

Potilaan polku uudella vastaanottoalueella



Sisällys

Potilaan polku uudella vastaanottoalueella	1
.....	1
1. Taustaa	3
2. Nykytilan haasteet ja tavoite kehittämiselle	3
3. Tavoitetilaprosessi	4
3.1. Yhteydenotto ja hoitoon/palveluihin hakeutuminen.....	4
3.1.1. Fyysinen asiointipiste ja matalan kynnyksen palvelut.....	5
3.1.2. Puhelinpalvelut.....	5
3.1.3. Sähköiset palvelut.....	5
3.2. Kiireellisyyden arviointi	7
3.3. Akuutti hoito.....	8
3.4. Terveys- ja hoitosuunnitelma ja potilaiden segmentaatio	8
3.5. Jatkohoito segmentaation pohjalta rakennettuna.....	9
4. Yhteenveto ja ehdotukset	11
Lähteet:.....	12

1. Taustaa

Taustatyönä tälle yhteenvedolle toimivat tammi-maaliskuussa 2016 järjestetyt valtimotautipotilaan hoitopolku-työpajat. Näitä työpajoja vetivät ylilääkäri Tuula Tarkiainen ESPer-hankkeesta ja hankekoordinaattori Irma Ahokas-Kukkonen ESSO-hankkeesta. Valmistelutyöryhmään kuuluivat perusterveyshuollon ylilääkäri ja ESSO-hankkeen vetäjä Jarmo Lappalainen sekä ylihoitaja Tuula Taivalantti perusterveydenhuollon yksiköstä ja ESSO-hankkeesta. Yhteenvetoa on ollut valmistelemaan myös ESPer-hankkeen hankejohtaja Pirjo Syväoja.

Valtimotautipotilaan polku - työpajoihin osallistui ylintä ja keskihoitoa sekä valtimotaudin käytännön asiantuntijoita Seutusotesta, Juvan perusterveydenhuollosta, Pieksämäen perusturvasta sekä Etelä-Savon sairaanhoitopiiristä. Yhdessä kuudesta työpajasta oli osallistujina myös kokemusasiantuntijoita eli henkilöitä, jotka ovat olleet hoidon piirissä joko oman sairautensa vuoksi tai omaisena.

Työpajojen tavoitteena oli pohjustaa tulevaa merkittävää kulttuurimuutosta vastaanottoalueella perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon toimintojen yhdistyessä. Työpajatyöskentelyn ohella järjestettiin käytännön tutustumista muiden toimijoiden työhön. Työpajoihin osallistuttiin aktiivisesti ja niillä oli paikkansa osana vastaanottoalueen integroitumisen muutosjohtamista.

Työpajoissa muotoutui visiolause ”Hyvä elämä, sujuvampi arki, apua tarpeeseen”, joka korostaa asiakaslähtöistä ja arjen pärjäämisen pyrkivää lähestymistapaa. Työskentelyssä rakennettiin valtimotautipotilaan tavoitetilaprosessi, jota on valmistelutyöryhmän toimesta jatkotyöstetty yleisemmälle tasolle.

2. Nykytilan haasteet ja tavoite kehittämiselle

Työpajatyöskentelyssä nykytilaa lähestyttiin kuvitteellisten potilastapausten kautta. Esille nousivat käytännössä tutut ongelmat. Potilas voi pudota palvelujen piiristä monessa eri vaiheessa, erityisesti siirtyessään eri organisaation palveluista toiseen. Tiedon kulku on puutteellista. Reseptin uusinnat tai laboratoriokontrollit eivät välttämättä johda siihen, että potilaan tarve hoitoon ja seurantaan tulisi huomioiduksi. Uuden oireen yhteydessä tiedonhaku voi ajautua väärille urille ja johtaa väärän informaation saamiseen. Moniin hoidon vaiheisiin liittyy odottamista ja epätietoisuutta yhteydenoton tavoista ja suunnitelmista. Luukulta toiselle pompottelun kokemus on tavallinen ja useampi ammattilainen voi ottaa kantaa samaan ongelmaan. Omaisen jaksamista ei aina huomioida. Palvelun hinta voi nousta kynnyskysymykseksi. Kotiutus palveluista ei aina onnistu ja voi johtaa nopeasti uuteen palveluntarpeeseen, jolloin potilas jää pyörimään palveluun onnistuneen kotihoidon sijaan.

