

**Varsinais-Suomen
sosiaali- ja terveydenhuollon
järjestämissuunnitelma**

**Päivitys
vuosille 2019–2020**

Sisällys

1. VARSINAIS-SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN ROOLI YHTEISESSÄ PALVELUJEN KEHITTÄMISESSÄ.....	3
1.1. Taustaksi.....	3
1.2. Toiminnan lähtökohdat ja työskentelyn organisointi	4
1.3. Valmistelun periaatelinjaukset	6
1.4. Palveluintegraatio ja vaikuttavuus.....	11
2. ALUEEN VÄESTÖRAKENNE JA VÄESTÖN HYVINVOINNIN TILA.....	15
2.1. Varsinais-Suomen väestö	15
2.2. Väestön hyvinvointi ja terveys	20
3. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSET	27
4. JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN PÄIVITYKSEN KÄRKITEEMAT JA NIIHIN LIITTYVÄT TOIMENPITEET VUOSINA 2019 – 2020	31
4.1. Terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoidoyhteistyö	32
4.2. Akuuttipalvelut.....	37
4.3. Suun terveydenhuolto	43
4.4. Ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut	46
4.5. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut.....	53
4.6. Työikäisten sosiaalipalvelut.....	58
4.7. Mielenterveys- ja päihdepalvelut	63
4.8. Vammaispalvelut.....	65
4.9. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	69
4.10. ICT ja sähköisen asiainnin kehittäminen	81
4.11. Tietojohdaminen.....	84
4.12. Palveluntuottajien ohjaus ja valvonta (omavalvonta ja laadunhallinta).....	89
5. JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN	92

LIITTEET

1. Terveystenhuollon palvelujen järjestäminen Varsinais-Suomen kunnissa
2. Fysioterapian toimintaperiaatteita
3. Puheterapian toimintaperiaatteita
4. Ravitsemusterapian toimintaperiaatteita
5. Toimintaterapian toimintaperiaatteita

1. VARSINAIS-SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN ROOLI YHTEISESSÄ PALVELUJEN KEHITTÄMISSESSÄ

1.1. Taustaksi

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää, että samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat laativat terveydenhuollon järjestämissuunnitelman. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa.

Suunnitelma tulee laatia valtuustokausittain ja se on hyväksyttävä sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Suunnitelman hyväksymisen edellytyksenä on, että kuntayhtymään kuuluvista jäsenkunnista vähintään kaksi kolmannelle sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Kuntien ja kuntayhtymien on yhdessä arvioitava suunnitelman toteutuksesta vuosittain ja tehtävä siihen tarvittaessa muutokset. Suunnitelman sisällöstä on määrätty tarkemmin valtioneuvoston asetuksella 337/2011.

Varsinais-Suomessa alueen ensimmäinen järjestämissuunnitelma hyväksyttiin alueen kunnissa keväällä 2013 ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin valtuustossa 11.6.2013.

Suunnitelman hyväksymisen yhteydessä vuonna 2013 hyväksyttiin periaate, jonka mukaan terveydenhuoltoon liittyvää alueellista kehittämistoimintaa ohjaa edustuksellinen kuntajohtajakokous, johon osallistuu Varsinais-Suomen eri alueilta kuntajohtaja- ja terveydenhuollon asiantuntijaedustaja. Kuntien edustajien lisäksi kuntajohtajakokouksessa oli mukana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin edustajina sairaanhoitopiirin johtaja ja johtajaylilääkäri. Kuntajohtajakokouksen alaisuudessa toimivat tuolloin tietojärjestelmien kehittämisen alueellinen koordinaatioryhmä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamista ohjaava asiantuntijatyöryhmä.

Vuonna 2015 em. kuntajohtajakokous päätti, että työskentely laajennetaan kattamaan koko sosiaali- ja terveydenhuolto. Tämän lisäksi tuolloin päätettiin päivittää suunnitelma vuonna 2016 niin, että uusi suunnitelma kattaisi toimintavuodet 2017–2018.

Kesän 2016 aikana hyväksyivät Varsinais-Suomen kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät sote- ja maakuntauudistuksen valmisteluun liittyvän projektisuunnitelman. Samassa yhteydessä päätettiin, että kaikki soteen liittyvä rakenteellinen valmistelu tapahtuu sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun yhteydessä. Järjestämissuunnitelman päivityksessä kantaa päätettiin ottaa ainoastaan sisällölliseen kehittämiseen. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman päivitys vuosille 2017–2018 laadittiin syksyllä 2016 ja hyväksyttiin kunnissa syksyllä 2016 ja sairaanhoitopiirin valtuustossa 29.11.2016.

Suunnitelman laatimisesta vastasi järjestämissuunnitelmatyötä ohjannut asiantuntijatyöryhmä, jonka tukena toimivat seuraavat alatyöryhmät:

- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
- Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
- Ikääntyvien kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut
- Akuuttipalvelut
- Sosiaalipäivystys
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Lisäksi aineistoa järjestämissuunnitelmaan tuotti fysioterapian yhteisiä toimintaperiaatteita laatinut työryhmä.

Vuoden 2018 alusta lukien järjestämissuunnitelmaan liittyvä kehittämistyö sulautettiin kokonaisuudessaan osaksi Varsinais-Suomen sote- ja maakuntauudistusta valmistelleen muutosorganisaation työskentelyä ja järjestämissuunnitelman kehittämisrakenne purettiin.

Osana Varsinais-Suomen sote- ja maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatiota toiminut, kuntien sosiaali- ja terveysjohtajista sekä alueen sote-kuntayhtymien johtavista viranhaltijoista koostuva sote-johdajakokous linjasi syksyllä 2018, että Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma päivitetään myös vuosille 2019–2020.

Sote-johtajakokous päätti tuolloin myös esittää Varsinais-Suomen sote- ja maakuntauudistusta valmistelleelle muutosorganisaatiolle, että päivitys valmistellaan muutosorganisaatiossa osana sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallista suunnittelua. Tämä päivitys pohjautuukin pääosin niille kehittämistarpeille, joita nousi esiin sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun yhteydessä.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen valmisteleva maakunta- ja sote-uudistus kaatui 8.3.2019, kun hallitus jätti eronpyyntönsä ja eduskunta totesi, ettei sillä ole edellytyksiä saattaa uudistukseen liittyvien lakien käsittelyä loppuun vaalikauden aikana. Varsinais-Suomen sote- ja maakuntauudistusta valmistellut muutosorganisaatio lopetti työskentelynsä maaliskuun 2019 lopussa.

1.2. Toiminnan lähtökohdat ja työskentelyn organisointi

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman lähtökohtana pidetään perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon tiivistä yhteistyötä. Siinä huomioidaan yhteistyö muiden julkisen sektorin, yksityissektorin ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvien toimien olennainen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kysyntään.

Työskentely perustuu alueen kuntien keskinäiseen yhteistyöhön sekä yhteistyöhön kuntien ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sekä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien välillä.

Arvioitaessa toiminnan vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta tehdään mahdollisuuksien mukaan yhteistyötä kansallisten toimijoiden kanssa hyödyntäen mm. arviointiyhteistyötä THL:n kanssa sekä ns. sote-tietopaketteihin liittyvää kansallista kehittämis-yhteistyötä.

Tavoitteena on edistää nimenomaisesti sektorirajat ylittävää palveluintegraatiota. Tämän vuoksi järjestämissuunnitelmaan kootaan lähtökohtaisesti nimenomaisesti sellaisia organisaatio- ja sektorirajat ylittäviä kehittämiskohteita, joihin liittyy useiden eri palvelutuottajien toimintaa. Tavoitteena on, että asukkailla varmistetaan laadukkaat ja yhdenvertaisesti toimivat, todelliseen palvelutarpeeseen perustuvat, asiakas- ja kustannusvaikuttavasti toimivat palvelut ja huomioidaan asukkaiden kielelliset oikeudet. Kehittämistoiminnassa ja palvelutuotannossa huomioidaan alueen kaksikielisyys ja varmistetaan asiakkaiden mahdollisuus käyttää omaa kieltään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on keväällä 2019 käynnistynyt monivuotinen tuottavuuden kehittämisohjelma. Tuottavuusohjelma keskittyy alkuvaiheessa sairaanhoitopiirin sisäisen tuottavuuden kehittämiseen, tavoitteena kustannuskehityksen kasvun hallinta. Sairaanhoitopiirissä on todettu, että huomattavasti suurempi tuottavuuspotentiaali piilee kuitenkin Varsinais-Suomen alueen terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskehittämisessä ja katsottu, että tämän vuoksi on mielekästä suunnitella pitkäjänteinen ja koko Varsinais-Suomen aluetta koskeva toimenpideohjelma, joka samanaikaisesti kehittää sekä terveystarvelajien vaikuttavuutta että kustannustehokkuutta. Sen keskeisenä elementtinä tulee olla kattavien toimivien hoitoketjujen rakentaminen, palveluverkon yhteensovittaminen sekä rakenteellisten ja toiminnallisten päällekkäisyyksien purkaminen niin sairaanhoidollisissa kuin hoidon tukipalveluissakin. Järjestämissuunnitelman toimeenpanoa toteutetaan tiiviissä yhteistyössä sairaanhoitopiirin tuottavuusohjelman toteuttamisen kanssa.

Terveydenhuoltolain 35 §:n mukaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön tulee tukea terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön toimintaa ollaan vuoden 2019 aikana kehittämässä. Perusterveydenhuollon yksikkö toimii tiiviissä yhteistyössä kuntien kanssa järjestämissuunnitelman toteuttamisessa erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön liittyvissä kehittämis-toimissa.

Tässä järjestämissuunnitelman päivityksessä sovitaan teemakohtaisesti yhteisistä kehittämistoimenpiteistä seuraaviin kokonaisuuksiin liittyen:

- Terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoidoyhteistyö
- Akuuttipalvelut
- Suun terveydenhuolto
- Ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut
- Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
- Työikäisten sosiaalipalvelut
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut
- Vammaispalvelut
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
- ICT ja sähköisen asioinnin kehittäminen
- Tietojohdaminen
- Palveluntuottajien ohjaus ja valvonta (omavalvonta ja laadunhallinta)

Järjestämissuunnitelman päivitystyöhön liittyen ovat teemakohtaisina yhteyshenkilöinä toimineet:

- Asiantuntijalääkäri Katariina Kauniskangas (terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoidoyhteistyö), muutosorganisaatio
- Asiantuntijalääkäri Ville Kytö (terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoidoyhteistyö), muutosorganisaatio
- Toimialuejohtaja Sirkku Jyrkkiö (terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoidoyhteistyö / saattohoito), Tyks, operatiivinen toiminta ja syöpätaudit, VSSH
- Toimitusjohtaja Sirpa Rantanen (Akuuttipalvelut), VSSH / Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos
- Johtava sosiaalityöntekijä Kaarina Katas (Akuuttipalvelut), Turku / Sosiaalipäivystys
- Johtava hammaslääkäri Riitta Söderlund (Suun terveydenhuolto), Salo
- Muutosagentti Kirsi Kiviniemi (Ikääntyvien kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut) I&O –kärkihanke
- Suunnittelijalääkäri Taru Falenius (Ikääntyvien kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut), muutosorganisaatio
- Muutosagentti Mikko Hulkkonen (Lasten, nuorten ja perheiden palvelut), LAPE-muutosohjelma
- Erikoissuunnittelija Jenni Kiviluoto (Työikäisten sosiaalipalvelut), muutosorganisaatio
- Sote-koordinaattori Olli Oranta (Mielenterveys- ja päihdepalvelut), muutosorganisaatio
- Erikoissuunnittelija Pirjo Valtonen (Vammaispalvelut), muutosorganisaatio
- Erikoissuunnittelija Karoliina Luukkainen (hyte), muutosorganisaatio
- Erikoissuunnittelija Ora Yli-Urpo (ICT ja sähköiset palvelut), muutosorganisaatio
- ICT-johtaja Matti Franck (ICT ja sähköiset palvelut), muutosorganisaatio
- Ohjelmapäällikkö Jukka Annunen (ICT ja sähköiset palvelut) 2M-IT Oy
- Erikoissuunnittelija Mikko Pakarinen (Tietojohdaminen), muutosorganisaatio
- Erikoissuunnittelija Karolina Olin (Palveluntuottajien ohjaus ja valvonta), muutosorganisaatio
- Selvityshenkilö Anna Arola-Järvi (Valmistelun periaatelinjaukset), muutosorganisaatio
- Muutosjohtaja Antti Parpo (Suunnitelman laadinnan ja toimeenpanon rakenne), muutosorganisaatio
- Erikoissuunnittelija Jutta Nieminen (Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset), muutosorganisaatio
- Suunnittelija Laura Virtanen (Alueen väestörakenne ja väestön hyvinvoinnin tila), muutosorganisaatio
- Suunnittelija Ville Santalahti (Alueen väestörakenne ja väestön hyvinvoinnin tila), Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Vasso Ab.

Suunnitelman laatimista on koordinoanut erikoissuunnittelija Pasi Oksanen (muutosorganisaatio). Työskentelyn tukena on käytetty sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun työryhmiä sekä niiden laatimia esityksiä.

Koska sekä sote- ja maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatio että järjestämissuunnitelmaa laadintaa, seurantaa ja päivitystä varten luotu rakenne on purettu, on tarpeen päättää siitä, millaisessa rakenteessa / yhteistyöverkostossa järjestämissuunnitelman toimeenpanoa ja siihen liittyviä jatkokehittämistarpeita valmistellaan.

Kunnat ja kuntayhtymät tekevät itsenäisesti päätökset toimintamallien käyttöönotosta. Ne päättävät erikseen myös kaikista niistä asioista, joissa tarvitaan toimeenpanoon liittyvää resursointia.

Lähtökohtana pidetään sitä, että järjestämissuunnitelmaan liittyvää, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sisällölliseen kehittämiseen liittyvää valmistelua koordinoi Sote-johtajakokous. Se muodostuu kuntien sosiaali- ja terveysjohtajista sekä alueen sote-kuntayhtymien johtavista viranhaltijoista. Tarvittaessa valmistelutyöhön voidaan lisäksi koota myös pienempi, koko järjestämissuunnitelmaan liittyvää valmistelua koordinoiva asiantuntijatyöryhmä, jonka kautta asiat tuodaan Sote-johtajakokoukseen.

Ne asiat, joissa vaaditaan kuntien erillistä päätöksentekoa, viedään kuntien päätöksentekoon kuntajohtajakokouksen kautta. Kuntajohtajakokouksen muodostavat alueen kuntajohtajat sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin johtaja.

Sisällöllisen valmistelun tueksi kootaan 6 teemakohtaista työryhmää, jotka ohjaavat oman teema-alueensa käytännön kehittämistyötä:

- Somaattiset terveysterveyst (ml. akuuttipalvelut)
- Suun terveydenhuollon palvelut
- Ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut
- Lasten nuorten ja perheiden palvelut
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut, sosiaalipalvelut sekä vammaispalvelut
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Kehittämistyön tueksi kootaan lisäksi SoTe-tietohallinnon teemaryhmä sekä tietojohdamisen työryhmä.

Teemakohtaisten työryhmien työtä tukemaan voidaan tarvittaessa perustaa alueellisia alatyöryhmiä käsittelemään alueellista työnjakoa ja alueellisten hoito- ja palveluketjujen toimintaa.

Työryhmien edustajien nimeämisestä sovitaan erikseen Sote-johtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta.

Muun, sisällöllistä kehittämistä tukevaan toimintaan liittyvän yhteistyön organisointi määritellään tarvittaessa myöhemmin erikseen. Tällaiselle yhteiselle kehittämistyölle voidaan olettaa olevan tarvetta mm. palveluintegraatioon ja palveluohjaukseen, asiakasryhmien/-segmenttien määrittelyyn, kustannusvaikuttavuustiedon hallintaan, palvelujen tuotteistukseen, palvelujen hankintaan, laatutyöhön sekä palveluntuottajien ohjaukseen ja valvontaan liittyen.

Käytännön kehittämistoimenpiteiden toteutukseen kootaan tarvittaessa omia, erillisiä projektiryhmiä. Projektiryhmien kokoonpanosta ja työn resursoinnista päätetään erikseen niissä organisaatioissa, jotka osallistuvat yksittäisten kehittämistoimenpiteiden pilotointiin tai toteutukseen.

1.3. Valmistelun periaatelinjaukset

Järjestämissuunnitelman valmistelussa on käytetty lähtökohtana viittä periaatelinjausta:

- Asiakas ennen organisaatiota
- Varmistetaan oikea-aikainen palveluihin pääsy
- Vahvistetaan ennaltaehkäiseviä ja peruspalveluja, jotka ovat vaikuttavia ja kustannustehokkaita
- Uudistetaan palvelut digitaalisuus huomioiden
- Rahojen pitää riittää!

Alla on avattu kunkin periaatteen sisältöä tarkemmin.

Asiakas ennen organisaatiota

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on tuottaa asiakkaille terveys- ja pärjäämishyötyä. Vaikuttavuutta tulisi mitata arvioimalla asiakkaan pärjäämistä omassa arjessaan.

Asiakaslähtöisyys on terminä monimerkityksinen. Sosiaali- ja terveystalvueluissa asiakaslähtöisyyden ydin on, että palveluita ei kehitetä vain kunkin organisaation tai sen osan, vaan nimenomaan asiakkaan tarpeiden ja kokemusten näkökulmasta mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisyyttä ei voida määritellä palveluita tuottavien organisaatioiden tarpeista lähtien. Ydinkysymys on, kuinka asiakaslähtöiseksi asiakas palvelun kokee, ei se, kuinka asiakaslähtöisesti palvelu tuotetaan. Lähtökohtana on, että asiakas ei ole erilaisten interventtioiden kohde vaan omassa asiassaan aktiivinen toimija.

Palveluiden käyttäjiä, kutsutaanpa heitä asiakkiksi tai potilaiksi, on totuttu määrittelemään sosiaali- ja terveydenhuollon vahvojen professionaalisten viitekehysten kautta, minkä vuoksi asiakkaiden elämäntilanteiden kokonaisvaltaisuus on jäänyt liian vähälle huomiolle. Palvelujen tuottamisessa ja järjestämisessä tämä aiheuttaa tehottomuutta: toisaalta päällekkäistä työtä, toisaalta palveluaukkoja. Asiakkaan näkökulmasta palvelukokonaisuus on usein epämääräinen eivätkä eri palvelut tue toisiaan, mikä vähentää vaikuttavuutta.

Sote-palveluiden erilaisten ohjausmallien toimivuutta selvittäneet Leskelä, Rissanen et al. toteavat, että oleellista onnistumisen kannalta on se, miten palvelutuotanto on kokonaisuutena järjestetty ja usein hajallaan olevien resurssien käyttö onnistuttu optimoimaan. Yhtä lailla onnistumisen yleinen haaste kaikissa malleissa on se, miten asiakasprosessin eteneminen on onnistuttu varmistamaan ja etenkin luomaan organisaatorajat ylittäviä palveluketjuja. Lisäksi henkilökohtaisella palvelulla on tärkeä rooli kaikissa malleista digitalisaatiosta ja lisääntyvästä sähköisten palvelujen käytöstä huolimatta.¹

Meillä ei ole vielä riittävää tietoa siitä, mikä kunkin palvelun, palvelukokonaisuuden tai palveluketjun vaikutus asiakkaan toimintaan on. Asiakkaan kannalta oleellista on se, millaisia vaikutuksia - hyötyjä ja haittoja - palvelusta tai palvelukokonaisuudesta hänelle on. Asiakas ei saa arvoa palvelun ominaisuuksista sellaisenaan, vaan arvo syntyy prosessin tuloksena. Mitä paremmin asiakas saadaan osalliseksi omassa prosessissaan, sitä todennäköisemmin hän saa sitä hyötyä.

Organisaatiokeskeinen, siiloutunut palvelurakenne ottaa huonosti huomioon sen, että kukin asiakas on paitsi yksilö, myös yhteisönsä tai yhteisöjensä jäsen. Jos väestön palvelutarpeet nähdään kovin yksilöllisinä, havaitsematta jäävät esimerkiksi paljon palveluita tarvitsevia perheiden yhteen kietoutuneet ongelmat ja huono-osaisuuden ylisukupolvisuus. Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden tai asiakasryhmien elämäntilanteet koostuvat usein monista ristiriitaisista intresseistä, toisistaan eri tavoin riippuvaisista osista ja monitulkintaisuuksista. Palvelutarpeet ovat kompleksisia, eikä erillisillä, toisistaan irrallisilla ratkaisuyrityksillä saavuteta toivottuja muutoksia. Kunkin toimijan erillinen tulkinta siitä, mistä on kyse ja miten tulisi toimia, saattaa olla selkeä ja looginen, mutta tulkinnat ovat vaikeasti yhteen sovitettavissa.

Mitä erikoistuneempiin palveluihin mennään, sitä suurempi on ammattilaisen ja asiakkaan välinen informaatioepäsuhta. Vaikka asiakaslähtöisyyden lähtökohta on, että asiakas on omassa asiassaan aktiivinen toimija, ei voida olettaa, että asiakas aina ymmärtää sekä oman palvelutarpeensa ja kykenee tekemään harkittuja ratkaisuja. Asiakaslähtöisyyden lisääminen saattaa myös vaikuttaa kustannuksiin hallitsemattomasti: jos esimerkiksi parannetaan palveluihin pääsyä, se mahdollisesti lisää paitsi asiakastyytyväisyyttä, myös palvelunkäyttöä ja kustannuksia². On pohdittava tarkkaan, tavoitellaanko ensisijaisesti esimerkiksi asiakastyytyväisyyttä vai pärjäämis- ja terveyshyötyä.

Sosiaali- ja terveystalvueluiden kokonaisuuden rakenteen ja toimintalogiikan on oltava niin yhtenäinen, että palvelut muodostavat asiakkaiden näkökulmasta saumattomia kokonaisuuksia. Keskeistä on palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen koordinointi ja palvelujen käyttötapojen tunnistaminen yli sektorirajojen. Rakenteen siiloutuminen ja toimintatapojen organisaatiokeskeisyys heikentävät asiakkaiden palveluketjujen jatkuvuutta ja vaikeuttavat yhteistyötä. Asiakas ennen organisaatiota -periaate toteutuu vain, mikäli koko järjestelmää kehitetään kokonaisvaltaisesti, palveluketjuja muodostaen ja

¹ Leskelä, Rissanen et.al: Maakunnan ohjausmallit. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 33/2018

² tästä enemmän esim. Kork, A.: Kork: Asiakasresponsiivisuudella tehokkuutta julkisiin palveluihin? Tampere University Press, Tampere 2016.

niitä toisiinsa integroiden, kokonaiskustannuksia arvioiden ja kokonaisvaikuttavuutta tavoitellen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakennetta on paljolti johdettu ja kehitetty niin, että fokus on ollut systeemin yksittäisissä osissa, vaikka ongelmien ratkaisut löytyvät systeemin osien välisistä suhteista.

Varmistetaan oikea-aikainen palveluihin pääsy

THL on todennut, että terveydenhuollon tarpeenmukaisen käytön tavoite riippumatta sosioekonomisesta asemasta ja taloudellisista edellytyksistä ei näytä kaikilta osin toteutuvan suomalaisessa terveydenhuollossa sen enempää saatavuuden kuin palvelujen sisällön osalta, vaikka joiltakin osin tavoitteen suunnassa on edistytty. --- Yhdenvertaisuus ei nykymallissa toteudu, kun palvelujen saatavuus ja laatu vaihtelevat kunnittain.³

Luottamus sosiaalipalvelujen saatavuuteen on laskenut verrattaessa nykytilannetta aiempiin väestökyselyihin, mikä lienee seurausta universaalien, kaikille kuuluvien, palvelujen karsimisesta ja kunta-kohtaisista eroista palvelujen tarjonnassa ja saatavuudessa. Palvelujen saatavuutta on rajattu muun muassa asiakasmaksuin ja kiristämällä tarvekriteerejä. Universaaliuden heikentyminen lisää epätie-toisuutta siitä, mikä palvelu kuuluu kenellekin ja missä tilanteessa⁴.

Kysynnän ja tarjonnan ohjaaminen niin, että asiakkaat pääsevät palveluihin ja niistä pois oikea-aikaisesti on yksi sote-järjestelmän ydintehtävistä. Tämä edellyttää, että palveluista vastaavalla taholla on reaaliaikainen käsitys siitä, miten ja mihin kunkin palvelun ja palveluketjun oletetaan vaikuttavan. Kuten eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportissa todetaan, tavoitteena on, että etuuksien ja palvelujen rakenteet ovat johdonmukaisia, asiakkaiden kannalta ymmärrettäviä sekä tukevat kansalaisten kohtuujassa tapahtuvaa palautumista itsenäiseen elämään⁵

Asiakkaiden ohjautumisen tulisi tapahtua samojen periaatteiden ja prosessien mukaisesti riippumatta siitä, ketkä tai mitkä tahot prosessissa ovat toimijoina. Tämä ei toteudu nykytilanteessa, jossa joko kukin kunta on määritellyt itse palvelunantokriteerit tai kriteereitä ei ole määritelty, vaan pikemminkin tuotanto ohjaa asiakkaiden ohjautumista.

Keskeisimmät palveluketjut ja niiden avainkohdat seuloineen, mittareineen ja kriteereineen tulisi määritellä ja kuvata. Tämä työ tulisi aloittaa niistä palveluketjuista, joissa asiakasmäärä ja / tai kustannukset ovat merkittävät. Jatkossa asiakkaiden ohjautumisen järjestelmässä tulisi perustua strukturoituihin arvioihin ja seuloihin, joista kertyvän datan käsittelyssä voitaisiin hyödyntää algoritmeja. Päätöksentekoprosesseja voitaisiin strukturoida niin, että osa päätöksistä olisi mahdollista tehdä koneavusteisesti tai kokonaan koneellisesti. Algoritminen päätöksenteko lisää päätöksenteon yhdenmukaisuutta, vähentää virheitä ja nopeuttaa prosesseja.

Palvelun saamisen oikea-aikaisuus ei tarkoita välttämättä esimerkiksi nopeaa hoitoon pääsyä. Viiveetön pääsy esimerkiksi lääkärin vastaanotolle ei takaa välttämättä korkeaa hoitolaatua ja suurta terveyshyötyä. Tavoitteen saavuttamista - siis pärjäämis- ja terveyshyötyä - tulee arvioida koko prosessin ajalta, ei vain yksittäisen palvelutapahtuman tai -jakson tai yksittäisen palveluntarjoajan osalta.

Oikea-aikaisuus tarkoittaa paitsi kohtuullisia odotusaikoja, myös sitä, ettei palveluita tarjota liian aikaisin tai kokonaisprosessin sellaisessa vaiheessa, että palvelun vaikuttavuus kärsii. Aiemmin todettiin, että asiakkaan kannalta oleellista on se, millaisia vaikutuksia - hyötyjä ja haittoja - palvelusta tai palvelukokonaisuudesta hänelle on. Vaikuttavuuden näkökulmasta merkityksellistä on myös se, ajoittuuko palvelu asiakkaan elämän kokonaistilanteessa tarkoituksenmukaisesti. Vaikuttavuuden kannalta oleellista on myös, tapahtuuko palveluintegraatio oikea-aikaisesti.

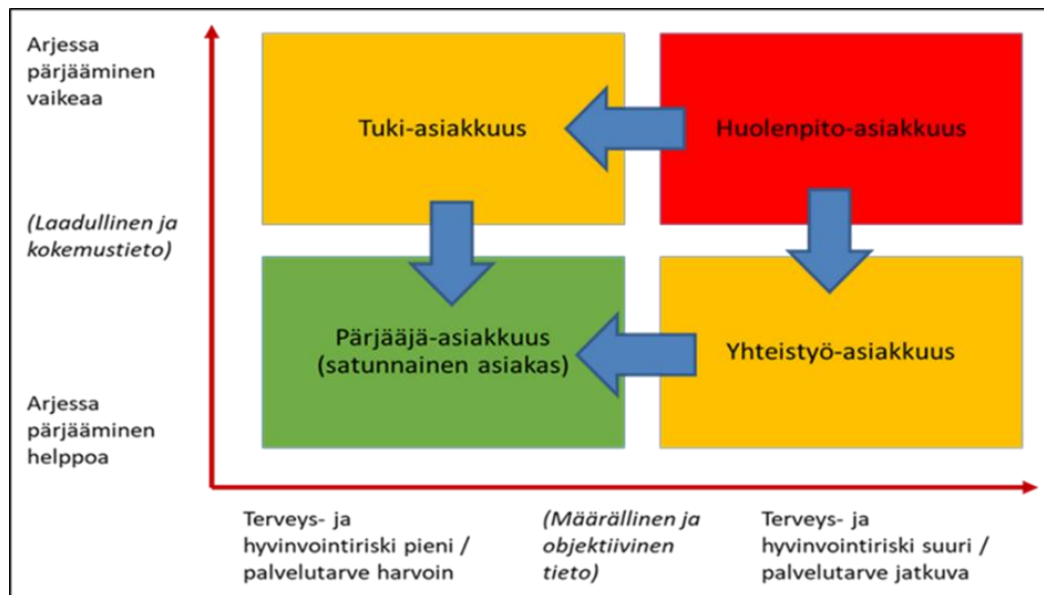
Palveluita ei aina käytetä, vaikka niihin olisi tarve, ja toisaalta käytetään, vaikkei tarvetta olisi. Sekä yli- että alipalvelu vähentävät kustannusvaikuttavuutta. Osa nyt tuotettavista palveluista on sellaisia, että asiakkaat eivät osaa tai halua käyttää niitä. Asiakasvirtojen ohjaaminen on vielä liian sattumanvaraista, mistä syystä asiakkaat eivät ohjaudu joihinkin palveluihin.

³ Manderbacka K et al.: Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

⁴ Ilmarinen K. et al.: Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

⁵ Eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2018.

Yksi avainkysymys oikea-aikaisuutta tarkasteltaessa on se, miten järjestelmä tunnistaa ne varsinaissuomalaiset, jotka ovat luisumassa paljon palveluita tarvitseviksi. Kuviossa 1 esitetty karkea segmentointimalli, jossa asiakkaita tarkastellaan arjessa pärjäämisen ja terveys- ja hyvinvointiriskin sekä palvelutarpeen frekvenssin mukaisesti jaoteltuina. Kuvioon voitaisiin liittää kolmanneksi dimensioksi vielä asiakkaan halu tai kyky ottaa apua tai hoitoa vastaan ja kiinnittyä palveluihin.



Kuvio 1. Asiakkuuksien nelikenttä (muokattu; alkuperäinen kuvio Koivuniemi & Simonen 2012: Kohti asiakkuutta – ihmistä arvostava terveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim)

Tällä perusjaolla muodostuu neljä segmenttiä: pärjääjä-asiakkuus, yhteistyö-asiakkuus, tuki-asiakkuus ja huolenpito-asiakkuus. Optimaalisessa tilanteessa asiakkaat siirtyvät segmenttien välillä nuolien kuvaamaan suuntaan ja vastakkaiseen suuntaan tapahtuva liike pyritään erilaisia palveluketjuja hyödyntäen estämään. Pärjäämisen lisääntymisen tulisi olla kaikkien palveluiden tavoite ja niiden arvon mittari.

Tarvitaan määrälliset ja laadulliset indikaattorit, joiden avulla seurataan asiakasvirtoja ja niissä tapahtuvia muutoksia. Tarvitaan myös nykyistä tarkempaa tietoa palveluihin pääsyn esteistä ja palveluista pois siirtymisen esteistä. Kaikella asiakasvirroista saatavilla olevalla datalla ei kuitenkaan ole olennaista merkitystä. Data muuttuu merkitykselliseksi vain, jos sen avulla voidaan tehdä parempia päätöksiä.

Vahvistetaan ennaltaehkäiseviä ja peruspalveluja, jotka ovat vaikuttavia ja kustannustehokkaita

Nobelisti James Heckmanin (2008) laskelmien mukaan inhimillisen pääoman vahvistamiseen varhaislapsuudessa satsatut eurot tuottavat tuplasti enemmän vaikuttavuutta kuin nuoruudessa sijoitetut varat. Sen sijaan, että odotetaan ongelmien ilmaantumista ja puututaan niihin vasta silloin, on panostettava hyvinvoinnin, voimavarojen ja pärjäävyyden vahvistamiseen sekä ehkäistävä nuorten syrjäytymisen riskitekijöitä⁶.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ja eriarvoisuuden vähentäminen on ollut sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tavoitteena jo pitkään. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitys, kaikille tasa-arvoiset, vaikuttavat, hyvin saavutettavat, vaikuttavat ja kaikille tasa-arvoiset palvelut toistuvat erilaisissa raporteissa ja strategioissa. Voinee sanoa, että Varsinais-Suomessakin jaetaan ymmärrys siitä, että tukemalla ihmisten omia pyrkimyksiä hyvinvointinsa ja terveytensä edistämiseen voidaan vähentää tulonsiirtojen ja palvelujen pitkäaikaista käyttöä. Ennaltaehkäisyn ja hyvinvoinnin edistämisen keinoista ja tarvittavien investointien laajuudesta sen sijaan ei ole yhtenäistä käsitystä.

⁶ Heckman J. :Quality Early Childhood Education: Enduring Benefits. The Hechinger Report October 2015. ref. Hilli P. et al: Syrjäytymisen hinta – case investoinnin kannattavuuslaskemasta. Yhteiskuntapolitiikka 82 (2017):6

Promootion vaikutuksista ei saada yhtä vahvaa näyttöä kuin prevention vaikutuksista ja tämän vuoksi promootion arvoa ei aina tunnusteta riittävästi⁷.

Korjaavien sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä, tulonsiirroista ja menetetyistä verotuloista aiheutuu yhteiskunnalle koko ajan kasvavia kustannuksia. Mm. huonoksi koetun terveydentilan, yksinäisyyden, vähäisen koulutuksen, työttömyyden ja taloudellisten vaikeuksien kumuloituminen on yhteydessä siihen, että 10% väestöstä kerryttää noin 80% palveluiden kustannuksista.⁸

Ennaltaehkäisevien, hyvinvointi- ja terveyseroja kaventavien palveluiden merkitys korostuu ylisukupolvisten ongelmaketjujen katkaisemisessa ja syrjäytymisen ehkäisemisessä.

Laajan FinTerveys 2017-tutkimuksen mukaan "ongelmien ja terveysriskien varhainen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, neuvonta sekä tarvittaessa hoitoon ohjaus ovat keskeisiä keinoja vaikuttaa kaikkiin keskeisimpiin kansanterveysongelmiin. Tämä edellyttää laajaa yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreilla, kuten terveyden edistämistoimia ihmisten asuinympäristöissä, päivähoitossa, kouluissa, työpaikoilla, harrastuksissa ja palveluissa"⁹.

Uudistetaan palvelut digitaalisuus huomioiden

VM:n määritelmän mukaan digitalisaatio on sekä toimintatapojen uudistamista, sisäisten prosessien digitalisointia että palveluiden sähköistämistä. Sosiaali ja terveyspalveluissa digitalisaatio ei ole itseisarvo, vaan mahdollistaja, väline parempaan palveluun, kustannustehokkaampaan ja tuottavampaan toimintaan sekä ennen kaikkea ihmisten parempaan hyvinvointiin ja terveyteen.¹⁰

Maakunnan viitearkkitehtuurissa¹¹ on kuvattu ihmiskeskeinen ja ennakoiva toimintamalli, jota voidaan hyödyntää palvelujen digitalisointia suunniteltaessa. Sen mukaan "ennakointikyinen yhteiskunta rakennetaan yhdessä sektorirajojen yli asiakaslähtöisesti sekä dataa ja tietoa hyödyntämällä. Julkisen hallinnon toimintatapoja uudistamalla voidaan tarjota asiakkaiden tarpeisiin vastaavia palveluja oikea-aikaisesti ja vaikuttavasti."

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tiedonhallinnan strategiassa tavoitteena on mm., että asiakas- ja potilastiedot ovat ammattilaisten ja asiakkaiden käytössä riippumatta muutoksista organisaatorakenteissa, palveluissa ja tietojärjestelmissä; sähköisen tiedonhallinnan ratkaisut lisäävät palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ja tehokkuutta; sähköiset ratkaisut parantavat palvelujen saatavuutta ja esteettömyyttä.¹²

Digitalisointi tuo hyötyjä vain, jos se tehdään kiinteässä yhteydessä toimintatapojen uudistamiseen. Ennakkoluulottomilla kokeiluilla voidaan edistää uusia toimintamalleja ja lisätä asiakasymmärrystä. Jos rakenteiden uudistaminen ei etene, ja samalla kukin taho kehittää nykyisiin siiloihin erilaisia omia digi-työkalujaan, saatetaan päätyä nykyistäkin sekavampaan malliin. Tämä riski on jo osin realisoitunut. On siis tärkeää, että otettaessa käyttöön uusia digitaalisia välineitä kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että ne ovat toisiinsa nähden yhteensopivia ja että kokonaisuus muodostaa asiakkaan näkökulmasta hyödyllisen toimivan kokonaisuuden. Järjestelmän toimivuus edellyttää, että sen osat ovat rakenteeltaan ja toiminnaltaan riittävän yhdenmukaisia.

Tietojärjestelmäintegraatiossa merkityksellistä on tiedon, ei järjestelmien integrointi. Kertyvä määrämuotoinen data on muokattava sosiaali- ja terveydenhuollon tietojohdantamisen mahdollistavaksi, johtamista tukevaksi toiminnanohjaustiedoksi.

⁷ Salonen, E. & Koskinen-Ollonqvist P.: Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskus ry 2005

⁸ tästä tarkemmin mm. Leskelä R-L. et al: Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48/2013, vsk. 68.

⁹ Koponen P. et al, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018,

¹⁰ Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5

¹¹ Maakuntien viitearkkitehtuuri. Viitearkkitehtuurin kuvaus versio 1.5. 27.2.2019

¹² STM & Suomen Kuntaliitto: Palvelujärjestelmä – rajalliset resurssit oikeaan käyttöön. 2014

Digitalisointi mahdollistaa suuren datamassan käsittelyn, mikä taas mahdollistaa sen, että päätöksentekoprosesseja voidaan strukturoida niin, että osa päätöksistä voidaan tehdä koneellisesti. Algoritminen päätöksenteko lisää päätöksenteon yhdenmukaisuutta, vähentää virheitä ja nopeuttaa prosesseja. Samalla vapautuu ihmisen aikaa siihen työhön, jossa ihminen on konetta parempi: toisen ihmisen kohtaamisessa, joustavassa ajattelussa, empatian ja mielikuvituksen hyödyntämisessä.

Tavoitteena on, että suurin osa varsinaissuomalaisista saisi tarvitsemansa palveluohjauksellisen avun digitaalisten palveluiden kautta (esim. ODA, terveystyö ym.). Asiakkaalla on oltava aina mahdollisuus saada myös henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa, joka järjestetään monikanavaisesti. Lisäksi henkilökohtaisella palvelulla on tärkeä rooli kaikissa malleista lisääntyvästä sähköisten palvelujen käytöstä huolimatta.

Rahojen pitää riittää!

Tuoreen arvion mukaan väestörakenteen muutos seuraavan parinkymmenen vuoden aikana lisää palveluntarvetta sosiaalipalveluissa noin 70 prosentilla ja terveydenhuollossa noin 20 prosentilla nykytasoon verrattuna.

Aiemmin todettiin, että meillä ei ole vielä riittävästi tietoa siitä, mikä kunkin palvelun, palvelukokonaisuuden tai palveluketjun vaikutus asiakkaan toimintaan on. Meillä ei ole myöskään riittävästi tietoa siitä, mikä kunkin palvelun, palvelukokonaisuuden tai palveluketjun kustannus, saati kustannusvaihtavuus on.

Rahojen riittävyyden kannalta keskeinen asiakasryhmä on se prosentuaalisesti pieni joukko ihmisiä, joiden palvelut kerryttävät suuren osan kustannuksista. Valmius näiden asiakkaiden seulomiseen ei ole tarpeeksi hyvä, mikä osittain johtuu tiedon pirstaloitumisesta lukuisiin järjestelmiin. Ryhmä on varsin heterogeeninen ja myös ajassa muuttuva. Paljon palveluita käyttävät pitäisi tunnistaa, palveluketjut pitäisi kuvata visuaalisesti ja numeerisesti ja sen jälkeen voitaisiin kehittää palveluketjuja ja palveluohjausta laskennallisen mallinnuksen avulla. Moniammatillinen, sektorirajariippumaton palveluiden tarjoaminen on näiden asiakkaiden kannalta keskeistä. THL on vastikään käynnistänyt hankkeen, jonka tavoitteena on selvittää, millaisilla toimintamalleilla ja menetelmillä paljon palveluja ja palvelujen yhteensovittamista tarvitsevat asiakkaat kyetään tunnistamaan, mitä tiedetään niiden toimivuudesta ja vaikutuksista sekä miten niitä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla.

Sosiaali- ja terveystyöpalveluissa on ylipäättään vaikea määritellä, mikä osuus palveluketjussa tuottaa toivottua arvoa asiakkaalle, koska se on riippuvainen myös asiakkaan omasta toiminnasta ja olosuhteista. Palvelun antamisen lisäksi on kiinnitettävä huomiota myös asiakkaan vastaanottavuuteen, mikä taas liittyy mm. oikea-aikaisuuteen ja palvelumuotoiluun.

Sosiaali- ja terveystyöpalvelujen digitalisointi voi parhaimmillaan johtaa kokonaan uudelleenlaiseen työnjakoon ja toimintaan ja sitä kautta vaikuttavuuden lisääntymiseen, mikä osaltaan edistää kokonaiskustannusten hallintaa.

1.4. Palveluintegraatio ja vaikuttavuus.

Järjestämissuunnitelman lähtökohtana on se, että kehittämistoimia kohdennetaan erityisesti niihin asioihin, joilla edistetään sektorirajat ylittävää palveluintegraatiota ja joilla pyritään parantamaan palvelujärjestelmän (asiakas- ja kustannus)vaikuttavuutta

STM:n mukaan palveluintegraatio tarkoittaa, että 1) asiakas saa palvelunsa oikea-aikaisesti ja saumattomasti, 2) palveluja yhdistetään asiakkaan tarpeiden perusteella, 3) palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvät erityisesti paljon palveluja käyttävät asiakkaat, joita on väestöstä arviolta noin 10 prosenttia, 4) toimivan palveluintegraation avulla pyritään saavuttamaan myös kustannussäästöjä.

Sote-palveluiden erilaisten ohjausmallien toimivuutta selvittäneet Leskelä, Rissanen et al. toteavat, että oleellista onnistumisen kannalta on se, miten palvelutuotanto on kokonaisuutena järjestetty ja usein hajallaan olevien resurssien käyttö onnistuttu optimoimaan. Yhtä lailla onnistumisen yleinen haaste kaikissa malleissa on se, miten asiakasprosessin eteneminen on onnistuttu varmistamaan ja

etenkin luomaan organisaatorajat ylittäviä palveluketjuja. Lisäksi henkilökohtaisella palvelulla on tärkeä rooli kaikissa malleista lisääntyvästä sähköisten palvelujen käytöstä huolimatta.¹³

Asiakkaiden palvelupolut risteilevät eri sote-palveluntuottajien välillä, eikä tieto liiku asiakkaan mukana. Ammattilaisten yhteistyötä rajoittavat edelleen erilaiset viitekehykset ja toimintakulttuurien erot. Toimijoiden keskinäinen epäluottamus tai kilpailuasetelma vaikeuttavat osaltaan palveluintegraation tavoitteiden saavuttamista.

Palveluintegraatio on ennen muuta johtamiskysymys. Sekä poliittisen että virkamiesjohdon on ymmärrettävä muutoksen systeeminen luonne. Palveluintegraatio edellyttää tiedon integraatiota, toimintatapojen integraatiota ja uudenlaisten linjausten tekemistä. Tarvitaan päättävistä, strategista johtamista organisaatioiden kaikilla tasoilla.

Segmentaatio

Vaikka julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa ei ehkä ole tehty tietoista segmentointia, jonkinlainen segmentointimalli on kaikilla palveluista järjestävillä tahoilla käytössä. Käytännössä tavanomaisin segmentointikriteeri on toimiala tai lainsäädännöllinen kokonaisuus. Tämä on johtanut siihen, että sen sijaan että olisi tunnistettu kulloisenkin asiakasryhmän kannalta parhaat käytännöt, asiakkaille tarjotaan samanlaisia, määrämuotoisia ratkaisuja.

Segmentointikriteerit määrittyvät tavoitteen kautta, koska segmentointi on resurssien johtamisen työväline. Tässä tavoitteena on järjestää sote-palvelut niin, että saataisiin koko väestön tasolla aikaan mahdollisimman paljon terveys- ja pärjäämishyötyä.

Kuviossa 1 (sivu 8) on esitetty karkea segmentointimalli, jossa asiakkaita tarkastellaan arjessa pärjäämisen ja terveys- ja hyvinvointiriskin sekä palvelutarpeen frekvenssin mukaisesti jaoteltuina. Kuten todettua, voitaisiin kuvaan liittää kolmanneksi dimensioksi vielä asiakkaan halu tai kyky ottaa apua tai hoitoa vastaan ja kiinnittyä palveluihin.

Tällä perusjaolla muodostuu neljä segmenttiä: pärjääjä-asiakkuus, yhteistyö-asiakkuus, tuki-asiakkuus ja huolenpito-asiakkuus. Optimaalisessa tilanteessa asiakkaat siirtyvät segmenttien välillä nuolien kuvaamaan suuntaan ja toisensuuntainen liike pyritään estämään. Etenkin huolenpito-asiakkaiden segmentin haasteiden, palvelutarpeiden ja palvelukäyttötapojen ymmärtäminen on järjestelmän kannalta oleellista myös talouden näkökulmasta.

Noin 10% väestöstä kerryttää noin 80% sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Paljon sote-palveluita käyttävien asiakkaiden palvelukokonaisuuksiin sisältyy kuntien vastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi Kelan rahoittamia palveluita. Näistä henkilöistä arviolta noin puolet tarvitsee intensiivistä, yksilöllistä asiakas- ja palveluohjausta. Monia sekä samanaikaisia että peräkkäisiä palveluita tarvitsevien palveluketjujen kokonaisvaltainen suunnittelu on välttämätöntä, mikäli tavoitellaan toiminnan kustannusvaikuttavuutta ja halutaan varmistaa sekä oikea-aikainen palveluihin pääsy että niistä pois siirtyminen. Paljon sote-palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelun keskeiset tekijät ovat palvelujen suunnitelmallisuus, kokonaisvaltaisuus, koordinointi, oikea-aikaisuus, joustavuus ja jatkuvuus – sekä ajallisesti että yli professio- ja organisaatorajojen.

Varsinais-Suomessa tarvitaan huomattavasti nykyistä tarkempaa tietoa asiakkaiden palveluiden käytömmäristä ja -tavoista, kustannuksista, riskeistä, vaikuttavuudesta tai integraation toteutumisesta.

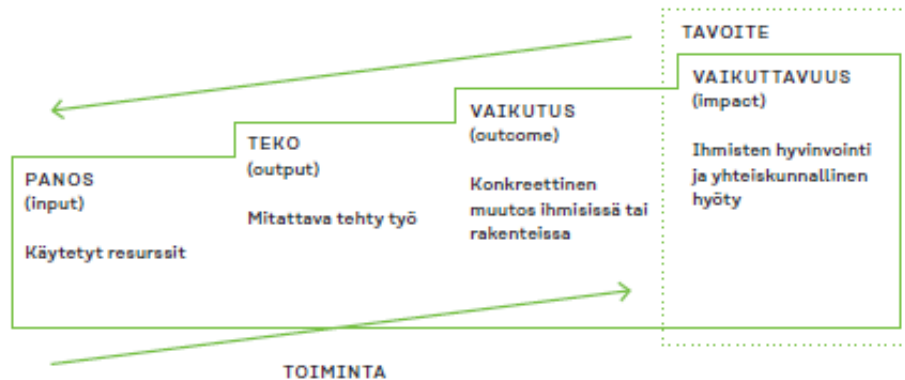
Käytännössä mittaamme tällä hetkellä suoritteita ja niiden kustannuksia. Kun kokonaiskustannuksista ja kokonaisvaikuttavuudesta ei ole riittävää tietoa, säästöt yhtäällä aiheuttavat lisäkustannuksia toisaalla järjestelmässä. Olisi tärkeää määrittää vaikuttavuustavoitteet ja arvioinnissa käytettävät mittarit. Jos tavoitteena on tuottaa asiakkaille terveys- ja pärjäämishyötyä, vaikuttavuutta tulisi mitata arvioimalla asiakkaan pärjäämistä omassa arjessaan: muutoksia hyvinvoinnissa, toimintakyvyssä, elämänlaadussa, terveydessä ja palvelutarpeessa. Asiakkaan kokemus omasta toimintakyvystään ja terveydentilastaan on keskeinen osa vaikuttavuuden arviointia.

¹³ Leskelä, Rissanen et.al: Maakunnan ohjausmallit. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 33/2018

Segmentointia on syytä tarkentaa sitä mukaan kuin tietojohdamisen mahdollisuudet lisääntyvät. Ajan-
tasainen ja kattava sote-tieto mahdollistaisi palveluketjujen kokonaisuuden hahmottamisen ja niiden
kustannusvaikuttavan ohjaamisen.

Vaikuttavuudesta

Vaikuttavuutta voidaan lähestyä vaikutusketjun (kuvio 2), eli ns. iooi-menetelmän (input/output/out-
come/impact) näkökulmasta. Menetelmässä hahmotellaan portaittain, millaisista elementeistä vaikut-
tavuus muodostuu ja pyritään tuomaan esille eri osien väliset suhteet.



Kuvio 2, Vaikutusketju (Heliskoski et al. Vaikuttavuuden askelmerkit – Työkaluja ja esimerkkejä palveluntuottajille. Sitran selvityksiä 130, 5)

Tarkasteltaessa toimintaa vain yhden organisaation tai profession näkökulmasta, ei useinkaan pystytä tunnistamaan ihmisten moniammatillisia ja monitieteellisiä, sektorirajat ylittäviä, ns. ”ilkeitä ongelmia”. Erityisesti tällaisessa ”ilkeiden ongelmien” tarkastelussa vaikutusketjuajattelua onkin syytä laajentaa monitoimijaiseen suuntaan ja tarkastella asiaa vaikuttavuuden ekosysteeminäkökulmasta (kuvio 3). Tuolloin lähtökohdaksi hyväksytään se, että pyritäessä kohti vaikuttavuuden kokonaistavoitetta johtavia, haluttuja muutoksia valitussa kohderyhmässä, tarvitaan usean eri toimijan tekoja ja panoksia.



Kuvio 3. Vaikuttavuuden ekosysteemi (Heliskoski et al Vaikuttavuuden askelmerkit – Työkaluja ja esimerkkejä palveluntuottajille. Sitran selvityksiä 130, 7)

Yksittäisen asiakkaan näkökulmasta rakentuu toiminnan vaikuttavuus siitä, miten koko palveluketju vastaa palvelutarpeisiin. Tämän vuoksi näkökulma tulee nostaa organisaatiotasolta / yksittäisen palveluntuottajan tasolta kokonaisuuden tarkasteluun. Tilanteissa, joissa palvelu rakentuu eri toimijoiden tuottamista kokonaisuuksista, ei toivottua lopputulosta saavuteta yksittäisen toimijan toimenpiteillä, vaan siihen tarvitaan kokonaisuuden hallintaa ja sitä, että eri palvelut linkittyvät saumattomasti ja toisiaan tukien yhteen. Tähän tarvitaan sitä, että toimintaa järjestävällä/rahoittavalla taholla on mahdollisuus edistää palveluintegraatiota.

