

Pohjois-Karjalan sote-hanke

Palvelutuotantotyöryhmä loppuraportti

28.3.2015



Palvelutuotantotyöryhmä

Anu Niemi, pj, ylilääkäri, perusterveydenhuollon yksikkö, PKSSK
Katriina Päivinen, sihteeri, tilaajohtaja, Kontiolahden kunta
Eija Rieppo, jäsen, sote-johtaja, Joensuun kaupunki
Tero Oinonen, jäsen, sote-johtaja, Lieksan kaupunki
Markku Kipinä, jäsen, sote-johtaja, Kiteen kaupunki
Tapio Hakala, jäsen, operatiivisen klinikkaryhmän johtaja, PKSSK
Juhani Junnilainen, jäsen, kehittämispäällikkö, Joensuun kaupunki
Kirsi Kinnunen, jäsen, kehittämisasiantuntija, PKSSK
Raija Makkonen, jäsen, henkilöstöjärjestön edustaja, TEHY

<i>PALVELUTUOTANTOTYÖRYHMÄLLE ANNETTU TOIMEKSIANTO</i>	3
<i>YLEISESTI VALMISTELUPROSESSISTA JA NYKYTILAN KUVAAMISEN METODIT</i>	3
1 Kuntatyöpajat	3
2 Palveluprosessien nykytilan kuvaamisen prosessi	4
3 Asukkaiden osallisuus valmistelussa – asukkaan marraskuu	5
4 Yksityisille palveluntuottajille suunnattu kysely	5
<i>TALOUSNÄKÖKULMAN YHDISTÄMINEN TOIMINNALLISIIN KUVAAUKSIIN</i>	6
<i>PALVELUTUOTANNON KESKEISIMMÄT TUNNISTETUT ONGELMAKOHDAT JA RATKAISUEHDOTUKSET</i>	7
1 Yhteydensaanti	7
2 Palveluiden koordinoimattomuus	9
3 Etulinjassa olevan osaamisen tarve vai osaamisen tuki etulinjaan?	9
4 Arjen turvallisuus	11
<i>PALVELUTUOTANNON ENSIVAIHEESSA MALLINNETTAVAT PALVELUKOKONAISUUDET</i>	11
1 Yli 75-vuotiaiden hoito- ja palvelukokonaisuudet	12
2 Lapsiperheitten ennaltaehkäisevät palvelut ja lastensuojelu	17
3 Psykiatria ja päihdetyö	18
4 Perusterveydenhuollon avosairaanhoidotoiminta	21
5 Vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto	23
<i>PALVELUTUOTANTORAKENTEEN LUOMISEN PERIAATTEET</i>	25
<i>KOKONAISKUSTANNUSTEN HALLINNAN JA LAADULLISTEN TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISEN EDELLYTYKSET</i>	25
1 Palvelurakennetta koskevat asiat	25
2 Työnjakoon ja osaamisen vahvistamiseen liittyvät ratkaisut	26
3 Kansalaisten omahoidon tukeminen ja asukkaiden kautta saatavan tiedon hyödyntäminen	26
4 Tuloksellista johtamista tukevat ratkaisut	26

<i>Liitteet</i> _____	27
Liite 1 Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö kuntatyöpajoissa _____	28
Liite 2a Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö; toiminnalliset työryhmät syksy 2014 _____	32
Liite 2b Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö; _____ elämänkaariajattelun mukaiset työryhmät kevät 2015 _____	36
Liite 3 Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten vertailu yhteenveto v. 2013-2014 _____	38
Liite 4 Ikäihmisten palvelurakenteen strategiset tavoitteet ja ehdotus tarvittavien jatkotoimenpiteitten osalta vuosille 2015- 2020 _____	39
Liite 5a Toiminnallisten työryhmien tekemät kehittämissuositukset; LAPSET JA NUORET _____	44
Liite 5 bToiminnallisten työryhmien tekemät kehittämissuositukset; työikäiset _____	46
Liite 5c Toiminnallisten työryhmien tekemät kehittämissuositukset; ikäihmiset _____	51

PALVELUTUOTANTOTYÖRYHMÄLLE ANNETTU TOIMEKSIANTO

Toimeksianto käsitti seuraavat määrittelyt, jotka ovat työryhmän asettamisen jälkeen tarkentuneet osittain yhdessä muiden työryhmien kanssa linjattaviin asioihin. Valmistelutyön edetessä ovat eri työryhmien väliset toimeksiannot lähentyneet toisiaan erityisesti soite-kuntarajapintatyöryhmän (kohta 1), hallinto- ja taloustyöryhmän (kohta 3 ja 4) sekä henkilöstötyöryhmän (kohta 2) kanssa.

Palvelutuotantotyöryhmä

1. määrittelee lähipalvelujen ja palveluverkoston sekä palvelutuotantorakenteen luomisen periaatteet ja keskeiset ratkaisut em. periaatteiden toteutukselle kansallisten linjausten pohjalta
2. tekee ehdotukset toimintaorganisaatiosta
3. selvittää alueellista resurssijohtamista tukevien raportointimenetelmien mahdollisuudet palvelutuotannon määrää ja laatua kuvaavaksi mittaristoksi (siirtyi syksyn 2014 aikana hallinto- ja taloustyöryhmän tehtäväksi)
4. suunnittelee yhteiset isot periaatteet yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa tehtävälle yhteistyölle (mm. sopimus- ja kilpailutusperiaatteet) yhteistyössä hallinto- ja taloustyöryhmän kanssa

YLEISESTI VALMISTELUPROSESSISTA JA NYKYTILAN KUVAAMISEN METODIT

Tulevan palvelutuotannon suunnittelu on edellyttänyt kattavaa nykytilanteen ongelmakohtien esille tuomista, jotta nykyisissä organisaatioissa olevat prosessiongelmien eivät kertautuisi tulevassa organisaatiossa. Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttaminen vaatii onnistuakseen systeemitasolla ammattilaisten työotteen muuttumista perinteisestä resurssikeskeisestä ajattelusta tarveperusteiseksi, asukaslähtöiseksi arjen toimintakykyä tukevaksi ajatteluksi. Henkilöstön osallistaminen nykytilanteen ongelmakohtien tiedostamisessa luo perustan tulevan organisaation muutostyöskentelylle sekä yhteistä arvopohjaa ja sen myötä yhteisten tavoitteiden määrittämiselle.

Lyhyt aika selvityksen tekemiselle ja selvityksen kiinnittyminen osaksi isompaa kokonaisuutta edellyttivät sitä, että kaikki tehtävät asiat oli suunniteltava paitsi nopeasti, myös kokonaisuutta hyödyntäväksi. Työn suunnittelun lähtökohtana oli se, että nykytilan kuvauksen on palveltava ensisijaisesti tulevaa kehittämistä eikä tiedon keräämistä pelkän tiedon saamisen ilosta haluttu lähtökohtaisesti edes lähteä tekemään. Lyhyt aika edellyttää työn rajaamista relevantisti. Muun muassa em. syistä päädyttiin tiedon keruussa osallistavaan tiedonkeruuseen ja moniammatilliseen työtapaan.

Osallistavalla tiedonkeruulla haluttiin luoda pohjaa työntekijöiden sitoutumiselle muutokseen: ei pelkästään muutoksen vastaanottavina tahoina vaan aktiivisina toimijoina. Keskeisenä rajaavana tekijänä päädyttiin asukkaan näkökulmaan. Selvitystä olisi voitu tehdä työntekijän, hallinnon, talouden tai järjestelmän näkökulmista, mutta ne eivät palvele toiminnan sisällön kehittämistä samalla tavalla kuin asukkaan näkökulma.

1 Kuntatyöpajat

Kuntatyöpajojen tavoitteeksi asetettiin kuntatyöntekijöiden tapaaminen, tiedon välittäminen uudistuksesta sekä työntekijöiden ajatusten kuuleminen uudistukseen ja palveluihin liittyen, työntekijöiden osallistaminen tulevan muutoksen valmisteluun sekä muutostyöskentelyn käynnistäminen. Pajat toteutettiin aikavälillä 11.8.- 31.10.2014.

Kuntien sote - esimiehet kokosivat työpajoihin osallistuvan joukon eri koulutustaustaisista työntekijöistään (hoitotyö, fysioterapia, lääketiede, sosiaalityö, sosiaaliohjaus jne.) ja mukana oli myös esimiehiä organisaatioiden eri tasoilta. Osallistujamäärät vaihtelivat kuntakohtaisesti 3 % - 25 % kunnan sote henkilöstön kokonaismäärästä. Osallistujien kokonaismäärä oli n. 300 henkeä. Työpajat (15 kpl) toteutuivat joka kunnassa (Valtimoa lukuun ottamatta). Osallistujaprofiili vastasi kunnissa toimivan sote- henkilöstön ammatillista profiilia.. Asukaslähtöisyyden pohtiminen koettiin helpoksi lähtökohdaksi yhteistyön tekemiselle, koska se ei korosta oletettuja vastakkainasetteluja (perusterveydenhuolto/peruspalvelut vs. erikoissairaanhoido/erityispalvelut, sosiaalinen vs. terveys, maalaiskunta vs. keskuskaupunki, professiot) vaan antaa toimijoille mahdollisuuden pohtia ja kehittää ilman ajatusta siitä, että pitää valvoa erityisesti jonkun (muun kuin asukkaan) etuja.

Kuntatyöpajojen onnistumista arvioitiin itsereflektiolla, ulkopuolisella arvioinnilla sekä osallistujien palautteella. Kuntatyöpajoissa sosiaalihuollon ja sote-integraation nykytilasta saatavan tiedonkeruuta, analysointia ja sen raportointia tuki sosiaali- ja terveysministeriön alainen Itä- ja Keski-Suomen KASTE aluejory 10 000 eurolla syksyn 2014 aikana. Kuntatyöpajojen tuotokset löytyvät yksityiskohtaisesti palvelutuotantotyöryhmän väliraportista www.pkssk.fi/materiaalit (liitteenä kuntatyöpajoihin osallistuneiden kuntatyöntekijöiden luettelo, liite 1).

2 Palveluprosessien nykytilan kuvaamisen prosessi

Palvelutuotantotyöryhmän alaisuudessa nykytilan kuvausta työsti syksyn 2014 aikana kuntatyöpajojen rinnalla myös 13 toiminnallista alatyöryhmää; ennaltaehkäisevät palvelut, suun terveydenhuolto, avovastaanotto toiminta, vuodeosasto, lastensuojelu ja sosiaalityö, kotihoito, hoivakodit/ palveluasuminen/SAS-toiminta, kuntoutus, työterveyshuolto, psykiatria ja päihdetyö, päivystys ja ensihoito, kehitysvammahuolto/vammaispalvelut ja ympäristöterveydenhuolto.

Ympäristöterveydenhuollon hallinto on juuri uudistettu ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueista annetulla lailla (410/2009). Lain mukaan yhteistoiminta-alueet ovat aloittaneet toimintansa vuoden 2013 alkuun mennessä. Mikäli alueellinen sote palvelutuotantokokonaisuus syntyy, on tällä hetkellä Joensuun kaupungin organisaatioon sijoittunut ympäristöterveydenhuollon yksikkö siirrettävissä sellaisenaan osaksi alueellista tuotantokuntayhtymää. Ympäristöterveydenhuollolla on runsaasti yhteistä tehtäväaluetta nykyisen perusterveydenhuollon kanssa.

Työterveyshuoltoa mallintavan työryhmän toimeksiantoa puolestaan on ohjannut kansalliselta tasolta asetettu loppuraportin kokoamishetkellä tiedossa oleva vaatimus työterveyshuollon laatukäsikirjan laatimisesta ja työterveyshuollon yhtiöittämisveloitteesta (koskee sairausvastaanotto toimintaa) mahdollisesti 1.1.2017 lukien. Tämän vuoksi työterveyshuollon toimeksiantoa nykytilan selvityksen osalta tarkennettiin koskemaan alueellisesti yhteisen laatukäsikirjan laadintaa vuoden 2015 loppuun mennessä. Alueellisen laatukäsikirjatyön laadinnan yhteydessä jäsennetään Pk sotessa tuotettavan kunnallisen työterveyshuoltotoiminnan suhdetta muuhun avovastaanotto toimintaan.

Ryhmät kuvasivat oman kokonaisuutensa pullonkauloja asukkaan näkökulmasta eli työntekijät asettuvat asukkaan asemaan pyrkien näkemään palveluprosessin ongelmia kuten asukas ne näkee. Työryhmissä oli mahdollisimman laaja ammattiryhmien (hoitotyö, lääketiede, sosiaalityö, kuntoutus) alueellinen edustus sosiaalihuollon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eri organisaatioista. Ryhmät käyttivät harkintansa mukaan muuta työryhmänsä ulkopuolista asiantuntemusta työnsä tukena.

Pullonkaulakuvausten tehtävänä oli toimia kehittämisen pohjana. Ne ovat antaneet tietoa nykytilasta ja siinä olevista muutostarpeen alaisista haasteista. Valmistuneet pullonkaulakuvaukset lähetettiin

peilattaviksi eri tahoille, kuten asukkaille, asiantuntijaryhmille, Kelan Pohjois-Karjalan vakuutuspiirille sekä kuntatyöpajoihin osallistuneille henkilöille.

1/2015-3/2015 välisellä ajalla tulevaisuuden palvelutuotannon tavoitetilan mallintamista ja edellä kuvattujen ongelmakohtien ratkaisuja hahmoteltiin monialaisissa ja -ammattillisissa alueellisissa työryhmissä. Työryhmät oli jaettu elämänkaarajatteluun mukaan (lapset, työikäiset ja ikääntyvät). Työryhmien jäsenet ilmoittautuivat kehittämistyöhön joko itse tai esimiestensä ilmiantamina. Tähän työhön osallistui 70 henkilöä (liitteenä toiminnallisiin työryhmiin eri vaiheissa osallistuneiden henkilöiden luettelo, liite 2.).

3 Asukkaiden osallisuus valmistelussa – asukkaan marraskuu

Asukasosallisuuden nykytilan kuvaukseen yhteistyökumppaniksi hanke sai Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen, jolla on vahva kokemus osallisuuden kehittämisestä alueella ja jonka toimintaan asukkaiden osallisuus nivoutuu luontevasti. Yhteistyössä Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen kanssa suunniteltiin kokonaisuus, joka sai työnimekseen "asukkaiden marraskuu". Asukkaiden marraskuun keskeinen tavoite oli kerätä maakunnan asukkaiden ajatuksia sotepalveluista ja niiden nykytilasta, erityisesti niiden pulmakohdista ja kehittämisen tarpeista sekä samalla osallistaa ja kannustaa asukkaita palvelujen arviointiin ja kehittämiseen.

Kokonaisuus muodostui kuudesta seututapaamisesta (Lieksa, Nurmes, Ilomantsi, Joensuu, Rääkkylä ja Kitee), järjestöjen kautta organisoiduista tapaamisista, jalkautumisista matalan kynnyksen kohtaamispaikkoihin tai muihin julkisiin tiloihin sekä otakantaa.fi – sivustolle laaditusta kyselyistä. Otakantaa.fi on oikeusministeriön ylläpitämä sivusto, joka on "kaikille avoin, moniääninen kansalaisten, hallinnon ja päätöksentekijöiden kohtauspaikka" (otakantaa.fi). Otakantaa - sivuston kyselyt olivat auki vuoden 2014 loppuun saakka. Asukkaiden marraskuuta varten tuotettiin tiedotusmateriaalia sekä 2000 "Siun sote" – postikorttia, joita hyödynnettiin palautteen antamisessa.

Asukkaiden marraskuuta toteuttamassa oli Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen ja oSallisuushanke Sallin työntekijöiden lisäksi Karelia – ammattikorkeakoulun, Humanistisen ammattikorkeakoulun sekä Itä-Suomen yliopiston opiskelijoita, yhteensä yli 25 opiskelijaa eri rooleissa ja tehtävissä. Joensuun kaupungin viestintäpäällikkö sekä PKSSK:n tiedottaja olivat mukana viestinnän suunnittelussa ja toteutuksessa. Työmäärällisesti oSallisuus-hanke ja Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys sekä jalkautuvat opiskelijat tekivät tästä osuudesta isoimman urakan.

Asukkaan marraskuu – kokonaisuudesta saatiin yli 1000 eri reittejä pitkin tullutta palautetta. Palautteista on koottu kuntakohtaiset tiivistelmät ja ne on toimitettu kuhunkin kuntaan jatkotyöstettäväksi. Saatua palautetta hyödynnetään palvelutuotannon suunnittelussa sekä asukasosallisuuden eri muotojen jatkokehitystyössä. Osana Siun sote- KASTE – hanketta järjestetään asukkaan huhtikuuksi nimetty tapahtumakokonaisuus keväällä 2015, missä alueen asukkaille järjestettävissä tilaisuuksissa kuvataan sitä mitä kertyneellä tiedolla on tehty, mitä tietoa on saatu ja mihin toimenpiteisiin asukaspalautteen perusteella on jo ryhdytty.

4 Yksityisille palveluntuottajille suunnattu kysely

Syksyn 2014 aikana eri tahoilta saatujen, yksityisten palveluntuottajien asemaa ja osallistumismahdollisuuksia koskevien yhteydenottojen perusteella päädyttiin siihen, että tässä vaiheessa on hyvä selvittää myös alueen yksityisiltä sotepalveluiden (yritykset, yhteisöt, säätiöt) tuottajilta sote-uudistukseen liittyviä ajatuksia sekä yritysten kokemia pullonkauloja nykyisessä toiminnassa. Kysely toteutettiin yhteistyössä Joensuun seudun kehittämissyhtiö Josek Oy:n kanssa sähköisenä kyselynä. Sama

kysely lähti myös Pielisen Karjalan kehittämiskeskus Pikes Oy:n ja Keski-Karjalan kehittämissyhtiö Ketä Oy:n kautta. Vastauksia saatiin yhteensä 119 kpl määräaikaan mennessä.

Kuntatyöpajoista, asukkaan marraskuusta sekä yrityksille suunnatusta kyselystä on laadittu raportti, mikä löytyy kokonaisuudessaan palvelutuotantotyöryhmän väliraportista www.pkssk.fi/materiaalit.

Josek Oy:n kanssa järjestettiin helmikuussa 2015 yrityksille suunnattu palautetilaisuus kyselyn tuloksista. Yhteiseksi sekä yrityselämän että kuntien kehittämiskohteeksi nousi palveluiden kilpailuttamiseen liittyvän osaamisen vahvistaminen, minkä eteenpäin viemisestä elinkeinoyhtiöt ottavat vastuun.

TALOUSNÄKÖKULMAN YHDISTÄMINEN TOIMINNALLISIIN KUVAUKSIIN

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot on koonnut palvelutuotantotyöryhmän jäsen, kehittämispäällikkö Juhani Junnilainen Joensuusta kuntien tilinpäätöstiedoista yhtenäisellä tavalla vuosien 2013 ja 2014 osalta. Tiedot on ryhmitelty vastaamaan toiminnallisten alatyöryhmien muodostamia kokonaisuuksia ympäristöterveydenhuolto ja työterveyshuolto lukuun ottamatta. Ryhmittelyn edellyttämiä taloustietoja ei ollut saatavissa Rääkkylästä. Tohmajärven kohdalla vuoden 2013 menot on jaettu vuoden 2012 suhteessa eri palveluille eikä vuoden 2014 talouden tunnuslukuja ole ollut saatavilla.

Kuvatunkaltainen sote menojen ryhmittely auttoi hahmottamaan eri toimintojen suhteellista osuutta ja toi esille eri kuntien ja eri toimintojen väliset erot ja suurimmat poikkeavuudet. Kustannusvertailuiden yhteenveto on liitteenä 2.

Merkittävimmät kuntien väliset erot kustannusten osalta ovat lastensuojelussa ja yli 75 - vuotiaiden hoito/hoivakokonaisuudessa.

Sote-menoja tarkasteltaessa on huomioitava kuntien välillä olevat suuret sairastavuuden ja sosio-ekonomisten tekijöiden erot, jotka osaltaan vaikuttavat sote-menoihin. Kontiolahti muistuttaa väestörakenteeltaan paljon eteläisen ja läntisen Suomen kaupunkien ympäröintä, joissa väestörakenne painottuu lapsiin ja työttömyys on matala. Joensuu on alueen keskuskaupunki ja muut kunnat painottuvat enemmän ikääntyviin ja sairastavimpiin kuntiin.

Valtakunnan mittakaavassa Pohjois-Karjala on aina ollut yksi tehokkaimmista alueista, kun tarkastellaan erityisesti terveydenhuollon (sisältäen erikoissairaanhoidon ja vanhusten palvelut) kustannuksia suhteessa sairastavuuteen. Sellaista luotettavaa mittaria, joka huomioisi koko soten menot suhteessa sote-palvelujen tarpeeseen, ei ole olemassa. THL julkaisi syksyllä 2014 suuntaviivoja antavan tilaston. Tämä ei kuitenkaan anna mahdollisuutta verrata kuntia relevantilla tasolla, joten kustannukset on avattava paikallisella tasolla. Näin pystytään löytämään alueellisesti ja kunnittain merkittävimmät kehittämisen kohteet myös talouden näkökulmasta.

Hyvinvointia tarkasteltaessa Pohjois-Karjalan selkeä ongelmakohta ovat lasten ja nuorten palvelut. Lastensuojelun kustannukset ovat hyvin korkeat useissa seudun kunnissa ja moninkertaiset verrattuna lastensuojelun kustannuksiltaan matalimpaan Kontiolahteen. Erojen syyt löytyvät pitkälti työttömyysasteesta, pienituloisuudesta ja muista vastaavista tekijöistä.

Tulevaisuudessa ikäihmisten palvelut ja niiden suhteellinen osuus sosiaali- ja terveydenhuollosta kasvaa voimakkaasti. Siksi tämä palvelukokonaisuus on keskiössä taloudellisuutta tavoiteltaessa. Kuntien väliset kustannuserot ikäihmistä kohden ovat suuria ja alueella on laskennallisesti vuositasolla saavutettavissa yli kymmenen miljoonan säästö, jos alueen kunnat tehostavat toimintaa. Summa nousee 20 miljoonaan, kun erikoissairaanhoidon ylikäyttö pystytään poistamaan.

Nurmes ja Valtimo ovat panostaneet voimakkaasti terveydenhuollon avopalveluihin ja erottuvat kalleimmiksi kunniksi, mutta tämä resursointi on pitänyt erikoissairaanhoidon kustannukset poikkeuksellisen matalina sairastavuus huomioiden. Erikoissairaanhoidon kustannuksissa lasten ja ikäihmisten kohdalta löytyy suuria kuntien välisiä eroja.

Vammaispalveluissa on selvitettävä tarkemmin alueittaisia ratkaisumalleja valmistelun edetessä. Tällä saralla on ennen aikaista kommentoida eroja, sillä asiakkaiden palvelujen tarpeissa voi olla hyvin suuria eroja kuten myös palvelujen kriteereissä.

Kustannusten kasvun hillitsemiseksi alueellisen palvelutuotannon suunnittelun ja toteutuksen tulee kustannustehokkaan palvelurakenteen lisäksi pohjautua asukkaiden omien voimavarojen parempaan kartoittamiseen palvelutarvearvioinnin ohella. Tämä on edellytyksenä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon rajalliset resurssit voitaisiin kohdentaa nykytilaa vaikuttavammin.

PALVELUTUOTANNON KESKEISIMMÄT TUNNISTETUT ONGELMAKOHDAT JA RATKAISUEHDOTUKSET

Palvelutuotannon nykytilan kuvauksessa sote – ammattilaiset kuvasivat oman kokemuksensa perusteella asukkaiden näkökulmasta keskeisimpiä palveluprosessien pullonkauloja. Asukkailta ja sidosryhmiltä saadun palautteen mukaan ongelmalliset kohdat vastaavat myös kansalaisten kokemia ongelmia. Havaittujen ongelmakohtien ratkaisuiden yhteinen piirre on, että ne edellyttävät monien sote organisaatioiden yhteisiä linjauksia ja yhteistä arvopohjaa asioiden korjaamiseksi.