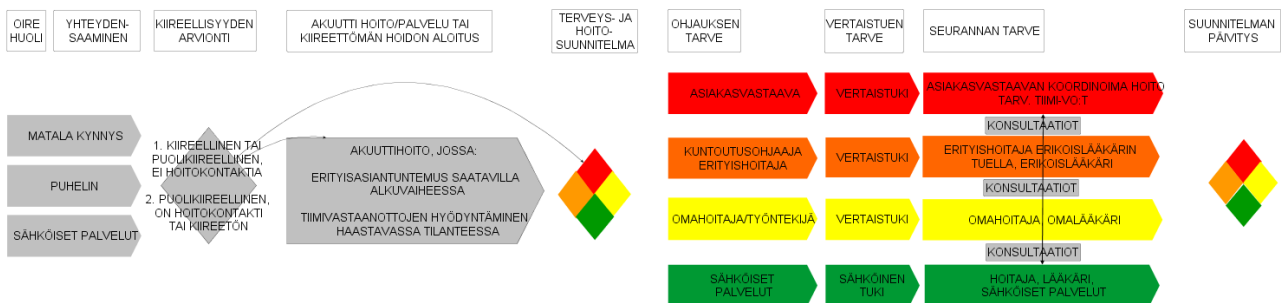
Kokemusasiakkaat nostivat erityisesti esille tarpeen tulla kuulluksi hoidon aikana. Tärkeänä pidettiin sitä, että sekä asiakas että omainen tietävät hoitosuunnitelman ja että on mahdollisuus saada yhteys ammattilaiseen joka tuntee asiakkaan asian.

Vastaanottopalvelujen erityisenä tavoitteena nähtiin sujuva hoito. Tavoitteena on, että asiakas saa oikea-aikaisen ja vaikuttavan hoidon ilman jonotusta ja siihen liittyvää epätietoisuutta. Tiedon tulee kulkea eri toimijoiden välillä. Keskiössä on asiakkaan tarpeet ja arjessa pärjääminen.

3. Tavoitetilaprosessi

Tavoitetilaprosessiin on kuvattu yksinkertaistettu kuva hoitoon hakeutumisesta, kiireellisyyden arvioinnista, akuuttihoidosta, terveys- ja hoitosuunnitelmasta sekä potilassegmentaatioon perustuvasta pidempikestoisesta hoidosta. Kuvan yläreunassa on nähtävänä potilaan tarve, johon alapuolen prosessikuvauksella vastataan.

Kuva 1. Tavoitetilaprosessi integroituvalla vastaanottoalueella



3.1. Yhteydenotto ja hoitoon/palveluihin hakeutuminen

Palveluohjauksella parannetaan kuntalaisten tietoisuutta tarjolla olevista palveluista ja helpotetaan palvelujen löytymistä ns. yhden luukun periaatetta hyödyntämällä. Palveluohjauksen kokonaisuus muotoutuu matalan kynnyksen palveluista, puhelinpalveluista ja sähköisistä palveluista. Kokonaisuudesta on tulossa palveluohjaustyöryhmän esitys integraatioryhmälle 2.5.2016.

Suuri osa asiakkaista hakee tietoa omatoimisesti käyttäen epävirallisia ja virallisia tiedonhankintakeinoja. Palveluohjauksella pyritään tukemaan asiakkaiden omatoimisuutta ja itseohjautuvuutta ja tarjoamaan luotettavaa tietoa. Yhteydenottotilanteita on erityyppisiä riippuen siitä, hakeeko potilas tietoa uuden asian yhteydessä vai tilanteessa, jossa hänellä on olemassa oleva hoitosuhde.

Palveluohjauksella tavoitellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelurakenteen kevenemistä ja kustannuskehityksen hidastamista. Oleellista on ohjata asiakas vaikuttavien palvelujen pariin oikeaan aikaan ja paikkaan.

3.1.1. Fyysinen asiointipiste ja matalan kynnyksen palvelut

Fyysisten asiointipisteiden sijoittelussa otetaan huomioon yleisen ja neuvonnan, reseptien uusinnan ja kiireettömän ja kiireellisen ajanvarauksen vaatimukset. Näistä saadaan yhteenveto palveluohjaustyöryhmän esityksessä.

Matalan kynnyksen palveluissa on mahdollista asioida ilman ajanvarausta oman aikataulun ja tarpeen mukaisesti. Matalan kynnyksen aukioloajat ja sijainti ovat kohdeyleisölle sopivat. Palvelut ovat maksuttomia ja ne tavoittavat tyypillisesti niitä asiakkaita, jotka jäisivät ilman matalan kynnyksen palveluita palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Ne ovat osaltaan aktivoimassa kuntalaisia oman terveytensä ja elämäntilanteensa kohentamiseen ja näin ollen vähentävät terveys- ja hyvinvointieroja. (THL 2015)

Rakentuva hyvinvointikeskus sijaitsee aivan Mikkelin keskustan tuntumassa ja tämän vuoksi on mahdollista sijoittaa matalan kynnyksen piste aulaan, asiakaspalvelupisteen oheen. Matalan kynnyksen pisteessä ammattilainen ohjaa asiakasta erityisesti ennaltaehkäisevän terveysneuvonnan osalta, ottaa reseptejä uusittavaksi ja harjoittaa pienimuotoista vastaanottotoimintaa, esimerkiksi poistaa ompeleita. Tämä voi olla myös selkeämmin sote-kioski-tyyppinen ratkaisu, jolloin tarjotaan palveluiden löytymiseen liittyvää ohjausta.

