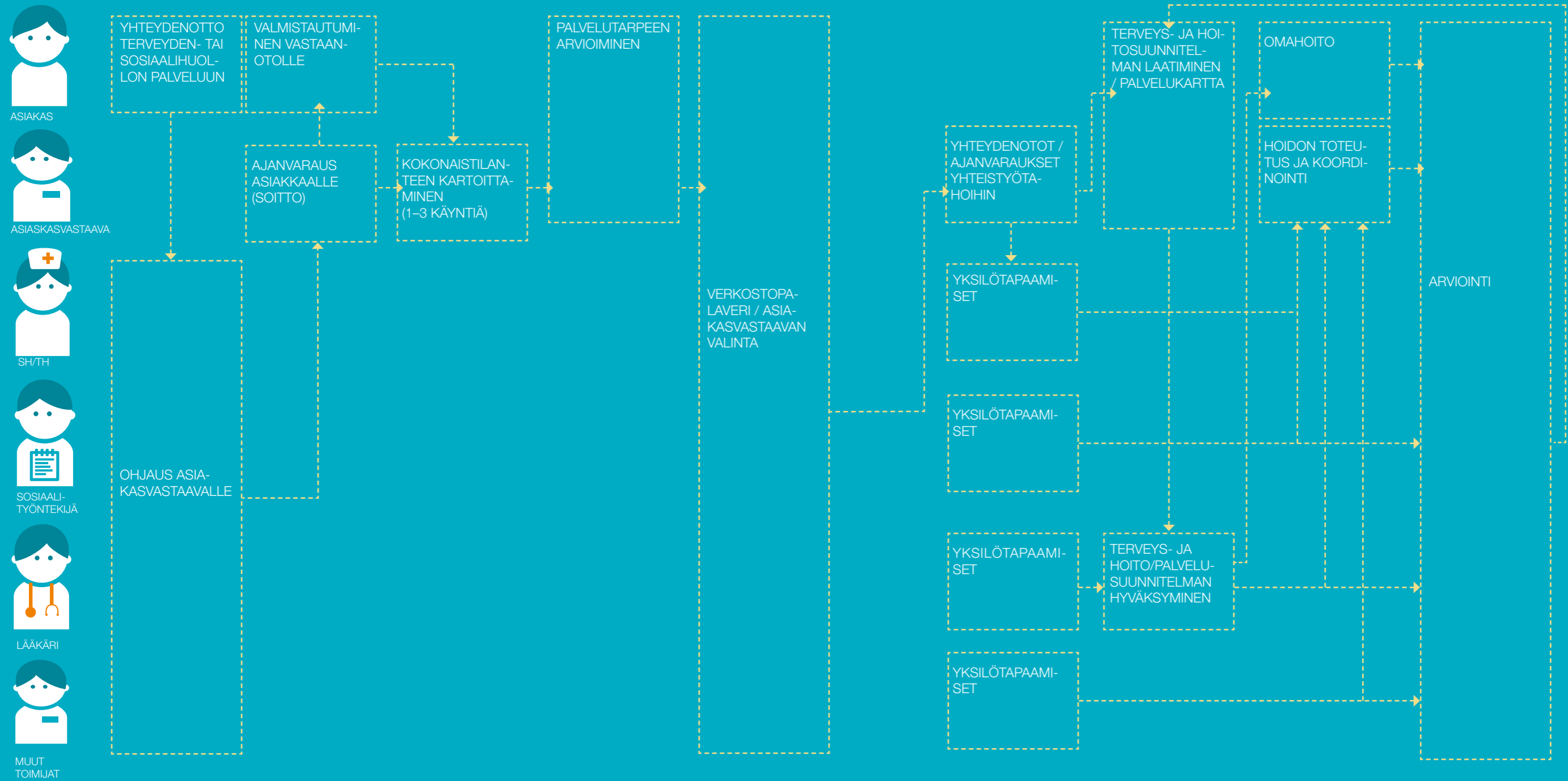
» ODOTETUT VAIKUTUKSET

- asiakkaan hyvinvointi kasvaa ja palveluprosessi tehostuu
- paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kokonaistilanne on nykyistä paremmin hallinnassa, turhien käyntien määrä on vähentynyt
- päällekkäisten töiden määrä on vähentynyt
- hoitotyön merkitys on korostunut
- erikoissairaanhoidon tarve on vähentynyt, sairaalajaksot vähenevät
- hoidon jatkuvuus paranee

» SALON ASIAKASVASTAAVAMALLI



» PALJON PALVELUITA KÄYTTÄVÄN ASIAKKAAN HOITOPROSESSI





TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA

Terveys- ja hoitosuunnitelman laatiminen on tärkeä osa asiakasvastaavamallia. Suunnitelman tavoitteena on lisätä asiakkaan osallisuutta omaan hoitoonsa, nostaa esiin konkreettisia tavoitteita, joilla asiakas voi edistää omaa hyvinvointiaan ja parantaa elämänlaatuaan. Parhaimmillaan yhteistyössä laadittava suunnitelma, jossa asiakkaan kokemat tarpeet ja tavoitteet nostetaan keskiöön, voimaannuttaa asiakasta omasta terveydestään huolehtimiseen. Suunnitelma toimii hoidon suunnittelua ja toteutusta tukevana työkaluna sekä asiakkaalle itselleen että työntekijälle. Kaikkien asiakkaan terveyttä ja kokonaistilannetta koskevien oleellisten asioiden kokoaminen yhteen suunnitelmaan tukee hoidon jatkuvuutta ja hoitotasapainoa.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on määritellyt potilaskohtaisen terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteen ja sisällön, jotta terveys- ja hoitosuunnitelmat ovat yhdenmukaisia, ja siten niitä voidaan käsitellä eri potilastietojärjestelmissä. Terveys- ja hoitosuunnitelma koostuu neljästä pakollisesta osiosta ja tarvittavista vapaaehtoista osioista. Salossa käytössä ovat seuraavat otsikot: Hoidon tarve, hoidon tavoite, hoidon toteutus ja keinot, hoidon seuranta ja muut tiedot (esimerkiksi diagnoosi ja lääkityslista). Lisäksi suunnitelmaan on hyvä laittaa vastuulääkärin ja asiakasvastaavan nimet.

ASIAKASVASTAAVA OMAHOIDON TUKIJANA

Asiakkaan hoitoprosessi jatkuu suunnitelluilla asiakasvastaavatapaamisilla ja yhteydenotoilla. Asiakasvastaava koordinoi terveys- ja hoitosuunnitelman toteutumista ja arvioi yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteiden saavuttamista. Prosessin aikana asiakkaalla voi tarpeen mukaan olla käyntejä muilla moniammatillisen verkostoon kuuluvilla ammattilaisilla. Muut tiimin jäsenet tekevät asiakaskäynneistä yhteenvedot, jotka he toimittavat asiakasvastaavalle joko paperisena tai sähköisenä palautteena. Näin asiakasvastaava pystyy koordinoimaan palveluita, tukemaan asiakkaan hyvinvointia sekä arvioimaan hoidon toteutumista. Asiakasvastaava kulkee asiakkaan rinnalla kunnes asiakkaan tilanne on parantunut ja asiakas on voimaantunut siinä määrin, että asiakasvastaava on asiakkaalle tarpeeton.

MITEN ONNISTUIMME?

Asiakasvastaava-toiminnassa lähtökohtana on moniammatillinen yhteistyö ja tiimin erilaisen osaamisen hyödyntäminen. Aikaisemmissa kehittämishankkeissa on todettu, että saman pöydän äärellä ja yhdessä asiakkaan kanssa tehdyt hoitoon ja muihin tuen tarpeisiin liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset päätökset helpottavat ammattilaisten välistä tiedonkulkua. Moniammatillisen yhteistyön rakentaminen koettiin kuitenkin mallin pilotoinnin aikana vaikeaksi. Haastavimmaksi koettiin yhteistyön rakentaminen organisaation ulkopuolelle, kun kontakteja ei ennestään ole.

Kohderyhmän asiakkailla sosiaaliseen toimintakykyyn ja elämänhallintaan liittyvät ongelmat usein korostuvat, mikä koros-

taa samalla moniammatillisen verkoston tärkeyttä. Näin ollen erityisesti yhteistyön sosiaalihuollon palvelujen ja perusterveydenhuollon välillä pitää olla sujuvaa. Tämän toteutumisessa on pilotoinnin aikana ollut haasteita.

Mallin onnistumisen kannalta keskeinen solmukohta on potilaiden tunnistaminen ja ohjaaminen asiakasvastaavan vastaanotolle. Jatkossa tuleekin pohtia keinoja, joilla lääkäreiden ja hoitajien osaamista tunnistamisessa ja vastaanotolle ohjaamisessa voidaan lisätä. Mallin käyttöönoton yhteydessä on tärkeää tiedottaa eri yhteistyötahoille asiakasvastaava-toiminnasta ja moniammatillisen yhteistyön tärkeydestä. Salossa asiakasvastaavatoiminnan kohderyhmää pyrittiin löytämään myös tietojärjestelmäajojen avulla.

Mallin käyttöön otto edellyttää myös henkilökunnan työtapojen muuttamista enemmän asiakkaan tarpeista lähteväksi, riittävä mahdollisuus verkostojen luomiseksi asiakkaan ympärille sekä terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemisen vakiintumista pysyväksi toimintatavaksi. Liian paljon olemme terveydenhuollossa oppineet tekemään yksin. Lisäksi liian usein tieto kaupungin palveluverkosta on heikko, eikä ole riittävästi tietoa minne asiakkaan voi ohjata.

Asiakasvastaavamallia pilotoitiin PPPR2 hankkeen aikana joulukuusta 2015 lähtien. Malli otettiin vastaan pääasiassa positiivisesti ja mallin koettiin istuvan hyvin esimerkiksi päihdetyöntekijöiden työnkuvaan. Lisäksi lääkkeenmääräämiskoulutus antoi vahvan lisän terveydenhoitajan työhön hänen toimiessaan asiakasvastaavana.

Pilotoinnin aikana on havaittu, että osa asiakkaista kaipaa säännöllistä kontaktia ja mahdollisuutta olla yhteydessä asiakasvastaavaan. Joissain tilanteissa puhelinkontakti voi olla riittävä vaihtoehto ja tarjota asiakkaalle mahdollisuuden esimerkiksi lieventää somaattisista oireista aiheutuvaa epätietoisuutta ja ahdistusta ja lisätä turvallisuuden ja oman pärjäämisen kokemusta. Joustavat yhteydenottomahdollisuudet ja monipuoliset yhteydenpitotavat koettiin tärkeiksi.

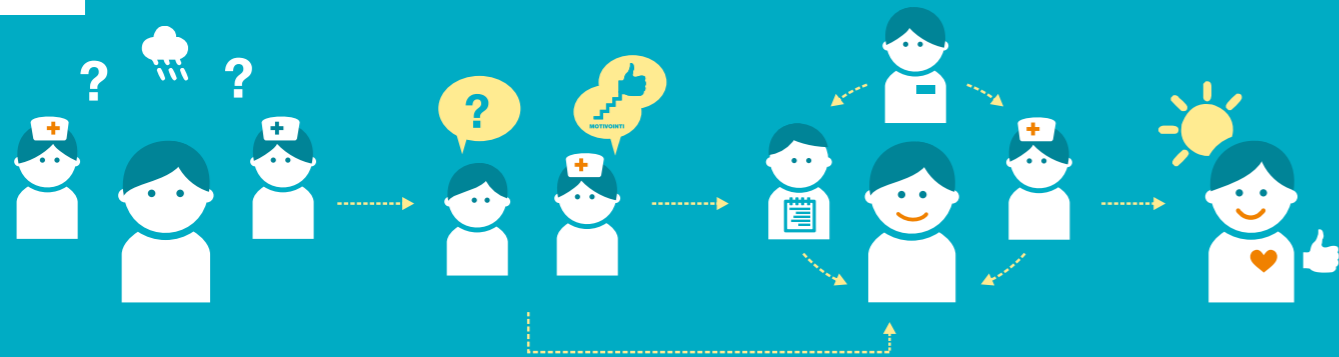
Kun mallia levitetään ja juurrutetaan, on tärkeää saada esiin se, mikä merkitys on toimivalla hoitosuhteella ja pysyvällä vastuutyöntekijällä. Havaintona on ollut, että arjessa pärjäämisen keinot vahvistavat keskustelut ja empaattinen, arvostava asenne asiakasta kohtaan, on lisännyt asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja edellytyksiä pärjätä omien oireidensa kanssa. Joskus yksinkertaisilta tuntuvat ratkaisut ja arjenläheinen neuvonta voi olla ratkaisu ongelmiin, jotka ovat aikaisemmin näyttäneet hyvin haastavina. Pohjimmitaan kysymys on kohtaavasta ja laadukkaasta hoitotyöstä. Monesti hoitosuhteen laatuun liittyvät tekijät ovat näkymättömiä ja niiden vaikutusten todentaminen haastavaa. Nämä asiat on kuitenkin tärkeä nostaa esiin, kun mallia juurrutetaan.

» Jenni Hartikainen

- » Pilotoinnin aikana havaittiin, että asiakkaiden lääkäri- ja päivystyskäynnit vähenivät. Tulokset ovat kuitenkin vielä alustavia. Esimerkiksi yhden paljon palveluita käyttäneen asiakkaan kohdalla aikaisemmin säännöllisesti toistuneet päivystyskäynnit loppuivat kokonaan, kun asiakas sai oman vastuutyöntekijän ja yhteyshenkilön. Toisen asiakkaan kohdalla viikoittaiset lääkärissä käynnit vaihtuivat kuukausittaisiin käynteihin asiakasvastaavalla. Asiakkaalla ei ollut tarvetta varata lääkärin aikaa, kun asiakas tiesi tulevasta ajasta hoitajalle.
- » Kun asiakasvastaava tunsu potilaansa, niin osa asioista pystyttiin hoitamaan pelkästään puhelimitse ja asiakkaat eivät enää kokeneet tarvitsevansa vastaanottoaikaa.
- » Asiakasvastaavana toiminut terveydenhoitaja koki mallin hyödylliseksi. Malli toi omaan työhön lisää mielenkiintoa. Asiakasvastaava kertoi asiakkaiden olevan haasteellisia ja vaativan asiakasvastaavalta paljon.

Asiakasvastaava koordinoi terveys- ja hoitosuunnitelman toteutumista ja arvioi yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteiden saavuttamista.





ASIAKASVASTAAVAMALLI

teema: moniammatillisuus • toimintamalli • vastuutyöntekijä • palveluohjaus • kohderyhmä: paljon palveluita käyttävät • vaatii työtapojen muutosta

1. TAVOITE

Terveyskeskuksissa kohdataan paljon asiakkaita, joilla on moninaisia ongelmia sekä useita hoitokäyntejä monessa eri paikassa. Näiden asiakkaiden palvelut ovatkin usein pirstaleisia, hoidon jatkuvuus heikkoa, minkä lisäksi eri toimijat tekevät paljon päällekkäistä työtä, kun tieto organisaatioiden välillä ei kulje. Asiakkaan hoidon kokonaisuus ei ole kenenkään hallussa, minkä lisäksi asiakkaat ovat itse epävarmoja omasta hoidostaan. Paljon palveluita käyttävien palveluiden koordinoimiseksi loimme asiakasvastaavatoimintaa mukailevan (case manager) mallin terveyskeskukseen. Lisäksi mallilla halusimme vähentää päivystyskäyntien määrää, motivoida potilaat omaan hoitoonsa ja toteuttaa hoidon aiempaa suunnitelmallisemmin.

2. MITÄ, MITEN?

Asiakas, jolla havaitaan tarve kokonaisvaltaisemmalle hoitosuhteelle, ohjataan asiakasvastaavalle esimerkiksi terveyskeskuksen päivystyksen, A-klinikan tai sosiaalitoimen kautta. Asiakasvastaavia työskentelee eri yksiköissä ja asiakkaan varsinaisena asiakasvastaavana aloittaa se taho, johon asiakas on ottanut ensisijaisesti yhteyttä. Yhdessä asiakkaan kanssa asiakasvastaava kartoittaa ja arvioi asiakkaan palvelutarpeen (1–3 tapaamista, tapaamisten kesto 60–90min) sekä rakentaa luottamuksellisen hoitosuhteen. Tapaamisten yhteydessä kartoitetaan asiakkaan nykytila, hoito, kuntoutus sekä tarvittaessa tavataan asiakkaan läheisiä tai tehdään kotikäyntejä kokonaiskuvan hahmottamiseksi. Palvelutarpeen mukaan kootaan sopiva henkilöstö asiakkaan ympärille ja asetetaan kokonaisuus tavoitteet sekä sovitaan seuraavista tapaamisista. Jotta palvelutiedot kulkisivat eri organisaatioiden välillä, asiakkaalta pyydetään lupa tietojen jakamiseksi. Asiakasvastaavalla on päävastuu terveys- ja hoito/palvelusuunnitelman laatimisessa sekä suunnitelman toteutumisen seuraamisessa ja yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa. Li-

säksi asiakasvastaavan merkitys korostuu erityisesti asiakkaan motivoimisessa ja sitouttamisessa omaan hoitoonsa.

3. MITÄ VAATII?

Asiakasvastaavamallin toimiminen vaatii onnistuakseen sujuvaa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa sekä kokonaisvaltaista näkökulmaa asiakkaan hoitamiseen. Toisin sanoen henkilöstön on muutettava työtään enemmän asiakkaan tarpeista lähteväksi sekä hallittava hyvin palveluverkosto järjestö- ja yhdistyskenttä mukaan lukien, luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen sekä terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen. Samalla henkilöstön osaamista kohderyhmäasiakkaiden oikea-aikaiseen tunnistamiseen, palveluohjaukseen, moniammatilliseen työotteeseen, motivoivan ja kannustavan asiakastyön sekä päihde- ja mielenterveystyön menetelmiin tulee lisätä. Olemmekin järjestäneet koulutuksia palveluohjauksesta sekä riskiryhmien palveluohjauksesta, moniammatillisesta työskentelystä, terveys- ja hoitosuunnitelmista sekä pyrkineet lisäämään tietoa mielenterveys- ja päihdetyön palveluista. Vastavasti organisaation on kyettävä antamaan asiakasvastaavatoimintaan tarvittava aika, resurssit, työnohjaus ja tuki.