1 Yhteydensaanti

Yhteydensaaminen/saavutettavuus sekä tietämättömyys tarjolla olevista palvelutarjonnasta (mukaan lukien myös kolmas sektori) tunnistettiin kaikkien prosessien keskeisimmäksi ongelmakohdaksi. Yhteydensaamisessa on ongelmia asukkaiden ja sote ammattilaisten kesken, mutta samalla se tunnistettiin myös ammattilaisten välisen yhteistyön käytännön toteutumisen konkreettiseksi esteeksi nykytilanteessa. Ajantasaista tietoa olemassa olevista sote toiminnan ulkopuolisista kunnallisista ja kolmannen sektorin palvelukokonaisuuksista on vaikea ylläpitää. Korjauksena tiedostettuun käytännön ongelmaan on kansallisessa SADE -ohjelmassa parhaillaan kehitteillä palveluvalikoimasta kertovia vähintäänkin aluetasoisia sähköisiä tiedonkeruualustoja. Pohjois- Karjala ei ole ollut mukana ko. kehittämistyössä, mutta kehittämistyössä tehdyt määrittelyt ovat hyödynnettävissä jatkossa myös Pohjois-Karjalan alueella.

Tiivistelmä ratkaisuehdotuksista

- puhelinliikenteen hallintaa tukevan teknologian maksimaalinen hyödyntäminen ja puhelimitse tapahtuneen yhteydensaannin yhtenäinen raportointi käynnistymässä
- sähköisen asioinnin/itsehoitoa tukevat asiointipalvelut ja niiden hankinta sekä niiden myötä tulevat muutokset ammattilaisten toimintaprosessiin
 - o Joensuun kaupungin osalta hankinta on selvittelyn alla ja sähköisen asioinnin kehittämiseen liittyvää työpanosta on lisätty Joensuussa (työote osin alueellista)
- Medinet tilien kautta tapahtuvan potilasohjauksen laajentaminen
 - o käynnissä osana avovastaanotto toiminnan kehittämisprosesseja, tilimäärät/1000 asukasta kuntakohtaisesti saatavissa reaaliaikaisena tietona
- ammattilaisten välisten konsultaatiokäytänteiden vakiinnuttaminen
 - o suorat viranomaisnumerot sekä etäkonsultaatiot videoteitse, valmistelu käynnistynyt, osin jo toimeenpanossa
- hyvä vastaanotto toimintamallin levittäminen perusterveydenhuoltoon/hyvinvointiasemille
 - o käynnissä Juuan, Liperin ja Kiteen terveyskeskuksissa sekä Siilaisen ja Kontiolahden terveysasemilla osana kansallista hanketta
 - o käynnistetään maakunnan muissa kunnissa vuoden 2015 aikana osana Siun sote - hanketta
- ennakoiva lääkäreiden, hammaslääkäreiden, sosiaalityön ammattilaisten, joidenkin erityistyöntekijöiden alueellinen rekrytointisuunnitelma laaditaan välittömästi jo toimeenpanon valmisteluvaiheessa osana henkilöstösuunnitelmaa
- huomion kiinnittäminen ammattilaisten vuorovaikutukseen ja palveluja käyttävien kohtaamiseen eri tasoilla (esim. ohjeistusten selkeys, erityisryhmien kohtaaminen, jo käynnissä)

Ajoittain tukkeutuvan puheluliikenteen ongelmia on lähdetty jo aiemmin ratkaisemaan mm. takaisinsoittopalvelulla, mistä on rohkaisevia kokemuksia. Ongelmana takaisinsoittopalvelun toimivuudessa on se, että kansalaisten luottamus julkiseen sote palvelujärjestelmään on osin rapautunut. Tämän vuoksi myös takaisinsoittojärjestelmän toimivuutta kyseenalaistetaan ja se jätetään hyödyntämättä. Toisaalta tietoisuus palvelun olemassa olostaa on osin riittämätöntä ja edellyttää jatkuvaa vahvaa viestinnällistä aktiivisuutta.

Yhteydensaannin ja asioinnin tukena on olemassa myös lisääntyvässä määrin erilaisia sähköisiä välineitä, mm. sähköinen ajanvaraus. Joensuu on mukana seitsemän omahoidon edelläkävijäkunnan (Turku, Tampere, Oulu, Eksote, Espoo, Hämeenlinna ja Joensuu) kanssa kansallisessa kansalaisten itse- ja omahoitoa tukevassa sähköisten palvelukokonaisuuden määrittelyprojektissa (Omahoito- ja digitaaliset arvopalvelut). Projektin tavoitteena on määrittelyvaiheen jälkeen edetä palvelukokonaisuuden kilpailutukseen, hankintaan ja käyttöönottoon vuosina 2015–2017. Palvelukokonaisuus koostuu kansalaisen päätöksentekoa tukevista digitaalisista arvopalveluista ja potilastietojärjestelmästä riippumattomasta omahoitoalustasta. Hankkeessa tehtävät hankinnat ja määrittelyt ovat hyödynnettävissä alueellisessa palvelutuotannossa.

Kaikissa alueen kunnissa on otettu käyttöön kaikille kuntalaisille tarjolla oleva Medinet-asiointitili, mikä mahdollistaa mm. tutkimustulosten katsomisen, erilaisten vastaanotto toiminnan sisällöllistä tehokkuutta lisäävien esitietolomakkeiden sähköisen käyttöönoton sekä myös vuorovaikutteisen asioinnin kansalaisen ja terveydenhuollon ammattilaisen kesken. Sähköinen asiointi edellyttää kuitenkin terveydenhuollon toimintaprosessien kehittämistä jokaisessa sähköisiä työkaluja käyttöönottavassa yksikössä, jotta työkaluista voidaan ulosmitata maksimaalinen hyöty. Kuntakohtaiset erot asiointitilien käyttäjien määrissä /1000 asukasta ovat suure, mistä voi päätellä että potentiaalisia käyttäjäryhmiä on vielä löytymättä. Yhteensä Medinet – tilejä on alueen kuntien asukkailla ollut maaliskuussa 2015 16 000. Sähköisessä asiointissa aktiivisimmat löytyvät Joensuusta (em. vertailuluku 127/1000 asukasta).

Kehittelyn alla olevalla asiakaspalvelukeskustoiminnalla ja sote palvelutuotannon yhteydensaannin kehittämistyöllä on liittymäpintoja, joita tulee tuotannon käynnistyessä kartoittaa. Etulinjassa toimiva palveluohjaus on alueellisessa tuotannossa sisällöllisesti harmonisoitava laatupoikkeamien välttämiseksi.

2 Palveluiden koordinoimattomuus

Monissa eri palveluprosesseissa yhtä aikaa asioivien osalta on selkeäksi ongelmaksi tiedostettu hoito- ja koordinoitavuuden puute.

Tiivistelmä ratkaisuehdotuksista

- terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönotto kattavasti moniasiakkuuksissa kaikissa toimipisteissä
 - o kehittäjäkumppanuus THL:n kanssa?
- kuntakokeilulainsäädännön mahdollistamien yhteisten suunnitelmien laadinnan toimintamallin työstäminen ja sen levittäminen
 - o Joensuu ja Liperi ovat mukana kokeilussa pilottina v. 2015 -2016
- moniasiakkuuksien hallintaa tukevien ict –pohjaisten toiminnanohjausjärjestelmien hankinta
- hyvinvointiasema toimintamalli

Terveystietojärjestelmien määrittelyyn, hoitovastuusta sopimisen korostamiseen tähtäävän terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimisen tueksi on terveydenhuollon potilastietojärjestelmiä varten laadittu sähköinen, yksityiskohtaisen suunnitelman laatimista tukeva työkalu. Sosiaalihuoltolain alaisessa toiminnassa on kirjalliseen muotoon laaditulla palvelusuunnitelmalla jo vakiintunut asema, mutta terveydenhuollon ammattilaisten rooli, vastuut ja velvoitteet ovat jääneet hatariksi. Molempien suunnitelmien laadinta edellyttää moniammatillista, tiivistä yhteistyötä potilaan/asiakkaan, potilaan/asiakkaan omaisten, lääkäreiden, hoitajien sekä muiden ammattiryhmien kesken. Suunnitelman laadintaan kuuluu kirjallisen dokumentin tekeminen, missä mm. sovitaan hoitokokonaisuuksista vastaava ammattihenkilö. Terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttöönotossa on alueellisesti psykiatrian klinikka ollut aktiivisin, perusterveydenhuollossa sen käyttöönotto on vasta aluillaan.

Ongelmana terveys- ja hoitosuunnitelman käytön laajentamisessa on ollut THL:n laatiman terveys- ja hoitosuunnitelmaa ohjaavan rakenteen ”kömpelyys” ja jäykkyys todellisen moniammatillisen työn tarpeita vastaavalla tavalla. Ongelmista on informoitu THL:n johtoa ja on todennäköistä, että terveys- ja hoitosuunnitelmaa tullaan jatkokehittämään pilottihankkeessa mihin Pohjois-Karjala on tarjoutunut pilottialueeksi.

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kohdalla palveluiden koordinoimattomuus on erityisen suuri ongelma, sillä tässä kohderyhmässä olevilla on asiakkuuksia eri rekisterinpitäjien alaisuudessa. Hoidon koordinaatiota ja sen toteutumista seuraavat sähköiset työkalut voisivat ensivaiheessa auttaa konkreettisella tasolla ammattilaisia ja kansalaista kokonaiskuvan ja – tavoitteiden hahmottamisessa, samoin hyvinvointiasema toimintamallina.

3 Etulinjassa olevan osaamisen tarve vai osaamisen tuki etulinjaan?

Kansalaisten odotukset sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien etulinjaan, välittömästi asukkaan kohtaaviin ammattilaisiin ovat suuret. Ammattilaiset ovat paitsi käyntikortti koko palvelujärjestelmän toimivuudesta, myös keskeisellä paikalla tunnistamassa ja ohjaamassa kansalaisia oikeanlaisten palvelukokonaisuuksien piiriin. Etulinjassa toimivalla työntekijällä on suuri vastuu kokonaisprosessien

onnistumisesta ja laadusta sekä samalla myös kustannusten hallinnasta. Tämä on huomioitu esimerkiksi vuoden 2015 alusta voimaanastuvassa päivystysasetuksessa, joka edellyttää päivystyksen etulinjassa toimivilta ammattihenkilöiltä edellytetään aikaisempaa laajempaa osaamista.

Alueen kunnat ovat viime vuosina pyrkineet eroon vuokralääkäritoiminnasta joko panostamalla lääkäreiden rekrytointiin itse tai hyödyntäen suoriin virkasuhteisiin rekrytoivien yritysten apua. ”Keikkalääkäreitä” tarjoavien yritysten palveluja käytetään harkiten ja lähinnä paikkaamaan virka-ajan ulkopuolista kiireellistä vastaanottotoimintaa. Lääkäreirekrytoinnissa on viime vuosien aikana lisätty Pohjois-Karjalan alueen työpaikkojen yleistä näkyvyyttä ja tietoisuutta lääketieteen opiskelijoiden piirissä yhteistyössä alueen elinkeino-yhtiöiden kanssa tehdyillä markkinointi-iskuilla. Nuorten lääkäreiden rekrytoinnissa onnistumisen keskeisenä edellytyksenä on, että nuorelle lääkärille on tarjolla helposti saavutettavissa oleva kokeneemman perusterveydenhuollon toimintaympäristön tuntevan kollegan tuki. Erityisesti tämä korostuu pienissä toimintayksiköissä. Lääkäreiden rekrytoinnin on oltava pitkäjänteistä ja käytännössä alueelle pysyvästi sijoittuvat lääkärit ovat joko alueelta syntyisin olevia tai jo opiskeluaikoina alueen eri toimipisteissä kesäsijaisuuksia tehneitä. Ratkaisevana tekijänä työpaikan valinnassa on myös alueen muu työpaikkatarjonta.

Alueellinen työnantajataho voi muodostua myös yksittäistä organisaatiota houkuttelevammaksi työpaikaksi, sillä se mahdollistaa joustavasti ammatillisen osaamisen täydentämisen, erilaisten monimuotoisten työnkuvien rakentamisen ja vahvemman kollegiaalisen tukiverkoston. Lääkäriksi valmistuvien määrä on kasvamassa lähivuosina ja se voi osaltaan jonkin verran helpottaa rekrytointeja, mutta kollegiaalisen tuen tarvetta tämäkään ei poista. Relevantin kollegiaalisen tulen takaaminen ja onnistuneet rekrytointiprosessit myös muiden ammattiryhmien kohdalla ovat avainasemassa.

Hammaslääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden sekä erityistyöntekijöistä puhe- ja toimintaterapeuttien kohdalla on tällä hetkellä huomattavan suuria ongelmia koko alueella. Tämän vuoden alusta voimaan tulleen sosiaalihuoltolain myötä tulleet tiukennukset sosiaalityötä tekevien ammattilaisten pätevyydelle uhkaavat lamauttaa kuntien sosiaalityön toiminnan. Alueelle tarvitaan pikaisesti täydennyskoulutusta, mikä mahdollistaisi epäpätevien sosiaalityöntekijöiden kouluttautumisen muodolliseen pätevyYTEEN.

Tiivistelmä ratkaisuehdotuksista

Alueellisessa ja saman johdon alla olevassa palvelutuotannossa on eri ammattiryhmien osaamista kanavoitavissa direktio-oikeudella konsultatiivisena sekä koulutuksellisenä tukena nykytilannetta yksinkertaisemmin tavoin informaatio-ohjauksen sijasta.

- perusterveydenhuoltoa tukeva erityistason jalkautuva palvelu
 - o erikoisalojen lääkäreiden läheteajanvarausvastaanottotoiminta käynnistynyt terveyskeskuksissa (ihotaudit, sisätaudit ja kirurgia, knk-tautien osalta tilanne selvittelyn alla)
 - o hoitotyön erityisosaamisen jalkauttaminen osin jo käynnistynyt/lisätään v. 2016
 - o v.2015–2016 toteutetaan oppisopimuskoulutuksena alueen fysioterapeuteille suunnattu alueen tarpeiden mukaisella tavalla räätälöity ikäihmisten laaja-alaista kuntoutusta /kotikuntoutusta tukeva oppisopimuskoulutus
 - o palliatiivisen hoidon toteuttaminen yhdessä perustason, palliatiivisen yksikön sekä ensihoidon kesken koko alueella
- matalan kynnyksen etäkonsultaatiotoimintaa lisätään
 - o edellyttää kuntataajamissa olevien toimipisteitten varustamista etäkonsultaatiota mahdollistavalla ict-teknologialla
 - o mahdollistaa myös vähemmän kokeneiden ammattilaisten ohjaamisen tuen alueellisesti
- kotihoidon osaamisen vahvistamisen tarpeen kartoitus ja sen vahvistaminen
 - o toteutetaan v.2015 ja osaamisen vahvistaminen sen mukaisesti käynnistyy vuonna 2016

- kuntien työterveyshuollot laativat alueellisesti yhtenäisen alueellisen laatukäsikirjan, missä sovitaan työnjaosta työterveyshuollon erityisosaamisen ja avovastaanottotoiminnan välillä
 - o laatukäsikirja valmistuu 31.12.2015 mennessä, tukee alueen kuntien työterveyshuoltotoiminnan yhtiöittämistä tarvittaessa yhdeksi kunnalliseksi yhtiöksi, asiaa koskeva lakimuutos tulossa vuoden 2017 alusta?

4 Arjen turvallisuus

Yksinäisyys ja arjen turvallisuus ovat esille tulleita ongelmia, joiden vuoksi esim. ikäihmisiä hakeutuu sote palveluiden piiriin itsenäisen kotona asumisen sijasta. Arjen turvattomuutta eri tavoin kokevien asukkaiden koordinoimatonta palveluihin hakeutumista voidaan vähentää varsin pienillä toimenpiteillä. Esimerkiksi pelkkä tieto siitä, että kansalaisen on tarvittaessa mahdollista saada puhelimitse yhteys ammattilaiseen, hillitsee epätarkoituksenmukaista palveluiden piiriin hakeutumista. Tämä ammattilaisten tiedostama pullonkaula tuli esille myös ATH-tutkimuksen aineistoanalyysissa.

Ympäri vuorokautisen terveydenhuollon päivystystoiminnan vähentyessä kasvaa mm. ensihoidon 24/7 hoitotasoisten yksiköiden rooli ja merkitys sekä palveluohjauksen ja tukiverkoston merkitys. Arjen turvallisuuteen ja yksinäisyyteen liittyvät asiat koskettavat laajasti sote-kuntarajapintatyöryhmässä käsiteltäviä aiheita, esimerkkinä kolmannen sektorin kautta valjastettavissa olevat tukitoimet ja kulkuyhteyksiin liittyvät asiat.

PALVELUTUOTANNON ENSIVAIHEESSA MALLINNETTAVAT PALVELUKOKONAISUUDET

Ensimmäisessä vaiheessa mallintamisen ja toimintaprosessien työstössä keskitytään isoihin kokonaisuuksiin, joissa on oletettavasti saavutettavissa toiminnallisesti ja taloudellisesti merkittäviä laadullisia ja kustannuskehitykseen vaikuttavia muutoksia jo varsin lyhyen seuranta-ajan puitteissa.

Yli 75 v hoito- ja palvelukokonaisuudet, lapsiperheitten ennaltaehkäisevät palvelut ja lastensuojelu, perusterveydenhuollon avovastaanottotoiminta, vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto sekä psykiatria ja päihdetyö ovat palvelukokonaisuuksia, joissa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välisten rajapintojen poistuminen mahdollistaa kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta. Kaikissa edellä kuvattujen kokonaisuuksien alueellisissa mallinnoissa huomioidaan kuntoutuksellinen näkökulma läpileikkaavana elementtinä, sillä kuntoutuksesta saatavaa hyötyä ei ole aiemmin alueellisesti koordinoitu apuvälinepalvelutoimintaa lukuun ottamatta. Kokemukset mm. Eksoten toimintamalleista, missä kuntoutusosaamista on eri tasoilla määrätietoisesti lisätty sekä vaativan tason kuntoutusta on keskitetty, vahvistavat käsitystä siitä, että kuntoutuksen kokonaisuuden toteutus edellyttää radikaaleja rakenteellisia muutoksia.

PKSSK:n erikoissairaanhoidon on kansallisesti vertailtuna toteutettu kustannustehokkaalla tavalla ja tätä asemaa ei tulisi jatkossa heikentää.

1 Yli 75-vuotiaiden hoito- ja palvelukokonaisuudet

a. Ikääntyneiden hoito- ja palvelukokonaisuuksia kuvaavia tunnuslukuja ja käsitteistöä

Pohjois- Karjalan alueella (mukaan lukien Heinävesi) yli 75-vuotiaat muodostivat 10.1 % (n. 17 000 henkilöä) koko alueen väestöstä. Väestömäärään suhteutettuna heitä on eniten Ilo-mantsissa 16.2 % (909), vahvalla kakkossijalla tulee Heinävesi 15.2 % (579), Joensuussa yli 75 vuotiaiden osuus väestöstä on 10.1 % (7877) ja pienin osuus väestöstä ko. ikäryhmää on Kontiolahdessa 5.1% (733). Vastaava suhdeluku koko Manner - Suomessa on 8.6 % (464 396). Suomi ikääntyy erityisesti 2020-luvulta eteenpäin voimakkaasti ikääntymisen tasaantuessa 2040-luvulla.

Vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) eli ns. vanhuspalvelulaki edellyttää ikääntyneen väestön terveyden, toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä edellytystä parantaa mahdollisuutta osallistua palvelujen kehittämiseen kunnassa. Lisäksi lain tarkoituksena on parantaa mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja sekä vaikuttaa palvelujensa sisältöön ja toteuttamiseen.

Väestön ikärakenteen ja eliniän odotteen nopea muutos näkyy erityisesti palvelutarpeen määrän nopeana kasvuna yli 80-vuotiaiden määrän kasvun seurauksena. Kustannusten kasvun uhka ja henkilöstön riittävyys tulevat vaatimaan selkeää palvelurakennemuutosta uusine palvelurakenteineen, jotta käytettävät resurssit tulisivat kohdennettua tehokkaammin sekä asiakkuuksien että talouden näkökulmista. Palvelurakennetta uudistettaessa tulisi ikäihmisten toivetta asua kotona tai kodinomaisissa puitteissa mahdollisimman pitkään pitää kehittämisen perustana.

Ikäihmisten palveluissa on kysymys alla luetelluista palveluista, jotka kaikki on rakennettava ja mitoitettava hyvin yhteen terveydenhuollon palvelujen kanssa sekä suhteessa toinen toisiinsa huomioiden myös sosiaalipalvelujen integroituminen. Jokaisen yksilön kohdalla on tehtävä yksilöllinen palvelutarvearvio ennen palvelun aloittamista.

- Hyvinvointia edistävät palvelut
- Tukipalvelut – tukiasuminen
- Päivätoiminta, kuntouttava päivätoiminta ja ”päivähoito”
- Omaishoito
- Kotihoito ml. kuntoutumisohjelmat, joissa asetettuja tavoitteita arvioidaan säännöllisesti
- Vuorohoito (esim. perhekodissa)
- Perhehoito
- Ryhmäkoti-asuminen pienkodeissa (kotihoitopalvelut tukena)
- Lyhytaikainen tehostettu palveluasuminen ml. kuntoutumisjaksot
- Palveluasuminen, jossa yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma
- Tehostettu palveluasuminen (terveydenhuollon ammattihenkilöstöä on paikalla 24h)
- Laitushoito, vain lääketieteellisin perustein

Tehokkaalta ja vaikuttavalta palvelurakenteelta edellytetään vahvoja ammatillisia käytäntöjä, vahvaa yhtenäistä näkökulmaa sekä koko ylläkuvatun palvelutarjottimen yhtäaikaista hallintaa. Ongelmana palvelurakennemuutoksissa on raskaimman ja kalleimman palvelun painopisteen siirtämisessä hyvinvointia edistäviin ja itsenäistä elämää tukeviin palveluihin. Pitkäjänteiset ja yhteisesti sovitut toimintatavat edistävät ikäihmisten asiaankuuluvien palvelujen saamista. Yhteydensaantimekanismit eri palvelutasoille on myös kehitettävä ikäihmisten osaamis- ja tahtotaso huomioivalla tavalla

b. Kuvausta ikääntyneen palvelutarpeista ja arvio nykytilanteesta alueen kunnissa

Ikääntyneen palvelutarve alkaa monesti arkisten toimintojen suoriutumisen vaikeutumisena. Tällöin ikääntyneen tulee saada kunnalta tai yksityiseltä taholta yksilöllistä palvelutarveohjausta, neuvoja ja tukea millaista tukea ja apua hänellä on mahdollisuus saada. Lähes kaikissa kunnissa toimii palveluohjauskeskus tai vastaava yksikkö, joka vastaa kunnan puolesta tästä toiminnasta. Usein sitäkin palvelua joutuu muutamia päiviä jonottamaan, maksimissaan kuitenkin kuntien on tarjottava ko. ohjaus 7 arkipäivän kuluessa pyynnön saatuaan. Tämä on ensimmäinen askel sokkeloiseen palveluverkkoon astuttaessa. Tässä vaiheessa usein paras enakoivin tuki on pääseminen virikkeiseen ja kuntoutumista edistävään ryhmään, mikä tukee itsenäisyyden ja oman elämän hallinnan tunnetta.

Mikäli avun tarve on toistuvaa ja perustuu todennettuihin (mittarina Pohjois-Karjalan alueella on pääsääntöisesti RaVa -toimintakykymittari) fyysisiin, psyykkisiin tai sosiaalisiin rajoitteisiin mahdollistetaan kotihoidon palvelujen saaminen joko palvelusetelillä tai suoraan kotiin tuotuna kotihoidon työntekijän tuki- ja apupalveluna, jonka tulisi olla mahdollisimman kannustavaa ja omia ikääntyneen voimavaroja edistävää. Palvelu voi olla tilapäistä ja se tulee lopettaa kuntoutumisen/toimintakyvyn palautuessa.

Yhteistyön alussa tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tekemiseen ikääntyneen ja hänen läheisensä tulisi saada osallistua aktiivisesti. Mikäli ikääntynyt haluaa palvelusetelin käyttöönsä ja turvata sen avulla arjen pärjäämisen omassa kodissaan hän tekee valitsemansa palveluseteliryhtymän kanssa sopimuksen, jonka mukaisesti saa tarvitsemansa tuen ja palvelun kotiinsa. Kotihoidosta ikääntynyt maksaa asetuksen mukaisen maksun, joka lasketaan bruttotuloista huomioiden hyväksi luettavat vähennykset. Pohjois-Karjalan sote – hankkeessa on selvitetty alueen kaikkien kuntien palvelusetelitarjonnan nykytilanne ja käyttöalueet. Selvitys yksityiskohtineen löytyy hallinto- ja taloustyöryhmän loppuraportista, mutta tiivistäen voidaan todeta nykytilanteessa olevan kuntien välillä suurta kirjavuutta.