Tulevaisuuden työmuotona voi olla mahdollisuus videovälitteiseen neuvotteluun ammattilaisen kanssa matalan kynnyksen periaatteiden mukaan. Tällaiseen neuvotteluyhteyteen voidaan yhdistää myös sähköinen terveysvalmennus. Jo tällä hetkellä olisi Hyviksen kautta saatavilla Anonyymien neuvonnan-toiminta, joka voidaan rinnastaa matalan kynnyksen palveluihin.

Kuntayhtymän internet-sivut ovat yksi mahdollinen kanava tarjota terveyteen ja palveluihin liittyvää yleistä ja ajankohtaisinformaatiota.

3.1.2. Puhelinpalvelut

Hätätilanteen puhelinliikenne ohjautuu 112-numeron kautta eikä sitä käsitellä tässä yhteenvedossa.

Kiireettömässä tilanteessa peruslinjauksena on, että asiakas saa puhelinyhteyden haluamaansa palveluyksikköön. Mikäli hän on epä tietoinen siitä, mihin ottaa yhteyttä, häntä palvelee yhdestä puhelinnumerosta, josta ammattilainen ohjaa puhelun oikeaan palveluyksikköön. Kokemusasiakkaiden erityinen toive oli, että tämä ohjaaminen tapahtuu ammattilaisen toimesta ja mahdollisimman sujuvasti, ilman asiakkaan pompottelua.

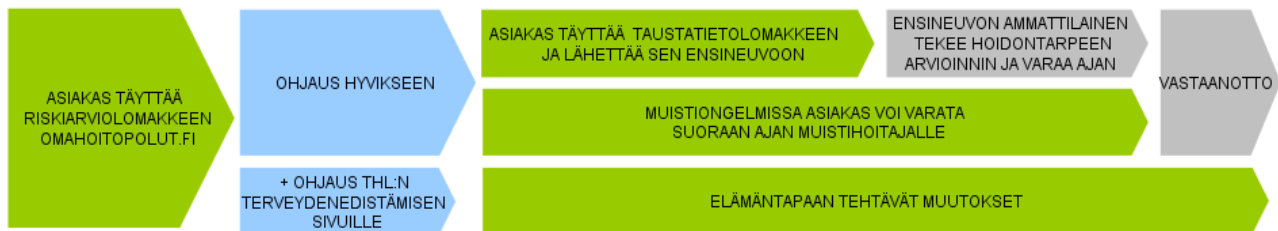
Palveluohjaustyöryhmän esitys ottaa kantaa siihen, tulevatko käyttöön erilliset kiireettömän ja kiireellisen asioinnin numerot vai hyödynnetäänkö yhtä puhelinnumeroa Ensineuvon nykyisen käytännön mukaan.

3.1.3. Sähköiset palvelut

Sähköisten palveluiden käyttöönotossa on keskeistä asiakkaan oma aktiivinen rooli. Samalla omatoimisten asiakkaiden hoitoon käytettävää työaikaa vapautuu enemmän tukea tarvitsevien asiakkaiden hoitoon. Työaikaa vapautuu myös osan työtehtävistä automatisoituessa.

Jo tällä hetkellä on käytössä seuraava riskinarviointiin liittyvä prosessi, jossa vihreä on asiakkaan, sininen järjestelmän ja harmaa ammattilaisen osuus (Kuva 2.)

Kuva 2. Sähköisen riskiarvioinnin prosessi



Nykyisessä riskiarviolomakkeessa on sekä valtimotautisairauden, diabeteksen ja muistihäiriön osuus. Vain muistiongelmassa on suora ajanvarausmahdollisuus, mutta tätä ajanvarausoikeutta on mahdollisuus laajentaa, esimerkiksi diabeeteekoihin, joiden kohdalla kyse olisi varsin suuresta volyymistä.

Valtakunnallisesti on käynnissä ODA-hanke, joka rakentaa omahoitopalveluita ja käsittää mm. tilanteet, joissa asiakas haluaa saada tukea oman hyvinvointinsa säilyttämiseen tai hänellä on oire, jota hän haluaa arvioida. Lisäksi ODA-hanke tukee asiakkaan omaa aktiivista roolia hyvinvointisuunnitelmansa (aiempi terveys- ja hoitosuunnitelma) laatimisessa ja toteuttamisessa. ODA-hankkeen valmistumisajankohta on v. 2018. Tuolloin on saatavissa käyttöön myös näyttöön perustuva lääketieteellinen tietokanta oirearvioinnin pohjaksi.

