

LUONNOS

PALVELUOHJAUS

Työryhmä: Anne Vanhatalo, Sari Teeri, Sari Tanskanen, Riitta Säntti, Paula Ranne, Kirsi Santamäki

Palveluohjausluonnoksen päivitys: Taina Henriksson-Leivo, Sini Lahtinen, Sirkku Lehtinen, Kirsi Leppänen, Eliisa Mannila, Tarja Mäntyniemi, Jaana Tuokkola

Sisällys

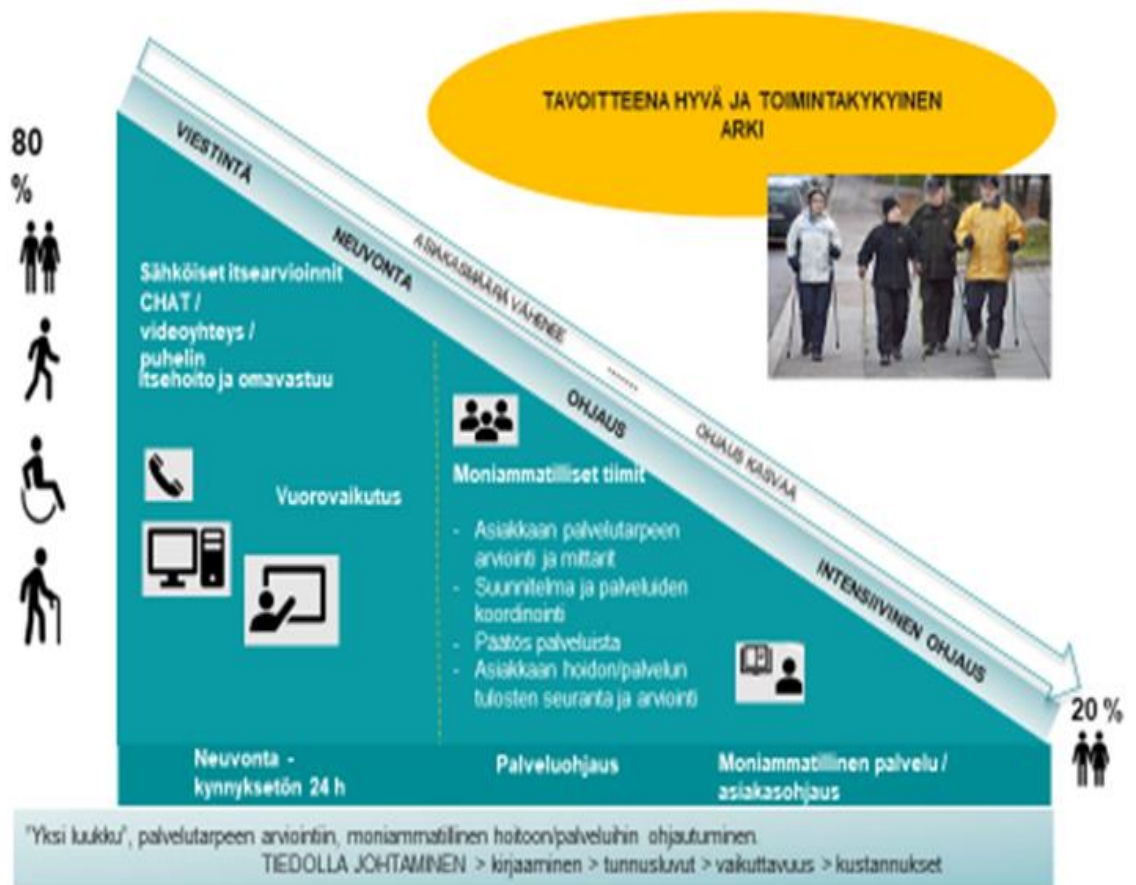
1. JOHDANTO.....	3
2. KOHDERYHMÄT	4
3. PALVELUNEUVONNAN JA PALVELUOHJAUKSEN TOIMINTAMALLIT	5
Palveluneuvonta	5
Palveluohjaus	5
4. KÄYTETTÄVÄT MITTARIT	6
5. PALVELUOHJAUKSEN SUUNNITELMA.....	7
6. PALVELUOHJAUKSEN ONNISTUMISEN ARVIOINTI	7
7. KÄSITTEET	9