4. MITÄ OPIMME?

On hyvin vaikeaa tunnistaa niitä asiakkaita, jotka olisivat asiakasvastaavamallin mukaisen palvelun tarpeessa. Keinoja tunnistamiseen pitääkin kehittää, jotta asiakkaita voidaan ohjata entistä tehokkaammin asiakasvastaavatoimintaan. Asiakasvastaavatoiminnalla voidaan säästää kustannuksissa, kun asiakkaan turhat käynnit eri palveluissa vähentyvät. Mallin mukaisen toiminnan juurruttamisessa meillä on ollut erityistä hyötyä siitä, että se on ollut mukana laajemmassa terveyskeskuksen kehittämishankkeessa. Näin juurruttaminen ei ole ollut vain yhden yksittäisen hankkeen vastuulla, vaan siihen on sitouduttu laajemmin koko terveyskeskuksessa.

Mallilla halusimme vähentää päivystyskäyntien määrää, motivoida potilaat omaan hoitoonsa ja toteuttaa hoidon aiempaa suunnitelmallisemmin.



Miten asiakasvastaavatoiminnasta hyötyvän asiakkaan tunnistamista voidaan edistää?



YHTEISTYÖLLÄ LAADUKKAAMPAA PERUSTASON MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖTÄ

Asiakas voisi kuvata elämänsä kompuroinniksi. Nuoruusvuosina tuli tehtyä virheitä, pieniä rötöksiä ja velkaantumista, joiden seuraukset kantavat tähän päivään saakka. Nuorena opiskelut eivät kiinnostaneet, työpaikoissa on aina ollut vaikeuksia, minkä lisäksi kuntouttavan työtoiminnan kokeilut ovat aina keskeytyneet poissaolojen vuoksi. Asiakas elää toimeentulotuella. Sosiaalityöntekijää hän tapaa kuitenkin harvoin.

Aika kuluu pitkälti pienessä vuokrayksiossä, ja vähäiset sosiaaliset kontaktit löytyvät internetistä. Tietokonepelit, kannabiksen polttelu ja kaljoittelu täyttävät yöajan. Päivät kuluvat usein nukkumalla. Halua muutokseen löytyy, mutta se kantaa usein vain lyhyen aikaa tai jää yksittäiseksi käynneiksi katkaisussa. Terveysasemalle varatut ajat jäävät myös usein käyttämättä, koska kotoa lähteminen tuntuu vaikealta. Asiakkaalle on diagnosoitu mielenterveydenhäiriö, jota hoidetaan lääkityksellä.

Asiakkaan kohdannut terveydenhoitaja kuvasi tilannetta sanoilla ”näköalattomuus, ei tulevaisuuden toiveita, ei tavoitteita”. Eräs sosiaalialan ammattilainen sanoi tilanteesta, että ”asiakkaalla on useita hoitokontakteja toisistaan tietämättä, päällekkäin ja peräkkäin. Hän ikään kuin innostuu, mutta ei sitten sitoudu”.

- mies, 38 vuotta



MONIAMMATILLISTA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖTÄ

AVOPALVELUT ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa ensisijaisia. Hankkeen yhteisenä päämääränä on siirtää palveluiden painopistettä erityistason palveluista perustasolle. Jotta tavoitteen saavuttamiseen voidaan päästä, on perustason palveluiden pystyttävä vastaanottamaan, hoitamaan ja tukemaan moniongelmaisia mielenterveys- ja päihdeasiakkaita aikaisempaa kokonaisvaltaisemmalla ja vaikuttavammalla työotteella.

Oireisiin keskittyvällä terveydenhoidolla tai toimistokeskeisellä ja kaavamaisella sosiaalityöllä ei pystytty vastaamaan moniongelmaisen asiakkaan palvelutarpeeseen. Useassa kunnassa mielenterveys- ja päihdepalvelut onkin yhdistetty ja sosiaali- ja terveystoimi tekevät mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä ja hoidossa yhteistyötä. Edelleen on haasteena kehittää eheitä palvelukokonaisuuksia, joissa varmistetaan asiakkaan pääsy tarpeitaan vastaavan palvelu- ja hoitokokonaisuuden

piiriin. Siinä missä mielenterveys- ja päihdeongelmat ilmionä koskettavat vähintäänkin välillisesti suurinta osaa kansalaisista, ne ovat myös asioita, jotka koskettavat laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät siis voi toimia erillisenä saarekkeena.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen välisen yhteistyön kehittäminen on ollut yksi hankkeen keskeisistä teemoista. Ideat eivät toki ole uusia: Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyö ovat tunnistettu toimiviksi ja vaikuttaviksi työmenetelmiksi kohderyhmän palveluissa. Toisaalta on tunnistettu, että organisaatorajat ylittävässä yhteistyössä on edelleen haasteita, palvelut toimivat siiloutuneesti ja ammattilaisten keskinäinen kommunikaatio ei aina ole sujuvaa. PPPR-hankkeessa tavoite on ollut paikantaa näitä solmukohtia ja kehittää niihin toimivia ja asiakkaan tuen tarpeisiin kokonaisvaltaisesti vastaavia hoito- ja palveluprosesseja. Hankkeessa on kehitetty yksittäisiä työmenetelmiä ja



toimintamalleja, mutta myös pyritty mallintamaan uusia ratkaisuja palveluiden järjestämiseen, jotta palvelut toimisivat entistä asiakaslähtöisemmin.

Turussa kehittämistyön taustalla on havainto siitä, että nykyiset perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toimivat pitkälti erillään eivätkä palvelut vastaa vaikeimmassa asemassa olevien riskiryhmien tarpeisiin. Kaupungissa toteutettiin vuonna 2012 selvitys terveydenhuollon palvelujen käytöstä (ks s. 10). Näiden selvitysten perusteella hankkeen kohderyhmäksi valikoitui paljon palveluita käyttävät mielenterveys- ja päihdeasiakkaat. Kohderyhmän asiakkaiden palvelutarpeen taustalla voi samanaikaisesti olla paitsi useita diagnosoituja sairauksia myös toimintakyvyn haasteita eri elämäntilanteilla, psykososiaalisia vaikeuksia ja osattomuutta. Kyseessä on asiakasryhmä, jonka hoitoa ja palveluita pitäisi lähtökohtaisesti koordinoita kokonaisuutena. Kehittämistyöllä haluttiin lisätä perustason sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuksia mielenterveys- ja päihdetyöhön, ennen kaikkea yhteistyötä tiivistämällä.

Hankkeen alkuvaiheessa kartoitettiin sitä, missä nykyisten palveluiden solmukohdat ovat, mikä toimii tai ei toimi, mitä mahdollisesti puuttuu kokonaan. Erityisesti haluttiin rakentaa ymmärrystä siitä, miltä palvelut näyttävät asiakkaiden näkökulmasta. Tiedonkeruun keskeinen havainto oli, että kohderyhmän asiakkaat tulevat herkästi suljetuksi palveluiden ulkopuolelle. Ongelmat liittyivät palveluille asetettuihin kriteereihin, puutteelliseen tiedonkulkuun ja ammattilaisten välisen

kommunikoinnin haasteisiin sekä asiakkaalle tarjotun palveluohjauksen riittämättömyyteen. Osittain kysymys on myös asenteesta mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Kärjitetysti sanottuna vastuunottajia asiakkaiden palveluprosesseille ei tunnu löytyvän juuri silloin, kun kyseessä on haastava, monen eri toimijan palvelun tarpeessa oleva ja heikossa asemassa oleva asiakas.

Varsinais-Suomen Aikuiskaste -kehittämissosiossa (ks. kunnat s. 8) kohderyhmänä ovat vastaavasti moniongelmaiset mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ja tavoitteena kehittää nimenomaan perustason palveluita ja moniammatillisia palvelumalleja. Aikuiskasteessa painopiste on vahvemmin sosiaalityössä ja riskiryhmiä tarkastellaan sosiaalihuollon palveluiden näkökulmasta. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lisäksi kohderyhmänä ovat sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat henkilöt sekä pitkäaikaiset sosiaalityön asiakkaat ja vaikeassa asemassa olevat nuoret aikuiset. Kehittämistyön tavoitteena on lisätä asiakasosallisuutta, kehittää sosiaalityön, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille eheää palvelukokonaisuutta ja lisätä monialaista yhteistyötä. Lisäksi tavoitteena on lisätä sosiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuutta ja palvelun saatavuutta sekä tavoittaa palveluiden ulkopuolella olevia riskiryhmiä ehkäisevien palveluiden piiriin.

» Hanna Ahola

Avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa ensisijaisia.



MONIAMMATILLINEN TIIMI ASIAKKAAN TUKENA

Turun kehittämissosion tavoitteena on, että perustason palveluissa pystyttäisiin vastaamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidon- ja palvelutarpeeseen aikaisempaa vaikuttavammin. Kehittämistyön tuloksena on syntynyt mielenterveys- ja päihdeasiakkaille suunnattu moniammatillisen tiimityön malli. Malli perustuu asiakkailla havaittuihin palvelutarpeisiin sekä tavoitteen lisäksi ammattiryhmien välistä yhteistyötä.

Hankkeen alkuvaiheessa kerättiin tietoa asiakkaiden palvelukokemuksista muun muassa yksilö- ja ryhmähaastatteluilla (asiakasraadit). Lisäksi tietoa kerättiin haastattelemalla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa. Asiakkaat nostivat esiin ennen kaikkea laadukkaan kohtaamisen ja kuuntelemisen tärkeyden. Monella oli kokemuksia asenteellisesta, ennakkoluuloisesta tai syyllistävästä kohtaamisesta sekä siitä, ettei tule kuulluksi. Asiakkaat toivoivat myös jatkuvuutta ja ennakoitavuutta palveluihin: Työntekijöiden vaihtuvuuden koettiin heikentävän palvelujen laatua.

Asiakkailla ei ollut aina tietoa siitä, miten erilaisten palveluiden piiriin voi päästä ja asiakaskriteerit ja läheteikäytännöt koettiin vaikeasti ennakoitaviksi. Asiakkailla oli kokemuksia siitä, että he tulevat suljetuksi palveluiden ulkopuolelle.

Palveluilta toivottiin myös enemmän konkreettista tukea haastaviin elämäntilanteisiin. Asiakkailla oli kokemuksia siitä, ettei palveluissa huomioitu voimavarojen puutteita vaan asiakkailta vaadittiin kohtuutonta vastuunottoa. Negatiivisimmat palvelukokemukset syntyivät tunteesta, että ammattilaiset ohjaavat useisiin erilaisiin palveluihin ilman, että kukaan ottaa vastuuta kokonaistilanteesta. Varsinkin samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville asiakkaille ei aina ollut selvää se, miksi heitä oli ohjattu tietyn palvelun tai hoidon piiriin ja mikä kyseisen hoito- tai tukisuhteen tavoite oli.

Moniammatillisen tiimimallin tarkoitus on tarjota asiak-



Sillon on toimittava kun se lamppu syttyy, ei sillon jaksakaan mihinkään pyöriytykseen lähteä.

- asiakas

Yksi ongelma on se, että apu on hyvin pirstaloitunutta ja samaan aikaan oletetaan, että aikuiset osaavat kuitenkin itse hakea apua...Liian usein ammattilaisilla on käsitys että pitää jo pärjätä yksin...Tilanne on kamala sille asiakkaalle, joka ei tosiasiallisesti pärjää ja kun hakee apua, ammattilainen vielä korostaa sitä, että kyllä nyt pitää pärjätä.

- sosiaalihuollon ammattilainen

kaalle matalalla kynnyksellä kokonaisvaltaista, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä mielenterveys- ja päihdehoitoa yhdistävää tukea. Käytännössä tämä toteutetaan mallin nimen mukaisesti tiimi- ja verkostotyöllä. Tiimin ydin on sairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan muodostama työpari yhdessä terveyskeskuslääkärin kanssa. Asiakkaalla on aina toiminnan alussa mahdollisuus tavata työpari yhden tai useamman kerran, jotta varmistetaan se, että hänen tilanteensa tulee kokonaisvaltaisesti huomioitua. Työparityö on keskeinen osa toimintamallia. Tämän lisäksi asiakkaalle voidaan tarjota joustavasti myös esimerkiksi päihdeterapeutin tai psykiatrisen sairaanhoitajan tukea. Myös ryhmätoiminta ja kokemusasiantuntijan tuki ovat osa tiimimallin palveluprosessia.

Periaate on, että moniammatillisessa tiimimallissa palvelut toimivat yhtenä kokonaisuutena, eivät toisistaan erillisinä osina. Toimintamalliin kiinteästi kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi tarvittavat tukipalvelut tuodaan osaksi verkostoa. On hyvä huomioida, että asiakkaan moniongelmaisuus ei välttämättä tarkoita sitä, että hänelle pitäisi koota monijäseninen viranomaisverkosto. Verkoston koko ei ole itseisarvo ja kokemuksen perusteella paljon palveluita käyttävillä asiakkailla joskus on jopa tarpeen karsia kontakteja ja tiivistää verkoston kokoa. Päällekkäiset hoitokontaktit ovat harvoin hyödyksi asiakkaalle. Moniammatillinen tiimi mahdollistaa kuitenkin sen, että yksilötyössäkin työntekijä voi tarpeen mukaan saada tukea ja konsultointiapua tiimin muilta ammattihenkilöiltä.



Että joku ottaa taakkaa kannettavaksi. Ei siinä tarvita muuta kuin ”anna mä selvitän” ja ”mä soitan sulle takaisin”.

- asiakas

On otettava huomioon, että tämän ongelman luonteeseen kuuluu kompurointi ja retkahdukset: juuri tälle asiakasryhmälle ei saisi asettaa niin ankaria ehtoja erilaisten oikeuksien ja palveluiden saantiin. Pitäisi olla enemmän joustavuutta.

- päihdehuollon ammattilainen



HOIDON- JA PALVELUTARPEEN ARVIO

Tiimin toiminnassa pyritään siihen, että asiakkaalle järjestettävä tuki ja hoito perustuvat asiakkaan todellisiin avuntarpeisiin. Näin ollen toiminnan sisällön pitää pystyä joustamaan asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Asiakkaalta on voitava aidosti kysyä "mitä apua tarvitset" sen sijaan että kerrotaan "mitä meidän yksiköllä on tarjottavana". Tärkeää on myös se, että asiakkaiden tunnistaminen ja ohjaus palvelun piiriin on aktiivista. Tavoite on, että perustason palveluissa, kuten terveysasemilla ja sosiaalitoimistossa tunnistettaisiin paljon palveluita käyttävät, erityistä tukea tarvitsevat henkilöt sekä tietyt riskitilanteet ja -tekijät, jotka ennustavat palvelutarpeen lisääntymistä.

Työskentely asiakkaan kanssa voi vaihdella kevyestä palveluohjauksesta ja neuvonnasta kuntouttavaan hoito- ja tukityöhön. Alkuvaiheessa tehtävän hoidon- ja palvelutarpeen arvion laajuutta voidaan säädellä sen mukaan, missä määrin asiakkaan tilanteesta on jo ajankohtaista tietoa. Arviointi on prosessimaista työskentelyä. On hyvä huomioida, että tilanteen selvittäminen vie aikaa ja ensimmäisillä asiakastapaamisilla tärkeintä on luoda asiakkaalle kokemus kuulluksi tulemisesta ja empaattisesta, arvostavasta kohtaamisesta. Hoito- ja yhteistyösuhteen laatua ja sen merkitystä asiakkaan sitoutumiseen, motivoitumiseen ja muutokseen ei voi liikaa korostaa.

HOITO- JA ASIAKASSUUNNITELMA

Moniammatilliseen tiimimalliin kuuluu suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus. Tarkoitus on, että silloin kun asiakas on sekä terveydenhuollon toimenpiteiden että sosiaalihuollon tuen tarpeessa ja kysymys on riskiryhmään kuuluvasta asiakkaasta, hänen on mahdollista saada yhteistyössä tehty, yhdistetty hoito- ja asiakassuunnitelma. Hoito- ja asiakassuunnitelman tekemistä varten kootaan verkosto, jonka kokoonpano on asiakkaan tarpeita vastaava. Pääsääntöisesti suunnitelman laadintaan osallistuvat terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä tai -ohjaaja sekä lääkäri. Olennaista suunnitelmassa on se, että se tehdään asiakasta varten, ei organisaatioita tai ammattilaisia varten. Suunnitelman on oltava asiakkaalle hyödyllinen, uskottava ja ymmärrettävä. Uskottavuudella tarkoitetaan ennen kaikkea sitä, että suunnitelma on realistinen ja sen lähtökohtana on asiakkaan todellinen elämäntilanne. Uskottavuutta kaitavaan myös ammattilaisen näkökulmasta. Asiakaslähtöinen ja uskottava suunnitelma ei siis tarkoita sitä, että siinä olisi pelkästään asiakkaan oma näkemys tilanteestaan tai että suunnitelmalla lähdetäisiin toteuttamaan asiakkaan kaikkia tarpeita. Ammattilaisen näkökulmasta suunnitelman on oltava sellainen, että se vie asiakkaan tilannetta eteenpäin.

Suunnitelman laatimisen lisäksi verkostotapaamisen tavoitteena on sopia yhteisesti vastuunjaosta ja eri toimijoiden toteuttamista tukitoimenpiteistä, niiden aikataulusta ja tavoitteista. Onnistuneen verkostotapaamisen jälkeen sekä asiakas että ammattilaiset ovat tietoisia asetetuista muutostavoitteista, sovituista tukitoimenpiteistä ja niiden etenemisestä sekä siitä,

Hoito- ja yhteistyösuhteen laatua ja sen merkitystä asiakkaan sitoutumiseen, motivoitumiseen ja muutokseen ei voi liikaa korostaa.

kuka on asiakkaan omatyöntekijä, miten tilanteen etenemistä seurataan ja missä määrin ammattilaiset voivat vaihtaa tietoja tilanteen etenemisestä keskenään.