Sairaanhoitopiiri on omistajana Hyvis-portaalissa. Hyviksen laajempi käyttöönotto on edennyt hitaasti ja ohjelma on koetty käyttäjälle hankalana. Hyvis-portaalin alusta on uudistumassa touko-marraskuussa 2016, mikä toivottavasti parantaa sen käytettävyyttä asiakkaan kannalta.

Ennen ODA-hankkeen valmistumista on mahdollista rakentaa Hyvikseen ohjauksellisia lomakkeita, joista esimerkkinä virtsatieinfektion hoidonohjaus sekä oirekyselyyn liittyvä ohjaus (Kuvat 3. ja 4.). Oirekyselyt voivat johtaa siihen, että asiakas saa oikeuden varata itselleen ajan, häneltä pyydetään lisätietoa, hän saa toimintaohjeita turvallisen viestinvälityksen kautta tai ammattilainen saa herätteen ottaa asiakkaan asia käsittelyyn. Oirekyselyitä rakennettaessa on järjevää Ensineuvon valmiita kysymyspatteristoja sekä keskittyä suurten volyymien potilasryhmiin. Nämä lomakkeet olisi mahdollista ottaa nopeasti käyttöön, kunhan taustalla olevat prosessit on kuvattu. Muissa Hyvis-piireissä lomakkeet ovat Etelä-Savoa laajemmassa käytössä ja niissä tehtyä työtä ja kokemuksia on järjevää hyödyntää.

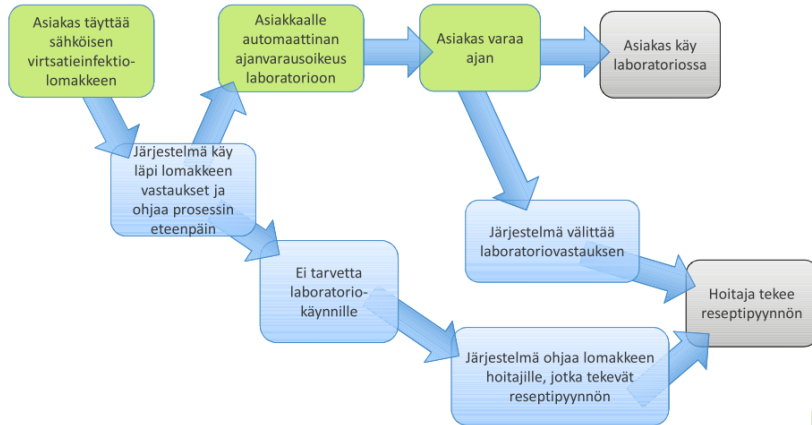
Sähköinen yhteydenottolomake hoidon piirissä oleville asiakkaille on otettu käyttöön erikoissairaanhoidon poliklinikoilla ja kokemusasiantuntijat toivat esille sen käytön sujuvana kokemuksena. Työyksikkö sitoutuu vastaamaan asiakkaan kyselyyn kahden päivän kuluessa, mikä on useimmille riittävää ja vähentää oleellisesti puhelinliikennettä.

Kuvat 3. ja 4. Potilaan hoitoon ohjaus/Hyvis-ICT (Kuvat Paula Nygren/Hyvis-ICT)



Potilaan hoitoon ohjaus

Esimerkki 2: Virtsatieinfektio



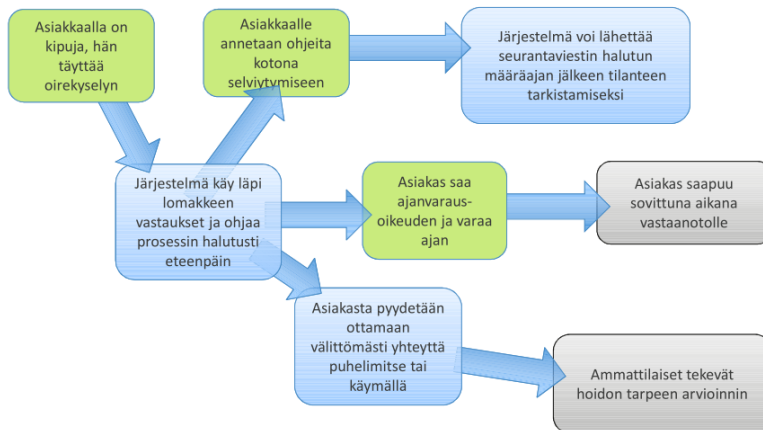
13.4.2016

7



Potilaan hoitoon ohjaus

Esimerkki 3: muu oirekysely



13.4.2016

8

3.2. Kiireellisyiden arviointi

Kiireellisyttä arvioidessa huomioidaan lääketieteellisen tilanteen ohella potilaan omat voimavarat ja tukiverkostot arjessa selviytymiseen.

Hoidon tarpeen ollessa kiireellinen tai asiakkaalla on ns. puolikiireellinen asia, mutta ei hoitosuhdetta, hänet ohjataan akuutin hoidon pariin.