*"Vaikutusketjun tavoitelähtöinen tarkastelu korostaa yhteistyön merkitystä yhteiskunnallisen hyödyn syntymisessä. Tavoitteellista vaikuttavuutta voidaankin tarkastella ketjun sijaan vaikuttavuuden ekosysteeminä. Ekosysteemi tekee näkyväksi, miten yhteiseksi tavoitteeksi asetettu yhteiskunnallinen hyöty laajenee vaikutuskehien kautta useiden tekojen ja panosten verkostoksi. Ekosysteemin kautta on myös helppo ymmärtää, miksi yksittäinen palveluntuottaja voi osallistua useiden eri muutosten toteuttamiseen, muttei useinkaan pysty yksin tuottamaan kaikkia yhteiskunnallisen hyödyn syntymiseen tarvittavia tekoja."*¹⁴

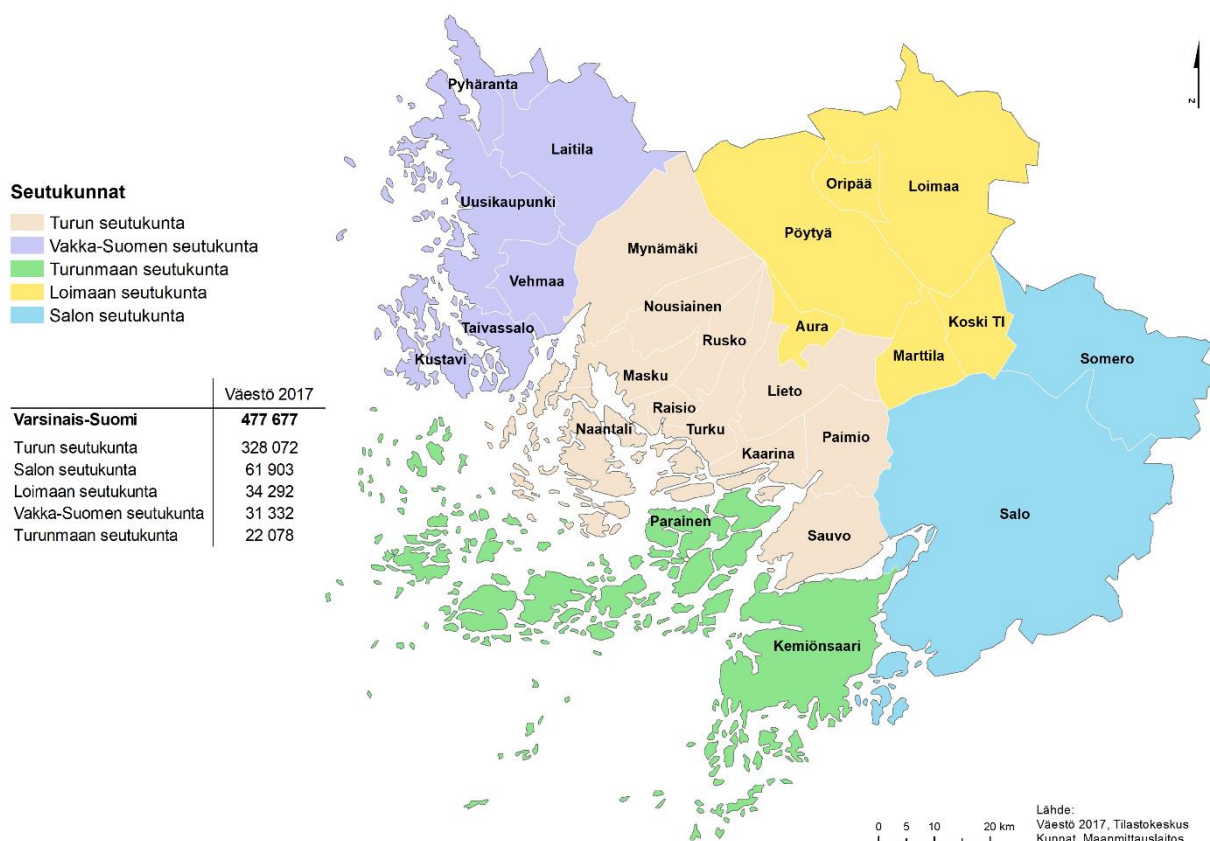
¹⁴ Heliskoski J. et al : Vaikuttavuuden askelmerkit – Työkaluja ja esimerkkejä palveluntuottajille. Sitran selvityksiä 130.

2. ALUEEN VÄESTÖRAKENNE JA VÄESTÖN HYVINVOINNIN TILA

Väestörakennetta ja väestön hyvinvoinnin tilaa tarkasteltaessa käytetään materiaalina pääosin vuonna 2018 laaditun alueellisen hyvinvointikertomuksen materiaalia, jota on täydennetty joillakin lisätiedoilla.

2.1. Varsinais-Suomen väestö

Varsinais-Suomi koostuu Loimaan, Salon, Turun, Vakka-Suomen ja Turunmaan seutukunnista¹⁵ ja maakuntaan kuuluu 27 kuntaa, joista 11 on kaupunkia. Maakunnan väkiluku 31. joulukuuta 2017 oli 477 677 henkeä, joten se oli Uudenmaan ja Pirkanmaan jälkeen Suomen kolmanneksi runsasväkisin maakunta. Maakunnan valtakunnallinen väestöosuus on noin 8,7 prosenttia. Alueen asukasluvultaan suurin kaupunki on Turku. Varsinais-Suomi sisältää väestömäärältään hyvin erikokoisia kuntia, noin 900 asukkaan kunnasta (Kustavi) melkein 190 000 asukkaan kaupunkiin (Turku). Varsinais-Suomen kunnista kaksikielisiä ovat Kemiönsaari, Parainen ja Turku.



Kuvio 4: Varsinais-Suomen kunnat, seudut ja väestö

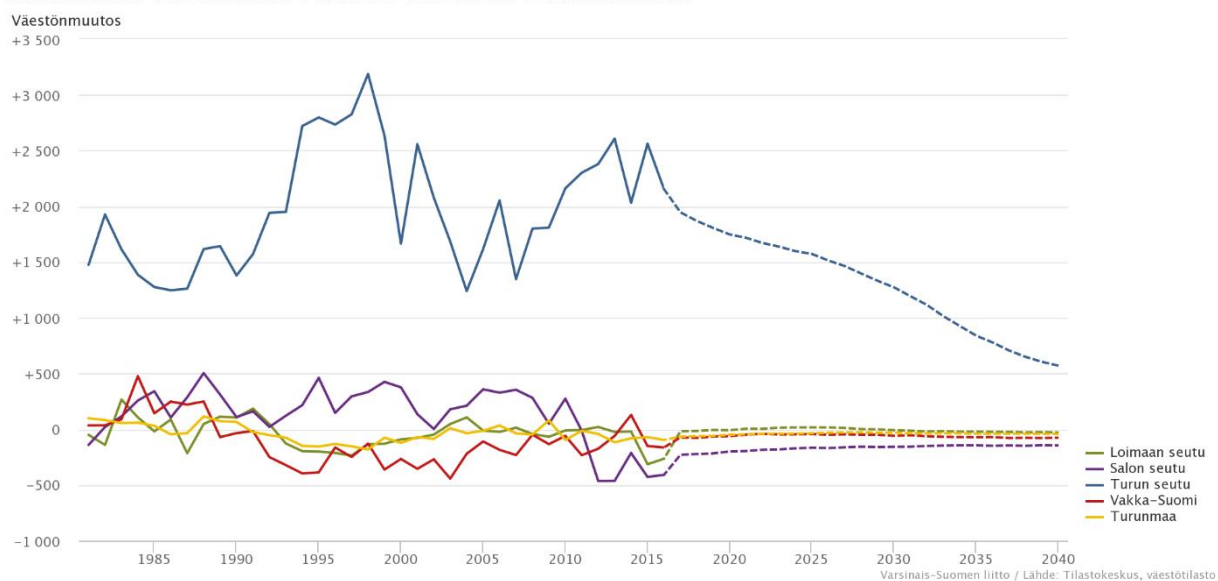
Alueen väestömäärä on koko 2000-luvun ajan ollut kasvussa. Varsinais-Suomen väestömäärä kokonaisuudessaan on kasvanut vuodesta 2010 vuoteen 2017 yhteensä 6,8 % eli 30 574 henkilöä. Alueellisesti on huomioitavaa, että väestönkasvu keskittyy Turun seudulle, jossa väestömäärä on lisääntynyt edellisestä vuodesta 2907 henkilöä (kuvio 5). Voimakkaimmin väestömäärä on edellisen seitsemän vuoden aikana kasvanut, Maskussa, Kaarinassa, Liedossa ja Ruskolla (Taulukko 1).

¹⁵ Seutukunnilla ei enää ole virallista asemaa aluejakona.

Taulukko 1: Varsinais-Suomen kuntien väestömäärän kehitys 2010–2017 (Tilastokeskus)

	2010	2017	Muutos- %
Varsinais-Suomen maa-			
kunta	447103	477677	6,8
..Aura	3338	3991	19,6
..Kaarina	26746	33099	23,8
..Kemiönsaari	7663	6793	-11,4
..Koski Tl	2550	2359	-7,5
..Kustavi	1008	923	-8,4
..Laitila	8821	8610	-2,4
..Lieto	16090	19596	21,8
..Loimaa	17585	16150	-8,2
..Marttila	2135	1988	-6,9
..Masku	7763	9656	24,4
..Mynämäki	7870	7838	-0,4
..Naantali	16743	19167	14,5
..Nousiainen	4189	4813	14,9
..Oripää	1342	1382	3,0
..Paimio	9815	10730	9,3
..Parainen	15295	15285	-0,1
..Pyhäranta	2311	2077	-10,1
..Pöytyä	8332	8422	1,1
..Raisio	23149	24234	4,7
..Rusko	5174	6263	21,0
..Salo	52604	52984	0,7
..Sauvo	2851	3007	5,5
..Somero	9789	8919	-8,9
..Taivassalo	1821	1654	-9,2
..Turku	172561	189669	9,9
..Uusikaupunki	17019	15752	-7,4
..Vehmaa	2539	2316	-8,8

Asukasluvun vuosimuutos Varsinais-Suomessa seutukunnittain



Kuvio 5: Varsinais-Suomen seutujen väestömäärän kehitys ja ennuste 1980–2040 (Tilastokeskus)

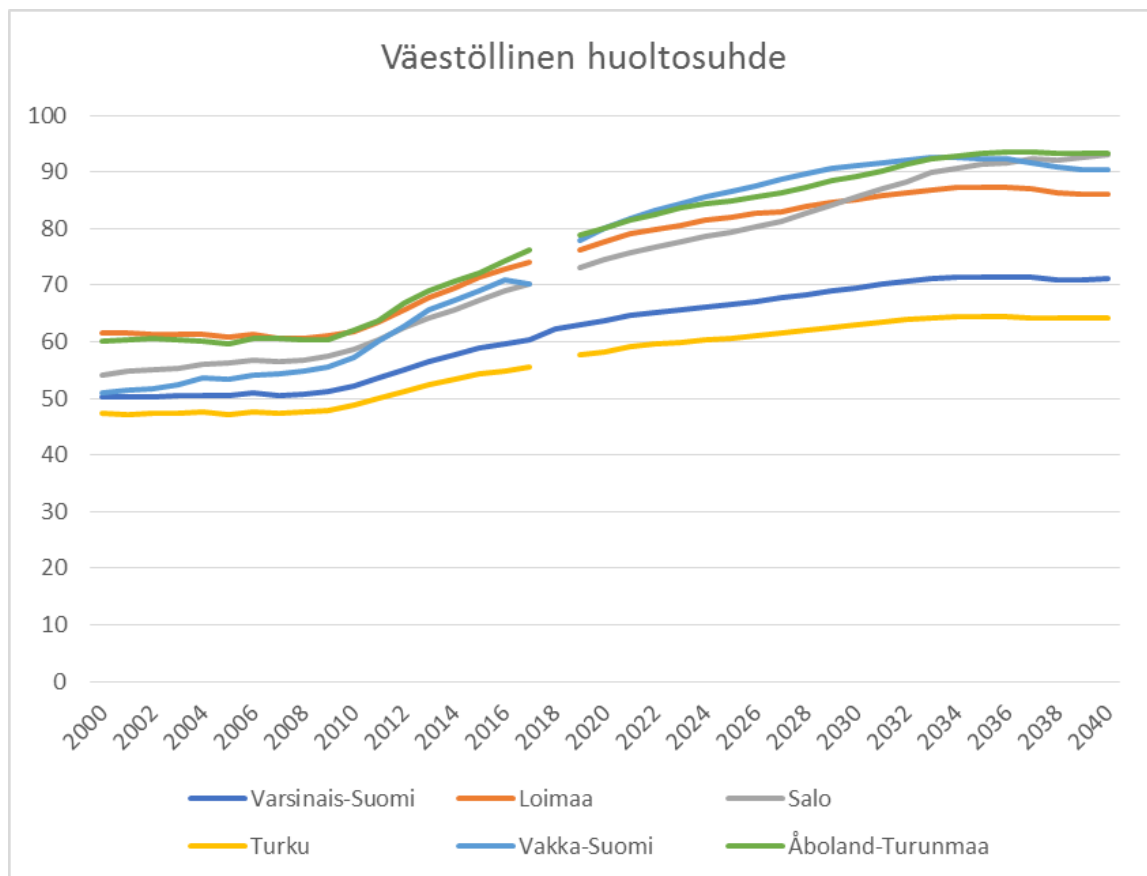
Väestömäärän ennakoidaan vuoteen 2030 mennessä kasvavan maakunnassa 4 %. Kasvu painottuu erityisesti Turun seudulle, jossa väestön ennustetaan kasvavan lähes 7 %. Maakunnan muilla seuduilla väestön määrän on ennakoitu vähenevän tai kasvavan maltillisesti. Väestöennuste perustuu Tilastokeskuksen laatimaan trendilaskelmaan, jossa lähdetään siitä, että syntyvyyden ja kuolleisuuden kehitys sekä muuttoliike ovat jatkossakin suunnilleen aiempien vuosien tasolla. Tämän ennusteen mukaan alueen väestömäärä olisi vuonna 2020 runsaat 480 000 ja vuonna 2030 vajaat 495 000 henkilöä (taulukko 2).

Taulukko 2: Varsinais-Suomen ja sen seutujen väestöennuste 2020 – 2030 (Tilastokeskus)

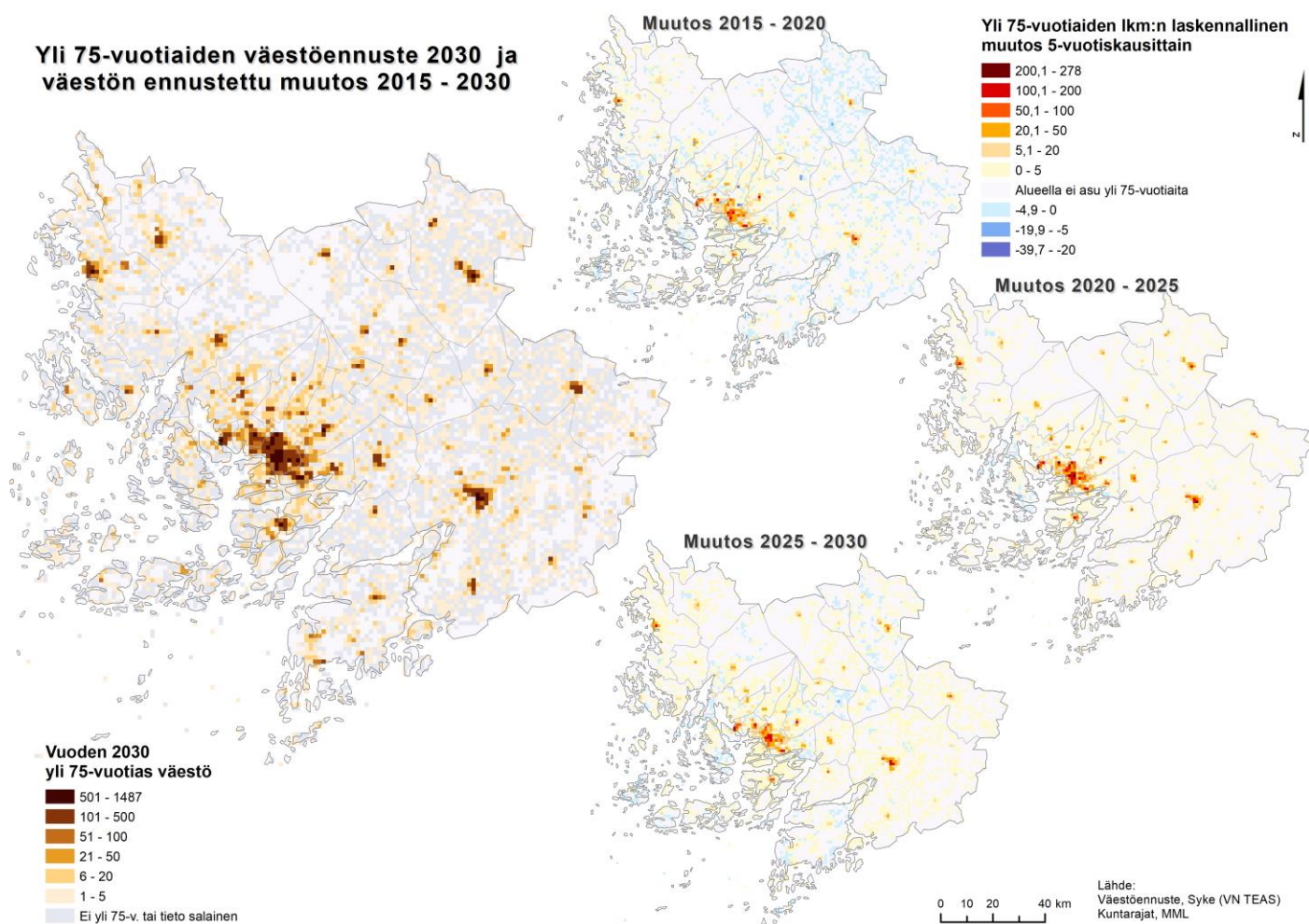
	Väestö 2016	Ennuste 2020	Ennuste 2025	Ennuste 2030	Muutos 16-30	Muutos, % 16-30
Varsinais-Suomi	475 543	481 701	488 628	494 420	18 877	4,0
Turun seutu	325 340	332 048	340 247	347 227	21 887	6,7
Salon seutu	62 573	61 993	61 095	60 289	-2 284	-3,7
Loimaan seutu	34 554	34 993	35 047	35 066	512	1,5
Vakka-Suomi	30 806	30 636	30 409	30 157	-649	-2,1
Turunmaa	22 270	22 031	21 830	21 681	-589	-2,6

Palvelutarpeen ja kuntien taloudellisen kantokyvyn kannalta olennaista on tarkastella väestömäärän lisäksi myös väestörakennetta. Tilastokeskuksen laatiman väestöennusteen mukaan väestöllinen huoltosuhde (alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden määrän suhde 15–64 -vuotiaiden määrään) heikkenee vuoteen 2030 edettäessä Varsinais-Suomessa kokonaisuudessaan samaa vauhtia koko maan kehityksen kanssa (kuvio 6). Maakunnan sisällä on alueittain suuria eroja sekä lähtötilanteessa että tulevassa kehityksessä. Huoltosuhteen heikkeneminen johtuu pääosin väestön ikääntymisestä sekä elinajanodotteen pitenemisestä. Väestönkasvussa painottuu hyvin voimakkaasti ikääntyvän väestön kasvu. Huomioitavaa on myös se, että ikääntyvän väestön määrä kasvaa nimenomaan taajamissa, erityisesti Turun seudun keskustaajamassa¹⁶. Kuviossa 7 on esitetty ennuste siitä, miten ja millä alueilla 75 vuotta täyttäneen väestön määrä kasvaa viisivuotiskausittain ja kokonaisuudessaan ajalla 2015 – 2030. Eri ikäryhmien osuuden kehitystä kokonaisväestöstä Varsinais-Suomessa ja sen kunnissa on kuvattu kuviossa 8.

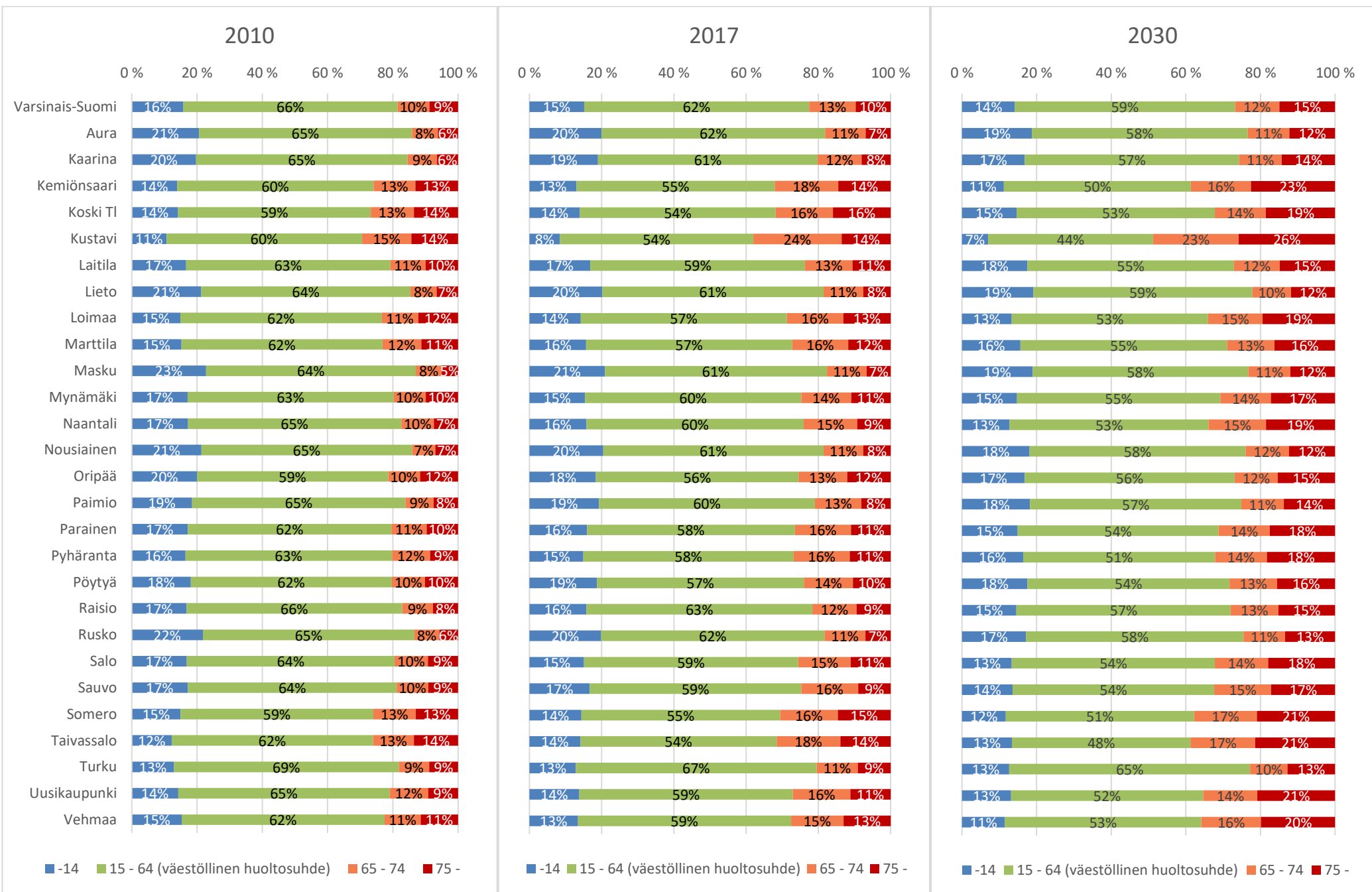
¹⁶ Taajamaksi määritellään kaikki vähintään 200 asukkaan rakennusryhmät, joissa rakennusten välinen etäisyys ei yleensä ole 200 metriä suurempi. Taajamien rajauksissa otetaan huomioon asuinrakennusten lisäksi mm. liike-, toimisto- ym. työpaikkoina käytettävät rakennukset. Hallinnollisilla aluejaoilla ei ole vaikutusta taajamien muodostamiseen. (Tilastokeskus)



Kuvio 6. Väestöllinen huoltosuhde ja ennuste (Tilastokeskus)



Kuvio 7. 75 vuotta täyttäneiden väestöennuste alueittain. Kuva: Laura Virtanen)



Kuvio 8. Väestön ikäjakauma Varsinais-Suomessa ja kunnittain (Tilastokeskus)

Väestörakennetta ja alueen palvelutarvetta tarkasteltaessa tulee huomioida alueen kaksikielisyys sekä maahanmuuton vaikutus. Muuta kieltä kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvien osuus väestöstä on kasvanut koko 2000-luvun ajan. Vuoden 2018 lopussa osuus väestöstä oli 7,1 %. Eniten muuta kieltä kuin suomea, ruotsia tai saamea äidinkielenään puhuvia on Turun ja Salon seuduilla ja niissä erityisesti Turun, Raision ja Salon kaupungeissa (taulukko 3).

Taulukko 3. Maakunnan ja seutukuntien suomen-, ruotsin-, saamen- ja vieraskielisten määrät ja osuudet 2010 ja 2019 (Tilastokeskus)

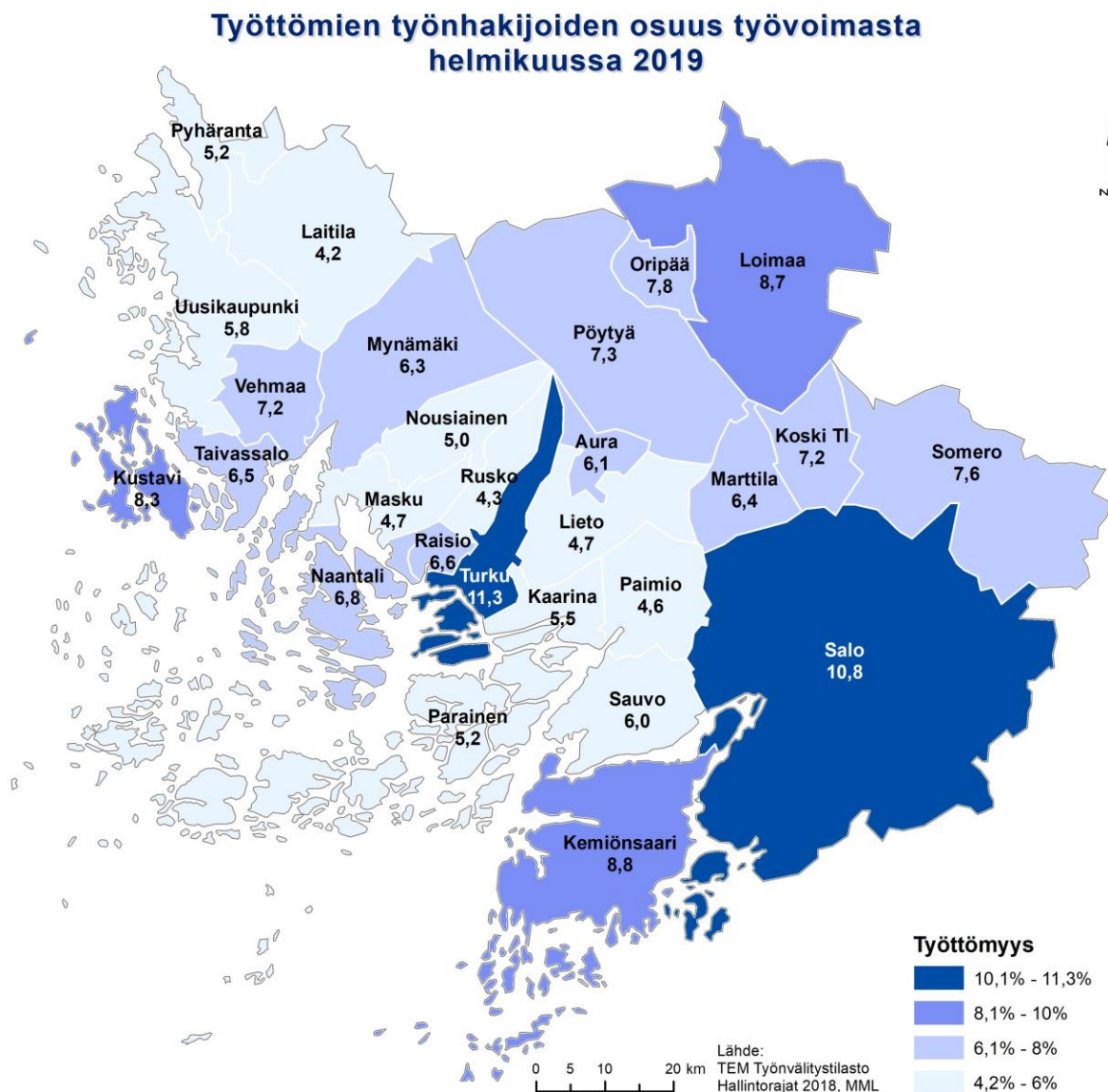
VARSINAIS-SUOMEN MAAKUNTA	2010	2018		VARSINAIS-SUOMEN MAAKUNTA	2010	2018
Suomenkielisiä	417906	417242		Suomenkielisten osuus, %	89,8	87,2
Ruotsinkielisiä	26663	27138		Ruotsinkielisten osuus, %	5,7	5,7
Saamenkielisiä	8	21		Vieraskielisten osuus, %	4,4	7,1
Vieraskielisiä	20606	34181		Loimaan seutukunta	2010	2018
Loimaan seutukunta	2010	2018		Suomenkielisten osuus, %	98,1	96,3
Suomenkielisiä	34502	32795		Ruotsinkielisten osuus, %	0,4	0,4
Ruotsinkielisiä	128	140		Vieraskielisten osuus, %	1,5	3,3
Saamenkielisiä	1	2		Salon seutukunta	2010	2018
Vieraskielisiä	534	1134		Suomenkielisten osuus, %	94,5	93,3
Salon seutukunta	2010	2018		Ruotsinkielisten osuus, %	1	1
Suomenkielisiä	61020	57075		Vieraskielisten osuus, %	4,5	5,6
Ruotsinkielisiä	641	638		Turun seutukunta	2010	2018
Saamenkielisiä	0	1		Suomenkielisten osuus, %	90,9	87,7
Vieraskielisiä	2904	3435		Ruotsinkielisten osuus, %	3,8	4
Turun seutukunta	2010	2018		Vieraskielisten osuus, %	5,3	8,3
Suomenkielisiä	283100	289572		Vakka-Suomen seutukunta	2010	2018
Ruotsinkielisiä	11777	13218		Suomenkielisten osuus, %	98,3	94,6
Saamenkielisiä	6	17		Ruotsinkielisten osuus, %	0,4	0,5
Vieraskielisiä	16417	27366		Vieraskielisten osuus, %	1,2	5
Vakka-Suomen seutukunta	2010	2018		Turunmaan seutukunta	2010	2018
Suomenkielisiä	30927	29554		Suomenkielisten osuus, %	36,8	37,6
Ruotsinkielisiä	140	142		Ruotsinkielisten osuus, %	61,6	59,2
Saamenkielisiä	1	1		Vieraskielisten osuus, %	1,6	3,2
Vieraskielisiä	393	1551				
Turunmaan seutukunta	2010	2018				
Suomenkielisiä	8357	8246				
Ruotsinkielisiä	13977	13000				
Saamenkielisiä	0	0				
Vieraskielisiä	358	695				

2.2. Väestön hyvinvointi ja terveys

Pitkäaikaistyöttömyys ja koulutuksen ulkopuolelle jääminen on usein yhteydessä huono-osaisuuteen. Kaikkia työttömiä ei voida, eikä ole perusteltuakaan, luokitella huono-osaisiksi, mutta huono-osaisten keskuudessa työttömät ovat yliedustettuina.

Varsinais-Suomessa työttömyysaste oli helmikuussa 2019 8,7 %. Vuoden takaiseen vertailussa työttömyysaste on laskenut 1,2 prosenttiyksikköä. Työttömien osuus työvoimasta oli pienempi kuin koko maassa (9,4 %). Työttömyys on maakunnassa selvästi korkeinta Turussa ja Salossa (kuvio 9).

Helmikuun 2019 lopussa yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleita pitkäaikaistyöttömiä oli 5 400, mikä on 2 200 (-27 %) vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Pitkäaikaistyöttömyys on supistunut Varsinais-Suomessa 47 prosentilla eli yli 4700 hengellä kahdessa vuodessa¹⁷.



Kuvio 9. Työttömien työnhakijoiden osuus työvoimasta Varsinais-Suomen kunnissa helmikuun lopussa 2019 (Kuva: Laura Virtanen, lähde: TEM työnvälitystilasto)

Vuoden 2016 lopun tietojen mukaan Varsinais-Suomi lukeutuu maakunnaksi, jossa koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten osuus on lähes sama kuin maan keskiarvo (taulukko 4). Kuntakohtainen vaihtelu on kuitenkin suurta. Koulutuksen ulkopuolelle jääminen on voimakas ilmiö erityisesti Loimaan seudulla ja muuta aluetta korkeampaa myös Vakka-Suomessa.

Kansainvälisesti käytetty tapa mitata pienituloisuutta perustuu mittariin, jolla osoitetaan suhteellisesti se osa väestöstä, jonka käytettävissä olevat tulot ovat alle pienituloisuuden rajan. Pienituloisuuden rajaksi määritellään 60 prosenttia kaikkien tulonsaajien mediaanitulosta.

Varsinais-suomalaisten pienituloisuus aste on hieman laskenut, mutta se on edelleen lähes prosenttiyksikön verran muuta maata korkeammalla tasolla. Tarkasteltaessa pienituloisuusastetta tarkemmin huomataan, että pienituloisia on eniten Salon, Loimaan ja Turun seuduilla. Turun seudulla turkulaisten

¹⁷ Varsinais-Suomen työllisyyskatsaus, helmikuu 2019, ELY

pienituloisten suuri osuus nostaa seutukunnan keskiarvoa. Turun pienituloisten suurta määrää selittää opiskelijoiden sekä maahanmuuttajaväestön suuri osuus.

Taulukko 4: Koulutuksen ulkopuolelle jääneet / Pienituloisuusaste 2017 (Sotkanet)

2017	Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17-24 -vuotiaat	Pienituloisuusaste
Koko maa	8,1	12,8
Varsinais-Suomi	8,0	13,4
Loimaan seutukunta	13,3	13,9
Salon seutukunta	8,7	14,4
Turun seutukunta	7,4	13,6
Vakka-Suomen seutukunta	10,3	10,8
Åboland-Turunmaan seutukunta	8,4	10,6
Aura	9,6	8,8
Kaarina	8,2	7,2
Kemiönsaari	10,0	14,4
Koski	9,4	15,5
Kustavi	15,5	14,2
Laitila	10,6	12,3
Lieto	7,3	6,8
Loimaa	15,0	15,5
Marttila	9,4	13,5
Masku	4,7	4,9
Mynämäki	9,2	10,3
Naantali	8,5	7,5
Nousiainen	4,0	7,8
Oripää	11,0	16,2
Paimio	8,1	8,9
Parainen	7,8	8,9
Pyhäranta	4,7	8,9
Pöytyä	14,2	12,3
Raisio	8,6	9,2
Rusko	7,0	4,9
Salo	9,1	14,3
Sauvo	4,2	10,5
Somero	6,2	15
Taivassalo	11,7	13
Turku	7,2	18,1
Uusikaupunki	10,9	9,7
Vehmaa	7,3	11,8

Taulukko 5: THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksi Varsinais-Suomen alueella, vertailuna Pirkanmaa ja koko maa

			2010	2011	2012	2013	2014
Aivoverisuonitauti-indeksi, ikävakioitu info ind. 249	Koko maa	yhteensä	108,0	106,4	104,3	102,6	100,0
	Pirkanmaa		105,8	100,4	95,4	92,6	90,8
	Varsinais-Suomi		102,0	100,3	100,6	98,2	98,6
Dementiaindeksi, ikävakioitu info ind. 257	Koko maa		98,4	102,7	105,4	104,5	100,0
	Pirkanmaa		94,8	98,1	100,4	98,9	93,4
	Varsinais-Suomi		86,9	89,1	90,5	88,8	83,7
Mielenterveysindeksi, ikävakioitu info ind. 253	Koko maa		109,1	106,5	105,2	103,1	100,0
	Pirkanmaa		107,4	107,6	109,5	108,9	106,1
	Varsinais-Suomi		134,4	127,9	115,2	104,3	87,6
Sepelvaltimotauti-indeksi, ikävakioitu info ind. 247	Koko maa		107,0	103,7	100,8	99,9	100,0
	Pirkanmaa		92,6	93,6	92,3	90,7	89,2
	Varsinais-Suomi		93,0	89,7	86,5	85,6	89,4
Syöpäindeksi, ikävakioitu info ind. 245	Koko maa		98,1	97,4	98,2	99,3	100,0
	Pirkanmaa		101,7	101,6	101,5	104,2	107,6
	Varsinais-Suomi		100,9	102,6	103,7	105,5	104,3
THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioitu info ind. 243	Koko maa		107,9	106,2	104,8	102,8	100,0
	Pirkanmaa		104,4	103,8	103,1	101,6	99,3
	Varsinais-Suomi		112,9	109,7	105,0	100,4	94,3
Tapaturmaindeksi, ikävakioitu info ind. 255	Koko maa		106,0	105,3	105,3	103,1	100,0
	Pirkanmaa		102,9	105,2	104,7	101,8	98,8
	Varsinais-Suomi		109,4	105,2	103,4	100,3	97,0
Tuki- ja liikuntaelinsairausindeksi, ikävakioitu info ind. 251	Koko maa		117,5	114,4	110,5	105,7	100,0
	Pirkanmaa		109,4	107,2	104,3	100,2	95,1
	Varsinais-Suomi		115,8	111,5	107,0	102,0	97,0

THL:n sairastavuusindeksin avulla (Taulukko 5) kuvataan alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Indeksien sisältämät sairausryhmät ovat syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat ja dementia.

Vertailun näkökulmasta on mielekästä katsoa Varsinais-Suomen tasoa suhteessa koko maahan sekä Pirkanmaahan. Pirkanmaa on läheisin verrokkimaakunta Varsinais-Suomelle sekä kokonsa että rakenteensa puolesta.

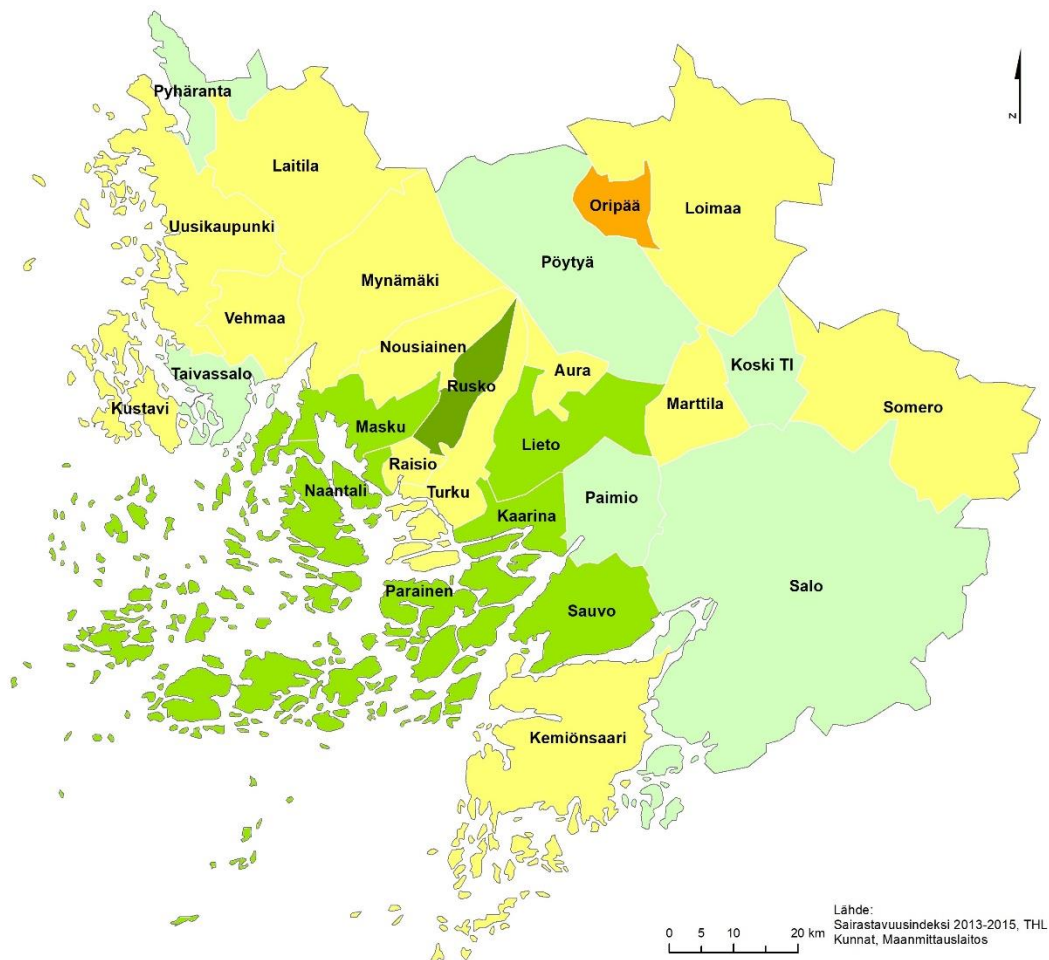
Varsinais-Suomessa sairastetaan jonkin verran vähemmän kuin koko maassa keskimäärin ja indeksin kehityksen suunta on ollut systemaattisesti aleneva. Ainoastaan syöpäindeksin osalta Varsinais-Suomessa on selvästi koko maan keskiarvoa korkeampi taso. Mielenterveysindeksi on tullut voimakkaasti alas ja alittaa ensimmäistä kertaa vertailujakson aikana maan keskiarvon tason. Kehitystä selittää suurelta osin Turussa tapahtunut vastaava hyvä kehitys. Myös tapaturmaindeksi ja tuki- ja liikuntaelinsairauksienindeksi ovat laskeneet koko vertailujakson ja alittaneet ensimmäistä kertaa maan keskiarvon tason. Syöpäindeksin kehityksen lisäksi huomiota täytyy kiinnittää sepelvaltimotauti-indeksin nousuun, jota sitäkin selittää Turussa tapahtunut vastaavan suuntainen kehitys. Kuntakohtaista vertailua ei erityisesti hyvin pienten kuntien kohdalla ole mielekästä tehdä. Kunnittain raportoitavien indeksien pohjalta on kuitenkin hyvä analysoida tarkemmin syitä sairastavuuden erojen takana varsinkin liittyen niihin tekijöihin, joihin voidaan eri tavoin vaikuttaa (kuviot 10–11).

**Sairastavuusindeksi
2013-2015**

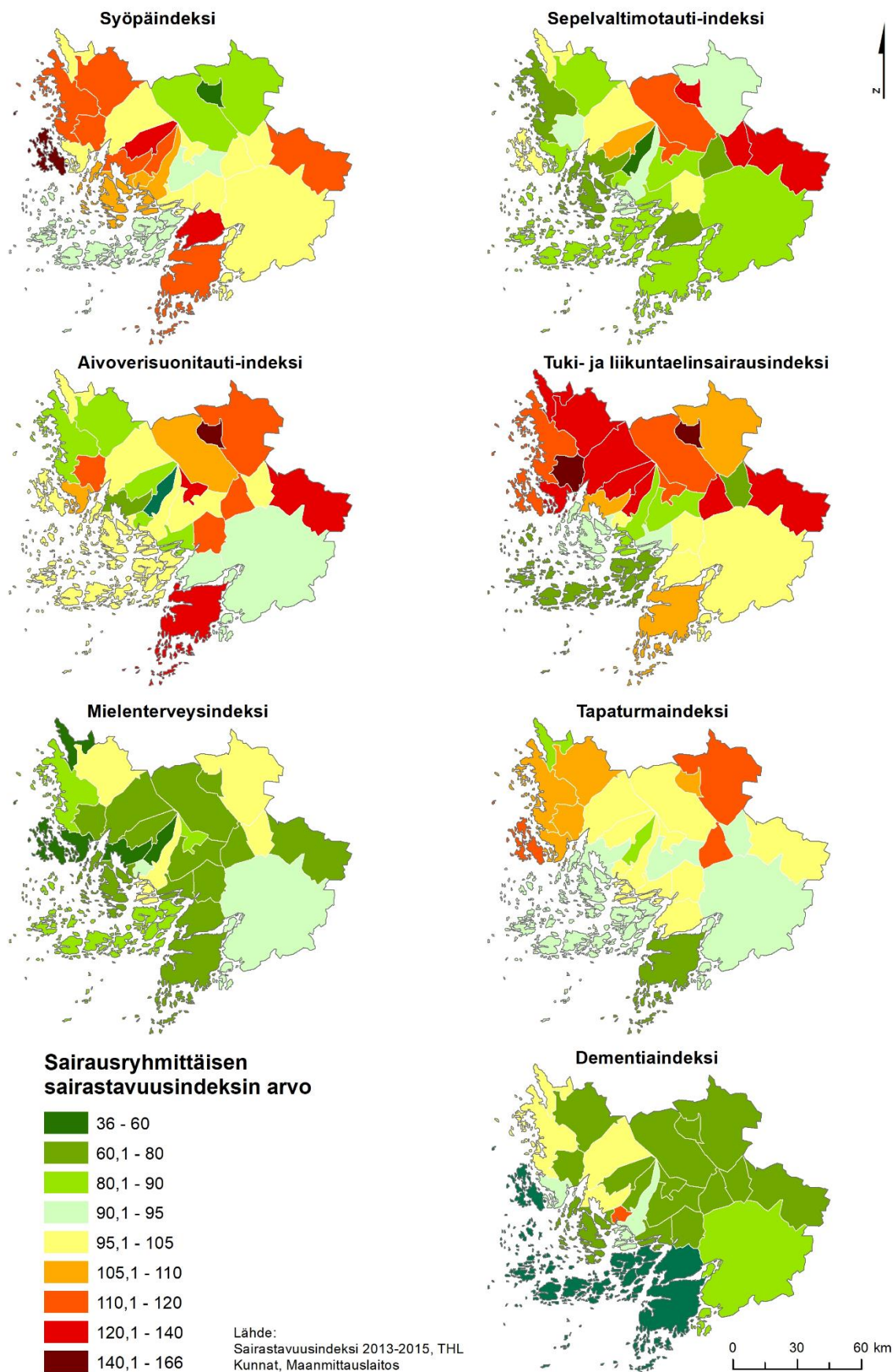


**Koko maan keskiarvo
on 100**

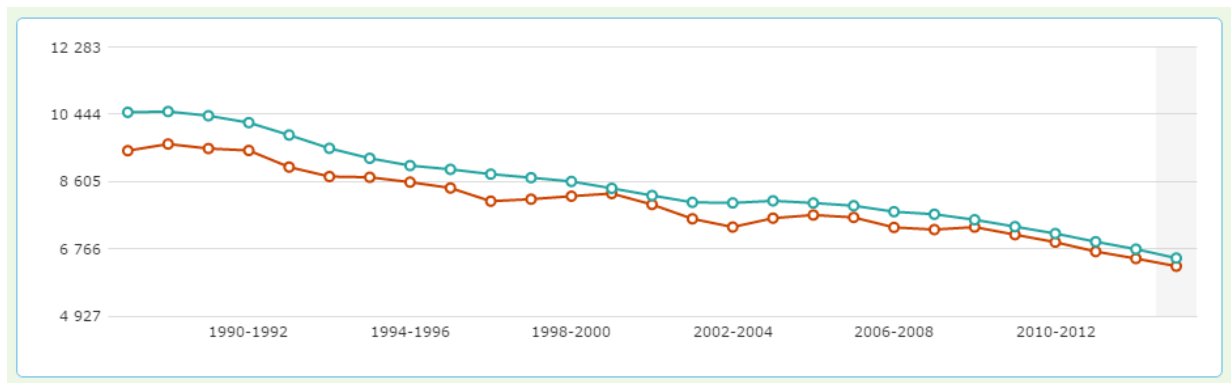
Kunta	Indeksi
Rusko	77,6
Masku	83,2
Lieto	83,3
Parainen	83,4
Naantali	86,2
Kaarina	87,6
Sauvo	89,2
Pyhäranta	91,4
Paimio	91,9
Koski Tl	92,3
Salo	93,5
Taivassalo	93,5
Pöytyä	94,1
Kemiönsaari	95,4
Turku	96,4
Marttila	96,6
Mynämäki	97,0
Uusikaupunki	97,0
Raisio	97,2
Nousiainen	97,5
Kustavi	99,0
Aura	99,8
Vehmaa	101,0
Loimaa	101,7
Somero	104,0
Laitila	104,8
Oripää	105,5



Kuvio 10: THL:n sairastavuusindeksit kunnittain.



Kuvio 11: THL:n sairausryhmittäiset indeksit kunnittain.



Kuvio 12: Menetetyt elinvuodet (PYLL) Varsinais-Suomessa ja koko maassa vuosina 1990-2015.

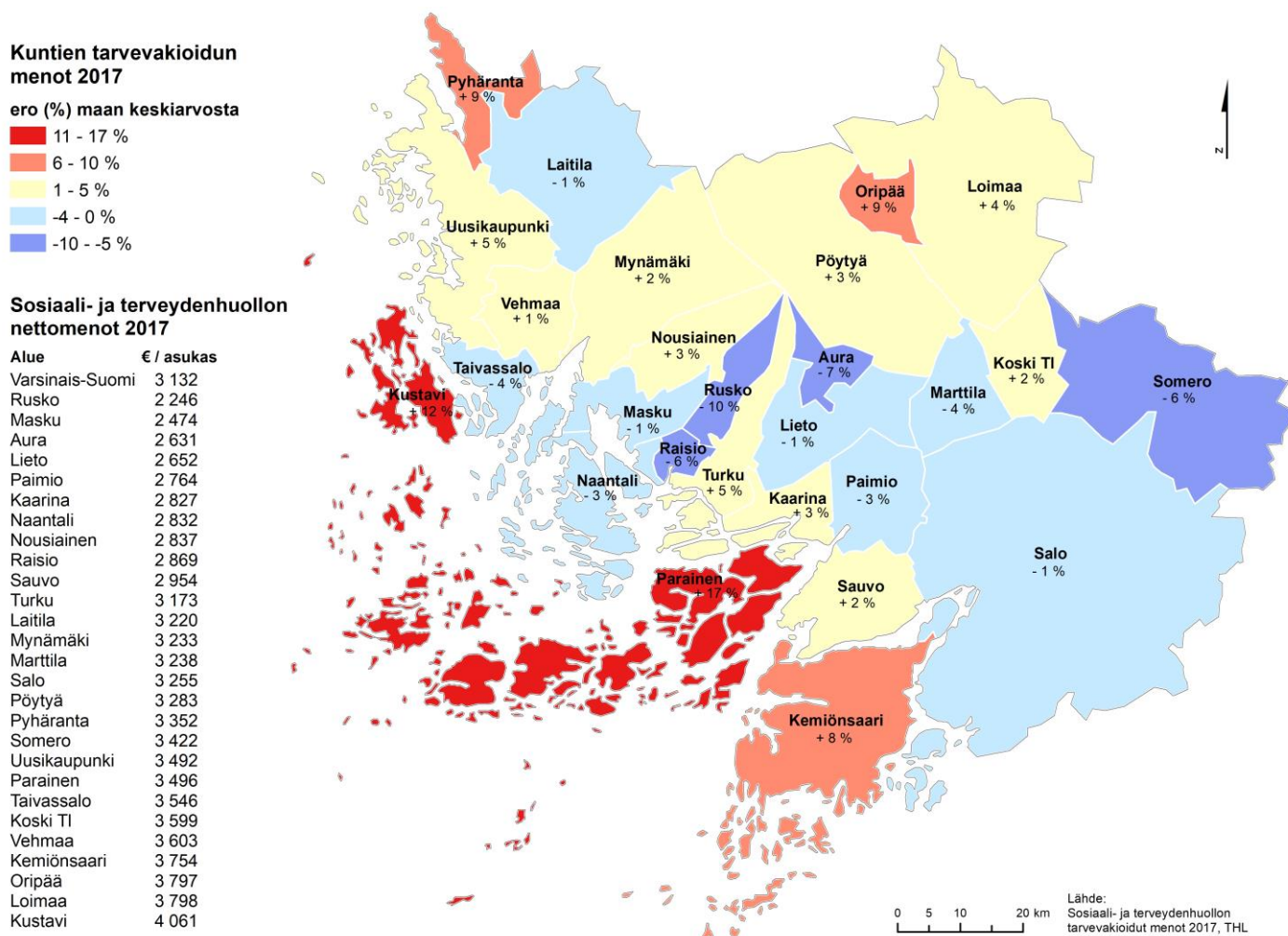
PYLL-indeksi (Potential Years of LifeLost) ilmaisee ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti. Indikaattori on kansainvälisesti laajasti käytetty, ja se mittaa ennenaikaista kuolleisuutta korostaen nuorella iällä tapahtuvien kuolemantapausten merkitystä. Varsinais-Suomen PYLL-indeksin (Kuvio 12) keskiarvo oli 6 288 menetettyä ikävuotta (2013-2014). Luku on vertailujakson aikana laskenut ja selvästi Suomen keskiarvon 6 509 alapuolella. Koko suomen keskiarvon ja Varsinais-Suomen keskiarvon välinen ero on kuitenkin kaventunut seurantajaksoilla. Turussa menetettyjen elinvuosien määrä oli selvästi koko maakunnan sekä valtakunnan tason yläpuolella (6658), joten tulokset alueen muissa kunnissa ovat vielä maakunnan keskiarvoakin alemmalla tasolla.

3. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSET

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisee vuosittain tilastoraportin kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioituista nettokustannuksista. Tarvevakioidut menot auttavat tarkastelemaan kuntien asukaskohtaisia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia sekä palvelutarpeita. Tunnusluvut on laskettu poikkileikkausaineistosta, joten eri vuosien tietoja ei voi vertailla keskenään. Tilasto kertoo kuitenkin poikkileikkaustilanteen sosiaali- ja terveystalouden kustannuksista kunnittain. Tilastot pohjautuvat pääsääntöisesti kuntataloustilastoon, joka sisältää kuntien tilastokeskukselle vuosittain ilmoittamat tilinpäätöstiedot tehtäväluokittain. Tarvevakioiduissa menoissa ei ole huomioitu hallinnon kustannuksia eikä tulonsiirtoja.