YKSILÖKOHTAINEN JATKOTUKI

Tiimin tavoitteena on tarjota asiakkaan tarpeisiin vastaavaa tukea. Tuki voi pitää sisällään muun muassa terveydenhoitajan tai päihdetyöntekijän yksilökäyntejä, asiakkaan arkeen jalkautuvaa ja elämänhallintaa vahvistavaa sosiaaliohjausta tai verkostotyötä. Asiakkaan tarvitsema lääketieteellinen hoito pyritään yhdistämään tiimin hoito- ja palveluprosessiin. Tavoitteena on tukea asiakkaita muutoksessa, päihteettömyydessä tai päihdeiden käytön hallinnassa, psyykkisessä hyvinvoinnissa, oireiden hallinnassa ja omahoidossa, arkipärjäämisessä ja sosiaalisessa toiminnassa (ks. moniammatillisen tiimin palvelut s. 65).



Työparityöllä pyritään saamaan kokonaisvaltainen ymmärrys asiakkaan tilanteesta, jotta asiakkaan tarvitsema tuki ja hoito perustuvat asiakkaan todellisiin tarpeisiin, ei organisaation tarjontaan.

- projektikoordinaattori Hanna Ahola

MONIAMMATILLINEN TIIMIMALLI

YHTEYDENOTTO

- asiakas, omainen, viranomainen
- matala kynnyks

JATKOTUKI JA -HOITO

- asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja muu tuki: mm. sosiaalihuollon palvelujen järjestäminen, yksilökohtainen tuki ja hoito sekä ryhmämuotoinen tuki

MONIAMMATILLINEN HOIDON- JA PALVELUTARPEEN ARVIO

- prosessimainen, 1-3 tapaamista
- työpari = terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja
- tarpeen mukaan: lääkäri, muut tuki- ja hoitokontaktit, kokemusasiantuntija, asiakkaan lähiverkosto

HOITO- JA ASIAKASSUUNNITELMA

- verkostotapaaminen
- toimijat kootaan asiakkaan tarpeen mukaan
- asiakkaalle nimetään omatyöntekijä

HOIDON- JA PALVELUTARPEEN ARVIO

ASIAKKAAN OMAT HUOLENAIHEET, VOIMAVARAT JA TAVOITTEET

- asiakkaan näkemys omasta tilanteesta, haasteista, voimavaroista, muutostarpeista
- mihin asiakas haluaa muutosta?

FYYSINEN TERVEYDENTILA

- kokemus omasta terveydestä, sairaushistoria, pitkäaikaissairaudet, omahoidon toteutuminen, lääkitykset, seksuaaliterveys, ehkäisyn käyttö
- lääketieteelliset tutkimukset ja diagnostinen arvio tarpeen mukaan

PSYKKINEN TERVEYDENTILA JA PSYKOSOSIAALISET VAIKEUDET

- psyykkisten oireiden nykytila ja historia tarpeen mukaan sekä asiakkaan kokemat psykososiaaliset vaikeudet
- mieliala, uni, kipu, keskittyminen, tiedon käsittely, arjen hallinta, arjen toiminnot, sosiaalinen elämä, seksuaalisuus, hoitohistoria, lääkahoito sekä oireiden vaikutus toimintakykyyn

PÄIHTEET, RIIPPUVUUDET

- päihdeiden käytön nykytilanne, muutosmotivaatio, toiminnalliset riippuvuudet, päihdehistoria tarpeen mukaan

ARKIPÄRJÄÄMINEN, SOSIAALINEN TILANNE JA TOIMINTAKYKY

- sosiaalinen verkosto, arjessa pärjääminen, osallisuus, taloudellinen tilanne, asumistilanne, toimintakyky, palvelukontaktit

- » MITTAREINA mm. bdi, deps, audit, audit-E, dudit, SADD, Sofas

- » VISUAALISINA MENETELMINÄ mm. aikajana, sukupuoli, elämänjana, verkostokartta

- » HAASTETTELUN TUEKSI mm. kolme kysymystä masennuksesta, mini-interventio, motivoiva haastattelu, väkivallan puheeksiotto, suodatin- ja kartoituslomakkeet, lapset puheeksi -menetelmä, Unelmien kartta, Hyvinvoinnin rastit

- » LISÄTIETOA MENETELMISTÄ: THL, Ensi- ja turvakotien liitto, sosiaalialan osaamiskeskukset, MTKL

MITEN ONNISTUIMME?

Asiakkailta ja asiakastyöhön osallistuneilta ammattilaisilta on kerätty ajatuksia siitä, mikä moniammatillisessa tiimissä on heidän mielestään ollut toimivaa. Asiakkaiden näkökulmasta toimintamallissa tärkeää on ollut tuen oikea-aikaisuus ja toisaalta erilaisten tuki- ja hoitotoimenpiteiden yhtäaikaisuus. Ajatus siitä, että moniongelmainen asiakas ohjattaisiin ongelmiaan vastaaviin moniin eri palveluihin, voi olla nurinkurinen.

Työparimalli sai asiakkailta kiitosta: kokemus siitä, että saa samalla vastaanottokäynnillä vastauksen erilaisiin, mieltä askarruttaviin kysymyksiin, on ollut positiivinen. Asiakkaan näkökulmasta se, että prosessissa on mukana sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt, voi myös lisätä hoito- ja palveluprosessin ymmärrettävyyttä ja asiakkaan kokemusta siitä, että hän on aidosti osallinen koko palvelukokonaisuuttaan koskevassa suunnittelussa ja päätöksenteossa. Asiakkaan näkökulmasta on tärkeää, että mielenterveys- ja päihdeongelman suhde toisiinsa on tunnistettu ja erilaisten oireiden ja käyttäytymismallien vaikutus kokonaistilanteeseen ymmärretään. Ongelmien eriyttäminen ammattilaisten taholta voi pahimmillaan vain lisätä asiakkaan hämmennystä ja heikentää huolen heräämistä ja muutostavoitteiden tunnistamista.

Työhön osallistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat myös tuoneet esiin positiivisia kokemuksia työparimallista ja moniammatillisesta tiimityöstä. Parhaimmillaan tiimityö tarjoaa mahdollisuuden entistä vaikuttavampaan työhön sekä luo mahdollisuuksia ammatilliselle kasvulle. Yhtäläillä kun asiakkaalle on helpottavaa saada yhdellä vastaanotolla kokemus siitä, että hänen tilanteensa tuli kokonaisvaltaisesti huomioitua, on se ammattilaiselle palkitsevaa. Tärkeäksi on koettu se, että asiakkaille pystytään varsinkin työskentelyn alkuvaiheessa tarjoamaan riittävästi aikaa. Se, että työskentelyn intensiteettiä ja ajankäyttöä pystyisi joustavasti säätelemään, on koettu tärkeäksi, joskin haastavaksi toteuttaa nykyisessä toimintaympäristössä. Vaikka mielenterveys- ja päihdetyö olisi keskitetty omaan toimintayksikköön, on koettu tärkeäksi, että kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä on riittävä ymmärrys mielenterveys- ja päihdeongelmista ja ymmärrys laadukkaasta mielenterveys- ja päihdetyöstä sekä aktiivisen puhekesioton kulttuuri. Muutoksessa tarvitaan koko työyhteisön tukea ja toki vahva ja selkeä johdon tuki.

Turussa hankkeen pilotissa mukana olleiden asiakkaiden kohdalla on todennettu positiivisia muutoksia hyvinvoinnissa, osallisuudessa ja palvelutarpeessa. Asiakkaiden kokemassa subjektiivisessa elämänlaadussa on tapahtunut jonkin verran kohenemista (WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari). Huomioitavaa on, että lähtötaso on asiakkailla ollut huomattavan matala verrattuna väestön keskimääräiseen viitearvoon. Lähes kaikilla asiakkailla elämänlaatu on kohentunut ensimmäisen mittausjakson aikana (n. 3-6kk), mutta edelleen asiakkaiden kokemus elämänlaatu on matalampi kuin väestössä keskimäärin. Pilotoinnista saadun kokemuksen perusteella voidaan

arvioida, että toimintamalli ehkäisee ja vähentää palveluiden suurykäyttöä. Hankkeessa on luotu edellytykset sille, että kaupungin tasolla voidaan ottaa käyttöön uudenlainen hoito- ja palveluprosessi paljon palveluita käyttäville mielenterveys- ja päihdeasiakkaille. Kehittämistyöllä osoitettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosesseja voidaan onnistuneesti yhdistää ja resurssien käyttöä voidaan siirtää lääkäri- ja päivystyspainotteisesta toiminnasta hoitajavetoiseen.

Toimintamalli on vakiintumassa osaksi kaupungin normaali- ja palveluita. Toiminnan toteutusta jatketaan terveysasemien yhteyteen perustettavissa mielenterveys- ja päihdetyöyksiköissä. Tiimit ovat moniammatillisia ja toimintaperiaatteet ovat samat kuin hankkeen pilotissa. Toimintamallin vakiintuminen parantaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuutta Turussa. Jatkossa mielenterveys- ja päihdepalveluita on saatavilla matalalla kynnyksellä terveysaseman yhteydessä ja asiakkaan on mahdollista saada samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä samanaikaista hoitoa mielenterveys- ja päihdehoitoon.

» Hanna Ahola

” *Pilotointi on onnistunut hyvin ja asiakkaita on ohjautunut monilta eri tahoilta. Moniammatillisesti toteutettu alkukartoitus ja jatkotyöskentely yksilötyönä on mielestäni ollut vaikuttavin toimintatapa.*

- hanketyöntekijä

MONIAMMATILLISEN TIIMIN PALVELUT

- » MONIAMMATILLINEN HOIDON- JA PALVELUTARPEEN ARVIO JA HOITO- JA ASIAKASSUUNNITELMAT
- » MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖIDEN LÄÄKETIETEELLINEN ARVIO, DIAGNOSTIIKKA JA HOITO
- » OMAHOIDON TUKI, TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ HOITOTYÖ
- » TOIMINTAKYKYÄ JA ELÄMÄNHALLINTAA VAHVISTAVA SOSIAALIOHJAUS
- » VERKOSTOTYÖ
- » RINNALLAKULKEVA JA SAATTAVA TYÖOTE, PALVELUOHJAUS
- » PÄIHDETERAPIA-/TYÖ, MUU PÄIHTEETTÖMYYTTÄ TUKEVA TYÖSKENTELY
- » MIELENTERVEYSTYÖ, MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN HOITO JA KUNTOUTUS, PSYKKISEN HYVINVOINNIN VAHVISTAMINEN
- » RYHMÄTOIMINTA
- » KOKEMUSASIAANTUNTIJAN TUKI
- » SOSIAALITYÖ/SOSIAALINEN PÄIHDETYÖ

” *Tapaamisia saisi olla enemmän, mutta silti edes joku kontakti muihin ihmisiin. Olen näinkin suht.koht Tyytyväinen. En osaa sanoa enempää. Olen kiitollinen, että minut ollaan huomattu.*

- asiakas



MONIAMMATILLINEN TIIMI TYÖSKENTELEE ASIAKKAAN TARPEIDEN MUKAAN.



- » Tiimiin ohjautuneilla asiakkailla on todettu myönteisiä muutoksia toimintakyvyssä sekä mieliala- ja ahdistusoireiden lievittymistä ja päihteiden käytön vähenemistä.
- » Asiakkaiden osallisuus on kohentunut. Osa asiakkaista on yksilökohtaisen tukijakson jälkeen rohkaistunut hakeutumaan ryhmätoiminnan piiriin, järjestötoimintaan tai aloittanut työllistämistä edistävän toimenpiteen tai koulutuksen.
- » Asiakkaat ovat arvioineet toimintaa (32 vastaajaa):
 - » 81 % vastanneista on kokenut hyötyneensä annetusta palvelusta melko paljon tai paljon.
 - » 84 % on kokenut voivansa osallistua omaa palveluaan ja hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon.
 - » 53 % on kokenut hyvinvointista muuttuneen parempaan suuntaan työskentelyn seurauksena vähintään melko paljon.
 - » 63 % vastaajista on kokenut työskentelyn aikana asetettujen tavoitteiden toteutuneet vähintään melko hyvin.
- » Asiakkaat ovat olleet eniten tyytyväisiä ryhmämuotoiseen toimintaan sekä siihen että ovat saaneet tukea riittävän pitkäkestoisesti ja riittävän usein. Lisäksi ammattilaisten helppo tavoittaminen, kokonaisvaltaisuus ja käytännön asioissa annettu apu on koettu hyödylliseksi.
- » Toimintamallin toteutukseen osallistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat kokeneet, että moniammatillinen työ on lisännyt tietoisuutta palvelujärjestelmästä ja tietoisuutta toisen toimialan työstä sekä ymmärrystä mielenterveys- ja päihdeongelmista. Moniammatillinen työ on koettu palkitsevaksi ja omaa ammatillista osaamista kasvattavaksi.



ERITYISESTI RYHMÄMUOTOINEN TYÖSKENTELY ON SAANUT HYVÄÄ ASIAKASPALAUTETTA.



MONIAMMATILLINEN TIIMI

teema: moniammatillisuus • toimintamalli • palveluohjaus • vastuuyöntekijä • kohderyhmä: mielenterveys- ja päihdeasiakkaat peruspalveluissa • vaatii muutoksia työönkuviin / kokonaan uusia työnkuvia

1. TAVOITE

Havaitimme, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa on useita solmukohtia perustason palveluissa. Tieto ei aina kulje ammattilaisten välillä, eivätkä palvelut toimi yhtenä kokonaisuutena. Halusimme kehittää ratkaisun, joka vastaisi nykyistä paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Samalla halusimme lisätä perusterveydenhuollon ja sosiaalityön roolia ja vastuuta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidosta. Näin kehitimme moniammatillisen tiimimallin.

2. MITÄ, MITEN?

Moniammatillinen tiimi on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä palvelua, mitä tarjotaan matalalla kynnyksellä, terveysaseman yhteydessä. Asiakas voi hakeutua palveluun itse, ammattilaisen tai omaisen ohjaamana. Toiminnan lähtökohta on kysyä asiakkaalta, mitä apua hän tarvitsee sen sijaan, että kerrotaan, mitä palveluja yksiköllä on tarjottavana. Toimintamallissa terveydenhoitaja ja sosiaalityöntekijä tai -ohjaaja muodostavat työparin. Asiakkaan tarpeesta riippuen voidaan tehdä yhteistyötä myös muiden ammattilaisten kanssa. Yhdessä asiakkaan kanssa kartoitetaan hänen hoidon- ja palvelutarpeensa sekä asetetaan työskentelylle asiakkaan omaa hyvinvointia edistävä tavoite, ja varmistetaan riittävä yksilökohtainen jatkotuki- ja hoito. Lisäksi asiakkaan tarpeen mukaan päätetään, kuka on hänen oma vastuuyöntekijänsä, ja miten etenemistä seurataan. Osana moniammatillisen tiimin palvelua asiakas voi osallistua päihdeettömyyttä ja hyvinvointia tukevaan ryhmätoimintaan ja saada kokemusasiantuntijan tukea (ks. vinkit s. 83, 86).

3. MITÄ VAATII?

Moniammatillisen tiimin perustaminen edellyttää monialaiseen yhteistyöhön kannustavaa ilmapiiriä sekä luopumista toimintatavoista, joissa asiakas joutuu kulkemaan usean eri palvelun välillä. Jotta tiimit voivat toimia hyvin, tarvitsee perustason palveluissa olla ammattitaitoa asiakkaiden tunnistamiseksi sekä palveluun ohjaamiseksi. Palvelun on toimittava joustavasti ja tuen määrää pitää pystyä tarpeen mukaan vaihtelemaan. Toimintojen keskittäminen moniammatilliselle tiimille ja toiminnan juurruttaminen osaksi peruspalveluja vaatii tehtäväkuvien muokkausta tai uusien vakanssien perustamista.

4. MITÄ OPIMME?

Kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon yhtäaikaisen tuen tarjoamisesta ja mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikaisesta hoidosta ovat olleet positiivisia. Asiakkaiden kokemukset omasta elämänlaadusta, toimintakyvystä ja elämänhallinnasta ovat parantuneet samalla kun masennus- ja ahdistusoireet sekä päihteiden käyttö ovat vähentyneet. Osa asiakkaista on pystynyt aloittamaan koulutuksen tai työllistymistä edistävän toiminnan. Kehitettävää toki vielä riittää. Asiakkaat olisi hyvä saada palvelun pariin jo aikaisemmassa vaiheessa, jolloin sillä olisi enemmän ennaltaehkäisevä vaikutusta. Suurin haaste kehittämistyölle on kuitenkin ammattilaisten välisen kommunikoinnin ja tiedonkulun parantaminen. Sitä kehittämällä päällekkäin tehtävää työtä voidaan vähentää entisestään. Yksi selkeästi tiedonkulkuun vaikuttava tekijä on yhteisten tietojärjestelmien puuttuminen, toisaalta myös ammattiryhmien välisessä yhteistyössä on edelleen kehitettävää.

Mitä toimiva verkostotyö vaatii?



» YHTEISTYÖ TURUN ALUEEN PÄIVYSTYKSEN KANSSA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN HOITO PÄIVYSTYKSESSÄ

VARSINAIS-SUOMEN sairaanhoitopiiri on PPPR-hankkeen yhteistyökumppani ja mukana kehittämistyössä muun muassa ohjausryhmässä ja Turun projektiryhmässä. Hoitoketjujen ja yhteisen toimintamallin kehittämiseksi on tunnistettu molempipuolinen tarve. Pyrkimyksenä on, että päihde- ja mielen-terveyspotilaan hoito päivystyksessä on laadukasta ja potilaan tarpeisiin vastaavaa ja hoidon jatkuvuus saadaan varmistettua tiivistämällä yhteistyötä, lisäämällä palveluohjauksellista työtapa ja verkostotyötä sekä kehittämällä ohjauksikäytäntöjä ja hoitoreittejä.

Päivystyksen näkökulmasta mielen-terveys- ja päihdeasiakkaat on koettu haastavaksi ja monesti henkilökuntaa kuormittavaksi potilasryhmäksi, joiden hoito on vaativaa. Toistuva asiointi ja palvelun epätarkoituksenmukainen käyttö tulee korostuneesti esiin päivystyksessä. Lähtötilanteen havaintona oli myös, että kohderyhmään hoitoon, kohtaamiseen ja ohjaamiseen sovittuja toimintatapoja ja -malleja oli niukasti käytössä. Vastaavasti Turun kehittämisosion näkökulmasta havattiin, että osa kohderyhmän asiakkaista käyttää paljon päivystyksen palveluita, mutta hoidon jatkuvuus ei aina toteudu halutulla tavalla, varsinkin jos jatkohoidon järjestäminen jää asiakkaan omalle vastuulle. Näiden asiakkaiden tavoittelu aktiivisesti palvelujen piiriin on haastavaa myös tiedonkulun puutteiden takia. Toisaalta päivystyksessä tunnistettuun avuntarpeeseen ei välttämättä osata

perusterveydenhuollon puolella tarttua jos akuutti tilanne on jo ohi. Sosiaalisen tuen tarpeet jäävät kokonaan huomioimatta, kun sosiaalityön resurssia ja osaamista ei ole käytössä.