Lääkärin vastaanottoajan saaminen saattaa olla yhteydensaantiongelmien johdosta ikääntyneelle ongelmallista ja alun perin pieni lääketieteellisesti ratkaistavissa oleva ongelma voi hoidon viivästymisen myötä muodostua toimintakykyä pysyvästi heikentäväksi asiaksi. Sosiaalisten etuuksien hakeminen on usein monimutkaista ja vaatii asiantuntijan apua ja ohjausta, mutta läheskään kaikissa kunnissa ei ole käytettävissä erikseen ikäihmisten sosiaalityöhön perehtynyttä ammattilaista.

Keveyhköön tukeen painottuvien avopalveluiden osuus alueen yksityisistä palveluista on vähäinen. Syntyy vaikutelma, että julkinen sektori suuntaa tässä tilanteessa resursseja ”pakottaviin” palveluihin ja markkinat vastaavat siihen. Avopalveluissa lienee tilanne, että hankintojen ja tarjonnan keskittäminen ei ole yhtä helppoa ja liiketaloudellisesti kiinnostavaa, ja siksi niitä tuottavat yleensä pienyritykset.

Yksityiset palvelut etsivät markkinansa palveluihin, joissa julkisella sektorilla on pakottava ja usein pikainen tarve järjestää palvelu. Tähän asetelmaan joudutaan helpommin silloin, kun toiminnasta puuttuu pitkän aikajänteen määrätietoinen suunnitelmallisuus. Luonteenomaista on myös se, että palveluita voidaan järjestää suurissakin yksiköissä ja asiakasriski käyttäjäasiakkuuden elinkaaren ja yleisen kysynnän vuoksi on hallittu (esim. ikääntyneiden asumispalvelut). Tällä pohjalla on etenkin suurten yritysten turvallista lähteä laajentamaan toimintaansa, mikä johtaa helposti keskittymiseen.

Tuotannon keskittyminen samanaikaisesti palvelutarpeiden nopean lisääntymisen kanssa aiheuttaa vanhuspalveluissa riskin samansuuntaisesta kehityksestä kuin terveyspalveluissa: markkinoita ei ohjaa enää kysyntä vaan tarjonta. Vaihtoehtojen puuttuessa palvelujen hankintahinnat saattavat nousta merkittävästi etenkin asumispalveluissa. Tämä on erityisesti huomioitava asumispalvelujen kilpailuttamisen yhteydessä. Toinen uhka on, että kotiin tuotaviin palveluihin syntyy katvealueita etenkin maaseutualueilla. Näkyvissä on myös merkkejä siitä, että kansalaisten halu maksaa palveluista itse on lisääntymässä. Tämä avaa luonnollisesti myös uudenlaisia markkinoita yksityiselle palvelutuotannolle.

c. Ratkaisuehdotuksia

Katsaus tulevaisuuden näkymiin

Pelkkien laatutekijöiden tuominen vahvemmin kilpailutuksiin ei riitä, ja etenkin standardien (minimi) asettaminen johtaa palvelutuottajien mielestä varmemmin hintakilpailuun. Olisikin löydettävä palvelumalleja, joissa käyttäjän näkökulma tulee luontaisesti esille. Palvelusetelien käyttäjien tyytyväisyys saamaansa palveluun on kokemusten mukaan vastaavaa palvelua ostopalvelulla hankittuun verrattuna parempana. Selittävänä tekijänä ilmiölle on pidetty sitä, että palvelusetelin käytössä korostuu potilaan/asiakkaan oma valinnanvapaus. Pohjois-Karjalassa on erityisesti korostettu uudenlaista lähestymistapaa palvelujen järjestämisessä ja jatkuvassa kehittämisessä – asukas on aktiivinen osallinen ja arvokas pääoma kehittämisenäkökulmasta tarkastellen. Myös kilpailutuksia valmisteltaessa tulee entistä vahvemmin huomioida asukasraatien ja vanhusneuvostojen näkemyksiä.

Kumppanuuksia tarvitaan, sillä julkinen sektori ei selviydy kaikesta yksin. On kuitenkin huomioitava, että alueella oleva palvelutarpeen analysointi ja tahtotilan määrittely on tehtävä huolellisesti perustuen alueen kuntien strategiaan linjauksiin omana toiminnan, palvelusetelituotannon sekä ostopalvelujen välisestä tasapainosta palvelusegmenttikohteisesti. Tulevaisuudessa on huomioitava myös uudentyyppiset yritysmuodot, kuten yhteiskunnallinen yrittäjyys, joka Pohjois-Karjalassa ei ole vielä kovin tunnettua. Perusteltua on panostaa kansalaisjärjestö- ja vapaaehtoistoimintaan yhä enemmän ja tukea siten ikääntyneiden kansalaisten omatoimista arjen selviytymistä kannustaen samalla oman elämän vastuunottoon ja omien voimavarojen hyödyntämiseen. Taloudellisesti tiukat ajat korostavat entisestään panostamisen tärkeyttä tähän toimintaan.

Hyvinvointitekniologia laajoine sovelluksineen edistää ikääntyneen kotona asumista turvallisesti tehden elämästä mielekkään ja arvokkaan. Tekniologia helpottaa arjessa selviytymistä, yhteydenpitoa ja antaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ajantasaista tietoa arvioitaessa ikääntyneen toimintakykyisyyttä. Hyvinvointitekniologiaa on alueella hyödynnetty tähän mennessä hyvin niukalti.

Keskeiset strategiset linjaukset yli 75-vuotiaiden hoito- ja palvelukokonaisuuksien toteutumiseksi vuoteen 2020 mennessä

Ikäihmisten palvelukokonaisuutta tarkasteli selvityshankkeessa kolme eri työryhmää. Työryhmien toiminnan lähtökohtana oli tuottaa kuntalaisen kokemuksia saaduista palveluista. Työryhmät olivat eri kuntien ammattihenkilöistä muodostuneita moniammatillisia ryhmiä. Kotihoitoa ja palveluohjausta avasi yksi työryhmä. Myös SAS-toimintaa, tehostettua palveluasumista ja niihin liittyviä tukipalveluja selvitti oma näiden palveluiden substanssiosaajista koostunut ryhmä. Oma työryhmä pohti vuodeosastohoitoa ja siihen liittyviä ilmiöitä potilaan kannalta. Näistä tuotoksista käänteisesti rakentuivat keskeiset strategiset linjaukset yli 75-vuotiaiden hoito- ja palvelukokonaisuuksien toteutumiseksi vuoteen 2020 mennessä. Kokonaiskuvan saamisen varmistamiseksi lähetettiin joulukuussa 2014 Pohjois-Karjalan kaikkiin kuntiin kysely, jossa kartoitettiin nykytilanteessa kuntien ikääntyville kohdentuvia palveluja ja tehtyjä linjauksia. Kyselyn keskeisin havainto oli, että toiminnat eivät ole kuin osassa kunnista strategisesti linjattuja ja koordinoituja.

Jokainen kunta kuitenkin jollakin aikavälillä ilmoittaa esim. olevansa aikeissa vähentää laitoshoidtoa, jopa niin ettei sitä ole lainkaan. Aikatauluissa ei ole yhtenäistä linjausta, vaan todetaan, että ”muutamien vuosien kuluessa”. Lisäksi joissakin harvoissa kunnissa pitkäaikaista laitoshoidtoa (=laitoksessa asumista) ilmoitetaan ettei ole enää ollenkaan.

Suurimmat kustannussäästöt tulevat laitoshoidon purkamisesta ja ikääntyville inhimillisten ja turvallisten asumispalvelujen systemaattisesta mahdollistamisesta. Asumisen järjestelyjen monimuotoisuus ja osittain suunnittelemattomuus ikäihmisten kohdalla oli myös todettavissa, minkä vuoksi on panostettava asumisen monimuotoisuuteen ja lisättävä kevyemmin tuettuja asumisvaihtoehtoja yhdistettynä hyvinvointiteknologiaan ja kotikuntoutustoimintaan. Perustana tulee olla kotona asumisen mahdollistaminen ja sen jälkeen vasta siirtyminen tuetumpaan asumiseen.

Tehdyn alueellisen selvityksen pohjalta voidaan todeta, että kotihoidossa toimivia sairaanhoitajia on vähän. Tämä heijastuu kotihoidon koko toimintaan osaamisen koettuna vajeena, mikä näkyy herkästi mm. ikääntyvien runsaassa erikoissairaanhoidon käytössä lähes läpi Pohjois-Karjalan, erityisesti lähellä keskussairaala sijaitsevissa kunnissa. Systemaattista ikäihmisten kotikuntoutustoimintaa ei missään alueen kunnassa ole kattavasti. (Liite 3 ehdotus ikäihmisten palvelukokonaisuuden osalta tarvittavien toimenpiteiden aikataulutuksesta strategisella tasolla v. 2015 -2020)

Tiivistäen kuntien tahtotila ja ikääntyvien palvelujen linjaukset kunnissa koottujen taustamateriaalien yhteenvetona ovat seuraavat:

- Yhteydenotto monimuotoiseksi ja sujuvaksi ikääntyvän ihmisen toimintakykyä tukevilla ratkaisuilla
- Hyvinvointia edistävien palvelujen saatavuus ja saavutettavuus - yksilöllinen ja räätälöity palveluohjaus yhdistettynä ikäihmisten hyvinvointia tukeviin ryhmätoimintoihin
- Palvelujen kohdentumisen oikea-aikaisuus - palvelutarvearvio palvelutason tai ikääntyneen tilanteen muuttuessa
- Vastuutyöntekijöiden/omahoitajien olemassaolosta syntyvä tuki ikääntyneen arkeen – tieto siitä kuka on vastuutyöntekijä vähentää mm. päivystyksen käyttöä
- Palvelutarjoajien valinnanmahdollisuus (ml. palveluseteli) kotona asumisen edistämiseksi
- Kotona asumisen ensisijaisuus
- Hyvinvointi- ja mobiiliteknologia osaksi ikääntyneen arkea ja työntekijöille toiminnan saumattomuuden turvaamiseksi
- Kuntoutumispalveluiden kiinnittyminen kiinteäksi osaksi palvelukokonaisuuksia, kotikuntoutus
- Monimuotoisten asumispalvelujen kehittäminen
- Koordinoidut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut – luukutus pois.
- Vuodeosastohoitoa vain lääketieteellisin perustein – itse asiassa pitkäaikaislaitoshoidoa ei tulevaisuudessa tarvita ollenkaan!
- Mielekäs elämä ja arjen hallinta, yksityis- ja kolmas sektori vahvat kumppanit
- Vaikuttavuuteen, osallistavuuteen, rohkeuteen, innostavuuteen ja osaamisen edistämiseen sekä ihmisten johtamiseen oikeudenmukaisesti painottuva esimiehisyys
- Osaava, sitoutunut, innostunut, rohkea ja palveluverkon hallitseva henkilöstö

Ammattirakenteen hallittu uudistaminen kustannusten näkökulmasta

Kustannukset, kun ammattirakenne vahvistetaan kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa vuoteen 2020 mennessä (hyödyntäen eläköitymistä, oppisopimusmenettelyjä, täydennyskoulutusta). Alla esimerkin omaiset laskelmat ammattirakenteen uudistamisen kustannusvaikutuksista

- Kotihoito: 20 % sairaanhoitajia, nyt hieman alle 10 % (vaihteluväli 4 % - 17 %, yksi kunta ilmoitti kyselyssä 0 sh, ei voine olla totta)
 - *Kustannukset:* Kustannusvaikutus on noin 1-2 % henkilöstökuluihin (peruspalkkojen suhteessa laskettuna, sh 15 % korkeampi palkka)
- Tehostettu palveluasuminen: 20 % sairaanhoitajia, nyt noin 6 % (vaihteluväli 2.4 % - 11%)

- *Kustannukset: Kustannusvaikutus on noin 2-3 % henkilöstökuluihin (peruspalkkojen suhteessa laskettuna)*
- Kuntoutumiskeskuksen hlöstökustannukset, ei merkittäviä muutoksia sh-ft suhdetta muutetaan, palkkaus lähellä toisiaan
 - *Kustannukset: Kuntoutumiskeskus ja lääkäripalvelut ei merkittävää taloudellista merkitystä, ellei henkilöstömäärät muutu.*
- Lääkäripalvelujen saatavuus – kohdennuksen uudistaminen
 - *Kustannukset: ei uusia lisäkustannuksia varsinaisesti*

Ammattirakenteen uudistamisen perustelut nousevat arjen todennetuista tarpeista

Kuntoutumiskeskuksessa ja akuuttihoidossa perusterveyden puolella on fysioterapeuttien määrää lisättävä, sen sijaan osastotyössä toimivia sairaanhoitajia on alueella yleisesti ottaen riittävästi. Avopalvelut/kotihoito ja kuntouttava päivätoiminta tarvitsevat myös kuntoutusalan ammattiosajia. Lisäksi ryhmäasumiskodeissa ja perhekodeissa on nimetyt oman alueen fysioterapeutit, jotta ohjausta ja tukea on saatavilla muuttuvissa tilanteissa.

Tehostettuun palveluasumiseen on lisättävä sairaanhoitajaresursseja mahdollistamaan kotiolosuhteissa toteutuvan elämän loppuvaiheen hoidon kuolemaan asti, ja erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin sairaanhoitajatasoisen osaamisen puuttuminen näkyy asukkaiden ohjaamisena päivystysvastaanoille tilanearviointia varten. Perusvierusanalytiikka voidaan tehdä pikamittareilla, joita nykyisin on käytettävissä vielä riittämättömästi yksiköissä. Näissä tilanteissa apuna tulee olla myös hyvinvointitekniologia – etäkatselu/videoyhteys lääkärille. Potilaan tilanearvio voidaan toteuttaa moniammatillisesti.

Samat lainalaisuudet koskevat myös kotihoitoa hyvin pitkälti. Molemmissa palvelumuodoissa on myös turvattu säännölliset lääkärikäynnit, jotka mahdollistavat normaalin arjen sujumisen ja tuovat hoitohenkilöstölle varmuutta ja osaamisentunnetta. Tällä on myös omaisia rauhoittava merkitys.

Pohjois-Karjalassa ei ikääntyneiden kohdalla ole kovin paljon käytössä erilaisia juuri heidän tarpeitaan huomioivia hyvinvointitekniologisia mobiilisovelluksia. Yhteydenottomekanismit ja toimintakykyisyyden arvioiminen on yhdenmukaistettava koko tuotantoalueella. Hankintojen on perustuttava kannattavuuslaskentaan ja sen myötä saavutettavaan hyötyyn. Teknologian hyödyntäminen vähentää henkilöstön lisätarvetta, mikäli teknologian käyttöönoton rinnalla huomioidaan niiden heijastusvaikutus ammattilaisten toimintaprosesseihin.

Teknologiset sovellukset toimintakykyisyyden, yhteydenoton tai arjessa pärjäämisen arvioinnissa ja edistämässä ovat edelleen vähäiset. Sen takia on ryhdytty valmistautumaan asiaan ja luomaan kansallisia mittareita, joiden avulla saadaan ikääntyneen tilanteesta huomattavasti parempi kokonais käsitys nykyistä sirpaletietoa tarkemmin ja helpommin. Alueen toimijat ovat aktiivisia kansallisessa kehittämistyössä. Siihen saakka kunnes kansalliset mittarit ovat käytettävissä, käytetään entisiä toimintakykyisyyttä arvioivia mittareita ja yhteydenpitomenetelmiä.

2 Lapsiperheitten ennaltaehkäisevät palvelut ja lastensuojelu

a. Perhepalvelukokonaisuuksia kuvaavia tunnuslukuja ja käsitteistöä

Vuonna 2013 oli alueen kuntien lastenneuvoloissa yhteensä 12 368 asiakasta ja kouluterveydenhuollossa 15871 asiakasta. Kasvatus- ja perheneuvonnassa asiakkaita/ 1000 alle 18-vuotiasta kohti oli 95,7. Lastensuojelun avohuollon tukitoimien piirissä olleiden 0-17v määrä oli 5,5 % vastaavanikäisestä väestöstä ja kodin ulkopuolelle sijoitettuja 0-17 vuotiaita oli 1,8 % (lähde THL tietokanta 2013). Laitoshoidossa olleiden lasten ja nuorten hoitopäivien määrä on kasvanut 2003-2012 koko maassa, mutta Pohjois-Karjalassa nousu on ollut suurinta. Avohuollon tukitoimien piirissä vastaavana aikana olleiden määrä on puolestaan ollut Pohjois-Karjalassa muihin maakuntiin verrattuna vähäistä (Pohjois-Karjalan hyvinvointikertomus 2013) Syntyvyys kuntien välillä vaihtelee huomattavasti, maakunnan tasolla luonnollinen väestönkasvu on jo pidemmän aikaa ollut laskusuuntainen.

Sosiaali- ja terveystalvueluissa perhepalveluiden kokonaisuus koostuu neuvolasta, kasvatus- ja perheneuvonnasta, lapsiperheiden kotipalvelusta sekä lastensuojelusta. Varhaisen tukemisen ja ennaltaehkäisevän työn vahvistaminen on tällä hetkellä meneillään oleva kehitys, jonka osana myös perhepalveluiden integraatio lisääntyy. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalvueluissa ja Kainuun sosiaali- ja terveystalvueluun kuntayhtymässä, joita voidaan pitää sote -uudistuksen edelläkävijäalueina, perhepalvelut on koottu yhden johdon alle. Tällä järjestelyllä perhepalveluiden palvelualue kykenee vastaamaan asiakastarpeisiin kokonaisvaltaisemmin ja kehittämään uusia palveluinnovaatioita kuten Imatralta alkanut hyvinvointineuvolan toimintamalli.

Pohjois-Karjalan kunnissa perhepalveluiden integraation tila vaihtelee huomattavasti. Lastensuojelun pullonkauloja kartoittanut työryhmä on kiinnittänyt huomiota palveluprosessien toimivuuteen ja palveluun pääsyn oikea-aikaisuuteen. Jos palvelukokonaisuutta ei johdeta yhtenä kokonaisuutena, on mahdollista, että perheiden ongelmien tunnistaminen viivästyy ja varhaisen tukemisen mahdollisuus jää hyödyntämättä. Asiakasnäkökulmasta palveluiden koordinoimattomuus voi tarkoittaa sitä, että asiakkaiden palvelusuunnittelu on osittaista eikä vastaa perheen tarpeisiin riittävän kokonaisvaltaisesti ja oikea-aikaisesti. Koordinoimattomuus voi näkyä myös useina päällekkäisinä palveluina tai palvelukatveina.

Lastensuojelu on perhepalveluiden osana usein korjaavien toimenpiteiden avulla. Korjaavien toimenpiteiden kustannukset ovat usein suuria ja erityisesti lasten sijoittaminen perheen ulkopuolelle on kallis toimenpide. Pohjois-Karjalan kuntien lastensuojelun kustannukset vaihtelevat huomattavan paljon. Osittain eroja selittää kuntien erilainen työttömyystilanne ja työttömyydestä johtuvat erot mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyydessä sekä toimeentulon ongelmissa. Pullonkauloja pohtineen työryhmän mukaan kysymys voi olla myös siitä, että avohuollon palvelut eivät kohdennu oikein tai lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden saatavuus on heikkoa.

Palvelujärjestelmän pullonkaulojen ohella myös kuntien asukkaiden ja perheiden erilaiset sosiaaliset yhteydet lähiverkostoon voivat vaihdella ja esim. toimivimmat sosiaaliset siteet isovanhempiin ja muihin läheisiin voivat osassa kunnissa ennaltaehkäistä lastensuojelun tarpeita. Toisaalta on todennäköistä, että osassa kuntia on piilevää palvelutarvetta, joka ei ole tullut näkyviin, koska perhepalveluiden resurssit eivät mahdollista asiakkaiden ongelmiin puuttumista. Lastensuojelun kustannukset eivät yksin kerro siitä, mihin kussakin kunnassa kannattaa panostaa.

b. Ratkaisuehdotuksia

Keskeistä perhepalveluiden kehittämisessä siirryttäessä maakunnalliseen tuotantotapaan on kiinnittää huomio palvelukokonaisuuden johtamiseen ja organisointiin sekä uusien asiakaslähtöisten toimintamallien käyttöönottoon ja vakiinnuttamiseen. Kustannuksia aiheuttavat tällä hetkellä perhepalveluiden hajanaisuus ja koordinoimattomuus sekä toisaalta ennaltaehkäisevän työn resurssien riittämättömyys ja epäselvät vastuut asiakasprosesseissa.

Koska kuntien tavat organisoida perhepalvelut vaihtelevat Pohjois-Karjalassa, on syytä kiinnittää erityistä huomiota pitkäjänteiseen muutosjohtamiseen, jolla toimintatapoja voidaan yhtenäistää siten, että asiakaslähtöisyys aidosti toteutuu ja kustannukset sitä kautta pienenevät. Muutosjohtamisessa tulisi myös huomioida palvelujärjestelmän ulkopuolisia tekijöitä kuten perheiden tapoja ja kykyjä hoitaa sosiaalisia verkostojaan, jotka voivat olla hyvin merkittäviä ennaltaehkäiseviä tekijöitä.

Lastensuojelulla ja lastenpsykiatrian yksikön toiminnot kohdistuvat usein perheisiin, joilla on yhtäaikainen tai ainakin vahvasti ennakoitavissa oleva asiakkuus molemmilla tahoilla. Näin ollen lastensuojelun erityisosaamista vaativa asiantuntijuus/varhaista puuttumista tukeva toiminta kannattaisi liittää vahvasti osaksi lastenpsykiatrian/nuorisopsykiatrin/aikuispsykiatrian toiminnallista kokonaisuutta. Palvelutuotannon mallinnusta lasten ja nuorten osalta on selvityshankkeen aikana tehty yhdessä sote-kuntarajapintatyöryhmän kanssa, sillä lasten ja nuorten kohdalla kunnan eri hallintokuntien välisen saumattoman yhteistyön jatkuminen on ehdoton edellytys vaikuttavuuden ja kustannusten hallinnan osalta sote-toiminnan irtauduttua peruskunnista. Päihdepalvelujen toimivuus on myös suoraan yhteydessä lastensuojelun mahdollisuuksiin tehdä vaikuttavaa ja kustannustehokasta työtä.

3 Psykiatria ja päihdetyö

a. Psykiatria ja päihdetyötä kuvaavia tunnuslukuja ja käsitteistöä

Mielenterveys- ja päihdepuolen apua tarvitsevien hoitoon hakeutuminen ja avun saaminen oikeaan aikaan ja oikeasta paikasta tuottaa yhä edelleen vaikeuksia ja ylimääräistä hankaluutta asiakkaalle. Eri kuntien perusterveydenhuollon palveluissa tehtävien päällekkäisyys ja henkilöstön tietämättömyys toisten ammattikuntien tehtävien sisällöistä on myös osin jäsentämätöntä.

Suurena haasteena on lasten, nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden pirstaleisuus ja peruspalvelujen riittämättömyys sekä erityispalveluiden erillisuus peruspalveluista sekä ammattilaisten sähköisten palveluiden hyödynnettävyyden vähäinen tietämys ja käyttö hoitomuotoja valittaessa. Erityisesti on kiinnitettävä huomiota erityisryhmiin, kuten raskaana olevat päihteidenkäyttäjät sekä ikäihmisten päihteiden käyttö ja yksinäisyyden aiheuttamat ongelmat. Myös työikäisten mielenterveyspalveluiden koordinoimattomuus työterveyshuollossa on haaste. Ryhmät aiheuttavat raskaita kustannuksia joko päivystyspotilaiden muodossa tai lastensuojelun tarpeiden kasvuna. Lisäksi sairauspoissaoloista johtuvat kustannukset kaatuvat työnantajille.

Erityispiirteinä nousevat mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon kategoriset linjaukset tai vastaavasti linjaamattomuus, organisaatioiden näkökulmasta "sopivan" diagnoosin puuttumattomuus sekä päihde- ja masennuspotilaiden päivystyksen runsas käyttö. Mielenterveyden häiriöihin sairastumisen ja hoitoon hakeutumisen välillä on usein myös viivettä sekä ongelmien kriisiytymistä. Päivystyspotilaista arviolta viidennes on päihtyneitä ja neljännekseen päivystyspoliklinikan käynneistä liittyy päihteiden käyttö. Vakavat päihteiden aiheuttamat tilat, esim. myrkytykset ja deliriumtilat, edellyttävät hoitoa somaattisessa yksikössä. Päihtymystila saattaa edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön seurantaa, mutta ei edellytä terveydenhuollon päivystysyksikössä tapahtuvaa hoitoa. Useilla paikkakunnilla päihtymistilaan liittyvä hoito toteutuu terveyskeskuksen vuodeosastolla. Huumeapotilaat ohjataan useimmiten erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaalan osastolle, koska muualle ohjattavaan yksikköä ei pystytä nopeasti järjestämään.