Puolikiireellinen asiakas, jolla on hoitosuhde, pyritään ensisijaisesti hoitamaan aiemman hoitosuhteen piirissä.

Kiireettömän hoidon tilanteessa asiakas ohjautuu arvioon peruspalveluihin ja siitä tarvittaessa tilanteensa mukaiseen jatkohoitoon. Jatkohoidon tarpeen määrää myös se, onko kyseessä yksittäinen terveysongelma tai palvelutarve vai onko kyseessä pitkäaikaisen sairauden alku tai monisairaana potilaan tilanne.

3.3. Akuutti hoito

Akuuttihoitoa, joka käsittää kiireellisen hoidon (päivystykselliset ja perusterveydenhuollon kiireelliset vastaanotot), tarjotaan hyvinvointikeskuksessa samalla alueella, päivystys- ja vastaanottoalueen välissä.

Toiminnallisesti pyritään siihen, että erityisasiantuntemusta saadaan hoidon alkuvaiheeseen, esimerkiksi tarjoamalla erikoislääkäreiden ja -hoitajien konsultaatioita. Alueella hyödynnetään myös peruspalveluiden laajaa alueen palveluvalikoiman tuntemusta.

Tilanteissa, joissa asiakkaan ongelma on monitahoinen ja liittyy arjessa selviytymiseen, hyödynnetään moniammatillisia tiimejä ja tuodaan sosiaalialan osaamista akuuttihoitoon.

3.4. Terveys- ja hoitosuunnitelma ja potilaiden segmentaatio

Terveys- ja hoitosuunnitelma on asiakkaan kanssa yhdessä kirjattu, monesti rakenteinen, kokonaisuuden suunnitelma. Se kokoaa yhteen asiakkaan kannalta keskeiset terveysongelmat ja niiden hoidon riippumatta siitä, missä niitä hoidetaan. Suunnitelman laatimisessa on tärkeää yhteisymmärrys asiakkaan, tarvittaessa omaisten ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Keskeistä on suunnitelman laatiminen asiakkaan asettamien tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta (Koivuniemi et al. 2014).

Terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen varmistaa pitkäaikais- tai monisairaana potilaan hoidon jatkuvuuden. Suunnitelman tekeminen tukee potilaan omaa sitoutumista hoitoonsa ja välittää tietoa ammattilaisten välillä.

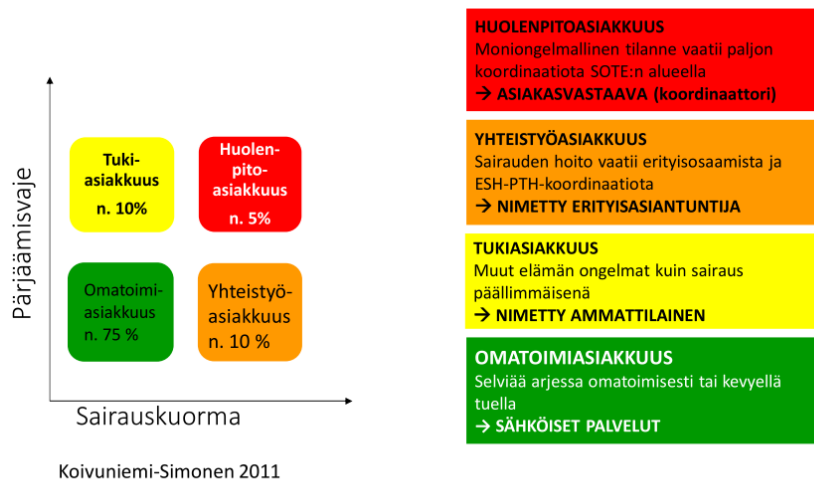
Toistaiseksi terveys- ja hoitosuunnitelma on otettu käyttöön perusterveydenhuollossa, mutta erikoissairaanhoidossa sitä ei pääsääntöisesti ole hyödynnetty. Kaikkien toimijoiden yhteinen terveys- ja hoitosuunnitelma on kuitenkin välttämättömyys, jotta potilaan hoidosta muodostuu kokonaisuus eikä tapahdu väliinputoamia. Valtimotautipotilaiden työpajojen kokemusasiantuntijat nostivat erityisesti esille tarpeen tuntea oma hoitosuunnitelma sekä myös omaisen tarpeen tietää hoidon linjaukset.

Terveys- ja hoitosuunnitelmaa voivat täyttää eri ammattiryhmät ja tulevaisuudessa tavoitellaan tilannetta, jossa asiakas itse täyttää suunnitelmaansa. Terveys- ja hoitosuunnitelman sisältöä ja käyttöönottoa tullaan käsittelemään kevään diabetespotilaan polku - työpajoissa.