1. JOHDANTO

Valtakunnallisesti palveluohjauksen kautta kulkee merkittävä määrä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden määrärahoista. Siksi on tärkeitä saada asiakkaan palveluohjaukseen sujuvat ja asiakaslähtöiset toimintamallit. Yhtenäisten menetelmien löytäminen on haasteellista, tähän saakka yhtä yksittäistä ja samalla hyvää asiakkaan palveluohjaukseen liittyvää käytäntöä ei ole Suomessa julkistettu. Monta hyvää ja varmasti toimivaa mallia löytyy jo nytkin, mutta ne on kehitetty ja sovitettu kulloistenkin alueiden tarpeiden mukaisesti, eivätkä ehkä ole suoraan kopioitavissa jokaisen tulevan sote-alueen malleiksi.

Palveluohjauksen piiriin tuleville henkilöille pitäisi löytää aina juuri heille sopivat ja riittävät palvelut. Kriteerit ovat palvelun saannille tärkeitä rajanvetoja oikeudenmukaisen palvelun järjestämiseksi kaikille tarvitsijoille ja yhtenäiset käytännöt ovat perusta tälle. Palvelutarpeen arvioinnissa tulee olla yhtenäiset, koko alueella käytettävät mittarit sekä arviointimenetelmät ja -käytännöt.

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt Kärki-hankkeiden hakujulistuksen yhteydessä keskitetyn alueellisen asiakas-/palveluohjauksen toimintamallin (KAAPO) kehittämisen. SataSoten I&O-työryhmän ”Palveluohjaus”-alatyöryhmän esittämä toimintamalli perustuu KAAPO-malliin.



Kuva 1: Toimiva palveluohjaus I&O kärkihanke

Palveluohjauksen järjestäminen tapahtuu yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Nyt monelta taholta tuleva ”paloiteltu” palveluohjaus yhdistetään asiakaslähtöiseksi kokonaisuudeksi. Mukana on erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon, Kelan, vapaaehtoistyön, kuntien, kolmannen sektorin ja yksityisten palveluntuottajien tähän saakka omissa toiminnissaan järjestetyt asiakkaan palveluohjauksen osat.

Palveluohjaajille järjestetään koulutusta maakunnallisesti, sekä määritellään palvelutuotteet. Tuottajien valvonta ja palveluiden kehittäminen tapahtuu maakunnallisesti. Palveluohjauksen johtaminen ja hallinto keskitetään, palvelualueilla palveluohjaus tapahtuu lähiesimiesjohtoisesti. Palveluohjaajat toimivat maakunnan palkkaamina, näin voidaan taata neutraliteetti palveluntuottajien kesken.

Onnistunut palveluohjaus edellyttää, että alueella on tasavertaiset ja riittävät palvelut, laaja palveluvalikoima sekä henkilöstöllä monipuolista sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista.

2. KOHDERYHMÄT

Palveluohjauksella ja -neuvonnalla on tärkeä ja ennaltaehkäisevä merkitys kotona asumisen tukemisessa. Kustannuksiltaan merkittävimpänä kohderyhmänä palveluohjaukselle voidaan ajatella olevan ne henkilöt, jotka nyt tai tulevaisuudessa käyttävät paljon palveluita, tällöin oikealla palveluohjauksella on mahdollista päästä asiakaslähtöiseen ja kustannustehokkaiseen toimintaan.

Palveluohjauksen kohderyhmänä ovat kaikki maakunnan vanhuuseläkkeeseen oikeutetut henkilöt, kaikenikäiset muistisairaat sekä heidän asioitaan hoitavat läheiset. Asiakkaat ovat ikänsä, toimintakykynsä, terveydentilansa ja elämäntilanteensa takia monipuolisen neuvonnan ja ohjauksen tarpeessa. Myös ikääntyneen läheiset tarvitsevat tietoa ja apua silloin, kun huoli ikääntyneen henkilön pärjäämisestä on ilmaantunut.