Pohjois-Karjalan alueella on tahdosta riippumattomalla M1-lähetteellä (n. 400/vuosi) alkavien hoitajaksojen määrä alueen asukasmäärään suhteutettuna maan korkeinta tasoa. Ikävakioitu mielenterveysindeksi on liki kaikissa kunnissa (Kontiolahtea lukuun ottamatta) yli valtakunnallisen keskitason. Myös muut kuin terveydelliset syyt vaikuttavat mielenterveyden häiriöitä sairastavien ohjautumiseen päivystykseen. Kansallisesti on arvioitu, että 15 %:lla psykiatristen osastojen potilaista riittämätön asumisen tuki oli

sairaalaan joutumisen syynä ja 3 %:lla asunnottomuus. Karkeasti voidaan sanoa, että valtakunnallinen linjaus toteutuu myös Pohjois- Karjalassa. Potilaat ovat joutuneet osastolle asunnottomuuden takia tai heidän sairaalassaoloaika pitkittyy sopivaa asumismuotoa etsiessä. Lähes puolella hoitoon joutuneista sairaalaan tulosyynä on masennus tai alkoholin- ja huumausaineiden sekä lääkkeiden väärinkäyttö.

b. Katsaus palvelutarjontaan ja tulevaisuuden näkymiin

Mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden asiakasmäärät ovat kasvaneet ja asiakkaiden ongelmat ovat entistä haasteellisempia ja moninaisempia. Syinä tähän on mm. tarkentunut diagnostiikka (esim. lapset), mutta myös tietämys palveluista ja asiakkaiden oikeuksista saamiin palveluihin sekä mielenterveysongelmien arkipäiväistyminen. Päihdepalveluihin itseohjautuminen koetaan usein vaikeana samoin kuin pähteiden liikakäytön puheeksi ottaminen ja siihen puuttuminen. Oikea-aikainen hoitoon pääsy ja kohtaamiseen liittyvät osaamisvajeet ovat mielenterveys- ja päihdepalveluiden suurimpia haasteita, myös erityisryhmien somaattisten sairauksien hoitoonohjaukseen osalla on koettu puutteita. Saumaton yhteistyö eri viranomaistahojen kanssa on myös ongelmallista johtuen joko tietämättömyydestä kenen puoleen kääntyä tai organisaatorakenteista johtuvista näkökulmista. Alueellisen, paikallisuuden huomioivan mielenterveys- ja päihdetyöstrategian tekeminen, käyttöönotto ja yhtenäisten toimintamallien linjaaminen on tarpeen alueellisen palvelutuotannon syntyessä

Ongelmien ratkaisemiseksi tulee mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelurakenteet yhtenäistää saman hallinnon alle kuuluvaksi kokonaisuudeksi. Uusien rakenteiden perustaksi tarvitaan myös kokonaisuudesta vastaava yksikkö alueelle, mielenterveyskeskus tai muutamia sijoittaen ne eri puolille maakuntaa. Palveluiden tuottaminen lähelle asiakaspintaa /asukaspintaa sekä hoidollisessa, kuntouttavassa että ennaltaehkäisevässä työssä tulee nähdä monimuotoisena palvelun tuottamistapoja edistäen ja tuottaen yhteistyössä järjestöjen ja muiden hallinnon alojen kanssa esim. nuorisotoimi, seurakunnat, liikunta- ja kulttuuripuoli huomioiden. Erikoissairaanhoidossa kaikkien psykiatristen palveluiden keskittyminen Tikkamäen sairaalan yhteyteen syksyyn 2016 mennessä auttaa tämän rakenteen luomisessa. Maakunnassa olevien hyvinvointiasemien yhteyteen tulee sijoittua mielenterveys- ja päihdeosaamista. Tämä vaatii huolellista suunnittelua avuntarvitsijoista, tavoista toimia ja minne resurssit kulloinkin ohjataan kustannustehokkaasti. Jokaisen kunnan terveyskeskukseen/hyvinvointiasemaan ei ole syytä perustaa kaikkia niitä elementtejä, joita tässä kappaleessa luetellaan tai tuodaan esiin.

Rakenteisiin investoiminen tulee miettiä maakunnan alueella huolella, minne ja mitä yksiköitä rakennetaan. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien eri asumispalveluista aiheutuvat kokonaiskustannukset ovat huomattavat. Asumisratkaisut ovat kiinteässä yhteydessä onnistuneeseen avohoitoon. Asunnottomuus, asuminen liian hoidollisessa yksikössä tai asuminen vailla tukitoimia voi muodostua kaikissa vaihtoehdoissa kalliiksi niin taloudellisesti yhteiskunnalle kuin tuottaen epäinhimillisiä vaikutuksia henkilölle itselleen tai hänen perheelleen. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan ja myös hänen perheen sosiaalisen hyvinvoinnin ja kuntoutumisen peruslähtökohta on se, että asiakkaalle on tehty tavoitteellinen kuntoutumissuunnitelma, josta vastaa vastuullinen ja nimetty henkilö. Hoidollisen ja kuntouttavan palvelun toteuttamismuodot voivat olla hyvin moninaiset;

- liikkuvat palvelut
- liikkuvat työryhmät/jalkautuvat työparit esim. kauppakeskuksiin, asiakkaiden pariin ennaltaehkäisevinä työtapoina
- perhetyöryhmät
- alkuarviointityöryhmät
- yhdistetyt sairaala ja avotoiminnot
- kuntouttavat päiväyksiköt
- sähköisten palveluiden käyttöönotto ja ohjaus
- akuuttihoito ja mielenterveyspäihdeyksikön päivystysyksikkö
- tuetun asumisen mahdollistajat
- sosiaalityö kiinteäksi osaksi liikkuvia palveluita

- järjestöt, yhdistykset, srk osana palveluiden tuottajatahoa, esim. yksinäisyyden ja mielekkään tekemisen rooleissa
- matalan kynnyksen ensihoiteen vasteen antaminen /ohjauksellisuuden kriteeristön suunnitelma
- perheentalot/ mielenterveydentalo
- ohjattu yksi puhelinnumero/teleliikenne
- vastuuhenkilöt jotka vievät asiaa eteenpäin, ei asukkaan pompittelua
- päihdepalveluiden kokonaispalvelutilanteen kartoitus ja hoitomahdollisuudet P-K:ssa

Mielenterveyden – ja päihdesairauksien hoitamisessa ja ennaltaehkäisyssä tarvitaan tiivistä peruskunnan eri tahojen sekä järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä. PK sote selvityshankkeessa tätä rajapintaa ja siinä tiedostettavia haasteita on käsitellyt sote-kuntarajapintatyöryhmä. Esim. etsivä nuorisotyö (nuorisotyö- ja vapaa-aikatoimi) on tehokas työväline ja tapa kohdata syrjäytymisuhan alla olevia nuoria. Mahdollisimman varhaisessa vaiheessa auttaminen ja mahdollisimman leimaamattomin tavoin auttaa ongelmien kasaantumilta ja niiden lähtökohdalle mielenterveydenhäiriöiden syntyyn.

c. Ratkaisuehdotuksia

Palveluihin pääsyn ja kohtelun on oltava yhdenvertaista ja leimaamatonta. Asenteiden muutokseen voidaan vaikuttaa henkilöstön koulutuksella, palveluiden valvonnalla ja laadullisten mittareiden käyttöönottamisella. Myös hoitopaikan sijainnilla on oma merkitys. Laajennetuilla hyvinvointiasemilla tarvitaan erityisosaajia, joiden tehtävänä on vahvistaa oman henkilöstön osaamista sekä tukea asiakkaan kokonaisuhoitoon vastuun kantamiseen liittyvää koordinoitua. Palveluiden tuottamistapojen etulinjaistaminen asiakkuuksien seulomisessa ja palveluiden tuottamisesta tarkoittaa ns. matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteen mukaisesti toimivia työyksiköitä. Tämänkaltaisesta palveluntuottamisesta löytyy hyvää näyttöä mm. Eksotesta.

Mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisemiseksi tarvitaan myös eri hallintokuntien hyvää ja toimivaa yhteistyötä esim. nuorten mielenterveystyön tukemisen osalta toimiva nuorisotyö.

Mielenterveys- ja päihdetyö tarvitsee osaavaa johtamista turvaamaan ammattitaitoista henkilöstön saatavuutta ja työssä jaksamista. Ammatillisen henkilöstön jaksamiseen liittyy tehtävien uudelleen organisoiminen ja tehtävien sisältöjen jaottelu siten, että turvataan mm. toimistotehtävien hoitamiseen ja potilas/asiakastyöhön riittävä ja moniammatillinen henkilöstö.

Psykiatrian ja päihdetyön tulee muodostaa toimiva kokonaisuus muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Siihen kuuluu vaikuttava ehkäisevä työ ja häiriöiden varhainen hoito, kuntoutus, mutta myös vakavien mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien hoito. Tavoitteena työskentelylle tulee olla asiakkaan aseman vahvistaminen, edistämisen ja kuntouttamisen painottaminen, palvelujen integroiminen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi ja eri ikäryhmien tarpeiden huomioiminen. Työnjaossa tulee huomioida etäisyydet ja osaamisen kannalta paras mahdollinen tasapaino.

Kustannustehokkuutta voidaan saavuttaa myös yhdistämällä erityistason psykiatrisia ja päihdehuollon avohoidon yksiköitä toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi. Kaikkien tällä hetkellä PKSSK:n tuottamien psykiatristen toimintojen siirtyminen vuonna 2016 Tikkamäelle valmistuvaan psykiatria-taloon mahdollistaa somaattisen ja psykiatristen potilaiden hoitoon liittyvän yhteistyön syvenemisen.

Päihde- ja huumausainepotilaiden laitos- ja avohoidon järjestämisen jouhevuudella on merkittävää hyötyä niin taloudellisesti kuin inhimillisesti. Perus- ja erikoistason integroitumisella mahdollistetaan osaamisen ja ammattilaisten saatavuus palveluihin. Esimerkiksi lastenpsykiatrisessa hoidossa olevalla lapsella voi tällä hetkellä olla samanaikainen asiakkuus esim. sekä kasvatus- ja perheneuvolaan ja lastenpsykiatrian yksikköön. Tehostamalla varhaisessa vaiheessa tarjottavaa hoitoa avohoidossa peruspalvelupainotteisesti, voidaan välttää sairauksien pahenemiselta ja pitkittymiseltä sekä vähentää laitospaikkoja.

Monipuolistamalla muun muassa päivityksellisiä, liikkuvia ja konsultaatio - ja nettiyhteyspalveluita voidaan asiakkaita hoitaa kotona avohoitona.

Erityisryhmien segmentointi ja niihin varhaisessa vaiheessa panostaminen sekä heidän kokonaisvaltainen hoito-ote lisää mahdollisuuksia kolmannen sektorin toimijoiden mukaan ottamiseen kokemusasiantuntijoina ja vertaistoimijoina. Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistuminen mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin esim. asiakasilloissa/foorumeissa on tärkeä asiakasnäkökulmaa huomioiva elementti. Pitkäaikaiskuntoutujien ja nuorten ensipsykoosipotilaiden hoito- ja kuntoutuskokonaisuudet ovat varsin monisyisiä ja edellyttävät asumispalveluiden kanssa tehtävää tiivistä yhteistyötä.

4 Perusterveydenhuollon avosairaanhoitotoiminta

a. Terveyskeskusten avovastaanottotoimintaa kuvaavia tunnuslukuja ja käsitteistöä

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksissa toteutui vuonna 2013 yhteensä 455 148 sairaanhoitokäyntiä (kaikki ammattiryhmät, lähde THL tilastotietokanta).

Avovastaanottotoiminnassa on koettuja ongelmia hoidon saatavuudessa, jotka näyttäytyvät paikoitellen pitkinä odotusaikoina erityisesti lääkärin vastaanotoille. Yhteydensaanti palveluihin muodostaa kuitenkin kaikkein suurimmat pullonkaulan ja puheluliikenteen hallinta vie runsaasti terveydenhuollon voimavaroja. Kiireettömän terveyskeskustason vastaanottotoiminnan saatavuusongelmat näkyvät potilaiden hakeutumisenä epätarkoituksenmukaisesti päivistyspalveluiden piiriin, jotka ovat kustannusrakenteeltaan virka-aikaista vastaanottotoimintaa kalliimpia ja hoidon kokonaisvaltaisen vaikuttavuuden osalta hatarampia.

Perustason vastaanottotoiminnalle ominainen piirre on seulomaton potilas- ja asiakasmassa. Perustasolla hoidetaan määrällisesti myös suurin osa kansalaisista, joista vain pieni osa siirtyy erikoissairaanhoidon ja edelleen yliopistosairaala- ja tason hoidon piiriin. Perustasolla korostuvat arjessa pärjäämiseen liittyvät moninaiset vaivat, joista vain osa on lääketieteellisen hoidon avulla autettavissa. Perustasolla työotteessa korostuu alueen asukkaiden ja yhteisöjen kokonaisvaltainen tuntemus. Perustasolla avovastaanottotoiminnan suhteellinen osuus soten kokonaiskustannuksista on Pohjois-Karjalan kunnissa n. 10 %, vastaavasti erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksista 40 % syntyy erikoissairaanhoidossa tapahtuvasta avovastaanottotoiminnasta. Perusterveydenhuollossa nähtävissä oleva kansallinen ja alueellinen trendi on ollut jo muutaman vuoden ajan, että lääkärissä käyntien määrä/asukas on vähentynyt ja sairaanhoitaja -, terveydenhoitaja - ja fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta on vastaavasti kasvamassa. Sairaanhoitajien rooli itsenäisessä vastaanottotoiminnassa on kasvanut mm. hoitajien työnkuvaa laajentaneen reseptinkirjoitusoikeuden myötä. On myös vahvaa tutkimusnäyttöä siitä, että fysioterapeuttien työpanoksen kanavoiminen mm. tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivien potilaiden hoitoon aiempaa varhaisemmassa vaiheessa lyhentää potilaiden työkyvyttömyysaikaa. Kyse ei siis ole ollut vain lääkärin vastaanottoaikojen niukkuudesta vaan hoidon vaikuttavuuden kannalta tarkoituksenmukaisista työnjakomuutoksista.

Terveyskeskusten vastaanottotoiminnassa suurimmat potilasryhmät ovat lapsia ja nuoria, työttömiä työkäisiä sekä ikäihmisiä. Monet erityisesti lapsi/nuori ikäryhmän sairauksista ovat kertaluonteisia, usein infektiosairauksien hoitoon liittyviä käyntejä. Joukkoon mahtuu myös moniongelmaisia lapsia ja nuoria, joiden kohdalla korostuu kuntien eri hallintokuntien välinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välisen yhteistyön rinnalla.

Työlliset työkäiset asioivat terveyskeskuksissa pääosin erilaisten ennaltaehkäisevien terveystarkastusten osalta (rokotukset, ikäryhmittäiset lakisääteiset seulontatutkimukset) ja heidän kohdallaan työterveyshuollon rooli myös sairaanhoidossa on viime vuosina entisestään lisääntynyt.

b. Ratkaisuehdotuksia

Kokonaiskustannuksien kasvua hillitseviä tekijöitä avovastaanottotoiminnassa ovat mm. lääkäreiden ja muun henkilöstön väliset työnjaolliset ja arjen yhteistyötä tukevat ratkaisut, alueen ja toimintaympäristön hyvin tunteva henkilöstö sekä moniammatillinen, nykyiset organisaatio- ja yksikköraajat ylittävä työote.

Vastaanottotoiminnan sujuvuuteen voidaan vaikuttaa laaja- alaisesti vastaanottotoiminnan prosesseja uudistavalla, kansallisesti kehitetyllä "Hyvä vastaanotto"- toimintamallilla, missä keskiössä on epätarkoituksenmukaisen jonottamisen vähentäminen ja sen myötä potilaille näyttäytyvä palvelujen sujuvuus. Toimintamalli otettiin alueen kunnissa ensimmäisenä vuonna 2014 käyttöön Lieksassa. Käyttöönotto on käynnistynyt alkuvuodesta 2015 Siilaisen ja Kontiolahden terveysasemilla sekä Kiteen, Liperin ja Juuan terveyskeskuksissa. Toimintamallia on tarkoitus jalkauttaa vuoden 2016 loppuun mennessä kaikkiin kunnallisiin terveyskeskuksiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö ja potilaalle näyttäytyvä rajapintojen häviäminen konkretisoituu myös mm. Eksotessa pilotoidussa hyvinvointiasemaratkaisussa. Hyvinvointiasemilla samoissa työtiloissa toimii sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia, mikä helpottaa matalan kynnyksen vastaanotto – ja konsultaatiotoiminnan toteuttamista.

Alueellisessa palvelutuotannossa erikoissairaanhoidon avovastaanottotoimintaa terveyskeskuksissa voidaan lisätä. Erityisesti tämä koskee suurimpia erikoisaloja kuten sisätauteja ja kirurgiaa, missä on kyse suurimmista asiakasvolyymeista ja joissa hajautetulla avovastaanottotoiminnalla on saatavissa suurimmat kustannustehokkuushyödyt. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että erikoissairaanhoidon lääkäri pitää säännönmukaisesti vastaanottotoimintaa terveyskeskuksissa. Kysymykseen tulevat kaukana keskussairaalaista olevat terveyskeskukset. Tämän toiminnan hyötyjä ovat se, että erikoissairaanhoidon palvelut ovat lähellä potilaita ja potilaiden matkustamistarve vähenee. Toiminnalla voidaan myös lisätä terveyskeskuksien tietotaitoa liittämällä erikoislääkäreiden vastaanottotoiminnan seuraaminen ja sen kautta saatava opetus osaksi terveyskeskuksissa toimivien erikoistuvien lääkäreiden koulutusohjelmaa.

Erikoissairaanhoidon kalliit kustannukset lasten osalta selittyvät useimmiten harvinaisella sairaudella, jonka hoito on keskitetty harvinaisuutensa vuoksi keskussairaalaan/yliopistolliseen sairaalaan tai psykiatrisella oirekokonaisuudella, jotka vaativat osastojaksoja tai vähintäänkin lasten ja nuorten psykiatrisiin sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvää kotiin vietävää perheiden hyvinvointia tukevaa erityisosaamista. Joustava ja ketterä konsultaatiotoiminta perustason ja erityisosaamista vaativan lastentautien, lastenneurologian sekä lasten – ja nuorisopsykiatrian kesken nopeuttaa palveluiden oikea-aikaisuutta. Lisäksi oikea-aikainen ja intensiteetiltään sopivasti mitoitettut kuntoutustoimenpiteet ovat moniongelmaisten kehitysviiveistä kärsivien lasten kohdalla keskeisessä roolissa.

Väestön ikääntyessä erilaisia muistisairauksia sairastavien määrä kasvaa. On arvioitu, että 35 % 85-vuotiaista sairastaa toimintakykyä heikentävää keskivaikeaa/vaikeaa muistisairautta. Muistisairauksien varhainen diagnostiikka ja hoidon oikea-aikainen ajoitus on tärkeää, jotta muistisairaudesta aiheutuva toimintakyvyn vaje olisi mahdollisimman pieni. Muistisairauksien hoidossa käytettävän lääkityksen Kelan erityiskorvattavuus edellyttää joko geriatrian tai neurologian erikoislääkärin tekemää diagnoosin varmennusta ja tehtyä lääkärinlausuntoa. Valtionosuusuudistuksen myötä sairastavuusindeksin laskennassa muodostavat Alzheimerin tautiin erityiskorvattavia lääkkeitä käyttävät kuntalaiset yhden osakokonaisuuden. Alueellisen palvelutuotannossa onkin geriatrian erikoislääkäreiden osaamista hyödynnettävä perustasolla toimivien lääkäreiden tukena koko alueella. Tällä hetkellä virkasuhteisia geriatreja on vain Joensuussa ja Juuassa, muut kunnat tukeutuvat eri tavoin ostopalveluina tuotettuun geriatrityöpanoksiin.

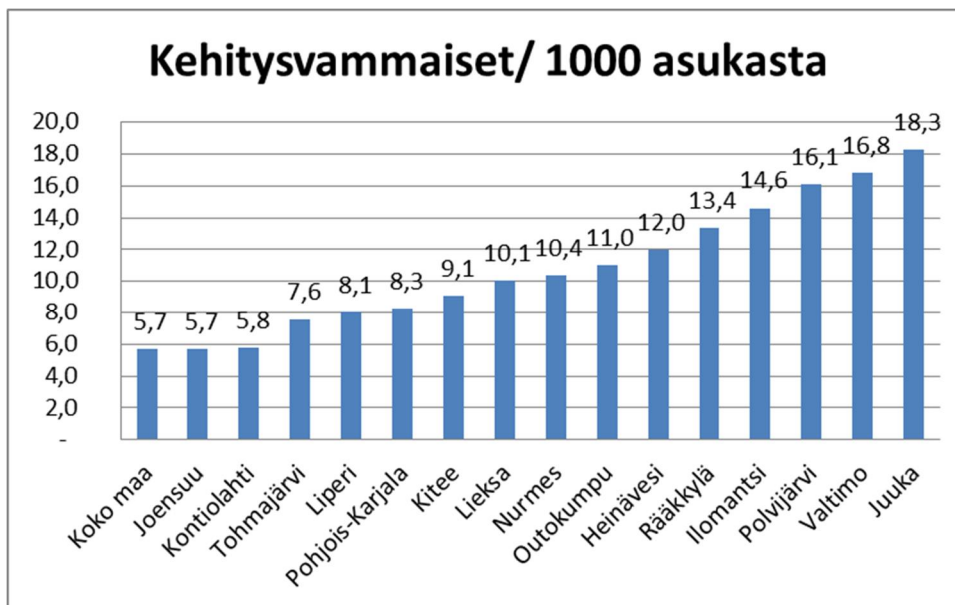
Sote alueella toimivan henkilöstön on ajateltu olevan virkasuhteessa kuntayhtymään ja siten myös työnjohdollisesti direktio-oikeuden alla. Avovastaanottotoiminnan saatavuuden varmistamiseksi on

tarpeen rakentaa alueellinen henkilöstön rekrytointi- ja sijaispooli sekä tuottaa eri ammattiryhmien erityisosaamista lähipalvelun muodossa hajautetusti tai videovälitteisesti etävastaanotto toiminnalla.

5 Vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto

a. Kehitysvammahuoltoa kuvaavia tunnuslukuja ja käsitteistöä

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta ja vammaispalvelulaki ovat yhdistymässä ja näillä näkymin uusi vammaispalvelulaki tulee voimaan vuonna 2016. Tässä yhteydessä erityishuoltolaki lakkaa olemasta, samoin erityishuoltopiirit. Myös kunnat tuottavat erilaisia erityishuollon palveluja yhä enenevässä määrin. Kuntien omia erityishuollon palveluja ovat palveluohjaus/kuntoutusohjaus, työ- ja päivätoiminnot, erilaiset asumisen palvelut (autettu, ohjattu, tuettu asuminen). Kunnat myös laativat omille asiakkailleen (palvelujen käyttäjille) erityishuolto-ohjelmat. Kelan tilastotietokannan (2013) mukaan alueen kunnissa asuu yhteensä 1403 kehitysvammaista. Alueen sisällä kuntakohtaiset vaihtelut kehitysvammaisuuden esiintyvyydessä ovat varsin suuria. Ainoastaan Joensuussa kehitysvammaisuuden esiintyvyys on valtakunnallista keskitasoa.



Erytyshuollossa perustason ja erityistason välinen raja on häilyvä. Kunnat ovat viime vuosina kunnallistaneet kehitysvammahuollon toimintojaan ja panostaneet asumisjärjestelyihin. Kunnissa toimii sosiaalitoimen alaisuudessa kehitysvammaisten kuntoutus- tai palveluohjaajia. Kehitysvammaiset ovat varsin heterogeeninen asiakasryhmä. Osa kehitysvammaisten erityisongelmista edellyttää sellaista erityisosaamista, mitä syntyy vain riittävän suuren asiakasmäärän hoidosta. Vaarana vahvasti perustasolle integroituvassa mallissa on erityisosaamisen katoaminen.