Terveys- ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä on mahdollista segmentoida potilaat heidän sairautensa ja muun palvelutarpeen keskinäisten suhteiden mukaan neljään eri kategoriaan (Kuva 4.). Laatikoiden koko kuvaa potilaiden määriä, mutta kustannusten käyttäytyminen on pääsääntöisesti toisin päin. Oululaisten Leskelä et al. 2013 tutkimuksessa todettiin 10 %:n asiakkaista käyttävän 81 % kustannuksista, mikä painottaa ns. kalliiden asiakkaiden löytymistä. Toisaalta omatoimisten asiakkaiden kohdalla hyödynnettävistä sähköisistä palveluista on mahdollista saada säästöjä.

Kuva 4. Potilassegmentaatio

Palvelut asiakkaan tarpeiden mukaan



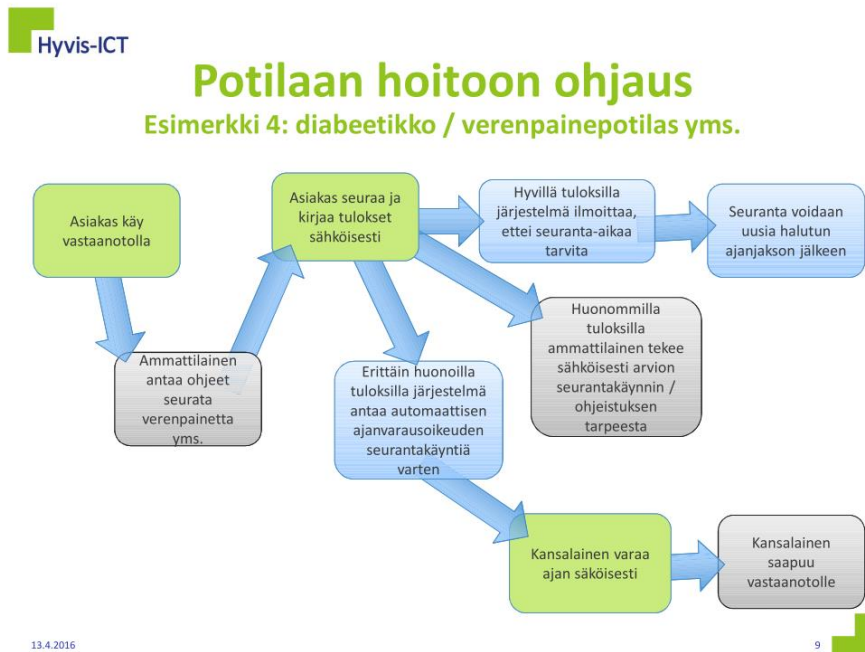
Tavoitetoimintamallissa potilaan tarvitsema palvelukokonaisuus määritetään yhdessä potilaan kanssa tutkimus- ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Tähän on mahdollista käyttää tamperelaisten kehittäjien laatimaa Suuntima-internetsovellusta. Sovelluksen avulla tunnistetaan erilaiset asiakastarpeet yksilöllisen hoidon pohjaksi. Suuntima perustuu kysymyksiin, jotka myös ohjaavat asiakasta pohtimaan omaa sairastumistaan ja suunnittelemaan hoitoa yhdessä ammattilaisen kanssa (Leväsluoto & Kivisaari 2012).

3.5. Jatkohoito segmentaation pohjalta rakennettuna

Jatkohoidon järjestämisessä keskeistä on asiakaslähtöisyys, jossa prosessit rakennetaan asiakkaan tarpeesta lähtien (Koivuniemi & Simonen 2012). Tavoitteena on, että hoito ja palvelu tuottavat arvoa paitsi terveyden- tai sairauden hoidon kannalta, myös arjessa selviytymiseen. Asiakkaan roolina on potilaan roolin lisäksi toimia hoitonsa muokkaajana ja kehittäjinä (Leimumäki 2011).

Omatoimiasiakkuutta hyödyntävät ovat ihmisiä, jotka ovat joko terveitä tai pärjäävät perussairautensa kanssa hyvin. Pärjääminen tarkoittaa myös kykyä toteuttaa ne asiat, joita perussairauden hoito edellyttää. Omatoimiasiakkaiden keskeiset tarpeet liittyvät primaariseen ja sekundaariseen ennaltaehkäisyyn, jota tarjotaan erityisesti sähköisten palveluiden kautta. Esimerkkinä tästä on omaseurannan järjestäminen sähköisten palveluiden pohjalta (Kuva 5.)

Kuva 5. Omaseurannan järjestäminen sähköisten palveluiden avulla (Kuvat Paula Nygren/Hyvis-ICT)



Tukiasiakkuudessa asiakkaan keskeiset ongelmat liittyvät arjessa selviytymiseen, jota sairaus osaltaan vaikeuttaa. Heidän tarpeidensa täyttämiseksi on keskeistä rakentaa tukiverkostoja, joilla tuetaan omaa selviytymistä ja vertaisverkostoissa tapahtuvaa kokemusten jakamista. Tukiasiakas hyötyy omahoitajasta, johon hän voi olla yhteydessä ollessaan epätietoinen tilanteeseensa liittyvistä asioista. Tukiasiakkuudesta voi hoidon tai palvelun epäonnistuessa kehittyä huolenpitoasiakkuus, jolloin hoidon ja palveluiden kustannukset kasvavat.