Turun kehittämisosio ja VSSHP:n Turun alueen yhteispäivystys käynnistivät syksyllä 2014 yhteistyöprojektin, jonka aikana yhteispäivystykseen jalkautettiin psykiatrisen sairaanhoitajan. Projektin aikana kerättiin tietoa kohderyhmästä ja sen tarpeista haastatteleamalla asiakkaita ja henkilökuntaa, mallinnettiin ja otettiin käyttöön toimintamalleja mielen-terveys- ja päihdeasiakkaiden hoidon tarpeen arviointiin, hoitoonohjaukseen ja kohtaamiseen sekä kartoitettiin ja selkeytettiin kohderyhmän ohjauksikäytäntöjä kuntiin. Lisäksi yhteistyöprojektin työllä tuettiin uuden mielen-terveys- ja päihdeyksikön toiminnan käynnistymistä.

Turun alueen yhteispäivystykseen perustettiin maaliskuussa 2015 Turun kaupungin ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteinen mielen-terveys- ja päihdeyksikkö. Yksikön perustamisen taustalla oli muuttunut päivystysasetus. Lisäksi yksikön perustamisella haluttiin lisätä hoidon vaikuttavuutta, vähentää potilaiden epätarkoituksenmukaista siirtelyä, vähentää psykiatrian osastohoidon tarvetta sekä vähentää toistuvia päivystyskäyntejä. Muualla Suomessa (muun muassa Oulussa, Tampereella ja Porissa) vastaavan päivystysyksikön toiminnasta on

saatu hyviä kokemuksia: palveluiden suurkankeutusta on pystytty ehkäisemään ja vähentämään raskaan laitoshoidon tarvetta. Myös Turussa alustavat kokemukset ovat olleet positiivisia: päivystyksen muiden hoitoyksiköiden henkilökunta on kokenut työkuorman lievittyneen, kun psykiatrista apua tarvitsevat tai päihdepotilaat voi ohjata erilliseen yksikköön. Lisäksi hoidon laadukkuus, jatkohoitoon ohjaus ja palveluohjaus on parantunut.

PPPRII-hankkeessa kehittämistyötä on edelleen jatkettu ja kehittämistyön painopisteenä on ollut päivystyksessä asioivien potilaiden sosiaalihuollon tuen tarpeiden selvittäminen ja päivystykseen jalkautuneen sosiaalihuollon ammattihenkilön työnkuvan mallintaminen. Taustalla on havainto siitä, että erityisesti mielen-terveys- ja päihdeyksikön potilailla on runsaasti jokapäiväiseen elämään, asumiseen, sosiaalisiin olosuhteisiin ja turvallisuuteen liittyviä tuen tarpeita. Vuonna 2015 voimaan tullut uusi sosiaalihuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ohjaamaan sosiaalihuollon palveluiden piiriin henkilön, jolla on ilmeinen sosiaalihuollon tuen tarve. Havaintona on, että aikuisten asiakkaiden ohjaaminen sosiaalihuollon palvelujen piiriin on vielä kohtalaisen tuntematon asia, huolimatta ammattihenkilöiden ohjaus- ja ilmoitusvelvollisuudesta. Osittain syynä on tiedon puute siitä, mitä aikuisten henkilöiden sosiaalihuollon palvelut sisältää ja millaisiin tuen tarpeisiin sosiaalihuollossa voidaan vastata.

Asiakkaiden erilaiset sosiaalisen tuen tarpeet johtavat usein siihen, että psykiatrista hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien työajasta merkittävä osa voi kulua asiakkaan tilanteen selvittelyyn. Sosiaalialan ammattihenkilön työpanoksen tarve päivystyksessä on vaikuttanut ilmeiseltä. Yhteistyöprojektin tavoitteena on mallintaa jalkautuneen sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan työnkuvaa, tarkentaa sosiaalisen tuen tarpeita ja lisätä ohjausta potilaan kotikunnan sosiaalipalveluiden piiriin. Päämääränä on, että yhteistyötä tiivistämällä ja ohjauksikäytäntöjä kehittämällä pystytään varmistamaan hoidon jatkuvuus ja oikea-aikaisuus sekä asiakkaan mahdollisuus saada tilanteeseensa nähden oikeaa palvelua, mukaan lukien tarpeenmukaiset sosiaalihuollon palvelut. Odotettuna tuloksena on ennen kaikkea päivystyspalveluiden käyttötarpeen väheneminen.

» Hanna Ahola

» Yhteistyöprojekti on lisännyt tietoisuutta kohderyhmästä ja siihen liittyvistä ilmiöistä.

» Palvelumuotoilua käyttämällä saatiin hyviä tuloksia: havainnointi ja asiakashaastattelut lisäsivät ymmärrystä kohderyhmän tilanteesta, tarpeista ja niistä olosuhteista, mitkä johtavat toistuvaan asiointiin päivystyksessä. Hanketyöntekijän jalkautuminen osaksi kehittämistyön kohteena olevaa työyhteisöä lisäsi mahdollisuutta työn arjessa tapahtuvalle ideoinnille ja madalsi henkilökunnan kynnystä tuoda esiin kokemuksiaan puutteellisista asioista.

» Projektissa tehtiin useampia hoito- ja toimintaprosessiin sekä kohderyhmän hoitotyöhön ja arviointi- sekä ohjauskriteereihin liittyviä mallinnuksia ja toimintaohjeita. Projektin tuotosten avulla on lisätty henkilökunnan valmiuksia mielen-terveys- ja päihdepotilaiden hoitoon.

» Jatkossa yhteistyöprojekti pyrkii vielä parantamaan sosiaalihuollon tuen tarpeessa olevien asiakkaiden tunnistamista ja ohjausta kunnan sosiaalipalveluihin. Lisäksi pyritään tiivistämään niiden aikuisten asiakkaiden palveluketjuja, joilla ei ole palveluja kuntatasolla ja jotka käyvät toistuvasti päivystyksessä. Tavoite on, että päivystyksessä toimiva sosiaalityöntekijä tai -ohjaaja voi toimia palveluiden nivelvaiheessa aktiivisesti, asiakasta kannustaan ja tarpeen mukaan rinnalla kulkien.

SOSIAALITYÖ ASIAKKAAN RINNALLA

SOSIAALIHUOLTOLAIN 15 §:ssä sosiaalityö määritellään muutosta tukeväksi työksi, jonka tavoitteena on yhdessä yksilöiden, perheiden ja yhteisön kanssa lieventää elämäntilanteen vaikeuksia, vahvistaa yksilöiden ja perheiden omia toimintaedellytyksiä ja osallisuutta sekä edistää yhteisöjen sosiaalista eheyttä. Yksilö- ja perhekohtainen sosiaalityö on kohtaavaa vuorovaikutustyötä, jossa korostuu pitkäaikainen asiakkaiden hyvinvointia edistävä työ, yksittäisten interventioiden sijaan.

Paljon palveluita tarvitsevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohdalla sosiaalityöllä on usein keskeinen rooli asiakkaan palvelukokonaisuudessa. Etenkin aikuisten parissa tehtävässä sosiaalityössä mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovat näkyvä asiakasryhmä. Kun puhutaan palveluiden suurkäytön ratkaisemisesta ja palveluiden uudelleen järjestämisestä, toistuvia teemoja ovat asiakkaan osallistaminen ja sitouttaminen, palveluohjaus, palveluiden koordinointi, vastuutyöntekijät sekä yhtenäinen ja asiakaslähtöinen arviointi- ja dokumentointikäytäntö. Kaikista näistä teemoista löytyy selkeitä yhtäläisyyksiä sosiaalityön lähtökohtiin ja työmenetelmiin. Sosiaalityön rooli korostuu etenkin niiden asiakkaiden kohdalla, jotka ovat monen eri toimijan palveluiden tarpeessa tai jotka ovat sosiaalihuoltolain mukaisesti erityistä tukea tarvitsevia:

Vuonna 2015 voimaan tullut sosiaalihuoltolain uudistus on vaikuttanut kehittämistyöhön. Etenkin Aikuiskasteen kehittämissiossa on pyritty luomaan kunnille edellytyksiä ja valmiuksia toteuttaa uuden sosiaalihuoltolain mukaisia palveluprosesseja. Uudistuksen sisällössä on selviä yhteneväisyyksiä myös koko hankkeen kehittämistyöhön: etenkin monialaisen yhteistyön korostamisessa, erityistä tukea tarvitsevien asiakasryhmien huomioimisessa ja oma- sekä vastuutyöntekijän määrittelyissä.

Moniongelmaisen asiakkaan hoidossa vastuu jakautuu usein eri palveluille ja kysymys siitä, kuka kantaa vastuun kokonaisuudesta ei aina ole helposti ratkaistavissa. Usein ajatellaan, että asiakkaan tilanteesta vastaava henkilö voi olla kuka tahansa sosiaali- tai terveysalan ammattilainen, joka tuntee asiakkaan tilanteen parhaiten. Käytännössä lainsäädäntö asettaa jonkin verran reunaehdot oma- ja vastuutyöntekijän valinnalle ja tiettyjen asiakasryhmien kohdalla edellytetään, että kyseessä on nimenomaan sosiaalityöntekijä. Sosiaalihuoltolaissa edellytetään sosiaalityöntekijän asiantuntemuksen käyttöä niissä tilanteissa, joissa asiakkaan tarpeisiin vastaaminen edellyttää laaja-alaista kokonaisarviota ja muutosprosessin suunnittelua, toteutusta ja seuranta.

”Henkilö, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön, usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi.

- sos.hl. 3 §

Sosiaali- ja terveydenhuollon konkreettisten yhteistyömallien kehittäminen kytkeytyy myös kansallisiin uudistuksiin: toimeentulotuen Kela-siirtoon ja sote-uudistuksen valmisteluun. Perustoimeentulotuen siirtyessä Kelaan kuntien on kiinnitettävä huomioita siihen, miten sosiaalityön palvelut ovat jatkossa saatavilla asiakkaille. Jalkautuvan ja monialaisissa verkostoissa toimivan sosiaalityön rooli todennäköisesti korostuu entisestään.

Sosiaalityöllä on tärkeä rooli, kun siirrytään erikoistuneista palveluista kohti kokonaisvaltaisempaa työtettä. Hankkeessa on kehitetty malleja, jotka mahdollistavat monialaisen yhteistyön toteutumisen laajasti perustason palveluiden piirissä – ei pelkästään yksittäisissä toimintayksiköissä. Pirstoutunut palvelujärjestelmä on johtanut siihen, että ihmisten erilaisiin elämäntilanteisiin ja niihin liittyviin ongelmiin tarjotaan yksittäisiä palveluita, oireeseen tai ongelmaan vastaavaa hoitoa tai tukea. Osana Aikuiskaste-kehittämissosion nykytilan kartoitusta on havainnollistettu tilannetta, johon kehittämistyöllä on lähdetty hakemaan muutosta.

Paljon palveluita tarvitsevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohdalla sosiaalityöllä on usein keskeinen rooli asiakkaan palvelukokonaisuudessa.



Riskiryhmään kuuluvilla tilanne on usein heikentynyt useimmilla elämäntilanteiden osa-alueilla. Palveluiden joustamattomuus on tällöin suuri haaste.

Sosiaalityössä toimitaan siltana asiakkaan avun tarpeiden ja elämäntilanteen ja erilaisten, usein vaihtelevien palvelumahdollisuuksien välillä. Riskiryhmään kuuluvilla asiakkailla tilanne on usein heikentynyt useilla eri elämäntilanteiden osa-alueilla. Avun tarjoamisessa jokainen palveluntuottaja toimii omalla erikoisosaamisalueellaan. Palveluiden joustamattomuus on haasteena asiakkaan ja palveluiden kohtaamiselle. Jos asiakas ei täytä järjestelmään sisäänrakennettuja asiakkuuden kriteerejä, on riski ajautua palveluiden ulkopuolelle tai tilanteeseen, jossa palvelujen käyttö ei ole koordinoitua.

Millaista sitten on asiakkaan tarpeisiin vastaava ja laadukas sosiaalityö? Aikuiskasteen kehittämissosion alkuvaiheessa on selvitetty asiakkaiden palvelukokemuksia. Haastattelutulosten perusteella on tehty yhteenveto siitä, mikä on asiakkaiden näkökulmasta hyvä sosiaalityöntekijä:

”

Hyvä sosiaalityöntekijä on ennakkoluuloton, avarakatseinen, kuunteleva, ymmärtäväinen, ystävällinen, sosiaalinen, osaava, ohjaavainen, aktiivinen (selvittämään asioita) ja aidosti kiinnostunut asiakkaista. Hyvä sosiaalityöntekijä kuuntelee asiakkaan omaa mielipidettä ja perustelee tekemisensä. Hän ei lue kirjasta, miten elämän pitäisi mennä vaan ymmärtää todellisuuden. Hyvä työntekijä kuuntelee ja kertoo oman näkemyksensä. Hyvä sosiaalityöntekijä saattaa välillä soittaa asiakkaalle kysyäksään mitä kuuluu. Hyvä sosiaalityöntekijä ei voi olla ennakkoluuloinen tavallisuutta ja köyhyyttä vastaan.

- Aikuiskasteen kehittämissosion asiakashaastattelut

» Timo Pettersson & Hanna Ahola



» AIKUISKASTEEN KEHITTÄMISOSIO ASIAKASLÄHTÖINEN PALVELUPROSESSI

KEHITTÄMISOSION kohderyhmänä ovat päihde- ja mielenterveyspalveluita sekä aikuissosiaalityötä ja sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat henkilöt. Erityistä huomiota kiinnitetään pitkäaikaistyöttömiin ja pitkäaikaisiin asiakkuuksiin sekä nuorten aikuisten palvelutarpeisiin ja palveluihin. Tavoitteena on kehittää asiakaslähtöisesti aikuissosiaalityön, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eheää palvelukokonaisuutta ja suunnitelmallista, moniammatillista yhteistyötä päihde- ja mielenterveyspalveluissa ja aikuissosiaalityössä.

Aikuiskasteen kehittämissosion on muodostanut kaksikymmentä Varsinais-Suomen kuntaa (PPPRII-hankkeen aikana mukana vain Raisio ja Rusko). Koska mukana on ollut useita, vaihtelevan kokoisia kuntia omine paikallisine palvelujärjestelmineen, on kehittämistyön prosessi poikennut muista kehittämissosioista. Työskentely on edennyt ketjunomaisesti siten, että kunta- tai kuntayhtymäkohtaisten kehittämistiimien tapaamisissa syntyneet tulokset, ideat ja havainnot on aina viety eteenpäin seuraavaan, toisen kunnan kehittämistiimiin. Työskentelyssä on siis hyödynnetty tiimien tuloksia ja havainnotoja yli kuntarajojen. Kehittämissosiossa on keskitytty palvelu- ja hoitoprosessin määrittelyyn, palvelupolkujen kuvaukseen ja ongelmanratkaisuun. Kahdeksassa alueellisessa kehittämistiimissä on ollut yhteensä noin 60 työntekijää ja kehittäjäasiakasta. Vaikka kehittämistyön tuloksia on sovellettu paikallisiin tarpeisiin, on työtä tehty yhteisesti kunta- ja aluerajat ylittäen.

Hanketyön alkuvaiheessa kehittämistiimeissä kerättiin tietoa

asiakkaiden palvelukokemuksista ja ideoita palvelujen kehittämiseksi. Kaikki haastatellut asiakkaat ottivat kohtamisen, kuuntelemisen ja asiakkaan ymmärtämisen esille tavalla tai toisella, ja he osasivat kertoa esimerkkejä siitä, milloin he tulivat kohdatuksi ja milloin eivät. Erityisesti päihde- ja mielenterveydenhuollon kohdanneet ennakkoluuloja, asenteita, moralisointia ja jopa vähättelyä päihdetilanteestaan johtuen. Lisäksi epävarmuutta ja tyytymättömyyttä on aiheuttanut työntekijöiden vaihtuvuus ja hankalaksi koettu pääsy palvelujen piiriin. Kiitosta saivat palvelut, joissa asiakkaat kokivat tullessaan kokonaisvaltaisesti kohdatuksi ja kuulluiksi. Palautteessa korostui asiakas-työntekijä-suhteen toimivuus, luottamus ja kuuntelu.

Terveydenhuoltoa kritisoitiin saavutettavuudesta, kohtaamisen puutteesta ja ennakkoluuloista, mutta toisaalta oltiin myös erittäin tyytyväisiä esimerkiksi psykiatristen hoitajien työhön ja heidän tapaansa kuunnella asiakasta. Myös sosiaalityötä kritisoitiin saatavuudesta ja siitä, että mahdollisuudet henkilökohtaisiin tapaamisiin ovat niukkoja. Toisaalta sosiaalityötä kuvailtiin hyväksi muun muassa sen vuoksi, että se on vuorovaikutteista ja asiat hoidetaan yhteisymmärryksessä. Eräs asiakas kertoi, että sosiaalityöntekijälle voi rähistä mielipahaansa ja välillä vähän kinastellakin ilman, että työntekijä suuttuu. Asiakkaat kokivat, että tiedonkulku palveluiden välillä on ollut heikkoa ja saattanut aiheuttaa esimerkiksi etuuspäätösten viivästymistä. Asiakkaat kokivat tyytymättömyyttä sosiaalityöhön tilanteissa, joissa joutuu "tappelemaan" etuuskistaan.



Asiakkaat ehdottivat, että sosiaali- ja terveydenhuollossa otetaisiin huomioon koko perhe. Lisäksi he toivoivat, että tiedonkulku paranisi, ettei tarinaansa joudu kertomaan aina uudelleen ja uudelleen. Päihdepalveluiden osalta toivottiin, että olisi mahdollisuus tavata kokemusasiiantuntijaa.