Kuva 2: Asiakasohjaus Satakunnassa

3. PALVELUNEUVONNAN JA PALVELUOHJAUKSEN TOIMINTAMALLIT

Palveluneuvonta

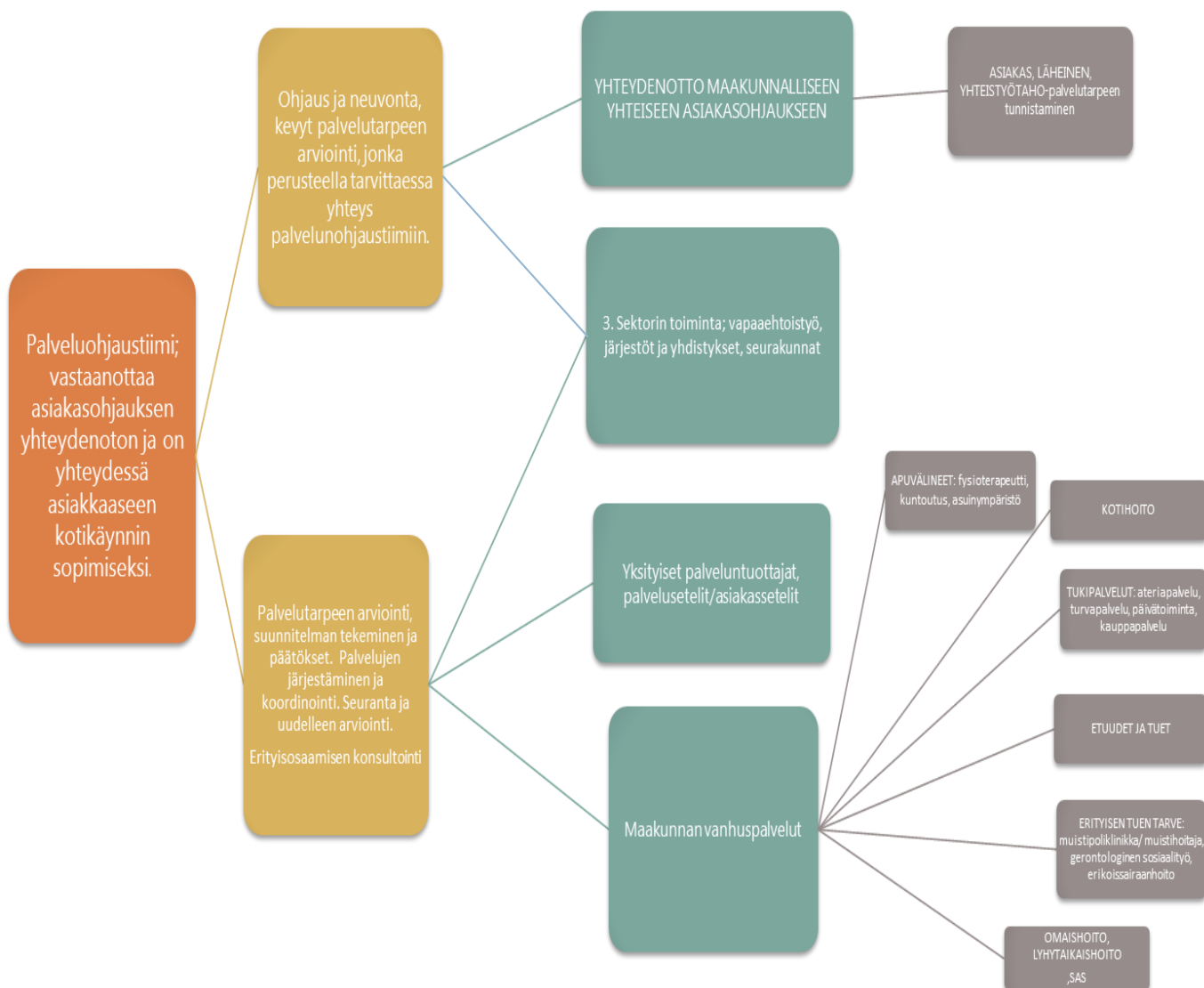
Palveluneuvonta on yleistä hyvinvointiin ja terveyttä edistäviin palveluihin sekä sosiaaliturvaan liittyvää neuvontaa. Neuvonnassa ei välttämättä vielä tarvita tunnistautumista eikä dokumentointia, ellei neuvonta jatku palveluohjauksena. Palveluneuvonnassa on käytössä nettisivut, joilta asiakas voi itse hakea tietoa ja tehdä esim. erilaisia itsearviointeja ja testauksia. Palvelussa voi olla ns. kiireellinen osio, sekä kiireettömille kysymyksille oma osio. Lisäksi palveluneuvonta toimii yhden puhelinnumeron periaatteella. Palvelunumeroon voi soittaa virkaaikana. Puhelimessa voidaan neuvoa ja ohjata asiakasta ja mikäli tämä ei riitä, ohjautuu asiakas oman alueen palveluohjaukseen. Palveluneuvonnassa on käytössä oma asiakasohjausjärjestelmä (Serena). Palveluneuvontaa varten on käytössä ”liikkuva yksikkö” joka kiertää maakunnassa, pitää toripäiviä ja osallistuu tapahtumiin.