Alueelle on tehty asumisen suunnitelma, joka tähtää kehitysvammaisten laitosasumisen purkuun vuoteen 2020 mennessä, mutta erityisosaamista vaativaa tilapäistä kuntoutuksen, kriisihoidon sekä tilanekartoitusten tarvetta on oletettavasti jatkossakin jonkin verran. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa on tällä hetkellä enää 40 asukasta, ja heistä suurin osa on ikääntyviä tai erityisen vaikeahoitoisia.

Palvelujen porrastaminen ei ole kaikissa kunnissa toteutunut vielä parhaalla mahdollisella tavalla, sillä kustannuksia syntyy, kun asiakkaat saavat palvelutarpeeseensa nähden joko "liian raskasta tai kevyttä palvelua". Palvelutarve saatetaan määrittää diagnoosin perusteella muodostaen käsityksen tarvittavista palveluista ottamatta huomioon yksilötasoisia tarvetta ja kehitysvammaisen voimavaroja.

Suunnitelmallisuudella ja ongelmien ennakoinnilla voidaan välttää kustannusten kertautumista. Ohjaus ja neuvonta ovat paikoin puutteellista, mistä seuraa ongelmia palveluiden kohdentumisessa.

b. Ratkaisuehdotuksia

Perustason ja erityistason välisen rajapinnan poistaminen mahdollistaa erityishuollon palvelujen koordinoinnin ns. yhden luukun periaatteella, missä asiakas ottaa yhteyttä yhteen henkilöön, joka hoitaa yhteydet tarvittaviin tahoihin. Tätä kautta päällekkäinen työ jää pois. Tällä hetkellä kehitysvammaisella saattaa olla pahimmassa tapauksessa ympärillään jopa neljä eri organisaatioissa toimivaa kuntoutusohjaajaa. Palveluseteleiden käyttöönottoa olisi syytä laajentaa ja sen myötä myös voitaisiin välttää hankintalain mukaisesta kilpailutuksesta aiheutuvat hankaluudet. Kehitysvammaisten palveluiden osalta tulee kuitenkin palveluseteleiden kriteeristöä täsmentää ja yhdenmukaistaa. Samoin kehitysvammaisilta perittävien asiakasmaksuperusteiden kriteeristöä tulee koko sote-alueella yhtenäistää.

Kehitysvammaisuuteen liittyvien erityispiirteiden ja etulinjassa toimivien ammattilaisten tueksi on rakennettavissa nykyisistä erityishuollon asiantuntijoista muodostuva moniammatillinen asiantuntijayksikkö, jota lähityöntekijä voi matalalla kynnyksellä konsultoida. Tämän myötä asiakkaan eikä erityistyöntekijän tarvitsisi välttämättä liikkua, kun lähityöntekijällä on mahdollisuus matalan kynnyksen konsultaatioon erityistyöntekijöiltä (jotka voisivat olla jopa eri puolilla maakuntaa fyysisesti).

Kehitysvammahuollossa hyödynnetään teknologiaa vielä varsin vähän ja sen hyödyntämisessä olisi potentiaalia, mitä edellä kuvatussa konsultaatiotoiminnassa voitaisiin esim. hyödyntää videovälitteisinä etäkonsultaatioina. Erityisosaamisen säilyttämistä omassa maakunnassa puoltaa kehitysvammaisuuden valtakunnan tasoa huomattavasti korkeampi esiintyvyys. Lisäksi tullee jatkossakin olemaan pieni vaikeasti kehitysvammaisten joukko, joiden hoito ja hoiva vaativat ympärivuorokautista erityisosaamista.

Kehitysvammaisten erityispiirteinä voidaan mainita myös sosiaalisen tuen tarve ja erilaiset ryhmätoiminnot, joita voidaan toteuttaa osin kuntataajamissa ja osin myös seuduittain. Kohderyhmän asumisen järjestelyissä tarvitaan kuntien ja sote- tuotantoalueen välistä tiivistä vuoropuhelua.

6 Havainnot erikoissairaanhoidosta

Viimeiset vuodet on PKSSK pääosin pysynyt hoitotakuun edellyttämissä aikarajoissa hoitoon pääsyssä. Muutamalla pienellä erikoisaloilla on lääkärihenkilökunnan vajeesta johtuvia haasteita hoitotakuun toteutumisessa.

Pohjoiskarjalaisten potilaiden ja veronmaksajien kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että nykyinen erikoissairaanhoidon määrä ja taso pystytään säilyttämään Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Tällöin potilaat saavat asianmukaista hoitoa lyhyellä jonottamisella sekä hoidon kustannukset pysyvät matalina. Tähän päämäärään pääsemiseksi on onnistuttava työvoiman rekrytoinnissa, erityisesti tämä koskee lääkäriä työvoimaa pienillä erikoisaloilla. Lisäksi sairaanhoitopiirien välisissä sote-neuvotteluissa on varmistettava, että erikoissairaanhoidon toimintaa ei määräyksillä siirretä pois Pohjois-Karjalan keskussairaalasta.

Nykyinen erikoissairaanhoidon tila Pohjois-Karjalassa on hyvä. Esimerkiksi merkittävän kansansairautemme eli sydäninfarktin hoitotulokset ovat tutkimuksien mukaan Pohjois-Karjalassa täysin vertailukelpoisia yliopistosairaaloiden kanssa. Hyvästä laadusta kertoo myös se, että korvattavia potilasvahinkoja tehtyjä toimenpiteitä kohti Pohjois-Karjalassa on vähän (parhaan kolmanneksen joukossa sairaaloista). Erikoissairaanhoidon Pohjois-Karjalan keskussairaalassa on kunnille erittäin edullista. Episodituottavuusvertailussa sairaalamme on selkeästi Suomen tuottavin. Episodituottavuusluku vuoden 2013 osalta oli 1,27. Tämä tarkoittaa sitä, että PKSSK on tuottanut erikoissairaanhoidon palvelut 27 % edullisemmin kuin Suomessa keskimäärin sairaalat ovat tuottaneet.

PALVELUTUOTANTORAKENTEEN LUOMISEN PERIAATTEET

”Siun sote”- palvelutuotannossa toiminnan pääpaino on pääsääntöisesti nykyisissä kuntakeskuksissa sijaitsevilla toimipisteillä sekä kuntalaisen kotona toteutuissa palveluissa (esim. sähköiset palvelut, kotihoito), joita täydennetään perustason ammattilaisen tarvearviointiin ja palveluohjaukseen perustuvalla erityistason osaamisella. Erityistason osaaminen tuodaan osaksi palvelukokonaisuutta joko kuntakeskuksien toimipisteissä toteutuvin vastanotto toimintana, videovälitteisesti potilaan/asiakkaan välillä tai ammattilaisten välillä tapahtuvana matalankynnyksen konsultaatio toimintana.

Palvelutuotantotyöryhmän alaisten toiminnallisten alatyöryhmien tehtävänä on ollut mallintaa toiminnalliset prosessit elämänkaariajattelun lapsi-nuori/perhe – työikäiset - ikäihmiset mukaisella tavalla niin, että niissä otetaan huomioon palveluiden luokittelu lähipalvelut – seudulliset – alueellisesti yhteiset palvelut. Liitteissä 4 (a - c) eri toiminnallisten työryhmien tekemät kehittämissuositukset.

Lähipalvelut

Lähipalvelut ovat palveluita, joita väestö käyttää usein tai ainakin osa väestöstä käyttää niitä toistuvasti, jopa päivittäin. Myös harvoin tarvittavat ja keskitetysti tuotetut palvelut voivat olla asiakkaan luokse tai lähelle tuotavia lähipalveluja. Asiakkaan näkökulmasta lähipalvelut ovat saavutettavissa esimerkiksi kotiin tarjottavina palveluina, sähköisinä palveluina, lähellä jokapäiväistä elinympäristöä tarjottavina palveluina ja liikkuvina palveluina. Lähellä tarjottavat palvelut voivat sisältää myös erityisosaamista edellyttäviä palveluita, jotka jalkautetaan vaikka niiden fyysinen toimipiste saattaa olla keskitetty joko seudullisesti tai alueellisesti. Lähipalveluiden merkitys korostuu lasten ja nuorten sekä ikäihmisten palvelukokonaisuuksissa sekä syrjäytymisuhan alla olevien kansalaisten kohdalla.

Seudulliset palvelut

Seudulliset palvelut eivät tarkoita toiminnan fyysistä sijoittumista palveluita, joiden osalta edellytetään erityisosaamista tai riittävän laajaa, yksittäistä kuntaa suurempaa kohdeväestöä palvelun laadullisen tason ja saatavuuden varmistamiseksi.

Alueelliset palvelut

Alueellisesti tuotetut yhteiset palvelut/resurssit ovat harvoin tarvittavia palveluita, jotka edellyttävät erityisosaamista tai kalliita laitteita. Nämä palvelut on perusteltua järjestää keskitetysti. Keskittämisellä voidaan varmistaa harvoin tuotettavien palveluiden osalta hyvä laatu ja turvallisuus sekä myös taloudellisesti järkevä ja kustannustehokas toteuttaminen.

KOKONAISKUSTANNUSTEN HALLINNAN JA LAADULLISTEN TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISEN EDELLYTYKSET

1 Palvelurakennetta koskevat asiat

1. Tehtyjen alueellisten ja kansallisten kartoitusten mukaisesti alueella on akuutiksi vuodeosastohoitopaikaksi nimettyä kapasiteettia liikaa ja osa siitä tulee korvata eritasoisilla asumispalveluratkaisuilla.
2. Edellä kuvatun muutoksen rinnalla on käynnistettävä taajamissa toimiva 24/7 kotihoito/tehostettu kotisairaanhoido, mikä mahdollistaa kotisairaalatyyppisen toiminnan toteutuksen. Taajamien ulkopuolisella alueella toiminnassa tukeudutaan ensihoidon kanssa tehtävään yhteistyöhön.
3. Vaativan tason kuntoutustoiminta on perusteltua keskittää nykyistä harvempiin yksikköihin. Käytettävissä oleva tutkittu tieto mm. Eksotesta osoittavat kiistatta, että intensiivisellä, oikea-aikaisella moniammatillisella kuntoutuksella kyetään merkittävästi nopeuttamaan kotiutumista. Suunnitteilla ja lähivuosina toteutettavan Siilaisen terveysaseman yhteyteen valmistuva uusi

kuntoutumisen yksikkö mahdollistaa modernin, laaja-alaisen kuntoutumisen erityistarpeiden keskittymän, mikä tukee koko maakunnan kuntoutustoimintaa.

4. Rakennetaan alueen kuntien kanssa yhdessä sovittavien kriteereiden mukaisella tavalla monituottajuutta tukeva tasapaino oman tuotannon, palvelusetelin ja ostopalvelutoiminnan välillä

2 Työnjakoon ja osaamisen vahvistamiseen liittyvät ratkaisut

1. Palveluverkon rakentuessa pääsääntöisesti kuntakeskusten avovastaanotto toimintoihin hyvinvointiasemilla lääkäreiden ja hammaslääkäreiden työpanoksen painopiste on sairauksien diagnostiikassa ja hoitosuunnitelmien laadinnassa. Pitkäkestoisten sairauksien hoidon seuranta ja koordinointi toteutetaan lääkäreiden ohjauksessa toimivien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimesta.
2. Kuntalaisille tarjotaan yhtenäisesti koko maakunnan alueella mahdollisuus sähköisesti toteutuvaan yksilölliseen vuorovaikutukseen ammattilaisten kanssa sekä itsehoitoa tukevien sähköisten palveluiden käyttöön.
3. Kuntakeskusten ulkopuolisissa taajamissa sote palvelutuotanto toimii kunnallisten toimintojen tukena painopisteen ollessa ennaltaehkäisevässä työssä. (neuvolat, kouluterveydenhuolto) Osa palvelutuotannosta voidaan toteuttaa myös liikkuvalla kalustolla.
4. Hoito- ja palveluketjuissa eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta sovitaan alueellisesti yhtenäisellä tavalla, mukaan lukien diagnostiikkaa tukevat palvelut sekä vaativan tason ensihoito.
5. Erityistason, kehitysvammahuollon sekä päihde- ja psykiatrista asiantuntijuutta tuodaan osaksi perustason avovastaanotto toimintojen kokonaisuutta jalkautuvina eri ammattiryhmien toteuttamina yksilöityinä lähipalveluina kuntakeskuksissa tai etäkonsultaatioiden muodossa.
6. Matalan kynnyksen toiminnan ja osaamisen tuen jakaminen edellyttää etäkonsultaatioita tukevien teknologisten investointien toteuttamista.
7. Ennakoiva lääkäreiden, hammaslääkäreiden, sosiaalityön ammattilaisten, erityistyöntekijöiden ja varahenkilöstön alueellinen rekrytointisuunnitelma laaditaan välittömästi jo toimeenpanon valmisteluvaiheessa osana henkilöstösuunnitelmaa
8. Perhepalveluissa otetaan käyttöön varhaisen tuen toimintamallit alueellisesti yhtenäisellä tavalla sekä lastensuojelun erityisosaamista vaativat tehtävät keskitetään alueellisesti yhteisesti käytettävissä olevaksi resurssiksi.

3 Kansalaisten omahoidon tukeminen ja asukkaiden kautta saatavan tiedon hyödyntäminen

1. Kansalaisten itsehoitoa tukevien sähköisten asiointipalveluiden hankinta, hankinnan toteutus mahdollisimman pian, jo ennen alueellisen palvelutuotantotoiminnan käynnistymistä
2. Alueellisesti kertyvän kokemuksellisen asukasdatan kytkeminen osaksi tietovaraston kehittämistyötä

4 Tuloksellista johtamista tukevat ratkaisut

1. Palvelutuotannon kokonaiskustannusten hallinta edellyttää toiminnan ja talouden ohjaustyökalujen hankintaa.
2. Tuloksellinen johtaminen edellyttää työkalujen kautta saatavan tiedon hyödyntämistä strategisen, operatiivisen ja päivittäisen johtamisen tasoilla sekä eri tasoilla toimivien esimiesten sitoutumista tietojohdamisen työkalujen jatkuvaan kehittämiseen.
3. Toiminnan ja talouden ohjaustyökalujen hankinta ja kehittämistyö on käynnistettävä välittömästi, sillä niistä saatava tieto tukee palvelutuotannon suunnittelua ja toteutumista jo nykytilanteessa.

Liitteet

1 Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö kuntatyöpajoissa

2a Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö; toiminnalliset työryhmät syksy 2014

2b Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö; elämäntapaajattelun mukaiset työryhmät kevät 2015

3 Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten vertailu yhteenveto v. 2013-2014

4 Ikäihmisten palvelurakenteen strategiset tavoitteet ja ehdotus tarvittavien jatkotoimenpiteitten osalta vuosille 2015- 2020

5a Toiminnallisten työryhmien tekemät kehittämissuositukset; lapset/nuoret

5b Toiminnallisten työryhmien tekemät kehittämissuositukset; työikäiset

5c Toiminnallisten työryhmien tekemät kehittämissuositukset; ikäihmiset

Liite 1 Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö kuntatyöpajoissa

Heinävesi

Eklund Virpi, sosiaaliohjaaja
Koikkalainen Heljä, sairaanhoitaja
Konttinen Anna-Maija, sairaanhoitaja
Kukkonen Aini, perushoitaja
Lyytikäinen Marja, sairaanhoitaja
Malmstedt Anneli, perusturvajohtaja
Miettinen Vesa, sairaanhoitaja
Multanen Jyri, fysioterapeutti
Pakarinen Riitta, sosiaalityöntekijä
Piipponiemi Airi, kotihoidonjohtaja
Tuppurainen Merja, lähihoitaja
Urjo-Kotilainen Sari, lähihoitaja

Ilomantsi

Haapalainen Marika, sosiaalityöntekijä,
Ikonen Kaisa, sosiaalityöntekijä,
Jeskanen Anna-Liisa, sairaanhoitaja
Karttunen Mervi, johtava lääkäri
Komu Hannele, hoito- ja hoivatyönjohtaja
Oikarinen Esko, perusturvajohtaja
Riikonen Anne, vastaava terveydenhoitaja
Tuovinen Anne, sosiaaliohjaaja
Turunen Aila, terveydenhoitaja

Joensuu

Aho Niina, puheterapeutti
Elo Satu, terveydenhoitaja
Haikonen Marita, sosiaalityöntekijä
Havula Sanna, sas-hoitaja geronomi
Hirvonen Katja, lähihoitaja
Hirvonen Riitta, ohjaaja
Hynynen Matti, johtava hammaslääkäri
Ignatius Riitta, psykologi
Ihanus Anja, lähihoitaja
Ikonen Raili, terveydenhoitaja
Immonen Esko, sas-hoitaja
Jokinen Reetta, johtava sosiaalityöntekijä
Junnila Jaana, sairaanhoitaja
Juvonen Tuula, ravitsemusterapeutti
Kantola Marjo, sosiaaliohjaaja

Karikko Liisa, ylihoitaja
Karvonen Liisa, terveydenhoitaja
Koponen Virpi, sosiaaliohjaaja
Kyllönen Ulla, johtava sosiaalityöntekijä

Lappalainen Mari, terveydenhoitaja
Lautiainen Maija, hammashoitaja
Lehikoinen Tarja, sairaanhoitaja
Leväniemi Hannu, apulaisohjaaja
Lievonen Tuula, aluevastaava
Malmi Jussi, apulaisylilääkäri
Meriläinen Tuula, sosiaaliohjaaja
Multanen Rauni, sairaanhoitaja
Murtola Leila, terveydenhoitaja
Nurmela Anne, fysioterapeutti
Ojanen Pirjo, ohjaaja
Ollila Tuuli, perhepalvelupäällikkö
Pajarinen Riitta, osastonhoitaja
Parkkinen Merja, osastonhoitaja
Parkkonen Merja, osastonhoitaja
Partanen Marjatta, osastonhoitaja
Pesonen Anni, kotihoidon päällikkö
Pesonen Liisa, palveluohjaaja
Pietarinen Ilona, sas-hoitaja,
Pietarinen Kristiina, sosiaalityöntekijä
Pietiläinen Maarit, sosiaalityöntekijä
Piirainen Päivi, lähihoitaja
Pitkänen Tuula, fysioterapeutti
Puhakka Paula, osastonhoitaja
Puranen Jaana, palveluohjaaja
Pöntinen-Heinonen Arja, johtava sosiaalityöntekijä
Rissanen Sari, terveydenhoitaja
Ruokolainen Anu, sairaanhoitaja
Ruotsalainen Kirsi, sairaanhoitaja
Räsänen Kirsi, sairaanhoitaja
Räsänen Timo, geriatri
Salmela Kaisa, sairaanhoitaja
Seppänen Marjatta, vs. asumispalvelupäällikkö
Suhonen Leena, johtava sosiaalityöntekijä
Surakka Leena, terveyskeskuslääkäri
Surakka Maarit, terveydenhoitaja
Tahvanainen Merja, fysioterapeutti

Tanskanen Maria, lähihoitaja
Tarvainen Sari, osastonhoitaja
Tiainen Ulla, vastaava ohjaaja
Timonen Leena, vs. johtava ylilääkäri
Tukiainen Leena, sosiaalipalveluohjaaja
Vessonen Marjatta, osastonhoitaja
Väisänen Anita, terveydenhoitaja

Juuka

Halmetoja Seija, sairaanhoitaja
Halonen Jenni, johtava hoitaja
Kivistö Tuula, yksilövalmentaja
Kuosmanen Kirsi, sairaanhoitaja
Kähkönen Seppo, johtava ohjaaja
Laaninen Matias, terveyskeskuslääkäri, Juuka
Nygren Kati, sairaanhoitaja
Nevalainen Jaana, kuntoutusohjaaja
Niinimäki Sanna, osastonhoitaja
Rantala Raija, terveydenhoitaja
Salmi Leena, fysioterapeutti
Sirviö Anu, psykologi
Tamsi Niko, terveyskeskuslääkäri
Tanskanen Kaisa, sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja
Vauhkonen Päivi, terveydenhoitaja

Kitee

Banel-Sutinen Maria, sairaanhoitaja
Hakala Ulla, sosiaaliohjaaja
Hovi Seija, terveyskeskuslääkäri
Ikonen Marja, perushoitaja
Ilmonen Irma, sairaanhoitaja
Kakkonen Eija, sairaanhoitaja
Karila Pirjo, sairaanhoitaja
Karppinen Tuula, fysioterapeutti
Kettunen Merja, terveydenhoitaja
Koivunoro-Pakarinen Jaana, sairaanhoitaja
Kosonen Lotta, terveydenhoitaja
Kostamo Merja, kuntohoitaja
Laine Päivi, vastaanoton esimies
Laurikainen Leena, sairaanhoitaja
Nuortimo Anna, psykologi
Paddar Mervi, sosiaalityöntekijä
Partanen Tarja, sosiaalityöntekijä
Päivinen Katri, ohjaaja

Tapanen Helena, vastaava hammashoitaja
Teppani Seija, työterveyshoitaja
Tuovinen Kari, johtava hammaslääkäri

Kontiolahti

Ahvalo Johanna, osastonhoitaja
Karttunen Kari, sairaanhoitaja
Kuri Päivi, terveydenhoitaja
Lohtander Satu, sairaanhoitaja
Lukkarinen Leena, sairaanhoitaja
Malinen Tuula, vastaava ohjaaja
Mikkonen Sari, psykologi
Müller Taina, aluevastaava
Myyry Riitta, apulaisylilääkäri
Mäkinen Erkki, terveyskeskuslääkäri
Parkkinen Jukka, ohjaaja
Pietarinen Sari, fysioterapeutti
Piironen Seija, osastonhoitaja
Räsänen Else, terveydenhoitaja
Räsänen Päivi, sosiaaliohjaaja
Seppänen Marjatta, vs. asukaspalvelupäällikkö
Tauriainen Eila, johtava hammaslääkäri
Tolvanen Päivi, vs. ylihoitaja
Viitanen Helena, sosiaalityöntekijä

Lieksa

Heikkilä Sinikka, laitospulainen
Honkanen Pirjo, perushoitaja
Hyttinen Elli, terveydenhoitaja
Hämäläinen Pellervo, ekonomisti
Jalovaara Raili, osastonhoitaja
Kekkonen Kaisa, sairaanhoitaja
Kivimäki Anu, fysioterapeutti
Koponen Ritva, erikoissairaanhoitaja
Kuokkanen Jaana, sairaanhoitaja
Moilanen Jenni, sairaanhoitaja
Nevalainen Virpi, vanhuspalvelujohtaja
Oinonen Tero, perusturvajohtaja
Olsonen Elena, johtava hoitaja
Pehkonen Pirjo, lähihoitaja
Pehkonen Riitta, terveydenhoitaja
Pyykkö Teija, erikoissairaanhoitaja

Reittu Irma, perushoitaja
Riikonen Tuula, osastonhoitaja
Saastamoinen Tarja, sairaanhoitaja
Salokangas Tuula, sosiaalityöntekijä
Tiainen Erkki, johtava lääkäri
Virman Sirpa, hammashoitaja
Åke Eila, lähihoitaja

Liperi

Aho Heidi, hallinto- ja talouspäällikkö
Den Herder Iija, psykologi
Halttunen Riikka, palvelusihteeri
Hiltunen Eija, sosiaalityöntekijä
Hirvonen Mari, osastonhoitaja
Junninen Anna, lähihoitaja
Kettunen Laura, terveydenhoitaja
Kuittinen Aulikki, lähihoitaja
Kuosmanen Seija, kotihoidon ohjaaja
Laaninen Leena, hoito- ja hoivapalvelujen johtaja
Laukkanen Suvi, psykologi
Martikainen Irma, sairaanhoitaja
Miinalainen Merja, lähihoitaja
Mustonen Eeva-Leena, kotihoidon ohjaaja
Mutanen Helena, sosiaalityöntekijä
Naukkarinen Eeva-Liisa, sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja
Nuutinen Marja-Leena, osastonhoitaja
Oinonen Virpi, lähihoitaja
Poutanen Mia, osastonhoitaja
Risto Nuuttila Risto, va. ylilääkäri
Räsänen Kristiina, sosiaalityöntekijä
Räsänen Riitta-Liisa, terveydenhoitaja
Seilonen Tuire, terveydenhoitaja
Seppänen Eeva, psykologisten palvelujen johtaja
Tillonen Sari, perushoitaja
Tolvanen Tuuli, sosionomi
Torvinen Hanna, johtava sosiaalityöntekijä
Vepsäläinen Marjatta, terveydenhoitaja
Voutilainen Petra, sairaanhoitaja