Asiakailta kerättyyn tietoon ja yhteiskehittämiseen perustuen tunnistettiin ne keskeiset elementit, mitkä kohderyhmän palveluprosessissa tulisi toteutua. Näitä ovat monialainen palvelutarpeen arviointi, omatyöntekijä, toimiva moniammatillinen tiimi sekä yhteinen palvelusuunnitelma. Uusi sosiaalihuoltolaki on huomioitu koko palveluprosessin määrittelyssä ja näin ollen se vastaa sosiaalihuoltolain veloitteisiin.

ASIAKKAAN PALVELUPROSESSI

Kehittämistyön konkreettisena tuotoksena on mallinnettu ja kuvattu palveluprosessi, jossa asiakkaalla on kokoajan läsnä omatyöntekijä, ja johon sisältyy kokonaisvaltainen palvelutarpeen arvio, moniammatillisen tiimin kokoaminen ja suunnitelman laatiminen. Prosessia tukeviksi työkaluiksi on laadittu palvelutarpeen arviointia ja suunnitelmaa varten kehitetyt lomakkeet. Toimimalla hankkeessa kehitetyn palveluprosessin mukaisesti ja käyttämällä palvelutarpeen arviointilomaketta sekä palvelusuunnitelmalomaketta työvälineenä syntyy kokonaisvaltainen ja asiakkaan kannalta yhdenvertainen sosiaalityön menetelmä. Menetelmää voisi kutsua esimerkiksi ”Ota elämä puheeksi” -menetelmäksi.

Lähtökohtana on asiakkaan oikeus saada laajamittainen ja asiakaslähtöisesti tehty palvelutarpeen arviointi ja toisaalta asiakkaan oikeus omatyöntekijään. Mikäli ensikontakti tapahtuu sellaiseen sosiaali- tai terveydenhuollon yksikköön, jossa ei voida tehdä asiakkaan tarpeisiin vastaavaa arviota, hänet ohjataan riittävällä tuella oikeaan palvelupisteeseen. Tarkoitus on, että asiakas pääsisi mahdollisimman matalalla kynnyksellä ja oikea-aikaisesti palvelutarpeen arvioon. Palvelutarpeen arvioinnista vastaa pääsääntöisesti sosiaalityöntekijä tai sosiaalialan ammattihenkilö, joka toimii myös asiakkaan omatyöntekijänä. Sosiaalityöntekijä koordinoi palveluprosessia. Prosessin aikana voidaan käynnistää monialainen yhteistyö, mikäli se on asiakkaan tarpeiden mukaista.

ASIAKKAAN PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

Laajamittaisen arvioinnin tavoitteena on, että asiakkaalle järjestettävä tuki ja hoito perustuvat asiakkaan todellisiin palvelutarpeisiin, ja että palvelut pystytään tuottamaan asiakaslähtöisesti, asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan. Asiakkaan kanssa on voitava käydä aitoa dialogia asiakkaan palvelun tarpeesta sen sijaan että kerrotaan mitä palveluorganisaatiolla on tarjottavaa. Palvelutarpeen arviointilomake on suunniteltu nimenomaan dialogin ja dokumentoinnin välineeksi. Tärkeää on se, että asiakkaiden ohjaus palvelun piiriin on aktiivista. Tavoite on, että perustason palveluissa tunnistettaisiin paljon palveluita käyttävät ja erityistä tukea tarvitsevat henkilöt.

Palvelutarpeen arviointi on prosessimaista työskentelyä. On hyvä huomata, että tilanteen selvittäminen vie aikaa ja ensimmäisillä asiakastapaamisilla tärkeintä on luoda asiakkaalle kokemus kuulluksi tulemisesta ja empaattisesta, arvostavasta kohtaamisesta. Asiakkaat ovat usein painottaneet kohtaamisen merkitystä, ilman luottamuksellista palvelu- ja yhteistyösuhdetta eri menetelmillä ei saavuteta toivottua muutosta.

YHTEINEN PALVELUSUUNNITELMA VERKOSTOSSA

Asiakkaan palveluprosessiin kuuluu suunnitelmallisuus. Sekä sosiaalihuoltolaki että terveydenhuoltolaki veloittelee tekemään asiakkaalle suunnitelman. Tarkoitus on, että silloin kun asiakas on sosiaalihuollon tuen sekä terveydenhuollon toimenpiteiden tarpeessa ja kysymys on riskiryhmään kuuluvasta asiakkaasta, hänen on mahdollista saada yhteistyössä tehty, yhdistetty palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelman tekemistä varten kootaan monialainen verkosto, jonka kokoonpano on asiakkaan tarpeiden mukainen. Olennaista suunnitelmassa on se, että se tehdään ensisijaisesti asiakasta varten, ei organisaatioita tai ammattilaisia varten. Asiakaslähtöisellä suunnitelmalla ei tarkoiteta sitä, että se vastaisi kaikkiin asiakkaan toiveisiin. Suunnitelman on kuitenkin oltava asiakkaalle realistinen, hyödyllinen ja ymmärrettävä.

Palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä sovitaan vastuujaoista, eri toimijoiden toteuttamista tukitoimenpiteistä, niiden aikatauluista ja tavoitteista. Onnistuneen verkostotapaamisen jälkeen sekä asiakas että ammattilaiset ovat tietoisia asetetuista tavoitteista, sovitusta tukitoimenpiteistä ja niiden etenemisestä sekä siitä, kuka on asiakkaan omatyöntekijä, miten tilanteen etenemistä seurataan ja missä määrin ammattilaiset voivat vaihtaa tietoja tilanteen etenemisestä keskenään.

» OTA ELÄMÄ PUHEEKSI -MALLI

YHTEYDENOTTO

- yhteydenotto sosiaali- tai terveystoimen palvelupisteeseen
- asiakas ohjataan matalan kynnyksen -periaatteella palvelutarpeen arvioinnin tekijän luo
- tarvittaessa kuljetaan asiakkaan vierellä oikeaan palvelupisteeseen

PALVELUSUUNNITELMA

- monialaisen ja yhteisen palvelusuunnitelman jälkeen jokainen taho tekee tarpeen mukaan asiakkaan kanssa oman, tarkemman palvelu-/asiakas-/hoitosuunnitelman
- omatyöntekijä seuraa yhteisen palvelusuunnitelman tavoitteiden toteutumista ja arvioi palvelusuunnitelman tarvittavia muutoksia

KOHDENNETUT PALVELUT

- yhteinen tavoite ohjaa sosiaalista ja terveydellistä kuntoutusta
- asiakkaan tarpeen mukaan kokemusasiiantuntijan tuki

PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

- arvioinnin tekee yleensä sosiaalityöntekijä, joka ryhtyy samalla asiakkaan omatyöntekijäksi (sosiaalityöntekijä voi tehdä arvioinnin yhdessä toisen ammattilaisen kanssa)
- dialogin tueksi palvelutarpeen arviointilomake

MONIALAINEN YHTEISTYÖPALAVERI

- omatyöntekijä kutsuu yhteistyöpalaveriin asiakkaan kanssa sovittuja tahoja
- tavoitteena on saada aikaan yhteinen palvelusuunnitelma, jossa määritellään yhteiset tavoitteet ja työnjako. Näin toimijat ymmärtävät sosiaalisen toimintakyvyn kannalta keskeiset tavoitteet

» PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

» ASIAKKAAN OMAT HUOLENAIHEET, VOIMAVARAT JA TAVOITTEET

» PERHE

» ASUMINEN

» PÄIHTEET, RIIPPUVUUDET

» MIELENTERVEYS

» TOIMEENTULO

» TYÖ, HARRASTUKSET, OPISKELU

» FYYNINEN TERVEYS

» Lähtökohtana on asiakkaan oma näkemys tilanteestaan, haasteistaan, voimavaroistaan ja muutostarpeistaan. Tavoitteena on selvittää asiakkaan eri elämänhallinnan osa-alueet niin, että asiakas ja työntekijä saavat kokonaisvaltaisen kuvan asiakkaan sosiaalisesta toimintakyvystä ja siitä, mitä palveluja asiakkaalle pitäisi tarjota.

» Menetelmänä on haastattelu/keskustelu. Dialogin ja haastattelun tukena palvelutarpeen arviointilomake sekä ns. pelilauta, johon asiakas itse voi piirtää suhteensa eri elämänhallinnan osa-alueisiin. Lomakepohjat löydetään Innokylästä.

MITEN ONNISTUIMME?

Kehitetyn palveluprosessin yhteys uuteen sosiaalihuoltolakiin on selkeä. Palveluprosessin määritelmässä kuten uudessa sosiaalihuoltolaissakin painotetaan yhteistyön tärkeyttä nimenomaan paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävien asiakkaiden osalta. Palveluprosessin kehittämisen aikana omatyöntekijän roolia on pohdittu asiakkaan kannalta ja on täsmentynyt, että riskiryhmillä ja erityistä tukea tarvitsevilla omatyöntekijänä toimii sosiaalityöntekijä. Sosiaalityöntekijän tehtävänkuvassa pitää tällöin korostua jalkautuminen verkostoihin.

Hankkeessa on kehitetty lomakkeita, jotka toimivat dialogin tukena. Määrämuotoiset lomakkeet tukevat dokumentointia, mikä on oleellinen osa sosiaalityötä ja sosiaalityön ammatillisista osaamista. Dokumentoinnissa on myös asiakkaan oikeusturvaa koskeva ulottuvuus, mikä edellyttää ammatilliselta vahvaa osaamista paitsi asiakaslähtöiseen ja yhtenäiseen dokumentointiin myös tiedon käsittelyyn ja tulkintaan. Parhaimmillaan lomake liitteinen toimii dialogin tukena ja siitä syntyy sekä asiakkaalle että palveluntantajalle asiakkaan elämän ja siihen liittyvän palvelutarpeen kokonaiskuva. Asiakas saa matalan kynnyksen palvelua ja tarpeeseensa nähden riittävää tukea ja palveluja tuotetaan kustannustehokkaasti. Tämä kuitenkin edellyttää toimintatapojen ja työskentelykulttuurin muutosta palveluorganisaatioissa.

Kehittämistyön aikana on tunnistettu monialaiseen yhteistyöhön liittyviä haasteita. Aidon dialogin aikaansaaminen on hyvän palvelutarpeen arvioinnin edellytys. Toimivaa dialogia tarvitaan niin asiakkaan ja työntekijän välille kuin myös työntekijöiden välille. On havaittu, että ammattiryhmien välinen kommunikointi ei aina ole sujuvaa: se vaatii paitsi toisen kunnioittamista joskus myös kykyä irtautua toimintaorganisaatioon kytkeytyvistä traditioista. Kuten asiakkaan ja työntekijän välillä myös työntekijöiden välillä tarvitaan kunnioitettavaa kohtaamista. Monialaisessa yhteistyössä on tärkeää toteuttaa tasavertaisuutta sekä työntekijöiden että asiakkaan välillä.

Monialainen yhteistyö ja palvelutarpeen arviointi vaativat aikaa. Työntekijöillä pitäisi olla mahdollisuus säädellä ajankäyttöään siten, että etenkin prosessin alkuvaiheessa mahdollistuisi riittävän kattavan arvioinnin tekeminen ja monialaisen yhteistyön käynnistäminen. On selvää, että uuden toimintamallin käyttöönotto vaatii muutosta toimintatavoissa organisaatioiden sisällä ja vahvaa tukea johdolta. Monialaisen johtamisen puute heijastuu käytännön työhön ja vaikeuttaa monialaisen yhteistyön toteuttamista. Yhteistyö ei voi perustua pelkästään yksittäisen työntekijän harkintaan tai yksittäisten, asiasta inostuneiden työntekijöiden toimintaan. Tulee luoda sääntöjä ja sopimuksia, jotka velvoittavat tietyissä tilanteissa käynnistämään yhteistyöprosessit.

Monialainen, monitoimijainen ja moniammatillinen yhteistyö eivät ole uusia ideoita. Ymmärrys monialaisen toiminnan hyödyistä on pitkälti jaettua ja toisaalta myös laki velvoittaa sosi-

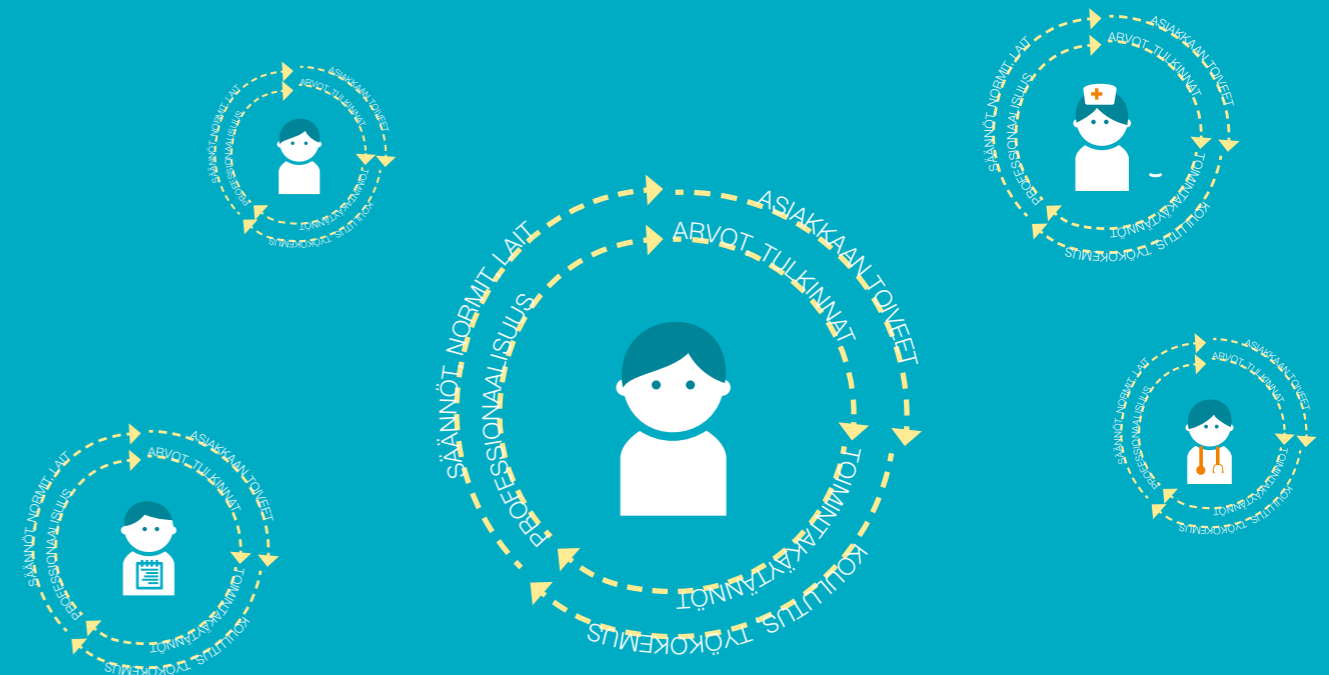
aali- ja terveydenhuollon toimijat tekemään yhteistyötä. Tästä huolimatta yhteistyön on havaittu olevan kankeaa ja erilaisia käytännön toteutuksia ja toimintatapoja on vaikea saada sovitettua monesti erillään toimiviin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin.

Ammattihenkilöillä on aina oma tulkintakehys yksittäisen asiakkaan tilanteeseen. Tämä muodostuu paitsi ammatillisesta kokemuksesta, osaamisesta ja koulutuksesta myös toimintaorganisaation säännöistä ja toisaalta omiin arvioihin ja persoonaan liittyvistä tekijöistä. Asiakastyössä sovitamme yhteen näitä tulkintoja ja toimimme välillä myös ristiriitojen keskellä: joskus esimerkiksi ammatillinen tietotaito ja arvot ovat ristiriidassa organisaation toimintatapojen kanssa. Vastaavasti saatamme havaita, että yksittäiset asiakkaat herättävät meissä tulkintoja ja ajatuksia, jotka liittyvät ehkä enemmän omaan persoonaamme ja henkilökohtaisiin kokemuksiimme. Monialaisessa yhteistyössä jokaisella ammatillisella on oma ammatilliseen osaamiseen pohjautuva näkökulma asiakkaan tilanteeseen ja lisäksi ammatilliset ovat enemmän tai vähemmän pakotettuja noudattamaan oman organisaationsa toimintasääntöjä. Lisäksi tilanteessa on tiedostettuja ja tiedostamattomia, henkilökohtaiseen arvomaailmaan liittyviä tulkintoja asiakkaan tilanteesta. Asiakkaan näkemykset ja toiveet palvelun sisällön suhteen poikkeavat myös eri ammattiryhmien suhteen ja nämä joskus ehkä jopa ristiriitaiset toiveet pitää myös sovittaa myös monialaisen yhteistyön suunnitelmaan. Monialaisella yhteistyössä sovitamme yhteen erilaisia näkökulmia ja tulkintoja. Tämä edellyttää ennen kaikkea toimivaa ja tasavertaista dialogia.

» Timo Pettersson

”*Toimimalla hankkeessa kehitetyn palveluprosessin mukaisesti ja käyttämällä palvelutarpeen arviointilomaketta työvälineenä syntyy kokonaisvaltainen ja asiakkaan kannalta yhdenvertainen sosiaalityön menetelmä.*

- projektkoordinaattori Timo Pettersson



» MONIAMMATILLINEN TYÖSKENTELY

VERKOSTOTYÖN EDELLYTYS ON TOIMIVA DIALOGI JA YHTEENSOVITTAMINEN

» Kuva mukailen Pohjola, A. 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa: Laitinen, M. & Pohjola A. (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä.