Palveluohjaus

Palveluohjausprosessi käynnistyy, kun asiakkaan tilanne vaatii tarkempaa selvittelyä. Palvelutarve arvioidaan, tarvittavat palvelut suunnitellaan ja niiden toteutuminen järjestetään, asiakkaan tilannetta seurataan ja uudelleen arvioidaan prosessin aikana sovituin määräajoin. Palvelukokonaisuutta koordinoitaessa asiakkaan omat voimavarat ja läheisten resurssit ovat lähtökohtana.

Palveluohjausta voidaan tehdä myös palveluohjaaja-parityöskentelynä tai moniammatillisena tiimityönä, jolloin kaikkien palveluohjaukseen osallistuvien ammattiryhmien osaamisalueet tulevat hyödynnetyiksi. Palveluohjaajalla on mahdollisuus konsultoida eri asiantuntijoita.

Palveluohjaajilla on käytössä sähköinen asiakasohjausjärjestelmä (Serena), jonka avulla palveluohjauksen prosessi etenee, tulee näkyväksi kaikille palvelujärjestelmässä työskenteleville ja seuranta toteutuu. Asiakasohjauksen hälytysjärjestelmät huolehtivat prosessin oikea-aikaisista tarkistuspisteistä, missä kuuluu tapahtua seuranta ja uudelleenarviointia.



Kuva 3: Palveluohjauksen prosessi

4. KÄYTETTÄVÄT MITTARIT

Puhelinkontakteja varten otetaan käyttöön ohjaukseen sopiva mittaristo, ns. ”raaka-arviointi” voidaan tehdä ensikontaktissa, jonka perusteella tehdään arvio kotikäynnin tarpeesta tai sovi-taan asiakkaan tulosta vastaanotolle. Maakunnassa hyödynnetään gerontologiseen kokonais-arviointiin koottuja mittaristoja, myöhemmin RAI- mittaristo otetaan palveluohjauksen tueksi. Mittariston on oltava asiakkaan eri elämäntilanteissa ja palvelutarpeissa mukana kulkeva.

5. PALVELUOHJAUKSEN SUUNNITELMA

Palveluohjaus toteutuu yhdessä asiakkaan kanssa (tarvittaessa omaisen/yhteyshenkilön kanssa), asiakas vastuutetaan oman palvelusuunnitelmansa laatimiseen aktiivisena osallistujana. Asiakkaan asioista tulee ottaa kokonaisvaltaisesti vastuu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Palveluohjaaja arvioi yhdessä asiakkaan kanssa, mitkä palvelut valitaan ja miten nämä palvelut parhaiten vaikuttavat asiakkaan ja hänen perheensä elämäntilanteeseen.

Palvelutarpeen arviointikäyntejä voidaan toteuttaa parityönä, jossa on moniammatillisen työryhmän tuki takana (mm. fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät). Haasteellisissa tilanteissa on mahdollista saada heti moniammatillisen työryhmän arviointi mukaan, käytössä on myös etäkonsultaation mahdollisuudet.

Palveluohjauksessa tapahtuu palvelusuunnitelman laadinta, järjestetään tarvittavia palveluita ja tehdään sopimuksia sekä päätökset eri palveluista, maksuista jne. Palvelujen myöntämisperusteet ovat yhdenmukaiset ja asiakkaalle laaditaan yksi yhteinen asiakassuunnitelma. Suunnitelman pitää sisältää eri tahojen sovitut roolit (omaiset, yhdistykset, jne), sekä asiakkaan osallisuuden ja voimavarat. Myös oma palvelukoordinaattori ja/tai omatyöntekijä nimetään. Tiedot kirjataan yhteiseen potilas-/asiakastietojärjestelmään.