Nurmes-Valtimo

Ahtonen Petra, kotihoidon esimies
Halonen Riikka, psykiatrisen sairaanhoitaja
Heikkinen Sari, sairaanhoitaja
Heikkinen Tuula, osastonhoitaja
Hyvönen Ulla, työfysioterapeutti
Ilen Jyri, ylilääkäri

Karjalainen Kirsi, sosiaalipalveluohjaaja
Kähkölä Hanna, psykologi
Laaninen Terttu, psykologi
Laatikainen Janna, sairaanhoitaja
Mustonen Tuula, sairaanhoitaja
Mutanen Tellervo, avopalvelujohtaja
Nevalainen Sirpa, osastonhoitaja
Peltola Riitta-Liisa, johtava hoitaja
Sallinen Sirpa, osastonhoitaja
Soikkeli Eila, vanhustyön johtaja
Tiainen Raija, vastaava sairaanhoitaja
Tikka Ritva, sosiaalijohtaja

Outokumpu

Ahonen Katja, sairaanhoitaja
Frimodig Anne, sosiaalityöntekijä
Hartikainen Päivi, lähihoitaja
Jormanainen Kyösti, vs. sosiaalityöntekijä
Karpow Irmeli, hammashoitaja
Kilpeläinen Tanja, sairaanhoitaja
Kuronen Hanna, osastonhoitaja
Laaninen Pirita, terveydenhoitaja
Malikka Hanna, sairaanhoitaja
Rautiainen Kaisa, johtava sosiaalityöntekijä
Rummukainen Hanna, sairaanhoitaja
Ruotsalainen Senja, sairaanhoitaja
Rönkkö Marianne, sosionomi
Salmela Teemu, fysioterapeutti
Tikka Tarja, sosiaaliohjaaja
Tirkkonen Hilka, apulaisylilääkäri
Tolvanen Päivi, sairaanhoitaja
Tuokko Hanne, erikoissairaanhoitaja
Vartiainen Riikka, johtava sosiaalityöntekijä
Voutilainen Hanna, sosionomi
Väänänen Marja-Liisa, erikoissairaanhoitaja

Polvijärvi

Gröhn Pirjo, psykologi
Haaranen Päivi, sairaanhoitaja
Hirvonen Seppo, sosiaalityöntekijä
Hyvärinen Henna, vs. vastaava ohjaaja
Hällfors Outi, päivätoiminnan ohjaaja
Karhunen Minna, lähihoitaja
Karttunen Anja, hammashoitaja
Karttunen Leila, sairaanhoitaja
Kettunen Aili, lähihoitaja
Kukkonen Kirsti, välinehuoltaja

Kurki Sirkka-Liisa, terveydenhoitaja
Laine Raija, vanhuspalveluiden esimies
Lappalainen Anne, lähihoitaja
Montonen Heli, sosiaaliohjaaja
Mäkkeli Pia, lähihoitaja
Mönttinen Raili, johtava lääkäri
Ratilainen Marjut, sairaanhoitaja
Ratilainen Sini, fysioterapeutti
Reijonen Suvi, lähihoitaja
Romppanen Irmeli, lähihoitaja
Ronkainen Mari, lähihoitaja
Ryynänen Timo lähihoitaja
Saastamoinen Riitta, lähihoitaja
Simonen Ani, lähihoitaja
Siponen Eila, terveydenhoitaja,
Tanskanen Jaana, sosiaalityöntekijä
Tanskanen Satu, suuhygienisti
Toivanen Riitta, terveydenhoitaja
Venho Johanna, perhetyöntekijä
Vepsä Maarit, sairaanhoitaja
Vänskä-Partanen Kirsi, fysioterapeutti

Tiainen Arja, perushoitaja, Attendo

Rääkkylä

Himananen Tuula, terveydenhoitaja, Attendo
Honkanen Hilka, terveydenhoitaja, Attendo
Hämäläinen Tapio, terveyskeskuslääkäri
Ihalainen Kerttu, sosiaalityöntekijä
Kymäläinen Jyrki, vapaa-aikasihteeri
Leppänen Hanna, sosionomi, Attendo
Piironen Jaana, fysioterapeutti, Attendo
Sihvonen Eveliina, vs. sivistystoimenjohtaja
Timonen Teija, sosionomi, Attendo
Tolvanen Kaisu, lähihoitaja, muistihoitaja, Attendo

Tohmajärvi

Ahonen Sirpa, Attendo
Hannonen Heljä, sosiaaliohjaaja
Hirvonen Saara, sosiaaliohjaaja, Attendo
Kanervo Marjaana, vastuualuepäällikkö, Attendo
Kivilinna Maija-Riitta, sairaanhoitaja, esimies, Attendo
Kuronen, Heli, lähihoitaja, Attendo
Lehtovaara-Pulkinen Maija-Liisa, Attendo
Majoinen Helena, sosiaalityön johtaja
Mattson-Pajarinen Hanna, Attendo
Nordström Marika, lähihoitaja, Attendo
Pirhonen Heli, sairaanhoitaja, Attendo
Pylkkänen Sirpa, sosiaaliohjaaja, Attendo
Sorsa Satu, sairaanhoitaja, Attendo

Liite 2a Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö; toiminnalliset työryhmät syksy 2014

Huom! Luettelo ei ole välttämättä kaikilta osin kattava ja kaikkien työntekijöiden ajantasaista nimikettä ei ole tarkastettu.

Avovastaanottotoiminta	Ammattinimike	Työnantaja
Halonen Jenni	johtava hoitaja	Juuka
Hartikainen Iiro	terveyskeskuslääkäri	Joensuu
Heiskanen Maili	osastonhoitaja	Joensuu
Karttunen Mervi	johtava lääkäri	Ilomantsi
Mustonen Juha	ylilääkäri	PKSSK
Paddar Mervi	sosiaalipalveluiden päällikkö	Kitee
Piironen Merja	osastonhoitaja/operatiivinen klinikkaryhmä	PKSSK
Malinen Jussi	kehittämispäällikkö	PKSSK
Ennaltaehkäisevät palvelut		
Elomäki Eeva	hankekoordinaattori	TERVIS-hanke
Janhonen Arja	terveyden edistämisen esimies	Kitee
Karikko Liisa	ylihoitaja	Joensuu
Mönttinen Raili	johtava lääkäri	Polvijärvi
Seppänen Eeva	psykos palveluiden johtaja	Liperi
Asikainen Katja	järjestökehittäjä	P-K SOTU ry
den Herder Ilja	psykologi	Liperi
Ikonen Minna	sosiaaliohjaaja	Liperi
Koivula Marja	fysioterapeutti	Joensuu
Korhonen Leena	sosiaalipalvelujen johtaja	Joensuu
Korhonen Tuula	terveydenhoitaja	Kitee
Kymäläinen Jyrki	vapaa-aika sihteeri	Rääkkylä
Kytölä-Nissinen Pauliina	terveyskeskuslääkäri	Ilomantsi
Lehmus Heikki	erityisnuorisotyöntekijä	Joensuu
Majoinen Helena	sosiaalijohtaja	Tohmajärvi
Poutanen Karri	kehittämispäällikkö	Joensuu
Raatikainen Tuija	perhetyöntekijä	Liperi
Raudaskoski Mikko	sairaanhoitaja, lastenpsykiatrian pkl	PKSSK
Räsänen Kristiina	johtava sosiaalityöntekijä	Liperi
Saaristo Mirja	sosiaaliohjaaja	Liekka
Saukkonen Kaija	päihdetyöntekijä	Kitee

Kehitysvammahuolto ja vammaispalvelut

Hallikainen Tarja	vammaispalvelupäällikkö	Joensuu
Hietala Sari	ylihoitaja/Honkalampi keskus	PKSSK
Laitinen Heli	osastonhoitaja/nuorisopsykiatrian pkl/osasto	PKSSK
Mölsä Tiina-Mari	sosiaaliohjaaja	Kitee
Niiranen Kaisu	fysioterapeutti/kehitysvammaneuvo	PKSSK
Suhonen Leena	johtava sosiaalityöntekijä/vammaispalvelut	Joensuu
Turunen Kari	johtava ohjaaja/kehitysvammaispalvelut	Lieksa

Kotihoito

Hurskainen Taina	lähihoitaja/kotihoito	Kitee
Kananen Marja-Leena	sairaanhoitaja/kotiutus	Liperi
Lappalainen Marja	sairaanhoitaja/palveluohjaus	Joensuu
Lehikoinen Sari	vastaava ohjaaja/päivätoiminta	Joensuu
Mutanen Tellervo	avopalvelujohtaja	Valtimo
Nevalainen Virpi	vanhuspalvelujohtaja/sosiaalityö	Lieksa
Tahvanainen Anneli	lähihoitaja/päivätoiminta	Ilomantsi
Pesonen Anni	kotihoidon päällikkö	Joensuu

Kuntoutus

Kilpiäinen Marja	ylilääkäri	PKSSK
Koppinen Kati	osastonhoitaja/fysioterapia	PKSSK
Kosonen Merja	palvelupäällikkö/apuvälinepalvelut	PKSSK
Mönkkönen Ritva	osastonhoitaja/fysioterapia	PKSSK
Pennanen Eija	johtava sosiaalityöntekijä	Polvijärvi
Siponen Janne	vakuutuspäällikkö	KELA
Timonen Leena	ylilääkäri/kuntoutuslinikka	Joensuu

Hoiva/asumispalvelut/SAS-toiminta

Karukannas Seija	hoito- ja hoivatyönjohtaja	Joensuu
Komu Hannele	hoito- ja hoivatyönjohtaja	Lieksa
Kurki Riitta	sairaanhoitaja	Joensuu
Laaninen Leena	hoito- ja hoivapalveluiden johtaja	Liperi
Mannelin Maarita	maakuntasuunnittelija	P-K maakuntaliitto
Saarinki Pentti	geriatri	Joensuu
Soikkeli Eila	vanhustyönjohtaja	Nurmes
Tanskanen Kaisa	sosiaali- ja terveystoiminta	Juuka
Väistö-Honkanen Marja-Riitta	vastaava palveluohjaaja	Kitee

Psykiatria ja päihdetyö

Ahtiala Sari	sosiaalityöntekijä	Lieksa
--------------	--------------------	--------

Haimakainen Helena	päihdehoitaja	Lieksa
Jelekäinen Sirpa	päihdehoitaja	Kontiolahti
Kotilainen Paula	terveydenhoitaja(kouluth)	Heinävesi
Kurki Jaana	kehittäjähoitaja	Joensuu
Liuska Antti	ylilääkäri/sairaalapalvelut	PKSSK
Ropponen Pekka	ylilääkäri/psykiatrian klinikka	PKSSK
Savela Annamari	kehittämispäällikkö	Joensuu
Suvanto Johanna	ylilääkäri	PKSSK
Vessonen Marjatta	osastonhoitaja / Joensuun MTK	Joensuu
Anttila Marja-Liisa	lastenpsykiatri	PKSSK
Jämsén Arja	yksikön johtaja, Joensuu	ISO
Korhonen Airi	terveydenhoitaja(äitiyshuolto)	Joensuu
Leinonen Sari	ylilääkäri/riippuvuuspl	PKSSK
Poutanen Karri	kehittämispäällikkö	Joensuu
Virratvuori Leena	aluejohtaja	Sovatek
Työterveyshuolto		
Ehrukainen Hannu	työterveyshoitaja	Ilomantsi
Ilvonen Silja	työterveyshoitaja	Juuka
Janhonen Arja	terveyden edistämisen esimies, kehittäjätyöntekijä	Kitee
Jeskanen Jemina	työterveyshoitaja, kehittäjätyöntekijä	Joensuun työterveys
Kallinen Sirpa	työterveyshoitaja	Juuka
Kontkanen Arja	työterveyshoitaja	Polvijärvi
Korhonen jari	johtaja, työterveyshuollon erikoislääkäri	Joensuun työterveys
Kurki Sirkka-Liisa	työterveyshoitaja	Polvijärvi
Meriläinen Niina	työterveyshoitaja	Lieksa
Myller Satu	työterveyshoitaja	Joensuun työterveys
Pehkonen Riitta	työterveyshoitaja	Lieksa
Tapaninen Eila	työterveyshoitaja	Nurmes
Teppana Seija	työterveyshoitaja	Kitee
Tiainen Niina	työterveyshoitaja	Nurmes
Vuodeosasto		
Jalovaara Raili	osastonhoitaja/vuodeosastot	Lieksa
Kostamo Merja	kuntohoitaja/vuodeosasto	Kitee
Lehikoinen Pirjo	vastaava sosiaalityöntekijä	PKSSK
Paukku Marjut	osastonhoitaja/operatiivinen klinikkaryhmä	PKSSK
Saukkonen Anna-Maija	apulaisyliääkäri/neurologian klinikka	PKSSK
Tirkkonen Hilikka	apulaisyliääkäri/terveyskeskuslääkäri	Outokumpu
Tolvanen Päivi	vs. ylihoitaja/Siilainen	Joensuu
Turunen Antti	johtajayliääkäri	PKSSK
Suun terveydenhuolto		

Hynynen Matti	johtava hammaslääkäri	Joensuu
Kukkonen Riitta	suuhygienisti	Juuka
Kämäräinen Matti	johtava hammaslääkäri	Nurmes- Valtimo ky
Laaninen Leena	hoito- ja hoivapalveluiden johtaja	Liperi
Laitinen Helena	ylilääkäri/suu- ja hammassairauksien klinikka	PKSSK
Lautiainen Maija	hammashoitaja	Joensuu
Tapio Pilvi	osastonhoitaja/suun terveydenhuolto	Joensuu
Tuovinen Kari	johtava hammaslääkäri	Kitee

Päivystys ja ensihoito

Ilen Jyri	ylilääkäri	Nurmes-Valtimo ky
Laine Päivi	osastonhoitaja	Kitee
Nevalainen Juha	osastonhoitaja/päivystys	PKSSK
Riikonen Tuula	osastonhoitaja/avovastaanotto	Lieksa
Romppanen Tiina	ensihoitaja, kliininen hoitotyön asiantuntija	PKSSK
Sotti Päivi	klinikkasihteeri/päivystys	PKSSK
Styr Maria	sosiaalityöntekijä/lastensuojelu	Joensuu
Turunen Marko	sairaanhoitaja/päivystys	PKSSK
Wilén Susanna	ylilääkäri/päivystys	PKSSK

Lastensuojelu

Aalto Heli	projektityöntekijä, sosiaalityöntekijä/pth yksikkö	PKSSK
Korhonen Leena	sosiaalipalvelujen johtaja	Joensuu
Kytölä-Nissinen Pauliina	terveyskeskuslääkäri	Ilomantsi
Kähkölä Hanna	Psykologi	Nurmes
Majonen Helena	Sosiaalityön johtaja	Tohmajärvi
Poutanen Karri	kehityspäällikkö	Joensuu
Raudaskoski Mikko	sairaanhoitaja, lastenpsykiatrian pkl	PKSSK
Räsänen Kristiina	Johtava sosiaalityöntekijä	Liperi
Saaristo Mirja	sosiaaliohjaaja	Lieksa
Silvennoinen Ritva	sairaanhoitaja, lastenpsykiatrian pkl	PKSSK
Torvinen Hanna	Johtava sosiaalityöntekijä	Liperi

Lisäksi useiden ryhmien työssä on käytetty työryhmien ulkopuolista asiantuntijatyöpanosta tai käsitelty aihetta varsinaisen ryhmän lisäksi muulla foorumilla. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Pohjois-Karjalan yksikön Johtajan Arja Jämsenin asiantuntemusta ja ISO:n olemassa olevia verkostoja on käytetty useiden työryhmien työn yhteydessä. Nämä ryhmät ovat olleet vaihtelevan kokoisia (esim. kuntoutuksen yhteydessä 140 henkilöä).

Liite 2b Palvelutuotannon nykytilan ja tavoitetilan mallintamiseen osallistunut henkilöstö;
elämäkaarajattelun mukaiset työryhmät kevät 2015

Huom! Luettelo ei ole välttämättä kaikilta osin kattava ja kaikkien työntekijöiden ajantasaista nimikettä ei ole tarkastettu.

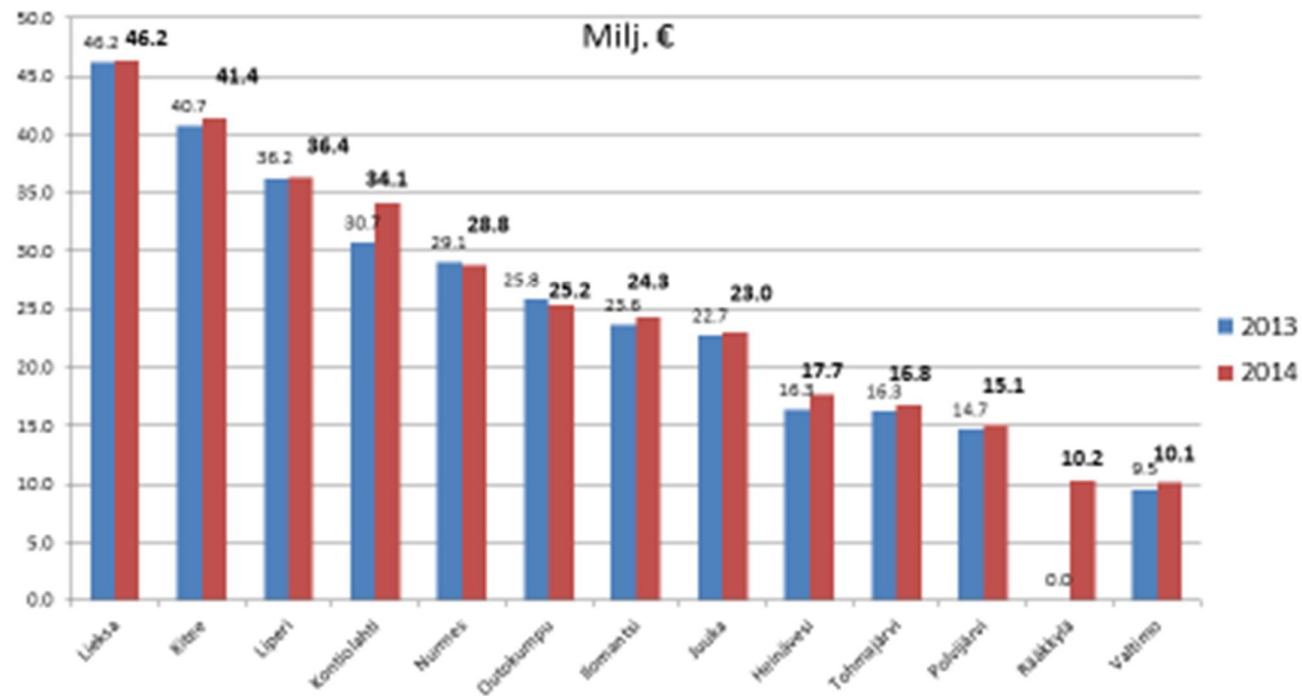
Lapset - nuoret	ammattinimike	työpaikka
Aalto Heli	projektityöntekijä/sosiaalitt/pth yksikkö	PKSSK
Alastalo Minna	sosiaaliohjaaja	Joensuu
Frimodig Anne	sosiaalityöntekijä/perheneuvola	Joensuu
Huusko Jyrki	rehtori/Nepenmäen koulu	Joensuu
Karikko Liisa	ylihoitaja	Joensuu
Kauppinen Olli	palvelupäällikkö	Joensuu
Kiiski Niina	sairaanhoidaja/Joensuun MTK	Joensuu
Kosonen Merja	palvelupäällikkö/apuvälinepalvelut	PKSSK
Kotilainen Paula	terveydenhoitaja	Heinävesi
Laitinen Heli	osastonhoitaja/osasto 16/lasten ja nuorten kl ryhmä	PKSSK
Lehikoinen Pirjo	sosiaalityöntekijä	PKSSK
Mannelin Maarita	maakuntasuunnittelija	P-K maakuntaliitto
Muranen Katri	sairaanhoidaja/Joensuun MTK	Joensuu
Partanen Marjatta	osastonhoitaja/Rantakylän terveysasema	Joensuu
Parviainen Kaisu	psykologi/nuorispsykiatria	PKSSK
Penttilä Sanni	lääkäri/lastenpsykiatria	PKSSK
Pesonen Vesa	lähihoitaja/osasto16/lasten ja nuorten kl ryhmä	PKSSK
Poutanen Karri	kehittämispäällikkö	Joensuu
Räty Ritva	palveluvastaava	PKSSK
Saarelainen Lauri	johtava sosiaalityöntekijä/kasvatus-ja perhenla	Joensuu
Sajama Saara	sosiaalityöntekijä/Honkalampi-keskus	PKSSK
Tikka Sari	kuntoutusohjaaja	Joensuu
Torvinen Hanna	johtava sosiaalityöntekijä	Liperi
Tuovinen Anne	sosiaalityöntekijä	Ilomantsi
Turunen Johanna	johtava sosiaalityöntekijä/lastensuojelu	Joensuu
Vepsäläinen Marjatta	terveydenhoitaja	Liperi
Työikäiset		
Farin Juha	sairaanhoidaja/Joensuun MTK	Joensuu
Heiskanen Tuija	palveluvastaava/Honkalampi-keskus	PKSSK
Kilpiäinen Marja	ylilääkäri/kuntoutuslinikka	PKSSK
Koppinen Kati	osastonhoitaja/fysioterapia	PKSSK
Korhonen Jari	johtaja/työterveyshuollon erik lääk	Joensuun työterveys
Korhonen Leena	sosiaalipalvelujen johtaja	Joensuu

Kurki Jaana	kehittäjähoitaja	Joensuu
Lammi Raisa	sosiaalityöntekijä	PKSSK
Mäenpää Anu	mielenterveystyön päällikkö/Joensuun MTK	Joensuu
Mönkkönen Olli	päihdetyöntekijä	Liperi
Ollila Tuuli	sosiaalityöntekijä/aikuissosiaalityö	Joensuu
Paganus Katri	ylilääkäri/Joensuun MTK	Joensuu
Pennanen Eija	johtava sosiaalityöntekijä	Polvijärvi
Pöntinen-Heinonen Arja	sosiaalityöntekijä	Joensuu
Rissanen Sari	terveydenhoitaja	Joensuu
Romppanen Tiina	klininen hoitotyön asiantuntija/pth yks	PKSSK
Ropponen Pekka	ylilääkäri/psykiatria	PKSSK
Räsänen Kristiina	sosiaalityöntekijä	Liperi
Seppänen Eeva	psykososiaalisten palvelujen johtaja	Liperi
Suhonen Leena	johtava sosiaalityöntekijä/vammaispalvelut	Joensuu
Suvanto Johanna	osaston ylilääkäri/psykiatria	PKSSK
Tirkkonen Hilikka	apulaisylilääkäri/terveyskeskuslääkäri	Outokumpu
Torvinen Hanna	johtava sosiaalityöntekijä	Liperi

Ikääntyneet

Kaltainen Tuija	kotihoidon aluevastaava	Joensuu
Karttunen Mervi	johtava lääkäri	Ilomantsi
Karukannas Seija	vs. hoito- ja hoivapalveluiden johtaja	Joensuu
Kiviniemi Tuula	Kehittämisasiantuntija	Joensuu
Komu Hannele	hoito- ja hoivapalveluiden johtaja	Ilomantsi
Kärki Raija	psykiatrinen sairaanhoitaja	Joensuu
Laaninen Leena	hoito- ja hoivapalveluiden johtaja	Liperi
Laine Raija	Vanhuspalvelujen esimies	Polvijärvi
Lehikoinen Sari	vastaava ohjaaja	Joensuu
Liuska Antti	ylilääkäri/psykiatria	PKSSK
Mönkkönen Ritva	osastonhoitaja/fysiatia	PKSSK
Nevalainen Virpi	vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja	Lieksa
Pesonen Anni	kotihoidon päällikkö	Joensuu
Puranen Jaana	palveluohjaaja	Joensuu
Tanskanen Kaisa	sosiaali- ja terveysjohtaja	Juuka
Tanskanen Jaana	palveluohjaaja/sosiaalityöntekijä	Polvijärvi
Tiiperi Pirjo-Liisa	sosiaalityöntekijä	PKSSK
Timonen Leena	vs. johtava lääkäri	Joensuu
Tolvanen Päivi	vs. ylihoitaja/Siilainen	Joensuu
Varis Marke	palveluohjausvastaava	Joensuu
Väistö-Honkanen Marja-Riitta	vastaava palveluohjaaja	Kitee
Väyrynen Heli	kotihoidon aluevastaava	Joensuu

Sote-menot ja muutos 2013-2014



Joensuu 2013-2014: 209,3 -> 217,1 milj. €

Yhteensä 2013-2014: 530,6 -> 546,5 milj. € (Rääkkylä mukana 2013 menoissa)

Liite 4 Ikäihmisten palvelurakenteen strategiset tavoitteet ja ehdotus tarvittavien jatkotoimenpiteiden osalta vuosille 2015- 2020

Strategiset tavoitteet perustuvat STM:n Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM, 2013) ja kolmessa vaiheessa voimaan tulleeseen lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (1.7.2013, 1.1.2014 ja 1.1.2015). Tavoiteasentaan vaikutti myös tehty ATH-tutkimus (2013), jossa tutkittiin mm. eri ikäryhmien, ml. ikääntyneiden, yksinäisyyttä, turvattomuutta, asuinalueen turvattomuutta, väkivallan ja uhan kohteeksi joutumista ja fyysisen uhan kokemuksia. Tutkimuksessa ilmeni, että Pohjois-Karjalassa yli 75-vuotiailla, erityisesti naisilla, oli yksinäisyyden kokemuksia, jotka tekevät arjesta ikävän, altistavat masennukselle ja vähentävät edellytyksiä onnistuneelta ikääntymiseltä.