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaisia kustannuksia on kuvattu kunnittain kuviossa 13. Kuviosta nähdään, että asukaskohtaisissa kustannuksissa on merkittäviä eroja. Kustavissa sosiaali- ja terveystalouteen kohdentui vuonna 2016 yhteensä vajaat 4100 € asukasta kohti, kun taas Ruskolla vastaava luku on runsaat 2 200 €. Kuviosta on esitetty myös kunnittain tarvevakioitujen menojen indeksi, joka kuvastaa kunnan tarvevakioitujen menojen suhdetta keskimääräisiin kustannuksiin (=100). Tarvevakioitujen menojen eroa maan keskiarvoon vertaamalla havaitaan, että erot kuntien välillä kapenevat, mutta tarvevakiointi ei kuitenkaan täysin tasaa kuntien välisiä eroja. Tarvevakioitujen menojen ero maan keskiarvoon verrattuna alittuu eniten Ruskolla (-10 %) ja ylittyy eniten Paraisilla (+17 %).

Jatkossa tulisikin tarkastella, johtuvatko kuntien väliset erot sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa palveluiden järjestämistavasta vai palvelutarpeesta, jota tarvekertoimet eivät selitä.

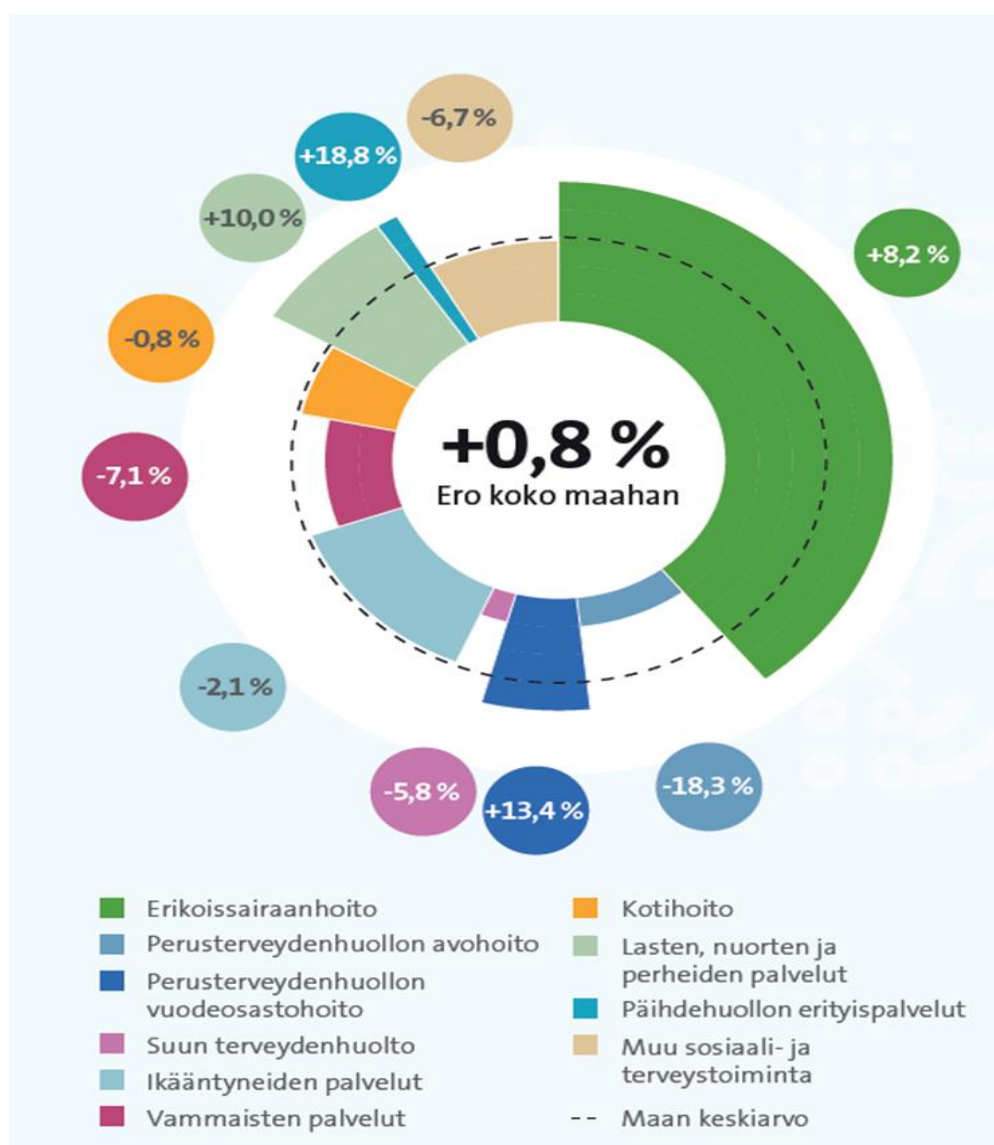


Kuvio 13. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettomenot ja tarvevakioidut menot vuonna 2017. (Kuva: Laura Virtanen, lähde: THL)

Osana Sote- ja maakuntauudistuksen valmistelua, laati THL syksyllä 2018 arvion Sosiaali- ja terveyspalveluista Varsinais-Suomessa¹⁸. Kuviossa 14 on esitetty palveluittain Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia verrattuna maan keskiarvoon.

Palvelukohtaista kustannusrakennetta koko maakunnan tasolla käytiin läpi laadittaessa osana sote- ja maakuntauudistuksen valmistelua Varsinais-Suomen koetalousarviota vuodelle 2021 ja koetalous-suunnitelmaa vuosille 2022 ja 2023¹⁹.

Koetalousarvion tekstiosuudessa tuodaan kuvion 14 osoittamankin mukaisesti esille, että Varsinais-Suomessa on erikoissairaanhoitopainotteinen palvelu- ja kustannusrakenne. Somaattista erikoissairaanhoitoa on väestön tarpeisiin nähden runsaasti saatavilla. Erikoissairaanhoitopainotteisuus näkyy taloudellisessa tarkastelussa vastaavasti matalina kustannuksina perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa. Sosiaalipalvelut ovat puolestaan kauttaaltaan painottuneet raskaampiin, ympärivuorokautisiin palveluihin. Perustason tuottamien kevyempien ja varhaisessa vaiheessa tarjottavien avopalvelujen osuus on pienempi. Kotona asuvien ikääntyneiden ja omaishoidon osuudet jäävät pieniksi verrattuna maan kärkeen. Koko Varsinais-Suomen talouden näkökulmasta tarkasteluna, nähtiin kehittämiskohteita erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluista, lasten, nuorten ja perheiden palveluista sekä ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluista.



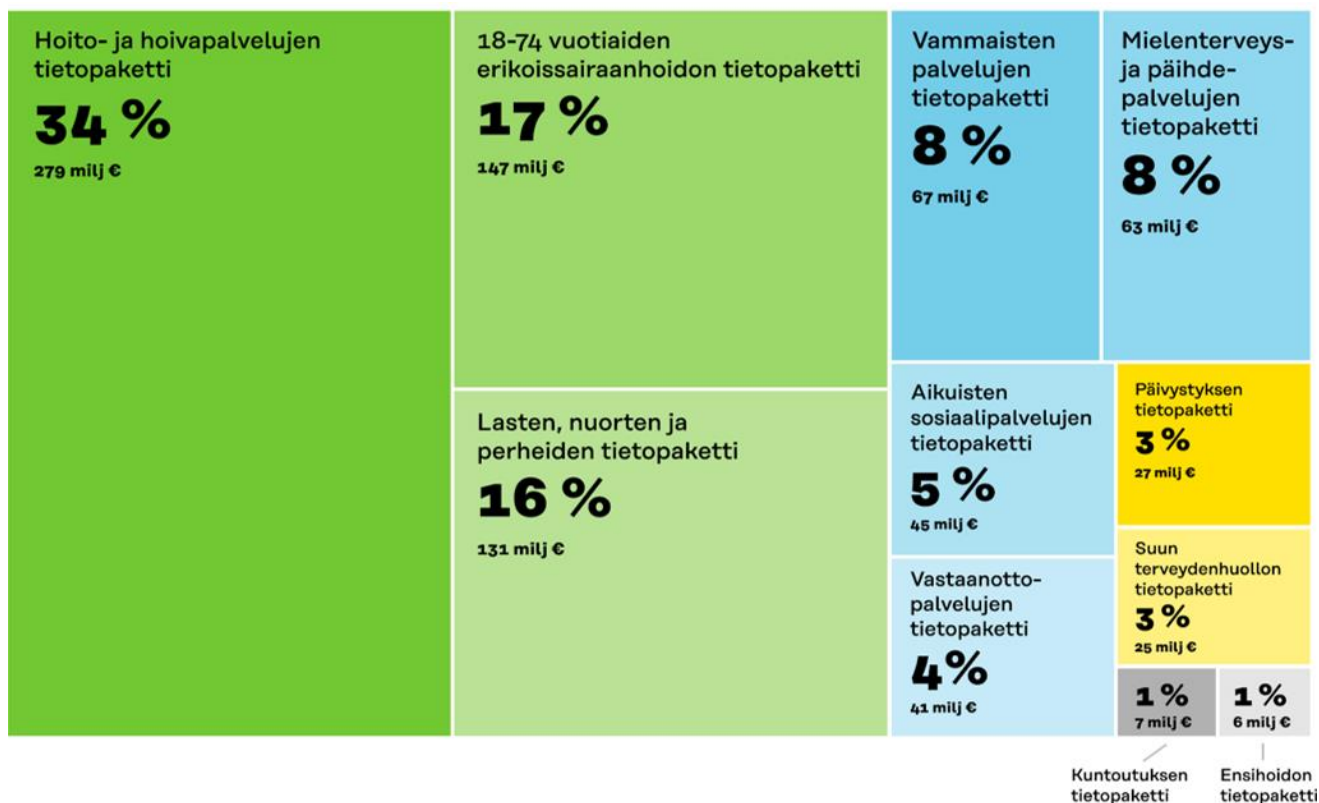
Kuvio 14. Lähde: THL 2018; Sosiaali- ja terveyspalvelut, Varsinais-Suomi. Asiantuntija-arvio syksy 2018.

¹⁸ THL 2018; Sosiaali- ja terveyspalvelut, Varsinais-Suomi. Asiantuntija-arvio syksy 2018.

¹⁹ Koetalousarvio 2021 ja koETS 2022-2023, Varsinais-Suomi

Sote-tietopaketit

Varsinais-Suomessa kerättiin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset vuodelta 2016 Turun, Raision, Ruskon ja Naantalin osalta osana Sitran rahoittamaa ”Sote-tietopakettien käyttöönotto Varsinais-Suomessa” –projektia. Kuntien kustannukset kattavat noin 54 % maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen nettokustannuksista (noin 1,5 mrd €). Aineiston pohjalta on laadittu kuviossa 15 näkyvä jaottelu kustannusten jakautumisesta tietopakettirakenteeseen.



Kuvio 15. Varsinais-Suomen (Turku, Raisio, Rusko ja Naantali) sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kohdennettuna tietopakettirakenteeseen. (Lähde: Tiekartta sote-tietopakettien käyttöönottoon, 2017).

Sote-tietopaketit antavat kokonaiskuvan siitä, mihin maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kohdentuvat. Sote-tietopaketit koostuvat 11 perustietopaketista ja 4 täydentävästä tietopaketista, joihin yhdistetään kuntien rahoitusvastuulla olevien kustannusten lisäksi myös KELAn vastuulla olevia kustannuksia. Perustietopaketit rakennetaan joko asiakkaiden iän tai palvelutarpeen näkökulmasta siten, että palvelun luonne määrittää kustannusten kohdentamisen organisaattiorakenteen sijaan. Esimerkiksi hoito- ja hoivapalveluiden tietopakettiin kohdennetaan pääsääntöisesti yli 75-vuotiaiden asiakkaiden palvelut, mukaan lukien erikoissairaanhoidon palvelut. Vastaanottopalvelujen ja suun terveydenhuollon tietopaketit puolestaan sisältävät koko väestölle suunnattuja palveluita ilman ikärajausta.

Varsinais-Suomessa 34 % sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista kohdentui hoito- ja hoivapalveluihin eli ikääntyneiden palveluihin. Osuus on korkeampi kuin perinteisessä tarkastelussa, sillä hoito- ja hoivapalveluiden tietopakettiin on kohdennettu myös yli 75-vuotiaille kohdennetut erikoissairaanhoidon palvelujen kustannukset. Toiseksi eniten kustannuksia kohdentui 18-74-vuotiaiden erikoissairaanhoidon palveluihin (17 %) ja kolmanneksi eniten lasten, nuorten ja perheiden palveluihin (16 %). Erikoissairaanhoidon osuus on perinteistä tarkastelua matampi, sillä järjestämisen näkökulmasta on tarkoituksenmukaista tarkastella erikoissairaanhoidoa yhdessä muiden palveluiden kanssa kokonaiskuvan saamiseksi tietyn asiakasryhmän osalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista 8 % kohdentui vammaisten palveluihin sekä mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja 5 % aikuisten sosiaalipalveluihin. Vastaanottopalveluihin ja suun terveydenhuollon palveluihin kohdentui yhteensä noin 7 % kokonaiskustannuksista.

Epätarkkuutta kustannusten vertailussa aiheuttavat palveluiden järjestämistavat lähinnä perusterveydenhuollon avopalveluissa, maahanmuuttopalveluissa sekä työllistämispalveluissa. Myös lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistavoissa on eroja kuntien välillä, osa kunnista on keskittänyt kuntoutuksen palvelut täysin, kun taas osa on keskittänyt palvelut osittain ja osa resursseista on suoraan palveluyksiköissä.

Sote-tietopakettiaineisto on ensimmäinen yritys saada kokonaiskuva maakunnan väestön käyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannuksista. Jatkossa haasteena on päästä analysoimaan, selittykö palveluiden käyttö väestön palveluiden tarpeella vai johtuuko korkea palveluiden käyttö palvelujärjestelmästä ja sen rakenteesta. Toistaiseksi nyt esitetyt tiedot ovat hajautuneena kuntien asiakas- ja taloustietojärjestelmissä, ja tietojen kerääminen asettaa merkittävän haasteen maakunnan tiedolla johtamiselle ja ICT-ratkaisuille.

4. JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN PÄIVITYKSEN KÄRKITEEMAT JA NIIHIN LIITTYVÄT TOIMENPITEET VUOSINA 2019 – 2020

Luvussa 1.3. on kuvattu niitä valmistelun periaatteita, joiden pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä, yli sektori- ja organisaatorajojen kohdentuvaa kehittämistyötä viedään eteenpäin.

Valmistelua ohjaavia periaatteita ovat:

1. Asiakas ennen organisaatiota
2. Varmistetaan oikea-aikainen palveluihin pääsy
3. Vahvistetaan ennaltaehkäiseviä- ja peruspalveluja, jotka ovat vaikuttavia ja kustannustehokkaita
4. Uudistetaan palvelut digitaalisuus huomioiden
5. Rahojen pitää riittää!

Tähän lukuun on koottu teemakohtaisesti niitä käytännön kehittämiskohteita, joiden avulla palvelujärjestelmää voidaan kehittää valmistelun periaatteiden mukaiseen suuntaan.

Tässä järjestämissuunnitelman päivityksessä nostetaan teemakohtaisesti esiin yhteisiä kehittämistoimenpiteitä seuraaviin kokonaisuuksiin liittyen:

- Terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoidoyhteistyö
- Akuuttipalvelut
- Suun terveydenhuolto
- Ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut
- Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
- Työikäisten sosiaalipalvelut
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut
- Vammaispalvelut
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
- ICT ja sähköisen asiointin kehittäminen
- Tietojohtaminen
- Palveluntuottajien ohjaus ja valvonta (omavalvonta ja laadunhallinta)

Suunnitelmakauden aikana voidaan järjestämissuunnitelmarakenteen kautta nostaa esiin myös muita, yhteiseen kehittämiseen liittyviä tarpeita. Niiden valmistelusta ja toteutuksesta päätetään erikseen. Järjestämissuunnitelmassa esitetään runsaasti erilaisia kehittämistoimenpiteitä. Lähtökohtaisesti ne on aikataulutettu toteutukseen vuosille 2019–2020. Kehittämistyö kuitenkin jatkuu sekä tässä järjestämissuunnitelman päivityksen esille nostettujen että muiden, suunnittelukaudella mahdollisesti esiin nousevien teemojen osalta tarpeen mukaan myös suunnittelukauden jälkeen.

Järjestämissuunnitelman liitteenä kuntien ja kuntayhtymien käyttöön annetaan tarvittaessa hyödynnettäviksi myös alueellisena yhteistyönä tuotetut esitykset fysioterapian (ollut mukana aiemmin jo järjestämissuunnitelman päivityksessä vuosille 2017–2018), puheterapian, toimintaterapian ja ravitsemusterapian toimintaperiaatteiksi.

4.1. Terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoidoyhteistyö

Tarve yhteistyöfoorumille

Sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun yhteydessä nousi entistä ilmeisemmäksi, että terveyskeskus on aivan keskeinen toimija koko palvelujärjestelmän kannalta. Mikäli tämän peruspilarin toiminnassa on olennaisia heikkouksia, heikentää se koko muun sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuutta ja hankaloittaa merkittävästi sujuvien palveluprosessien järjestämistä. Tämän vuoksi terveyskeskusten toiminnan kehittämiseen tulee kytkeä tiiviisti sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat eri sektoreilta; erityisen tärkeää on varmistaa kehittämistyössä perusterveydenhuollon sekä erityistason erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö.

Varsinais-Suomessa onkin tarvetta tiiviille, perus- ja erityistason yhteistyöhön perustuvalle yhteistyöfoorumille, jossa voidaan sekä ratkoa konkreettisia, käytännön jokapäiväisestä työstä nousevia yhteistyökysymyksiä että koordinoita yhteistä pidempijänteistä kehittämistyötä havaittuihin ongelmiin liittyen. Tämän foorumin kautta haetaan eri toimijoiden yhteistä näkemystä palvelujen kehittämiseen.

Suunniteltaessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiä merkittäviä tehtäväsiirtoja tai tehtäväkokonaisuuksien muutoksia, tulisi niiden tarpeen ja vaikutusten arviointi sekä siirron käytännön valmistelu toteuttaa tämän yhteistyöfoorumin koordinoimana. Arviointi ja käytännön valmistelu tulee tehdä riittävän ajoissa niin, että valmisteltaviin muutoksiin voidaan ottaa kantaa kuntaneuvotteluissa ja muutokset pystytään huomioimaan talousarviosuunnittelussa.

Yhteistyöfoorumin perustaminen mahdollistaa myös alustan, jolla voidaan tarvittaessa valmistella yhteisiä alueellisia linjauksia hoidon priorisointiin liittyen.

Palveluprosessien kuvaus ja kehittäminen

Kaiken terveyskeskuksissa toteutettavan hoidon tulisi olla tavoitteellista, vaikuttavaa ja lähtökohtaisesti näyttöön perustuvaa. Jotta terveyskeskuksissa voidaan toteuttaa tällaista hoitoa, on tärkeää tunnistaa keskeiset prosessit ja määritellä kokonaisprosessin ja sen eri osien vastuulliset toimijat. Täsmällisesti kuvattu toimintaprosessi sekä selkeyttää eri ammattilaisten roolia osana kokonaisprosessia, että mahdollistaa asiakkaan näkökulmasta sujuvammin toimivan palvelupolun.

Järjestämissuunnitelman toimeenpanossa kiinnitetään erityistä huomiota yli sektorirajojen tapahtuvien asiakasryhmäkohtaisten hoitopolkujen tunnistamiseen, avaamiseen ja kehittämiseen. Terveystenhuollon prosesseja avataan vuosien 2019 ja 2020 aikana perus- ja erityistason toimijoiden yhteistyönä ainakin haavanhoitoon, aikuisten diabetekseen sekä nivelrikkoon liittyen. Tavoitteena on saada kokonaiskuva näihin liittyvien prosessien toimivuudesta ja löytää konkreettisia kehittämiskohteita, joilla toiminnan sujuvuutta voidaan entisestään parantaa. Yhteistyössä ikääntyneiden palvelujen kehittämisen kanssa käydään lisäksi läpi terveyskeskusten roolia erityisesti ikääntyneiden kuntoutus- ja muistiasiakkaiden hoitopolkujen toteuttamisessa. Resurssien sallimissa puitteissa voidaan prosessikehittämistä laajentaa myös muihin asiakasryhmiin.

Prosessien kehittämisen yhteydessä on huomioitava sähköisen asioinnin mahdollisuudet. Sähköistä asiointia on syytä kehittää sekä yhteydenottotapoihin (esim. Omaolo-palvelun oirearviointi, asiakkuuden siirto 116117-päivystysavusta terveyskeskukseen, sähköisen ajanvarauksen mahdollisuudet) että etävastaanottoihin ja – konsultaatioihin liittyen.

Käytännön tasolla erityisosaamista voidaan levittää perustasolle myös yhteisöllisten työskentelymallien avulla niin, että lääketieteen erikoisalojen asiantuntemusta tuodaan perustasolle esim. pyöreän pöydän pikakonsultaatioilla tai opetuksellisten ryhmäkonsultaatiomallien avulla. Tapausesimerkkien läpikäynti on toimiva ja tehokas tapa tuoda vaikuttavat toimintamallit osaksi käytännön työtä terveyskeskuksissa.

Omana kehittämiskohteenaan on nähty myös tarve edelleen yhtenäistää käytäntöjä tiedon kirjaamisessa. Tähän liittyen nostetaan pilottikohteeksi hoitohenkilöstön kirjaamiskäytännöt elintapaohjausta annettaessa. Yhtenäisen kirjaamisen tueksi tarjotaan hoitajien vastaanotolla antamalle neuvonnalle rakenteinen opastyökalu, jossa on luotu kirjaamisfraasit elintapaohjauksen eri osa-alueille (ravitsemus,

alkoholi, liikunta ja uni). Kirjaamiseen yhtenäistämiseen liittyvä työskentely kytketään yhteen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osiossa kuvatus elintapaneuvonnan kehittämisen kanssa.

Moniammatillisen yhteistyömallin (collaborative care) pilotointi

Sote- ja maakuntauudistuksen valmisteluun liittyen laadittiin Varsinais-Suomeen alustavaa palvelukuvasta ns. sote-keskusten toimintaan liittyen. Palvelukuvaukseen kuului olennaisena osana näkökulma, jonka mukaan sote-keskusten tulisi melko laajasti vastata vastuuväestönsä tarpeen mukaisista terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatioista ja vastaanottopalveluista. Lähtökohtana pidettiin sitä, että sote-keskukset tarjoaisivat sellaista erikoisalakohtaista hoitoa ja moniammatillista erityisosaamista, jossa nopeasta puuttumisesta ja integraation toteutumisesta on erityisen paljon hyötyä asiakkaille ja väestölle. Tavoitteena oli joustavoittaa asiakkaan hoitopolkua sekä parantaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja integraatiota. Valmistelussa lähdettiin siitä, että sote-keskusten konsultaatio- ja avovastaanottopalvelut voitaisiin toteuttaa matalalla kynnyksellä ja turvallisesti avopalveluna ilman vaativaa laitteistoa tai erikoisalan työryhmän toteuttamaa tutkimusta tai hoitoa. Keinoksi tähän ehdotettiin sote-keskuksille erikoisalatimejä, joissa hoitoa toteutettaisiin perus- ja erityistason yhteistyönä moniammatillisen yhteistyöskentelyn ns. kolmiomallin ("collaborative care") mukaisesti.

Toimintamallille asetettiin neljä kriteeriä:

1. Hoito toteutetaan moniammatillisesti. Vähintään yksi terveydenhuollon ammattilainen (case manager, tavallisimmin alan hoitoon perehtynyt sairaanhoitaja) organisoii hoidon yhdessä lääketieteellisen hoitovastuun kantavan perusterveydenhuollon lääkärin kanssa. Toimintaa ohjaa ja tukee erikoislääkäri. Tiimissä on käytettävissä myös sosiaalialan ammattilainen.
2. Hoitosuunnitelma on strukturoitu. Hoitosuunnitelman pohjana on näyttöön perustuva lääkkeellinen tai ei-lääkkeellinen hoito.
3. Seurantaohjelma on aikataulutettu. Seuranta toteutetaan suunnitelmallisesti ohjelmoituna puhe- limitse tai vastaanotolla.
4. Ammattilaisten välistä kommunikaatiota on tehostettu. Potilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten yhteistyön järjestäminen on kuvattuna (ohjaaminen, konsultaatio, kokoukset, tiedonkulku ym.).

Järjestämissuunnitelman valmistelussa on katsottu, että sote-keskuksiin suunniteltua toimintamallia voidaan lähteä testaamaan joissakin alueen terveyskeskuksissa yhteistyöllä, johon osallistuvat sekä perusterveydenhuolto, sosiaalipalvelut, että erityistason erikoissairaanhoito. Mahdollisia pilotoinnin asiakasryhmiä voisivat olla esim. geriatriset potilaat, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ja/tai yleissisätautipotilaat.

Sairaalapalvelut ja vuodeosastohoidon järjestämiseen liittyvä yhteistyö

Terveyskeskuksissa tapahtuvan vastaanottotoiminnan kehittämisen lisäksi tarvitaan sekä kuntien keskinäisen että perusterveydenhuollon ja erityistason välisen yhteistyön tehostamista siinä vaiheessa kun potilaat siirtyvät jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Oikea-aikainen siirtyminen mahdollistaa resurssien tehokkaamman käytön ja alentaa kokonaiskustannuksia. Kehittämistarve koskee sekä vuodeosastohoitoa, että poliklinisiä potilaita. Vuodeosastohoidon kannalta haasteena on erityisesti jatkohoitopaikkojen saatavuus. Maakunnan vuodeosastoverkko on kansallisesti arvioituna tiheä ja perusterveydenhuollon, osin myös erikoissairaanhoidon, vuodeosastohoitojaksot pitkiä. Osastohoitojen lyhentäminen mahdollistaisi vuodeosastopaikkojen vähentämisen ja parantaisi kustannustehokkuutta.

Erikoissairaanhoitoon liittyen luokitteli sote- ja maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatioon kuulunut "Sairaalapalvelut" –työryhmä sairaalapalvelun kahteen kategoriaan: Keskitetty sairaalahoito ja lähisairaalahoito. Koska sairaalamuotoinen hoito on kustannuksiltaan raskas, molemmat sairaalatyytit pyrkivät mahdollisimman tehokkaaseen hoitojaksoon tarjoamalla potilaan tarvitseman erityisosaamisen viivettä.

Keskitettyyn sairaalapalveluun kuuluu keskussairaalatasoinen hoito, jolle tunnusomaista on kyky monipuoliseen ja vaativaan diagnostiikkaan ja usean erikoisalan hoitoon. Keskitetty sairaalapalvelu ylläpitää monialaista ympärivuorokautista päivystystä ja vastaa vaativasta kuntoutuspalvelusta. Keskitetty sairaalapalvelu voi tarjota potilaalle kotiin sähköisiä palveluja mm. etämonitorointia.

Lähisairaalahoito tarkoittaa erikoislääkärihoitoista, mutta suppeampaa sairaalapalvelua, jota tuotetaan hajautetusti läheisyysperiaatteella. Lähisairaala toimii myös kotisairaalan tukiyksikkönä. Myös lähisairaala ylläpitää kykyä tehdä diagnooseja ja tarjota akuuttihoitoa, jotka seikat edellyttävät lääkärin saata- vuutta kaikkina viikonpäivinä. Lähisairaalaan ei kuulu pitkäaikaishoito, vaan se kuntouttaa potilaitaan aktiivisesti tarjoten kuntouttavia palveluita kaikkina viikonpäivinä. Näiden vaatimusten vuoksi katsottiin sairaalapalvelut – työryhmässä, että Varsinais-Suomessa on tarpeen keskittää sairaalapalvelujen tuotantoa sinne, missä tähän tarvittavat resurssit on järjestettävissä.

Varsinais-Suomessa oli vuonna 2018 käytössä 1989 sairaalamääritelmän²⁰ täyttävää sairaansijaa. Mikäli nykyisten sairaalamuotoisten palvelujen piiristä voidaan siirtää kotisairaalahoitoon ja kotikuntoutukseen niihin soveltuvat potilaat sekä järjestää sairaalasta kotiutuvalle hänen tarvitsemansa muut palvelut tarkoituksenmukaisesti ja viiveettä, voitaisiin sairaalapalvelut – työryhmän arvion mukaan sairaalamääritelmän mukaisten sairaansijojen määrää Varsinais-Suomessa vähentää yhteensä 136 sairaalsijaa (6,7 %).

Toiminnan kannalta tehokkainta olisi, jos koko alueen vuodeosastokapasiteettia voitaisiin hyödyntää koordinoitusti yli kuntarajojen. Kehittämistoimenpiteissä nostetaankin esille tarve kehittää edelleen alueellista yhteistyötä vuodeosastojen käytössä. Kehittämistyössä edetään portaittain niin, että ensi vaiheessa kokonaisuutta tarkastellaan seutukunnittain.

Kokonaisuuteen liittyy olennaisesti ikääntyneiden palvelujen osiossa kuvattu tarve tehostaa kotikuntoutusta sairaalasta kotiutuksen yhteydessä; näitä kokonaisuuksia tuleekin tarkastella ja kehittää tiiviissä yhteistyössä toistensa kanssa.

Saattohoito

Suomalaiset kuolevat yhä useammin kroonisiin sairauksiin. Varsinais-Suomessa kuolee vuosittain noin 5300 ihmistä, joista yli puolet tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa, kun kroonisten sairauksien aiheuttamat oireet lisääntyvät taudin edetessä.

Palliatiivista hoitoa tarvitsevista n 40 % on syöpäpotilaita, n 60 % sairastaa esim. sydämen, munuaisten tai maksan vajaatoimintaa, neurologisia sairauksia, keuhkosairauksia tai muistisairauksia.

Palliatiivista ja saattohoitoa tulisi olla tarjolla alueellisesti tasa-arvoisesti, kansainvälisiä suosituksia vastaten, kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon eritasoissa palveluissa. Kuolevan ihmisen tulee saada olla mahdollisimman pitkään siellä missä hän asuu.

Elämän loppuvaiheen hoito erikoissairaanhoidossa on harvoin tarpeen. Sen sijaan kroonisen sairauden edetessä pitäisi voimavarat suunnata siihen, että elämänlaatu on mahdollisimman hyvää ja tarpeettomilta sairaalakäyneiltä välttyttäisiin. Tällä hetkellä erityistason kotisairaalapalvelua on saatavilla 40 prosentille Varsinais-Suomen väestöstä, erityistason saattohoitoa on tarjolla 2/15 ja perustason saattohoitoa on 15/15 terveyskeskusalueella.

²⁰ Sairaalan käsite (Palvelutuottajalakiesitys HE 52/2017:6 §):

- Leikkaustoimintaa harjoittava terveystaloyksikkö
- Terveystaloyksikkö, jossa tehdään yleisanestesiassa eli nukutuksessa tehtäviä toimenpiteitä (esim. hampaan paikkaus tai poisto vakavassa hammashoitopelkotilanteessa)
- Ympärivuorokautista lääketieteellistä hoitotoimintaa harjoittava terveystaloyksikkö: potilaan lääketieteeseen perustuvaa hoitamista tai hänen tilansa seuraamista terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta tai terveydenhuollon taloyksikössä
 - yliopistosairaala, keskussairaala, psykiatriset sairaala
 - erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisesti toimivat yksiköt sekä terveyskeskusten vuodeosastot
 - yksiköt, joissa voidaan seurata potilaan vointia ja terveydentilaa terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta hoito-toimenpiteen jälkeen esimerkiksi seuraavaan aamuun

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aika- taulu	Mittarit
Alueella toimii terveydenhuollon yhteistyöfoorumi	Kootaan terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmä, jossa käsitellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliinseen työnjakoon sekä terveydenhuollon kehittämiseen liittyviä merkittäviä alueellisia kysymyksiä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliset merkittävät tehtäväsiirrot ja tehtäväkokonaisuuksien muutokset valmistellaan asiantuntijatyöryhmän koordinoimana.	Kunnat ja kuntayhtymät Sote-johtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta	2019	Terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmä nimetty K / E
Palveluprosessien kehittämiskohtien tunnistaminen ja toimenpide-ehdotukset palveluprosessin sujuvoittamiseen	Asetetaan 3 kehittämistyöryhmää (haavanhoito, aikuisten diabetes, nivelrikko), joista kukin käy läpi oman asiakasryhmänsä palvelukokonaisuutta ja esittää havaintojensa perusteella käytännön toimenpiteet, joiden kautta kokonaisuutta voidaan sujuvoittaa. Työssä huomioidaan sekä se, että asiakkaan polku on selkeä että se, että palvelu on kokonaisuuden kannalta kustannusvaikuttavaa	Kunnat ja kuntayhtymät Sote-johtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta Nimetyt kehittämistyöryhmät vastaavat kehittämis-kohteiden löytämisestä	2019	Työryhmät ovat vuoden 2019 aikana esittäneet perusteltuja kehittämiskohteita, joilla sujuvoitetaan palvelukokonaisuuden toimivuutta sekä asiakkaan että toiminnan kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. K / E
Ehdotettujen toimenpiteiden pilotointi	Esitettyjä kehittämistoimia pilotoidaan erikseen päätettävien kuntien ja kuntayhtymien kesken. Käytännön pilotoinnin kautta päätetään ehdotetaanko menetelmiä laajemmin käyttöön otettavaksi.	Kunnat ja kuntayhtymät yhteistyössä terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmän sekä Sote-johtajakokouksen kanssa	2020	Kehittämistoimille on löydetty pilottialueet K / E Pilotoinnin perusteella on saatu aikaan menetelmiä, jotka halutaan ottaa käyttöön laajemmin Varsinais-Suomessa K / E
Terveyskeskusten elintapaohjauksessa käytetään yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä	Tuotetaan alueen terveyskeskusten käyttöön rakenteinen elintapaohjauksen kirjaamisen opastyökalu Tuetaan alueen terveyskeskusten hoitohenkilöstöä rakenteisen elintapaohjauksen kirjaamisen käyttöönotossa	Työtä koordinoi VSSHP:n kehittämispalvelut -yksikkö	2019 - 2020	Terveyskeskukset, joissa hoitohenkilöstö tekee elintapaohjauksen kirjaukset rakenteisen elintapaohjauksen opastyökalun esittämällä tavalla
Moniammatillisen yhteistyömallin pilotointi terveyskeskuksissa	Erikseen päätettävissä alueen terveyskeskuksissa pilotoidaan moniammatillista yhteistyömallia. Pilotointi toteutetaan tiiviissä yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa.	Kunnat ja kuntayhtymät yhteistyössä terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmän sekä Sote-johtajakokouksen kanssa	2020	Kehittämistoimille on löydetty pilottialueet ja on valittu asiakasryhmät, jotka otetaan mukaan pilotointiin K / E Pilotoinnin perusteella on saatu aikaan menetelmiä,

	Erikseen päätetään se, minkä asiakasryhmän palvelut otetaan pilotoinnin kohteeksi			jotka halutaan ottaa käyttöön laajemmin Varsinais-Suomessa K / E
Alueellisen yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon vuodeosastojen käytössä	Käydään seutukohtaisissa työryhmissä läpi käytännön mahdollisuudet yhteistyön kehittämiseen vuodeosastokapasiteetin ylikunnallisessa hyödyntämisessä. Pohjana käytetään sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun yhteydessä koottujen "sairaalapalvelut" –työryhmän alatyöryhmien työtä. Jatkovalmistelussa hyödynnetään lähtökohtaisesti samaa alatyöryhmärakennetta.	Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja kuntien yhteistyön kehittäminen. Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja kuntien yhteistyön kehittäminen. Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja kuntien yhteistyön kehittäminen.	2019-2020	Seuduilla on laadittu esitys siitä, miten vuodeosastokapasiteetin hyödyntämistä yli kuntarajojen voidaan kehittää nykyisestäään K / E
Siirtymä erikoissairaanhoidon palveluista perustason palveluihin toimii sujuvasti ja kustannusvaikuttavasti	Kootaan työryhmä, jossa käydään läpi käytäntöjä siirtymisestä erikoissairaanhoidosta kunnan peruspalveluihin (sosiaali- ja terveystieteiden palvelut). Työryhmän kokoamisessa huomioidaan se, että sillä on vahva toiminnallinen yhteys seutukuntakohtaisiin vuodeosastokapasiteettia tarkasteleviin työryhmiin	Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja kuntien yhteistyön kehittäminen. Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja kuntien yhteistyön kehittäminen. Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja kuntien yhteistyön kehittäminen.		Seuduilla on otettu käyttöön toimintamalleja, jossa vuodeosastoja voidaan hyödyntää sujuvasti yli kuntarajojen K / E On löydetty kustannusvaikuttavia käytäntöjä, jotka sujuvoittavat siirtymää erikoissairaanhoidosta kunnan peruspalvelujen piiriin K / E
Palliativinen ja saattohoito toteutuu siellä missä ihminen asuu	Tyksiin perustettava palliativinen keskus ylläpitää palliativisen ja saattohoidon verkostoa yhteistyössä kuntien ja eräiden toimijoiden kanssa. Verkosto järjestää koulutusta ja opetusta osaamisen lisäämiseksi maakunnassa kaikille sote-yksiköille. Laaditaan käytännön etenemissuunnitelma siitä, miten: - Kotisairaalapalvelut turvataan kaikille palliativista hoitoa tarvitseville asukkailla - Alueen sote-toimijoille tarjotaan puhelinkonsultatiomahdollisuus - Kaikille elämän loppuvaiheen potilaille laaditaan palliativisen hoidon hoitosuunnitelma. Oikea-aikainen elämän loppuvaiheen palliativisen hoidon linjaus ja siirtymisen esh:sta perusterveydenhuoltoon.	Tyksiin perustettava palliativinen keskus ja palliativisen hoidon verkosto yhteistyössä kuntien ja eräiden toimijoiden kanssa	2019 – 2020	Palliativisen keskuksen toiminta käynnistetty K / E Kotisairaalapalvelujen toteutuminen alueen kunnissa Konsultaatiopalvelun alkaminen K/E Hoitolinjauksien määrä (Dg: Z51.5) Saattohoitopotilaiden päivystyskäyntien määrä

4.2. Akuuttipalvelut

ENSIHOITO JA PÄIVYSTYS

Yleistä

Terveystenhuoltolain 50 §:n mukaan kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.

Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Päivystystä toteuttavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve. Kiireelliseen hoitoon otettu potilas voidaan siirtää hänen kotikuntansa perusteella määräytyvään jatkohoitopaikkaan, kun potilasturvallisuus ja vastaanottavan yksikön mahdollisuus järjestää tarpeellinen jatkohoito on varmistettu.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin voimassa olevan hallintosäännön mukaan Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen (palvelujen tuotanto nimellä Tyks Akuutti) tehtävänä on huolehtia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystyspalvelujen tuottamisesta Turun yliopistollisen keskussairaalan ja perusterveydenhuollon yksiköiden tarpeisiin sekä koordinoita ja ohjata päivystyspalvelujen tuotantoa koko sairaanhoitopiirissä.

Terveystenhuoltolain 39 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun tavoittamisajat erityisvastuualueittain ja muu sisältö ensihoitopalvelun toiminta-alueella. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytetty koulutus, väestön tavoittamista kuvaavat tavoiteajat erityisvastuualueittain yhdenvertaisesti valmisteltuna, ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksen on perustuttava ensihoidokeskuksen johdolla erityisvastuualueittain valmisteltavaan riskianalyysiin.

Taustaksi

Varsinais-Suomen kunnat tai niiden yhteiset perusterveydenhuollon organisaatiot järjestävät kiireellisen sairaanhoidon palvelut virka-aikana itse. Turku tekee tästä poikkeuksen. Turun kaupungissa tapaturmapotilaat hoitaa virka-aikanakin ensisijaisesti Tyks Akuutti.

Naantalilla, Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymällä, Paraisilla, Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymällä (Aura ja Pöytyä), Salolla ja Somerolla on omaa kiireellistä vastaanottoa virkaajan ulkopuolella. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kunnilla on palveluiden ostosta voimassa oleva palvelusopimus Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen kanssa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Päivystys on myös Tyks Salon sairaalassa ympärivuorokautista. Yöllä Salon sairaalassa hoidetaan alueen yhteispäivystys. Loimaan ja Vakka-Suomen sairaalan Tyks Akuutin toimipisteet ovat auki klo 8 – 22 päivittäin ja näissä toimipisteissä on turvattu perustasoinen päivystys. Someron kaupungin yöpäivystys on Forssan sairaalassa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on Tyks Akuutin päivystyksen lisäksi omaa ympärivuorokautista päivystystä lastentaudeilla, naistentaudeilla, korvataudeilla ja silmätaudeilla. VSSHP:n asetuksen mukainen psykiatrinen päivystys sijaitsee Turussa, TYKS Akuutin yhteydessä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri järjestää ensihoitopalvelun alueellaan osin omana toimintanaan, osin yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen kanssa ja osin hankkimalla palvelua muilta palveluntuottajilta ostopalveluna. Lisäksi sairaanhoitopiiri on sopinut palvelun tuottamisesta toisen sairaanhoitopiirin kanssa. Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen johtokunta päättää tuottamistavan eri osissa sairaanhoitopiiriä.

Ensihoitopalvelua johtaa Tyks Akuutin ensihoidon ylilääkäri. Päivittäistä ympärivuorokautista operatiivista toimintaa johtaa päivystävä ensihoitolääkäri, jonka ohjauksessa toimivat ensihoidon kenttäjohtajat. T-sairaalassa sijaitsevassa ensihoidon tilannekeskuksessa työskentelevä kenttäjohtaja vastaa koko sairaanhoitopiirin kenttäjohtamisesta yhteistyössä alueellisten kenttäjohtajien kanssa ja koordinoi kiireellisten ensihoitotehtävien ja kiireettömien siirtokuljetustehtävien resursseja yhdessä ajojärjestelijän kanssa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toimii FinnHEMS 20 -lääkäriyksikkö, jonka lääkinnällisestä toiminnasta vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Ensihoidon palvelutasopäätös hyväksytään osana toiminta- ja taloussuunnittelua vuosittain. Ensihoitopalvelun riskialueet jaetaan neljään alueluokkaan, jotka ovat ydintaajama, muu taajama, asuttu maaseutu ja muut alueet.

Ensihoidon ja siirtokuljetuksen hoitamien tehtävien jakoon on tulossa Hätäkeskuslaitoksen uuden Erica-järjestelmän käyttöönoton yhteydessä muutoksia. Suomessa on kaikkialla noudatettava samoja kriteereitä ensihoidon ja siirtokuljetusten osalta. Tyks Akuutti hoitaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin potilaiden siirtokuljetukset. Terveyskeskukset ovat nykyisin pääsääntöisesti soittaneet hätäkeskukseen tai tilanneet taksin, mikäli potilas on tarvinnut siirtoa tutkimuksiin tai jatkohoitoon. Kevään 2019 aikana ohjeet muuttuvat. VSSHP:ssä on käytössä ohjelma, jolla siirtokuljetukset tilataan. Näin on pystytty organisoimaan siirtokuljetukset vastaamaan mahdollisimman hyvin toiminnan vaatimuksia. Mikäli terveyskeskukset haluavat siirtyä käyttämään sairaanhoitopiirin potilaskuljetuksia, tulisi niiden hankkia käyttöönsä tilausohjelma. Tämä ohjaa osaltaan tilaamaan oikean kuljetusmuodon ja auttaa myös Tyks Akuutin ajojärjestelijöitä kuljetusten logistiikan suunnittelussa.

Toiminnan kehittäminen vuosina 2019 – 2020

Tyks Akuutin päivystyskäyntimäärät ovat lisääntyneet vuosittain. Käyntien lisäys näkyy erityisesti Turun toimipisteessä. Perusterveydenhuollon tuottama kiirevastaanoton määrä ei ole ollut riittävää ja ns. yli- vuotoa päivystykseen on ollut myös perusterveydenhuollon yksiköiden aukioloaikoina. Perusterveydenhuollon kiirevastaanoton sujuva, kenties ilta-aikaankin ulottuva, palvelutarjonta on keskeinen elementti, jolla alueemme asukkaille voidaan tarjota yhdenmukainen ja tasa-arvoinen terveydenhuolto.

Digitaalisia oirearvioita (Omaolo) on kehitetty valtakunnallisesti. Oirearvioiden laajemman käyttöönoton oletetaan tapahtuvan vuoden 2019 aikana, kun oirearvioiden julkaistu määrä kasvaa merkittävästi. 116117 päivystysapu puhelinnumeron käyttö on myös näillä näkymin laajentumassa vuoden 2019 aikana. 116117-puhelut ohjautuvat Tyks Akuuttiin. Turku on ottamassa vuoden 2019 aikana käyttöön Omaolon oirearvio-osuuden. Perusterveydenhuollon mukaan saanti Omaolon osalta olisi välttämätöntä, ettei Tyks Akuutin käyntimääriä lisätä entisestään perusterveydenhuollon kiirevastaanotoille kuuluvilla potilailla. Alueella tulisikin tehdä suunnitelma Omaolo-palveluiden käyttöönoton laajentamisesta.

Virkapohjamuutosten ja resurssilisäysten kautta, olisi sairaanhoitopiirin omien akuuttilääketieteen lääkäreiden mahdollista hoitaa tulevaisuudessa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyspalvelut Loimaalla ja Vakka-Suomen sairaalassa päivä- ja ilta-aikaan. Rahoitus lisäykseen hoituu pääsääntöisesti ostopalveluista luopumalla. Toiminnan uudelleenjärjestelyjen myötä noina aikoina olisi mahdollista hoitaa näissä toimipisteissä nykyistä vaativampia potilaita. Tuekseen järjestely vaatii laboratorio- ja kuvantamispalveluita toiminta-aikana.

Salon sairaalan päivystykseen ei suunnitelmakaudella ole tarvetta tehdä olennaisia muutoksia.

Lastentautien päivystyksestä on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin johtajaylilääkärin päätös, jonka mukaan se siirtyy T3-sairalaan lastentautien toimialan vastuulle muuten paitsi ambulanssilla tuotavien traumapotilaiden osalta, jotka edelleen tuodaan T2-sairaalan yhteispäivystykseen Tyks Akuuttiin. Lastenklinikan toiveena on ollut, että lasten päivystys voisi siirtyä jo aikaisemminkin heidän vastuulleen U-sairaalaan. Näin lastenklinikan olisi mahdollisuus aloittaa isoa toiminnallista muutosta vaativa palvelu ennestään tutuissa tiloissa. Lastenpäivystyksen siirtyminen muuttaa vääjäämättä myös yhteispäivystyksen toimintoja niin resurssien käytön kuin osaamisenkin osalta osin vielä ennakoimattomalla tavalla. Sillä on välillisesti vaikutusta myös lähisairaaloiden lapsipotilaiden ohjaukseen.

Terveystieteiden lain § 39 todetaan, että ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden.

Kotiin vietävien akuuttipalveluiden työnjako ja koordinaatio vaatisi shp:n alueella kehittämistä yhteistyössä ensihoidon, päivystyksen, perusterveydenhuollon, vanhuspalveluiden, kotihoidon, kotisairaalan ja sosiaalipäivystyksen kanssa. Turun kaupunki ja Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos ovat aloittaneet akuuttien kotiin vietävien palveluiden kentän kartoittamisen yhteistyössä alkuvuodesta 2019. Tavoitteena on laatia suunnitelma palvelun parantamiseksi ja tehostamiseksi.

Valtakunnallisesti tehdään rakennetta sosiaali- ja terveystoimen tilannekuvan ylläpitämiseksi ja välittämiseksi kentän toimijoiden ja ministeriön välillä. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit (Sote-valmiuskeskukset) kokoavat erä-alueen tiedot ja välittävät ne osaltaan eteenpäin. Sairaanhoitopiirin sisäisen alueen tietojen keräämiseksi ollaan perustamassa sote-tilannekeskusta Tyksiin. Sote-tilannekeskukseen suunnitellaan tulevan ensihoidon tilannekeskus, siirtokuljetusten ajojärjestelijät, sosiaalipäivystyksen kenttäjohtaja ja mahdollisesti myös shp:n alueen kotihoidon koordinaattori. Sote-tilannekeskus vaatii suunnitelmaa tiedon keräämisen tarpeen ja tiedon välittämisen suhteen. Erä-alueen kattavaa tietoa keräävää Sote-valmiuskeskusta on aloitettu suunnittelemaan jo 2018 aikana yhteistyössä Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirien kanssa. Tavoitteena on, että valmiuskeskus ja tilannekeskus auttavat arjessa väestön palveluiden organisoinnissa ja resurssien allokoinnissa. Näin myös vahvistetaan osamista poikkeustilanteiden hoitamisessa yhteistyövälineiden ollessa tuttuja.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutaho	Aikataulu	Mittarit
Omaolon oirearviot ovat käytössä myös alueen terveyskeskuksissa	Suunnitelma käytönotosta	Tyks Akuutti yhteistyössä kuntien sekä terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmän kanssa	2020	Laadittu käyttöönoton suunnitelma K/ E Oirearvioiden käytön kattavuus alueen terveyskeskuksissa.
Akuuttien kotiin viettävien palveluiden kokonaisuus on kuvattu ja suunnitelma palvelun kehittämistä on tehty	Pilottiprojekti Tyks Akuutin ja Turun kaupungin kesken	Turun kaupunki yhteistyössä Tyks Akuutin sekä terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmän kanssa	2019 - 2020	Kuvaus tehty K / E Jatkosuunnitelma tehty K / E
Sote-tilannekeskuksen ja Sote-valmiuskeskuksen toiminta on suunniteltu ja käynnistetty	Suunnitelma käytönotosta tehty	Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos – yhteistyössä esh:n, kuntien sekä Vaasan ja Satakunnan shp:ien ja sosiaalipäivystysten kanssa	2019-2020	Laadittu käyttöönoton suunnitelma K/ E Sote-valmiuskeskuksen toiminta on käynnistynyt K/ E
Siirtokuljetukset hoitavat ensihoito-palveluihin kuuluttamattomat ambulanssikuljetukset	Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen kilpailuttamia siirtokuljetuspalveluita käyttämään siirtyvät hankkivat Tyks Akuutin tilausohjelman	Tyks Akuutti ja alueen kunnat	2019	Tyks Akuutin tuottamat kuljetukset tilataan My Transporter –ohjelmalla. K/ E

SOSIAALIPÄIVYSTYS

Taustaksi

Sosiaalipäivystyksen tehtäviin kuuluu asiakkaiden välittömän tuen ja avun tarpeen arviointi ja palveluiden järjestäminen sekä tarvittavien viranomaispäätösten tekeminen.

Asiakkaita pyritään tukemaan mahdollisimman vähän heidän yksityisyyteensä ja itsemääräämisoikeutensa puuttuvalla tavalla ja järjestämään tarvittava tuki ensisijaisesti asiakkaiden kotona.

Sosiaalipäivystystä toteutettaessa toimitaan yhteistyössä mm. muiden sosiaalipalveluiden tuottajien, ensihoitopalvelun, terveydenhuollon päivystyksen, pelastustoimen, poliisin ja hätäkeskuksen kanssa. Yhteispäivystyksessä järjestetään tarvittavat sosiaalipäivystys- ja terveysosiaalityön palvelut. Asiakkaana voi olla esim. asianmukaista hoivaa vaille jäänyt ikääntynyt tai lapsi, lähisuhdeväkivaltaa kokenut henkilö tai nuori ongelmiseen. Lisäksi erilaiset vaara- ja uhkatilanteet sekä onnettomuudet voivat edellyttää välittömiä sosiaalipalveluita. Tällaisia ovat esimerkiksi tulipalot, liikenneonnettomuudet, heitteillejätöt, rikoksen uhriksi joutuminen sekä suuria ihmisryhmiä koskevat häiriötilanteet.

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman päivityksessä vuosille 2017–2018 linjattiin, että tavoitteena on organisoida sosiaalipäivystys maakunnallisesti toimivaksi, aktiiviyöhön perustuvaksi yksiköksi, joka vastaa keskitetysti sosiaalipäivystyksen tarpeeseen koko alueella ja joka toimii päivystysasetuksen edellyttämällä tavalla yhteistyössä terveydenhuollon päivystyksen kanssa. Päivityksessä myös todettiin, että tavoitetta kohti edetään askelittain.

Tuon tavoitteen mukaisesti laadittiin vuonna 2017 Turun kaupungin ja Auran kunnan, Kaarinan kaupungin, Kemiönsaaren kunnan, Kosken Tl kunnan, Liedon kunnan, Loimaan kaupungin, Marttilan kunnan, Naantalin kaupungin, Oripään kunnan, Paimion kaupungin, Paraisten kaupungin, Pöytyän kunnan, Raision kaupungin (vastaa myös Ruskon kunnan sosiaalipalveluista), Salon kaupungin, Sauvon kunnan, Someron kaupungin sekä perusturvakuntayhtymä Akselin (jäsenkunnat Masku, Mynämäki, Nousiainen) välinen sopimus alueellisesta yhteistyöstä virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestämisessä.