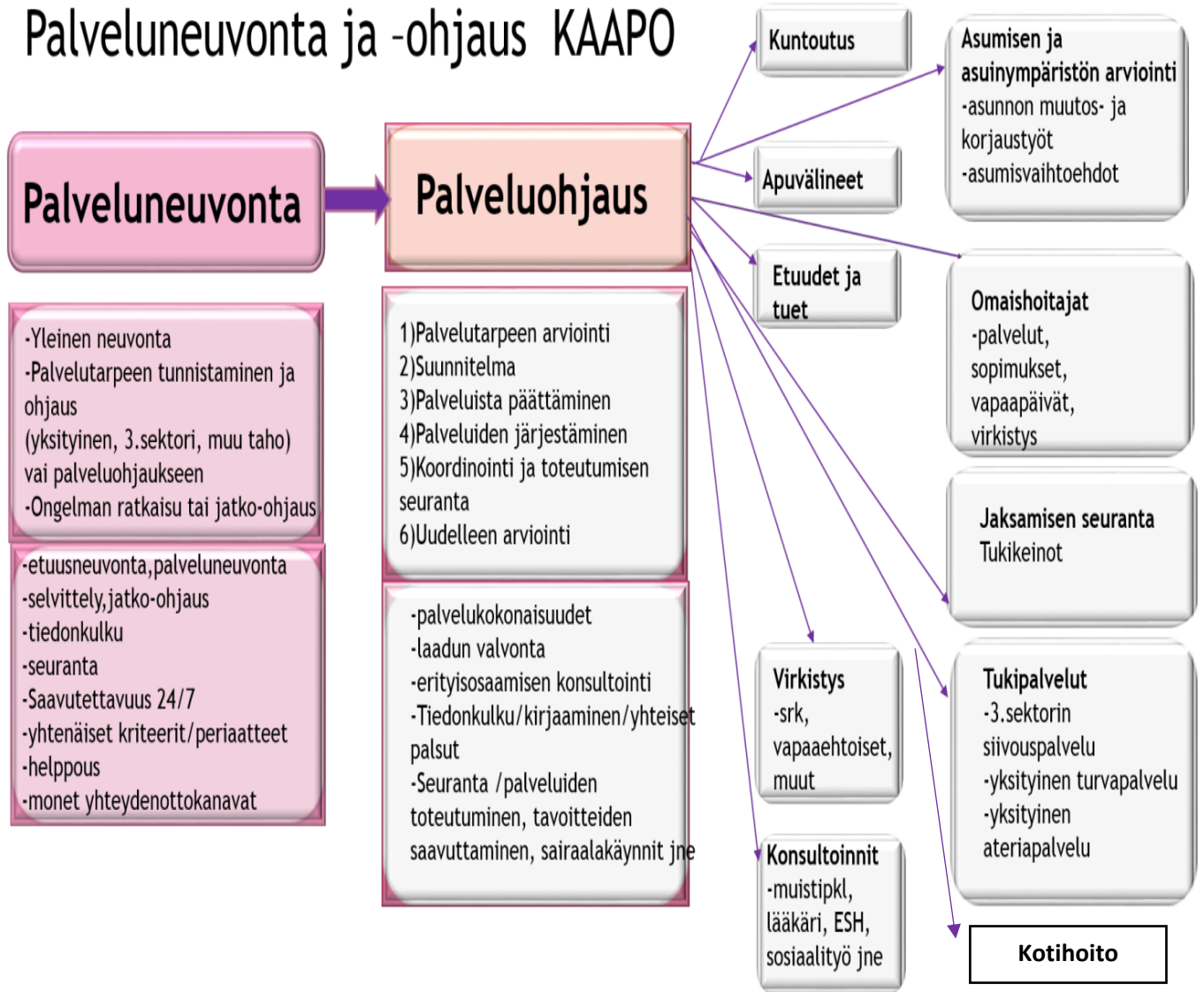
Palveluohjausta annettaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin. Gerontologisen sosiaalityön näkökulma on tärkeää näiden asiakkaiden kohdalla.