- » Hankkeen tulos on toimintamalli, jota kutsutaan "Ota elämä puheeksi"- menetelmäksi. Malli on kuvattu palveluprosessina ja lisäksi on tehty mallia tukeva lomakepohjat: palvelutarpeen arviointi ja palvelusuunnitelma.
- » Mallin on koettu tukevan sosiaalihuoltolain täytäntöönpanoa. Mallin laajamittaisempi testaus ja juurruttaminen tehtiin Raissa PPPRII-hankkeen aikana.
- » Mallia on levitetty aktiivisesti kaikkiin hankkeessa mukana olleisiin kuntiin (20 kuntaa).
- » Hanke on lisännyt vuorovaikutusta yli sektorirajojen ja eri ammattiryhmien välillä sekä luonut yhteistyöryhmiä tai työtimejä (esim. päihde- ja mielenterveystiimi) sekä lisännyt ammattilaisten tietoa toistensa palveluista.
- » Palvelutarpeen arviointilomakkeesta on muokattu kotihoidon tarpeisiin oma lomakeversio yhteistyössä Varsinais-Suomen Aikuiskaste -hankeosion ja myös Kaste-ohjelmaan kuuluvan Yhteisvoimin kotona -hankkeen kanssa.
- » Asiakasprosessin toimimattomat kohdat sekä toimivat kohdat ja työtavat ovat tulleet näkyviksi.
- » Hankkeessa kehitetyt lomakkeet ovat auttaneet ymmärtämään asiakkaiden ongelmien laajuutta sekä helpottaneet parhaan mahdollisen tuen ja avun etsimisessä. Lomakkeiden käyttö dialogin apuvälineenä on auttanut myös asiakkaita näkemään ja ymmärtämään paremmin omat elämäntilanteensa ja sen myötä palvelutarpeensa.
- » Toimintamallin käyttö edellyttää johdon sitoutumista mallin käyttöön, toimintatapojen muutosta, yhdenvertaista dialogia monialaisessa yhteistyössä sekä asiakkaan omatyöntekijän roolin vahvistamista. Laajamittaisen palvelutarpeen arvioinnin tekeminen vaatii usein enemmän aikaa, mihin työntekijät ovat tottuneet. Työntekijäresurssit täytyy olla riittävät, jotta laajamittaisen palvelutarpeen arviointi voidaan tehdä uuden sosiaalihuoltolain hengessä. Lomakkeiden sujuva hyödyntäminen ammattilaisten kesken edellyttää sähköisen alustan kehittämistä jatkossa.



OTA ELÄMÄ PUHEEKSI -MALLI

teema: moniammatillisuus • toimintamalli • tuen tarpeen arviointi • kohderyhmä: aikuissosiaalityön asiakkaat • vaatii työtapojen muutosta • vaatii tietojärjestelmäratkaisujen kehittämistä



TOIMINTAMALLI ON AUTTANUT PARHAAN MAHDOLLISEN TUEN JA AVUN ETSIMISESSÄ.

1. TAVOITE

Palvelut toimivat usein hyvin erillisinä, ja asiakkaat joutuvat hakemaan kuhunkin ongelmatilanteeseen tukea eri palveluista. Paljon palveluita tarvitsevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohdalla sosiaalityöllä on usein keskeinen rooli palvelukokonaisuudessa. Tästä johtuen halusimme kehittää aikuissosiaalityöstä entistä asiakaslähtoisempää sekä kirkastaa mielenterveys- ja päihdetyön merkitystä aikuissosiaalityössä. Samalla toteuttaisimme uutta sosiaalihuoltolakia. Näin syntyi Ota elämä puheeksi -toimintamalli. Tätä varten kehitimme palveluprosessikuvauksen, jossa palvelutarpeen arvioinnilla ja monialaisella yhteistyöllä on keskeinen rooli.

2. MITÄ, MITEN?

Ota elämä puheeksi -toimintamalli tarkoittaa käytännössä työvälineitä aikuissosiaalityöhön, joilla hahmotamme asiakkaan palvelutarpeen kokonaiskuvan ja pystymme poistamaan palveluiden päällekkäisyyksiä. Palvelutarpeen arviointia ja palvelusuunnitelmaa varten on luotu lomakkeet, jotka toimivat puheeksioton sekä dokumentaation välineinä. Palvelutarpeen arvioinnin tekijä tai siitä vastaava työntekijä ryhtyy samalla asiakkaan omatyöntekijäksi. Kun palvelutarpeen arvioinnissa selviää tai herää epäily, että asiakas tarvitsee palveluita monelta eri taholta, omatyöntekijä kutsuu koolle moniammatillisen yhteistyöverkoston asiakkaan luvalla. Moniammatillisessa yh-

teistyöverkostossa laaditaan yhteinen palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa, ja jos tarvetta ilmenee, vaihdetaan omatyöntekijä paremmin palvelutarvetta vastaavaksi.

3. MITÄ VAATII?

Ota elämä puheeksi -toimintamallin käyttöönotto vaatii toimintatapojen ja työskentelykulttuurin muutosta. Työskentelyn alkuvaiheessa on myös varattava riittävästi aikaa palvelutarpeen kartoittamiseen, sillä alkuvaiheen ajallinen panostus on koko prosessin onnistumisen kannalta merkittävää. Lomakkeiden sujuva hyödyntäminen ammattilaisten kesken edellyttää sähköisen alustan kehittämistä jatkossa.

4. MITÄ OPIMME?

Kehitetyt lomakkeet ovat auttaneet ymmärtämään entistä paremmin asiakkaiden ongelmien laajuutta ja sitä, miten voimme tukea heitä parhaiten. Samalla palvelutarpeen arviointilomakkeen erityinen hyöty työntekijälle on ollut sen toimiminen muistilistana. Vastaavasti asiakkaat ovat kertoneet, miten lomakkeet ovat auttaneet heitä ymmärtämään paremmin oman tilanteensa kokonaisvaltaisesti.

Miten aikuissosiaalityön roolia mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa voidaan kehittää?



KOKEMUSASIAN- TUNTIJUUDESTA JA RYHMÄTOIMINNASTA MONIPUOLISUUTTA PALVELUVALIKKOON

RYHMÄTOIMINNALLA ja kokemusasiantuntijatoiminnalla pyritään monipuolistamaan palvelutarjontaa ja lisäämään palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Tavoitteena on tarjota asiakkaille entistä paremmin heidän tarpeisiinsa vastaavaa ja voimavaroihin keskittyvää tukea. Ryhmätoimintaan ja kokemusasiantuntijuuteen kytkeytyy kiinteästi vertaisuus. Parhaimmillaan vertaisuus tukee positiivista kokemusta yhteisöön kuulumisesta ja ymmärretyksi tulemisesta, lisää asiakkaan ymmärrystä omasta sairaudestaan ja tukee oman tilanteen hyväksyntää. Ryhmätoimintaa ja kokemusasiantuntijatoimintaa on eri muodoissaan kehitetty Turun ja Porin kehittämissosioissa. Lisäksi Rauman kehittämissosiossa (s. 31) ryhmämuotoiset toiminnat ja vertaistuki ovat keskeinen, sosiaalista kuntoutumista edistävä toimintamuoto Toimintakeskus Merituulessa.

Kokemusasiantuntija-termillä viitataan henkilöön, jolla on oma-kohtaisia kokemuksia sairaudesta, hoidosta ja kuntoutumisesta sekä koulutus omien kokemusten hyödyntämiseen perustuvaan auttamis- ja kehittämistyöhön. Kokemusasiantuntijat voivat toimia erilaisissa tehtävissä esimerkiksi koulutuksissa, palveluiden kehittämisessä ja asiakastyössä. Asiakastyössä kokemusasiantuntija voi toimia rohkaisijana ja vahvistaa asiakkaan toipumiskokemusta sekä tarjota asiakkaalle realistista ymmärrystä muutosprosessista. Kokemusasiantuntijat voivat tukea asiakkaita arjessa käytännönläheisesti. Asiakastyössä toimivalla kokemusasiantuntijalla on oltava riittävä etäisyys omaan toipumiskokemukseensa, halu toimia auttamistyössä sekä ymmärrys palvelujärjestelmästä ja ammattilaisuuden, vertaisuuden ja kokemusasiantuntijuuden erilaisista rooleista.

PPPR-hankkeessa kokemusasiantuntijuus on tuonut täy-

dentävää näkökulmaa ammattilaisten työskentelyyn niin kehittämistyössä kuin asiakastyössä. Turun kehittämissosiossa kokemusasiantuntijat ovat olleet mukana kehittämistyössä ja arvioinnissa. Lisäksi hankkeessa on pilotoitu kokemusasiantuntijoiden käyttöä asiakastyössä ammattilaisen rinnalla. Kokemusasiantuntijat ovat toimineet sekä yksilötyössä että ryhmänohjauksessa. Kokemukset ovat olleet positiivisia ja kokemusasiantuntijoista on havaittu olevan merkittävää lisäarvoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa tehtävässä työssä.

Porissa psykososiaalisten palveluiden tavoitteena oli kehittää asiakkaiden osallisuutta, ja kokemusasiantuntijatoiminta muodostui yhdeksi sen toteuttamismuodoksi. Kokemusasiantuntijuutta hyödynnetään muun muassa omien palveluiden kehittämisessä ja arvioinnissa sekä ryhmien ohjaamisessa yhdessä ammattilaisen kanssa. Kokemusasiantuntijuudella pyritään leviättämään perusterveydenhuoltoon lisää tietoa päihde- ja mielenterveyden häiriöistä. Tavoitteena on vahvistaa oppilaitosten kanssa tehtävää yhteistyötä. Ensimmäinen kokemusasiantuntijakoulutus järjestettiin syksyllä 2015. Koulutukseen osallistui kuntoutujia ja ammattilaisia. Koulutuksen aikana kuntoutujat ja ammattilaiset miettivät yhdessä kaikkia niitä mahdollisuuksia, joissa kokemusasiantuntijuudesta olisi apua tai hyötyä. Tulevaisuudessa on tarkoitus luoda oma malli kokemusasiantuntijakoulutukseen. Koulutus suunnitellaan yhdessä kokemusasiantuntijoiden kanssa.

» Satu Mäkelä & Sirpa Vainio



”Tässä mulle ei sanota, että oo nyt Seppo hiljaa.”

» KOKEMUSASIAANTUNTIJA JA AMMATTILAINEN TYÖPARINA

TURUN kehittämissosiossa kokemusasiatuntijat ovat olleet asiakastyössä merkittävä voimavara. Lue kokemusasiatuntija Seppo Kosken ja terveydenhoitaja Satu Mäkelän juttutuokios- ta, minkälaisia kokemuksia ja ajatuksia heillä työparimallista on.

KAIKKEA PITÄÄ KOKEILLA

Seppo: Sain tilaisuuden perustaa kulttuuriryhmän A-killan Jo- kituvalla ja yhtäkkiä sitä järjestötoimintaa oli siinä ympärillä. Sitä kautta päädyin myös tähän kokemusasiatuntijatoimintaan. Jokaiseen tarjoutuvaan junaan ja tilaisuuteen kannattaa hypätä, jotta ei paljastu ennakkoluuloseks. Kaikkea pitää kokeilla, jotta tietää, onko oma juttu vai ei.

Satu: Sähän aina sanotkin, että pelkoja päin, mukavuusalu- eelta pois.

ANTOISAA TYÖSKENTELÄ

Seppo: Tää toiminta on sellasta, joka täyttää mun arkeeni, mullehan syntyy iso tyhjiö, kun olen työkyvyttömyyseläkkeellä, sillä olen toipuva alkoholisti. Tää tekeminen liittyy hyvin pitkäl- ti myös mun itsetuntoon ja henkiseen hyvinvointiin, kun voin tehdä jotain yhteiskuntahyödyllistä. Lisäksi tää on auttanut mua

voittamaan mun toisarvosuuden tunteen, jota oon joutunut pal- jon kokemaan päivittäin. Ja onhan se iso juttu, kun rinnaste- taan samanarvoseks ammattilaisen kanssa.

Satu: Ammattilaisen roolissa tämä työskentely on ollut tosi an- tosaa ja ajattelen, että me ei voida tehdä aidosti laadukasta päihdetyötä, jos meillä ei oo kaikki toimijat yhteistyössä. Am- mattilaisen täytyy nähdä mahdollisuus ja nöyrytyä, että meillä ei yksinään oo antaa niin paljon, että me pystytäs hoitaa yksin asiakkaat. Yksittäisen ammattilaisen näkökulma asiasta on kuitenkin aika kapea.

Seppo: On myös järkevää, et otetaan tällanen resurssi käyt- töön, joka muuten menis ihan hukkaan. Kokemusasiatuntija itsessään herättää jo asiakkaassa luottamusta, koska toista kaltasta, joka on samassa suossa ryöminy, on helppo uskoa. Asiakas ei usein mielellään usko kirjasta oppinutta.

VALMISTAUTUMISEN KAUTTA TAPAAMISIIN

Seppo: Ammattilainen informoi minua asiakkaan taustoista; historiaa, ikää, sukupuolta ja luonnetta, jotta ehdin itse val- mistautumaan tilaisuuteen. Tapaamisessa jutustelu menee

tasapuolisesti ilman kiirettä. Omissa puhumisissa otetaan huo- mioon vain asiakas, kaikki me muut olemme siinä vaan tuke- massa ja auttamassa.

Satu: Ammattilaisen on tärkeää osata yhdistellä, kuka ko- kemusasiatuntija sopii kullekin asiakkaalle. Se vaatii silmää. Kaikki eivät kokemusasiatuntijatu- kea halua eikä kaikille toi- minta myöskään sovellu. On myös ollut muutamia asiakkaita, joiden kanssa kokemusasiatuntijatyöskentely ei ole edennyt yhtä tapaamista pidemmälle. Asiakas on sanonut, ettei koe hyötyvänsä tai että sai ensimmäisellä kerralla siitä jo sen, min- kä tarvitsikin.

Seppo: Kun valitaan kokemusasiatuntija, niin pitäs ottaa huomioon sukupuoli, ikä ja päihteet, mitä on tullu vedettyä ja yleisesti elämäkokemukset; onko eroja, työpaikan menetyksiä ja konkurssseja jne.

VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

Seppo: Tärkeetä on nöyryys, sosiaaliset taidot, rehellisyys, se että osaa ottaa ihmisen huomioon, osaa olla oma itsensä sekä tietoisuus mitä tarjota toiselle ja halu auttaa. Synnynnäisesti

olen ylisosiaalinen, joten tässä pääsen toteuttamaan itteeni, ku pääsee puhumaan. Tässä mulle ei sanota, että oo ny Seppo hiljaa. Se on samalla työskentelyä pois omasta itsekeskeisyy- destä, ja se on tärkeetä kertoo asiakkaallekin.

Satu: Noihin lisäksi erityisesti empatian ja taidon kuunnella. Paljon on kiinni vuorovaikutuksesta.

Seppo: Sadun kanssa meillä tää kemia on toiminu älyttömän hyvin, se on ehkä ihan onnenkauppaa.

Satu: Lisäksi ammattilaiselta vaaditaan nöyryyttä, avoimuutta, ja ymmärrystä siitä että olemme tasa-arvoisia. Asiantuntijuu- det on rinnakkaisia. Osalle ammattilaisista ei oo helppo juttu myöntää sitä. Multakin se on vaatinut kasvamista. Työ vaatii avoimuutta myös kokemusasiatuntijalta sille, että toipumis- reittejä on monenlaisia. Oma reitti ei ole ainoa.

Seppo: Toipumismalleja on yhtä monta, kuin on toipujiakin. Joku voi toipua ihan "tepsin kannattamisellakin". Toipuva so- velttaa ja valitsee itse tarjolla olevat työkalut. Mun kohdalla se on ollut tekeminen, sosiaalinen kanssakäyminen, ja se että voi olla hyödyks yhteiskunnallisesti on syy nousta sängystä.



RYHMÄTOIMINNASTA TUKEA HYVINVOINTIIN

RYHMÄTOIMINTAA on käytetty mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa jo pitkään – erityisesti erikoissairaanhoidossa, kuntoutuksessa ja kolmannen sektorin palvelujen piirissä. Myös perusterveydenhuollossa ennaltaehkäisevässä ja terveyttä edistävissä työssä suuntaudutaan yhä enemmän yksilövastaanotoilla tapahtuvasta neuvonnasta ryhmämuotoiseen palveluun.

Ryhmään kuulumisen ja siinä toimiminen sinänsä jo palvelevat inhimillistä perustarvetamme kuulua joukkoon. Hyvin toimivassa ja turvallisessa ryhmässä ryhmäläiset saavat kokea tulevaisuutta kuulluiksi ja hyväksytyiksi. Ryhmätoiminnassa vertaisuus on keskeisen tärkeä hyvinvointia lisäävä tekijä. Asioiden jakaminen ja ymmärryksen ja tuen saaminen muilta samankaltaisessa tilanteessa olevilta lisää toiveikkuutta ja voimaantumisen kokemusta, ja auttaa näkemään omat vaikeudet ja ongelmat erilaisesta näkökulmasta. Yhteinen keskustelu tarjoaa myös vaihtoehtoja itsellä käytössä oleviin, ehkä toimimattomiin tai riittämättömiin toimintamalleihin ja lisää kykyä käsitellä vaikeita tunteita ja selviytyä hankalista tilanteista.

Ryhmätoiminnan tavoitteena on edesauttaa asiakasta tunnistamaan ja hyödyntämään omia voimavarojaan, lisätä pys-

tyvyyden ja oireiden hallinnan kokemusta ja sen myötä tukea elämänhallinnassa. Ryhmän tuella ja toiminnallisia keinoja hyödyntäen autetaan asiakkaita tunnistamaan muutostarpeita ja asettamaan konkreettisia, realistisia tavoitteita. Tärkeää on myös, että ryhmässä asiakkaalla on mahdollisuus rakentaa terveempää identiteettiä ja irtisanoutua sairauskeskeisyydestä. Ryhmässä kannustetaan vastuunottoon omasta hyvinvoinnistaan ja madalletaan kynnyksiä siirtyä ei-ammattillisen tuen piiriin. PPPR-hankkeessa kehitetyt ryhmät ovat sisällöltään tavoitteellisia ja hyvinvointiin keskittyviä. Periaatteena on, että ryhmätoiminta ei ole oma erillinen saarekkeensa, vaan se nivoutuu osaksi asiakkaan muuta hoito- ja palveluprosessia. Ryhmä- ja kokemusasiantuntijatoiminnalla voidaan lisätä palveluvalikon kattavuutta perustason palveluissa ja tuoda vastaanottopalvelua kevennetympi malli osaksi palveluntuotantoa.