Sopimuksella rakennettiin malli, jonka mukaan alueen virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys rakentuu aktiivipäivystysyksiköstä sekä Loimaan alueen ja Salon alueen varallaoloringistä. Aktiivipäivystysyksikön toiminnasta vastasi Turun kaupungin hyvinvointitoimiala. Yksikkö otti tuolloin hoitaakseen kaiken puhelimitse tapahtuvan päivystystyön ja sen arvioinnin edellyttääkö päivystystehtävä jalkautumista asiakkaan luo. Jalkautumisesta Turun seudulla ja Paraisilla vastasi myös aktiiviyksikkö. Alueelliset varallaoloringit hoitivat jalkautumista edellyttävät tehtävät Loimaan seudulla ja Salon seudulla. Salon seudun varallaoloringi hoiti jalkautumista edellyttävät tehtävät myös Kemiönsaarella. Samassa yhteydessä laadittiin toimintamalli, jossa sosiaalipäivystyksen työntekijät on paikan päällä tavoitettavissa Tyks Akuutin Turun toimipisteessä arkipäivinä kello 8-22 sekä lauantai- ja sunnuntai-iltoisin.

Vuoden 2018 aikana päätettiin toimintaa kehittää vielä niin, että Turussa toimiva sosiaalipäivystysyksikkö vastaa koko alueella sekä puhelimitse tapahtuvasta että jalkautumista vaativista tehtävistä virka-ajan ulkopuolella. Lisäksi päätettiin, että sosiaalipäivystykseen avataan uudeksi yhteydenottokanavaksi suora, kaikille kuntalaisille avoin puhelinnumero. Päivystykseen saa jatkossakin yhteyden aiemman mallin mukaisesti myös Hätäkeskuksen kautta. Tämä uusi toimintamalli on ollut käytössä vuoden 2019 alusta lukien. Sosiaalipäivystys palvelee asukkaita molemmilla kotimaisilla kielillä. Vakka-Suomen alueen kunnat järjestävät alueensa sosiaalipäivystyksen vapaamuotoiseen varallaoloon perustuvana päivystyksenä.

Toiminnan kehittäminen vuosina 2019 – 2020

Suunnitelmakaudella tiivistetään sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon päivystyksen yhteydenottoa siirtämällä sosiaalipäivystyksen toimitilat Tyks Akuutin toimitilojen yhteyteen T-sairaalaan Turussa.

Sosiaalipäivystyksen maantieteellistä toiminta-aluetta voidaan laajentaa aikaisintaan vuoden 2020 alusta lukien. Suunnitelmat mahdollisesta laajentamisesta tulee tuossa tilanteessa käynnistää viimeistään elokuun 2019 alussa.

Suunnitelmakauden aikana selvitetään myös tarpeet ja mahdollisuudet kehittää sosiaalipäivystyksen ja kriisipäivystysten välistä yhteistyötä.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutaho	Aikataulu	Mittarit
Sosiaalipäivystys toimii samoissa toimitiloissa terveydenhuollon päivystyksen kanssa	Suunnitelma toimitalasiirrosta tehdään syksyyn 2019 mennessä ja siirtyminen toteutetaan vuodenvaihteessa 2019–2020	VSSH / Tyks Akuutti yhteistyössä Turun sosiaalipäivystyksen kanssa	2019–2020	Sosiaalipäivystys toimii Tyks Akuutin tilojen yhteydessä Tyksin T-sairaalassa Turussa K / E
Sosiaalipäivystys toimii koko maakunnan kattavasti.. Sosiaalipäivystys palvelee asukkaita molemmilla kotimaisilla kielillä.	Alueelliseen päivystykseen kuuluvamattomat kunnat ilmoittavat Turun sosiaalipäivystykselle mahdollisesta halukkuudestaan liittyä alueelliseen päivystykseen. Laajennetaan toimintaa niihin kuntiin, jotka haluavat liittyä alueelliseen sosiaalipäivystykseen	Kunnat Turun sosiaalipäivystyksen ohjausryhmä yhdessä alueelliseen päivystykseen liittymään halukkaiden kuntien kanssa	2019 2020	Virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys kattaa kaikki Varsinais-Suomen kunnat K / E
Tiivistetään ja yhtenäistetään sosiaalipäivystyksen ja alueen kriisipäivystysten välistä yhteistyötä	Laaditaan nykytilakartoitukseen perustuva etenemissuunnitelma sosiaalipäivystyksen ja kriisipäivystysten yhteistyön kehittämiseksi Etenemissuunnitelmassa esitettyjen toimenpiteiden käyttöönotosta päätetään erikseen	Turun sosiaalipäivystyksen ohjausryhmä Kunnat yhteistyössä Turun sosiaalipäivystyksen ohjausryhmän kanssa	2019 2020	Suunnitelma yhteistyön tiivistämiseksi laadittu K/ E Alueella käytössä yhtenäinen toimintatapa sosiaalipäivystyksen ja kriisipäivystysten väliseen työnjakoon ja toimintakäytäntöihin liittyen K / E

4.3. Suun terveydenhuolto

Tarve yhteistyölle

Sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun yhteydessä alueen suun terveydenhuoltojen yhteistyö on tiivistynyt aiemmasta. Yhteistyötä on suunniteltu edelleen jatkettavan alueen terveyskeskusten ja Tyksin suu- ja leukasairauksien klinikan sekä tarvittavin osin Turun yliopiston kanssa. Yhteistyöllä haetaan vastauksia päivittäisen toiminnan haasteisiin ja toisaalta toiminnan kehittämiseen pidemmällä aikavälillä.

Lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto -toimintamallin käyttöönotto

Valtioneuvoston asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) tarkoituksena on varmistaa, että asetuksen kohderyhmien terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa. Asetuksen 8 § käsittelee suun terveystarkastusten sisältöä ja terveystarkastuksen tekijää ja siinä halutaan varmistaa, että lapselle, jolla on erityinen riski sairastua suusairauksiin, järjestetään tehostettu ehkäisevä suun terveydenhuolto ja yksilöllisesti määritellyt terveystarkastukset. Asetuksen 10 § pykälä sisältää kunnan itsenäistä järjestämisvastuuta rajaavat lasten ja nuorten ikäluokat eli ikäluokat, joihin kuuluville on kaikille tehtävä suun määrääkaistarkastus.

Varsinais-Suomen terveyskeskusten suun terveydenhuolloissa toimintamallit ovat vuosien aikana muotoutuneet asetuksesta huolimatta sangen erilaisiksi. Vuoden 2018 alussa asetettiin suun terveydenhuoltoa sote- ja maakuntauudistukseen liittyen valmistelleessa työryhmässä tavoitteeksi kehittää uusi, yhteinen toimintamalli, joka olisi perusteltavissa hammaslääketieteellisesti ja terveyshyödyillä. Toimintamallissa painotetaan suusairauksien ennaltaehkäisyä ja pysäytyshoidon käytäntöjä, jotta sairauksien ilmaantuvuus ja sairauksien hoitoa vaativien palveluiden tarve vähenisi. Uusi toimintamalli ja uudet ohjeet saatiin valmiiksi vuoden 2018 aikana. Uusi käytäntö esiteltiin koko alueen suun terveydenhuollon henkilöstölle loppuvuodesta 2018 kahdessa eri tilaisuudessa.

Keskeisin muutos aikaisempiin, erilaisiin toimintamalleihin on yksilöllisen tarpeen korostaminen aiempaa enemmän sekä ehkäisevän hoidon että määrääkaistarkastusten toteuttamisessa. Lapset ja nuoret segmentoidaan suusairauksiin sairastumisriskin perusteella iästä riippuen joko kahteen tai kolmeen ryhmään: Terve, Teho ja Stoppi. Toimintamallissa on ohjeet sekä segmentointiin että toiminnan sisältöihin. Segmentoinnin kriteerit perustuvat mm. Käypä hoito -suosituksiin. Toimintamallin koko ikäluokan tarkastukset ovat edellä mainitun asetuksen mukaisia. Yhteydenottokäytännöt lastensuojeluun ovat nyt yhtenäiset, mikä on välttämätöntä kaikkien oikeusturvan kannalta.

Toimintamallin käyttöönotto alueella on jo aloitettu. Mallia kehitetään vielä kaiken aikaa arviointien perusteella. Kehittämistä tarvitaan erityisesti kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämiseksi ja sähköisen asioinnin hyödyntämiseksi. Myös yhteistyömalleja opetustoimen kanssa pitänee arvioida uudelleen.

Henkilökohtainen apu suun päivittäiseen omahoitoon -toimintamallin kehittäminen ja käyttöönotto

Henkilökohtainen apu on yksilön tarvitsemaa välttämätöntä apua niissä tavanomaiseen elämään liittyvissä toiminnoissa, jotka henkilö kykenisi tekemään itse ilman vammaansa tai sairauttaan. Suun päivittäisen omahoidon esteeksi tulevat pääsääntöisesti motoriikan, tasapainon, lihasvoiman ja näkökyvyn heikkeneminen sekä muistiongelmien.

Henkilökohtainen apu on valittu kehittämisteemaksi, vaikka toimintamallin kohderyhmä suhteessa koko väestöön on vähäinen. Tähän päädyttiin, koska vanhuspalveluiden sisältö ja resurssit ovat muistakin syistä arvioinnin kohteena. Avun tarvekin lisääntyy kaiken aikaa, koska mm. väestö vanhenee huomattavasti.

Helsingin alueen palvelutaloissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla tehtiin vuonna 2018 suun terveyteen liittyvää tutkimusta. Tutkimuksen kohteena olevasta asiakas/potilasryhmästä hampaattomia oli neljännes. Lähes kaikilla hampaallisilla hampaat olivat plakin peittämiä ja 90 %:lla oli ienverenvuotoa. Huono suuhygienia vaikeuttaa eräiden kroonisten yleissairauksien (esim. diabetes ja reuma) hoitotapainon saavuttamista. Suun krooniset tulehdukset voivat myös altistaa vakavien sairauksien puhkeamiselle. Huono suunterveys on yksi riskitekijä mm. valtimokovettumataudissa sekä sydän- ja aivoinfarktin taustalla.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2013. Suun terveydenhuollon osalta suositusta on täydennetty sosiaali- ja terveysministeriön julkaisulla 2015 ”Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä”. Toimintamallisuositusten ja jo käytössä olevien hyvien käytäntöjen pohjalta kehitetään vuoden 2019 aikana koko Varsinais-Suomen alueen hoito- ja hoivalaitosten, kotihoidon sekä omaishoitajien käytettäväksi yhteinen toimintamalli ja ohjeistus siitä, miten henkilökohtaisen avun tarve suun päivittäisessä omahoidossa arvioidaan, otetaan osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa sekä miten avun saanti toteutetaan ja varmistetaan.

Suun terveydenhuolto vastaa toimintamallin ja ohjeistuksen laadinnasta sekä toimintamallin ja ohjeiden jalkautuksesta yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Toimintamalli ja ohjeistus sisältävät suun puhdistamisen, ateriatymin, vesi janojuomana sekä suun terveydenhuollon palvelutarpeen ja hoitoon haakeutumisen tunnistamisen. Aineisto toteutetaan niin, että se on saatavilla suomeksi ja ruotsiksi sekä sähköisesti.

Toimintamallia otetaan käyttöön vuoden 2020 aikana. Käyttöönotto edellyttää, että hoito- ja hoivalaitoksille sekä kotihoidolle varmistetaan riittävät resurssit toimintamallin toteuttamiseksi arjessa. Toimintamallin käyttöönotolla saattaa olla positiivinen vaikutus myös hoito- ja hoiva-alan ammattilaisten oman ja heidän läheistensä suun päivittäiseen omahoitoon. Koko väestöön kohdistuvassa terveysneuvonnassa jatketaan sovitulla tavalla eli keskeisenä viestinä on 2+2+2+2 eli hampaiden harjaus kaksi kertaa päivässä kaksi minuuttia kerralla käyttäen kaksi cm fluoritahnaa sekä kehoitus vähintään kahden tunnin taukoon aterioiden ja välipalojen välillä.

Suun terveydenhuollon kiirehoidon ja päivystyksen kehittäminen

Varsinais-Suomen julkiset suun terveydenhuollon yksiköt vastaavat virka-aikana oman kuntansa asukkaiden ja kunnan alueella satunnaisesti olevien hammashoidon kiire/päivystyspalveluista. Toimintamallit vaihtelevat; miten yhteydenotto tapahtuu, mitkä ovat päivystykseen ottamisen kriteerit, milloin palvelua on saatavilla.

Iltaisin sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja arkipyhinä suun terveydenhuollon päivystys järjestetään Varsinais-Suomen alueen kuntien yhteistyönä. Päivystys on tarkoitettu välttämätöntä kiireellistä hampaiden ja suun hoitoa tarvitseville. Kriteereinä ovat mm. voimakkaat hampaiston ja suun alueen särkytilat, äkilliset turvotukset ja tulehdukset, vammat ja tapaturmat sekä hammashoitotoimenpiteiden jälkeiset komplikaatiot. Palvelut tuotetaan Turussa T-sairaalan tiloissa niin, että jokainen kunta vastaa päivystävän hammaslääkäri- ja hammashoitajaresurssin järjestämisestä päivystykseen. Vastuuosuus määräytyy kunnan väestömäärän perusteella. Toimintamallissa on kehitettävää, koska päivystystoimintaan osallistuvan henkilöstön määrä on suuri ja osaaminen tämän myötä vaihtelevaa. Palkkaus perustuu paikallisiin sopimuksiin, jotka vaihtelevat kunnittain. Korvaustaso on osittain sangen korkea.

Sekä terveyskeskusten suun terveydenhuoltojen virka-aikaista kiirehoitoa että alueellista suun terveydenhuollon päivystystä onkin edelleen kehitettävä. Toiminnan tueksi tarvitaan mm. yhtenäiset kiirehoitoon ja päivystykseen ottamisen kriteerit. Näiden kriteerien laatimisvastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä, joka vastaa kiireellisen hoidon yleisestä suunnittelusta. Kun kriteeristö on tiedossa, voidaan alueellinen suunnittelu aloittaa nykytilan kartoituksella ja käynnistää sekä kiirehoidon palveluprosessi että päivystyshoidon palveluprosessin uudelleensuunnittelu. Suunnittelussa on otettava kantaa mm. siihen, millaista yhteistyötä eri kuntien välillä tehdään kiirehoidon ja päivystyspalvelujen järjestämisessä, mikä on prosessien työnjako ja yhteistyömallit, miten palvelut tuotetaan, miten sähköistä asiointia voidaan hyödyntää ja miten voidaan edelleen vahvistaa henkilöstön osaamista. Samassa yhteydessä tarkastellaan myös suun terveydenhuollon porrastusta ja erikoishammaslääkäripalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta maakunnan alueella.

Uusia toimintamalleja voidaan ottaa käyttöön aikaisintaan loppuvuodesta 2021 mm. joidenkin kuntien päivystyspalveluihin liittyvien ostopalvelusopimusten vuoksi.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aika- taulu	Mittarit
Suun terveydenhuollon alueelliseen kehittämiseen on olemassa yhteistyöfoorumi	Suun terveydenhuollon kehittämiseen nimetään alueellinen työryhmä. Työryhmä kootaan sote- ja maakuntauudistuksen valmistelussa toimineen suun terveydenhuollon ryhmän pohjalta.	Kunnat ja kuntayhtymät Sotejohtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta	2019	Työryhmä on nimetty K / E
Alueella on kattavassa käytössä yhteisesti sovittu lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto toimintamalli.	Tuetaan kuntia ottamaan käyttöön lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuollon toimintamalli Toimintamallia kehitetään jatkuvasti käytännön toimijoilta saatavan palautteen perusteella	Suun terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmä vastaa toimintamallin käyttöönoton edistämisestä ja mallin edelleen kehittamisestä. Kunnat ja kuntayhtymät päättävät mallin käyttöönotosta	2019- 2020	Lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto -toimintamallin käytössä alueen kunnissa K / E
Henkilökohtainen apu suun päivittäiseen omahoitoon -toimintamalli on otettu käyttöön Varsinais-Suomessa	Kehitetään toimintamalli ja ohjeistus henkilökohtaisesta avusta suun päivittäisessä omahoidossa. Tuetaan mallin käyttöönotossa alueen hoito- ja hoivapalveluissa	Suun terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmä vastaa toimintamallin kehittamisestä ja ohjeistuksen laatimisesta sekä käyttöönoton tukemisesta Kunnat ja kuntayhtymät päättävät mallin käyttöönotosta	2019 2020	Henkilökohtainen apu suun päivittäiseen omahoitoon -toimintamalli on otettu käyttöön alueen kunnissa K / E
Suun terveydenhuollon kiirehoidosta ja päivystyksen kehittämisestä on olemassa kehittämissuunnitelma	Laaditaan suunnitelma, jolla suun terveydenhuollon kiirehoitoa ja päivystystä kehitetään niin, että uusia toimintamalleja voidaan ottaa käyttöön vuodesta 2021 alkaen	Suun terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmä laatii suunnitelman kiirehoidon ja päivystyksen kehittämisestä	2019 – 2020	Kehittämissuunnitelma on laadittu K / E

4.4. Ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut

Varsinais-Suomen väestö ikääntyy lähivuosina voimakkaasti. Vuosina 2020–2040 on ikääntyvän väestön kasvu nopeinta 85 vuotta täyttäneen väestön osalta. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan alueen 85 vuotta täyttäneen väestön määrä kaksinkertaistuu noin 15 000 asukkaasta noin 30 000 asukkaan vuodesta 2020 vuoteen 2040.

Ikäihmisten palveluja kehitettäessä on olennaista kohdentaa huomio erityisesti ikäihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin, ikäihmisten asumisen olosuhteisiin sekä ikäihmisten sote-palvelujen palvelurakenteeseen ja toimintokäytänteisiin.

Palvelurakenteeseen liittyen on sote- ja maakuntauudistusta valmistelleen työn yhteydessä nähty, että laitoshoidosta (pitkäaikainen hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla, vanhainkotihoito) tulee pystyä luopumaan kokonaan. Lisäksi on nähty, että Varsinais-Suomen alueen tavoitetasona palveluasumisessa vuonna 2025 tulisi olla 8 % 75 vuotta täyttäneestä väestöstä ja säännöllisessä kotihoidossa 12 % 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Tähän liittyen on huomioitava, että kuntien ikääntyneiden palvelurakenteissa on eroja, joten kunkin kunnan on luonnollisesti suhteutettava tavoitetaso omaan nykytilanteeseensa.

Palvelujen ja palvelurakenteen kehittämisen näkökulmasta on olennaista hyödyntää digitaalisia palveluja sekä asiakkaiden kohtaamisessa että ammattilaisten välillisissä työtehtävissä.

Ikäihmisten palveluihin liittyen on järjestämissuunnitelmassa nostettu kehittämiskohteiksi seuraavat kokonaisuudet:

- Keskitetyn asiakas- ja palveluohjaustoimintamallin (KomPassi) järjestäminen kuntien välisenä yhteistyönä
- Palvelutarpeen tunnistaminen ja arviointi
- Palveluprosessien kuvaus ja kehittäminen
- Hyvinvointitori – toiminnan kehittäminen
- Geriatrisen kuntoutuksen alueellisen koulutuksen suunnittelu ja järjestäminen

Lisäksi tavoitteena on edistää sitä, että kuntien strategioihin / ohjelmiin sisältyy ikäasumisen ohjelma.

Keskitetyn asiakas- ja palveluohjaustoimintamallin (KomPassi) järjestäminen kuntien välisenä yhteistyönä

Alueelle rakennettiin vuosien 2016–2018 aikana STM-rahoitteisen hankkeen turvin keskitetty asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli (KomPassi). Hankkeessa kehitettiin ikääntyneille asiakkaille ja heidän läheisilleen matalan kynnyksen neuvonta- ja ohjauspalvelujen antamista varten monikanavaiset yhteydenottovälineet ja toimintamalli, jossa ikäihminen saa apua yhden yhteydenoton perusteella. Toiminnan ylläpidosta ja jatkokehityksestä hankeajan jälkeen on sovittu Varsinais-Suomen kaikkien kuntien keskinäisellä sopimuksella vuoden 2020 loppuun asti.

Matalan kynnyksen neuvontaa on tarjolla KomPassi-sivustolla, puhelimitse, chat-yhteyden kautta ja kuntien fyysisissä palvelupisteissä. Neuvontapalveluja kehitetään huomioiden maakunnan kaksikielisyys. Vuosien 2019–2020 aikana pyritään toimintaa kehittämään laajentamalla toimintamallin kautta tavoitettavaa palvelutarjoomaa niin että sen kautta tavoitetaan erityisesti yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamat palvelut vielä nykyistä kattavammin. Tavoitteena on myös laajentaa toimintamallia ikäihmisten palvelujen lisäksi muihin asiakasryhmiin, ensi vaiheessa vammaispalveluihin sekä työikäisten sosiaalipalveluihin.

Olennaista on myös se, että palveluja kehitettäessä vahvistetaan yhä enemmän neuvonnan roolia. Tavoitteena on, että sen lisäksi, että henkilö saa tietoa tarjolla olevista palveluista, tarjotaan hänelle ohjausta ja neuvontaa siitä, miten ikäihminen voi itse edistää omaa toimintakykyään ja hyvinvointiaan.

Palvelutarpeen tunnistaminen ja arviointi

Sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun yhteydessä on tunnistettu tarve yhtenäistää toimintatapoja palvelutarpeen tunnistamisessa ja arvioinnissa. Asukkaiden yhdenvertaisuuden kannalta on olennaista, että asiakkaiden ohjautuminen palvelujen piiriin tapahtuu samojen periaatteiden ja prosessien mukaisesti riippumatta siitä, ketkä tai mitkä tahot prosessissa ovat toimijoina. Ikäihmisten toimintakykyä, voimavaroja ja palvelutarvetta tulisi arvioida luotettavilla ja yhtenäisillä arviointivälineillä. Tämä ei toteudu nykytilanteessa, jossa kukin kunta on määritellyt itse palvelunantokriteerit ja kriteereissä on vaihtelua. Tavoitteena onkin jatkaa ikäihmisten palveluihin liittyvää kehittämistyötä niin, että kuntien hyödynnettäväksi toimitetaan esityksiä siitä, millaisia toimintakäytäntöjä ja kriteeristöjä kannattaa ottaa käyttöön, jotta alueen asukkaat ovat nykyistä yhdenvertaisemmassa asemassa palvelutarvetta arvioidessa ja palvelujen piiriin tullessaan.

Palveluprosessien kuvaus ja kehittäminen

Järjestämissuunnitelman toimeenpanossa kiinnitetään erityistä huomiota yli sektorirajojen tapahtuvien asiakasryhmäkohtaisten hoitopolkujen tunnistamiseen, avaamiseen ja kehittämiseen. Ikäihmisten palveluissa on kehittämisen kohteeksi nostettu kolme kokonaisuutta, jotka ovat:

- Kuntoutuksen palveluketju
- Ikääntyneen sosiomedisiininen kriisi sekä
- Muistiasiakkaan polku

Kumpaankin kokonaisuuteen liittyen huomioidaan ikäihmisten palvelujen sisäisen kehittämisen lisäksi erityisesti se, mikä on terveystieteiden rooli palvelutarpeen havaitsemisessa sekä hoitopolun toteutamisessa.

Kuntoutuksen palveluketju

Kuntoutuksen palveluketju on valittu kehittämiskohteeksi, koska nykyinen järjestelmä on hajanainen ja pirstaleinen. Kehittämistarpeita on erityisesti kuntoutustarpeen tunnistamisessa sekä niissä kohdissa kun asiakas siirtyy toimijalta toiselle. Tavoitteena on yhtenäistää sekä palvelutarpeen arvioinnin mittareita ja arviointivälineitä että koko kuntoutusprosessia. Lisäksi kuntoutuksen kytkeminen asiakkaan toimintaympäristöön vaatii edelleen kehittämistä. Myös kuntoutuksen vaikuttavuuden seuranta vaatii kehittämistä.

Kuntoutuksen palveluketjua avattaessa ja konkreettisia kehittämiskohteita kartoitettaessa pidetään lähtökohtana sitä, että ikääntyneelle tulisi olla tarjolla ennakoivaa, ylläpitävää ja varhaisvaiheen kuntoutusta sekä tehostettua monialaista kuntoutusta äkillisissä elämän ja toimintakyvyn muutostilanteissa.

Kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta olennaista on, että palvelujen piiriin pääsy tapahtuu matalalla kynnyksellä ja viiveettä ja että kuntoutusprosessi on suunnitelmallinen, tavoitteellinen ja saumaton.

Palveluiden tulee vastata eri tilanteissa ilmeneviin kuntoutustarpeisiin, mutta myös taipua samassa tilanteessa olevien ikääntyneiden yksilöllisiin tarpeisiin. Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys ovat kuntoutuksen onnistumisen ja siihen sitoutumisen kannalta keskeisiä asioita. Kaiken kuntouttavan palvelun tulee noudattaa hyvää kuntoutuskäytäntöä. Toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa ja mitattavaa. Keskeistä on kuntoutujan toimintakyvyn kuvaus ja mittaaminen sekä arjen tarpeista lähtevä tavoite, joka on mahdollinen, mitattava ja kuntoutujalle merkityksellinen. Nämä asiat tulee huomioida palveluja suunniteltaessa ja kehitettäessä.

Ikääntyneen sosiomedisiininen kriisi

Kuntoutus on erityisen tärkeää iäkkään henkilön sairastuessa ja toimintakyvyn laskiessa äkillisesti. Kuntoutuksen tulee olla osa akuutisti sairaan vanhuspotilaan hoitoa, se tulee aloittaa jo päiväystyössä ja sairauden hoidon lisäksi tulee keskittyä aina myös toimintakyvyn palauttamiseen. Tehokkaita kuntoutustoimia tarvitsevat akuutin sairauden yhteydessä erityisesti ne iäkkäät, joilla on ennestään toimintakyvyn laskua ennustavia riskitekijöitä kuten esimerkiksi gerasteniaa, toiminnanvajeita, vajaaravitsemusta tai heikentynyt liikkumiskyky. Nämä toiminnanvajeen kehittymiselle olemassa olevat itsenäiset

riskitekijät tulee tunnistaa akuutissa tilanteessa, jotta kuntoutustoimet aloitetaan välittömästi niitä erityisesti tarvitseville.

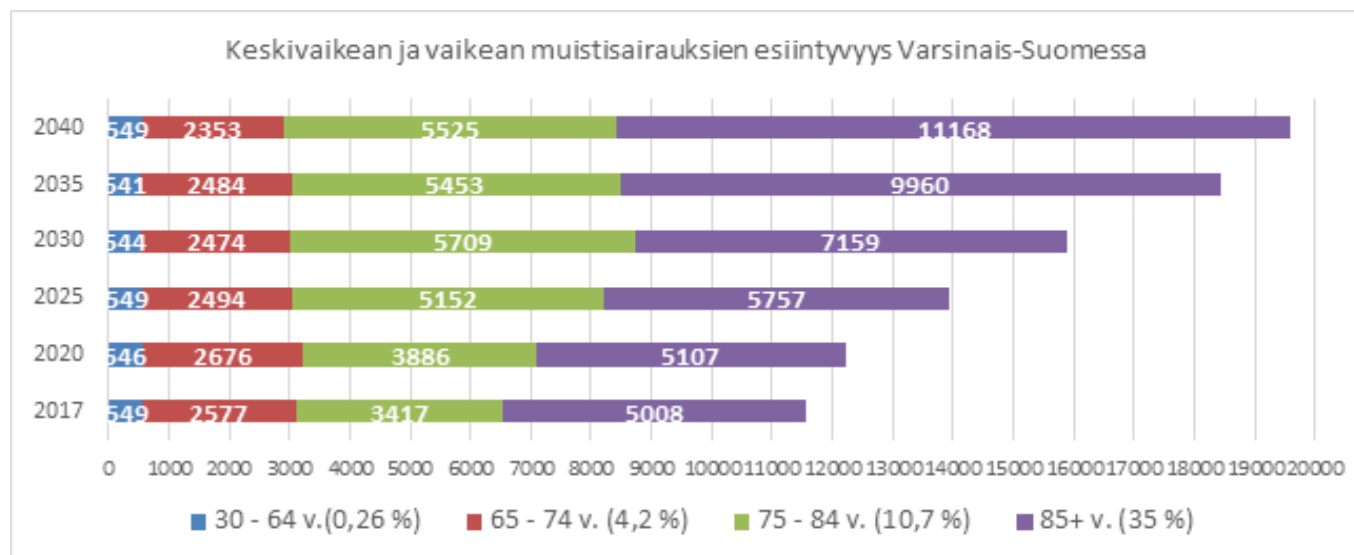
Oleellista palveluketjussa on varmistaa, että toimintakyvyn laskun syytä selvittävät ja toimintakykyä palauttavat toimenpiteet alkavat riippumatta siitä, mihin asiakas on yhteydessä tai hakeutuu akuuttitilanteessa. Kokonaisuuteen liittyen on tarpeen arvioida ja kehittää päivystyksen toimintamalleja sekä erilaisia liikkuvia palveluja ikääntyneen erityistarpeet huomioiden.

Muistiasiakkaan polku

Ikä on tärkeä muistisairauden riskitekijä. Väestön ikääntyessä on todennäköistä, että etenevää muistisairautta sairastavien henkilöiden kokonaismäärää tulee nousemaan vuosittain.

Varsinais-Suomessa oli vuonna 2017 noin 11 600 muistisairasta henkilöä. Vuonna 2025 muistisairaita henkilöitä ennakoitaan olevan hieman yli 12 000 ja vuonna 2030 muistisairaita ihmisiä ennakoitaan olevan lähes 16 000. Muistisairaus on yksi tekijä, joka ennakoi ikäihmisen säännöllisten palvelujen tarvetta. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista viidenneksellä oli vähintään keskivaikea muistisairaus ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista yli 60 %:lla²¹.

Tämän vuoksi on nähty olennaiseksi panostaa nimenomaan siihen, että alueellamme on käytössä vaikuttavia ja asukkaiden yhdenvertaisuutta edistäviä työ- ja toimintamenetelmiä muistisairaiden asiakkaiden tueksi.



Kuvio 16: Arvio keskivaikean ja vaikean esiintyvyydestä Varsinais-Suomessa (Prosentuaalisten osuuksien arvion lähde: Muistiasiantuntijat.fi / [Keskivaikean ja vaikean muistisairauden esiintyvyys](#) Esiintyvyyden laskemisessa on käytetty vuoden 2015 väestöennustetta.)

Hyvinvointitori – toiminnan kehittäminen

Järjestämissuunnitelman yhtenä periaatteellisenä lähtökohtana on se, että toiminnassa painotetaan ennaltaehkäiseviä ja peruspalveluja. Ikääntyneen väestön määrän nopean kasvun myötä on tämän periaatteen noudattaminen olennaisen tärkeää myös ikäihmisten palvelujen kehittämisen näkökulmasta.

Raskaampien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta tulee pyrkiä vähentämään järjestämällä ikääntyneelle väestölle hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Tällaisia sisältöjä ovat mm:

- Toimintakyvyn omaehtoinen edistäminen
- Ravitsemustilan arviointi ja monipuolisen ravinnonsaannin neuvonta
- Kaatumisten ehkäisy IKINÄ-mallin mukaan

²¹ Turku, THL RAI palauteraportit, syksy 2018)

- Tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisy
- Sairauksien ehkäisy
- Kodin turvallisuus ja esteettömyys
- Sosiaaliturvaan liittyvät asiat
- Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen
- Ikäihmisen ohjaaminen käyttämään kotikunnan kulttuuri-, liikunta- ym. palveluja, järjestöjen ja seurakuntien palveluja sekä yritysten tarjoamia kulttuuri-, liikunta- ja hyvinvointipalveluja.

Tätä neuvontaa voidaan toteuttaa KomPASSi –mallin avulla.

Olennaista on lisäksi varmistaa se, että alueella on ikäihmisten hyödynnettävissä riittävästi erilaista toimintakykyä ja hyvinvointia edistäviä toimintamuotoja. Tällaisia ovat esim. erilaiset ohjatut ryhmätoiminnot kuten kuntosali- ja muut fyysistä toimintakykyä edistävät ryhmät sekä kognitiivista toimintakykyä edistävät toimintaryhmät tai yksilöohjaus. Sosiaalista toimintakykyä voidaan edistää ja yksinäisyyttä ehkäistä erilaisilla yhdessäolon muodoilla ja vertaisryhmätoiminnalla sekä kulttuurihyvinvointia edistävillä toiminnoilla, joita ovat esimerkiksi musiikki, esittävä taide, sanataide tai tanssi. Olennaista on, että ikäihminen voi itse valita miten hän haluaa osallistua: kokijana, osallistujana tai tekijänä.

Ryhmämuotoisen toiminnan tarjonnan parantamiseksi tulisi alueelle kehittää lähitoimipisteinä toimivaa hyvinvointitori-konseptia.

Lähtökohtana pidetään sitä, että hyvinvointitoreilla on ikäihmisille suunnattua avointa toimintaa, jota voivat tuottaa kunnan eri hallintokunnat, järjestöt ja seurakunnat. Tämän lisäksi hyvinvointitorilla tulisi voida ruokailla (maksullista) ja siellä tulisi olla tarjolla erilaisia tukipalvelun kaltaisia palveluja erillistä maksua vastaan (esim. sauna-/peseytymispalvelut, vaatehuoltopalvelut). Hyvinvointitorilla voisi olla tarjolla myös esim. yritysten tuottamaa palvelua (jalkahoito, parturi, kampaamo jne.).

Hyvinvointitoreja suunniteltaessa ja pilotoitaessa tulisi tarkastella mahdollisuuksia myös kuntarajat ylittävään toimintaan. Olennaista konseptin toimivuuden kannalta on se, että hyvinvointitori on ikäihmisen saavutettavissa. Tämän vuoksi konseptia kehiteltäessä on huomioitava myös se, miten liikkuminen hyvinvointitorille mahdollistetaan ja miten siihen kytkeytyvät kuljetuspalvelut organisoidaan.

Geriatrisen kuntoutuksen alueellisen koulutuksen suunnittelu ja järjestäminen

Ikääntyneen kuntoutuksesta ja toimintakykyyn vaikuttavista osa-alueista on tarpeen järjestää henkilöstölle säännöllisesti koulutusta (esim. kuntouttava hoitotyö, moniammatillinen tiimityöskentely, mittarien käyttö, osallistavat työtavat, kaatumisten ehkäisy, ravitsemus, toimintakyvyn laskun ehkäisy sairaalahoidossa).

Tämän tavoitteen tueksi on Varsinais-Suomessa jo järjestetty monialaisia koulutuksia ikääntyneen kuntoutuksesta sekä koottu ammattilaisten verkostoa, jossa on tällä hetkellä noin 240 jäsentä. Koulutuksia tälle verkostolle on järjestetty kahdesti vuodessa.

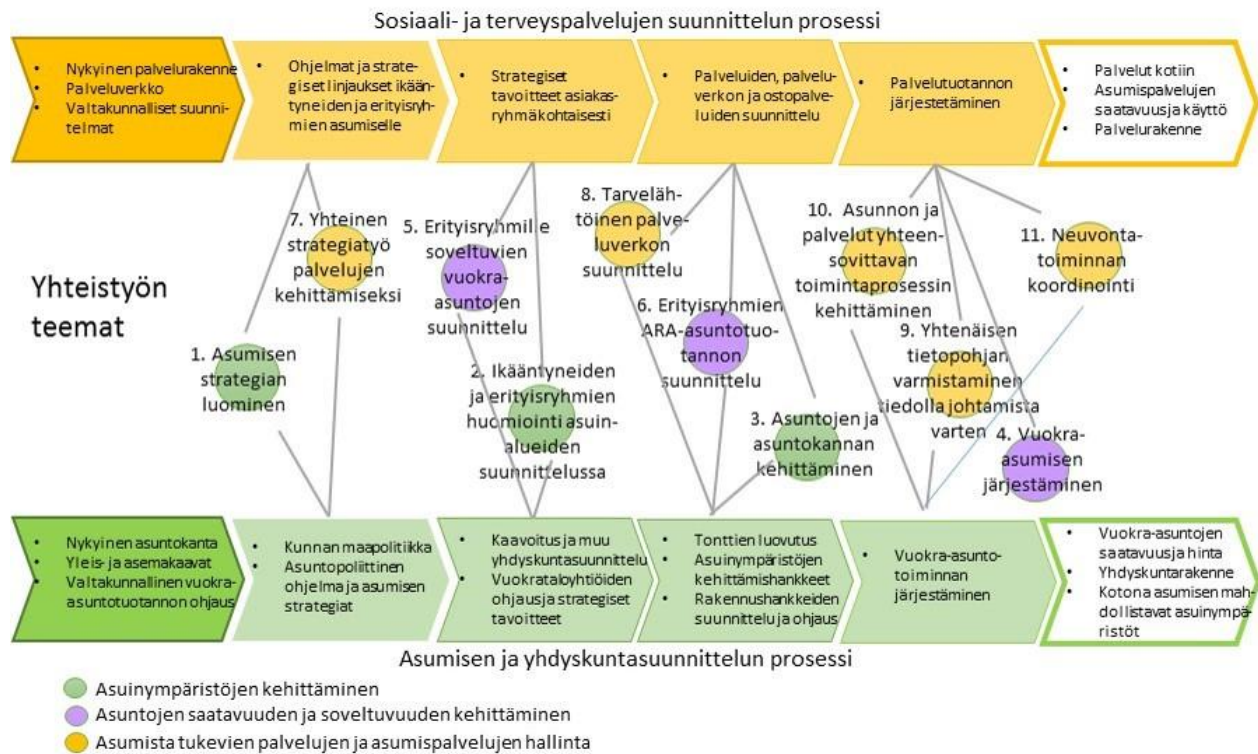
Koulutuskokonaisuutta kehitetään ja systematisoidaan niin, että jatkossa tarjolla olisi osana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellista koulutustarjontaa 5 iltapäivän koulutuspaketti kuntoutuksen keskeisimmistä sisältöalueista.

Tämän lisäksi olisi tärkeää, että alueella mahdollistetaan se, että osa henkilökunnasta osallistuu kuntoutuksen osaamista vahvistavaan lisäkoulutusohjelmaan (kuten Kunnon Hoitaja tai Gerokoutsi – koulutus). Tavoitteena tulisi olla riittävä peittävyys vaikuttavuuden parantamiseksi (esimerkiksi 30 % osaston henkilökunnasta tai erityisosaaja kaikkiin kotihoidon alueisiin).

Ikäasumisen ohjelmat osaksi kuntien strategioita ja ohjelmia

Ikäihmisten määrän lisääntyessä tulee kehittämisen painopiste kohdistaa toimenpiteisiin, joilla voidaan tukea ja edistää normaaliuden periaatetta ikäväestön asumisessa eli sitä että Varsinais-Suomessa on ikäväestölle riittävästi esteettömiä asuntoja esteettömissä asuinympäristöissä.

Kunnan toimialojen yhteistyö on tärkeää ikääntyneiden ja muiden erityisryhmiin kuuluvien ihmisten asumiseen liittyvissä kysymyksissä. Kuviossa 17 on mainittu 11 teema-aluetta kunnan toimialojen yhteistyölle kuten esimerkiksi ikäihmisten ja erityisryhmien edustajien osallistuminen asuinalueiden suunnitteluun sekä asuntokannan ja asuinympäristöjen kehittäminen tai yhteisen tietopohjan kehittäminen tiedolla johtamista varten. Asunnon ja palvelut yhteen sovittavassa asiakasprosessissa keskeisessä roolissa ovat ns. välimuotoiset asumisen mahdollisuudet. Välimuotoista asumista on mahdollista toteuttaa eri tavoin. Olennaista siinä on, että jo kohtalaisen paljonkin palvelua tarvitseva ikäihminen voi asua turvallisesti ja laadukkaasti omassa kodissa ja saada tarvitsemansa palvelut.



Kuvio 17: Teemaehdotuksia kunnan toimialojen yhteistyölle (kuvio Kirsi Kiviniemi, muokattu Maakuntien ja kuntien yhteistyö ikääntyneiden ja erityisryhmien asumisessa ja asumispalveluissa 2018 –raportin kuviosta).

Yhteistyön kehittämisen konkreettisia toimenpiteitä ovat kunnan toimialojen yhteistyössä toteuttamat selvitykset sekä ikääntyneiden ja erityisryhmien asumisen teemaan liittyvät strategiset ohjelmat ja toimenpiteet, joissa tulisi huomioida mm. seuraavia näkökulmia;:

- Ikäväestön asumisen ja asuinympäristöjen nykytilan tarkempi analysointi - lähtökohta asuntokannan parantamiselle, uustuotannolle ja asuin- ja elinympäristöjen kehittämiselle
- Suunnitelma, miten saadaan systemaattisesti tietoa säännöllisten palvelujen ulkopuolella olevan ikäväestön toimintakyvystä ja hyvinvoinnista (esim. 75 vuotta täyttäneestä väestöstä yli 70 % kuuluu tähän ryhmään)
- Ikäväestön tarpeet ja toiveet asumiselle sekä asuin- ja elinympäristölle
- Muisti- ja ikäystävällisen asuinympäristön periaatteiden edistäminen yhdyskuntasuunnittelussa ja rakentamisessa (mm. WHO Age-friendly cities periaatteet)
- Ikäteknologia ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa

Yhdessäkään Varsinais-Suomen kunnassa ei toistaiseksi ole ikäasumisen ohjelmaa, mutta ikäihmisten palvelukokonaisuuden kehittämisen kannalta olisi tärkeää, että niitä laaditaan joko kuntien omana työnä tai kuntien välisenä yhteistyönä. Ikäihmisten ja erityisryhmien asumisen kehittämisessä on paljon mahdollisuuksia myös kuntarajat ylittävälle yhteistyölle.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aika- taulu	Mittarit
Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen järjestäminen kuntien välisenä yhteistyönä	Ikääntyneiden asiakas- ja palveluohjauksen KomPASSi-toimintamallin ylläpitoa ja kehittämistä jatketaan suunnitelmakaudella kuntien välisen sopimuksen mukaisesti. Laaditaan suunnitelma KomPASSi-mallin laajentamisesta kattamaan myös vammaispalvelut sekä työikäisten sosiaalipalvelut	KomPASSi- hankkeen operatiivinen ohjausryhmä KomPASSi- hankkeen strateginen ohjausryhmä	2019-2020 2019	Seurattavia asioita kunta-kohtaiset asiakasmäärät / yhteydenottojen syyt Laajentumissuunnitelma tehty K / E
Palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen	Laaditaan esitys siitä, siitä, millaisia toimintakäytäntöjä ja kriteeristöjä palvelutarpeen arvioinnissa tulisi käyttää	Ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut -työryhmä	2019 2020	Esitys palvelutarpeen arvioinnin toimintakäytännöistä ja kriteeristöistä laadittu K / E Kunnat ja kuntayhtymät, jotka ovat ottaneet käyttöön esityksen mukaiset toimintakäytännöt ja kriteeristöt
Palveluprosessien kuvaus ja kehittäminen	Asetetaan 3 kehittämistyöryhmää (kuntoutus, sosiomediininen kriisi, muistiasiakas), joista kukin käy läpi oman asiakasryhmänsä palvelukokonaisuutta ja esittää havaintojensa perusteella käytännön toimenpiteet, joiden kautta kokonaisuutta voidaan sujuvoittaa. Työssä huomioidaan sekä se, että asiakkaan polku on selkeä että se, että palvelu on kokonaisuuden kannalta kustannusvaikuttavaa	Kunnat ja kuntayhtymät Sotejohtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta	2019	Työryhmät ovat vuoden 2019 aikana esittäneet perusteltuja kehittämiskohteita, joilla sujuvoitetaan palvelukokonaisuuden toimivuutta sekä asiakkaan että toiminnan kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. K / E
Esitettyjen toimenpiteiden pilotointi	Esitettyjä kehittämistoimia pilotoidaan erikseen päätettävien kuntien ja kuntayhtymien kesken. Käytännön pilotoinnin kautta päätetään ehdotetanko menetelmiä laajemmin käyttöön otettavaksi.	Kunnat ja kuntayhtymät yhteistyössä ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut -työryhmän kanssa sekä Sotejohtajakokouksen kanssa	2020	Kehittämistoimille on löydetty pilottialueet K / E Pilotoinnin perusteella on saatu aikaan menetelmiä, jotka halutaan ottaa käyttöön laajemmin Varsinais-Suomessa K / E
Hyvinvointitori – toiminnan kehittäminen	Varsinaissuomalaisen hyvinvointitori – konseptin kehittäminen yhteistyössä alueen kuntien ja kuntayhtymien kanssa	Kunnat ja kuntayhtymät yhteistyössä ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut -työryhmän kanssa	2019-2020	Laadittu esitys hyvinvointitorikonseptiksi K/ E Seuranta siitä kuinka monessa kunnassa on käytössä alueellisen konseptin mukainen hyvinvointitoritoiminta

Geriatrisen kuntoutuksen alueellisen koulutuksen järjestäminen	Kehitetään alueella käynnistettyä geriatrisen kuntoutuksen alueellista koulutusta niin, että kokonaisuudesta muodostuu 5 iltapäivän koulutuspaketti kuntoutuksen keskeisimmistä sisältöalueista Koulutus toteutetaan osana VSSHP:n alueellista koulutustarjontaa	Ikääntyvien kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut –työryhmä yhteistyössä VSSHP:n kanssa.	2019 – 2020	Koulutuspaketti käytössä K/ E Koulutuksiin osallistuneiden määrä (henkilöt / organisaatiot)
Ikäasumisen ohjelmat osaksi kuntien strategioita	Suosittelaa kuntia laatimaan ikäasumisen ohjelma, jonka osana tulisi tarkastella yhteisöllisten asumismallien kehittämisen mahdollisuuksia.	Ikääntyvien kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut –työryhmä	2019-2020	Kuntien määrä, jossa ikäasumisen ohjelma on tehty

4.5. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Varsinais-Suomen lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämistä koordinoitiin vuosina 2017–2018 hallituksen kärkihankkeisiin kuuluvan LAPE-muutosohjelman kautta. Muutosohjelmaa toteutettiin käytännössä Raision kaupungin hallinnoiman ”Lupa auttaa!” –hankkeen avulla. Hankkeeseen osallistuivat kaikki alueen 27 kuntaa. Kehittäminen jakautui neljään kehittämisosioon: a) perhekeskustoimintamallin kehittäminen ja käyttöönotto, b) erityis- ja vaativan tason palvelujen kehittäminen, c) lapsen oikeuksia ja tietoperusteisuutta vahvistava toimintakulttuurin muutos sekä d) varhaiskasvatus, koulu ja oppilaitos lapsen ja nuoren hyvinvoinnin tukena.

Vuodeksi 2019 on jokaiseen maakuntaan palkattu sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella muutosagentti, jonka tehtävänä on lapsiperhepalvelujen kehittämisen kokonaiskoordinaatio ja valmistelutyön jatkaminen lasten, nuorten ja perheiden palvelujen palvelukokonaisuudessa. Lisäksi on viiteen suurimpaan kaupunkiin palkattu opetus- ja kulttuuriministeriön rahoituksella sivistystoimen kunta-agentti, jonka tehtävänä on yliopistosairaala-alueilla koordinoita sivistystoimen ja sote-palvelujen rajanpintaan kuuluvia kehittämistoimenpiteitä. Varsinais-Suomessa muutosagentin toimintaa hallinnoi Raision kaupunki ja kunta-agentin toimintaa Turun kaupunki.

Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämisen alueellisesta koordinoinnista ja pilotoinnista sopiminen

LAPE-muutosohjelman varsinaisen hanketoiminnan loputtua on Varsinais-Suomessa tarvetta yhteiseen kehittämisen koordinaatioon. Perinteisesti kehittämistyötä on tehty yksittäisten, toisistaan irrallisten kehittämistoimien kautta. Alueella tulisi sopia yhteisesti laaja-alaisesta lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistamiseen tähtäävästä, koko Varsinais-Suomen alueen huomioivasta kehittämisen koordinoinnista.

Kehittämistoimien yhteisen koordinoinnin lisäksi tulisi rakentaa konkreettinen pilotointiohjelma, jossa voidaan pilottikunnissa tai –alueilla kokeilla nopealla aikataululla uusia toimintatapoja, joista toimivimpia laajemmin käyttöönottaen voidaan murtaa vanhan palvelujärjestelmän toimimattomia työtapoja ja tehostaa palveluja.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittämistä ohjataan Varsinais-Suomessa jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmarakennetta hyödyntäen. Toimintaa ohjaa ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” –työryhmä, joka toimii vuoden 2019 ajan myös muutosohjelmatyötä tukevana maakunnallisena LAPE-ryhmänä.

LAPE-työryhmän kautta on konkreettiseksi kehittämiskohteiksi jo valittu perhekeskustoimintamallin jatkokehittäminen, erityis- ja vaativan tason palvelujen jatkokehittäminen, lastensuojelun kehittäminen, perheoikeudellisten palvelujen kokoaminen maakunnalliseen yksikköön sekä asiakasosallisuuden kehittäminen.

Suunnitelmakauden aikana tulee työryhmässä ottaa lisäksi kantaa lasten ja nuorten kuntoutuksen toimivuuteen ja kehittämistarpeisiin. Nykyisin kuntoutusarviot ja kuntoutus toteutuvat sirpalemaisesti, vaikuttavuuden seuranta on vähän ja palvelujen saatavuus on eriarvoista sekä asuinkunnasta riippuvaista. Kuntoutusarviointin ja kuntoutuksen vaikuttavuuden organisointia ja tutkimusta on myös vaikea toteuttaa sirpalemaisessa järjestelmässä ja kuntoutuksen porrastus perus- ja erityistason välillä on kehittämätöntä.

Perhekeskustoimintamallin jatkokehittäminen

Suurimpia LAPE-palvelujen tehokkuutta ja asiakaskokemusta heikentäviä ongelmia on edelleen peruspalvelujen hajanaisuus. Kansallisten suositusten mukaan tulee lasten, nuorten ja perheiden perustason palveluja järjestää ja johtaa tulevaisuudessa yhtenä kokonaisuutena. Toimintamallina on perhekeskus, joka yhdistää asukkaan omat verkostot, kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut, kuntien muut palvelut sekä järjestöjen ja seurakuntien toiminnan yhteen sovitetuksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jossa asiakkailla on mahdollisuus saada palveluita pääosin yhdestä paikasta lähipalveluperiaatteen mukaisesti. Varsinais-Suomen perhekeskustoiminnan malli on kuvattu Lupa auttaa! -hankkeen kokoamassa Per-

hekeskustoimintamallin käsikirjassa. Mallin kehittämisessä on hyödynnetty kansallisia linjauksia ja kansallisen työryhmätyöskentelyn aineistoja ja se on tehty maakunnallisen perhekeskustyöryhmän ohjaamana.

Perhekeskuksen toimintamallia on tarpeen kehittää edelleen, määritellä tarkemmin sen yhteydet muihin palvelukokonaisuuksiin, tarkentaa ja levittää jo tehtyjä palveluprosesseja ja konsepteja toimintamalli käyttöön otettavaksi nykyistä laajemmin.

Jotta laaja muutos kohti perhekeskustoimintamallia käytännössä mahdollistuisi, olisi tärkeää jatkaa Lupa auttaa! -hankkeen aikana käynnistyneitä kehittämistoimia ja laajentaa perhekeskustoimintamallin käyttöönottoa. Toimintamallin muotoilun lisäksi Varsinais-Suomessa onkin jo käynnistetty perhekeskustoiminnan pilotteja, jotka ovat kunnallisia, paikallisia tai seutukunnallisia sovelluksia perhekeskuksesta ja edistävät toimintamallin leviämistä. Osana perhekeskustoimintamallin jatkokehittämistä on syytä edistää myös käynnistyneitä sähköisten palvelujen kokeiluja, kuten Pyydä apua –nappipalveluja ja neuvola-chat -palvelua

Erityis- ja vaativan tason palvelujen jatkokehittäminen

LAPE-muutosohjelman myötä on tehtyä suunnitelmaa uudesta lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistävästä palvelurakenteesta, Osaamis- ja tukikeskuksesta (OT), joita on suunniteltu perustettavan kullekin erityisvastuualueelle. OT-keskuksen olisi määrä ottaa vastuu kaikkein vaikeimmassa tilanteessa olevista lapsista ja nuorista sekä heidän kuntoutuksestaan. Samalla OT-keskus kehittäisi lasten ja nuorten kanssa työskentelevien sote-ammattilaisten osaamista ja kykyä vastata oman työnsä jatkuvasti muuttuviin haasteisiin. OT-keskuksen keskeinen muutosvoima on siinä, että keskittämällä vaativaa osaamista tarvitsevien asiakkuuksien hoitaminen, perus- ja erityistasolle jää enemmän mahdollisuuksia keskittyä työnjaollisesti järkevämpiin työtehtäviin.