6. PALVELUOHJAUKSEN ONNISTUMISEN ARVIOINTI

Asiakasohjaus, palvelutarpeenarviointi ja palvelusuunnitelma ovat kokonaisuus, jonka perusteella asiakas saa tarpeen mukaiset ja lainsäädännön turvaamat palvelut. Palveluohjauksen arvioinnissa hyödynnetään asiakasohjaus- ja hallintajärjestelmää. Asiakkaan suunnitelmassa on sovittu arviointikäynnit tai -tapaamiset, jotka toteutetaan systemaattisesti ja säännöllisesti. Alkukartoituksen jälkeen väliarviointia tehdään 3 kk:n välein tai aina tilanteen oleellisesti muuttuessa, palveluiden päättyessä tehdään loppuarviointi.

Palveluohjauksen toimivuutta selvitetään asiakastyytyväisyyskyselyillä ja asiakasraadeilla (lähellä asiakkaita sekä yhteistyössä järjestöjen, vanhusneuvostojen ja oppilaitosten kanssa). Palveluseteleiden/asiakasseteleiden ja henkilökohtaisen budjetin käyttöä seurataan. Sosiaalihuollon ammattihenkilöiden toimintaa valvotaan. Osaaminen ja valvonta takaavat, että asiakkaiden sosiaalihuollon tarpeisiin vastataan asiakkaan tarpeet, etu ja asiakasturvallisuus huomioiden. Palvelupäätökset määrittelevät palvelujen laatua ja kustannuksia.

Palveluneuvonta ja -ohjaus KAAPO



7. KÄSITTEET

Asiakassuhde	Asiakassuhde syntyy, kun tunnistetaan palvelujen tarvitsija
Asiakkuus	Asiakkuus syntyy, kun KAAPOon otetaan yhteyttä
Yhteydenotto	KAAPOon voi ottaa yhteyttä puhelimitse, sähköisesti tai käymällä paikan päällä. Yhteyden voi ottaa palvelujen tarvitsija tai muu potentiaalisen avuntarvitsijan tilannetta tunteva taho (mm. läheinen, tuttava, sosiaali- ja terveydenhuollon toimija, viranomainen).
Neuvonta	Sisältää yleistä hyvinvointiin ja terveyttä edistäviin palveluihin sekä sosiaaliturvaan liittyvää neuvontaa. Neuvontavaiheessa yhteydenottaja voidaan ohjata tarkempaan palveluntarpeen selvittelyyn (ks. palveluohjaus) tai muiden palvelujen piiriin (esim. kunnan järjestämät liikuntapalvelut, vapaaehtoisten tai yksityisten tarjoamat palvelut)
Palveluohjaus	Palveluohjaus on prosessi, jonka tehtävänä on selvittää avuntarvitsijan yksilölliset palvelutarpeet ja niiden kanssa parhaiten yhteensopivat palvelut. Tämä tehdään yhdessä asiakkaan ja/tai läheisten kanssa.
Palvelutarpeen arviointi	lökkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaa työntekijä, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta sekä tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005) tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu kelpoisuus. Palvelutarve arvioidaan luotettavia ja monipuolisia menetelmiä käyttäen (Vanhuspalvelulaki).
Palvelusuunnitelma	Palvelusuunnitelmassa määritellään iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi. Iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa on neuvoteltava vaihtoehtoja kokonaisuuden muodostamiseksi. Iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehtoja on kirjattava suunnitelmaan. Palvelusuunnitelma on tarkistettava, jos henkilön palveluntarpeessa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia sekä muutoinkin (Vanhuspalvelulaki).
Palvelukoordinaattori	Paljon erilaista apua ja tukea tarvitsevalle henkilölle voidaan nimetä palvelukoordinaattori, joka järjestää, koordinoi ja seuraa palvelukokonaisuutta.
Omatyöntekijä	Avuntarvitsijalle nimetty ”omatyöntekijä”, joka vastaa avuntarvitsijan päivittäisen tilanteen seuraamisesta kokonaisvaltaisesti. Omatyöntekijä määrätty palvelutarpeen mukaan ja voi vaihtua palvelutarpeen muuttuessa. Omatyöntekijänä voi toimia esimerkiksi omainen, kotisairaanhoidtaja, sosionomi, geronomi, fysioterapeutti, muistihoidtaja tai muu avuntarvitsijan tilannetta tunteva palveluntuottajan työntekijä