Turun kehittämissosiossa ryhmätoiminta, hyvinvointiryhmä, suunniteltiin osaksi moniammatillisen tiimin palvelua, jatkumoksi yksilökohtaiselle tukiprosessille. Hyvinvointiryhmä on avoin myös muille asiakkaille, jotka haluavat muutosta päihdeiden käyttöön tai tukea psyykkiseen hyvinvointiinsa. Havaintomme kuitenkin on, että ryhmään osallistumisen kynnyks on matalampi silloin, kun ryhmään osallistumista edeltää jonkinlai-

nen kontakti ryhmänohjaajaan. Ryhmää ohjaa terveydenhoitajan ja kokemusasiantuntijan muodostama työpari.

Hyvinvointiryhmässä toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeet, toiveet ja odotukset. Tavoitteena on lisätä ryhmäläisten hyvinvointia vahvistamalla uskoa omiin kykyihin, tukemalla irtautumista sairaus- ja ongelmakeskeisyydestä ja laajentamalla näkökulmaa omiin voimavaroihin ja positiivisiin elementteihin omassa elämässä. Tapaamisten sisältö suunnitellaan yhdessä ryhmäläisten kanssa. Ryhmän toiminnassa keskeisintä on keskustelu, aihe sovitaan yhdessä useimmiten edellisellä ryhmätapaamisella. Keskustelun tukena voidaan käyttää erilaisia luovia ja toiminnallisia menetelmiä, kuten hyvinvoinnin rasti, verkostokartta, sukupuu, päiväkirjat ja kortit. Toimintaan kuuluu myös henkilökohtaisen suunnitelman tekeminen. Henkilökohtaiset suunnitelmat ovat omia muutossuunnitelmia, joissa ryhmäläiset tunnistavat pidemmän aikavälin päämäärän ja asettavat viikkokohtaisia, konkreettisia välitavoitteita. Tapaamiset voivat sisältää myös liikuntaa, kulttuuria tai toiminnallisia harjoituksia ryhmäläisten toiveiden ja tarpeiden mukaan.

Kokemukset Turun ryhmätoiminnasta ovat olleet varsin positiivisia, ryhmästä on tullut tärkeä osa siihen osallistuneiden arkea ja ryhmäläisistä toisilleen läheisiä. Ryhmän ohjaamisessa kokemusasiantuntija on ollut merkittävässä roolissa päihdeongelman syvällisemmän ymmärtämisen vuoksi sekä vertaisena ja toipumisuskon luojana. Osa ryhmäläisistä on ryhmän myötä jatkanut muun muassa työllistymistä edistäviin palveluihin, lähtenyt mukaan järjestötoimintaan tai aloittanut säännöllisen liikuntaharrastuksen. Ryhmämuotoinen toiminta onkin vakiintumassa osaksi terveyspalveluihin perusteilla olevien mielen-terveys- ja päihdetiimien toimintaa.

Porissa haluttiin kehittää terveysasemapalveluiden nykyistä palveluvalikoimaa monipuolisempia ratkaisuja asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseen. Näin kehitettiin Hyvinvoinnin aakokset -kurssi, joka toteutetaan yhteistyönä eri toimijoiden kanssa. Kurssin tavoitteena on asiakkaan osallisuuden vahvistaminen, vertaistuen tarjoaminen sekä mahdollisuus oman hyvinvoinnin lisäämiseen. Kurssi suunniteltiin erityisesti paljon palveluja käyttäville, mutta on avoin kaikille omasta hyvinvoinnistaan kiinnostuneille. Kurssin aiheina ovat muun muassa arjen hallinta, elinvoimaa elämästä, aivoterveys ja muisti, ravitsemus ja ruoanlaitto, liikunta, kulttuuri, tietotekniikka ihmissuhteet sekä järjestö- ja vapaaehtoistoiminta.

Kurssilaisten antaman palautteen mukaan voidaan todeta, että he olivat erittäin tyytyväisiä kurssin monipuolisuuteen. Lähes kaikki osallistujat kokivatkin oman hyvinvointinsa, erityisesti mielenterveyden, kohentuneen. Osa kurssilaisista on innostunut lähtemään mukaan kolmannen sektorin toimintaan. Turun tavoin myös Porissa kurssi on vakiintunut osaksi terveyspalveluiden normaalitoimintaa.

» Satu Mäkelä, Sirpa Vainio & Elina Peltonen

”*Ja sit se että kuuluu johonkin ja välitetään, ettei ole yksin. Sit kun tää loppus ja tuli tauko niin tuntui siltä, et mä olen niinku omillani. Ja mähän aina oikein odotin, että kun keskiviikko tulee niin pääsee ryhmään. Kyl tästä on ollut hirveesti mulle apua.*

- ryhmäläinen, mies +45 vuotta

”*Kun tämä on terveyskeskuksessa että meitä ei laiteta minnekään koppiin ...saakelin alkukikset häpemään nurkkaan... et nyt kun ollaan tällä terveysasemalla niin ollaan ihan kuin muutkin ihmiset. Et jos voit huonosti niin saat apua. Että täällä on yhtäläillä hoidossa kuin hetkin jotka tuolla jonottaa.*

- ryhmäläinen, nainen +50 vuotta



HYVINVOINTIRYHMÄ

teema: työkalu • vertaistuki • arjen tuki • kohderyhmä: mielenterveys- ja päihdeasiakkaat peruspalveluissa • vaatii ryhmätoiminnan suunnittelun

1. TAVOITE

Miten lisätä ryhmätoimintojen hyödyntämistä sosiaali- ja perusterveydenhuollossa? Miten tukea mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden voimaantumista ja lisätä toiveikkuutta ja positiivisempaa näkökulmaa omaan tilanteeseen? Miten vähentää sairauskeskeisyyttä toiminnassa? Haasteen ratkaisemiseksi kehitimme terveysasemalla kokoontuvan Hyvinvointiryhmän.

2. MITÄ, MITEN?

Ryhmä kokoontuu kerran viikossa kahdeksi tunniksi. Ammatilainen ohjaa ryhmää yhdessä kokemusasiantuntijan kanssa. Ammatilainen on yksi ryhmäläisistä, ja hän osallistuu keskusteluun ja toimintaan kuten muutkin. Toisaalta hän on kuitenkin vastuussa siitä, että toiminta on tasavertaista, jotta jokainen saa tulla yhtäläisesti kuulluksi ja ymmärretyksi. Kauden alussa ryhmä luo toiminnalleen säännöt ja suunnittelee toiminnan sisällöt yhdessä – ulkoilua, liikunta- ja kulttuurisisältöjä unohtamatta. Jokainen ryhmäläinen, myös ammatilainen, asettaa itselleen omaan hyvinvointiinsa liittyvän tavoitteen. Tavoite voi olla miltä tahansa elämän osa-alueelta; se voi liittyä esim. päihteiden käyttöön, ruokavalioon, sosiaalisiin suhteisiin, nukkumiseen tai vapaa-aikaan. Oleellista on, että tavoite on itse asetettu ja se heijastaa sitä, mihin itse haluaa muutosta. Tämän päätavoitteen lisäksi ryhmäläiset määrittelevät aina seuraavalle tapaamiselle pienemmän välitavoitteen. Tapaamiset aloitetaan kuulumiskierroksella, jossa jokainen saa kertoa kuulumisistaan ja siitä, miten viikko on kulunut oman välitavoitteen kanssa. Kuulumiskierroksen jälkeen käydään keskustelua ennalta sovitusta hyvinvointiin liittyvästä aiheesta, tehdään jotain toiminnallista tai pidetään vaikka levyraatia. Tärkein tavoite keskustelussa ja toiminnassa on, että se saisi aikaan voimaantumisen kokemusta ja tuottaisi mielihyvää. Tämän jälkeen jokainen

asettaa vielä välitavoitteen seuraavalle kerralle. Ryhmä on avoin, joten joka kerta mukaan voi tulla uusia jäseniä.

3. MITÄ VAATII?

Toiminta vaatii ammatilaiselta sensitiivistä työtettä. Hänen on osattava koordinoita ryhmää, olematta kuitenkaan liian voimakkaassa roolissa, jotta tavoite vertaisena olemisesta toteutuu. Kokemuksemme mukaan terveysasema on ollut hyvä kokoontumispaikka ryhmälle, sillä terveysasemalla ei tarvitse pelätä leimautumista. Onnistuakseen toiminta vaatii hyvää ryhmähenkeä, jonka luomisessa kokemusasiantuntija ja ammatilainen ja ennen kaikkea heidän keskinäinen vuorovaikutuksensa on merkittävässä roolissa. "Ruokaisa" kahvitarjoilu on myös tärkeä.

4. MITÄ OPIMME?

Hyvinvointiryhmä on vahvistanut käsitystämme siitä, kuinka suuri positiivinen merkitys ja voima yhteenkuuluvuuden tunteella voi olla. Ryhmäläisistä on tullut toisilleen läheisiä, ja he kannustavat toisiaan eteenpäin. Kokemuksemme mukaan on tärkeää, että ammatilainen tapaa osallistujan ennen ryhmätoiminnan alkamista. Näin osallistujat sitoutuvat enemmän toimintaan ja kynnys osallistumiseen madaltuu. Ikävänä havaintonamme on, että kun ryhmätoiminta on tauolla, tulee retkahduksia helpommin. Jos ryhmäläinen on pois ilmoittamatta, ammatilainen varmistaa puhelinsoitolla, että onko kaikki hyvin.

Miten ryhmätoiminnasta voisi luoda luontevasti sillan järjestötoimintaan?

”

Siitä on ollut tosi paljon hyötyä, että kokemusasiantuntija on ollut tässä ku hän tätä tunnelmaakin vähän laukaisee ja hän on sellainen, että se poistaa jäykkyyden ja puhuu asiaa...kokemuksella ja osaa sanoa hyvät ja huonot puolet.

- ryhmäläinen



KOKEMUSASiantuntijalla on merkittävä rooli hyvinvointiryhmän vetämisessä.



Kun omainen tai läheinen sairastuu psyykkisesti tai kärsii päihdeongelmasta, vaikuttaa se monella tapaa lähipiiriin hyvinvointiin ja maailmaan. Lue Maria Peltosen katkelmista, miltä tuntuu lapsen silmin seurata isänsä alkoholismia ja miltä se tuntuu, kun vuosien kuluttua, isä päättää ottaa apua vastaan.



Kun menin nukkumaan, en minä nukkunut. Valvoin silmät seljälläni, palaako koti, kaatuuko televisio, nukahtaako isä hankeen. Kuuntelin kolahduksia uupuneena, tarkastin tarkastamistani, onko pieni veljeni vielä katsomassa televisiota, huutelun häntä nukkumaan. Tuloksetta. Tunsin pelkoa, hätää ja voimattomuutta kaiken sen keskellä.

Aamulla taas katsomaan lastenohjelmia hiljaa, että isä saa nukkua. Niitä katsoimme, kunnes nälkä oli liian kova ja laitoin minulle ja veljelleni aamupalaa. Leipää, juustoa ja tomaattia. Pienet käteni rutistivat juustohöylää kuin hakien siitä sitä turvaa, jota vailla olin. Tein ja komensin pikkuveljeä, jotta edes hänellä olisi joku, joka huolehtii.

Sen painavan täkin alla yritin hapuilla väsyneenä oikeaa suuntaa, jolla isän saisi tulemaan siksi isäksi, joka hän ei kyennyt olemaan. Jos minä autan häntä, hänen elämänsä muuttuu. Hän saa elämänsä syrjästä kiinni. Hän paranee. Ja minunkin elämäni tulee keveämmäksi. Saan olla lapsi.

Vaan en minä kyennyt isälleni se äiti ja isä olemaan, jotka häneltä oli puuttunut. En parantanut. Nyt näen, autoin häntä pysymään sairaana sillä häääämiselläni ja suojaamisella.

Vasta aikuisena aloin itseäni nähdä, kuulla ja kuunnella. Laittaa rajaa minun ja monen välille. Isälleni vedin rajat ja pakotin itseni lopettamaan murehtimisen. Väkisin ja hammasta purren en vastannut iltaisin hänen soittoihinsa. Vain selvänä ja vain jos minunkin asiani kiinnostavat, olivat uudet ehtoni hänelle. Pelottavinta maailmassa, ja meinasin sata kertaa soittaa takaisin ja pyytää anteeksi. Mutta en soittanut. Ja suuri ihme tapahtui. Hän nieli sen! Hän alkoi kunnioittaa rajojani. Nähdä minuakin. Olin piirtänyt itselleni ääriiivat.

Olin opetellut olemaan itselleni se suojaava vanhempi, jota vailla olin aina ollut. Ja miten vapauttavaa se olikaan! Saan olla vihdoinkin se turvassa oleva lapsi, josta huolehditaan ja jonka rajojen yli ei astuta. Elämä kantaa minuakin, sittenkin!

- Maria Peltonen



Istuit ikivanhana, haisevana likaisessa nojatuolissasi kamalan likaisessa kodissasi. Minä järkytyin niin monetta tuhatta kertaa, että en saanut sanaa suustani. Itku kuristi kurkkuani, pelko vatsaani, hätä rintaani. Sanoit, kuolet pian, 63-vuotiaana kuten äitisi ja isäsikin. Kutistuini pieneksi tytöksi ja olin hiljaa hädissäni. Kunnes uskalsin kysyä, että etkö vihdoinkin haluaisi ottaa apua vastaan. Että kuoletko mieluummin ennen kuin elämäsi edes kunnolla ehti alkaa? Olit vaiti pitkään. Kauhean pitkään. Pelkäsin niin, että oksetti, kiellät, kuten aina ennen.

Ikuisuuden jälkeen nyökkäsit kuitenkin hiljaa katsoen seinää ja sanoit, että lähdet katkelle, jos huoneessa on telkkari. Jes, mahtavaa! Ja samalla tuohduin, että telkkariko tässä suurin huoli on. Huokaisin silti suuresta helpotuksesta! Ja sain kuin sainkin sinulle telkkarillisen huoneen huomisaamuksi. Tuntui epätodelliselta. Yöllä en meinannut saada unta, kun jännitti. Aamulla haimme sinut pienten lasteni kanssa haisevasta kodistasi ja ajoimme hiljaisina Kupittaaalle. Koko ajan odotin, että käsket yhtäkkiä kääntyä takaisin. Mutta me pääsimme liukkaan pihan yli autolta kaikki neljä. Minä tuin sinun horjuvia askeleitasi kantaen kevyttä kassiasi samalla, kun lapsenlapsesi liehuivat ympärillämme iloisina. Ovikellon soitto, hämmentynyt odotus ja oven avaus. Meidät otettiin lempeän jämakästi vastaan ja sinä puhalsit ovella nollat. "Tietty!", sanoit rehvakkaasti. Tiesin liian hyvin, että asia ei ollut mikään "Tietty!" Olit tehnyt elämäsi hurjimman ja vapauttavimman päätöksen ja sinne minä sinut jätin keskustelemaan pieneen huoneeseen ystävällisen lujan miehen kanssa. Jätin ihan kokonaan. Vihdoinkin joku muu kantoi sinua ja minä uskalsin vihdoinkin irrottaa. Mikä vapaudentunne ja riemu!

Mutta vielä kerran minä putosin polvilleni, kun sinut oli laskettu sieltä kotiin minulle ilmoittamatta ja olit jatkanut juomista. Pelkäsin, tässäkö tämä oli!? Kuitenkin sain sinut taisteltua vielä kerran katkomaan viinan vangitsevaa liekaa, kunnes pääsit asumaan KAN-kodin suojiin. Ja siitä alkoi sekä sinun että minun hurjin ja vapauttavin ajanjaksoni elämässä. Opettelin elämään omaa elämäni. Rinnakkain sinun kanssasi. Ja minun siipeni ja sinun siipesi kantavat ja elämme elämäämme. Kumpikin omaamme. Ei suurempaa ihmettä minulle ikinä tapahtunut! Kiitos!

- Maria Peltonen



MITEN ONNISTUIMME?

PALVELUMUOTOILULLA parempia palveluita riskiryhmille -hankkeessa on etsitty ratkaisua palvelujen suurkäyttöön. Hankkeessa on tehty runsaasti yhteistyötä alueen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten, asiakkaiden ja kolmannen sektorin edustajien kanssa. Tämän yhteistyön tuloksena on syntynyt oivalluksia siitä, miten palvelujärjestelmä pystyisi paremmin vastaamaan paljon palveluita tarvitsevien ja riskiryhmien palvelutarpeeseen. Vaikka hankkeen kehittämistyötä on tehty erilaisissa toimintaympäristöissä ja kuntakonteksteissa ja pyritty vastaamaan jossain määrin erilaisten kohderyhmien tarpeisiin, on hankkeessa syntynyt jaettuja oivalluksia paremmista palveluista. Kehitetyissä toimintamalleissa on toistuvia teemoja, jotka liittyvät ennen kaikkea laadukkaaseen työhön ja kohtaamiseen, asiakaslähtöiseen arviointiin, kokonaisvaltaiseen työotteeseen ja monitoimijaiseen yhteistyöhön.

Hankkeen keskeisenä päämääränä on siirtää palveluiden painopistettä erityistason palveluista perustasolle, rakentaa edellytyksiä riskiryhmien osallisuuden kohentumiselle ja luoda entistä vaikuttavampia ja kustannustehokkaampia palveluita. Jotta tähän voidaan päästä, on perustason palveluiden pystyttävä vastaanottamaan ja hoitamaan palveluiden suurkäyttäjiä, mielenterveys- ja päihdeasiakkaita sekä muita riskiryhmiä aikaisempaa kokonaisvaltaisemmalla ja vaikuttavammalla työotteella. Perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on pystyttävä vastaamaan asiakkaiden moniongelmaisuu-

teen: tarjottava sellaista tukea ja hoitoa, mikä lisää asiakkaiden edellytyksiä pärjätä omassa arjessaan ja ylläpitää paitsi fyysistä hyvinvointia, myös sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia. Terveydenhuollossa on siirrettävä palvelun painopistettä lääketieteellisestä ja oirekeskeisestä hoidosta enemmän kokonaisvaltaiseen ja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön. Sosiaalihuollon palveluissa sosiaalityön on oltava aidosti asiakkaiden tarpeisiin vastaavaa palvelua ja toimittava aktiivisesti yhdessä asiakkaan kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen moninaisessa kokonaisuudessa. Sosiaalityötä tarvitaan huolehtimaan vaikeimmassa asemassa olevien asiakkaiden ja heidän perheidensä selviytymisestä ja sovittamaan yhteen hoidon ja palvelujen kokonaisuutta.