Länsirannikon Osaamis- ja tukikeskus tulisi toimimaan Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Pohjanmaan alueella, ja sen pohjaksi on sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla erillinen keskittämisasetus. OT-keskuksen tehtävät ovat valtakunnallisen linjauksen mukaisesti:

1. Vaativien palvelujen ja hoidon tuottaminen pienelle ryhmälle asiakkaita
2. tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminta sekä
3. lasten ja perheiden palveluiden kokonaisuuden suunnittelu ja koordinointi yhdessä palvelujen tuotantoketjun kanssa.

Osaamis- ja tukikeskus tarjoaisi vaativia palveluja ja hoitoa pienelle ryhmälle asiakkaita, joiden hoito edellyttää kaikkein vaativinta erityisosaamista (noin 1 % lapsista ja perheistä). Asiakastyö tarkoittaa asiakaskäyntejä, konsultaatioita ja verkostopalavereja.

OT-keskuksen osalta on syytä jatkaa toimintamallien ja mahdollisen hallintorakenteen suunnittelua. Asiaan liittyen on tarpeen selvittää täsmällisemmin OT-keskuspalvelujen tarvevolyyymiä (millainen on asiakasvolyyymi, millaista konsultaatiota ja jalkautuvaa tukea näihin tarvittaisiin). Lisäksi suunnitelmaa on tarpeen synkronoida muiden OT-alueiden malleihin ja kansalliseen OT-suunnitteluun. Osana vaativien palvelujen kokonaisuutta tulisi selvittää mahdollisuus hankkeistaa ja pilotoida hybridiyksikkökokeiluja (esim. lastensuojelun ja psykiatrian sekä sijaishuollon, perhekuntoutuksen ja perheneuvonnan yhteiset kokeilut).

Työn tueksi tarvitaan konkreettisia sähköisiä välineitä ja jalkautuvia työtapoja, joiden avulla erityistason asiantuntijuus tulee käytännössä perustason avuksi. Palvelusysteemin näkökulmasta tavoitteena on, että päällekkäisen työn väheneminen mahdollistaa resurssien uudenlaisen kohdentamisen ja palvelujen yhteen nivoutumisen. Lupa auttaa! –hankkeessa kehitettiin mm. intensiivisen asiakas- ja palveluluohjauksen työtapaa (ns. monipalvelumalli) monia palveluja tarvitseville lapsille ja heidän perheilleen.

Osaamis- ja tukikeskusten toimintaan liittyvää suunnittelua tulee jatkaa yhteistyössä kansallisen tason ja Länsirannikon alueen toimijoiden kanssa.

Lastensuojelun kehittäminen

Erityispalvelujen toimintavarmuuden ja kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta kriittisimpiin palveluihin, kuten lapsiperhesosiaalityöhön ja lastensuojeluun, on tarpeen kehittää ja levittää yhtenäisiä työtapoja, varmistaa niiden resursointi sekä aloittaa kehitystyö yhteisten laatukriteerien luomiseksi.

Varsinais-Suomessa on erityisen laitospainotteinen palvelurakenne, joka osittain kumuloidusti kerryttää kustannuksia: kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kolminkertaistunut vuodesta 1990 vuoteen 2017, ja lastensuojelun laitos- ja perhehoidon nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet noin 40 miljoona euroa viimeisten kymmenen vuoden aikana. Tällä hetkellä Varsinais-Suomessa lastensuojelun avo- ja sijaishuollon palvelujen kilpailutus on järjestetty seudullisesti. Hankinta on yhdenmukaistanut palvelujen hankinnan kriteerejä, mutta se ei ole kyennyt vastaamaan kustannuskehityksen nousuun, palvelutarpeiden kasvuun eikä edistämään palvelujen vaikuttavuuden kasvua uusien innovaatioiden muodossa. Kuntien välisen yhteistyön turvin onkin syytä kehittää lastensuojelun hankintakäytäntöjä, jotta niiden avulla pystytään hillitsemään kustannusten nousua ja parantamaan vaikuttavuutta. Osana hankintakäytäntöjen uudistamista on tarpeen tarkastella kumppanuuspohjaisten mallien hyödyntämistä.

Lupa auttaa! -hankkeen aikana käynnistynyttä ja vaikuttavaksi todettua systeemisen työtavan kouluttamista tullaan jatkamaan kansallisesti johdetun hankkeen tuella. Varsinais-Suomessa systeeminen malli on nähty lapsiperhepalveluita yhteisesti ohjaavana viitekehyyksenä. Systeemiseen malliin orientoiviin koulutuksiin on osallistunut laaja joukko kuntien sosiaali-, terveys- ja sivistystoimen henkilöstöä, ja positiivisten kokemusten perusteella mallin käyttöönottoa ja juurruttamista on syytä edelleen tukea Varsinais-Suomessa.

Maakunnallinen perheoikeudellinen yksikkö

Sote- ja maakuntauudistukseen liittyvän valmistelun yhteydessä nousi esille useita lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluihin liittyviä palvelukokonaisuuksia, joissa nähtiin järkeväksi selvittää mahdollisuudet koota palveluja yksittäistä kuntaa isompaan yksikköön. Tällaisena nähtiin esimerkiksi perheoikeudellisten palvelujen kokonaisuus. Perheoikeudellisten palvelujen järjestämiseen liittyen on lastenvalvojien ja olosuhdeselvittäjien tilanne yksittäisissä kunnissa usein haavoittuva. Useissa kunnissa työntekijä toimii joko ainoana tehtävää hoitavana henkilönä tai se on työntekijälle yksi tehtävä muiden työtehtävien ohella.

Lupa auttaa – hankkeen turvin aloitettiin vuosina 2017- 2018 suunnittelu maakunnallisesti toimivan perheoikeudellisen yksikön perustamiseksi. Suunnittelutyötä on jatkettu kuntien välisenä yhteistyönä vuonna 2019. Suunnittelua koko Varsinais-Suomen alueella toimivan perheoikeudellisen yksikön perustamiseksi jatketaan vuonna 2019. Kunnat tekevät erikseen päätökset yksikön perustamisesta ja mahdollisesta palvelujen siirtämisestä sen hoidettavaksi.

Asiakasosallisuuden kehittäminen

Kuten tämän järjestämissuunnitelman periaatelinjauksessa ”Asiakas ennen organisaatiota” on todettu, on asiakaslähtöisyys terminä monimerkityksinen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakaslähtöisyyden ydin on, että palveluja kehitetään nimenomaan asiakkaan tarpeiden ja kokemusten näkökulmasta mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisyyttä ei voida määritellä palveluita tuottavien organisaatioiden tarpeista lähtien. Ydinkysymys on, kuinka asiakaslähtöiseksi asiakas palvelun kokee. Lähtökohtana on, että asiakas ei ole erilaisten interventtioiden kohde vaan omassa asiassaan aktiivinen toimija.

Tämän vuoksi on tärkeää entisestään laajentaa ymmärrystä asiakkaiden omasta kokemuksesta palvelujen sisällöstä ja toimivuudesta. Kysymys ei ole tällöin pelkästään palvelukohtaisesta asiakaspalautteen keräämisestä ja käsittelystä, vaan tavoitteena on kerryttää syvempää ymmärrystä siitä, miten asiakkaat kokevat asiakaspolkujen toimivuuden, siirtymät eri palveluiden välillä ja palvelukokonaisuuden kokonaisvaikutuksen oman tilanteensa näkökulmasta.

Tähän liittyen on tarve kehittää yhtenäisiä toimintatapoja siihen, miten asiakkaiden kokemustietoa saadaan käyttöön sekä nykyistä laajemmin että nykyistä yhtenäisemmässä muodossa. Työssä voidaan

hyödyntää mm. sekä perinteisten asiakaspalautteiden ja niitä syventävien asiakashaastattelujen menetelmiä että asiakasraatien ja kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aika- taulu	Mittarit
Alueellista kehittämistä ja palvelujen pilotointia koordinoidaan yhteisen foorumin kautta	LAPE-muutosohjelman ohjausryhmä toimii foorumina, jossa kehittämistoimintaa tarkastellaan alueellisena kokonaisuutena. LAPE-ohjausryhmän tehtävänä on luoda alueellinen kokonaiskuva alueella tehtävästä, lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittämiseen liittyvästä työskentelystä, edistää kehittämistoimien pilotointia ja tuoda esiin niitä hyviä käytäntöjä, joita alueella olisi järkevää ottaa laajemmin käyttöön. LAPE-ohjausryhmä tuottaa vuosittain kuntien ja kuntayhtymien käyttöön tilannekatsauksen alueellisen kehittämistyön tuloksista sekä suosituksen alueellisesti käyttöön otettavista palveluista.	LAPE-ohjausryhmä yhteistyössä LAPE-muutosagentin kanssa	2019 – 2020	Vuosittainen "Kehittämisen tilannekuva ja suositukset hyvien käytäntöjen käyttöönotosta" –katsaus kuntien ja kuntayhtymien käyttöön tuotettu K / E Listaus siitä, mitä hyviä käytäntöjä LAPE-ohjausryhmä on suosittanut kunnille ja kuntayhtymille käyttöönotettavaksi ja kuinka laajasti LAPE-ohjausryhmän suosittamia hyviä käytäntöjä on otettu käyttöön - Vuoden 2019 ja - Vuoden 2020 loppuun mennessä
Perhekeskustoimintamallin jatkokehittäminen	Kuntakohtaisten perhekeskuspilottien tulosten kokoaminen ja jakaminen koko alueen hyödyksi. Tähän liittyen ylläpidetään alueellista perhekeskustoimijoiden verkostoa. Varsinaissuomalaisen perhekeskus – konseptin jatkokehittäminen Kuntarajat ylittävän yhteistyön mahdollistavan sähköisen perhekeskuksen jatkokehitys	LAPE-ohjausryhmä yhteistyössä LAPE-muutosagentin kanssa Kunnat ja kuntayhtymät päättävät perhekeskus- ja sähköisen perhekeskusmallin käyttöönotosta	2019–2020	Alueellinen perhekeskustoimijoiden verkosto koottu K / E Seuranta siitä kuinka monessa kunnassa on käytössä alueellisen konseptin mukainen perhekeskustoiminta Kuntarajat ylittävä, sähköinen perhekeskusmalli käytössä K / E
Erityis- ja vaativan tason palvelujen jatkokehittäminen	Laaditaan yhteistyössä kansallisten ja Länsirannikon (Varsinais-Suomi, Satakunta, Pohjanmaa) toimijoiden kesken yhteinen suunnitelma Länsirannikon Osaamis- ja tukikeskuksen toiminnan sisällöstä ja organisoinnista.	LAPE-ohjausryhmä yhteistyössä LAPE-muutosagentin kanssa	2019	Toimintasuunnitelma laadittu K / E

Lastensuojelun kehittäminen	Selvitetään mahdollisuudet hyödyntää uudenlaisia hankintakäytäntöjä lastensuojelussa. Tuetaan systemisen tiimimallin koulutusta ja käyttöönottoa kunnissa kansallista yhteistyötä hyödyntäen Viimeistellään alueen kuntien hyödynnettäväksi Lupa Auttaa –hankeessa käynnistetty lastensuojelun käsikirja –työn laadinta.	LAPE-ohjausryhmä yhteistyössä LAPE-muutosagentin kanssa Kunnat ja kuntayhtymät päättävät koulutukseen osallistumisesta ja mallin käyttöönotosta LAPE-ohjausryhmä yhteistyössä LAPE-muutosagentin kanssa	2019	Laadittu selvitys ja suositus siitä, miten lastensuojelun hankintoja voidaan kehittää nykyistä kustannusvaikuttavampaan suuntaan K / E Seuranta siitä kuinka moni kunta on ottanut systemisen työotteen mallin käyttöön lastensuojelussa ja lapsiperhesosiaalityössä Alueellinen lastensuojelun käsikirja kuntien hyödynnettäväksi laadittu K / E
Maakunnallinen perheoikeudellinen yksikkö	Maakunnallisen perheoikeudellisen yksikön valmistelu niin, että toiminta yhteisessä yksikössä on mahdollista aloittaa vuoden 2020 alusta. Lähtökohtana valmistelussa pidetään sitä, että toiminta organisoidaan vastuukuntamallin mukaisena.	LAPE-ohjausryhmä yhteistyössä LAPE-muutosagentin kanssa ohjaa valmistelua. Kunnat ja kuntayhtymät tekevät päätökset perheoikeudellisten palvelujen tuotantotavasta.	2019 – 2020	Maakunnallinen perheoikeudellinen yksikkö toiminnassa K / E
Asiakasosallisuuden kehittäminen	Laaditaan toimintasuunnitelma siitä, miten alueella voidaan jatkossa koota nykyistä yhtenäisempää tietoa asiakaskokemuksesta	LAPE-ohjausryhmä yhteistyössä LAPE-muutosagentin kanssa	2019 - 2020	Laadittu kuntien ja kuntayhtymien käyttöön toimintasuunnitelma / ohjeistus asiakaskokemuksen keräämisestä K / E

4.6. Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen ja erityisesti aikuissosiaalityön rooli on keskeinen työikäisten, työelämän ulkopuolella olevien ihmisten osallisuuden ja hyvinvoinnin edistäjänä sekä palvelujen yhteensovittamisessa. Sosiaalityön kokonaisvaltainen työote mahdollistaa sen, että palveluja ja palvelukokonaisuuksia suunnitellaan ja yhteensovitetään asiakaslähtöisesti ja asiakkaan palvelutarve huomioon ottaen. Sosiaalityön avulla palvelujärjestelmää voidaan kehittää siten, että se vastaa asiakkaan palvelutarpeeseen aiempaa paremmin ja palvelut saadaan yhdenvertaisesti toimiviksi ja asiakaslähtöisiksi kaikille asiakasryhmille.

Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus

Työikäisten sosiaalipalvelut tulisi jatkossa järjestää asiakkaan kannalta nopeasti ja asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti matalalla kynnyksellä. Lisäksi monet lapsiperhesosiaalityön asiakasperheet olisi saatava ohjautumaan arviointiin ja kartoitukseen erittäin matalalla kynnyksellä.

Tavoitteena on, että palveluja voitaisiin jatkossa järjestää mahdollisimman suurelta osin yhden luukun malliin perustuen; siirtäen samalla myös painopistettä varhaisemman vaiheen tukeen. Samassa yhteydessä tulee huomioida mahdollisuudet siirtyä virastokeskeisestä palvelusta joustaviin ja hallitusti asiakkaan arkiympäristöä kohti liikkuviin palveluihin. Näin pyritään parantamaan kuntalaisten yhdenvertaisuutta, parantamaan toiminnan resurssien kustannusvaikuttavaa kohdentumista ja välttämään päällekkäistä työtä.

Tavoitteita kohti voidaan edetä yhtenäistämällä ja keskittämällä työikäisten sosiaalipalveluihin ja lapsiperhesosiaalityöhön liittyvä asiakas- ja palveluohjaus KomPASSi -hankkeessa ikäihmisille kehitetyn mallin²² mukaisesti.

Näin toimittaessa tulee keskitetty asiakas- ja palveluohjaus olemaan keskeinen toimija asiakkuuksien seuloonnassa, arvioinnissa sekä jatkopalvelujen tarpeen haarukoinnissa. Työikäisten sosiaalipalvelujen ja lapsiperhesosiaalityön näkökulmasta uusi toimintamalli sujuvoittaa palvelujen piiriin pääsyä sekä palvelujen kohdentumista oikea-aikaisesti ja asiakkaiden palvelutarpeen mukaan. Palvelutarpeen arviointia kehitettäessä hyödynnetään Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen koordinoimassa PRO SOS –hankkeessa laaditun palvelutarpeen arvioinnin käsikirjan suosituksia.

Palveluprosessien kuvaus ja kehittäminen

Työikäisten sosiaalipalvelujen prosessien tulisi olla näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuvia sekä vaihtuvia. Sosiaalipalveluilla on runsaasti yhdyspintoja muihin palveluihin ja palveluiden piirissä olevien asiakkaiden tilanteet ovat usein komplisoituneita. Tämän vuoksi on tärkeää, että keskeiset prosessit on tunnistettu ja kuvattu siten, että asiakkaiden palvelupolku on eheä, yhteistyö eri toimijoiden välillä toimii esteettä, vastuunjako on selkeä ja palveluiden piiriin sekä palveluista pois pääsee sujuvasti. Täsmällisesti kuvatut toimintaprosessit selkeyttävät eri tahojen ammattilaisten roolia ja poistavat päällekkäistä työtä.

Järjestämissuunnitelman toimeenpanossa kiinnitetään erityistä huomiota yli sektorirajojen tapahtuvien keskeisten tunnistettujen asiakaspolkujen kuvaamiseen ja kehittämiseen. Työikäisten prosesseja avataan vuosien 2019 ja 2020 aikana eri toimijoiden välisenä yhteistyönä ainakin varhaisen puuttumisen, nuorten syrjäytymisriskissä olevien asiakkaiden, kotoutumispalvelujen piirissä olevien asiakkaiden sekä aikuissosiaalityön asiakkaiden prosessien osalta. Tavoitteena on saada kokonaiskuva prosessien toimivuudesta ja löytää konkreettisia kehittämiskohteita, joilla palveluiden sujuvuutta ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä voidaan parantaa. Resurssien sallimissa puitteissa voidaan prosessikehittämistä laajentaa myös muihin asiakasryhmiin.

²² Varsinais-Suomessa ikääntyneiden henkilöiden palveluneuvontaan ja ohjaukseen on kehitetty yhtenäinen toimintamalli ja prosessi, joka sisältää sähköisen alustan, kokoaa yhteen tiedot eri palveluista ja toimii tiedonkulun tukena. Malli on suunnattu kuntalaisille, asiakkaille ja ammattilaisille.

Vaikuttavuuden arviointi ja näyttöön perustuvat käytännöt

Sosiaalityön roolia interventioihin perustuvana tavoitteellisena muutostyönä voidaan lähestyä vaikuttavuuden arvioinnin ja näyttöön perustuvien käytäntöjen kautta. Työikäisten, sosiaalipalveluissa asioivien henkilöiden elämäntilanteet ja haasteet ovat usein yhteiskunnallisesti monimutkaisia. Niiden ratkaisemiseksi tarvitaan parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön perustuvia käytäntöjä sekä monialaista yhteistyötä ja tiedontuotantoa. Vaikuttavuuden arviointi on jatkossa tärkeä asettaa työikäisten sosiaalipalvelujen kehittämisen keskiöön. On kuitenkin muistettava, että asiakkaan sitoutuminen valitsemaansa vaihtoehtoon on vaikuttavuuden edellytys. Näyttöön perustuvien interventioiden valinnassa voidaan jatkossa hyödyntää myös tekoälyn mahdollisuuksia.

Tiedon ja johtamisen välistä etäisyyttä on työikäisten sosiaalipalveluissa kavennettava. Nykytilanteessa haasteena on olemassa olevan tiedon hajanaisuus ja yhteisten mittarien puuttuminen sekä arvioinnin toimenpidekeskeisyys. Jatkossa tiedontuotannon tulee olla yhteismitallista ja vaikuttavuuden arviointiin keskittyvää. Olemassa olevaa tietovarantoa on kyettävä hyödyntämään nykytilannetta tehokkaammin. Työikäisten sosiaalipalveluissa palvelujen kehittämistä on toteutettava yli organisaatio- ja hallintorajojen. Kehittämistyön yhteyttä käytännön työhön tulee tiivistää.

Vaikuttavuuden arvioinnin edistämiseksi tulee huomio kiinnittää tiedontuotantoon (yhtenäisyys ja oikeellisuus) sekä yhteisten mittarien löytämiseen. Vuosien 2019 ja 2020 aikana laaditaan suunnitelma vaikuttavuuden arvioinnin kehittämisestä sekä suositus yhtenäisistä mittareista. Aikuissosiaalityössä pilotoidaan yhteistyössä Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Oy Vasso Ab:n kanssa PKS-hyvinvointimittaria (Hyvinvointimittari) ja testataan sen soveltuvuutta käyttöön Varsinais-Suomessa.

Sähköisten palvelujen kehittäminen

Sähköisten ja tekoälyyn perustuvien palvelujen kehittämistä on tehty Varsinais-Suomessa työikäisten palveluiden kohdalla niukasti. Sähköiset palvelut voivat jatkossa tarjota uusia mahdollisuuksia esimerkiksi kynnyksettömien palveluiden tarjontaan sekä vähentää pitkien asiointimatkojen tuomia ongelmia palveluiden saatavuudessa. Niiden myötä voidaan entisestään tehostaa verkostoyhteistyön tekemistä ja lisätä palveluiden joustavuutta ja yhdenvertaisuutta. Palvelujen sähköistämisen turvin on myös mahdollista kohdentaa resursseja nykyistä tehokkaammin.

Mahdollisia nopeasti käyttöön otettavia ratkaisuja työikäisten sosiaalipalveluissa olisivat esim. ”Pyydä Apua” –nappi ja koko Varsinais-Suomen alueella toimiva chat –palvelu. Kehittämiskohteina voisivat olla myös verkkoympäristössä tarjottavan sosiaalityön palvelut (vrt. Mielenterveystalo) sekä sähköiset it-searviointit (vrt. Omaolo – palvelun oirearviointi). Kehittämistyö tulee kytkeä tiiviisti koko palveluprosessin kehittämiseen ja siinä tulee huomioida muu sosiaali- ja terveystalouden sähköinen kehittäminen.

Sähköisten palveluiden rinnalla tulee säilyttää työikäisten sosiaalipalveluihin keskeisesti sisältyvä sosiaalityön systeeminen työote (suhdeperusteisuus, ratkaisukeskeisyys, voimavarakeskeisyys, terapeutinen lähestymistapa, jalkautuminen asiakkaan lähipiiriin ja – ympäristöön) sekä henkilökohtaisen vuorovaikutuksen ja kohtaamisen mahdollisuus. Osalla työikäisten sosiaalipalveluiden asiakkaista ei ole mahdollisuuksia sähköisten palveluiden käyttöön tai niiden käyttö ei onnistu asianmukaisesti. Palveluja kehitettäessä on tärkeää huomioida asiakkaille tarjottava tuki ja opastus palvelujen käyttöön.

Työskentely edellyttää kartoitusta sähköisten palveluiden nykytilanteesta ja kehittämistarpeesta työikäisten sosiaalipalveluissa. Vasta kartoituksen jälkeen laaditaan etenemissuunnitelma tulevista toimenpiteistä.

Asiakasosallisuus ja rakenteellinen sosiaalityö

Rakenteellisella sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalihuollon ammattihenkilöiden sosiaalihuoltolain mukaista velvoitetta tuottaa sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvaa tietoa asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä. Lisäksi lakiin sisältyy velvoite viedä sosiaalihuollon asiantuntemus

osaksi muiden toimialojen suunnittelua sekä muodostaa kerätyn tiedon perusteella toimenpide-ehdotuksia. Lainsäädännössä sosiaalihuollon ammattihenkilöiden osaaminen nähdään merkittävänä tekijänä hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa, että laajemmin koko palvelujärjestelmässä.

Nykytilanteessa rakenteellisen sosiaalityön rooli on Varsinais-Suomessa vähäinen ja yhtenäiset toimintakäytännöt puuttuvat.

Vuosien 2019 ja 2020 aikana alueen kunnissa pilotoidaan Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja PRO SOS -hankkeen yhdessä kehittämää rakenteellisen sosiaalityön ja sosiaalisen raportoinnin toimintamallia. Vasson tuella tietoa voidaan hyödyntää jatkossa systemaattisesti hyvinvointikertomusten laadinnassa sekä palveluiden kehittämisessä Varsinais-Suomen alueella.

Asiakkaiden roolia työikäisten sosiaalipalveluiden kehittämisessä on vahvistettava kaikilla asiakasosallisuuden tasoilla. Asiakkaat on tärkeä osallistaa kehittämistyöhön mukaan aidosti tasavertaisina kumppaneina. Tapoja edistää asiakasosallisuutta ovat mm. asiakasraatitoiminta, kokemusasiantuntijoiden käyttö sekä asiakkailta systemaattisesti kerättävät palautteet. Raatien toiminnassa tulee huolehtia siitä, että raatien näkemykset ja kannanotot otetaan huomioon palveluita kehitettäessä ja päätöksenteossa.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aika- taulu	Mittarit
Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus on käytössä myös työikäisten sosiaalipalvelut kokonaisuuteen liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa	KomPassi-hankkeen strategisen ohjausryhmän koordinoimana laaditaan suunnitelma siitä, miten toimintamalli voidaan ottaa alueellisesti käyttöön myös työikäisten sosiaalipalveluissa Kunnat ja kuntayhtymät päättävät erikseen siitä, miten toimintamalli otetaan käyttöön työikäisten sosiaalipalveluissa.	KomPassi-hankkeen strateginen ohjausryhmä Kunnat ja kuntayhtymät	2019 2020	Laajentumissuunnitelma tehty K / E KomPassi-malli otettu käyttöön työikäisten sosiaalipalveluissa K / E Mukana olevien kuntien määrä
Palveluprosessien kehittämiskohteiden tunnistaminen ja toimenpide-ehdotukset palveluprosessin sujuvoittamiseen	Asetetaan 4 kehittämistyöryhmää (varhainen puuttuminen, nuori syrjäytymisriskissä oleva asiakas, kotoutumispalvelujen piirissä oleva asiakas, aikuissosiaalityön asiakas), joista kukin käy läpi oman asiakasryhmänsä palvelukokonaisuutta ja esittää havaintojensa perusteella käytännön toimenpiteet, joiden kautta kokonaisuutta voidaan sujuvoittaa. Työssä huomioidaan sekä se, että asiakkaan polku on selkeä että se, että palvelu on kokonaisuuden kannalta kustannusvaikuttavaa	Kunnat ja kuntayhtymät Sotejohtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta Nimetyt kehittämistyöryhmät vastaavat kehittämisskohteiden löytämisestä	2019	Työryhmät ovat vuoden 2019 aikana esittäneet perusteltuja kehittämiskohteita, joilla sujuvoitetaan palvelukokonaisuuden toimivuutta sekä asiakkaan että toiminnan kustannusvaikutavuuden näkökulmasta. K / E
Ehdotettujen toimenpiteiden pilotointi	Esitettyjä kehittämistoimia pilotoidaan erikseen päätettävien kuntien ja kuntayhtymien kesken. Käytännön pilotoinnin kautta päätetään ehdotetaan menetelmiä laajemmin käyttöön otettavaksi.	Kunnat ja kuntayhtymät Sotejohtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta	2020	Kehittämistoimille on löydetty pilottialueet K / E Pilotoinnin perusteella on saatu aikaan menetelmiä, jotka halutaan ottaa käyttöön laajemmin Varsinais-Suomessa K / E
Alueella on suunnitelma vaikuttavuuden arvioinnin kehittämiseksi työikäisten sosiaalipalveluissa	Laaditaan suunnitelma vaikuttavuuden arvioinnin kehittämisestä Laaditaan suositus yhtenäisistä vaikuttavuuden seurannan mittareista Kokeillaan pilotoinnin avulla PKS-hyvinvointimittarin toimivuutta Varsinais-Suomessa	Mielenterveys- ja päihdepalveluja, työikäisten sosiaalipalveluja sekä vammaispalveluja koordinoiva työryhmä Kunnat ja kuntayhtymät Sotejohtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta	2019-2020	Alueella on suunnitelma vaikuttavuuden arvioinnin kehittämiseksi K / E Olemassa alueellinen suositus vaikuttavuuden seurannan mittareista K / E

Alueella on olemassa näkemys sähköisten palvelujen hyödyntämismahdollisuuksista työikäisten sosiaalipalveluissa	Kartoitetaan nykyisin käytössä olevat sähköiset palvelut ja tunnistetut kehittämistarpeet	Mielenterveys- ja päihdepalveluja, työikäisten sosiaalipalveluja sekä vammaispalveluja koordinoiva työryhmä	2019	Kartoitettu käytössä olevat sähköiset palvelut ja nostettu esiin yhteiset kehittämistarpeet K / E
	Mahdollisuuksia vastata tunnistettuihin kehittämistarpeisiin kartoitetaan yhteistyössä tietohallinnon teemaryhmän kanssa		2020	Olemassa esitys siitä, miten tunnistettuihin kehittämistarpeisiin kannattaa vastata K/ E
Asiakasosallisuuden kehittäminen	Laaditaan toimintasuunnitelma siitä, miten alueella voidaan jatkossa koota nykyistä yhtenäisempää tietoa asiakaskokemuksesta	Mielenterveys- ja päihdepalveluja, työikäisten sosiaalipalveluja sekä vammaispalveluja koordinoiva työryhmä	2019-2020	Laadittu kuntien ja kuntayhtymien käyttöön toimintasuunnitelma / ohjeistus asiakaskokemuksen keräämisestä K / E
	Pilotoidaan rakenteellisen sosiaalityön ja sosiaalisen raportoinnin toimintamallia		2019 - 2020	Pilotoinnin perusteella on saatu aikaan menetelmiä, jotka halutaan ottaa käyttöön laajemmin Varsinais-Suomessa K / E Sosiaalisen raportoinnin käyttöönotaneiden organisaatioiden määrä

4.7. Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Varsinais-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän keskeisiä painopisteitä ovat ennalta ehkäisevät ja arjen toimintakykyä tukevat palvelut. Palveluiden järjestämistä ohjaavana tavoitteena on palvelujen nopea ja asiakkaan tarpeen mukainen saatavuus matalalla kynnyksellä. Palvelut tuotetaan vastaanottomallin lisäksi soveltuvien osien liikkuvina ja asiakkaan omaan ympäristöön suuntautuvina.

Palveluohjauksen, hoidon, kuntoutuksen sekä tarjottavan palvelun tulee toteutua yhtenäisenä, tarvittaessa palvelutuottajien yhteisenä prosessina, joka suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen tarpeisiinsa perustuen.

Laadukkaiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuottamisessa käytetään näyttöön perustuvia ja vaikuttavia työmenetelmiä, hyväksi todennettuja toimintamalleja sekä yhtenäisiä mittareita. Informaatioteknologian merkityksen jatkuvasti kasvaessa ovat omahoito ja sähköiset palvelut tärkeä osa palvelukokonaisuutta.

Palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa kunnioitetaan asiakkaan oikeuksia, lisätään osallisuutta, tarjotaan kuntoutumista tukevia mahdollisuuksia ja vähennetään eriarvoisuutta. Asiakkaan, hänen perheensä ja lähiverkostonsa osallisuus ja tuki hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa on keskeinen hoitoon sitoutumista edistävä periaate.

Osana sote- ja maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatiota toiminut ”Sote-palvelut ja integraatio” työryhmä asetti vuonna 2018 valmistelun tueksi mielenterveys ja päihdetyön alatyöryhmän, jossa linjattiin teemaan liittyvät keskeisimmät kehittämiskohteet seuraavasti:

1. Ennaltaehkäisevien mielenterveys- ja päihdepalvelujen vahvistaminen
 - Esimerkkeinä järjestöyhteistyön (esim. päiväkeskukset, vapaaehtoistyö) koordinointi, mini-interventiot ja –mittarit
2. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuuden parantaminen
 - Esim. Matalan kynnyksen / kynnyksettömän palvelun lisääminen, jalkautuvat palvelut (kouluihin, asiakkaiden arkeen)
3. Yhtenäiset, yhdenvertaisesti saatavissa olevat, ensisijaisesti näyttöön perustuvat palvelukokonaisuudet / -ketjut koko maakunnassa
 - Esim. Perhekeskusten hyödyntäminen, päihde- ja mielenterveystyön integraation edistäminen / Yhden oven periaate, erityis- ja perustason yhteistyön edistäminen
4. Psykoterapeuttisten hoitojen saatavuuden turvaaminen
 - Näyttöön perustuvien psykoterapioiden käyttö; vaikuttavuuden seuranta
5. Osallisuus ja palveluprosessin asiakaslähtöisyys
 - Esim. Kokemusasiantuntijat / asiakasraadit

Jatkotyöskentelyssä on lisäksi todettu tarve alueellisesti koordinoitulle yhteiselle palvelutarjottimelle, jonka kautta asiakas- ja palveluohjausta tekevät henkilöt löytävät kaikki alueella käytettävissä olevat palvelut.

Järjestämissuunnitelman päivityksessä on kehittämisen kohteeksi valittu asiakasryhmäkohtainen palveluprosessien avaaminen ja käytännön kehittäminen. Prosessien avaamisen kautta etsitään yhteistyössä sairaanhoitopiirin sekä alueen kuntien kesken käytännön kehittämiskohteita, joita tullaan myös pilotoimaan sairaanhoitopiirin ja erikseen päätettävien kuntien yhteistyönä. Tavoitteena on, että toimintamalleja voidaan pilotoinnin jälkeen ottaa käyttöön laajasti koko Varsinais-Suomessa. Kehittämistyön lähtökohtana on se, että palveluketjut muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden, jossa asiakas saa palvelutarvettaan vastaavat palvelut oikeaan aikaan riippumatta siitä, kuka (kunta, kuntayhtymä, yksityinen toimija, järjestötoimija) toimii palvelun tuottajana. Kehittämistyössä huomioidaan erikseen se, miten kokonaisuudessa on mahdollista kehittää matalan kynnyksen/kynnyksettömiä palveluja, liikkuvia palveluja, palveluohjauksen tehostamista sekä sähköisten palvelujen hyödyntämistä.

Asiakasryhmäkohtaiset prosessit, joiden kautta työtä lähdetään avaamaan ovat seuraavat:

- Työikäisen masennuksesta ja/tai päihdeongelmasta kärsivän hoitoketju
- Psyykkisesti oireilevan nuoren palveluketju (huomioidaan sekä mielenterveys- että päihdeongelmat).
- Pitkäaikaisista, vakavista, mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden palveluketju
- Ikääntyneen henkilön mielenterveys- ja päihdeongelmien huomioiminen osana palvelukokonaisuutta tilanteissa, jossa henkilöllä havaitaan kasvanutta palvelukäyttöä/-tarvetta (esim. päivystys, terveyskeskuskäynnit, psykosomaattinen oireilu)
- Varhaisen vaiheen tunnistamis- ja toimintamallit lapsen oireillessa psyykkisesti / psykosomaattisesti

Kunkin asiakasryhmäkohtaisen prosessin kehittämiseen kootaan muutaman hengen kehittämistyöryhmä, johon haetaan henkilöitä, joilla on teemaan liittyvää erityisosaamista. Ryhmiin haetaan mukaan toimijoita sekä erikoissairaanhoidosta että kuntien sosiaali- ja terveydenhuollosta.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aika- taulu	Mittarit
Asiakasryhmäkohtaisten kehittämiskohteiden tunnistaminen ja toimenpide-ehdotukset palveluprosessin sujuvoittamiseen	Asetetaan 5 kehittämistyöryhmää, joista kukin käy läpi oman asiakasryhmänsä palvelukokonaisuutta ja esittää havaintojensa perusteella käytännön toimenpiteet, joiden kautta kokonaisuutta voidaan sujuvoittaa. Työssä huomioidaan sekä se, että asiakkaan polku on selkeä että se, että palvelu on kokonaisuuden kannalta kustannusvaikuttavaa	Kunnat ja kuntayhtymät Sotejohtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta Nimetyt kehittämistyöryhmät vastaavat kehittämis-kohteiden löytämisestä	2019	Työryhmät ovat vuoden 2019 aikana esittäneet perusteltuja kehittämiskohteita, joilla sujuvoitetaan palvelukokonaisuuden toimivuutta sekä asiakkaan että toiminnan kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. K / E
Ehdotettujen toimenpiteiden pilotointi	Esitettyjä kehittämistoimia pilotoidaan sairaanhoitopiirin psykiatrian sekä erikseen päätettävien kuntien yhteistyönä. Käytännön pilotoinnin kautta päätetään ehdotetaanko menetelmiä laajemmin käyttöön otettavaksi.	Kunnat ja kuntayhtymät päättävät pilottialueista sekä siitä, miten kehitettyjen menetelmien käyttöönottoa esitetään laajennettavaksi	2020	Kehittämistoimille on löydetty pilottialueet K / E Pilotoinnin perusteella on saatu aikaan menetelmiä, jotka halutaan ottaa käyttöön laajemmin Varsinais-Suomessa K / E

4.8. Vammaispalvelut

Palvelutarpeen arviointi sekä asiakas- ja palveluohjauksen tehostaminen

Asiakas, jolla on vamma tai pitkäaikainen sairaus, tarvitsee kattavien yleispalvelujen lisäksi erityispalveluja pärjätäkseen arjessaan. Palvelut saadaan ensisijaisesti sosiaalihuoltolain nojalla, tarpeen vaatiessa vammaispalvelulain tai kehitysvammalain mukaisilla palveluilla täydennettynä.

Tavoitteena myös vammaispalveluissa on, että palveluja voitaisiin jatkossa järjestää mahdollisimman suurelta osin yhden luukun malliin perustuen; siirtäen samalla myös painopistettä varhaisemman vaiheen tukeen. Tätä kohti pyritään ottamalla myös vammaispalveluissa käyttöön yhtenäistä, asiakas- ja palveluohjauksen toimintatapaa KompAssi –hankkeessa ikäihmisille kehitetyn mallin mukaisesti.

Palvelutarpeen arviointi lähtee voimavarakartoituksesta ja yksilöllisestä elämänsuunnittelusta, johon kuuluu myös tuettu päätöksenteko. Tuettu päätöksenteko kuuluu olennaisena osana palvelutarpeen arviointiprosessiin, jossa asiakas saa apua tukea oman asiansa pohtimiseen ja päätösten tekemiseen. Tuettu päätöksenteko ja siihen liittyvä erilaisten kommunikaatiokeinojen rohkea käyttö tukee asiakkaan oikeutta osallistua häntä koskevaan päätökseen. Tämän myötä varmistetaan, että asiakkaan osallisuus oman palvelutarpeensa tarkastelussa on riittävän vahva.

Asiakkaan asemasta palvelutarpeen arvioinnissa säädetään tarkasti sosiaalihuoltolaissa. Arviointi tehdään asiakkaan, hänen lähipiirinsä ja muun verkoston kanssa yhdessä siinä laajuudessa kuin asiakkaan yksilöllinen elämäntilanne sen edellyttää. Palvelutarpeen selvitys esitetään asiakkaalle hänelle ymmärrettävällä tavalla.

Palvelutarpeen arviointiin laaditaan kuntien hyödynnettäväksi yhtenäinen arviointimalli sekä ohjeistus tarvittavine lomakepohjineen. Arviointimalli laaditaan hyödyntäen THL:n asiakirjapohjia. Malli laaditaan niin, että sitä voidaan käyttää riippumatta siitä mikä asiakas- ja potilastietojärjestelmä kunnalla on käytössä.

Sosiaalityössä tehtävät päätökset edellyttävät kykyä hahmottaa asiakkaan toimintarajoitteista johtuvat palvelutarpeet. Yhdenvertaisuus ja palveluiden kohdentuminen asiakkaan palvelutarpeiden mukaisesti, edellyttävät toimivan ja yhtenäisen mittariston käyttöönottoa alueen kunnissa. Yhdenmukaisesti käytettävien mittarien myötä kehitetään myös mahdollisuuksia hyödyntää palvelutarpeisiin liittyvää tietoa palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja resursoinnissa.

Mittareiden yhdenmukaiseen ja eettiseen käyttöön sosiaalialan asiakastyössä on tehty TOIMIA-verkoston suositus (<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/48/>), jota hyödynnetään kehittämissä työssä.

Vammaispalvelujen kehittämiseen liittyen kartoitetaan toimiva mittaristokokonaisuus, jota suositellaan kunnille käyttöönotettavaksi. Mittariston käyttöönottoon liittyvistä koulutuksista ja käytön tuen resursoinnista sovitaan tarvittaessa erikseen.

Palveluprosessien kuvaus ja kehittäminen

Vammaispalvelujen kehittämistarpeisiin liittyen on tunnistettu tarve avata kunkin vammaispalveluihin liittyvän palvelun prosessia niin, että niistä muodostuu yhtenäisesti toimiva, asiakaslähtöinen palveluketju. Tämä edellyttää sitä, että kutakin palvelua sekä niiden muodostamaa palvelukokonaisuutta käydään läpi yhdessä asiakkaiden/kokemusasiantuntijoiden kanssa.

Tavoitteena on löytää vammaispalveluihin liittyviä käytännön kehittämistarpeita käymällä läpi kaikki vammaispalvelut sekä niiden toimiminen yhtenäisenä kokonaisuutena. Tarkasteltavia kokonaisuuksia ovat:

- Asiakaspalvelu ja -ohjaus
- Valmennus ja tuki / ohjaus ja tuki
- Sosiaalityö- ja ohjaus
- omaishoidon tuki
- Henkilökohtainen apu

- Työ- ja päivätoiminta
- Opiskelu
- Liikkumispalvelut
- Asumispalvelut
- Perhehoito
- Vammaisten kriisi-, tutkimus- ja kuntoutushoito
- Taloudellinen tuki
- Asunnon muutostyöt
- Apuvälineet

Kehittämistyön toteutus edellyttää erikseen sovittavaa resursointia työn toteutukseen.

Omaavonnan kehittäminen

Järjestämissuunnitelman kohdassa 4.12 ”Palveluntuottajien ohjaus ja valvonta (omavalvonta ja laadunhallinta)” käsitellään mm. tarpeita omaavonnan kehittämiseen. Asia on haluttu myös erikseen nostaa omaksi kehittämiskohteeksi sekä vammaispalveluissa että aikuissosiaalityön palveluissa. Niihin liittyvässä kehittämistyössä hyödynnetään yleisiä linjauksia omaavonnan kehittämiseen liittyen.

Kuntien on vastattava toiminnan asianmukaisesta ja laadukkaasta järjestämisestä. Omaavonnan avulla varmistetaan, että toiminta ja palvelut järjestetään lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Omaavonnan avulla varmistetaan toiminnan ja palvelujen suunnitelmallisuutta, korkeatasoista asiakas- ja potilasturvallisuutta ja laatua, palvelujen saavutettavuutta ja palveluja käyttävien yhdenvertaisuutta.

Vammaispalveluissa on omaavontakokonaisuuteen liittyen nähty neljä kehittämiskokonaisuutta, joita tulisi edistää:

- Omaavontasuunnitelmien sisältöjen arviointi, kehittäminen sekä jalkautumisen arviointi (itsearviointi / auditointi)
- Yhtenäiset toimintamallit ennaltaehkäisevän valvonnan ja ohjauksen toteuttamiseen
- Erityishuollon rajoittamistoimenpiteiden yhteiset toimintakäytännöt
- Itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden sekä vaikuttamisen edistäminen

Vammaispalvelujen kehittämiseen liittyen laaditaan tarkennettu, myös vammaispalvelujen laatuvaatimuksia vastaava omaavontasuunnitelmapohja, jonka avulla yhdenmukaistetaan omaavontasuunnitelmien sisällölliset vaatimuskriteerit niin, että ne ovat johdonmukaisia ja selkeitä. Lähtökohtana pidetään sitä, että palveluntuottajan on koko ajan arvioitava omaa toimintaansa ja tehtävä yhteistyötä asiakkaiden sekä heidän läheistensä kanssa laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyvissä asioissa sekä huomioitava asiakaspalautteet toiminnan kehittämisessä. Omaavonnan toteutumisen astetta on mahdollista arvioida itsearviointi- / auditointilomaketta hyödyntäen (kts. luku 4.12) Kunnat päättävät erikseen siitä, millä tavalla ne hyödyntävät laadittavaa omaavontasuunnitelmapohjaa sekä suunnitelmien itsearviointia / auditointia omassa toiminnassaan ja palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta hankkiesaan.

Ennaltaehkäisevän valvonnan ja ohjauksen tulee olla järjestelmällistä ja yhdenmukaista, jotta palveluissa esiintyviin epäkohtiin voidaan puuttua ajoissa ja seurata tarvittavien korjaustoimenpiteiden suorittamista. Ennaltaehkäisevällä valvonnalla ja -ohjauksella pyritään varmistamaan asianmukainen, laadukas ja asiakkaiden tarpeita vastaava palvelujen järjestäminen sekä estämään virheellisten, epäasianmukaisten tai laadultaan riittämättömien palvelujen ja hoitokäytäntöjen käyttö. Asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun näkökulmasta on tarpeen yhtenäistää kuntien ennaltaehkäisevän valvonnan toimintamalleja. Tämänhetkinen tilanne, jossa kukin kunta toteuttaa ennaltaehkäisevää valvontaa eri periaatteilla voi olla myös palveluntuottajalle vaativa tai jopa kohtuuton tilanteessa, jossa palveluntuottajalla on asiakkaita useista eri kunnista. Kokonaisuuden kannalta olisi järkevää, että alueen kunnissa olisi käytössä mahdollisimman yhtenäinen toimintamalli ennaltaehkäisevän valvonnan ja -ohjauksen toteuttamiseen. Työn tueksi laaditaan pohjaesitys ennaltaehkäisevän valvonnan ja ohjauksen toimintakäytännöistä. Kunnat päättävät erikseen siitä, miten ne ottavat esitettyjä malleja käyttöön omassa toiminnassaan.

Vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat keskeisesti heidän kanssaan työskentelevän henkilöstön toimintatavat ja työkäytännöt. Sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta säädetään tarkemmin laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Kehitysvammaisten ihmisten itsemääräämisoikeuteen liittyvistä rajoitustoimenpiteistä säädetään myös 10.6.2016 päivitetystä kehitysvammalaissa (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977)

Rajoittamistoimenpiteet ovat aina viimesijainen keino ja lähtökohtana toiminnassa pidetään vähimmän rajoittamisen periaatetta. Rajoitustoimenpiteiden välttämiseksi painotetaan ennaltaehkäiseviä ja ennakkoivia toimia. Tavoitteena on luoda maakuntaan yhtenäisiä työkäytäntöjä, joita käyttämällä kuntien ja palvelutuottajien asiakkaita ohjaava/hoitava henkilöstö voi ennakoida ja ehkäistä haastavia tilanteita sekä vähentää rajoittamistoimenpiteiden käyttöä.”

Vammaispalvelujen toteuttamisessa on aina huomioitava asiakkaan toivomukset ja mielipiteet omasta elämäntilanteestaan ja palvelutarpeestaan sekä muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Jos asiakkaan mielipidettä ei ole mahdollista saada muutoin selville, on sitä selvitettävä asiakkaalle läheisen/uskotun henkilön kanssa. Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on vahvaa puuttumista ihmisen henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, eikä rajoittamiseen ei saa ryhtyä ilman laissa olevaa perustetta. Itsemääräämisoikeudella edistetään henkilön täysimääräistä osallistumista yhteiskunnassa ja osallisuutta omien palvelujen toteuttamiseen ja sisältöön.

Alueellisesti on syytä tukea sitä, että itsemääräämistä ja osallisuutta tukevia työkäytäntöjä sekä ennakollisia toimia rajoitustoimien käytön ehkäisemiseksi otetaan käyttöön. Tällaisia välineitä ovat esimerkiksi yksilökeskeinen elämän suunnittelu, elämänhallintavalmennukset, Polku-työskentely ja päätöksentekotaulukko.

Tavoite	Toimenpide	Vastuuta-hot	Aika-taulu	Mittarit
Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus on käytössä myös vammaispalveluihin liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa	KomPassi-hankkeen strategisen ohjausryhmän koordinoimana laaditaan suunnitelma siitä, miten toimintamalli voidaan ottaa alueellisesti käyttöön myös vammaispalveluissa Kunnat ja kuntayhtymät päättävät erikseen siitä, miten toimintamalli otetaan käyttöön vammaispalveluissa.	KomPassi-hankkeen strateginen ohjausryhmä Kunnat ja kuntayhtymät	2019 2020	Laajentumissuunnitelma tehty K / E KomPassi-malli otettu käyttöön vammaispalveluissa K / E Mukana olevien kuntien ja kuntayhtymien määrä
Palvelutarpeen arvioinnin yhtenäistäminen	Palvelutarpeen arviointiin laaditaan kuntien hyödynnettäväksi yhtenäinen arviointimalli sekä ohjeistus tarvittavine lomakepohjineen Kartoitetaan toimiva mittaristokokonaisuus, jota suositellaan kunnille käyttöönotettavaksi	Mielenterveys- ja päihdepalveluja, työikäisten sosiaalipalveluja sekä vammaispalveluja koordinoiva työryhmä	2019-2020	Laadittu yhtenäinen arviointimalli sekä ohjeistus alueen kuntien ja kuntayhtymien hyödynnettäväksi K/ E Laadittu esitys mittaristokokonaisuudesta K/ E

Palveluprosessien kehittämiskohteiden tunnistaminen ja toimenpide-ehdotukset palveluprosessin sujuvoittamiseen	Kartoitettu vammaispalvelukonaisuuteen kuuluvien palvelujen tämänhetkinen toimivuus ja kehittämistarpeet, joiden pohjalta esitetään käytännön toimenpiteitä, joiden kautta kokonaisuutta voidaan sujuvoittaa. Työssä huomioidaan sekä se, että asiakkaan polku on selkeä että se, että palvelu on kokonaisuuden kannalta kustannusvaikeuttavaa	Mielenterveys- ja päihdepalveluja, työikäisten sosiaalipalveluja sekä vammaispalveluja koordinoiva työryhmä	2019-2020	Työryhmät ovat vuoden 2019 aikana esittäneet perusteltuja kehittämiskohteita, joilla sujuvoitetaan palvelukokonaisuuden toimivuutta sekä asiakkaan että toiminnan kustannusvaikuttavuuden näkö-kulmasta. K / E
Ehdotettujen toimenpiteiden pilotointi	Esitettyjä kehittämistoimia pilotoidaan erikseen päätettävien kuntien ja kuntayhtymien kesken Käytännön pilotoinnin kautta päätetään ehdotetaanko menetelmiä laajemmin käyttöön otettaviksi	Kunnat ja kuntayhtymät Sotejohtajakokouksen koordinoiman valmistelun pohjalta	2020	Kehittämistoimille on löydetty pilottialueet K/ E Pilotoinnin perusteella on saatu aikaan menetelmiä, jotka halutaan ottaa käyttöön laajemmin Varsinais-Suomessa K/ E
Omavalvonnan kehittäminen	Laaditaan omavalvontasuunnitelmapohja, jonka avulla yhdenmukaistetaan omavalvontasuunnitelmien sisällölliset vaatimuskriteerit Laaditaan pohjaesitys ennaltaehkäisevän valvonnan ja ohjauksen toimintakäytännöistä Laaditaan suositukset yhtenäisiksi toimintakäytännöiksi ennakointien toimien käytöstä. Tuetaan sitä, että alueella otetaan käyttöön itsemääräämistä ja osallisuutta tukevia työkäytäntöjä.	Sote-johtajakokous koordinoi valmistelua Käytännön valmistelusta vastaa erikseen nimettävä kehittämisryhmä Mielenterveys- ja päihdepalveluja, työikäisten sosiaalipalveluja sekä vammaispalveluja koordinoiva työryhmä Kunnat ja kuntayhtymät päättävät siitä miten esitettyjä käytäntöjä otetaan käyttöön.	2019-2020	Alueelle on laadittu omavalvontasuunnitelmapohja K/ E Alueelle on laadittu pohjaesitys ennaltaehkäisevän valvonnan ja ohjauksen toimintakäytännöistä K/ E Alueelle on laadittu suositukset yhtenäisiksi toimintakäytännöiksi ennakointien toimien käyttöön K/ E Listaus alueella käytettävistä itsemääräämistä ja osallisuutta tukevista työkäytännöistä.

4.9. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Mitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä tarkoitetaan?

Yhtenäistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen määritelmää ei löydy nykyisestä lainsäädännöstä. Terveystieteiden laissa (1326/2010) 3. pykälässä terveyden edistäminen on määritelty tarkoittamaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallinen voimavarojen kohdentaminen terveyttä edistävällä tavalla.

Hyvinvoinnin edistäminen on määritelty sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportissa²³ seuraavasti: Hyvinvoinnin edistäminen on kunnan eri toimialojen yhteistyössä toteuttamaa yksilöön, perheeseen, yhteisöihin, väestöön ja näiden elinympäristöihin kohdistuvaa sosiaalista hyvinvointia, terveyttä, turvallisuutta ja osallisuutta tukevaa ja lisäävää sekä köyhyyttä, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia haittoja ehkäisevää ja vähentävää toimintaa sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia edistävällä tavalla.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sote-palveluissa

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tehtävänä on edistää asiakkaan sosiaalista hyvinvointia ja hänen terveyttään sekä toimintakykyään ja ehkäistä, vähentää ja poistaa sosiaalisia ja terveysongelmia. Tehtävien kuvauksessa painottuvat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ongelmien ehkäisyn tavoitteet, mutta tarkasteltaessa nykyistä palvelujärjestelmää ja sen kustannusrakennetta joudutaan toteamaan, että resurssit menevät suurelta osin korjaaviin sote-palveluihin eli jo syntyneiden sairauksien ja ongelmien hoitamiseen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulee näkyä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa mm. siten, että painopistettä siirretään ehkäisevään työhön ja hyte-lähtöiset menetelmät ovat kattavasti käytössä myös korjaavien sote-palveluiden sisällä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi kulttuurihyvinvoinnin näkymistä osana vanhusten hoitoa tai sitoutumista siihen, että asiakasosallisuus toteutuu eli asiakkaat otetaan mukaan palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen tasavertaisina kumppaneina.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon päivityksessä nostettu omaksi teemakokonaisuudekseen. Tavoitteena on saada aikaan vaikutuksia, joilla alueen asukkaiden tarve käyttää korjaavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita vähenee.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painopisteet Varsinais-Suomessa

Painopisteiden valintaa sekä alueellista toimenpideohjelmaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on valmisteltu sote- ja maakuntauudistuksen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmässä sekä sen alatyöryhmissä (liikunnan palveluketjut, kulttuurihyvinvointi, osallisuus, ehkäisevä päihdetyö, ravitsemus, järjestötyöryhmä).