Lisäksi taustamateriaalina on hyödynnetty Pohjois-Karjalan kunnissa tehtyä (12/2014) ikääntyvien palvelujen kartoitusta, johon vastasivat kuntien vanhuspalveluista vastaavat viranhaltijat.

Strategiset tavoitteet (suluissa tämän hetkinen tilanne P-Karjalan kunnissa)	Palvelulupaukset/ Toimenpiteet	Vastuutaho	Tavoite aikataulu	Arviointi
Kaikilla eri tuotannon palvelualueilla alueellisesti yhteiset kriteerit (ei toteudu, kriteerit vaihtelevat kunnittain, osassa kuntia kriteerejä ei ole vielä laadittu ollenkaan)	Yhteiset kriteerit käytössä koko tuotantoalueella (Pohjois-Karjalassa)	Ikääntyvien palveluista vastaava palvelun tuottaja	2016	Asiakaskyselyt x1/vuosi koko tuotantoalueella
Palvelut tuotetaan lakisääteisissä ajoissa kriteereiden täytyessä (ei toteudu)	Palvelut oikea-aikaisesti ja kriteereiden mukaisesti	Ikääntyvien palveluista vastaavat yksiköt	2017	Lakisääteisten palvelujen toteutumisaajat julkaistaan 2 x vuodessa
Palvelutarvearviot ja ohjaus lakisääteisesti saatavilla (toteutuu)	Arviot ja ohjaus 7 vrk:n kuluessa, kiireelliset asiat viivytyksettä	Yksikkö, joka tuottaa ko. palveluja/palveluohjauskeskus	2015	-----"-----
Palvelupäätökset kirjallisesti asiakkaalle (toteutuu osittain, selkokielisyydessä parantamisen varaa)	Päätös aina ymmärrettävässä muodossa perusteluineen kirjallisena viivytyksettä	Päätöksen tehnyt viranhaltija	2015	Asiakaskyselyt x 1/vuosi koko tuotantoalueella, palautteet, muistutukset

Palvelujen oikea-aikaisuus, oikeatasoisuus ja yksilöllisyys (toteutuu kirjavalla tavalla, samassa organisaatiossakin vaihtelevasti)	Yksilöllinen arviointi ja ohjaus /palvelusuunnitelma sisältäen kuntoutumissuunnitelman moniammatillisen työryhmän toimesta - vastuuyöntekijä	Asuinkunnan sosiaali- ja terveysterveystoimet/ikäntyvien palvelut	2016	Asiakaskyselyt x 1 /vuosi, koko tuotantoalueella, palautteet, muistutukset
Kuntoutumis- ja virikepäivätoimintaa yli 75-vuotiaille – arjen hallinta ja elämän mielekkyys toteutuu (Toteutuu osassa kuntia, suunnitelmallisuus puuttuu)	Kaikilla kriteerit täyttävillä mahdollisuus osallistua kuntoutumis- ja virike-toimintaan koko tuotantoalueella	Ikäntyvien palvelut, Kuntien vapaa-aika- ja kulttuuritoimet ja kolmas sektori	2017	Kartoitus alueittain, asiakaskyselyt x 1/ vuosi koko tuotantoalueella
Kotona asumisen edellytykset turvataan (ei toteudu, vain osa mahdollisuuksista hyödynnetty)	Tuki- ja turvapalvelut (ml. hyvinvointiteknologia) saatavilla kotiin 24/7 taajama-alueilla	-----"-----	2016	Kartoitus alueittain, asiakaskysely x 1 / vuosi koko tuotantoalueella
Muutokset terveydessä ja hyvinvoinnissa eivät estä kotona asumista (ei toteudu kattavasti, lääkäri- ja sairaanhoitajatasoisen tuen määrä vaihtelee)	Muutos- ja kriisitilanteissa nopea reagointi ja tuki (lääkäri yms. palvelut saatavilla)	Toimivat lähipalvelut, palveluohjaus, vastuuyöntekijä – toiminta koko tuotantoalueella	2015-2016	Kartoitus, asiakaskyselyt 2 x/v koko tuotantoalueella
Onnistunut ikääntyminen (suunnitelmallisuus puuttuu, ei toteudu, kytkeytyy koko palveluketjuun ja vastuuseen oman elämänhallinnasta)	Sairauksien ja toimintavajeiden hyvä hoito, aktiivisen elämäntilanteen tukeminen (torjuu yksinäisyyttä) ja älyllisen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen osallistumismahdollisuuksien kautta	Ikäntyvien palvelut, Terveys- ja sosiaalipalvelut Kuntien vapaa-aika- ja kulttuuritoimet ja kolmas sektori, omaiset sekä ihmisen oma elämänsä	2015-2020	Asiakaskyselyt 2x/v koko tuotantoalueella ja esim. ATH-tutkimukset tai THL-tutkimukset
Kotona asuu yli 75-vuotiaista 91% (toteutuu osassa kuntia)	Yksilölliset tuki- ja kuntoutumis- sekä virkistyspalvelut saatavilla esteettömiin, turvallisiin koteihin	Ikäntyvien palvelut/Kuntouttava päivätoiminta, kuntien kulttuuri- ja vapaa-aikatoimet, tekninen toimiala	2020	Kartoitus alueittain, asiakaskysely x 1/ vuosi koko tuotantoalueella

Yli 75-vuotiaiden omaishoidontuen saajien määrästä yhteiset linjaukset tuotantoalueella (linjauksia tehty vain muutamassa kunnassa)	Yli 75-vuotiaista omaishoidontukea saavat kriteerit täyttävät (toimintakykyarviot) – max 6% yli 75-vuotiaista	Ikääntyvien sosiaalipalvelut – omaishoidon tukitiimi KELA?	2017	Lakisääteiset palvelujen toteutumisasijat julkaistaan 2 x vuodessa
Kotihoitotiimeissä: sh 20 %, jokaisella alueella fysioterapeutteja ja sosiaalipalvelujen henkilöstöä lähihoitajien tukena Tehostettu palveluasuminen: sh 20%, fysioterapeutteja ja sosiaalipalvelujen henkilöstöä lähihoitajien tukena Tk-vuodeosastot: sh 40%, lh 40%, loput fysio-, toiminta-, ravitsemus ja puheterapeutteja sekä sosiaalipalvelujen henkilöstöä Geriatrin palvelut Kuntoutumisyksiköt:: Ft 40% Muut terapeutit 30% Sh 30% Kuntoutuslääkärin ja tarvittaessa muiden erikoislääkäreiden palvelut (henkilöstöryhmien väliset suhteet vaihtelevat)	Henkilöstön ammattirakenne vastaa ikääntyvien palvelutarvetta ja ehkäisee raskaimpiin palvelumuotoihin siirtymistä – osaaminen etulinjaan Teknologisten sovellusten hyödyntäminen	Ikääntyvien palvelujen, terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen johto (eläköityminen, oppisopimusväylät ja jatko-opiskelut ensisijaisesti), uusia toimia harkiten	2020	Kartoitus alueittain, AVI seuraa, kustannusten seuranta suhteessa raskaimpien palvelujen käyttökustannuksiin
Sitoutunut ja innostunut, rohkea henkilöstö	Hyvä, laadukas, osaava ja yksilöllinen hoito ja palvelu - lupa kehittää	Johtamisjärjestelmä ja oma sisäinen johtajuus	2017	Kyselyt, kehitys/sparrauskeskustelut, työhyvinvointikartoitukset

Vaikuttavuutta, osaavuutta ja uudistumiskyvykkyyttä kasvattava johtajuus	Johtamisosaamisen jatkuva kehittäminen motivoivalla, innostavalla/sparraavalla ja rohkealla johtamisotteella	Tuotanto-organisaatio (vaatimukset ja valmiudet uudistua ja kehittyä)	2017	Kyselyt, kehitys/sparrauskeskustelut, työhyvinvointikartoitukset
--	--	---	------	--

Liite 5a Toiminnallisten työryhmien tekemät kehittämissuositukset; LAPSET JA NUORET

Työryhmä kokoontui yhteensä neljä kertaa. Ryhmän työskentelyyn osallistuneet on luettavissa liitteestä 2a.

Tulevaisuuden suuntaviivoja

Vahvat peruspalvelut tukevat oikea-aikaista palveluihin ohjautumista. Neuvolatoiminta ja sen kehittäminen edelleen mm. paremmin neuvola-asetuksen säädöksiä ja henkeä vastaavaksi, oppilashuoltotoiminnan kehittäminen ja sen resurssien varmistaminen sekä muut matalankynnyksen lapsi-, nuoriso- ja lapsiperhepalvelut ovat tässä avainasemassa. Palvelujen toteuttaminen lapsen ja perheen luonnollisissa toimintaympäristöissä tulee nähdä yhtenä toiminnan lähtökohtana samoin kuin perheen käsittäminen systeemisellä kokonaisuutena. Lapsiperhepalvelut tarvitsevat usein myös erityisosaamista. Erityisosaamisen problematiikkana nykytilanteessa voidaan nähdä erityisesti alueellinen epätasa-arvo palvelujen saannissa sekä joidenkin ammattiryhmien puuttuminen. Tähän voidaan pyrkiä vaikuttamaan tässä raportissa muissa yhteyksissä todettujen rekrytointi-, koulutus- ja konsultaatiokäytänteiden systemaattisella alueellisella yhteistyöllä ja kehittämisellä. Sotepalvelujen toteuttaminen perheiden/lasten toimintaympäristöissä kuten kouluissa tai varhaiskasvatuksessa vaatii tiivistä yhteistyötä ja toimintatapojen muutosta eri hallintosektorien välillä. Lähetekeskeisyyteen perustunut palvelukulttuuri on osaltaan mahdollistanut asukkaiden kokemusta ”luukuttamisesta”. Lähettämisen sijaan jatkossa olisi siirryttävä enemmän ”pyytämisen” kulttuuriin eli tarvittavaa asiantuntijuutta voidaan tuoda prosessiin ilman lähetekäytäntöjä ja siten nopeuttaa asiakkaan palvelupolkua. On luonnollisesti selvää, että joissakin toiminnoissa on jatkossakin relevanttia käyttää lähetemenettelyä vastuullisen erityisosaamisen käytön varmistamiseksi.

Pyrkimys ennaltaehkäisyyn tulee nähdä yhtenä kantavana ajatteluna koko palvelukokonaisuudessa, myös perinteisesti korjaavana pidetyn lastensuojelun kohdalla. Ennaltaehkäisyn näkökulmasta aika raskaudesta kolmeen ikävuoteen on tutkimusten mukaan lapsen kehityksen kannalta merkityksellisin aika. Keskushermoston kehittyminen ja varhaisen vuorovaikutuksen syntyminen tapahtuu tuona ajanjaksona ja erilaisiin em. kysymyksiin (jotka puolestaan ovat monien palvelutarpeiden takana) liittyvät ongelmat ovat myös ratkaistavissa helpommin kuin myöhemmin. Pikkulapsivaiheessa perheiden tukeminen on myös sosiaalisten ongelmien syntymisen kannalta hyvin merkityksellistä. Koulunaloitusvaihe ja murrosikä ovat myös niitä lapsen/nuoren elämänvaiheita, jolloin tuen ja palvelujen merkitys on korostunut. Näissä ikävaiheissa tehdyillä toimenpiteillä voidaan päästä kustannusvaikutuksiltaan parhaimpiin tuloksiin.

Palvelutarvearvioinnissa tulee jatkossa kiinnittää entistä enemmän huomiota todelliseen palvelutarpeeseen (asukaslähtöisyys), palvelujen kokonaisuuteen, palveluja saavan kykyyn ja mahdollisuuksiin hyödyntää palvelua (oikea palvelu oikeaan aikaan) sekä hyvin koordinoitua ja osaavaa palveluohjaukseen. Arjessa pärjääminen on myös lapsiperhepalvelujen peilauspinta.

Ehdotukset tiivistettynä:

- perustyö (neuvola, oppilashuolto, kasvatusta- ja perheneuvonta jne.) riittävästi ja relevantisti resursoituksi
- perustyötä tukevien konsultaatiokäytäntöjen kehittäminen sekä ammatillisen tuen vahvistaminen (osaamisen tukea etulinjaan, jo käynnissä)
- palveluohjauksellisen työotteen kehittäminen koko alueella
- kuntoutuksen näkökulman huomioiminen osaksi jokaisen työtä
- suuritarpeisten asiakkuuksien tunnistamisen, palveluohjauksen ja -koordinoimisen kehittäminen
- varhaislapsuuden (raskaus – 3 vuotta) sekä koulunaloitus- ja murrosikäisen vaiheisiin liittyvien käytäntöjen kehittäminen (esim. nuorten päihdehoito)
- eri hallintokunnissa olevien ammattilaisten keskinäisen yhteistyön kehittäminen

TYÖRYHMÄN TEESIT

- Perhepalvelut ovat kokonaisuus, johon kuuluu toimintaympäristöihin viedyt palvelut (mm. oppilashuolto, kotiin tehtävä työ, varhaiskasvatuksen tuki), neuvolapalvelut (mm. lastenneuvolat, äitiysneuvolat, perheneuvolat, neuvolan perhetyö jne.,), lapsia suojelevat ja tukevat sosiaalipalvelut, lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon palvelut, aikuispsykiatria,
 - Lapsi ja nuori on aina osa perhettä ja hänen irrottamisensa tästä kontekstista tekee työstä tehotonta ja lisää riskiä päällekkäiseen tai turhaan työhön.
- Panostaminen 0-3 – vuotiaisiin.
 - Tämä on keskushermoston kehittymisen kannalta kriittinen ikävaihe. Keskushermosto on erityisen altis pysyvien häiriöiden muodostumiselle. Perheen sosiaaliset olosuhteet ovat tämänkin kehityksen tukemisen kannalta olennaiset. Tämän vaiheen aikana annettu tuki puolestaan tuottaa parhaat tulokset. Muita kriittisiä ikävaiheita ovat koulunaloitusvaihe sekä murrosikä, eikä pikkulapsivaiheen palveluihin panostamisella saa unohtaa näitä vaiheita.
- Kohti kokonaisuuksia, pois palvelujen ketjuttamisesta.
 - Yhdessä tekeminen yli sektorirajojen lapsen ja perheen tarpeiden ohjaamana palveluja tulee tarkastella lapsi-, nuori- ja/tai perhekohtaisina kokonaisuuksina ja palveluja saavan tulee tietää miksi ja mihin hän palveluja saa.
- Pois lähettämisen kulttuurista, suunta palveluohjauksellisen työtteen vahvistamiseen
 - Palveluohjauksellisen työtteen pitkäjänteinen ja säännönmukainen kehittäminen on olennaista, kun pyritään tehokkaampiin ja vaikuttavampiin palveluihin. Tähän liittyy kehittynyt ja kokonaisuudet huomioiva palvelutarvearviointi, mikä pohjautuu asukkaan arjen tukemiseen tavoitteellisesti.
 - Oma palveluohjauksen työmalli Pohjois-Karjalaan?
- Palveluaukkojen sekä –päällekkäisyyksien tunnistaminen ja niiden poistaminen.
 - Tunnistettuja palveluaukkoja tällä hetkellä ovat mm. erilaisten perherakenteiden tuomiin haasteisiin vastaaminen, lapsen kaltoinkohtelun (erityisesti emotionaalinen) tunnistaminen sekä neuropsykiatrinen kuntoutus
 - Palvelujen tarve on jatkossakin muuttuvaa myös yhteiskunnallisen muutoksen johdosta. Päivystysluonteista palvelutarjontaa odotetaan entistä enemmän ja palveluihin sitoutuminen on molemmin puolinen haaste.

Pohjois-Karjalan sote-hanke/
Työikäisten SoTe –palveluiden
mallintamisen työryhmä



Työryhmä. Vetäjät; Johanna Suvanto, Jaana Kurki ja Kati Koppinen sekä tutor Tiina Romppanen.

Varsinaiset jäsenet; Pekka Ropponen, Raisa Lammi, Anu Mäenpää, Sari Rissanen, Katri Paganus, Juha Farin, Arja Pöntinen-Heinonen, Leena Suhonen, Kristiina Räsänen, Eija Pennanen, Hiikka Tirkkonen, Heiskanen Tuija, Tuuli Ollilla, Leena Korhonen, Eeva Seppänen, Marja Kilpiäinen, Jari Korhonen, Olli Mönkkönen ja Hanna Myllylä. Lisäksi lopputuotokseen yhdistyy useampi asiantuntijakommentti.

Työskentely ja ohjaavat ajatukset. Jatkotyöskentelyssä on pyritty tehtäväännon mukaisesti pohtimaan, kuinka palvelut järjestettäisiin paremmin kuin nyt ja kuinka ensimmäisen vaiheen selvittelyssä esille tulleita pullonkauloja ratkaistaisiin. Mallissa tuotettujen pohdintojen takana on peilaus keskeisiin väliraportissa esitettyihin pulmiin työikäisten SoTe-kentässä (Palvelujen saavutettavuus, Koordinointi, Kohtaaminen ja vuorovaikutus, Osaaminen etulinjassa). Työryhmä yritti pysyä mallinnuksessa riittävän isossa kuvassa, kuitenkin konkreettisesti ja realistisesti kuvaten. Työstämisessä on ollut erityishuomio tehtäväksiannon mukaisissa Sote –kokonaisuuksissa (Päihde- ja mielenterveys, Avovastaanotto toiminta, Vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto). Lukuisat muut palvelualueet vaativat jatkotyöstämistä.

Asukas oli mallintamisen lähtökohta ja siinä erityisesti asukkaan erilaiset palvelutarpeet 'liikennevalomallin' mukaisesti, jossa vihreän värin ryhmä on itsellisesti toimeentuleva, satunnaisesti apua tarvitseva, keltaisen värin ryhmä kevyttä/väliaikaista, moniammatillista tukea tarvitseva ja punaisen värin ryhmä taas raskasta/pitkäjänteistä, moniammatillista tukea tarvitseva. Joskus tarvittava apu on nopeasti ja yhdellä kertaa hoidettu, joskus taas saman ihmisen toinen asia vaatii moniammatillista raskasta tukea. Palvelutarpeen alustava arviointi tapahtuu (yleensä lähipalveluissa) vihreällä linjalla, ts. palveluihin ohjautuminen tapahtuu vihreän kautta ja volyyymi on siellä suurin, kun taas punaisella alueella asukasvolyymi on pieni mutta vaatii ajallisia ja työntekijäresursseja paljon. Organisaation kannalta asukkaiden tarpeiden ryhmittely liikennevalomallin mukaisesti voi auttaa kohdentamaan resursseja (mm ajanvarausaikojen pituutta). Mallissa asukas saa palvelua joustavasti ja koordinoitusti, ohjattuna oikealle taholle. Osaaminen ja palvelujen toteuttaminen lähipalveluissa on turvattu konsultaatioiden ja hallitun yhteistoiminnan kautta.

Työryhmä kokoontui yhteensä neljä kertaa, joista ensimmäisellä kerralla rakennettiin tarkastelumatriisi tehtäväksiannon ympärille. Tämän jälkeen ryhmä kokoontui kolme kertaa ryhmätyöskentelymallin ja aktiivisen vuorovaikutuksen keinoin tarkastelemaan asukkaan palvelutarpeen näkökulmasta palveluiden mallintamista. Otimme mukaan myös organisaatiomallin mukaisen kuvauksen siitä, millä tasolla mitäänkin palveluja tulisi järjestää; lähipalveluna, seudullisena tai keskitettynä palveluna.

Muut esille tulleet huomiot. Rajapinnat tärkeitä; Kolmannen sektorin hyödyntäminen (mm. järjestöt, yhdistykset, tukihenkilöt, kokemusasiantuntijat); Kuntien muut hallintotoimet; TE-palvelut /-toimisto; KELA; Kotiin vietävien/ liikkuvien /innovatiivisten palveluiden rakentaminen ja kehittäminen. Yhteydenottojen toimivuus tärkeä (monikanavaisuus). Kuntarajat ja julkisten palveluiden organisaatorajat nykyisellään sotkevat seudullisen SoTe -suunnittelun ja toteutuksen monella palvelun alueella.