Yhteistyöasiakkuudessa asiakkaalla on hyvät arjesta selviytymisen taidot ja kykyä oppia hoitoon liittyviä asioita. Heidän kohdallaan sairauden vaikeus edellyttää nimettyä erityisosaajaa, joka voi kuitenkin hyödyntää myös sähköisiä palveluita osana hoitoa. Koska nämä potilaan monesti käyttävät niin erityis- kuin perustason palveluja, ovat yhteistyö ja joustavat konsultaatiokäytännöt keskeisiä.

Valtimotautipotilaan työpajoissa käytiin keskustelua nykyisen erikoissairaanhoidon ammattiryhmien välisestä työnjaosta. Tunnistettiin kolme erityyppistä potilastapausta. Ensimmäisessä potilas käy poliklinisessä hoidossa muutamia kertoja, jolloin korostuu erikoislääkärin tarjoama palvelu ja hoitajan osallistuminen hoitoon ei ole välttämätöntä tai häntä tarvitaan ajoittain hoitoon liittyvässä ohjauksessa. Toinen tyypillinen tilanne on vaikea pitkäaikais sairaus, jossa korostuu ohjauksellisuuden ja yhteydenottomahdollisuuden merkitys. Tällöin hoitajan rooli on keskeinen ja aiempaa enemmän olisi mahdollista toteuttaa kontrolleja hoitajavetoisesti, erikoislääkärin taustatuella. Kolmas potilastapaus liittyy monimutkaiseen ongelmatilanteeseen, esimerkkinä elvytyksen jälkitila. Tässä korostuu alkuvaiheen selvitysten intensiivisyys ja tiimityön merkitys. Näin ollen potilaan tarpeesta käsin pystytään löytämään erilaisia hoitajaksoja, joissa eri ammattiryhmien rooli on hyvin erilainen. Haasteena onkin muuttaa nykyisiä käytäntöjä aiempaa joustavimmiksi.

Huolenpitoasiakkuuksissa asiakkaan ongelmat ovat monisyisiä sisältäen terveysongelmia, kuten muistamattomuutta, ja sosiaalityön piiriin kuuluvia haasteita. Tällöin on keskeistä koordinoita palveluita

optimaalisesti ja välttää mm. päivystyksellisen hoidon kierteeseen joutumisen. Tätä varten on tavoitteena nimetä asiakkaalle asiakasvastaava sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä. Asiakasvastaava arvioi asiakkaan palvelutarpeen, kokoaa palveluita ja etuuksia koskevat tiedot yhteen ja varmistaa kokonaisuuden toimivuuden. Asiakasvastaava laatii palvelusuunnitelman yhdessä asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kanssa ja toimii yli hallinnollisten rajojen palvelujen yhteen sovittajana (Muurinen & Mäntyranta 2013).

Asiakassegmentaatio ja suunniteltu palvelukokonaisuus otetaan huomioon niin ohjauksessa, seurannassa kuin vertaistukea järjestettäessä. Asiakkuus voi ajan myötä vaihdella asiakkaan tilanteen mukaan ja pyrkimyksenä on, että mahdollisimman moni asiakkaista sijoittuisi omatoimiasiakkaiden ryhmään.

Palvelukokonaisuudet eivät myöskään ole jäykkiä, vaan pyritään siihen, että jokainen ottaa osaltaan vastuun siitä, että asiakas saa vastauksen hänelle tärkeisiin kysymyksiin ja tulee tarvittaessa ohjatuksi oikeaan palveluyksikköön.

4. Yhteenveto ja ehdotukset

Palveluohjaus rakennetaan sähköisten, puhelin- ja matalan kynnyksen palveluiden varaan. Tarkempi ehdotus näistä on tulossa palvelutyöryhmältä 2.5.2016.

Digitalisaation tulisi sisältyä integroituvan toiminnan keskeisiin periaatteisiin, sillä se tukee asiakkaan aktiivista roolia ja hoidon sujuvuutta niin asiakkaan kuin ammattilaisen työn kannalta. Digitalisaatio on keino kustannusten kasvun hillitsemiseen. Digitalisaatio muuttaa työtä merkittäväällä tavalla ja edellyttää toteutuakseen merkittävää muutosjohtamista.

Akuutissa hoidossa on tärkeää erityisasiantuntemuksen saaminen hoidon tai palvelukokonaisuuden alkuvaiheeseen niin lääketieteellisen erityisosaamisen kuin sosiaalipalvelujen osalta. Käytännön suunnittelussa painottuvat toistaiseksi tilaan ja asiakasvirtoihin liittyvät kysymyksen ja sisällöllinen suunnittelu odottaa.