Palveluiden painopisteen siirtäminen erityistasolta perustasolle edellyttää myös sitä, että erityistason palveluissa on entistä toimivampia tuen tarpeen arvioinnin menetelmiä, jotta varmistetaan se, että asiakkaat saavat oikeaa palvelua oikeaan aikaan. Kotona asuminen kotiin vietävän tuen ja riittävän monipuolisen sosiaalisen kuntoutuksen turvaamana on ensisijainen vaihtoehto asumispalveluihin nähden, mikäli se on asiakkaan tilanteessa mahdollista. Erityis- ja perustason palveluiden kuten myös sairaalahoidon, tuetun asumisen ja itsenäisen asumisen välillä on lukuisia nivelvaiheita, joissa tarvitaan asiakkaan ympärille rakentuvaa, monialaista turvaverkkoa. Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat tarvitsevat usein monipuolisia tukitoimia ja

palveluita. Näitä palveluita tuottavat monet eri toimijat: kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto, erikoissairaanhoido, kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat. Yhteyksien rakentamisen eri toimijoiden välille pitää olla joustavaa ja asiakkaan tarpeista lähtevää. Ammattilaisilta ja toimijoilta tämä edellyttää vahvaa verkostomaisen työn osaamista.

Asiakkaan näkökulmasta on tärkeää, mitä tapahtuu palvelukontaktissa: miten asiakas tulee kuulluksi, kohdatuksi ja miten avun tarve sen moninaisine ulottuvuuksineen tulee ymmärretyksi. Lisäksi on hyvä kiinnittää huomiota siihen, mitä tapahtuu ennen varsinaista palvelukontaktia: moni asiakas on kohdannut tilanteita, joissa tulee poissuljetuksi palvelun piiristä. Nämä voivat helposti jäädä ammattilaisilta huomaamatta: yksittäisen palvelun kynnyksellä tapahtuvat kokemukset siitä, että tulee poissuljetuksi, palloitetuksi tai torjutuksi. Monesti ohjaaminen pois palvelusta perustuu niukkaan ennakkotietoon ja tapahtuu kuulematta ja kohtaamatta asiakasta. On hyvä miettiä sitä, miten pystymme varmistamaan, että myös vaikeassa asemassa oleva asiakas pääsee kynnyksen yli. Oikeat palvelut ja oikea apu pitäisi pystyä löytämään asiakkaalle nopeasti ja mahdollisimman mutkattomasti.

Asiakkaan näkökulmasta muutokset hyvinvoinnissa toteutuvat asiakkaan omassa arjessa. Muutos voi käynnistyä vastaanottohuoneessa tapahtuvan kohtaamisen aikana, mutta se tulee pysyväksi vasta, kun muutosmotivaatio ja konkreettiset tavat toteuttaa muutosta ovat siirtyneet osaksi asiakkaan arkea. Asiakkaan arjessa pärjäämistä ja toimintakykyä vahvistavan sosiaalisen kuntoutuksen merkitys on tärkeä riskiryhmien syrjäytymisen ehkäisyssä. Asiakkailta saadussa palautteessa on toistuvasti nostettu esiin konkreettisen käytännön avun ja ohjauksen tärkeyttä. Lisäksi vertaistuesta ja sosiaalisesta toiminnasta saatu rohkaiseva ja myönteinen apu voi joskus olla vaikutuksiltaan hyvinkin merkittävää. Asiakkaan arkea lähellä olevat kolmannen sektorin palvelut ovat tässä tärkeässä roolissa. Osassa hankekunnista yhteistyöllä kolmannen sektorin kanssa on jo pitkät perinteet ja osittain hanke on pystynyt vielä lisäämään yhteistyön muotoja. Tietoisuus järjestöjen palveluista on edelleen vaihtelevaa. Tietoisuuden lisääminen vaikuttaisi vaativan säännöllistä tiedottamista ja toimivia yhteistyöverkostoja, ja näitä onkin hankkeen aikana kehitetty. Ammattilaisten näkökulmasta haasteeksi on usein mainittu tiedon runsas määrä ja sen hallinta usein hyvin moni-ilmeisessä hoito- ja palvelutyössä.

Meidän pitää pystyä palvelukontaktissa kysymään asiakkaalta "minkälaista tukea sinä tarvitset" sen sijaan, että kerromme asiakkaalle, mitä meillä on tarjolla ja odotamme asiakkaan sopivan johonkin ennalta määrättyyn toimintaprosessiin. Asiakkaat ovat kertoneet meille kohdanneensa tilanteita, joissa he eivät täytyä jonkin palvelun kriteerejä ja ovat sen takia jääneet vaille tarvitsemaansa apua ja tukea. Suunnittelu- ja kehittämistyöryhmissä olemme saattaneet kuulla puhuttavan niin sanotusta harmaan alueen ongelmasta tai vaikeasta asiakasaineksesta.

On hyvä pitää mielessä, että se niin sanottu harmaan alueen ongelma on asiakkaalle hänen omaa, todellista elämäänsä: hänen yksilöllistä pärjäämistään oireiden ja voimavarojensa kanssa. Palveluita paljon käyttävän asiakkaan takana voi olla yksi tai useampi kohtaaminen, jossa hän on joutunut poissuljetuksi palvelun piiristä. Olisiko niissä tilanteissa ollut mahdollisuus järjestää palvelut eri tavalla tai sovittaa palvelut paremmin asiakkaan tarpeeseen?

Minä soitan sinulle ensi viikolla joka tapauksessa.

- kannatteleva työote

Miten voin auttaa sinua? Mihin kaipaat apua ja tukea juuri tällä hetkellä?

- asiakaslähtöinen työtap



SAIMMEKO AIKAAN MUUTOSTA?

HANKKEEN lupausena on ollut tuottaa riskiryhmille parempia palveluita. Hankkeen toimintaa ja lopputuloksia voidaan arvioida myös siitä näkökulmasta, mikä hankkeen toiminnan seurauksena on muuttunut hankekuntien palveluissa. Tärkeä kysymys on se, toimivatko palvelut nyt paremmin, oikea-aikaisemmin ja asiakkaiden tarpeisiin vastaten.

Positiivisia muutoksia on hankkeen toiminta-aikana havaittu muun muassa toimijoiden välisessä yhteistyössä, asiakkaiden osallisuudessa, sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintakäytännöissä sekä henkilökunnan osaamisessa. Kokemukset hankekunnista ovat, että asenteet asiakaslähtöiseen kehittämiseen ovat entistä myönteisempiä ja asiakkaita osallistavat kehittämistavat ovat tulleet tutummaksi.

Henkilökunnan osaamista on lisännyt ennen kaikkea osallistuminen hankkeen kehittämistyöhön ja toimintamallien pilotointiin. Monitoimijainen työ; asiakkaan kokonaisvaltainen hoitaminen ja asiakaslähtöinen työote lisää toimintaan osallistuvan ammattilaisen tietoisuutta palvelujärjestelmästä ja ymmärrystä asiakkaiden elämismaailmasta ja elämänhallinnan kokonaisuudesta. Monitoimijaisessa yhteistyössä tiimillä on mahdollisuus hyödyntää toisten osaamista ja yhteistä dialogia myös omaan ammatilliseen kehittämiseen. Hankkeen toiminnassa mukana olleilta työntekijöiltä saadussa palautteessa on tuotu esiin sitä, että työskentely toisten ammattiryhmien kanssa on lisännyt omaa ymmärrystä erilaisten asiakasryhmien olosuhteista

ja asiakasryhmiin liittyvistä ilmiöistä. Myös palvelujärjestelmän tuntemus on lisääntynyt käytännön työn kautta.

Hankkeessa on mallinnettu ja pilotoitu erilaisia toimintatapoja. Mikään näistä ei ole kokonaan uusi keksintö, vaan ne perustuvat näyttöön; lainsäädäntöön, kansallisiin tai kansainvälisiin kokemuksiin ja asiakasymmärrykseen. Hankkeessa on toki pyritty innovatiivisuuteen ja pyritty löytämään paikallisiin tarpeisiin ja toimintaympäristöön sopivia ratkaisuja, jotka olisivat yksinkertaisia ottaa käyttöön.



Vaikka kehitettyjen toimintamallien laaja-alaisempi käyttöönotto on kehittämisosioissa vielä osittain kesken, tuotoksilla on hyvät mahdollisuudet integroitua osaksi olemassa olevaa palvelujärjestelmää.

- ulkoinen arvioitsija

Hanketyön vaikuttavuuden arvioinnin toteutuksessa on ollut haasteita. Konkreettisia muutoksia palvelujärjestelmään ja kohderyhmän palvelujen käyttöön on hanketyön aikana pystytty todentamaan vain suuntaa-antavasti. Perustellusti voidaan esittää kysymys siitä, onko konkreettisia muutoksia saatu hankeajana riittävän laajassa mittakaavassa aikaan? Kustannushyödyn kannalta pitäisi pystyä tarkastelemaan koko palvelukokonaisuutta ja asiakkaan liikkumista palveluista. Varsinkin moniongelmaisten asiakkaiden kohdalla muutosmittarit, mittaamisen ajankohta ja tulokseen vaikuttavat moninaiset tekijät ovat aiheuttaneet hanketyöntekijöissä hämmennystä ja pohdintaa arvioinnin luotettavuudesta. Esimerkiksi tiiviin hoitokontaktin aikana tulokset voivat vaikuttaa hyviltä ja muutos hyvinkin positiiviselta, mutta vasta pidemmällä seuranta-ajalla nähdään miten hyvin muutos on kantanut arjessa.

Myös asiakkaan oman kokemuksen merkitystä on pohdittu. Oletus on, että kokemus oman elämänlaadun kohentumisesta, pystyvyydestä ja hyvinvoinnista vähentää palveluiden tarvetta ja käyttöä. Yksittäisten asiakkaiden kohdalla tämä on pystytty todentamaan. Toisaalta, hankkeessa on kohdattu asiakkaita, jotka ovat olleet vaikeassa tilanteessa palveluiden ulkopuolella vuosien ajan. Palveluiden käyttötilastoissa heitä ei nähdä.

Hankkeen pilotoinnin toteutuksessa on osittain kaivattu tiiviimpää yhteistyötä hankekuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation henkilökunnan kanssa. Tätä on pyritty toteuttamaan muun muassa palkkaamalla määräaikaikaisille työjaksolle vakituista henkilökuntaa, jotka omaan työhön palatessaan voivat ottaa toimintamallin tai uuden työtavan helposti käyttöön. Hanke on kohdannut kritiikkiä siitä, onko muusta työstä vapautettujen hanketyöntekijöiden tuottama ja pilotointiaikana verraten pieniä asiakasmääriä tavoittanut uusi palvelumalli kuitenkaan riittävän pysyvä ja suuremmalle asiakasmäärälle toteuttavissa oleva.

KATSE TULEVAISUUTEEN

Hankkeen havaintona on, että pelkästään toimintatapoja ja työmenetelmiä muuttamalla ei saada ratkaistua käsillä olevaa moni-ilmeistä ja haastavaa ongelmaa. Tarvitaan aitoja muutoksia rakenteisiin ja palveluiden järjestämistapaan. Tarvitaan rakenteita, jotka tukevat matalan kynnyksen periaatteella tapahtuvaa, joustavaa, monialaista ja asiakkaan ympärille rakentuvaa hoito-, kuntoutus- ja auttamistyötä. Lisäksi tarvitaan entistä tiiviimpää ja riittävän toimivasti organisoitua yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa.

Huolimatta siitä, onko palvelu organisoitu sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikköön, palvelut voidaan tuottaa moniammatillisesti ja tarjota asiakkaan tarpeisiin vastaavia sosiaali- ja terveyspalveluita. Hallinnollisten rakenteiden ja toimialarajojen ei pitäisi estää asiakkaan mahdollisuutta saada samanaikaisesti kokonaisvaltaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua.

» Hanna Ahola

” *Tämän kohderyhmän kanssa lyhyt asiakasprosessi ei vaan onnistu.*

- hanketyöntekijä

” *Edelleen tarvitaan syvempää ymmärrystä yhteisestä asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.*

- hanketyöntekijä

» PALVELULUPAUS

- » Autamme sinua pärjäämään.
- » Olemme tukenasi riittävän nopeasti ja autamme sinua käytettävissämme olevilla pärjäämistäsi helpottavilla keinoilla ja terveyttäsi kohdentavilla keinoilla silloin, kun tarvitset hoitoa, apua ja tukea.
- » Autamme sinua keinoilla, jotka mahdollistavat pärjäämisesi sellaisessa arkiympäristössä, mikä on tässä tilanteessa sinulle sopivin.
- » Odotamme sinulta vastavuoroisesti sitoutumista ja edellytystesi mukaista panosta oman pärjäämisesi parantamisessa. uskomme ja tuemme omaan kykyysi auttaa itseäsi.
- » Teemme työmme niin, että ymmärrät mihin pyrimme ja millä tavalla sinua autamme ja voit itse osallistua palveluasi koskeviin ratkaisuihin.
- » Kohtaamme sinut ihmisenä ja otamme asiasi omaksemme, varmistamme, että ensimmäinen yhteydenottosi tapahtuu oikeaan osoitteeseen.

”

Olen kiitollinen, että minut ollaan huomattu.

Minulle oli tärkeää, että sain puhua vapaasti eri asioista. Että työntekijät eivät heti leimanneet ja kertoneet, että ongelmana on nyt se alkoholi. Ja sain itse asettaa sen vähentämistavoitteen.

”

On saanut minut miettimään omia ongelmiani enemmän.

”

Ja sit se että kuuluu johonkin ja välitetään ettei ole yksin.

Tapaamisia saisi olla enemmän.



Sain tästä vaihtelua ja tekemistä. Ei jonninjoutavaa. Nyt oon alkanu asioita miettiä ja tehdä suunnanmuutosta.

Asenteet asiakaslähtöiseen kulttuuriin tulevat myönteisemmiksi.

”

Kokeneen kollegan tuki uuden opettelussa madaltaa kynnystä lähteä kokeilemaan uusia asioita.

Hanke on lisännyt vuorovaikutusta yli sektorirajojen ja eri ammattiryhmien välillä.

Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen on valmentanut organisaatiota hyödyntämään heidän osaamistaan.



» KIRJALLISUUS

PPPR-HANKE:

Koskela, T-H. (2008) Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suuraikakäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopisto.

Virtanen, P. ym. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Toimi. Wuorio. THL työpapereita 20/2015.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste (www.stm.fi/kaste).

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma THL (www.thl.fi).

SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRIN KEHITTÄMISOSIO:
Leppänen, P. 2015. Kotiutushoitajan tehtävänkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoidossa.

Pekurinen, V. 2014. Kartoitus mielenterveyskuntoutujien asu-
misen tuen arvioinnista Suomen sairaanhoitopiireissä. Kliini-
seen suuntautuvat hoitotieteen sekä terveydenhuollon hallin-
non ja johtamisen harjoittelu.

Sosiaalihuoltolaki soveltamisopas (2014) STM.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma THL (www.thl.fi).

RAUMAN KEHITTÄMISOSIO:
Mielen hyvinvoinnin palveluopas. Aspa-säätiö.

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 (www.finlex.fi).

Rauman päihde- ja mielenterveysuunnitelma vuoteen 2018 (www.rauma.fi).

Lehtola, T. 2015. Asiakaslähtöisyys ja sosiaalinen tuki toimin-
takeskus Meritulessa. 2015. Satakunnan Ammattikorkea-
koulu. AMK-opinnäytetyö.

Metteri, A & Haukka-Wacklin, T. 2011. Sosiaalinen tuki kun-
toutuksen ytimessä. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I.
(toim.) Kuntoutus kanssamme. Helsinki, Stakes. 53–80.

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) –
BREF. Toimia tietokanta. THL.

AVAINASIAKKAAT TERVEYDENHUOLLOSSA:

Wagner, E. ym. 2001. Improving Chronic Illness Care: Transla-

ting Evidence Into Action. Health Affairs vol 20, no 6, s. 64–78.

Leskelä, R-L. ym. 2012 Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja
käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen lääkärilehti 48/2013.

Käypä hoito -suositus (www.kaypahoito.fi)

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpal-
velua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. Sosiaali-
ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Kanste, O. ym. 2010. Monisairaille oma palveluohjaaja terveys-
asemalta -kohti hyvää elämää. Teoksessa Muurinen ym. (toim.)
Uusi terveydenhuolto Hoitotyön vuosikirja 2010, s. 51–61.

Kanste, O. ym. 2009. Oma palveluohjaaja monisairaana tukena.
Sairaanhoitaja vol 82 no. 2, s. 6–8.

Kanste, O. ym. 2009. Hoitajajohtoinen toimintamalli pitkäai-
kaissairaiden palveluohjauksessa. Englantilaisen Community
matron -mallin kuvaus. Hallinnon tutkimus 2/2009, s. 65–75.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2011. Asiakasvastaava-toimin-
ta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa.

Rekilä-Similä, M. ym. 2012. Asiakkaan ja kodin kytkeminen
sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palvelu-
ketjuun.

SOSIAALITYÖ ASIAKKAAN RINNALLA:
Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 (www.finlex.fi)

Hallituksen esitys sosiaalihuoltolaiksi HE 164/2014.

Blomgren, S. ym. 2016. Perustoimeentulotuki siirtyy Kelaan –
miten asiakas saa sosiaalityön palvelut? THL Päätösten tueksi
1/2016.

AIKUISKASTEEN KEHITTÄMISOSIO:

Laitinen, M. ym. 2010. Asiakkaan arvokas kohtaaminen. Teok-
sessa: Laitinen, M. & ym (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä.

Pohjola, A. 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teokses-
sa: Laitinen, M. & Pohjola A. (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä.
Gaudeamus, Helsinki.

Rajavaara, M. & Karjalainen, V. 2012, Sosiaalinen kuntoutus
lakisääteiseksi – mikä muuttuu. Pääkirjoitus. Kuntoustus-lehti
4/2012, Kuntoutussäätiö.

Sirviö, H. ym. 2015. Sosiaalityöntekijöiden harkintavallan käyt-
tö ehkäisevän toimeentulotuen kontekstissa. JANUS 3/2015

» LISÄTIETOA HANKKEESTA INNOKYLÄSSÄ WWW.INNOKYLA.FI