Alueellisten painopisteiden valinnassa taustamateriaalina hyödynnettiin alueen väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa kuvaavia materiaaleja ja aineistoja. Keskeisimmät taustamateriaalit olivat Varsinais-Suomen alueellinen hyvinvointikertomus vuodelta 2018 sekä THL:n asiantuntija-arvio Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista 2018. Painopisteiden valinnan kriteerinä käytettiin sitä, että tavoitteilla ja toimenpiteillä tulee olla selkeä vaikutus asukkaiden tuleviin (korjaavat Sote-palvelut) palvelutarpeisiin.

Alueellisiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painopisteiksi valittiin:

- 1) Yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisääminen
- 2) Päihteiden käytön vähentäminen
- 3) Ylipainon ja liikkumattomuuden vähentäminen

²³ Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21

Jokaiseen painopisteeseen määriteltiin väestöryhmittäiset alatavoitteet sekä rakenteelliset/kaikkia väestöryhmiä koskevat tavoitteet. Alatavoitteisiin liittyen kuvattiin hyvät käytänteet ja toimenpiteet, joilla tavoitteiden toteutumista tulisi edistää sekä seurantamittarit, joiden kautta tavoitteiden etenemistä ja toimenpiteiden toteutumista voidaan arvioida. Jatkovalmistelun osalta on lisäksi tunnistettu kuinka ja minkä toimijoiden toimesta asiaa viedään eteenpäin. Toimenpiteet jakautuvat valmistelun osalta kolmeen kategoriaan:

- Asiakategoria 1: SoTe-puolen sisällöt, jotka viedään eteenpäin osana järjestämissuunnitelman toimeenpanoa.
- Asiakategoria 2: Kuntien vastuulla olevat tehtävät, joihin halutaan suosituksilla vaikuttaa, koska sisällöillä on vaikutusta SoTe-palvelujen tarpeeseen.
- Asiakategoria 3: Yhdyspintakysymykset, jotka vaativat yhteistyötä ja yhteisiä rakenteita sote-palveluiden ja kuntien muiden toimialojen välille

Toimeenpanossa tulee asiakokonaisuuksittain erikseen määritellä resurssit, jolla asiaa tullaan viemään eteenpäin.

Työryhmän esittämät painopisteet, alatavoitteet, toimenpiteet, seurantamittarit sekä jatkovalmistelu ja sen vastuutahot muodostavat yhdessä oheisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueellisen toimenpideohjelman.

Perustelut painopistevalinnoille

Yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisääminen

Suomen hallitus ja Euroopan unioni ovat ottaneet osallisuuden edistämisen yhdeksi tärkeimmäksi keinoksi köyhyyden torjumisessa ja syrjäytymisen ehkäisyssä. Osallisuutta edistämällä vähennetään myös eriarvoisuutta. Osallisuudella tarkoitetaan tunnetta, joka syntyy ihmisen ollessa osallisena jossakin yhteisössä kuten esimerkiksi opiskelussa, työssä, harrastustoiminnassa tai järjestötoiminnassa. Osallisuus ilmenee yhteisön jäsenten arvostuksena, tasavertaisuutena ja luottamuksena sekä mahdollisuutena vaikuttaa. Haastavimpia ovat syrjintää ja ennakkoluuloja kohtaavat väestöryhmät kuten vammaiset, maahanmuuttajat tai muut vähemmistöryhmät ²⁴. (THL 2016, STM 2016.)

Mika Aaltonen ja Erkki Vauramo²⁵ kuvaavat kahta keskeistä haastetta, jotka ovat vaikuttaneet osallisuuden ja yhteisöllisyyden heikkenemiseen. Suomi on hyvinvointivaltio, jossa julkisen sektorin osuus bruttokansantuotteesta on yli 50 %. Valtio, kunnat ja kaupungit ovat vuosikymmenten kuluessa ottaneet kokoajan enemmän vastuuta ihmisten hyvinvoinnista. Samalla ihmiset ovat passivoituneet ja alkaneet odottaa, että heidän hyvinvoinnistaan huolehtii joku muu, kuin he itse. Passivoiva palvelujen käyttö johtaa osaltaan elämänhallinnan ja sitä kautta onnellisuuden katoamiseen. Toinen merkittävä kehityskulku on kaupungistuminen. Ihmisten riippuvaisuus teknologiasta ja palveluista on lisääntynyt ja riippuvaisuus läheisistä vähentynyt. Samanaikaisesti monen lähisukulaiset ja tukiverkostot ovat entistä kauempana, kun nuoret muuttavat keskuksiin opintojen ja töiden perässä. Tunne yhteisöllisyydestä ja yhteenkuuluvuudesta on hukassa ja yksinäisyys sekä eristäytyneisyys ovat kasvussa.

Yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisääminen on valittu yhdeksi alueelliseksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painopisteeksi. Varsinkin työikäisten kohdalla pyritään puuttumaan passivoivaan palvelujen käyttöön siten, että ihmisten elämänhallintaa ja aktiivisuutta voidaan lisätä. Samalla tunnistetaan ne väestöryhmät, jotka ovat vaarassa jäädä syrjään ja osattomiksi. Sosiaali- ja terveyspalveluissa on erityisen tärkeää toteuttaa kehitystyötä asiakaslähtöisesti siten, että asiakas on osallisena omien palveluidensa suunnittelussa. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden kohdalla puolestaan on tärkeää löytää matkan kynnyksen palveluita vanhemmuuden tukemiseksi ja pyrkiä vaikuttamaan esimerkiksi koulujen yhteisöllisyyteen ja kehittämiseen hyvinvointiyhteisöiksi. Ikäihmisten osalta yksinäisyys näyttäytyy sekä psyykkistä että fyysistä toimintakykyä heikentävänä haasteena, johon ikäluokan jatkuvasti kasvaessa on välttämätöntä löytää erilaisia uusia ratkaisumalleja. Esimerkiksi kulttuurihyvinvointi vahvistaa ihmisen elinvoimaa, toimintaresursseja ja toimijuutta sekä mahdollisuuksia toimia tavoilla, jotka lisäävät

²⁴ THL 2016: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>

STM 2016: <http://stm.fi/osallisuuden-edistaminen>

²⁵ SOTE ja Suomi 2040: Mika Aaltonen & Erkki Vauramo (2016). Kuntaliiton verkkojulkaisu.

hyvinvointia (Lehikoinen 2017)²⁶. Kulttuuristen menetelmien käyttäminen sekä osana sote-palveluita että ikääntyvien palveluohjausta nähdään yhtenä tärkeänä tapana lisätä ikääntyvien hyvinvointia ja toimintakykyä²⁷.

Päihteiden käytön vähentäminen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen²⁸ mukaan alkoholin kokonaiskulutus on noussut Suomessa vuoteen 2008 saakka, jonka jälkeen se on kääntynyt laskuun. Ennakkotietojen mukaan alkoholin kokonaiskulutus olisi kuitenkin kääntynyt lievään nousuun vuonna 2018 uudistuneen alkoholilain voimaantulon myötä. Alkoholin kulutus on voimakkaasti painottunut: Eniten juova 10 % kuluttaa noin puolet kaikesta juodusta alkoholista. Toisaalta, työikäisestä väestöstä 42 % miehistä ja 28 % naisista ilmoittaa käyttävänsä alkoholia yli riskirajan. Alkoholikuolemista 64 % johtuu kroonisista sairauksista ja alkoholiriippuvaisen työkyvyttömyysriski on nelinkertainen. Nuorten kohdalla viime vuosina on tapahtunut sekä positiivista että negatiivista kehitystä. Tuoreissa tutkimuksissa²⁹ on todettu, että nuorten perhetausta vaikuttaa alkoholinkäyttöön. Etenkin masennuksesta kärsivät huono-osaisten perheiden lapset juovat aiempaa enemmän. Ero hyväosaisiin nuoriin kasvaa koko ajan, sillä alkoholin kulutus on vähentynyt hyväosaisten nuorten keskuudessa. Elämänkaaren toisessa päässä puolestaan alkoholia käyttävien ikääntyneiden määrä kasvaa kokoajan. Suurten ikäluokkien ikääntyessä ikääntyneiden kokonaismäärä kasvaa ja samalla kasvaa niiden ikääntyneiden määrä, joilla alkoholi kuuluu osana arkipäivään. Alkoholin käytöstä syntyvät taloudelliset ja inhimilliset haittavaikutukset ovat niin suuria, että ehkäiseviä toimenpiteitä tarvitaan jokaiseen väestöryhmään kohdennettuna.

Tupakointi aiheuttaa Suomessa 5 000–6000 kuolemantapausta vuosittain ja on maailmanlaajuisesti suurin estettävissä olevien kuolemien aiheuttaja. Lisäksi se aiheuttaa suuren määrän kroonisista sairautta ja työkyvyttömyyttä. Joka kolmas syöpäsairaus on tupakan aiheuttama ja syntyneistä lapsista 15 % on altistunut äidin tupakoinnille raskausaikana. On arvioitu, että tupakointi aiheuttaa noin 1,5 miljardin euron taloudelliset haitat yhteiskunnalle (Vähänen 2015).³⁰ Tupakkatuotteiden käytön vähentämiseksi tarvitaan kattavia matalan kynnyksen puheeksioton menetelmiä sekä vieroitushoitoon ohjausta. Sama pätee myös huumausaineiden käyttöön, vaikka käyttäjäryhmä on huomattavasti alkoholin ja tupakkatuotteiden käyttäjiä rajatumpi.

Puolet terveyden epätasa-arvosta on selitettävissä alkoholin ja tupakan käytöllä, kun mittarina käytetään väestöryhmien kuolleisuuseroja. Mikäli alkoholiongelmien olisivat väestötasolla samalla tasolla kuin korkeasti koulutetuilla, alkoholikuolemat työikäisillä vähenisivät 60 %.

Ylipainon ja liikkumattomuuden vähentäminen

Kaupungistuminen, teknologian käytön lisääntyminen, energiarikas ravinto, liian vähäinen liikunta ja passiivinen elämäntapa ovat johtaneet väestön ylipainon ja lihavuuden lisääntymiseen. THL:n mukaan³¹ työikäisistä miehistä 72 % ja naisista 63 % on vähintään ylipainoisia. Erityisen huolestuttavaa on ylipainoisten lasten ja nuorten osuuden nopea kasvu. Esimerkiksi 12–18-vuotiailla nuorilla ylipainoisten osuus on kaksin-kolminkertaistunut viimeisten vuosikymmenten aikana.

Lihavuus lisää sairastumisriskiä moniin vakaviin sairauksiin kuten diabetes, kohonnut verenpaine, astma, sepelvaltimotauti, aivohalvaus, uniapnea ja eri tyyppiset syöpäsairaudet. On myös huomattavaa, että lihavuus heikentää lisääntymisterveyttä monilla eri tavoin. Se vaikeuttaa raskaaksi tulemistä sekä aiheuttaa vaaraa keskenmenoihin ja synnyntäisiin epämuodostumiin. Näiden lisäksi lihavien äitien synnytyksissä on tavallista enemmän häiriöitä ja keisarinleikkaukseen joudutaan turvautumaan useammin (Mustajoki 2019³²).

²⁶ Lehikoinen Kai (2017): Taiteen prosenttiperiaatetta laajentamalla hyvinvointia sote-palveluihin. Arts Equal Policy Brief 5/2017.

²⁷ Lisää esim. Kulttuurisote Varsinais-Suomen osahankkeen raportti (2018). Kaija Virjonen ja Anne Rouhelo, Turun AMK.

²⁸ <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/paihteet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus>

²⁹ Antti Torikka, Riittakerttu Kaltiala-Heino, Tiina Luukkaala ja Arja Rimpelä: Trends in Alcohol Use among Adolescents from 2000 to 2011: The Role of Socioeconomic Status and Depression. Alcohol and Alcoholism, 2016, 1–8

³⁰ Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät (THL). Vähänen Miikka (2015)

³¹ <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-lihavuushojelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuuden-yleisyys-suomessa>

³² Lihavuus ja 31 sairautta. Pertti Mustajoki: <https://www.perttimustajoki.fi/lihavuus-ja-31-sairautta/>

Aktiivinen elämäntapa, terveellinen ravitsemus, laadukas ja riittävä uni sekä liikkumisen lisääminen ovat keskeisiä keinoja taistelussa ylipainoa vastaan³³. Liikunnan ja aktiivisuuden lisäämisellä on myös lukuisia muita suotuisia terveys- ja hyvinvointivaikutuksia. Liikunnan on todettu mm. ehkäisevän dementiaa sekä ainakin 13 erityyppistä syöpää³⁴. Tutkimusten mukaan liikunta tehoaa masennukseen yhtä hyvin kuin masennuslääkkeet tai terapia. Liikunnalla on voitu ehkäistä myös mm. koulukiusaamista, kun välituntiliikuntaa on lisätty. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta on välttämätöntä lisätä ja kohdentaa toimenpiteitä, joiden avulla vaikutetaan väestön liikkumiseen ja terveellisiin elämäntapoihin.

³³ Lisätietoa esim: *Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnon yhteiskunnalliset kustannukset (2018)*. Tommi Vasankari ja Päivi Kolu (toim.) Valtioneuvoston selonteko liikuntapolitiikasta (2018)

³⁴ <https://www.duodecim.fi/2016/05/24/liikunta-ehkaisee-ainakin-kolmeatoista-syopaa/>

1. Yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisääminen 2019-2020

Asiakategoria 1: SoTe-puolen sisällöt, jotka viedään eteenpäin osana järjestämissuunnitelman toimeenpanoa

Asiakategoria 2: Kuntien vastuulle jäävät tehtävät, joihin halutaan suosituksilla vaikuttaa, koska sisällöillä on vaikutusta SoTe-palvelujen tarpeeseen.

Asiakategoria 3: Yhdyspintakysymykset, jotka vaativat yhteistyötä ja yhteisiä rakenteita sote-palveluiden ja kuntien muiden toimialojen välille

Alatavoitteet	Hyvät käytännöt / toimenpiteet	Seurantamittarit ja seurantatapa	Jatkovalmistelu ja vastuutaho
Lapset, nuoret ja lapsiperheet			
1.1 Vanhemmuuden tukeminen	Perhekeskusmallin (matalan kynnyksen tuki koottuna yhdestä paikasta) käyttöönotto. Perhekeskus toimintamalli sisältää mm. tuen varhaiseen vuorovaikutukseen, lastenneuvolatoiminnan painotuksen tukea tarvitseviin perheisiin, päihteiden käytön ehkäisyn, ryhmätoimintoja, kotikäyntejä, uuden shl:n mukaista kotipalvelua ja pyydä apua –napin kanavana palveluihin. Perhekeskus sisältää ajatuksen monitoimijaisuuden huomioimisesta palvelujen tuottamisessa (järjestöt, seurakunta, muut toimialat)	• Alueella toimivien, varsinaissuomalaisen perhekeskuskonseptin mukaisten perhekeskusten määrä • Pyydä apua – palvelua käyttävien kuntien määrä	Asiakategoria 1 ja 3: Asia valmistellaan eteenpäin osana järjestämissuunnitelman lasten, nuorten ja perheiden palvelujen suunnittelua. Asian jatkovalmistelua koordinoi LAPE-ohjausryhmä yhdessä LAPE-muutosagentin kanssa.
1.2 Lasten osallisuuden ja kuulemisen lisääminen	Laadintaan toimintasuunnitelma siitä, miten alueella voidaan jatkossa koota nykyistä yhtenäisempää tietoa asiakaskokemuksesta Kannustetaan kuntia ottamaan käyttöön lasten ja nuorten osallisuutta tukevia menetelmiä. Suositeltavia menetelmiä ovat esim. kuunteluvälituntien ja hiljaisten äänten laatikon käyttöönotto koulussa (kuvaukset menetelmistä liitteinä).	• Laadittu kuntien ja kuntayhtymien käyttöön toimintasuunnitelma / ohjeistus asiakaskokemuksen keräämisestä • Kouluterveyskysely: ei koe tulevansa kuulluksi koulussa • TEA-viisarin osallisuus: oppilaiden vaikutusmahdollisuudet	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan eteenpäin osana järjestämissuunnitelman lasten, nuorten ja perheiden palvelujen suunnittelua. Asian jatkovalmistelua koordinoi LAPE-ohjausryhmä yhdessä LAPE-muutosagentin kanssa. Asiakategoria 2: Hyte-työryhmä suosittelee kuntia ottamaan käyttöön lasten ja nuorten osallisuutta tukevia menetelmiä kuten kuunteluvälitunnit ja hiljaisten äänten laatikko. Valmistelusta vastaavat alueen kunnat yhteistyössä sivistystoimen kunta-agentin kanssa.
Työikäiset			

1.3 Aktiivisuuden ja elämänhallinnan lisääminen	Osana aikuissosiaalityön palveluprosessien kehittämistä huomioidaan paremmin hyte-lähtöiset menettelmät (esim. ryhmätoimintojen kehittäminen, sosiaalisen kuntoutuksen laajentaminen, asiakasosallisuuden lisääminen) ja tuetaan hyvien käytänteiden levittämistä (esim. Kimmoke-ranneke). Selvitetään ja luodaan sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisen rakenteita osana TTL:n vetämää kehittämissanketta (SOWELLUS). Hankkeen tuella otetaan käyttöön sosiaalisen raportoinnin toimintamalli. Kokeillaan pilotoinnin avulla PKS-hyvinvointimittarin toimivuutta Varsinais-Suomessa	- Sosiaalisen raportoinnin käyttöönoton organisaatioiden määrä - SOWELLUS-hankkeen toteuttaminen - Pilotoinnin pohjalta laadittu alueellinen suositus vaikuttavuuden seurannan mittareista K/ E	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman työikäisten sosiaalipalveluiden kokonaisuutta. Valmistelussa hyödynnetään SOWELLUS-hanketta. Asian jatkovalmistelusta vastaa mt- ja päihdepalveluiden, sosiaalipalveluiden sekä vammaispalveluiden työryhmä yhteistyössä Hyte-työryhmän sekä SOWELLUS-hankkeen konsortion kanssa (TTL, VASSO, muutosorganisaatio, Turun kaupungin hyvinvointitoimiala, Kuntaliitto ja Helsingin yliopisto). Asian jatkovalmistelusta vastaa mt- ja päihdepalveluiden, sosiaalipalveluiden sekä vammaispalveluiden työryhmä yhteistyössä Vasson sekä hyte-työryhmän kanssa
	Vertaistuellisten työmuotojen käyttöönotto ja levittäminen (mm. Arkeen voimaa –ryhmät, kuvaus liitteenä)	- Arkeen voimaa-toimintamallin leviäminen maakunnassa/uusien osallistujien kuntien määrä - Kuntien määrä, joissa on vastuutahot järjestöyhteistyölle ja vapaaehtoisuudelle	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan eteenpäin osana järjestämissuunnitelman hyte-työtä, hyödyntäen kuntien hyte-koordinaattorirakennetta. Asian valmistelusta vastaa hyte-työryhmä.
Ikäihmiset			
1.4 Merkityksellisuuden kokeminen ja yksinäisyyden ehkäiseminen	Maakunnallisen keskitetyn palveluohjauksen (KomPassi) toiminnan kehittäminen ja laajentaminen. Palveluohjauksen sisältöjen laajentaminen kattamaan mm. kulttuuripalvelut, järjestöjen hyte-palvelut sekä liikuntapalvelut. Palveluohjauksen sisältöjen laajentamisen yhteydessä huomioidaan ikääntyneiden palveluissa kehitettävä hyvinvointitori –toiminta.	KomPassin sisällöt laajentuneet	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan osana KomPassin jatkekehitystyötä. Järjestämissuunnitelman hyte-työryhmä ja sen alatyöryhmät tukevat KomPassissa tehtävää kehittämistyötä. Asian jatkovalmistelusta vastaa maakunnallinen palveluohjaus KomPassi sekä

			hyte-työryhmä. Hyvinvointitori-mallin valmistelusta vastaa ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut - työryhmä
	Suosittelaa kuntia laatimaan ikäasumisen ohjelma, jonka osana tulisi tarkastella yhteisöllisten asumismallien kehittämisen mahdollisuuksia.	Kuntien määrä, jossa Ikäasumisen ohjelma on tehty	Asiakategoria 1 ja2: Asian valmistelua koordinoi ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut - työryhmä
	Ikäihmisten osallistaminen palveluiden suunnitteluun. Vanhusneuvostot laativat merkityksellisuuden kokemisen lisäämisen ja yksinäisyyden vähentämisen toimintasuunnitelman.	Kuntien määrä, jossa vanhusneuvostot ovat laatineet merkityksellisuuden kokemisen lisäämisen ja yksinäisyyden vähentämisen toimintasuunnitelman	Asiakategoria 2: Suositellaan kuntia antamaan teeman käsittely vanhusneuvostojen tehtäväksi. Asian valmistelusta vastaavat kunnat.
Rakenteet/ kaikkia koskevat toimenpiteet 1.5	Kokemusasiantuntijatoiminnan alueellinen vahvistaminen.	Yhteistyössä alueen toimijoiden kesken määritelty kokemusasiantuntijamalli otettu käyttöön sote-palveluissa (mukana olevien toimijoiden määrä)	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden edistämistä. Asian jatkovalmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä VSSHP:n ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan kanssa.
1.6	Tuetaan kuntia vaikutusten ennakkoarvioinnin (EVA) käyttöönotossa (mm. koulutusten järjestäminen).	Kuntien määrä, joissa EVA on käytössä	Asiakategoria 3: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden edistämistä. Asian jatkovalmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä Lounais-Suomen aluehallintoviraston kanssa.
1.7	Tehdään ehdotus kunnille yhteisen järjestöyhteistyön mallista. Mallin rakentamisessa hyödynnetään järjestötyöryhmässä ja JärjestöSote113 –hankkeessa tehtyjä selvityksiä (järjestölähtöisten hyte-toimenpiteiden kuvaus, järjestöavustusten selvitys).	Ehdotus yhteisen järjestöyhteistyön mallista on laadittu	Asiakategoria 3: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden edistämistä yhteistyössä kuntien kanssa. Asian jatkovalmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä JärjestöSote113 –hankkeen sekä alueen kuntien kanssa.

2. Päihteiden käytön vähentäminen 2019-2020

Asiakategoria 1: SoTe-puolen sisällöt, jotka viedään eteenpäin osana järjestämissuunnitelman toimeenpanoa

Asiakategoria 2: Kuntien vastuulle jäävät tehtävät, joihin halutaan suosituksilla vaikuttaa, koska sisällöillä on vaikutusta SoTe-palvelujen tarpeeseen.

Asiakategoria 3: Yhdyspintakysymykset, jotka vaativat yhteistyötä ja yhteisiä rakenteita sote-palveluiden ja kuntien muiden toimialojen välille

Alatavoitteet	Hyvät käytännöt / toimenpiteet	Seurantamittarit	Jatkovalmistelu ja vastuutaho
Rakenteet ja kaikkia koskevat toimenpiteet			
2.1 Varsinais-Suomen alueellisen ept-koordinaattorirakenteen kehittäminen	- Varsinais-Suomen kuntien ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöiden ja/tai hyte-koordinaattoreiden työn tueksi luodaan maakunnallinen verkosto koordinoimaan yhteistyötä kunnissa, sote-palveluissa ja koko maakunnan tasolla - Järjestetään kuntien ept-yhdyshenkilöille säännöllisiä tapaamisia, joiden sisältönä tiedotus, tiedonvaihto, yhteinen kouluttautuminen sekä maakunnallisista tavoitteista, kampanjoista ja toiminnoista sopiminen	- Seudullinen koordinaattorirakenne luotu ja toiminnassa (toteutuneet tapaamiset, koulutukset, jne.) - Ehkäisevän päihdetyön mukaan tuominen alueelliseen hyvinvointikertomukseen / kuntien hyvinvointikertomuksiin	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden toimeenpanoa. Asian valmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä Lounais-Suomen aluehallintoviraston kanssa.
2.2 Kuntien ehkäisevän päihdetyön rakenteiden kehittäminen	- Tuetaan kuntia toteuttamaan kattavaa, vaikuttavaa ja kustannustehokasta ehkäisevää päihdetyötä levittämällä tietoa ja osaamista maakunnallisessa verkostossa - Varmistetaan että kaikissa V-S kunnissa on ehkäisevän päihdetyön toimielin, yhdyshenkilö, työryhmä ja suunnitelma.	Koonti maakunnan kuntien ehkäisevän päihdetyön rakenteiden vahvuudesta (THL alueellisen hvk:n minimitietosisällöt)	Asiakategoria 1 ja 3: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden toimeenpanoa yhteistyössä alueen kuntien kanssa. Asian valmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä Lounais-Suomen aluehallintoviraston kanssa.
2.3 Pakka-toimintamallin levittäminen	- Tuetaan kuntia ottamaan käyttöön ns. PAKKA-toimintamalli paikallisessa ehkäisevässä päihdetyössä: yhteisötasolla päihteiden kysyntään ja tarjontaan vaikuttaminen - Laajennetaan Turun kaupungin alkoholimyynnin PAKKA-työryhmää seudulliseksi / maakunnalliseksi	- PAKKA-toimintamallin käytön laajuus alueella (kuntien määrä, jossa malli käytössä) - Seudullinen / maakunnallinen PAKKA-työryhmä luotu ja toiminnassa	Asiakategoria 1 ja 3: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden toimeenpanoa yhteistyössä alueen kuntien kanssa. Asian valmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä Lounais-Suomen aluehallintoviraston kanssa.

Lapset, nuoret ja lapsiperheet			
2.4 Lapset ja nuoret saavat laadukasta päihdekasvatusta oikea-aikaisesti	- Selvitetään lasten ja nuorten päihdekasvatuksen toteutumista osana koulujen opetussuunnitelmia (alakoulut, yläkoulut ja toinen aste) - Kehittämistoimenpiteitä suunnitellaan selvityksestä esille nousseiden haasteiden pohjalta.	- Selvitys on toteutettu - Tarvittavat kehittämistoimenpiteet on tunnistettu	Asiakategoria 2 ja 3: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden toimeenpanoa yhteistyössä alueen kuntien ja Lounais-Suomen aluehallintoviraston kanssa. Asian valmistelusta vastaavat alueen kunnat tukena hyte-työryhmä, sivistystoimen kunta-agentti sekä Lounais-Suomen aluehallintovirasto
2.5 Alaikäisten päihteidenkäyttöön puututaan varhaisessa vaiheessa moniammatillisella yhteistyöllä	Kuvataan alaikäisen päihteitä käyttävän (kokeilevan) nuoren palvelupolku koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta päihdeinterventioon (perusterveydenhuollon päihdehoitaja, ehkäisevän päihdetyön työntekijä, Nuorisopoliklinikka tms.) ja tukipalveluihin (Linkki, Vamos, nuorisotyö, tuki vanhemmille).	Alaikäisen päihteitä käyttävän nuoren palvelupolku on kuvattu	Asiakategoria 1 ja 3: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden toimeenpanoa yhteistyössä alueen kuntien kanssa. Asian valmistelusta vastaa hyte-työryhmä
Työikäiset			
2.6 Päihteet ja rahapelaaminen otetaan puheeksi kaikissa sote-palveluissa rutiinomaisesti	Otetaan rakenteinen kirjaaminen käyttöön mini-intervention ja puheeksioton osalta (THL:n pilotti) osana elintapaohjauksen kirjaamisen kehittämistä.	- Alkoholin käytön mini-intervention toteutuminen AUDIT tai AUDIT-C-testin riskipistemäärän ylittävillä - Toteutuneet koulutukset - Rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto mini-intervention ja puheeksioton osalta pilotti toteutettu	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden toimeenpanoa. Asian valmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä VSSH:n kanssa
Ikäihmiset			
2.7 Ikäihmisten alkoholihaitat eivät kasva	Alueellisen ikäihmisten keskitetyn palveluohjauksen (KomPassi) sisältöjen laajentaminen kattamaan ehkäisevän päihdetyön itsearviointin ja palvelut.	KomPassin sisällöt laajentuneet ehkäisevän päihdetyön osalta	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpiteiden toimeenpanoa. Asian valmistelusta vastaa hyte-työryhmä, joka tekee asiassa tiivistä yhteistyötä KomPassi-toiminnan kehittämisen kanssa

3. Ylipainon ja liikkumattomuuden vähentäminen 2019–2020

Asiakategoria 1: SoTe-puolen sisällöt, jotka viedään eteenpäin osana järjestämissuunnitelman toimeenpanoa

Asiakategoria 2: Kuntien vastuulle jäävät tehtävät, joihin halutaan suosituksilla vaikuttaa, koska sisällöillä on vaikutusta SoTe-palvelujen tarpeeseen.

Asiakategoria 3: Yhdyspintakysymykset, jotka vaativat yhteistyötä ja yhteisiä rakenteita sote-palveluiden ja kuntien muiden toimialojen välille

Alatavoitteet	Hyvät käytännöt / toimenpiteet	Seurantamittarit	Jatkovalmistelu ja vastuutaho
Lapset, nuoret ja lapsiperheet			
3.1 Lasten ja nuorten terveiden elintapojen edistäminen	Luodaan malli hyvinvointitiedon käsittelylle kouluissa, kehitetään kouluterveydenhuollon roolia ja prosesseja elintapaohjauksen osalta, koulutetaan ammattilaisia sekä tuetaan koulu hyvinvointiyhteisönä toiminta-ajatuksen ja –mallin toimeenpanoa. Elintapaohjauksen toimintamallin kehittäminen toteutetaan pilotti-hankkeella, jonka toteuttajat määrittävät erikseen. Kannustetaan kouluja huomioimaan riittävän liikkumisen mahdollistaminen koulun arjessa ja kouluympäristössä ja nostetaan esille laadukkaan ravitsemuksen ja riittävän liikkumisen ja unen merkitystä lasten oppimiselle osana koulu hyvinvointiyhteisönä toimintamallin käyttöönottoa. Otetaan käyttöön liikkuva –koulu ja ilo kasvaa liikkuen toimintamallit kouluissa.	• Elintapaohjauksen toimintamalli kehitetty ja pilotoitu • Koulu hyvinvointiyhteisönä –toimintamalli edennyt kouluissa • Ilo kasvaa liikkuen ja Liikkuva koulu -toimintamallit otettu käyttöön kaikissa kunnissa.	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan eteenpäin osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpideoSION toimeenpanoa. Pilotin valmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan ja VSSHP:n kanssa. Asiakategoria 3: Koulu hyvinvointiyhteisönä toimintamallia valmistellaan yhteistyössä LAPE-hankkeen ja LAPE-akatemian kanssa. Valmistelusta vastaavat LAPE-muutosagentti, sivistystoimen kunta-agentti sekä hyte-työryhmä. Asiakategoria 2: Suositellaan alueen kuntia ottamaan käyttöön liikkuva koulu ja ilo kasvaa liikkuen toimintamallit. Asian valmistelusta vastaavat kunnat.

	Otetaan käyttöön energiajuomien käyttökielto koulu-aikana ja koulujen alueella. Suositellaan makeis- ja virvoitusjuoma-automaattien sekä myynnin kieltämistä kouluissa.	• Energiajuomien käyttökielto kouluissa otettu käyttöön alueen kunnissa (%-osuus alueen kunnista) • Makeisten ja virvoitusjuomien myynti kielletty kouluissa (%-osuus alueen kunnista)	Asiakategoria 2: Suositellaan alueen kuntia ottamaan käyttöön energiajuomien käyttökiellon kouluissa sekä makeisten ja virvoitusjuomien myyntikiellon kouluissa. Asian valmistelusta vastaavat kunnat.
	Otetaan käyttöön valtion ravitsemusneuvottelukunnan (Syödään ja opitaan yhdessä) kouluruokailu- ja varhaiskasvatuksen ruokailu (Terveyttä ja iloa ruuasta) suositukset.	• Osuus kouluista ja varhaiskasvatustyösköistä, joissa suositukset on käyttöön otettu.	Asiakategoria 2: Hyte alatyöryhmä suositaa kuntia ottamaan käyttöön VRN:n laatimat kouluruokailu ja varhaiskasvatuksen ruokailu suositukset. Asian valmistelusta vastaavat kunnat.
Työikäiset			
3.2 Elintavoista johtuvien pitkäaikaissairauksien kasvun pysähtyminen ja liikkumisen lisääntyminen työikäisen väestön keskuudessa	Tavoitteena on lisätä ehkäisevän työn osuutta sote-palveluissa puuttamalla keskeisten kansansairauksien taustalla vaikuttaviin elintapoihin (liikkumattomuus, ravitsemus, uni, päihteet). Ensivaiheessa lisätään elintapaneuvonnan osaamista, viedään eteenpäin rakenteista kirjaamista sekä kehitetään elintapaohjauksen palvelutarjotinta elintapaohjauksen pilotissa. Taustalla mm. Tehyli (Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan) –linjaukset.	• Elintapaohjauksen pilotin toteutuminen	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan eteenpäin osana järjestämissuunnitelman hyte-toimenpideoSION toimeenpanoa. Pilotin valmistelusta vastaa hyte-työryhmä yhteistyössä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan ja VSSHP:n kanssa.
Ikäihmiset			
3.3 Ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen	Maakunnallisen ikääntyneiden keskitetyn palveluohjauksen (KomPassi) jatkokehittäminen siten, että palveluvalikoima kattaa laajemmin ikääntyneiden toimintakykyä ylläpitäviä palveluita (mm. kulttuurihyvinvointi, liikunta). Kiinnitetään erityistä huomiota vajaaravitsemusriskin arviointiin ja ehkäisyyn sekä palveluohjauksessa että koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Koulutetaan henkilöstöä ikääntyvien ravitsemusasioissa (hyödynetään mm. geriatrisen kuntoutuksen alueellista koulutusta).	• Keskitetyn palveluohjauksen palvelutarjottimen/valikoiman laajentuminen • Ravitsemusohjeistus osaksi KomPassin palvelualustaa. • Toteutuneet koulutukset	Asiakategoria 1: Asia valmistellaan eteenpäin osana ikääntyneiden palveluiden valmistelua yhteistyössä hyte-työryhmän valmistelutuen kanssa. Valmistelusta vastaa keskitetty palveluohjaus (KomPassi) yhteistyössä hyte-työryhmän sekä ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivapalvelut –työryhmän kanssa.

	Hyödynnetään alueellista Voimaa vanhuuteen –verkostoa mm. ikääntyvien terveysliikunnan edistämiseksi.		
Rakenteet ja kaikkia koskevat toimenpiteet 3.4	Arjen liikkumisen mahdollistaminen kaikille ikäryhmille. Turvalliset, viihtyisät, helposti saavutettavat sekä esteettömät liikkumisympäristöt.	Teeman näkyminen kuntien hyvinvointikertomuksissa ja -suunnitelmissa	Asiakategoria 2 ja 3: Asia valmistellaan kunnissa yhteistyössä hyte-työryhmän kanssa. Valmistelusta vastaavat kunnat hyte-työryhmän ja VASSO:n tuella.

4.10. ICT ja sähköisen asioinnin kehittäminen

Järjestämissuunnitelmaan liittyvää ICT-suunnittelua on edellisen kerran tehty kaudella 2013–2016. Tuolloin tavoitteet olivat lähtökohtaisesti terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämiseen keskittyviä. Työtä koordinoi tuolloin järjestämissuunnitelmarakenteeseen kuulunut tietohallinnon koordinaatioryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelun käynnistyessä lakkautettiin tietohallinnon koordinaatioryhmä ja kehittämistoiminta siirrettiin osaksi sote- ja maakuntauudistuksen valmistelurakennetta. Työn ohjaamiseen tuossa rakenteessa perustettiin ICT ja sähköiset palvelut –työryhmä. Sen tavoitteena oli uudistuksen toteuttaminen ja palvelujen jatkuvuuden varmistaminen.

Kun hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta maaliskuussa 2019 raukesi, purettiin myös Varsinais-Suomessa uudistuksen valmisteluun koottu rakenne. Jotta alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman toimeenpano voidaan toteuttaa ict:n osalta, tulee sille määritellä uusi yhteistyön muoto.

Kehittämistyötä koordinoimaan kootaan alueellinen SoTe-tietohallinnon teemaryhmä, johon nimettäviltä edustajilta edellytetään hyvää toiminnan ja ratkaisujen hallintaa.

Kehittämiskokonaisuudessa nostetaan teemakohtaisesti esiin kehittämisen kärkiteemoja, joiden pohjalta uusia toimintamalleja otetaan kuntien ja kuntayhtymien omilla päätöksillä aikanaan käyttöön. Käsiteltäviä teemoja ovat:

- Asiakas- ja potilastietojärjestelmä
- Tiedonhallinnan ratkaisut
- Sähköisen asioinnin palvelut

Kaikessa työskentelyssä tulee huomioida tietosuoja- ja tietoturvakysymykset.

Kehittämiskokonaisuuksia viedään eteenpäin projektikokonaisuuksina, joiden resursoinnista päätetään erikseen alueen kunnissa ja kuntayhtymissä.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmä

Alueellisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinnan suunnittelu on käynnistynyt. Hankinnalla on tarkoitus toteuttaa yhtenäinen järjestelmäratkaisukokonaisuus, jolla voidaan korvata nykyiset käytössä olevat järjestelmät (45).

Hankinta toteutetaan kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon konsortiossa, jossa on mukana jo 11 sairaanhoitopiiriä ja niiden alueiden kunnat ja kuntayhtymät muodostaen n. 3 miljoonan asukkaan väestöpohjan. Toiminta on hankkeistettu ja sitä viedään eteenpäin ns. Kaari-hankkeena. Varsinais-Suomen alueella valmistelun koordinoi sairaanhoitopiiri. Hankinnan vaiheittainen toteutus suoritetaan vuosina 2019–2020 ja ensimmäiset käyttöönotot on tarkoitus suorittaa vuonna 2023.

Hankinnan alkuvaiheen aikana määritellään ja päivitetään organisaation (organisaatioiden) toiminta-, tieto-, järjestelmä- ja teknologia-arkkitehtuurit. Jo aiemmin tehtyjen strategisten tavoitteiden osalta tämä tarkoittaa hankinnan perustuvan UNA-yttimeen jonka osia ovat:

- Integraatio- ja tiedonhallintaratkaisu
- Sote-asiakkaan tilannekuva sekä
- Yksilöasiakkaan asiakassuunnitelmalogiikka

Tiedonhallinnan ratkaisut

Asiakas-, palvelu- ja kustannustiedon vertailukelpoisuuden kehittämiseksi tarvitaan alueellisia, kansallisten ohjeiden mukaisia, tiedonhallinnan ratkaisuja. Sen tukemiseksi voidaan laatia tietoarkkitehtuurista johdettua toimintaa, jota on esimerkiksi tietojärjestelmien konsolidointien edistäminen. Teknologiakehitystä ja yhtenäistämistä organisaatioissa ohjataan yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Tällä varmistetaan tiedon alueellisesti tasavertainen raportointi ja analysointi, joka mahdollistaa tieto- ja tiedolla johtamisen. Tiedonhallinnan ict-osuudella on läheinen ja merkittävä sidos kaikkiin niihin projekteihin joissa tietosisällöt määritellään.

Sähköisen asioinnin palvelut

Sähköisen asioinnin palvelujen kehittäminen kytketään osaksi toimintaprosessien kehittämistä, eli ratkaisuja ei kehitetä irrallisina, toiminnasta tai toisistaan irrallisina osina.

Sähköisessä asiointissa hyödynnetään mahdollisuuksien mukaan jo olemassa olevia, paikallisesti tai kansallisesti yhteistyössä kehitettyjä ratkaisuja tai tuotteita. Tällaisia ovat esim.

- Virtuaalisairaala
- Omaolo
- Palveluohjain
- Palvelusseteli ja ostopalvelujärjestelmä

Tämän lisäksi kehitetään sellaisia omia ratkaisuja, jotka palvelevat uusien toimintamallien toteuttamista alueen asukkaille, tarjoten heille uusia asiointikanavia, kuten esimerkiksi:

- Lupa auttaa – palvelu
- Neuvola-chat
- Mun klinikka

Alueellisesti tuetaan sellaisia projekteja, jotka tukevat kokonaisuuksia - myös edellä mainittujen ratkaisujen yhdistelmiä. Projektien resursoinnista, työnjaosta ja käyttöönotoista sovitaan erikseen kuntien ja kuntayhtymien kesken.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aika- taulu	Mittarit
Asiakas- ja potilastieto- järjestelmän kilpailutuk- sen käynnistäminen suunnitelmakaudella	Valmistellaan kilpailu- tuksen käynnistäminen osana Kaari-hanketta Asiakas- ja potilastieto- järjestelmän ensimmäi- sen vaiheen kilpailutuk- set	VSSHP yhteis- työssä alueen kuntien ja kun- tayhtymien kanssa	2019 2020	Ensimmäisen vaiheen kil- pailutus käynnistetty K/ E
Tiedonhallinnan ratkai- sujen kehittäminen	Tuetaan tietojohdami- seen liittyvien ratkaisui- den toteuttamista (tieto- allas- ja tietovarastorat- kaisut, perusjärjestel- mien integraatiot)	Tietohallinnon teemaryhmä yh- teistyössä tieto- johtamisen työryh- män kanssa	2019 – 2020	Yhteisesti hyväksytty tie- toaltaan hallintamalli luotu K / E Tiedon ensisijaisen ja toissijaisen käytön malli luotu ja käytössä K / E
Sähköisen asiainnin palvelujen kehittä- minen	Tuetaan toiminnallisten prosessien kehittämistä tarjoamalla työn tueksi ICT-osaamista ja näke- mystä digitalisoinnin mahdollisuuksista eri prosessien kehittämi- sessä. Tarjotaan tukea sen var- mistamiseen, että kehi- tettävät ja käyttöönotet- tavat sähköiset palvelut ovat alueen sosiaali- ja terveydenhuollon vii- tearkkitehtuurin periaat- teiden mukaisia Tuetaan tarvittaessa erillisten projektien tur- vin uusien sähköisen asiainnin palvelujen käyttöönottoa	Tietohallinnon teemaryhmä Tietohallinnon teemaryhmä Uusien palvelujen käyttöönotosta ja käytönnoton re- sursoinnista pää- tetään erikseen kunnissa ja kun- tayhtymissä	2019- 2020	Alueella käyttöön otetut, toimintaprosesseja tuke- vat sähköisen asiainnin ratkaisut

4.11. Tietojohdaminen

Tietojohdamisella tarkoitetaan prosesseja ja käytäntöjä, joiden avulla tietoa kerätään, jalostetaan ja hyödynnetään organisaation sisällä sekä organisaatioiden välisessä kommunikoinnissa. Tietojohdaminen voidaan jakaa tiedon hallinnointiin ja tiedon päivittäisjohtamiseen.

Tiedolla johtamisella tarkoitetaan palvelujärjestelmän toteutuneen toiminnan itsearviointia ja tulevan toiminnan suunnittelua parasta käytettävissä olevaa tietoa hyödyntäen. Tiedolla johtamiseen liittyy tietovarannoissa olevien tietojen analysointi, havainnollistaminen (visualisointi), raportointi ja käyttö.

Tietotekniikka puolestaan tarjoaa työkaluja edellä mainittuun. Jotta voi käyttää työkaluja, on ensin tiedettävä mitä haluaa tehdä. Onnistunut tieto-, järjestelmä- ja teknologia-arkkitehtuurien laatiminen kaikilla tasoilla edellyttää selkeää kuvaa siitä, miten ja mihin suuntaan halutaan kehittyä.

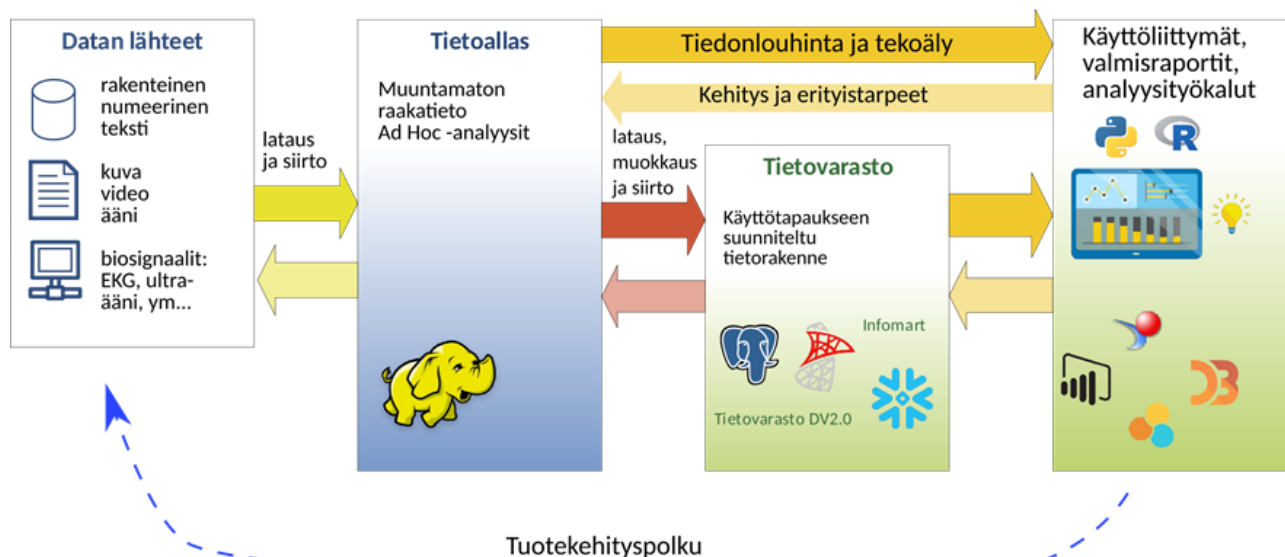
Tavoitteet

Pidemmän aikavälin tavoitteena tulee olla nykyiset organisaatorajat ylittävä tietojohdamisen kokonaisvaltainen kehittyminen, joka tukee sote-palvelujen tehostamista sekä saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantamista. Jotta tavoitteeseen voidaan päästä, tulee mahdollistaa seuraavat asiat:

- Kullakin järjestämisvastuullisella taholla on käytössään ajantasainen ja luotettava tieto, jonka perusteella se pystyy täyttämään kaikki lakisääteiset tehtävät, suunnittelemaan ja johtamaan toimintaa sekä seuraamaan, ohjaamaan ja valvomaan palvelutuottajien muodostamaa kokonaisuutta.
- Kullakin järjestämisvastuullisella taholla on käytettävissä asiakkaistaan luotettavaa, ajantasaista ja jatkuvasti päivittyvää tietopohjaa raakadatan tasolla kaikilta osapuolilta.
- Palveluntuottajat kirjaavat tiedot vain kertaalleen ja yhtenäisillä määrittelyillä vertailtavuuden varmistamiseksi.
- Tietosisällöt ovat yhtenäiset kansallisella tasolla vertailuun ja arviointiin käytettävien tietosisäلتöjen kanssa.
- Tiedot kirjataan vain kertaalleen, ja samat tiedot ovat raportoitavissa/käytettävissä niin kansallisille toimijoille kuin oman toiminnan seurannan tarpeisiin ja sisäiseen laskentaan.
- Käytettävissä on tarpeen mukaiset teknologiset välineet. Teknologiaratkaisuissa huomioidaan jo olemassa oleva ja toteutuksessa pyritään mahdollisimman vähäiseen integraatioiden määrään.
- Tietotuotanto näyttäytyy tiedon hyödyntäjille yhdenmukaisina palveluina. Tietojohdamisratkaisu tuottaa myös tarvittavat tiedot valtion ohjaus- ja valvontatehtäviin.

Keinot ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi

Jotta tavoitteet voidaan saavuttaa, tarvitaan yhteisesti jaettu ymmärrys tieto-ohjatusta varsinaissuomalaisesta sotesta. Tällöin eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kannalta keskeiset datan lähteet tulee saada raakatietona yhteiseen tietotaltaaseen. Tietotaltaasta tulee puolestaan saada lainsäädännön mahdollistamissa rajoissa raakatieto käyttöön eri tietovarastoihin, joista tieto on saatava tiedolla johtamisen näkökulmasta keskeisiin käyttöliittymiin, raportointi- ja analysointityökaluihin. Tätä kokonaisuutta on hahmoteltu sote- ja maakuntaudistuksen valmistelun yhteydessä laaditussa ”Varsinais-Suomen tiedon hyödyntämisen strategian” luonnoksessa (kuvio 18).



Kuvio 18. Tieto-ohjattu Varsinais-Suomen SoTe (Järvenpää ym. 2018)

Kokonaisuuden kehittäminen voidaan pilkkoa siten, että kehitetään tiedon hallintaa ja tiedolla johtamista (tiedon hyödyntämistä).

Tiedon hallinnan kehittämisen toimenpidekokonaisuudet:

1. Tuotettavan tiedon oikeellisuus datan lähteinä
 - Ajantasaista, päivittyvää ja luotettavaa kirjaamista kertaalleen ja yhtenäisillä määrittelyillä asiakas-, potilas- sekä taloustietojen osalta.
 - Alueellisesti tarvitaan verkosto, tai alueellisesti sisäisenä kehittämistyönä toteutettu projekti / jatkuva toiminta, joka käy läpi säännöllisesti esimerkiksi Hilmo-tilastoinnin ohjeita, ja sitä kautta parannetaan kirjaamisen laatua, asetetaan yhteisiä tavoitteita jne.
 - Huomioidaan jo tehty ja tekeillä oleva alueellinen ja kansallinen kehittämistyö (esim. sosiaalihuollon tietojen osalta Kansa-hanke ja TurkKa-projekti sen osana tai Hilmo-tilastointi sekä talousdata JHS-luokittelun mukaisesti).
2. Tiedon varastointi- ja hyödyntäminen
 - Tarkoittaa yhtenäistä tietoallasta, tietovarastojen rakentamista sekä niihin liittyen asiakkuus-, palvelu- ja kustannustiedon keräämistä yhtenäiseen ratkaisuun (esim. tietoaaltaseen / -varastoon). Tähän liittyen:
 - Koska tietojen käyttötilanteet ja tietotarpeet ovat selkeästi erilaiset, on tärkeää, että tiedon ensi- ja toissijainen käyttö eriytetään selkeästi, ja tietoaaltaan ja tietovaraston välinen suhde on selvitetty esimerkiksi luomalla yhteisesti hyväksytty hallintamalli.
 - Asiakkuus-, palvelu- ja kustannustiedon osalta huomiota kiinnitetään erityisesti kustannuslaskennan kehittämiseen (JHS-kustannuslaskenta), potilasluokittelu- ja tuotteistusperheiden (Drg-perhe) ylläpitoon ja kehittämiseen sekä työhyvinvointitiedon sekä asiakaspalautteen keräämiseen ja hyödyntämiseen.