Integroituvien vastaanottopalveluiden kehittämisen kannalta pohjana tulisi olla asiakaslähtöisyys eli toiminnan kehittäminen asiakkaan tarpeista käsin. Keskeisessä roolissa on terveys- ja hyvinvointisuunnitelma, joka tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja joka varmistaa hoidon jatkuvuuden, hoitoon sitoutumisen ja tiedonvaihdon ammattilaisten kesken. Terveys- ja hoitosuunnitelman laaja käyttöönotto hyödyttäisi niin asiakasta kuin ammattilaista.

Arjessa pärjäämisen näkökulma on merkittävä asiakkaan tilannetta arvioitaessa. Segmentaatiomalli tukee tämän näkökulman omaksumista. Suuntima-sovelluksen koekäyttö antaisi todellista seurantatietoa siitä, miten asiakaskuntamme ja kustannukset jakautuvat tunnistettuihin asiakkuuksiin. Seurantadata kuvaisi mahdollisia trendejä ja antaisi tärkeää pohjatietoa johtamisen tueksi.

Integroituvaa toimintaa suunniteltaessa nousee erityisesti esille tarve sujuville konsultaatiomahdollisuuksille, joista on perusterveydenhuollon yksikön vetämänä pidetty työpajatyöskentely. Tästä on erillinen raportti ja jatkotyöskentelyn ehdotukset (Lappalainen 2016). Työnjakoa suunniteltaessa huomioidaan, että asiakkaiden tarvitsema palvelu vaihtelee, jolloin myös ammattilaisten keskinäinen työnjako muuttuu. Erikoislääkärin roolissa korostuu aiempaa enemmän konsultatiivisuus ja hoitajien osaamista pyritään hyödyntämään aiempaa enemmän lääkärin taustatuella

toteutetuilla vastaanotoilla. Sähköisten palveluiden hyödyntäminen muuttaa työtä enemmän omaseurantaan liittyväksi ohjaamiseksi vastaanottojen vähentyessä.

Alueellisen tasa-arvon toteutumiseksi ovat jalkautuvat palvelut perusteltuja. Jalkautuvissa palveluissa erityispalvelujen työntekijä jalkautuu joko fyysisesti tai videovälitteisesti peruspalvelujen toimintaympäristöön työntekijän tueksi. Näissä tilanteissa on useimmiten paikalla asiakas ja hänen oma työntekijänsä, jolloin jalkautuminen palvelee myös oppimista.

Keskeinen ehdotuksemme on, että vastaanottopalvelujen suunnittelua jatketaan niin potilaan polun, tarjottavien palveluiden kuin työnjaon osalta asiakaslähtöisesti, painottaen asiakkaan tarvetta ja arjessa selviytymistä sekä asiakkaan roolia hoitonsa ja palvelujen kehittäjänä. Samalla on luotava toiminnan seurantakäytännöt, jotka perustuvat vaikuttavuuden ja asiakkaalle toiminnasta tulevan hyödyn arviointiin.

Kuva 6. Ehdotukset jatkotyöskentelyn periaatteiksi

1. ASIAKASLÄHTÖISYYS ELI SUUNNITTELU ASIAKKAAN TARPEESTA KÄSIN
2. DIGITALISAATION HYÖDYNTÄMINEN
3. SELKEÄT YHTEYDENOTTOKANAVAT
4. ERITYISASIAANTUNTEMUKSEN TUOMINEN HOIDON TAI PALVELUN ALKUUN
4. TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA KESKEISEEN ROOLIIN
5. ASIAKASSEGMENTAATIO JA ARJESSA PÄRJÄÄMISTÄ TUKEVAT PALVELUKOKONAISUUDET
6. SUJUVAT KONSULTAATIOMAHDOLLISUUDET
7. TYÖJAKO ASIAKKAAN TARPEISTA NOUSEVIEN PALVELUKOKONAISUUKSIEN POHJALTA
8. VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI

Lähteet:

Koivuniemi K, Holmberg-Mattila D, Hirso P, Mattelmäki U (2014) Terveysthuollon kompassi

Koivuniemi K, Simonen K (2012) Kohti asiakkuutta Ihmistä arvostava terveydenhuolto

Lappalainen Jarmo (2016) Konsultaatiotoiminnan kehittämissuunnitelma Etelä-Savon kuntayhtymässä

Leimumäki, A. 2011. Kurkiaura – Potku – Yksi elämä, esitys 22.9.2011

Leskelä RL, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli SL, Ylitalo-Katajisto K. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. Lääkärilehti 2013;48: 3163-3169c

Leväsluoto J, Kivisaari S (2012) Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali - ja terveydenhuollon palvelumalleja

Muurinen S, Mäntyranta T (2013) Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa

Liite 1. Integroituvan vastaanottoalueen potilaan polku