<p>Läpileikkaavat palvelut</p> <p>= maakunnallinen, palvelutarve-, organisaatiotasot läpileikkaava toiminta ja ajattelumalli</p>	<p>Palveluohjauksellinen ja tasa-arvoinen työote</p> <p>Verkostomainen ja moniammatillinen työote arjen turvaamiseksi - ei vuoronperään vaan yhdessä</p> <p>Konsultaatio mallin rakentaminen eri palvelujen ja osaajien välille seudullisesti (toteutus nykyisistä hyvistä käytännöistä; virtuaalisen verkoston kehittäminen; ei tilasidonnainen, erilaiset toiminnalliset ratkaisut eri kuntien alueella tarpeen mukaisesti; asukkaalle päin näyttäytyy lähipalveluna)</p> <ul style="list-style-type: none"> *Ennaltaehkäisevät palvelut (havaitseminen, puuttuminen) *Hoidonporrastus joustavasti (sijoittuminen) ja hoidon oikea-aikaisuus *Osaamisen ja tiedon jakaminen/käyttöönotto (matalakynnys ammattilaisten kesken) *Kuntoutus: Maakunnallinen kuntoutuksen palvelualue -malli *Apuvälinepalvelut (arviot, ohjaus ja luovutus) *Toimintakykyarviot / KuTY *Maakunnallisia ryhmätoimintoja tarkoituksenmukaisesti lähi- /seudullisena tai yhteisenä palveluna (tekniikan hyödyntäminen ohjauksessa ja toiminnassa; mm. liikunta, painonhallinta, eri sairausryhmien mallit) *Kriisien kohtaaminen ja tarkoituksen mukaiseen hoitoon ohjaaminen *Jalkautuvat / Liikkuvat palvelut (teknologian hyödyntäminen, yhteisesti/seudullisesti järjestetystä palvelusta työntekijät liikkuvat lähelle) *Sähköiset palvelut (mm. sähköinen ajanvaraus, nettiohjauspalvelut) *IT-palvelut (yhteiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät, SoTe rekistereiden yhdistäminen – lainsäädäntö, keskitetyt tietovarannot yhteystiedoista /ohjeet/ lomakkeet/ prosessit) *Vaihtoehtokustannusajattelua, kokonaistaloudellisuutta kehittävä tieto -> raportoinnin mahdollisuuksien hyödyntäminen (eri tietokantojen yhdistyminen raportoinnissa)
--	---

Palvelutarpeen taso / Asukas lähtökohtana	Itsellisesti toimeentulevat ja satunnaista apua tarvitsevat	Kevyttä moniammatillista apua ja tukea tarvitsevat	Raskasta moniammatillista apua ja tukea tarvitsevat
<p>Lähipalvelut</p> <p>= kuntien hyvinvointiasema tai lähipalveluna asukkaalle toteutuva verkosto</p>	<p>Kertaluonteista, akuuttiluonteista tarpeen arviointia, matalankynnyksen ohjausta, neuvontaa, hoitoa ja palveluohjausta laaja-alaisesti, monikanavaisesti integroituna</p> <p>*Perustyö; avovastaanotot / mielenterveys / päihde / perhe- ja äitiysneuvola / opiskelijaterveydenhoito / hammashoito /seulonnat /näytteenotto /kuntoneuvolaohjaus /lähisuhdeväkivallan seulonta / terveysosiaalityö</p> <p>*Täydentävä ja ennaltaehkäisevä toimeentulotuki, talousneuvonta</p> <p>*Isyysasiat</p> <p>*Kotipalvelu ja perhetyö</p> <p>*Hoitotarvikejakelu</p> <p>*Nuorten aikuisten sosiaaliohjaus/tuki</p> <p>*Lieväasteiset elämän kriisit</p> <p>*Sähköinen työterveystarkastus ja työterveyspainotteinen sh</p> <p>*Suoravastaanotto toiminta (fysioterapeutti, sairaanhoitaja, psyk.sh, päihdehoitajat...)</p> <p>*Pakolaisten sote-palvelut</p>	<p>Palvelun tarpeen arviointi, selvittely ja ohjaus (suunnitelma); palvelujen saatavuus ja osaamisen kohdentuminen (moniammatillisuus, monitahoisuus)</p> <p>*Kotiin tuotettavat palvelut (kotipalvelu, kotisairaanhoido, henkilökohtainen apu, tilapäinen apu, kotikuntoutus)</p> <p>*Pitkäaikaissairauksien hoito (yksilöllisyys ja harkinta esim. käypähoito)</p> <p>*Osatyökykyisten moniammatillinen työstäminen</p> <p>*Riskiraskaudet, ehkäisyongelmat (tunnistaminen, hoito, ohjaus)</p> <p>*Jalkautuva sos.tt., mt- ja päihdetyö</p> <p>*Väkivaltatyön uhri- ja tekijätyö</p> <p>*Työttömien terveystarkastukset ja sosiaalinen kuntoutus, mm. kuntouttava työtoiminta ja yhteistyö kuntien kanssa työllisyysasioissa (voi olla maakunnallisesti hallinnoitu)</p> <p>*Omaishoitajien terveystarkastukset</p> <p>*Kehitysvammaisten ja vaikeavammaisten asumispalvelut + päivä- ja työtoiminta</p> <p>*Taloudellinen tuki/välitystilitt</p>	<p>Moniongelmaisen, raskaan tuen /avun tarpeen tunnistaminen, ohjaus ja vastuunottaminen, joustava siirtyminen seudullisiin tai muihin keskitettyihin palveluihin, verkostojen hyödyntäminen</p> <p>*Suunnitelmat käyttöön moniammatillisuutta hyödyntäen arvioinnista toteutukseen (THS, palvelusuunnitelma, asiakassuunnitelma)</p> <p>*Vastuu-/Omatyöntekijä</p> <p>*Asiakasyhteistyöryhmän mallin jatkaminen</p> <p>*Moniammatilliset työterveyshuollon palaverit</p> <p>*Osatyökykyisten moniammatillinen työstäminen yhteistyössä työnantaja kanssa</p> <p>*Pitkäaikaisten psykiatristen asiakkuuksien ylläpitävä hoito</p> <p>*Päihdeongelmaisen hoidon alustava kokonais selvittely</p> <p>*Palveluiden suurkuluttajat</p>

Palvelutarpeen taso / Asukas lähtökohtana	Itsellisesti toimeentulevat ja satunnaista apua tarvitsevat	Kevyttä moniammatillista apua ja tukea tarvitsevat	Raskasta moniammatillista apua ja tukea tarvitsevat
<p>Seudulliset palvelut, jotka toteutetaan yhdessä lähipalvelun kanssa</p> <p>= Seudulliset työtiimit, konsultaatioverkostot ja keskukset</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Osa sosiaalipalveluista (esim. perheoikeudelliset palvelut) *Natiiviröntgen, Ultraääni, Labra, Kliiniset tutkimukset, Kipsaus *Työterveyshuoltotiimi *Opiskelija terveydenhuoltotiimi 	<ul style="list-style-type: none"> *Maksusitoumusten/ostopalvelujen päätösten koordinointi *Jatkohoitojen järjestäminen (esim. kuntoutus) *Eryitystukea tarvitsevien jalkautuvat asiantuntija ja sähköiset palvelut *Erikoislääkäripalveluita monikanavaisesti (mm. geriatria, diabetes, hammashoito), *Moniammatilliset lähipalveluja tukevat, jalkautuvat sos.tt., mt- ja päihdetiimit (psykiatri, päihdelääkäri, psykologi: konsultaatiot, lyhytpsykoterapiat, toiminnallinen psyk.kuntoutus, päihderiippuvuuden hoito, nepsy-valmennus jne.) *Sotebussi *Ennaltaehkäisevät ja Lastensuojelun/perheitä tukevat palvelut avoimuudessa *Valvotut tapaamiset *Läheisväkivaltamalli Marak *Asiantuntijahoitaja/-terapeutit (mm. depressiohoitajat) 	<ul style="list-style-type: none"> *Vaikeat työkykyongelmat *Päihdeäitien hoito *Diabetesäitien hoito *Perheoikeudelliset palvelut (Follo- / tapaamissovittelevä) *Erilaiset asumispalvelut ja niiden seuranta (esim. vammaispalvelu./ sosiaalinen/ mt, pav, tukiasuminen vaativamman tarpeen mukaisesti) *Kaksois-kolmoisdiagnoosipotilaat *Monisairaat (erik.osaamista vaativaryhmä) *Pitkäaikaiset terapiat

Palvelutarpeen taso / Asukas lähtökohtana	Itsellisesti toimeentulevat ja satunnaista apua tarvitsevat	Kevyttä moniammatillista apua ja tukea tarvitsevat	Raskasta moniammatillista apua ja tukea tarvitsevat
<p>Yhteiset palvelut</p> <p>= Keskitetyt /maakunnalliset palvelut, joustavien tiimien ja verkostojen kautta</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Sairaalapalvelut (erikoisalat, myös ERVA tai valtakunnan tasolla keskitetyt tai sovitut hoitomallit) *SoTe yhteispäivystys *Erikoistason palvelut (mm. oikomishoidot hammashoidossa) *Erikoistutkimukset; Röntgen, Labra, Kliiniset tutkimukset *Ensihoidon koordinointi *Kuljetuspalvelut *Puhelinneuvonta 24/7 *Selviämisasema 	<ul style="list-style-type: none"> *Turvakotiverkosto (Keskusturvakoti - Etäturvakoti) *Väkivaltatyön 'väistönmalli' *Vaativan kuntoutuksen / toimintakykyarvioinnin (osasto) palvelut *Somaattisten sairauksien osaamiskeskukset (mm. diabetes, sydänsairaudet) *Psykiatrian päivystyksellinen erityisosaaminen (vaativat mt-kriisit, traumojen henkinen ensiapu, puhelinpäivystys) *NEPSY erityistason terapiapalvelut + tutkimusjaksot *Vaativimmat kehitysvammahuollon palvelut - tilapäinen osastohoito 	<ul style="list-style-type: none"> *Ensipsykoosien ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön alkuvaiheen hoito, vaativat psykoterapiat, huonosti psyk.hoitoon sitoutuvat ns. HOIVARI-potilaat *Erytisosaaminen (vaativat kehitysvammapalvelut ja vammaispalvelut, laitoshoido ja asumispalvelut) *Palliativinen yksikkö *TYP *Eryistehtävät työterveyshuollossa, vaikeimmat työkykyongelmat *Raskaat hoidot (esim. syöpä) *Monipäihde / moniongelmaisten laitoshoido *Kuntoutuskliniikka *Vaativa päihdehuolto

MALLINNUS IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUISTA

MATALAN PORTAAN PALVELUT & VAHVA OSAAMINEN ETULINJAAN

PALVELUJEN SAAVUTETTAVUUS
(esim. yhteyden saanti, luukuttaminen)

	<i>Mihin tarpeeseen asukas saa palvelua?</i>	<i>Mistä paikasta asukas saa palvelua?</i>	<i>Mitä palvelua asukas saa?</i>	<i>Miten asukas saa palvelua?</i>	<i>Keneltä asukas saa palvelua?</i>	<i>Millaista asiakaspalvelun tulee olla tai muita huomioitavia asioita</i>
<p><i>Palveluohjaus</i></p> <p><i>Palveluohjaus = neuvontaa, tiedottamista, palveluohjauskäyntejä, palvelujen tarpeen kartoituksia, kunnallisten palvelujen myöntämistä (kotona asumisen edistämiseen)</i></p>	<p><i>Kotona asumisen edistämiseen ja tukemiseen</i></p> <p><i>Tiedon tarpeen lisäämiseen ikääntyvien palveluista</i></p> <p><i>Fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen avun tarpeeseen</i></p> <p><i>Esim. turvattomuuteen, yksinäisyyteen</i></p>	<p><i>Neuvontapalvelu-pisteistä</i></p> <p><i>Yhteispalvelupisteistä</i></p> <p><i>”Hyvinvointiasemilta”</i></p>	<p><i>Asukkaan tarpeista lähtevää palveluneuvontaa</i></p> <p><i>Palvelutarpeen arvioinnit/kartoitukset ja tarvittaessa HPS:t järjestetään (myönnetään) asukkaan tarvitsemat palvelut</i></p>	<p><i>Hakee itse apua neuvontapisteestä käymällä tai soittamalla</i></p> <p><i>Omainen tai muu läheinen hakee asukkaan puolesta, (myös kotiuttavat tahot)</i></p>	<p><i>Kunnan ammattihenkilöltä (moni ammatillinen tiimi/työryhmä)</i></p> <p><i>Toiminnassa voi olla mukana järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat</i></p> <p><i>(kunnan / kuntayhtymän koordinoimana)</i></p>	<p><i>Neuvontapalvelut ovat matalankynnyksen paikkoja, johon on helppo tulla ja ottaa asioita puheeksi! Ei ajanvarausta. Esim. marketit! Lähipalvelua!</i></p> <p><i>Osaaminen etulinjassa</i></p> <p><i>Palveluhenkisyys</i></p> <p><i>Osasto- ja kotikäynnit ovat osa palveluohjausta.</i></p> <p><i>Yksilöllistä ja asukkaan tarpeista lähtevää oikea-aikaista palvelua.</i></p> <p><i>Palveluohjauskäynnit ja palvelujen aloitukset tulee saada nopeasti, saumattomasti ja ammattitaidolla ”yhdestä numerosta, yhdeltä luukulta”</i></p>

<p><i>Kuntoutus</i></p> <p><i>Ennakoiva, terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävä toiminta (30.1.2015) (2.2.2015)</i></p>	<p><i>Asukas saa valmiuksia positiivisten kokemusten kautta, joiden avulla hän voi ylläpitää ja edistää hyvinvointiaan ja terveyttään sekä välttää sairastumista tai tapaturmia.</i></p>	<p><i>Asukas saa ennaltaehkäiseviä palveluja helposti (hyödynnetään ihmisten asiointipaikkoja, esim. ostoskeskukset, pankit, kirjastot)</i></p> <p><i>Erilaiset tapahtumat</i></p> <p><i>Ennaltaehkäisevät kotikäynnit, (Ikäneuvola yms.)</i></p> <p><i>Eläkkeelle siirtymävaiheessa; työterveyshuolto</i></p> <p><i>Omaishoitajien terv.tarkastukset</i></p>	<p><i>Asukas saa luotettavaa tietoa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, neuvontaa oman alueen tarjolla olevista vaihtoehdoista.</i></p> <p><i>Kannustusta ja motivointia osallistumiselleen</i></p> <p><i>Toimintakykymittaukset</i></p>	<p><i>Asukas saa tietoa, ohjausta ja neuvontaa mm. radiosta, erilaisina nykYTEknologian mahdollisuuksina (netti, sosiaalinen media), mobiili palveluina (esim. infobussi), henkilökohtaisesti, eri tilaisuuksissa ja tapahtumissa.</i></p> <p><i>Yhteisöllinen toiminta tärkeää.</i></p>	<p><i>Asukas saa tietoa yms. hyvinvointineuvojilta, liikunnanohjaajilta, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta, kolmannelta sektorilta (yhdistykset, järjestöt), yritykset yms., vertaisohjaajilta (omatoimisuus).</i></p>	<p>Osallistavasti, yhteistyössä asukkaan ja yhteistyötahojen kanssa, käytännön läheisesti ja arkeen liittyen, kulttuurin ja taiteen kautta, tutkitun tiedon avulla.</p> <p>Ennakoiva toiminta kuuluu kaikille hallintokunnille, ei vain soten haaste! Yhteistyö vapaa-aikatoimen ja järjestöjen kanssa</p> <p>Sote toimii tukena ja tarvittaessa koordinoijana esim. kunnallinen yhteispalvelupiste, joka palvelee eri hallintokuntia sekä eri palveluntuottajia, 3-sektorin edustajia sekä yksittäisiä asukkaita. (esim. Ellin kulma - ikäosaamiskeskus).</p> <p>"Etsivä vanhustyö."</p> <p>Eri toimialoilla yhteinen teema esim. yksinäisyys, turvallisuus – ei sairauslähtöisiä.</p> <p>Yhteisöasuminen – jo ennen palvelutarpeita.</p>
--	--	---	---	--	--	--

						Ikääntyminen on positiivinen asia. Proud age-liike.
<p><i>Varhaisvaiheen kuntoutus (29.1.2015) (6.2.2015)</i></p> <p><i>(Varhaisvaiheen kuntoutus voi jatkua tehostettuun monialaiseen kuntoutukseen)</i></p>	<p><i>Tarpeena on toimintakyvyn, arjen sujuvuuden ja osallisuuden säilyttäminen.</i></p> <p><i>Asukas ja/tai läheinen, ammattilainen havaitsee ensimmäisen arkea haittaavan toimintakyvyn muutoksen (esim. kävelykyky, sosiaalinen vetäytyminen, alakuloisuus.)</i></p>	<p><i>Asukas saa kuntoutusta kotiin vietävänä palveluna (esim. kotikuntoutustiimi), lähipalveluna (esim. terveysasemat, ikäihmisille kohdenneet lähipalvelukes-kukset), seudullisina (esim. kuntoutussairaala) ja yhteisinä palveluina (esh).</i></p>	<p><i>Asukas saa kuntoutustarpeen arvion, kuntoutuksen suunnittelun, toteutuksen (terapiat, muita tarvittavia kuntoutumista edistäviä palveluja, apuvälinepalvelua, sopeutumisvalmennusta, avo – ja/tai laituskuntoutusta) sekä kuntoutuksen arviointia, kuntoutusohjausta ja neuvontaa pohjautuen ICF- viitekehykseen.</i></p>	<p><i>Asukas saa kuntoutuspalvelua puhelimitse, sähköisinä palveluina, yksilö- ja / tai ryhmäohjauksina.</i></p>	<p><i>Asukas saa palvelua kuntoutus- ja erityistyöntekijöiltä, kotihoidon henkilöstöltä, hoivakodin henkilöstöltä, omaiset, läheiset, perhe</i></p> <p><i>Kuntoutusta toteutetaan moniammatillisesti jokaisen ammattiryhmän tuodessa oman osaamisensa asukkaan tavoitteen saavuttamiseksi.</i></p>	<p>Kuntoutus on asukkaan tarpeista, tavoitteista sekä voimavaroista lähtevää sekä niitä hyödyntävää.</p> <p>Lisäksi helposti saavutettavaa, ammattitaitoista ja se perustuu tutkittuun tietoon (Käypä Hoito).</p> <p>Maakunnallinen kuntoutuksen palvelualuemalli.</p>
<p><i>Tehostettu monialainen kuntoutus (29.1.2015) (6.2.2015)</i></p> <p><i>(Tehostettu monialainen kuntoutus voi jatkua jatko-kuntoutuksena varhaisvaiheen</i></p>	<p><i>Tarpeena on toimintakyvyn mahdollisimman hyvä palautuminen ja henkinen sopeutuminen.</i></p> <p><i>Asukkaan toimintakyky muuttuu merkittävästi / äkillisesti (esim.</i></p>	<p><i>Asukas saa kuntoutusta kotiin vietävänä palveluna (esim. kotikuntoutustiimi), lähipalveluna (esim. terveysasemat), seudullisina (esim. kuntoutussairaala) ja yhteisinä palveluina (esh).</i></p>	<p><i>Asukas saa kuntoutustarpeen arvion, kuntoutuksen suunnittelun, toteutuksen (terapiat, muita tarvittavia kuntoutumista edistäviä palveluja, apuvälinepalvelua, sopeutumisvalmennusta, avo- ja/tai laituskuntoutusta) sekä kuntoutuksen arviointia,</i></p>	<p><i>Asukas saa yksilö- ja / tai ryhmäkuntoutusta.</i></p>	<p><i>Asukas saa kuntoutuspalvelua erikoislääkärijohtoisesti kuntoutus- ja erityistyöntekijöiltä. Kotihoidon, hoivakodin hoitajat, perhe, omaiset, läheiset</i></p> <p><i>Asukkaan kuntoutumista tukee</i></p>	<p>Kuntoutus on asukkaan lääketieteellisestä tilanteesta, kuntoutustarpeista, tavoitteista sekä voimavaroista lähtevää sekä niitä hyödyntävää.</p> <p>Lisäksi helposti saavutettavaa, ammattitaitoista ja se perustuu tutkittuun tietoon (Käypä Hoito)</p>

<i>kuntoutusmallin mukaisesti)</i>	<i>lonkkamurtuma, monisairaus).</i>		<i>kuntoutusohjausta ja neuvontaa pohjautuen ICF- viitekehykseen.</i>		<i>tavoitteellinen moniammatillinen työskentely.</i>	Maakunnallinen kuntoutuksen palvelualuemalli.
<i>Kotihoito</i>	<i>Kotona pärjäämisen tukemiseen</i> <i>Päivittäisistä toiminnoissa auttamiseen/selviymiseen</i> <i>Sairaanhoidolliseen tarpeeseen</i>	<i>Asukas saa todetun palvelutarpeen mukaisesti lähipalveluna</i>	<i>Asukas saa hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista säännöllistä tai tilapäistä kotihoitoa, tukipalvelua (yksilöllisyys, huomioiden fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky)</i>	<i>Asukas / omainen ottaa yhteyttä palveluohjaukseen puhelimitse / sähköisesti / tulemalla paikan päälle</i> <i>Jokaisen kunnan (kuntakeskuksen) alueella kotihoitoa 24/7</i> <i>Palvelun tuottaja käy kotona toteuttamassa palvelun</i> <i>Palvelu voi olla myös videoyhteydellä toteutettavaa palvelua (esim. lääkäriasiointi, liikuntatuokio, keskustelupiiri)</i> <i>Erilaiset teknologiset ratkaisut</i>	<i>Kunnan kotihoito: Kotihoidon työntekijät (lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti)</i> <i>Yrittäjät: Yksityisen palvelutuottaja (sairaanhoitaja, lähihoitaja ja tukipalvelun tuottajat)</i> <i>Kolmas sektori: esim. kodin ja pihan hoidolliset työt, asiointissa avustaminen ym.</i>	Lähipalvelua Koko maakunnan alueella yhtenäiset asiakkuuden arviointikriteerit Kotisairaala kuntakeskuksissa Osaaminen etulinjassa Kuntoutusnäkökulma Voimavaralähtöistä Yksilöllistä Asukaslähtöistä Tarpeeseen vastaavaa Itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa Palveluhenkisyys Kotihoitoa tuotetaan työikäisille, ikääntyneille, vammaisille, kehitysvammaisille ja mielenterveyskuntoutujille.

						<p>Lapsiperheiden kotihoitoa tuotetaan perhepalveluiden puolella.</p> <p>Muita huomioitavia asioita:</p> <p>Varhainen tuki huomioitava</p> <p>Liikkuvat palvelut</p> <p>Kulkuyhteydet, pitkät etäisyydet</p> <p>Asumisen turvaaminen</p> <p>Etsivä vanhustyö</p>
<i>Omaishoito (sis. kotihoitoon)</i>	<i>Omaishoidon tukeen Hoivaan ja huolenpitoon Omaishoidon vapaapäiviin Kotona pärjäämisen tukemiseen</i>	<i>Lähipalveluna, kaikki tarvittava yhdestä paikasta Kotihoidosta (gerontologinen sosiaalityö)</i>	<i>Omaishoidon tuki kotihoidon palvelut omaishoidon vapaat vuoroahoito</i>	<i>Hakemalla omaishoidon tukea</i>	<i>Kunnan omaishoidon asiantuntijat omaiset, läheiset, naapurit, kolmas sektori, vapaaehtoistoimijat kotihoidon työntekijät</i>	<i>Yksilöllistä ja asiantuntevaa kaikille tasapuolista Käsittelyaika kohtuullinen Ohjausta, neuvontaa, tiedottamista</i>
<i>Asumispalvelut</i>	<i>Tuettua asumista kun kotona asuminen ei enää onnistu</i>	<i>Tehostetun palveluasumisen yksiköt Yksityiset yrittäjät (palveluseteli, ostopalvelu) Perhehoito</i>	<i>Tuettua asumista kodinomaisessa yksikössä Lyhytaikainen hoito Toimintakyvyn kartoitus /palvelusuunnitelma ja</i>	<i>Palvelutarpeen arvio SAS työryhmä arvioi ikääntyvien osalta</i>	<i>Kunnat Yritykset (ostopalvelu, palveluseteli) Perhehoito</i>	<i>Osaaminen etulinjassa Palveluhenkisyys Erityisryhmät huomioiva Alueellista yhteistyötä tekevää</i>

		<p><i>Pienryhmäkodit</i></p> <p><i>Vuorohoito</i></p>	<p><i>kuntoutumissuunnitelma</i></p> <p><i>Viriketoiminta/ulkoilu</i></p> <p><i>Käytännön ohjaus kotikuntoutukseen</i></p>	<p><i>Yhteistyö omaisten/läheisten kanssa</i></p> <p><i>Yhteistyö sairaala, kuntoutus, sosiaalityö</i></p>	<p><i>Järjestöt</i></p>	<p><i>Yhteiset arviointikriteerit</i></p> <p><i>Moniammatillinen yhteistyö</i></p> <p><i>Voimavaralähtöinen avustaminen</i></p> <p><i>Pysyvyys</i></p>
<p><i>Sairaalahoito</i></p>	<p><i>Oltava lääketieteellinen peruste</i></p> <p><i>Toimintakyvyn kohentaminen</i></p>	<p><i>Asukas saa hoitoa ja kuntoutusta terveyskeskussairaaloissa, erikoissairaanhoidossa</i></p> <p><i>Kuntoutussairaalassa</i></p>	<p><i>Lääketieteellisesti perusteltua sairauden hoitoa tai toimintakyvyn kohentamista kuntouttavalla työotteella, osaaminen keskiössä</i></p> <p><i>Kuntoutustarpeen arviointi</i></p> <p><i>Tehdään kokonaisvaltainen (fyys.,psyyk.,sos) kuntoutussuunnitelma moniammatillisesti yhdessä asukkaan ja läheisten kanssa</i></p> <p><i>Osa kuntoutussuunnitelmasta toteutetaan sairaalasta, prosessi jatkuu sairaalajakson jälkeen</i></p>	<p><i>Lääkärin ja moniammatillisen työryhmän arvion perusteella</i></p> <p><i>Sairaalassa tapahtuvaa yksilöllistä hoitoa ja kuntoutusta</i></p>	<p><i>Pth, esh</i></p> <p><i>Lääkärit</i></p> <p><i>Hoitohenkilöstö</i></p> <p><i>Kuntoutus- ja erityistyöntekijät (esim. fysioterapeutit/kuntohoitajat/toiminta terapeutit, apuvälineyksiköt, sos tt, pappi)</i></p> <p><i>Potilaskohtainen kuntoutustiimi (huomioitava minne asukas siirtymässä)</i></p>	<p><i>Moniammatillinen, kokonaisvaltainen näkökulma</i></p> <p><i>Myös asumispalveluihin ja kotiin voidaan tuoda ko. palvelua</i></p> <p><i>Akuuttihoito ja akuuttihoidon vahva erityisosaaminen voidaan keskittää, ei niin vaativa akuuttihoito, jatkoahoito/kuntoutus kunnissa lähipalveluna.</i></p> <p><i>Kuntouttamisen aloittaminen heti sairaalajakson alettua.</i></p> <p><i>Kotiutuksen valmistelu heti sairaalajakson alettua.</i></p> <p><i>Osaaminen keskiössä</i></p> <p><i>Kuntoutumista edistävä ympäristö</i></p>

			<i>Oikea-aikaista kuntoutusta, 7pv/vko 24h/vrk</i>			Voimavaralähtöistä Palveluallttius Asukkaan tarpeista lähtevää
--	--	--	--	--	--	---