Tiedolla johtamisen kehittämisen toimenpiteet:

1. Luodaan yhteistyön muotona esimerkiksi Turun yliopiston, VSSH:n ja halukkaiden kuntien ja kuntayhtymien muodostama tiedolla johtamisen konsortio.
 - Lisäksi tarvitaan käytännön valmistelutyötä tekevä "tietojohdamisen alueellinen yhteistyöryhmä"
2. Luodaan tiedolla johtamisen pilottiprojekti, joka hyödyntää valitun palvelukokonaisuuden / osa-alueen perusjärjestelmien tietoja.
 - Projektissa toteutetaan sovitun kokonaisuuden osalta:
 - Tietosisällön määrittely
 - Tarvittavien tutkimuslupien hakeminen

- Esimerkiksi ikääntyneiden palvelut, ja siinä keskittyen yli 75-vuotiaiden palvelujen tietopohjaan, mittareihin ja tietojen analysointiin tai muu Varsinais-Suomessa keskeiseksi nähty sisältökokonaisuus
 - Integraatiot perusjärjestelmiin / Tietopoiminnot
 - Tietojen lataus ja talletus tietotalustaan
 - Tietojen siirto ulkoisesta kohteesta tietotalustaan
 - Tietojen jalostus mittaritiedoksi ja tiedon hyödyntäminen
 - Tietojen välitys tietotalustasta ulkoiseen kohteeseen
 - Lisäksi projektissa:
 - Testataan tietotalustan integroitumista pilottikohteen muuhun tietojohdamisen ympäristöön
 - Vertaillaan pilotissa käytettäviä välineistöjä ja niiden ominaisuuksia suhteessa hankkeen tavoitteisiin
 - On huomioitava kustannuslaskenta kokonaisratkaisuna (eli haluttaessa palvelujen kokonaiskustannukset, tarvitaan niiden osana esim. hallinnolle vyörytetyt kustannukset)
 - Selvitetään mahdollisuus osallistua em. työhön osana kansallista VIRTa-hanketta.
3. Kehitetään ja otetaan käyttöön tiedon hyödyntämistä tukevia analyysi- ja raportointityökaluja sekä visuaalisia käyttöliittymiä.
- Tuetaan organisaatioita niiden toiminnan ja talouden suunnittelun ja tuotannon ohjauksen, seurannan ja valvonnan toteutuksessa eli tiedolla johtamisen kyvyssä.
 - Edellyttää kokonaisnäkymää tietotarpeisiin sekä ulottuvuuksiin sen mukaan, minäkalaiseen toimintaan, ohjaukseen ja suunnitteluun kyseisiä tietoja tullaan tarvitsemaan.
 - Tuotoksena synnyttävä nykyistä laadukkaampaa ja palveluketjukokonaisuuksia jäsennävää tietoa, jota voidaan hyödyntää tiedolla johtamisessa.
 - Huomioitava kansallisessa VIRTa-hankkeessa toteutettavaksi suunnitellut ”palvelun järjestäjille yhteiset tietojohdamisen tietosisällöt sekä näistä johdetut raportit ja Dashboardit sekä analytiikkaratkaisut sote-tietomallin mukaisesti”.
4. Toiminnan ja talouden tietojen raportoinnin rakentaminen
- Talous- ja toimintatietojen yhdistäminen ja suoritekustannusten kiinnittäminen asiakkaaseen
 - Sote-tietopakettien raportoinnin käyttöönotto
 - Palvelujen toimivuutta kuvaavia tietoja ovat mm.: palvelukyky, saatavuus, talouden kestävyys, tuottavuuskehitys sekä toiminnan taloudellisuus. Näitä kuvaavia mittareita ovat mm. €/asukas, €/asiakas, €/suorite, kokonaiskustannukset, kokonaistuottavuus, henkilötöön tuottavuus, palvelujen käyttömäärät, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. Pidemmällä aikavälillä on tärkeää kyetä mittaamaan tuotettua terveys- ja hyvinvointihyötyä sekä kustannusvaikuttavuutta.
5. Kansallinen yhteistyö seurannan ja arvioinnin osalta
- THL:n kanssa tehtävä alueellinen arviointiyhteistyö sote-palvelujen osalta. THL arvioi alueellista suoriutumista sote-palveluiden järjestämisessä. Arviointitietoa tulee hyödyntää Varsinais-Suomessa, jotta voidaan varmistaa mm. THL:n arviointityössä käyttämän tiedon oikeellisuus, ja siten parantaa alueen ja valtion välistä vuorovaikutusta ja ymmärrystä alueellisesti tarvittavista toimenpiteistä palvelujärjestelmän kehittämisessä.
 - Monilta tunnistetuilta tietotarpeilta puuttuu vielä pohjatyo, joka tarvitaan ennen kuin voidaan alkaa suunnitella tietotuotantolinjoja puhumattakaan niistä poimittavia indikaattoritietoja. Työtä on kuitenkin tehty esimerkiksi KUVA-mittariston osalta, joka on tuottanut kansallisen ehdotuksen yhtenäiseksi mittaristoksi ”väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilan kuvaamiseen sekä palveluiden tarpeen arviointiin palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen” erityisesti valtakunnallisen ohjauksen tarpeisiin.

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aikataulu	Mittarit
Tiedon hallinnan kehittäminen - Tuotettavan tiedon oikeellisuus datan lähteinä	Parannetaan kirjaamista alueen toimijoiden keskuudessa (ajantasainen, päivittyvä ja luotettava kirjaaminen kertaalleen ja yhtenäisillä määrittelyillä). Kirjaamiseen liittyviä asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehittämistarpeita viedään eteenpäin osana Kaari-hankkeen työskentelyä Vasso tukee kuntia Kanta-palveluihin liittymisessä. Kansakouluu -hankkeessa parannetaan kirjaamista alueen toimijoiden keskuudessa.	Tietojohdamisen työryhmä. Kunnat ja kuntayhtymät yhteistyössä Vasson kanssa	2019 →	Sosiaalihuollon Kanta-palvelujen I-vaiheen toiminnallisuudet otettu käyttöön K / E (per palvelutehtävä)
Tiedon hallinnan kehittäminen - Tiedon varastointi- ja hyödyntäminen	Tarkoittaa yhtenäistä tietoaalasta, tietovarastojen rakentamista sekä niihin liittyen asiakkuus-, palvelu- ja kustannustiedon keräämistä yhtenäiseen ratkaisuun (esim. tietoaalaseen / -varastoon). Yhteisesti hyväksytyn hallintamallin luominen tietoaaltaan ja tietovaraston välille sekä tiedon ensi- ja toissijaisen käytön eriyttäminen. Asiakkuus-, palvelu- ja kustannustiedon osalta huomiota kiinnitetään erityisesti kustannuslaskennan kehittämiseen (JHS-kustannuslaskenta), potilasluokittelu- ja tuotteistusperheiden (Drg-perhe) ylläpitoon ja kehittämiseen sekä työhyvinvointitiedon sekä asiakaspalautteen keräämiseen ja hyödyntämiseen.	Tietojohdamisen työryhmä. Kustannuslaskennan kehittämisen, tuotteistuksen ja asiakastiedon osalta kootaan tarvittavat omat vastuutahot	2019 – 2020	Yhteisesti hyväksytty hallintamalli luotu K / E Tiedon ensisijaisen ja toissijaisen käytön malli luotu ja käytössä K / E %-osuus kunnista, joilla käytössä yhtenäinen tietoaallas / tietovarasto (tiedot eriytettyinä rekisterinpitäjinä)
Tiedolla johtamisen kehittäminen – Yhteistyömalli	Luodaan yhteistyön ja tahdon ilmaisen muotona esimerkiksi Turun yliopiston, VSSHP:n ja halukkaiden kuntien ja kuntayhtymien muodostama tiedolla johtamisen konsortio. Lisäksi tarvitaan käytännön kehittämistyötä tekevä ja ohjaava tietojohdamisen työryhmä.	Tietojohdamisen työryhmä.	2019	Tiedolla johtamisen konsortio luotu ja toiminnassa K / E
Tiedolla johtamisen kehittäminen – Pilottiprojekti	Toteutetaan sovitun palvelukokonaisuuden osalta tietosisällön määrittely, integraatiot perusjärjestelmiin, tietojen lataus ja talletus tietoaalustaan, tietojen siirto ulkoisesta kohteesta tietoaalustaan, tietojen jalostus mittaritiedoksi ja tiedon hyö-	Tietojohdamisen työryhmä. Erikseen nimettävä projektin ohjausryhmä	2020 →	Pilottiprojekti toiminnassa K / E Pilottiprojektilla omat etenemisen ja onnistumisen mittarit K / E

	dyntäminen, tietojen välitys tietotalustasta ulkoiseen kohteeseen huomioiden mahdolliset tutkimuslupatarpeet. Lisäksi testataan tietotalustan integroitumista pilottikohteen muuhun tietojohdamisen ympäristöön sekä vertaillaan pilotissa käytettäviä välineistöjä ja niiden ominaisuuksia suhteessa hankkeen tavoitteisiin. Selvitetään mahdollisuus osallistua em. työhön osana kansallista VIRTIA-hanketta.			
Tiedolla johtamisen kehittäminen – Tiedon hyödyntämistä tukevat analyysi- ja raportointityökalut sekä visuaaliset käyttöliittymät.	Tuetaan organisaatioita niiden toiminnan ja talouden suunnittelun ja tuotannon ohjauksen, seurannan ja valvonnan toteutuksessa kehittämällä ja ottamalla käyttöön analyysi- ja raportointityökaluja sekä visuaalisia käyttöliittymiä. Tekemisessä on huomioitava kansallisessa VIRTIA-hankkeessa toteutettavaksi suunnitellut ”palvelun järjestäjille yhteiset tietojohdamisen tietosisällöt sekä näistä johdetut raportit ja Dashboardit sekä analytiikkaratkaisut sote-tietomallin mukaisesti”.	Tietojohdamisen työryhmä.	2019 – 2020	%-osuus alueen järjestämisvastuullisista organisaatioista, joilla käytössä a) tiedon hyödyntämistä tukeva analyysi- ja raportointityökalu b) visuaalinen käyttöliittymä edelliseen
Tiedolla johtamisen kehittäminen – Toiminnan ja talouden tietojen raportoinnin rakentaminen	Talous- ja toimintatietojen yhdistäminen ja suorittekustannusten kiinnittäminen asiakkaaseen Sote-tietopakettien raportoinnin käyttöönotto	Tietojohdamisen työryhmä.	2019 →	%-osuus alueen järjestämisvastuullisista organisaatioista, jotka raportoivat toimintaa ja taloutta sote-tietopakettien mukaisesti
Tiedolla johtamisen kehittäminen – Kansallinen yhteistyö seurannan ja arvioinnin osalta	THL:n kanssa tehtävä alueellinen arviointiyhteistyö sote-palvelujen osalta. KUVA-mittariston hyödyntäminen alueella kansallisesti yhteisenä mittaristona	Tietojohdamisen työryhmä.	2019 →	Yhteistyömalli luotu ja käytössä THL:n ja alueen arvioinnin osalta K / E %-osuus alueen järjestämisvastuullisista organisaatioista, jotka hyödyntävät KUVA-mittaristoa

4.12. palveluntuottajien ohjaus ja valvonta (omavalvonta ja laadunhallinta)

Kuntien on vastattava toiminnan asianmukaisesta ja laadukkaasta järjestämisestä, koskien sekä omia että mahdollisia ostopalveluja. Omavalvonnan avulla pyritään varmistamaan, että toiminta ja palvelut järjestetään lainsäädännön edellyttämällä tavalla, ja että niille tuotettu hoiva ja hoito on turvallista ja laadukasta. Tavoitteena on, että yksikään alueen asukas, asiakas tai potilas ei koe ennalta ehkäistävissä olevaa haittaa.

Omavalvonnan avulla varmistetaan myös toiminnan ja palvelujen suunnitelmallisuutta, palvelujen saatavuutta ja palveluja käyttävien yhdenvertaisuutta. Osana omavalvonnan tuloksellista toteuttamista on huomiota kiinnitettävä erityisesti ennakoivaan riskienhallintaan, jonka avulla olisi mahdollista siirtää painopistettä jälkikäteisvalvonnasta ja valvontaviranomaisen puuttumisen tarpeesta vaaratapah- tumien ennalta ehkäisyyn.

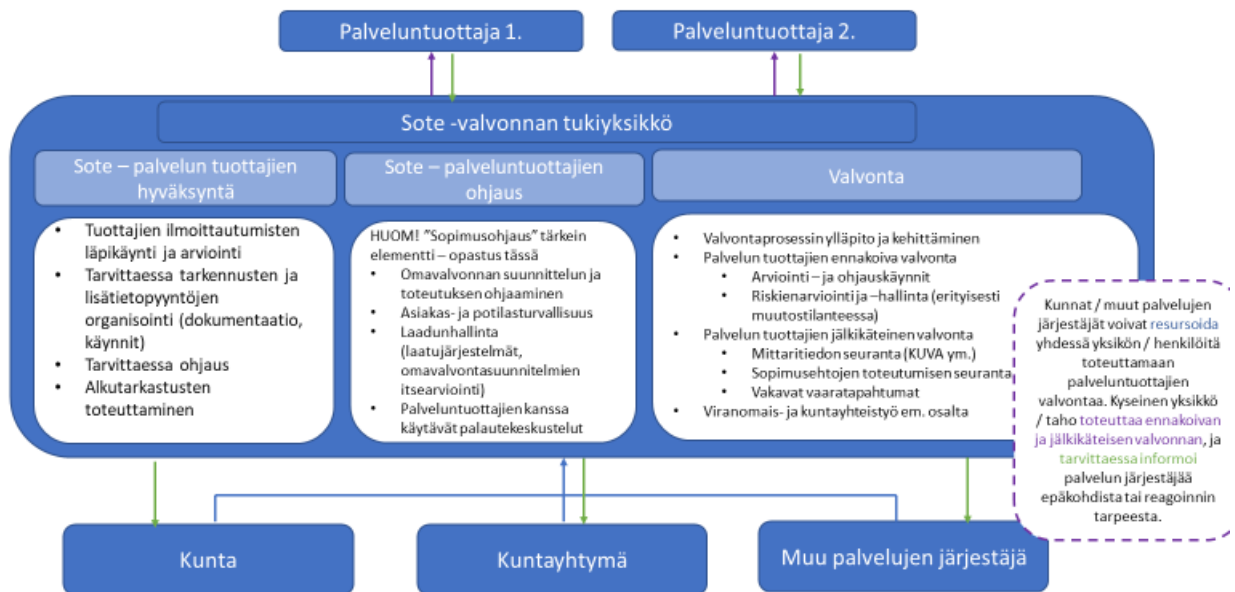
Ennakoivaan riskienhallintaan liittyy olennaiselta osin se, että toiminnan laadusta pidetään huolta. Suu- rin osa Varsinais-Suomen kunnista ja kuntayhtymistä on joko jo ottanut tai ottamassa käyttöön SHQS- laatuohjelman. Tavoitteena on, että alueen järjestämisvastuullisilla kunnilla ja sote-kuntayhtymillä on suunnitelmakauden aikana laatuohjelma käytössä tai sen käyttöönotto on käynnistetty.

Tämän lisäksi tavoitteena on parantaa omavalvonnan menettelytapojen yhdenmukaista käyttöä, sekä kehittää ennakoivaa ja jälkikäteistä valvontaa. Julkisen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelun- tuottajilla tulisi olla suunnitelmakauden aikana ajantasainen ja arvioitu potilasturvallisuussuunnitelma ja omavalvontasuunnitelma. Ajantasainen omavalvontasuunnitelma tulee edellyttää myös yksityisiltä so- siaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajilta.

Potilasturvallisuussuunnitelmasta ja omavalvontasuunnitelmasta säädetään terveydenhuoltolaissa, so- siaalihuoltolaissa sekä Valviran määräyksissä. Tyks erva:n johtoryhmässä on tammikuussa 2019 hy- väksytty Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirien yhdessä laatima omavalvonnan ja potilas-/asiakasturvallisuuden edistämisen toimintasuunnitelma, joka pohjautuu valtioneuvoston hy- väksymään potilas- ja asiakasturvallisuuden strategiaan vuosille 2017 - 2021. Sosiaali- ja terveysto- mien ministeriö voi antaa asetuksella tarkempia säännöksiä omavalvonnan sisällöstä ja laadunhallinnasta sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämisestä, jolloin suunnitelmaa päivitetään.

Osana toimintasuunnitelmaa on mahdollista kouluttaa kunnat ottaa käyttöön potilasturvallisuussuunni- telman tai omavalvontasuunnitelmien itsearviointi-/ auditointimenettelytapa. Toimintatapaa on mahdol- lista laajentaa koskemaan myös yksityisiä palveluntuottajia, jos kunnat sitä niiltä edellyttävät.

Ennakoivaa valvontaa esimerkiksi järjestelmällisten arviointi- ja ohjauskäyntien muodossa voidaan ha- luttaessa toteuttaa ylikunnallisen yhteistyön turvin. Kuviossa 19 on esitetty yksi mahdollisuus siitä, mi- ten toiminto voitaisiin organisoida ylikunnallisen yhteistyön turvin. Suunnitelmakaudella tulisi selvittää tarve valvontakäytäntöjen alueelliseen yhdenmukaistamiseen ja selvittää onko kunnissa tarvetta ja ha- lukkuutta organisoida valvontaa ylikunnallisena yhteistyönä sekä arvioida millaista resurssointia tämä edellyttäisi.



Kuvio 19. Luonnos ennakkoivan valvonnan mahdollisesta organisoinnista kuntien yhteistyönä (Kuva: Karolina Olin)

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Ajankohta	Mittarit
Kansallisessa potilas- ja asiakasturvallisuuden strategiassa määriteltyjen menettelytapojen jalkautumisen tason arviointi sairaanhoitopiirin alueella	Alueellinen Webropol - kysely kaikkiin V-S alueen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin Tulosten käsittely SPTY:n oppaan (Asiakas- ja potilasturvallisuuden omavalvontaopas) jakelu	Tyks erva johtoryhmä/ Tyks erva potilasturvallisuuden yhteistyöryhmä, sairaanhoitopiirit yhdessä kuntien kanssa	2019	Kyselyn tulokset
Kansallisen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian jalkauttamisen tason varmistaminen ja edistäminen	Tulosten pohjalta suositusten sekä toimenpiteiden linjaaminen ja suunnittelu Koulutus ja tiedottaminen Kehittämisen tukeminen Kyselyn toteuttaminen alueen organisaatioissa itsearvioina (tarvittaessa)	Tyks erva potilasturvallisuuden yhteistyöryhmä, sairaanhoitopiirit yhdessä kuntien kanssa	2019 - 2020	Toteutuneet koulutukset
Kansallisessa strategiassa määriteltyjen menettelytapojen jalkautumisen tason uudelleen arviointi sairaanhoitopiirin alueella	Alueellinen Webropol - kysely kaikkiin V-S alueen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin, vertailu vuoden 2019 alun tilanteeseen Tulosten käsittely, jatkotoimenpiteiden pohdinta	Tyks erva johtoryhmä/ Tyks erva potilasturvallisuuden yhteistyöryhmä, sairaanhoitopiirit yhdessä kuntien kanssa	2021 -	Kyselyn tulokset

Tavoite	Toimenpide	Vastuutahot	Aikataulu	Mittarit
Omavalvonnan kehittäminen	Laaditaan ja implementoidaan omavalvontasuunnitelman itsearviointi- / auditointipohja, jonka avulla on mahdollista arvioida ja varmistaa omavalvonnan menettelytapojen jalkautumista käytäntöön, sekä havaita mahdollisia kehittämiskohteita. Laaditaan pohjaesitys ennaltaehkäisevän valvonnan ja ohjauksen toimintakäytäntöistä Tuetaan kuntia tarjoamalla koulutusta omavalvontasuunnitelmien itsearviointiin / auditointiin	Sote-johtajakoukous koordinoi valmistelua Käytännön valmistelusta vastaa erikseen nimettävä kehittämiss ryhmä Mahdollisen koulutuksen käynnistämisestä ja resursoinnista päätetään erikseen	2019- 2020	Alueelle on laadittu omavalvontasuunnitelman itsearviointi- / auditointipohja K/ E Alueelle on laadittu pohjaesitys ennaltaehkäisevän valvonnan ja ohjauksen toimintakäytäntöistä K/ E Koulutus käynnissä K / E Osallistuvat organisaatiot (koskien kaikkia edellisiä)
Kunnilla ja kuntayhtymillä on laatuohjelma käytössä tai sen käyttöönotto on käynnistetty	Tuetaan kuntia ja kuntayhtymiä laatuohjelmien käyttöön-otossa	Sote- johtajakoukous koordinoi valmistelua Käytännön valmistelusta vastaa erikseen nimettävä kehittämiss ryhmä	2019- 2020	Alueen kunnat ja kuntayhtymät, joilla laatuohjelma on käytössä tai käyttöönotto on käynnissä / kunnat ja kuntayhtymät, joilla ohjelmaa ei ole käytössä eikä käyttöönottoa ole käynnistetty
Selvitys tarpeesta ja halukkuudesta organisoida valvontaa ylikunnallisena yhteistyönä	Laaditaan selvitys tarpeesta, halukkuudesta ja mahdollisuuksista organisoida valvontaa ylikunnallisena yhteistyönä. Osana selvitystä arvioidaan ylikunnallisena yhteistyönä toteutettavan valvonnan resursointitarpeet.	Sote- johtajakoukous koordinoi valmistelua Käytännön valmistelusta vastaa erikseen nimettävä kehittämiss ryhmä	2019	Laadittu selvitys ylikunnallisen valvontayksikön tarpeesta ja mahdollisuuksista K / E

5. JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN

Kuntien ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on yhdessä arvioitava suunnitelmaa vuosittain sekä tehtävä siihen tarvittavat muutokset.

Suunnitelman seurantaan ja muutostarpeiden esille nostamiseen liittyvästä käytännön valmistelusta vastaa Sote-johtajakokous. Sote-johtajakokous tekee tarvittaessa esityksiä järjestämissuunnitelman muutostarpeista.

Muutosten tekemisestä järjestämissuunnitelmaan päättää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

**Päivitys
vuosille 2019-2020**

Liite 1. Terveystenhuollon palvelujen järjestäminen Varsinais-Suomen kunnissa

Tässä liitteessä kuvataan, millä tavalla Varsinais-Suomen kunnat järjestävät terveydenhuollon palvelut, päivystys- ja kuvantamispalvelut, lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut sekä seulonnat. Palvelujen järjestämisen tilanne kuvataan sen mukaisesti mitä järjestämisestä on sovittu maaliskuun 2019 lopussa. Mahdolliset muutokset tuodaan esille järjestämissuunnitelman päivittämisen yhteydessä.

1. AURA JA PÖYTYÄ

Auran ja Pöytyän kunnat ovat jäseniä Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymässä. Kuntayhtymä vastaa kuntien väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, avosairaanhoidosta, sairaalahoidosta sekä mielenterveystyöstä. Kunnat järjestävät alueidensa kotihoidon. Kotisairaalahoido toimii kuntayhtymän toimintana joka päivä klo 7-22..

Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymällä on Auran ja Pöytyän kuntien alueella 4 terveysasemaa (Aura, Kyrö/Pöytyä, Riihikoski/Pöytyä, Yläne/Pöytyä).

Päihdepoliklinikkapalveluita Auran ja Pöytyän kunnille järjestää Loimaan sosiaali- ja terveystalvelukeskus. Kunnat käyttävät lisäksi Turun ja Salon päihdepalveluiden katkaisuhoito- ja selviämisasemia.

Työterveyshuollon järjestää yksityinen palveluntuottaja. Ympäristöterveydenhuollon palvelut järjestetään yhteistoiminta-alueella, johon kuuluvat Auran ja Pöytyän lisäksi Kaarina, Kemiönsaari, Koski Tl, Lieto, Loimaa, Marttila, Oripää, Paimio, Parainen ja Sauvo. Palvelujen järjestämisestä vastaa Liedon kunta.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä hankkii lisäksi yksityisiltä toimijoilta ostopalveluina mm. radiologian, ihotautilien, neurologian, geriatrian sekä sisätautilääkärin konsultaatioita sekä erikoishammaslääkäripalveluja (protetiikka, hammaskirurgia).

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kuntien kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin kello 8-16 Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä. Vastaanotto palvelee Riihikosken pääterveysasemalla ma-pe klo 8-16, muilla terveysasemilla ma-to klo 8-16 ja pe klo 8-15. Arkisin kello 16–18 Riihikosken pääterveysasemalla järjestetään kiirevastaanottoa. Arkipäivinä kello 16–08, viikonloppuina sekä arkipäivinä päivystyspalvelut toteuttaa Tyks Akuutti. Päivystys on Tyks Loimaan sairaalan päivystysyksikössä päivittäin klo 8.00–22.00. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalaassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkisin kello 8-16 ja perjantaisin kello 8-15 Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymän terveysasemilla. Iltaisin, arkipäivinä ja viikonloppuisin suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut ja radiologiset tutkimukset tuottaa Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä. Lisäksi tutkimuksia ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta (MRI- ja TT-tutkimuksia, RR- ja EKG- vuorokausinahoituksia, ENMG-tutkimuksia, klinisiä mammografioita sekä kudostäytteiden analyysseja).

Seulonnat

Raskausaikaan liittyvinä seulontoina tehdään seuraavat tutkimukset:

- * seerumiseulonta raskausviikolla 11+0 – 11+6
- * perusultraääni – niskaturvotuksen mittaus rvk 11+0 – 11+6
- * vaihtoehtoisesti toisen raskauskolmanneksen seerumiseulonta + perusää rvk 15+0 – 16+6 (ellei erikoissairaanhoidossa ole tehty NIPT – tutkimusta)
- * keskiraskauden rakenneultraääni rvk 18+0 – 21+6 tai 24 rvk:n jälkeen
- * 40 – vuotta täyttäneille tarjotaan mahdollisuus lapsivesipunktioon (ellei erikoissairaanhoidossa ole tehty NIPT –tutkimusta)

Seulontatutkimukset hankitaan ostopalveluna.

Syövänseulontaa tehdään seuraavasti:

- * 50-69 -vuotiaille mammografiaan perustuva rintasyöpäseulonta 20-26 kuukauden välein
- * 30-60 –vuotiaille naisille kohdun kaulanosan syövän seulonta viiden vuoden välein

Tutkimukset hankitaan ostopalveluina ulkopuolisilta palveluntuottajilta, irtosolunäytteenotto toteutetaan omana toimintana.

Diabeetikkojen silmänpohjakuvaukset järjestetään 1-2 kertaa vuodessa järjestettävien kuvauspäivien aikana. Kuvaustiheys ohjautuu löydöksen ja/tai oireiden perusteella. Tutkimus hankitaan ostopalveluna.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Varsinais-Suomen lääkehuolto. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin logistiikkakeskus. Lääkehuoltoon ja hoitotarvikkeisiin liittyvät kuljetuspalvelut hankitaan ostopalveluna, varastointipalveluista lukuun ottamatta terveyskeskuksen omaa käsivarastoa vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Se järjestää myös potilasasiamiespalvelut. Välinehuollosta vastaa Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä.

2. KAARINA

Kaarinan kaupungin hyvinvointipalvelut vastaa väestön terveydentilan seurannasta ja terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, työterveyshuollosta, avosairaanhoidosta, kotisairaanhoidosta, kotisairaaloiminnasta ja kiinteästä terveyskeskussairaalaista sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä. Mielenterveys- ja päihdetyössä käytetään myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sekä A-klinikkasäätiön palveluita. Terveyskeskusvastaanottoa, hammashuoltoa ja neuvolapalveluita tarjotaan Kaarinan pääterveysasemalla, Piikkiön terveysasemalla sekä Littoisten terveysasemalla.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut järjestetään laajemmalla yhteistoiminta-alueella. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Kaarinan lisäksi Aura, Kemiönsaari, Koski Tl, Lieto, Loimaa, Marttila, Oripää, Paimio, Parainen, Pöytyä ja Sauvo. Palvelujen järjestämisestä vastaa Liedon kunta.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Kaarinan kaupunki hankkii lisäksi täydentävän erikoissairaanhoidon tutkimuksia ja konsultaatioita eri erikoisaloilta.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kunnan kiireellisestä perustason sairaanhoidosta vastaa arkisin 8-16 Kaarinan terveyskeskus. Päivystys järjestetään Kaarinan pääterveysasemalla. Viikonloppuisin, arkipyhinä ja arkisin kello 16 - 08 kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Tyks Akuutti Turussa. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalaissa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin kello 08-16 Kaarinan pääterveysasemalla. Arkipäivinä, viikonloppuisin ja arki-iltoina suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa pääosin kaupungin terveyskeskuksen oma laboratorio. Osa laboratoriotutkimuksista hankitaan lisäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä tai ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Radiologiset tutkimukset järjestää Kaarinan terveyskeskuksen oma röntgen. Ulkopuoliselta palveluntuottajalta hankitaan natiivikuvien lausuntopalvelu sekä ultraääni-, MRI-, TT- tutkimukset lausuntoineen. Lisäksi ulkopuolilta palveluntuottajilta hankitaan mm. kliinisen fysiologian tutkimuksia.

Seulonnat

Lakisääteiset raskaudenajan seulontatutkimukset hankitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Raskaudenkulkuun liittyvät täydentävät tutkimukset sekä muut seulonnat hankitaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Mammografiaseulonta järjestetään maksutta 50-64 vuotiaille naisille. Omakustanteisena seulonta järjestetään 65-69 vuotiaille naisille.

Kohdunkaulansyövän varhaistoteamiseksi tehdään Papa-irtosolututkimus maksutta 30-60 vuotiaille naisille viiden vuoden välein.

Suolistosyövän varhaistoteamiseksi tehdään maksuton suolistosyövän seulontatesti. Seulontaan kutsutaan satunnaisesti valittuja 60-69 -vuotiaita naisia ja miehiä.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Kaarinan terveyskeskuksen oma apteekki. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin logistiikkakeskus. Tarvikejakelu hoidetaan itse. Kuljetus- ja varastointipalvelut sekä välinehuolto hoidetaan omana toimintana. Myös potilasasiamiespalvelut kaupunki tuottaa omana toimintanaan.

3. KEMIÖNSAARI

Kemiönsaaren terveyskeskus vastaa kunnan väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan, seulonnat ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, avosairaanhoidosta, vuodeosastohoidosta (tk-sairaala) sekä päihdetyöstä (yhdessä sosiaaliyksikön kanssa). Kotisairaanhoidon järjestää Kemiönsaaren vanhustenhuolto. Kotisairaala-hoitoa kunnassa järjestetään yksittäistapauksissa johtavan lääkärin päätöksellä.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut järjestetään laajemmalla yhteistoiminta-alueella. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Kemiönsaaren lisäksi Aura, Kaarina, Parainen, Koski Tl, Lieto, Loimaa, Marttila, Oripää, Paimio, Pöytyä ja Sauvo. Palvelujen järjestämisestä vastaa Liedon kunta.

Terveydenhoidon vastaanottopalveluita tarjotaan Kemiön pääterveysasemalla ja Taalintehtaan terveysasemalla. Vuoden 2019 aikana Taalintehtaan terveysasema suljetaan, ja se korvataan uudella lähipalvelupisteellä, joka sijaitsee Taalintehtaan keskustassa. Taalintehtaan uusi lähipalvelupiste tulee tarjoamaan ei-kiireellisiä terveyspalveluita (lääkäri- ja sairaanhoitajavastaanotto, neuvola, laboratorion näytteenotto).

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Kemiönsaaren terveystakeskus hankkii johtavan lääkäriin linjausten mukaan yksityisiltä palveluntuottajilta erikoislääkäreiden konsultaatioita radiologiassa, geriatriassa, ortopediassa ja lastenpsykiatriassa sekä yksittäistapauksissa muiden erikoisalojen erikoislääkäreiltä. Erikoishammaslääkäreiden palveluita hankitaan tarvittaessa johtavan hammaslääkäriin päätöksellä.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kunnan kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin klo 8-16 Kemiön pääterveysasema. Taalintehtaan terveysasema toimii ajanvarauksella ja on suljettu perjantaisin. Arkisin kelo 16–8, viikonloppuisin ja arkipyhinä lähimmät päivystyspisteet ovat Salon aluesairaalassa sijaitseva päivystys ja Tyksin T-sairaalan yhteispäivystys. Välittömästi erikoissairanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin Kemiön ja Taalintehtaan terveysasemien hammashoitoloissa. Iltaisin, arkipyhinä ja viikonloppuisin suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa Kemiönsaaren terveystakeskuksen oma laboratorio. Suurin osa laboratoriotutkimuksista hankitaan Tykslab:ltä, joka kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin. Radiologiset tutkimukset (natiivi- ja ultraäänitutkimukset) Kemiönsaaren terveystakeskus järjestää itse. Silmänpohjakuvaukset järjestetään yhteistyössä Medbit Oy:n kanssa.

Seulonnat

Raskausajan tutkimukset (varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus, kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen, ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi) hankitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

Mammografia- ja muut seulontatutkimukset järjestetään suositusten mukaisesti, ja näihin liittyvät kuvantamis- ja laboratoriopalvelut ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Varsinais-Suomen lääkehuoltoon kuuluva Tyks sairaala-apteekki. Lääkkeet toimitetaan Tyks Salon sairaalan lääkekeskuksesta terveysasemille ja vanhustenhuollon Hannakodin laitoksikseen.

Kemiönsaaren terveystakeskus osallistuu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin erityisvastuualueen hoitotarvikkeiden yhteishankintaan. Terveystakeskus tilaa hoitotarvikkeet omaan keskusvarastoonsa suoraan toimittajilta/tukkuliikkeiltä.

Kemiönsaaren kunta on solminut sopimuksen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kanssa alueellisista apuvälinepalveluista ja liittymisestä apuvälinekeskukseen 1.1.2013 alkaen.

Välinehuolto hoidetaan omana toimintana Kemiön ja Taalintehtaan terveysasemilla. Potilasasiamiespalvelut hankitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

4. KOSKI TL, LIETO ja MARTTILA

Kosken TI, Liedon ja Marttilan kunnat muodostavat Härkätien terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen, Liedon kunta toimii isäntäkuntana. Yhteistoiminta-alue vastaa kuntien väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, avosairaanhoidosta, sairaalahoidosta, mielenterveystyöstä ja päihdetyöstä. Yhteistoiminta-alue järjestää lisäksi Kosken TI ja Marttilan kuntien kotisairaanhoidon. Yhteistoiminta-alue järjestää kotisairaalahoitoa kaikissa kunnissa.

Härkätien terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella on kuntien alueella 4 terveysasemaa (Lieto/pääterveysasema sekä Liedon Tarvasjoen kylässä, Koski TI, Marttila). Suun terveydenhuollon palveluja tarjotaan 6 hammashoitolassa (Lieto: Pääterveysasema/koulukeskus/Ilmaristen koulu, Tarvasjoki/hyvinvointikeskus, Koski TI: Terveysasema, Marttila: Kisarinteen päiväkotia)

Liedon kunnan työterveyshuolto ostetaan Terveystalo Oy:ltä.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, osa hankitaan ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kuntien kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin kello 8-16 Härkätien terveydenhuollon yhteistoiminta-alue. Päivystysvastaanotto järjestetään Liedon pääterveysasemalla. Arkisin kello 16 ja 08 välisenä aikana sekä viikonloppuisin kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Tyks Akuutti Turussa. Kosken TI ja Marttilan kuntien asukkailla on vaihtoehtoisena päivystyspisteinä käytössä arkisin kello 16 - 20 ja viikonloppuisin Loimaan aluesairaala 8-22. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin virka-aikana Härkätien yhteistoiminta-alueella Liedon pääterveysasemalla. Arkipäivinä ja viikonloppuisin suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Tykslab. Radiologiset tutkimukset järjestää Härkätien yhteistoiminta-alueen oma kuvantamisyksikkö ja osa tutkimuksista hankitaan ostopalveluina.

Seulonnat

Mammografiaseulontaa tehdään maksuttomana 50-, 52-, 54-, 56-, 58-, 60-, 62- ja 64-vuotiaille naisille. Maksullisena seulonta järjestetään lisäksi 66- ja 68-vuotiaille naisille.

Papa-seulonta järjestetään 30-60 –vuotiaille naisille viiden vuoden välein.

Lisäksi tarveharkinnan perusteella ja erilliseen suunnitelmaan pohjautuen/edellisen kuvauksen tai tarkastuksen perusteella ostetaan diabeetikoille silmänpohjakuvauksia.

Seulontatutkimukset hankitaan ostopalveluina ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Varsinais-Suomen lääkehuolto. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin logistiikkakeskus. Kuljetus- ja varastointipalveluista vastaa yksityinen palveluntuottaja sekä Härkätien yhteistoiminta-alueen oma lähetti. Välinehuollon järjestää Härkätien yhteistoiminta-alue. Potilasasiamiespalvelut hankitaan ostopalveluina Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus VASSO Oy:ltä.

5. KUSTAVI, PYHÄRANTA, TAIVASSALO, UUSIKAUPUNKI, VEHMAA

Uudenkaupungin kaupunki vastaa Uudenkaupungin, Kustavin, Pyhärannan, Taivassalon ja Vehmaan väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, työterveyshuollosta, avosairaanhoidosta, sairaalahoidosta, mielenterveystyöstä sekä päihdepalveluista.

Kotisairaanhoidosta vastaa kunkin kunnan sosiaalitoimi. Kotisairaaloimintaa toteutetaan Uudenkaupungin alueen asukkaille, osa hoidoista toteutetaan erikoissairaanhoidon lääkärin hoitovastuulla.

Yhteistoiminta-alueella on 6 terveysasemaa: Uudenkaupungin pääterveysasema, Kalannin terveysasema (Uusikaupunki), Kustavin terveysasema, Pyhärannan terveysasema, Taivassalon terveysasema, Vehmaan terveysasema.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut järjestetään laajemmalla yhteistoiminta-alueella, jossa isäntäkuntana toimii Uusikaupunki. Yhteistoiminta-alueen kuntia ovat Uusikaupunki, Kustavi, Laitila, Masku, Mynämäki, Nousiainen, Pyhäranta, Taivassalo ja Vehmaa.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Uudenkaupungin kaupungin ylläpitämällä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteisosastoilla tuotetaan erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa yhteistyössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kanssa.

Ulkopuolisilta palveluntuottajilta hankitaan lisäksi joitakin erikoissairaanhoidon palveluja (esim. tähystystoimenpiteitä, kipsauksia), erikoishammaslääkäripalveluja (hammaskirurgia) sekä työterveyshuollon erikoisalakonsultaatioita.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kuntien kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin kello 8-16 Uudenkaupungin terveyskeskus kaikilla yhteistoiminta-alueen terveysasemilla. Uudenkaupungin osalta päiväpäivystys toteutetaan Tyks Akuutin tuottamana Tyks Vakka-Suomen sairaalan tiloissa. Arkisin kello 16-22, viikonloppuisin ja arkipyhinä kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Tyks Akuutti Tyks/Vakka-Suomen sairaalan tiloissa Uudessa-kaupungissa. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa.

Suun terveydenhuollon kiireellisen hoidon järjestää arkisin kello 8-16 Uudenkaupungin terveyskeskus Uudenkaupungin, Vehmaan ja Taivassalon terveysasemilla. Iltaisin 16-21, arkipyhinä ja viikonloppuisin 9-21 suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa. Yöpäivystys järjestetään Turun alueen yhteispäivystyksen suun terveydenhoidon takapäivystyksenä.

Kustavi, Pyhäranta, Taivassalo, Uusikaupunki ja Vehmaa, ovat mukana Vakka-Suomen sosiaalipäivystyksessä, johon niiden lisäksi kuuluu Laitila. Virka-aikana kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratorio- sekä kuvantamispalvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Lisäksi joitakin tutkimuksia ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta (RR:n ja EKG:n vuorokausinauhokuituksia, uniapneatutkimuksia, kudostäyteiden analyysia).

Seulonnat

Uudenkaupungin kaupunki järjestää raskauden ajan seulontatutkimukset omana toimintanaan. Varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus tehdään raskausviikolla 10-14, kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen ensisijaisesti varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan avulla (veriseula raskausviikolla 10 ja niskaturvotuksen mittaus yleisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä raskausviikolla 11-13+6). Vaihtoehtoisesti keskiraskauden veriseula raskausviikolla 15-16. Ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi tehdään raskausviikolla 19-21 tai raskausviikon 24 jälkeen.

Mammografiatutkimukset hankintaan ulkopuolelta ostopalvelusopimuksella, joka sisältää myös jatkotutkimusten ohjelmoinnin. Seulonta kattaa kaikki asetuksen mukaiset ikäluokat eli 50-69-vuotiaat naiset 20-26 kk:n välein.

Kohdun kaulaosan syövän seulonta toteutetaan 30-60 –vuotiaille naisille viiden vuoden välein. Näytteidenotto Uudenkaupungin terveyskeskuksessa, näytteiden tutkimus hankitaan ulkopuoliselta palveluntuottajalta.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lääkekeskus. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin logistiikkakeskus. Lääkehuoltoon ja hoitotarvikkeisiin liittyvät sisäiset kuljetus- ja varastointipalvelut hankitaan ulkopuoliselta palveluntuottajalta. Välinehuollosta vastaa Uudessakaupungissa Tyks Vakka-Suomen sairaala. Kustavissa, Pyhärannassa, Taivassalossa ja Vehmaalla välinehuollosta vastaavat terveysasemat. Potilasasiamiespalvelut järjestää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

6. LAITILA

Kaupungin oma terveyskeskus vastaa Laitilan väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, työterveyshuollosta, avosairaanhoidosta, sairaalahoidosta sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä. Osa A-klinikkapalveluista ostetaan Uudeltakaupungilta.

Kotisairaanhoidon järjestää Laitilan kaupungin sosiaalitoimi, kotisairaalahoitoa kaupungissa ei ole 2018 ollut. Päivystävä sairaanhoitaja otettiin käyttöön 1.4.2017 viikonloppuisin, ja tätä käytäntöä on jatkettu. Vastaanottopalvelut järjestetään Laitilan terveyskeskuksessa.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut järjestetään laajemmalla yhteistoiminta-alueella, jossa isäntäkuntana toimii Uusikaupunki. Yhteistoiminta-alueen kuntia ovat Laitila, Kustavi, Masku, Mynämäki, Nousiainen, Pyhäntä, Taivassalo, Uusikaupunki ja Vehmaa.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Ulkopuolisilta palveluntuottajilta hankitaan ihotautien ja reumatologian konsultaatioita, psykiatrista aikuisten avosairaanhoitoa sekä erikoishammaslääkäripalveluja (protetiikka, hammaskirurgia)..

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin kello 8-16 Laitilan terveyskeskus. Arkisin kello 16-22, viikonloppuisin ja arkipäivinä kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Tyks Vakka-Suomen sairaala Uudessakaupungissa. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellisen hoidon järjestää arkisin kello 8-15 Laitilan terveyskeskus. Arkipyhinä ja viikonloppuisin suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Turussa Tyks Akuutin päivystyksenä.

Laitila on mukana Vakka-Suomen sosiaalipäivystyksessä, johon sen lisäksi kuuluvat Kustavi, Pyhärinta, Taivassalo, Uusikaupunki ja Vehmaa. Virka-aikana kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuotti 2018 Laitilan terveyskeskuksen oma laboratorio, 2019 alkaen laboratoriotointinta siirtyi Tykslabille.

Radiologiset tutkimukset järjestää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuvantamisen toimialue. Myös Synlabin rtg, joka on samassa rakennuksessa terveyskeskuksen kanssa, on 2018 loppusyksystä ollut käytössä laitilalaisille lääkärin läheteellä.

Kliinisen fysiologian tutkimukset, tähystystutkimukset ja sydäntutkimukset hankitaan Tyks Vakka-Suomen sairaalalta. Ulkopuolisilta palveluntuottajilta hankitaan reuma- ja ihotautikonsultaatioita, avoterveydenhuollon psykiatrin konsultaatioita sekä suukirurgisia toimenpiteitä sekä ENMG-tutkimukset.

Seulonnat

Raskauden aikaiset sikiötutkimukset toteuttaa Tyks Vakka-Suomen sairaala.

Mammografiatutkimukset hankitaan ulkopuolelta ostopalvelusopimuksella, joka sisältää myös jatkotutkimusten ohjelmoinnin. Seulonta kattaa kaikki asetuksen mukaiset ikäluokat. Maksullisena tutkimukset 66- ja 68 – vuotiaille naisille.

Kohdun kaulaosan syövän seulonnan näytteidenotto tapahtuu Laitilan terveyskeskuksessa 30–60-vuotiaille naisille 5 v. välein, näytteiden tutkimus hankitaan ulkopuoliselta palveluntuottajalta

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Laitilan terveyskeskuksen lääkekeskus. Hoitotarvikkeista vastaa terveyskeskus.

Hoitotarvikkeista, kuljetus- ja varastointipalveluista sekä välinehuollosta vastaa terveyskeskus. Potilas-asiamiespalvelut järjestää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

7. LOIMAA JA ORIPÄÄ

Loimaan kaupunki vastaa Loimaan kaupungin sekä Oripään kunnan väestön terveydentilan seurannasta, ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta (sisältäen seulontatutkimukset ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, avosairaanhoidon vastaanottotoiminnasta, sairaalahoidosta, kotisairaalahoidosta, mielenterveydestä sekä päihdepalveluista. Päihdetyössä Loimaa ja Oripää käyttävät lisäksi Turun ja Salon katkaisuhuolto- ja selviämisasemia.

Loimaan kaupunki järjestää oman kuntansa asukkaiden kotihoidon. Oripään kunta vastaa oman kuntansa asukkaiden kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta.

Avoterveydenhuollon palveluita tuotetaan viidellä terveysasemalla (Loimaan pääterveysasema, Hirvikosken terveysasema/Loimaa, Alastaron terveysasema/Loimaa, Mellilän terveysasema/Loimaa, Oripään terveysasema)

Työterveyshuolto on kokonaan ulkoistettu: Attendo, Työterveyshuolto Loimaa.

Ympäristöterveydenhuoltopalvelut järjestetään laajemmalla yhteistoiminta-alueella, jossa isäntäkuntana toimii Lieto.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Ulkopuolisilta palveluntuottajilta hankitaan tarvittaessa mm. toiminta-, puhe- ja fysioterapeuttien palveluita, sairaanhoitopiiriin kilpailutuksen nojalla, mikäli se on mahdollista.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kuntien kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin ma-to kello 8-16 ja pe kello 8-15.30 Loimaan sosiaali- ja terveystalvelukeskus. Kiirevastaanotto on keskitetty Loimaan pääterveysasemalle.

Arkisin ma-to kello 16-22, pe kello 15.30-22 ja viikonloppuisin sekä arkipyhinä kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Tyks Akuutti Tyks Loimaan sairaalan tiloissa klo 8-22. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin yksiköissä sovittujen hoitokettujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkisin kello 8-16 omilla terveystasemilla. Kaikkina muina aikoina suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Tykslab. Radiologiset tutkimukset tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus. Lisäksi tutkimuksia ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta (magneettitutkimuksia, RR:n ja EKG:n vuorokausinauhoituksia ja uniapneatutkimuksia, ENMG-tutkimuksia, diabeetikkojen silmänpohjakuvauksia, koululaisten silmälääkärin tutkimuksia, sekä sytologisten ja histopatologisten näytteiden tutkimuksia).

Seulonnat

Raskausaikaan liittyvät seulonnat toteutetaan Tyks Loimaan sairaalassa erikoissairaanhoidon toimintana. Raskausviikolla 10-14 tehdään varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus. Kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen tehdään ensisijaisesti varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan avulla (veriseula raskausviikolla 8-11 ja niskaturvotuksen mittaus yleisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä raskausviikolla 10-12). Vaihtoehtoisesti kromosomipoikkeavuuksia selvitetään tekemällä kolmoisveriseulonta raskausviikolla 14 tai 15. Halutessaan pääsevät 40 vuotta täyttäneet ja tätä vanhemmat istukkabiopsiaan / lapsivesitutkimukseen suoraan ilman seulontoja. Vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi tehdään ultraäänitutkimus joko raskausviikolla 18-21 tai raskausviikon 24 jälkeen.

Syövänseulontaa tehdään seuraavasti:

- 50-59 -vuotiaille, 1947 tai sen jälkeen syntyneille naisille mammografiaan perustuva rintasyöpäseulonta 20-26 kuukauden välein
- 30-60 -vuotiaille naisille kohdun kaulanosan syövän seulonta viiden vuoden välein

Tutkimukset hankitaan ostopalveluina ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Varsinais-Suomen lääkehuolto. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin logistiikkakeskus.

Lääkehuoltoon ja hoitotarvikkeisiin liittyvistä kuljetus- ja varastointipalveluista (lukuun ottamatta terveyskeskuksen omaa käsivarastoa) vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Se järjestää myös potilas-asiamiespalvelut.

Välinehuollosta vastaa suun terveydenhuollon välinehuolto lukuun ottamatta sairaanhoitopiirin Varsinais-Suomen Välinehuolto.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin teknisten ja huoltopalveluiden tulosalue huolehtii 1.12.2017 alkaen Loimaan sosiaali- ja terveystalouden lääkintätekniikan laitteiden ja apuvälineiden laiterakenteiden ylläpidosta, laitteiden ylläpidosta ja huolloista niin, että syntyy seurantajärjestelmä, joka varmistaa laitteiden turvallisuuden.

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet, jotka ovat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin apuvälinekeskuksen omaisuutta, ovat rekisteröidyt kyseisen apuvälinekeskuksen laiterakenteisiin ja niiden turvallisuus on sairaanhoitopiirin apuvälinekeskuksen vastuulla.

8. MASKU, MYNÄMÄKI, NOUSIAINEN

Maskun, Mynämäen ja Nousiaisten kunnat ovat jäseniä Perusturvakuntayhtymä Akselissa. Kuntayhtymä vastaa kuntien väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, avosairaanhoidosta, sairaalahoitosta, työterveydenhuollosta (palvelutuotanto tällä hetkellä siirretty liikkeenluovutuksella yksityiselle palveluntuottajalle), kotihoidosta, kotisairaalahoitosta, mielenterveydestä sekä päihdehuollosta.

Perusturvakuntayhtymä Akseli järjestää terveydenhuollon vastaanottopalveluja Lemun terveystalolla, Maskun terveyskeskuksessa, Mynämäen terveyskeskuksessa, Mynämäen sosiaali- ja terveystalot yksikössä sekä Nousiaisten terveystalolla.

Ympäristöterveydenhuoltopalvelut järjestetään laajemmalla yhteistoiminta-alueella, jossa isäntäkuntana toimii Uusikaupunki. Yhteistoiminta-alueen kuntia ovat Laitila, Kustavi, Masku, Mynämäki, Nousiainen, Pyhärinta, Taivassalo, Uusikaupunki ja Vehmaa.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kuntien kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa Perusturvakuntayhtymä Akseli arkisin virka-aikana kello 8-16. Tällöin päivystysvastaanotto toimii sekä Maskun että Mynämäen terveysasemilla. Iltaisin klo 16–22, öisin klo 22-08 sekä viikonloppuisin ja arkipäivinä päivystyspalveluista huolehtii Tyks Akuutti Turussa. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Perusturvakuntayhtymä Akselissa arkipäivisin kello 8 -16 päivystävällä vastaanotolla. Päivystysvuoro vaihtuu päivittäin eri hoitoloihin. Muuna aikana päivystys tapahtuu T-sairaalan yhteispäivystyksessä, osoitteessa Savitehtaankatu 1, Turku.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana Perusturvakuntayhtymä Akseli vastaa Maskun, Mynämäen ja Nousiaisten kiireellisistä sosiaalipalveluista.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut Perusturvakuntayhtymä Akseli ostaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tykslab:ilta (Tyks / Laboratoriotoimialue) ja radiologiset tutkimukset Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä (Tyks / Kuvantamisen toimialue).

Ostopalveluina hankitaan mm. seuraavia tutkimuksia (unipolygrafia, EEG, ENMG, aivojen TT ja MRI, allergiatestit, gastroskopia, kolonoskopia, mammografia, Holter, rasisergometria, UKG, ultraäänitutkimukset) sekä ravitsemusterapeutin ja erikoislääkäreiden (geriatri, gynekologi, ihotautilääkäri, kardiologi, ortopedi, reumatologi, sisätautilääkäri, urologi, lastenlääkäri) konsultaatioita.

Ulkopuolisilta palveluntuottajilta hankitaan erikoishammaslääkäripalveluita.

Seulonnot

Raskauden ajan seulontatutkimukset hankitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus tehdään raskausviikolla 11+0 – 13+6, kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen ensisijaisesti varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan avulla (veriseula raskausviikolla 9+0 - 11+6 ja nisakatuvotuksen mittaus yleisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä raskausviikolla 11+0 - 13+6). Vaihtoehtoisesti kolmoisveriseulonta raskausviikolla 15 - 16+6. Ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi tehdään raskausviikolla 18+0 – 21+6 tai raskausviikon 24 jälkeen. 40 vuotta täyttäneet ja vanhemmat pääsevät halutessaan alkuraskauden seulontaultraäänitutkimukseen ja sikiöseulonta NIPT:n. (veriseula). Edellä mainittujen tutkimusten perusteella voidaan suositella istukkabiopsiaa tai lapsivesipunktiota.

Mammografiaan perustuva rintasyöpäseulonta tehdään 50-68 –vuotiaille naisille kahden vuoden välein. Seulonta hankitaan ostopalveluna.

Kohdun kaulaosan syövän seulonta tehdään 30-60 –vuotiaille naisille viiden vuoden välein. Seulonta hankitaan ostopalveluna.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta, apteekkipalveluista, hoitotarvikkeista, kuljetus- ja varastointipalveluista sekä välinehuollosta vastaa Perusturvakuntayhtymä Akseli. Potilasasiamiespalvelut järjestää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

9. NAANTALI

Naantalin kaupungin sosiaali- ja terveysthuolliden terveysthuolliden, kuntoutuksen, aikuisten psykososiaalisten palveluiden, hoito- ja vanhuspalvelujen ja suun terveysthuollon tulostyksiköt vastaavat väestön terveystilan seurannasta ja terveystn edistämiststä (sisältäen terveystneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveysthuollosta, lääkinällisestä kuntoutuksesta, avosairaanhoidosta, kotisairaanhoidosta, sairaalahoidosta, kotisairaaloiminnasta sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä. Päihdetyössä käytetään myös A-klinikkasäätiön palveluita (A-klinikan sivuvastaanotto Naantalissa).

Työterveysthuolto järjestetään ja tuotetaan kuntayhteistyössä Raision kaupungin kanssa ainakin toukokuun 2019 loppuun, työterveysthuollon tuotetaan ostopalveluna tämän jälkeen. Ympäristöterveysthuollon palvelut hankitaan Raision kaupungilta.

Terveysthoidon vastaanottopalveluita tarjotaan Naantalin terveystaseman lisäksi Rymättylässä, Merimaskussa ja Velkualla. Suun terveysthuollon palvelut toteutetaan Naantalin ja Rymättylän hammashoitoloissa.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, erikoislääkäripalveluja ja -tutkimuksia hankitaan myös ostopalveluina yksityissektorilta

Kiireellinen hoito ja päivistys

Kunnan kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin klo 8-20 ja lauantaisin klo 9-14 Naantalin terveystkeskus. Virka-ajan ulkopuolinen palvelu järjestetään Naantalin terveystasemalla. Muina aikoina kiireellisen sairaanhoidon palvelut tuottaa Tyks Akuutti Turussa. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat

potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin kello 8-16 Naantalin hammashoitolassa. Arkipäivinä ja viikonloppuisin suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa pääosin terveyskeskuksen oma laboratorio. Osa laboratoriotutkimuksista hankitaan lisäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä tai ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Röntgentutkimukset tuottaa terveyskeskuksen oma röntgen. Ulkopuolisilta palveluntuottajilta hankitaan lausuntopalvelua sekä mm. MRI, TT- ja KLF-tutkimuksia.

Seulonnat

Raskauden ajan seulontatutkimukset hankitaan ostopalveluina. Varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus tehdään raskausviikolla 10-14, kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen ensisijaisesti varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan avulla (veriseula raskausviikolla 8-11 ja niskaturvotuksen mittaus yleisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä raskausviikolla 10-12). Ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi tehdään raskausviikolla 18-21 tai raskausviikon 24 jälkeen. Yli 40-vuotiailla odottajilla on mahdollisuus kunnan maksamaan lapsivesinäytetutkimukseen tai NIPT tutkimukseen.

Mammografiaan perustuva rintasyöpäseulonta tehdään 50-69 – vuotiaille naisille kahden vuoden välein. Seulonta hankitaan ostopalveluna.

Kohdun kaulaosan syövän seulonta tehdään 30-60 –vuotiaille naisille viiden vuoden välein. Seulonta hankitaan ostopalveluna.

Suolistosyövän seulontatutkimus jatkuu ostopalveluna positiivisen testituloksen saaneiden osalta, uusia seulontoja ei toistaiseksi tehdä.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuolto ja apteekkipalvelu ostetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Varsinais-Suomen lääkahuollolta. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin logistiikkakeskus. Tarvikejakelu hoidetaan itse. Kuljetus- ja varastointipalvelut sekä välinehuolto hoidetaan omana toimintana. Kaupunki on mukana sairaanhoitopiiriin hankintarenkaassa. Potilasasiamiespalvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

10. PAIMIO JA SAUVO

Paimion kaupungin ja Sauvon kunnan väestön terveydentilan seurannasta ja terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, avosairaanhoidosta, sairaalahoidosta, sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä vastaa Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymä. Päihdetyötä toteutetaan yhdessä Paimion kaupungin ja A-klinikka Oy:n kanssa. Kotisairaaloimintaa kuntayhtymässä ei ole. Avosairaala korvaa osin kotisairaaloimintaa. Kotihoidosta vastaavat Paimion kaupunki ja Sauvon kunta.

Työterveyshuollon palvelut ostetaan Mehiläinen Oy:ltä.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut järjestetään laajalla yhteistoiminta-alueella, jonka isäntäkuntana on Lieto. Yhteistoiminta-alueen kuntia ovat Aura, Kaarina, Kemiönsaari, Koski Tl, Lieto, Loimaa, Marttila, Oripää, Paimio, Parainen, Pöytyä ja Sauvo.

Kuntayhtymällä on kaksi terveysasemaa: Paimion pääterveysasema ja Sauvon terveysasema.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Kunnat hankkivat erikoislääkäripalveluja ja tutkimuksia myös yksityisiltä palveluntuottajilta.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kuntien kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkinen kello 8-16 Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymä. Maanantaisin päivystys toimii ajanvarauksella lisäksi klo 16-18. Päivystys järjestetään Paimion pääterveysasemalla. Muina aikoina kiireellisen sairaanhoidon tuottaa Tyks Akuutti Turussa. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja ja kiireellistä kuvantamista tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin klo 8-15:30 Paimion pääterveysasemalla ja muina aikoina Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hammashoidon päivystyksessä Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tyksin Laboratoriotuotantialue. Radiologiset tutkimukset tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tyksin Kuvantamisen tuotantialue. Paimion kaupunki ja Sauvon kunta hankkivat kuvantamis- ja kliinisen fysiologian ja neurofysiologian palveluja myös ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymä tuottaa gastroskopioita omana toimintana.

Seulonnat

Raskauden ajan seulontatutkimukset: Tyks tuottaa varhaisraskauden yleisen ultraäänitutkimuksen ja si-kiöseulonnat (yhdistelmäseula tai veriseulonta) sekä rakenneultraäänitutkimuksen. Laboratoriotutkimuksia hankitaan myös ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Rintasyöpäseulonta: mammografiaan perustuen 50-69-vuotiaille naisille kahden vuoden välein hankitaan ostopalveluna.

Kohdun kaulaosan syövän seulonta: 25-60 –vuotiaille naisille viiden vuoden välein ostopalveluna. Tyks Laboratoriotuotantialue ottaa näytteet.

Suolistosyövän seulonta: 60-, 62-, 64- ja 66-vuotiaille kuntalaisille. Seulonta hankitaan ostopalveluna.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuolto ja apteekkipalvelut hankitaan Varsinais-Suomen lääkehuollosta. Hoitotarvikkeista sekä kuljetus- ja varastointipalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Hankinta- ja logistiikkapalvelut. Hoitotarvikkeiden jakelu hoidetaan itse. Potilasasiain palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Apuvälinepalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Alueellinen apuvälinekeskus. Laitos- huollon, välinehuollon ja ravintohuollon palvelut ostetaan Arkea Oy:ltä.

11. PARAINEN

Paraisten terveyskeskus vastaa väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, työterveyshuollosta, avosairaanhoidosta, sairaalahoidosta sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä. Kotisairaanhoidon järjestää Paraisten vanhuspalvelut. Kaupungissa on kotisairaala.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut järjestetään laajemmalla yhteistoiminta-alueella. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Paraisten lisäksi Aura, Kaarina, Kemiönsaari, Koski Tl, Lieto, Loimaa, Marttila, Oripää, Paimio, Pöytyä ja Sauvo. Palvelujen järjestämisestä vastaa Liedon kunta.

Terveydenhoidon vastaanottopalveluita tarjotaan Paraisten, Nauvon, Korppoon, Houtskarlin ja Iniön terveysasemilla.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Paraisten terveyskeskus hankkii ulkopuolisilta palveluntuottajilta ihotautien, neurologian, ja sisätautialueen konsultaatioita sekä kuvantamistutkimuksia

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kunnan kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin kello 08-16 Paraisten terveyskeskus. Muina aikoina kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Tyks Akuutti Turussa. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin Paraisten terveysaseman hammashoitolassa. Arkipäivinä ja viikonloppuisin suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa Paraisten terveyskeskuksen oma laboratorio. Osa laboratoriotutkimuksista hankitaan lisäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Radiologiset tutkimukset järjestää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuvantamisen toimialue.

Seulonnat

Raskausajan tutkimukset (varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus, kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen, ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi) hankitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

Mammografiaseulonta järjestetään 50-69-vuotiaille, 1947 tai sen jälkeen syntyneille naisille 20-26 kuukauden välein.

Kohdunkaulansyövän varhaistoteamiseksi tehdään Papa-irtosolututkimus 30-60 -vuotiaille naisille viiden vuoden välein.

Lisäksi seulontoina tehdään suolistosyövän seulontatutkimuksia.

Seulonnat hankitaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Paraisten terveyskeskuksen oma apteekki. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, jakelusta vastaa Paraisten terveyskeskus. Kuljetus- ja varastointipalvelut sekä välinehuolto hoidetaan omana toimintana. Potilasasiamiespalvelut hankitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

12. RAISIO JA RUSKO

Raisio vastaa Ruskon sosiaali- ja terveydenhuollosta isäntäkuntana perustuen Raision ja Ruskon yhteistoimintasopimukseen. Raision sosiaali- ja terveyskeskus vastaa Raision kaupungin sekä Ruskon kunnan väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), työterveyshuollosta, avosairaanhoidosta, kotisairaanhoidosta, kotisairaalahoidosta ja sairaalahoidosta. Raision kaupunki järjestää myös kuntien suun terveydenhuollon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen. Suun terveydenhuollossa ja lääkinnällisessä kuntoutuksessa käytetään oman tuotannon lisäksi myös ostopalveluja.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisestä vastaa Raision kaupungin päihde- ja mielenterveysyksikkö. Mielenterveystyössä käytetään lisäksi Lounais-Suomen Mielenterveysseuran Turun Kriisikeskuksen järjestämää tukihenkilötoimintaa mielenterveyskuntoutujille sekä lyhytaikaista kriisihoitoa akuutissa kriisissä oleville raisiolaisille ja ruskolaisille. Päihdetyössä käytetään A-klinikkasäätiön Länsi-Suomen palvelualueen palveluita: Salon selviämis- ja katkaisuhuitoasemaa, Turun katkaisuhuitoasemaa ja Turun Nuorisoasemaa sekä erityistapauksissa jonkin verran Turun A-klinikkaa. Laitosmuotoista päihdekuntoutusta hankitaan useilta eri järjestäjätahoilta asiakaan tarpeiden mukaan.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut järjestää Raision kaupunki.

Terveydenhoidon vastaanottopalveluita tuotetaan Raision terveysasemalla, Ruskon terveysasemalla sekä Vahdon (Rusko) terveysasemalla. Suun terveydenhoidon palveluita tuotetaan Raisiossa Terveysristeyksen ja Ihalan hammashoitoloissa sekä Ruskon ja Vahdon hammashoitolassa. Kuntoutuspalveluita tuotetaan Raision Terveysristeyksessä.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Ulkopuolisilta palveluntuottajilta hankitaan eri alojen erikoislääkärien ostopalveluita, jalkojenhoitopalveluja, fysio-, puhe- ja toimintaterapiapalveluja sekä psykologin palveluja.

Raision kaupunki hankkii kuntalaisilleen myös laituskuntoutus- ja sopeutumisvalmennus- sekä psykoterapiapalveluja (lyhytterapiaa järjestetään myös kaupungin omana toimintana).

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kuntien kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa kello 8-16 Raision sosiaali- ja terveyskeskus. Virka-ajan ulkopuolella kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Tyks Akuutti Turussa. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin hammashoitoloissa. Virka-ajan ulkopuolinen suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tykslab.

Radiologiset tutkimukset tuottaa suurelta osalta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuvantamisen toimialue. MRI-kuvia hankitaan ostopalveluna. Suun terveydenhuollossa tuotetaan vastaanotolla tarvittavat pienet kuvat omana toimintana. Ostopalveluna voidaan tilata kartiokeilakuvia ulkopuoliselta palveluntuottajalta. Muut kuvantamispalvelut tuottaa kuvantamisen toimialue.

Seulonnat

Raskauden ajan sikiöseulonnat toteutetaan seulonta-asetuksen mukaisina Tyks seulontaohjelman mukaan.

Kohdun kaulaosan syövä seulonta tehdään 30-60 –vuotiaille naisille viiden vuoden välein. Asukkaille maksuttomat mammografiaseulonnat toteutetaan 50-69 –vuotiaille naisille kahden vuoden välein.

Raskauden ajan seulontatutkimukset hankitaan Tyks:sta. Muut seulontatutkimukset hankitaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Varsinais-Suomen lääkehuolto. Suun terveydenhuollon tarpeisiin hankitaan joitakin lääkkeitä suoraan apteekista. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Raision kaupungin kuljetuspalvelut tuottaa kaupunki osittain itse, osittain niitä hankitaan ostopalveluina.

Välinehuollosta vastaa Raision kaupungin suun terveydenhuollon välinehuolto (Terveystuhteyksien hammashoitola).

Apuvälinepalvelut järjestetään Raisiossa kaupungin omana toimintana. Raision kaupungin kuntoutuspalvelujen osalta apuvälineitä hankitaan myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Ruskolla apuvälinepalvelut järjestää Tyks.

Potilasasiamiespalvelut hankitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

13. SALO

Terveysthuoltopalvelut

Kaupungin oma terveystuhteykskeskus vastaa Salon väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveystuhteyksneuvonnan, lastenneuvolan, kouluterveydenhuollon ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinällisestä kuntoutuksesta, työterveyshuollosta, avosairaanhoitosta, kotisairaalahoitosta, palliatiivisen poliklinikan toiminnasta, sairaalahoitosta, kotisairaanhoiton lääkäripalveluista, sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä.

Kotisairaanhoiton järjestää Salon kaupungin vanhuspalvelut.

Ympäristöterveydenhuollosta vastaa Salon kaupungin lupa- ja valvontaosasto.

Terveysthuollon vastaanottopalveluita tarjoavat pääterveysaseman lisäksi Lätinen terveystuhteyksasema sekä Halikon, Kiikan, Kiskon, Kuusjoen, Perniön ja Suomusjärven terveystuhteyksasemat.

Suun terveydenhuoltoa järjestetään terveystuhteykskeskuksen 5 hammashoitolassa (Halikko, Kuusjoki, Lätinen terveystuhteyksasema, Moisio, Suomusjärvi).

Erikoissairaanhoiton palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kaupungin kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa Salon terveyskeskus. Arkipäivisin (ma-to klo 8-16, pe 8-15) kiireellistä hoitoa vaativat potilaat hoidetaan ensisijaisesti alueellisella terveysasemalla ajanvarauksella ja virka-ajan ulkopuolella yhteispäivystyspisteessä Salon sairaalan ensiapupoliklinikalla. Salon terveyskeskuksen perusterveydenhuolto päivystää maanantaista torstaihin klo 16–24, perjantaisin klo 15-24 ja lauantaisin, sunnuntaisin ja arkipyhinä klo 9.30-21. Muina aikoina päivystyksestä huolehtii Tyks Akuutti.

Välittömästi erikoissairanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin hammashoitoloissa. Viikonloppujen ja arkipyhien päivystys järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoripalvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tykslab. Radiologiset tutkimukset järjestää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuvantamisen toimialue, ensisijaisesti Salon toimipiste.

Ulkopuolisilta palveluntuottajilta hankitaan seuraavia tutkimuksia: Äitiysneuvola/veriryhmämääritys, tarttuvat taudit, mammografia, uniapnea, magneettikuvaus, ENMG.

Seulonnat

Raskauden ajan sikiöseulonnoissa noudatetaan valtakunnallista seulontaohjetta. Ultraääniseulonnat tehdään Salon sairaalan äitiyspoliklinikalla.

Kohdunkaulan syövän seulonnan näytteenotto toteutetaan oman neuvolahenkilöstön toimesta. Näytteiden tutkimuksen tekee ulkopuolinen palveluntuottaja. Terveyskeskus huolehtii tarvittaessa ohjauksesta jatkoselvittelyyn.

Mammografiatutkimukset hankintaan ulkopuoliselta palveluntuottajalta ostopalvelusopimuksella, joka sisältää myös jatkotutkimusten ohjelmoinnin. Seulonta kattaa kaikki asetuksen mukaiset ikäluokat.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Varsinais-Suomen lääkehuoltoon kuuluva Salon aluesairaalan lääkekeskus. Kuljetus- ja varastointipalveluja hoitaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin logistiikkakeskus. Lisäksi käytetään Salon kaupungin omia palveluja.

Välinehuollosta Salon sairaalassa vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Osa välinehuollosta toteutetaan omana toimintana.

Potilasasiamiespalvelut järjestää Salon terveyskeskus.

14. SOMERO

Someron kaupunki vastaa väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, työterveyshuollosta, kotisairaanhoidosta, avosairaanhoidosta, sairaalahoidosta sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä. A-klinikkapalvelut hankitaan Salon A-klinikalta. Kotisairaalahoitoa kaupungissa ei ole.

Vastaanottopalvelut järjestetään Someron terveystakeskuksessa ja hammashoitolassa.

Ympäristöterveydenhuollon palvelut Someron kaupunki hankki Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymältä.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Lisäksi erikoissairaanhoidon palveluita hankitaan Forssan sairaalasta, joka on osa Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymää.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin kello 8-19 (perjantaisin 8-18) Someron terveystakeskus. Kaupungissa tarkastellaan syksyn 2019 aikana tarpeita aukioloaikojen muuttamiseen. Arkisin kello 19-08, viikonloppuisin (perjantai kello 18 – maanantai 08) ja arkipyhinä kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Forssan sairaala. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympärivuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalassa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin Someron hammashoitolassa. Viikonloppujen ja arkipyhien päivystys järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalipäivystyksen järjestää Turun kaupunki. Toiminta-alueeseen kuuluvat kaikki Turun seudun, Salon seudun, Loimaan seudun ja Turunmaan kunnat. Virka-aikana yhteydenotot ohjataan kuntiin, silloin kukin kunta vastaa kiireellisistä sosiaalipalveluista oman kuntansa alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa Someron terveystakeskuksen oma laboratorio.

Radiologiset tutkimukset järjestää Someron terveystakeskuksen röntgen. Röntgenkuvien tutkimus tehdään Forssan sairaalassa. Forssan sairaala tuottaa terveystakeskukselle myös MRI-, ja ultraäänikuvantamisia sekä hermoratitutkimuksia.

Seulonnat

Mammografiaan perustuva rintasyöpäseulonta tehdään maksuttomana 50-, 52-, 54-, 56-, 58-, 60-, 62-, ja 64-vuotiaille. Maksullisena seulonta tehdään 66- ja 68-vuotiaille.

Papa-seulonta järjestetään 30-60-vuotiaille viiden vuoden välein.

Diabeetikkojen silmänpohjakuvaukset järjestetään kaikille diabeetikoille 2 kertaa vuodessa järjestettävien kuvauspäivien aikana. Kuvaustiheys ohjautuu löydöksen ja/tai oireiden perusteella.

Papa-seulan ottaa Someron terveystakeskuksen terveydenhoitaja. Muut seulonnat järjestetään ostopalveluna.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Forssan kuntayhtymän apteekki. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, jakelusta vastaa Someron terveystakeskus.

Potilasasiamiespalvelut järjestää Someron terveystakeskus.

15. TURKU

Terveydenhuoltopalvelut

Turun kaupunki vastaa väestön terveydentilan seurannasta, terveyden edistämisestä (sisältäen terveysneuvonnan ja terveystarkastukset), suun terveydenhuollosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta, ympäristöterveydenhuollosta, avosairaanhoidosta, kotisairaanhoidosta, kotisairaalahoidosta, sairaalahoidosta sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä.

Kaupunki vastaa myös työterveyshuollon järjestämisestä. Työterveyshuoltoa tarjoavat myös yksityiset työterveyshuoltoyksiköt.

Terveydenhoidon vastaanottopalveluita tarjotaan terveysasemilla keskustassa (Keskustan terveysasema), Mäntymäessä (Mäntymäen terveysasemat 1 ja 2) sekä Runosmäessä, Kirkkotiellä, Varissuolla ja Pansiossa. Ruotsinkielisiä asukkaita palvelee Mäntymäen terveysasemalla 2. Terveysasemilla on myös 2 lähipalvelupistettä: Mullintie ja Maaria.

Suun terveydenhuollon asiakkaita palvelee keskushammashoitolan lisäksi Jäkärän, Käsityöläiskadun, Moikoisten, Mullintien, Pansion, Pääskyvuoren, Suikkilan, Varissuon, Kirkkotien ja Runosmäen hammashoitoloissa sekä Dentaliassa.

Erikoishammaslääkäripalveluita (protetiikka, hammaskirurgia) tuotetaan sekä itse että hankitaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

Ulkomaalaistoimisto huolehtii sosiaali- ja terveyspalveluista maahanmuuttajille ja inkeriläisille paluumuuttajille noin kolmen vuoden ajan. Tartuntatautien valvonta toteuttaa elintarviketyöntekijöiden salmonellatarkastuksia, tuberkuloosille altistuneiden tutkimuksia, ruokamyrkytysten selvityksiä sekä sukupuoli- ja veriteitse leviävillä taudeilla altistuneiden seulontoja ja neuvontaa. Matkailijoiden rokotusneuvonta tarjoaa ohjeita rokotusten ja malariaprofylaksian suhteen. Terveysneuvontapiste Milli tarjoaa neuvontaa ja ruiskujenvaihtopalvelua suonensisäisiä huumeita käyttäville Turun ja lähikuntien asukkaille.

Erikoissairaanhoidon palvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, jonka lisäksi Turku järjestää itse joitakin erikoissairaanhoidon palveluja kaupunginsairaalaissa sekä poliklinikoilla.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Perustasolla hoidettavasta kiireellisestä sairaanhoidosta vastaa arkisin klo 8–16 Turun kaupunki potilaan omalla terveysasemalla. Tapaturmat ja ambulanssikuntoiset potilaat hoitaa virka-aikana Tyks Akuutti. Arkisin klo 16–08, viikonloppuisin ja arkipyhinä kiireellisen sairaanhoidon palvelut toteuttaa Tyks Akuutti. Välittömästi erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat potilaat hoidetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä sovittujen hoitoketjujen mukaisesti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen ympäri-vuorokautinen laaja-alainen päivystys on Tyks Turun yliopistollisessa keskussairaalaissa

Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito järjestetään arkipäivisin klo 8–16 hammashoitoloissa sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta klo 16–21 arkipäivisin. Viikonloppujen, arkipyhien sekä yöaikainen päivystys järjestetään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen hammaslääkäripäivystyksen kautta Turussa.

Sosiaalipäivystyksen järjestää Turun sosiaalipäivystys. Virka-ajan ulkopuolella Turun sosiaalipäivystys vastaa Turun kaupungin lisäksi sosiaalipäivystyksen järjestämisestä koko Turun seutukunnan, Loimaan seutukunnan, Salon seutukunnan sekä Turunmaan seutukunnan kuntien alueella.

Taudinmääritys

Taudinmääritykseen liittyvät laboratoriopalvelut tuottaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin laboratoriotoimialue Tykslab. Radiologiset tutkimukset järjestää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuvantamisen toimialue. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin laboratoriotoimialue patologian vastuualue vastaa kudoksetäytteiden (PAD) analyysistä sekä sytologisten ja histopatologisten näytteiden tutkimuksista.

Turun kaupunginsairaala tuottaa verenpaineen ja EKG:n vuorokausinauhoitukset. Avoterveydenhuollon lähettämät ENMG-tutkimukset hankitaan ulkopuoliselta palveluntuottajalta.

Seulonnat

Turun kaupunki järjestää raskauden ajan seulontatutkimukset omana toimintanaan. Varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus tehdään raskausviikolla 10+0–14+6, kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen ensisijaisesti varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan avulla (veriseula raskausviikolla 9+0–11+6 ja niska-turvotuksen mittaus ultraäänitutkimuksen yhteydessä raskausviikolla 11+0–13+6). Vaihtoehtoisesti Trisomia2 raskausviikolla 15+0–16+6. Ultraäänitutkimus rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi tehdään raskausviikolla 18–21 (käytännössä aika pyritään antamaan näkyvyyden vuoksi 20+3–21+4) tai raskausviikon 24 jälkeen.

Mammografiaan perustuva rintasyöpäseulonta tehdään 50–59 –vuotiaille, 1947 tai sen jälkeen syntyneille naisille 20–26 kuukauden välein. Seulonta hankitaan ostopalveluna.

Kohdun kaulaosan syövän seulonta tehdään 30–60 –vuotiaille naisille viiden vuoden välein. Seulonta hankitaan ostopalveluna.

Lääkehuolto ja tukipalvelut

Lääkehuollosta ja apteekkipalveluista vastaa Turun kaupunginsairaalan sairaala-apteekki. Hoitotarvikkeista vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Välinehuoltoa järjestävät sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri että Turun kaupunki omana toimintanaan. Potilasasiamiespalveluista vastaa Turun kaupungin hyvinvointitoimiala.

2015

VSSH:N ALUEEN FYSIOTERAPIAN TOIMINTAPERIAATTEITA

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, fysioterapian alatyöryhmä

Varsinais-Suomen kunnat / terveyskeskukset

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Fysioterapian alatyöryhmä 1

Varsinais-Suomen kunnat sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ovat vuonna 2013 hyväksyneet terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman. Tuon suunnitelman hyväksymisen yhteydessä hyväksyivät kunnat ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymä periaatteen, jossa terveydenhuoltoon liittyvää kehittämistoimintaa ohjaa edustuksellinen kuntajohtajakokous, johon osallistuu Varsinais-Suomen eri alueilta kuntajohtaja- ja terveydenhuollon asiantuntijaedustaja. Kuntajohtajakokouksen alaisuudessa toimivat palvelujen yhteensovittamista ohjaava asiantuntijatyöryhmä sekä tietohallinnon alueellinen koordinaatioryhmä.

Järjestämissuunnitelmatyöhön liittyen päätti em. asiantuntijatyöryhmä vuonna 2014 koota alatyöryhmän valmistelemaan yhteisiä periaatteita fysioterapian käyttöön alueellamme. Tavoitteena oli laatia yhteisiä linjauksia siitä, millä perusteilla fysioterapiaa missäkin tilanteessa tulisi myöntää ja mitä asioita palvelun toteuttamisessa tulisi eri tilanteissa huomioida.

Fysioterapian alatyöryhmä aloitti työskentelynsä joulukuussa 2014 ja se luovutti liitteenä olevan esityksen fysioterapian toimintaperiaatteiksi asiantuntijatyöryhmän käsiteltäväksi syyskuussa 2015.

Asiantuntijatyöryhmä käsitteli toimintaperiaate-esitystä kokouksessaan 14.9.2015 ja päätti esittää kuntajohtajakokoukselle, että laaditut periaatteet liitetään osaksi terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa suunnitelman päivittämisen yhteydessä syksyllä 2015.

Tämän lisäksi päätti asiantuntijatyöryhmä jo tässä vaiheessa toimittaa esityksen tiedoksi Varsinais-Suomen kuntiin, terveyskeskuksiin sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymään ja suosittaa esityksessä kuvattujen ohjeiden ja periaatteiden hyödyntämistä terapiajaksoista päätettäessä.

Asiantuntijatyöryhmän päätöksen mukaisesti toimitetaan oheinen esitys tiedoksi ja käyttöönne.

Asiantuntijatyöryhmän puolesta

Pasi Oksanen

suunnittelukoordinaattori

Turun kaupunki / Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Asiantuntijatyöryhmän sihteeri

ESITYS FYSIOTERAPIAN TOIMINTAPERIAATTEIKSI

1. Lääkinnällisen kuntoutuksen perusteet

Lääkinnällinen kuntoutus on lakisääteistä. Terveydenhuoltolain 29 §:n mukaan kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu:

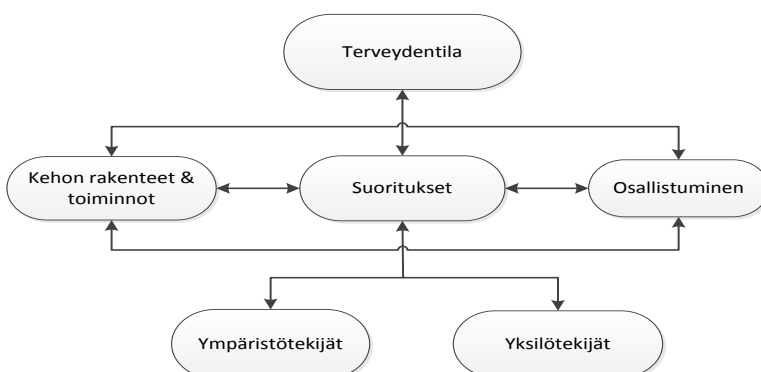
- 1) kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus;
- 2) potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi;
- 3) kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia;
- 4) toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet;
- 5) apuvälinepalvelut;
- 6) sopeutumisvalmennus;
- 7) 1–6 kohdassa tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa.

Kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinnällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

2. Kuntoutuksen tarve on yksilöllistä

Terapian tarpeen arvioinnissa tulee huomioida kokonaisvaltainen toimintakyky (ICF ajattelu) ja mahdollisuudet vaikuttaa toimintakykyyn terapian keinoin. Terapiaan lähettämisessä, suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa tulee arvioida terapian vaikuttavuutta ja saavutettavissa olevaa terveyshyötyä perustuen tutkimustietoon (esim. Käypähoitosuositus) ja tai hyvään kokemuseräiseen tietoon (Terveydenhuoltolaki 8§). Toimintakyvyn arvioimisesta tulee sopia yhtenäinen käytäntö ja menetelmät.

ICF – luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Organisaatiossa/toimintayksikössä tulee olla tarvittaessa mahdollisuus moniammatilliseen yhteistyöhön kuntoutussuunnitelman laatimisessa yhdessä potilaan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Moniammatillinen kuntoutustiimi (lääkäri, hoitajat, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ym.) yhdessä potilaan ja omaisten kanssa suunnittelee kuntoutuksen, asettaa tavoitteet potilaan voimavarojen mukaan sekä seuraa suunnitelman toteutumista. Potilaan toimintakykyä arvioidaan määräjain. Toimintakykyä arvioidaan erilaisilla mittareilla, esim. TOIMIA tietokannan mittareilla.

Kuntoutuja on aktiivinen toimija ja yksilö, jonka osallisuudella on keskeinen merkitys fysioterapiaprosessissa. Kuntoutusta on kaikki potilaan päivittäisiä toimintoja tukevat toimet, kuten wc-käyntien, istumisen ja liikkumisen avustaminen. Moniammatillinen henkilökunta ohjaa potilasta ja omaisia kuntoutusprosessin aikana. Potilaan kokonaistilanne ja muut sairaudet selvitetään ja pyritään optimaalisesti hoitamaan kuntoutuksen aikana.

Kuntoutuminen suunnitellaan yksilöllisen arvion mukaan. Keskeistä on potilaan aktiivinen rooli omien voimavarojensa ja mahdollisuuksiensa mukaan. Potilaalla tulee olla motivaatiota oman terveytensä ja toimintakykynsä edistämiseksi ammattilaisen tuella. Fysioterapeuttien osaamista potilaan oman aktiivisen roolin (tai omahoidon) valmiuksien tukemiseksi ja tietoa motivoivista menetelmistä tulee lisätä. Tietoa ja osaamista toimintakyvyn kokonaisvaltaisesta/biopsykososiaalisesta näkökulmasta tulee lisätä (ICF- ajattelu).

Palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden (Terveydenhuoltolaki 7a §).

Fysioterapiapalveluja järjestettäessä tulee huomioida voimavarojen tehokas kohdentaminen. Palveluja tai toimintatapoja, joissa voimavarojen kohdentaminen on tehokasta, ovat fysioterapeutin suoravastaanotto, läheteetön fysioterapia, ryhmävastaanotot ja sähköinen asiointi. Tällöin potilas saa avun silloin, kun sitä tarvitsee. Voimavarojen tehokkaassa kohdentamisessa huomioidaan potilaan motivaatio sekä fysioterapiapalvelujen vaikutus toimintakykyyn. Erilaisilla fysioterapian toimintatavoilla saadaan kysyntä ja tarjonta tasapainoon.

Terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin (Terveydenhuoltolaki 13§). Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla pyritään edistämään terveyttä ja toimintakykyä tuottavia muutoksia tai ehkäisemään toimintarajoitteiden aiheuttamia muutoksia. Toiminnan päämääränä on ihmisen terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukeminen. Fysioterapeutti osallistaa potilaansa fysioterapian tavoitteiden asettamiseksi ja tukee potilaan voimavaroja tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilasta kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja toimintakyvystään ja häntä tuetaan tunnistamaan sekä suuntaamaan voimavarojaan toimintakyvyn rajoitteiden hallitsemiseksi.

3. Kuntoutukseen pääsyn kiireellisyyden arviointiperusteet

Suurin osa alla olevista kriteereistä ja priorisointikäytännöistä ovat olleet jo käytössä eri kunnissa.

Akuutisti hoidettavat 0-1kk

CRPS

- Tuore, uusi diagnosoitu CRPS potilaalla tai muuten selkeästi tuoreeseen CRPS oirekuvaan viittaava

Hyvälaatuinen asentohuimaus

- Akuutisti alkaneet hyvänlaatuiset asentohuimauspotilaat, joilla toimintakyky on merkittävästi alentunut.
- Fysioterapeuttisen tutkimuksen perusteella tehdään tarvittavat manööverit 1-2x.

Leikkauksen, trauman, immobilisaation ja murtuman jälkitilat: kontrollit ja terapiat

- Olkapään avarrus leikkauksen jälkeiset postoperatiiviset kontrollikäynnit operoineen kirurgin aikataulujen mukaan (esim. 2, 4 ja 6 viikon kohdalla).
- Jatkofysioterapia on pääsääntöisesti seurantatyyppistä ja suunnitellaan yksilöllisesti. Potilas harjoittelee omatoimisesti ja käy fysioterapeutin ohjauksessa ja seurannassa esimerkiksi 2-4 viikon välein. Potilas ohjataan toimintakyvyn mukaan ryhmämuotoiseen toimintaan.
- Kuntoutusta jatketaan kunnes riittävä toimintakyky on saavutettu (vrt. lähtötilanne ja arjen toiminnot)

Motoriset kehitysviivästymät/ häiriöt lapsilla (alle kouluikäiset)

- Vauvat (0-18kk), joilla epäillään motorisen kehityksen viivästymää/poikkeavuutta.
- Lapsen vaikea kipu (lapsen VAS) tai muu oire, joka alentaa toimintakykyä merkittävästi.
- Alle kouluikäisen lapsen fysioterapia on arviointia, vanhempien ohjaamista ja tilanteen seuraamista. Tarvittaessa toteutetaan terapiajaksoja vauvan motorisen kehityksen tason tai lapsen toimintakyvyn rajoitteiden mukaan.

Sairaalasta kotiutuvat AVH – potilaat

- Intensiivinen kuntoutus sairaalavaiheen jälkeen potilaan toimintakyvyn tason ja odotettavissa olevan terveyshyödyn perusteella esim.2 kertaa viikossa. Kuntoutumista on fysioterapian lisäksi koko potilaan arjessa tapahtuva toiminta omatoimisesti tai muun lähihenkilön avustamana, omassa toimintaympäristössään
- Aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin oleellinen toipuminen jatkuu (maksimi 6kk)

Työikäiset ja työssäkäyvät sairaslomalla olevat tai ne, joilla työkyky on uhattuna (tuki- ja liikuntaelinpotilaat)

- Ensisijaisesti oma työterveyshuolto, jossa fysioterapia on ohjaus-, neuvonta- ja seurantatyypistä.
- Perusterveydenhuollon fysioterapia on pääsääntöisesti seurantatyypistä ja suunnitellaan yksilöllisesti. Potilas harjoittelee omatoimisesti ja käy fysioterapeutin ohjauksessa ja seurannassa esimerkiksi 2-4 viikon välein. Potilas ohjataan toimintakyvyn mukaan ryhmämuotoiseen toimintaan.
- Suoravastanotto toiminta on tässä potilasryhmässä kustannustehokasta

Subakuutit 1-2kk

Hyvälaatuinen asentohuimaus

- Akuutisti alkaneet hyvänlaatuiset asentohuimauspotilaat, joilla toimintakyky ei ole merkittävästi alentunut.
- Fysioterapeuttisen tutkimuksen perusteella tehdään tarvittavat manööverit 1-2x.

Ikäihmiset, joilla kotona asuminen on uhattuna toimintakyvyn äkillisen heikkenemisen vuoksi

- esim. kaatumisriski, hauraus-raihnaisuus-oireyhtymä
- Fysioterapeutti arvioi ikäihmisen toimintakyvyn ja sen tason perusteella suunnitellaan kuntoutumista edistävät toimenpiteet.
- Monialainen yhteistyö ja ikäihmisen lähihenkilöiden ohjaaminen korostuu riittävän toimintakyvyn ja kotona asumisen turvaamiseksi.

Inkontinenssiongelmat

- vaikea toiminnallinen haitta esim. synnytyksen tai leikkauksen jälkeen
- Fysioterapeuttisen arvion mukaan potilaan ohjausta yksilöllisesti, ryhmässä tai elektroterapiaa.

Kipupotilaat, joilla toimintakyky on selkeästi alentunut ja/tai kiputila on vaikea

- esim. CRPS-potilaat, uudelleen akutisoitunut tai myöhään diagnosoitu
- traumatisoituneet, esim. maahanmuuttajat,
- Fysioterapia perustuu yksilölliseen fysioterapiasuunnitelmaan. Fysioterapia toteutuu tarpeen mukaan yksilöllisesti, ryhmässä, seurantatyypisesti tai monialaisena yhteistyönä.
- Fysioterapian vaikuttavuuden kannalta on oleellista riittävän varhainen diagnosointi ja saavutettava terveyshyöty.

Kouluikäiset, opiskelijat

- vaikea kipu tai muu oire, joka alentaa toimintakykyä merkittävästi
- koululaiset, joilla idiopaattinen skolioosi (alle 7astetta), toiminnallinen ongelma ja/tai kipu.
- Kouluikäisen (alle 16v) fysioterapia on arviointia, vanhempien ohjaamista ja tilanteen seuraamista.
- Opiskelijoiden fysioterapia on pääsääntöisesti seurantatyypistä ja suunnitellaan yksilöllisesti. Potilas harjoittelee omatoimisesti ja käy fysioterapeutin ohjauksessa ja seurannassa esimerkiksi 2-4x. Potilas ohjataan toimintakyvyn mukaan ryhmämuotoiseen toimintaan.
- Opiskelijoiden kohdalla suoravastanotto toiminta on kustannustehokasta.

Leikkausten jälkitilat (mm. ortopediset leikkaukset ja murtumat): kontrollit ja terapiat

- Yleisperiaate on eri leikkauksien ja kuntoutuksen muodostaessa yhtenäisen hoitokokonaisuuden, kuntoutus pyritään toteuttamaan leikkauksesta vastaavan kirurgin aikataulusuunnitelmien mukaisesti.
- tavallisimpia leikkauksia: olkapää, polvi, lonkka, jalkaterä ja selkä
- olkapään avarrus leikkauksen jälkeiset postoperatiiviset kontrollikäynnit operoivien kirurgin aikataulun mukaan (esim. 2, 4 ja 6 viikon kohdalla).
- polvi- ja lonkkaproteesipotilaiden kontrollit 4 - 6 viikon kohdalla (1-2x)
- selkäleikkauksien kontrolli 4-12vk leikkauksesta riippuen leikkausmenetelmästä (1-2x)
- Jatkokysioterapia on pääsääntöisesti seurantatyypistä ja suunnitellaan yksilöllisesti. Potilas harjoittelee omatoimisesti ja käy fysioterapeutin ohjauksessa ja seurannassa esimerkiksi 2-4 viikon välein. Potilas ohjataan toimintakyvyn mukaan ryhmämuotoiseen toimintaan.

Pitkäaikaissairaiden tai monisairaiden terapiatarpeen arviointi kuntoutussuunnitelmaa varten ja / tai kuntoutusedellytysten arviointi

- Fysioterapeuttinen arviointi lausuntoineen

Tuki- ja liikuntaelin potilaat, joilla on todettu konservatiivinen fysioterapia vaikuttavaksi leikkauksen sijaan

- ahdas olkapää (impingement) - vähintään 4-6 kk:n harjoittelu
- iäkkäillä suuretkin repeämät hoidetaan konservatiivisesti
- olkanivelen instabiliteettia epäiltäessä tai olkanivelen subluksaatioissa ensin konservatiivinen harjoittelu vähintään 6-12 kk ajan – ellei tulosta, voidaan operoida
- jäätynyt olkapää: alkuvaiheessa ei yleensä fysioterapiaa, fysioterapiasta on potilaalle hyötyä, kun liikelaajuudet alkavat palautua
- alaraajapotilaat (jalkaterä, polvi, lonkka), joilla liikkumiskyvyn vaikeutta ja toiminnallista haittaa
- yksilöllinen fysioterapiasuunnitelma perustuu toimintakyvyn arvioon. Potilas ohjataan toimintakyvyn mukaan ryhmämuotoiseen toimintaan.

Muut, ei-kiireelliset 2-3 kk

Pitkäaikaissairaat tai monisairaat, joilla pysyvä toimintakyvyn haitta

- Fysioterapian edellytyksenä on lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviivästymä ja niistä johtuva toimintakyvyn alenema. Kohderyhmän vajaakuntoisuus on pitkäaikaista tai pysyvää sekä itsenäinen ja omatoiminen selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa on heikentynyt. Kasvu- ja kehitysiässä (0-16 vuotta) olevan lapsen kohdalla toimintakyky verrataan suhteessa ikätasoon.
- Tarpeen määrittely perustuu kuntoutussuunnitelmaan. Päätös on yksilöllinen ja siinä huomioidaan kuntoutujan kokonaistilanne. Yksityislääkäreiden, kuntoutuslaitosten tms. tahojen antamat suositukset lääkinnällisestä kuntoutuksesta ovat suuntaa antavia päätöstä tehtäessä. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin ei ole subjektiivista oikeutta.
- Fysioterapian onnistumisen edellytyksenä on, että potilaalla on riittävät kognitiiviset taidot, vireystaso ja motivaatio. Potilaan on kyettävä osallistumaan fysioterapiatilanteeseen aktiivisena toimijana sekä vastaanottamaan ja noudattamaan toimintaohjeita. Lääkinnällisenä kuntoutuksena fysioterapiaa myönnetään silloin, kun siitä arvioidaan olevan merkittävää hyötyä potilaan toimintakyvyn edistymiseksi tai säilymiseksi.

Ohjataan muualle

Jos henkilö tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää perusterveydenhuollossa, kunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista (Terveystalolaki 30§).

Esimerkiksi:

- vakuutuksen korvaukseen oikeutetut (urheiluvammat, liikenne- ja työtapaturmat)
- Kelan hoitovastuulla olevat
- asiakkaat, jotka eivät vaadi fysioterapian asiantuntijuutta
- ryhmätoimintaan paikallisen palveluvalikoiman mukaisesti (esim. Liiku- resepti)

4. Toimintaperiaatteet eripituisissa terapioidissa

ARVIOINTI	OHJAUS	TERAPIA	KUNTOUTUSSUUNNITELMA
1 (-5) KÄYNTIKERTAA Esim: -apuvälinearvio -toimintakyvyn arvio -fyysisen työkyvyn arvio -terapian vaikuttavuuden arvio kuntoutus- tai terapiasuunnitelmaa varten Jos ei oleellista ongelmaa toiminta- ja/ tai liikuntakyvyssä ei oikeutta suurempiin määriin.	1 – 5 KÄYNTIKERTAA Esim: -liikkumis- /toimintakyvyn vaivan vuoksi harjoitteiden ohjaus -jos ohjausta tarvitaan enemmän, voidaan yleisimmissä olkapää- niskahartia- ja alaselkävaivoissa ohjata potilas ryhmään -jos vaiva/haitta ei oleellisesti vaikuta potilaan liikunta- , toiminta- tai työkykyyn ja potilas haluaa yksilöllistä terapiaa, ohjataan potilas yksityissektorille SV3FM lähetteellä.	1 – 15 KÄYNTIKERTAA Esim: -pyydettyäessä potilaalle ohjauksen lisäksi lääkinnällisenä kuntoutuksena fysioterapiasarjaa -oleellinen toimintakyvyn lasku -mm. tavalliset tules- vaivat -sisältää yksilö- ja ryhmäkäynnit yhteensä -terapeutin valtuudet fysioterapiaan on max. 15 krt/ 1 vuosi/ potilas, jos tästä poiketaan -> kuntoutustyöryhmäkäsittely	YLI 15 KERTAA VUODEN AIKANA -Potilaan sairauden aste niin vaikea, että tarvitaan suhteellisen paljon ja pitkäkestoisesti fysioterapiaa yksilöllisesti ja/tai ryhmässä -neurologisilla vaikea spastisuus on peruste pitkään jatkuvalle terapialle -toteutus omana toimintana tai ostopalveluna -Max. 45 krt/ vuosi pääsääntöisesti, vain erityisperustein enemmän. Lasten kohdalla terapiamäärät voivat olla suuremmat -Kuntoutuksen määrästä päättää kuntoutustyöryhmä tmv. (esim. ylilääkäri, fysioterapeutti (oh) ja sosiaalityöntekijä) -KUNSU tehdään 1-3 vuodeksi, palaute tultava aina ennen uuden päätöksen tekoa -ostopalveluna maksimissaan 3 vuotta, sen jälkeen julkisella puolella vähintään arviojakso

Yleisiä toimintaperiaatteita:

- Ostopalveluiden terapialaskut hyväksytään vasta, kun palaute terapiakäynneistä on tullut. Kun edellinen kuntoutussuunnitelmajakso on loppumassa, tulee kirjata loppuarvioon potilaan motivaatio, tavoitteet ja käytetyt mittarit. Jos potilas ei tule hyötymään fysioterapiasta, tulee se kirjata ylös.

Fysioterapian tavoitteena ei voi olla pelkästään laajasti toimintakyvyn ylläpito, vaan tulee kirjata selkeät, konkreettiset toimintakyvyn osa-alue tavoitteet ja keinot millä niihin pyritään.

- Tuoreissa sairastumisissa potilaiden kuntoutumisen etenemistä tulee mitata säännöllisesti sovituin mittarein alussa, 6 kk ja 12 kk kohdalla. Myöhemmin, vähintään kerran vuodessa ja ennen uutta kuntoutussuunnitelmaa.
- Terapiasuhteen kesto ei tulisi olla vuosikymmeniä, terapeutin vaihtoa tulee vähintään harkita 3 vuoden välein.
- Jotta terapian hyödyt eivät valu runsaasti automatkoihin, tulee terapia pyrkiä toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan lähellä potilaan kotia sijaitsevassa yksikössä.
- Kaksi käyttämättä jätettyä, peruuttamatonta ajanvarausta johtaa ohjaus- ja terapolähetteenä jakson katkeamiseen, tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Myös toistuvat ensikäynnit (tutkimus-/arviointikäynnit) siirtäminen sallitaan vain kaksi kertaa. Uusi jakso vaatii uuden läheteen. Tämä tiedotetaan potilaalle jo terapiasuhteen alussa.

Aikuisten pitkissä terapioissa sovitut mittarit (minimi):

Näitä sovittuja mittareita tarvitaan, jotta toimintakäytännöt ovat yhtenäiset niin erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa kuin yksityissektorilla. Tietoa tarvitaan, jotta potilaan kuntoutumista voidaan seurata konkreettisten mittareiden avulla. Seuranta onnistuu, kun on sovittu minimitaso mittarit ja mittausajankohdat. Potilaiden siirtyessä hoitopaikasta toiseen, tulee käytetyt mittarit ja niiden tulokset olla kirjattuna siirtotietoihin / läheteisiin.

Yksi testi ottaa kantaa aerobiseen suorituskäyttöön, yksi motoriseen taitoon, yhdellä kysytään potilaan omaa näkemystä.

Toteutus alussa, 6 kk ja 12 kk kohdalla.

- EI KÄVELYN APUVÄLINETTÄ:
 - o FSQfin
 - o 6 min kävelytesti
 - o Berg:n testi
 - o tuolilta ylösnousu 10 / 5 kertaa
 - o VAS: pienin – keskiarvo – maksimi
- KÄVELYN APUVÄLINE KÄYTÖSSÄ:
 - o FSQfin
 - o 10 metrin kävelytesti
 - o Berg:n testi
 - o tuolilta ylösnousu 10 / 5 kertaa
 - o VAS: pienin – keskiarvo – maksimi

Lasten kuntoutussuunnitelmapotilaiden kohdalla suositeltavia mittareita:

- o Lasten toiminnallinen lihastestaus:
<http://ohjepankki.vsshp.fi/dokumentit/14196/Mittauslomake-Lasten-toiminnallinen-lihastestaus.pdf>
- o Lasten motorisen suoriutumisen mittaaminen Movement ABC-2- testillä

5. Tiedon kulku ja läheteiden sisältö ja rakenne

Nykypäivän terveydenhuollossa potilaat vaihtavat hoitopaikkaa hoidon tarpeen arvioinnin mukaan ja hoitopaikkoja voi olla monta. Potilaan tietojen siirto edellyttää yhtenäistä kirjaamista ja oleellisten tietojen välittämistä seuraavaan hoitopaikkaan.

Lähetteen otsikkona voidaan käyttää tilanteesta riippuen: alkuarvio, väliarvio, siirtotiedot tai loppuarvio.

Fysioterapian lähetemalli 1:

Siirtotiedot jatkohoitopaikkaan

Hoitotapahtuman tapahtumadiagnoosi (Diagnoosi)

I63.5 Aivovaltimoiden määrittämättömän tukkeuman tai ahtauman aiheuttama aivoinfarkti

Esitiedot (anamneesi)

RF410 Tiedonhankinta

Potilas on 61-vuotias mies, joka työkyvyttömyyseläkkeellä selkäsairauden vuoksi. Asuu vaimonsa kanssa kerrostalokaksioissa 3krs, talossa hissi.

Potilaan omaiset hankkineet potilaalle sisäkäyttöön rollaattorin omasta terveystakeskuksesta. Potilas kertoo oikeassa olkapäässä olevan vanhastaan murtuman korjauksen jälkeen tulleen fleksioliikerajoituksen. Nostaa oikean käden vain vaakatasoon.

Toimintakyky

RF123 Liikkumisen arviointi

Potilas kävelee osin valvottuna osin itsenäisesti rollaattoriin tukeutuen valvontahuoneessa. Kokee itsen kävelyn olevan aikaisempaa vastaavaa. Valittelee vasemman polven ja selän kipua kävellessä.

Testaus- ja arviointitulokset

RF120 Fysioterapeuttinen tutkiminen

Potilaan toiminnallista tasapainoa arvioitiin Timed Up and Go – testillä (TUG). Potilas suoritti testin apuvälineittä sairaalatosst jalassa. Potilaan tulos oli 15,53 s, mikä viittaa kotona asuvalla ihmisellä liikkumiskyvyn ongelmiin (tulos >12s). Kaatumisriski on korkea (tulos > 14s). Suorituksen arviointi on 2 eli erittäin vähän epänormaali, arvo 2 tarkoittaa testin aikana havaittua hitautta ja epävarmuutta. Kun testistä suoriutuu alle 20 sek pystyy useimmiten liikkumaan itsenäisesti ainakin sisätiloissa.

Potilaan selviytymistä kodin ulkopuolella tapahtuvissa toimissa (IADL) arvioitiin 10m kävelytestillä. Potilaalla oli sairaalatosst jalassa. Potilaan tavanomainen kävelynopeus 0,91 m/s on kohtalaisen hidas (0,71-1,0m/s). Maksimaalinen kävelynopeus 1,01 m/s on kohtalainen (1,01-1,3m/s). Ikäryhmässä 65-80 vuotta naisten kävelynopeuden vaihteluväli on 0,80-1,52 m/s. Potilaan maksimaalinen kävelynopeus on 77 % aikuisen normaalista kävelynopeudesta (1,3 m/s). IADL-toimien itsenäiseen suorittamiseen riittävä tulos on >33 %. Potilas ei selviydy valoristeyksestä (nopeus >1,20 m/s) maksimaalisella kävelynopeudellaan.

Hyväkuntoisella henkilöllä ero tavanomaisen ja maksimaalisen kävelynopeuden välillä on 20-30%; potilaalla ero on 9 %.

Potilaan dynaamista tasapainoa, sekä kykyä muuntaa kävelyä erilaisissa tilanteissa arvioitiin Dynamic Gait Indexillä (DGI), josta sai pisteitä 20/24. Testi suoritettiin sairaalatoissut jalassa. Kaatumisriski ei ole kohonnut (tulos >19), mutta tasapainon hallinta on heikentynyt (tulos < 22).

Potilaalla oli kohtalaisia vaikeuksia portaissa kävelyssä. Vähäisiä vaikeuksia kääntämisessä horisontaalitasossa kävelyn aikana ja pään kääntämisessä vertikaalitasossa kävelyn aikana. Portaissa meni sekä ylös, että alaspäin tasatahtia tukeutuen molemmin käsin kaiteeseen.

Potilaalla lievää tasapainon ongelmaa korostuen multitask -tehtävissä pään kääntämisessä sekä sivuille että ylös ja alas. Lisäksi vanhastaan oikeassa yläraajassa vanha murtuman korjauksen jälkeinen fleksio liikerajoitus, vasemman polven ja selän kipu ja keuhkohtaumatauti mitkä kaikki yhdessä vaikeuttavat potilaan päivittäistä liikkumista.

Kuntoutus

RF210 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

Potilas on saanut ohjeet omista harjoitteista ja kirjallisen ohjeen aivoinfarktin jälkeisestä liikunnasta. Puolisoa on ohjattu potilaan avustamisessa.

RF223 Liikkumisen harjoittaminen

Potilaan kanssa on liikkumislupien mukaisesti harjoiteltu päivittäin aluksi pyörätuoliin siirtymistä, myöhemmin rollaattoriin tukeutuen kävelyä ja viimeksi kävelyä ilman kävelynapuvälinettä.

Suunnitelma /pohdinta

RF 432 Kuntoutuksen suunniteluun osallistuminen

Potilas tarvitsee yksilöllistä fysioterapiaa ja fysioterapeutin kotikäynnin /arvion. Fysioterapian tavoitteena on tasapainon hallinnan paraneminen, kävelyn varmentuminen siten ,että potilas selviytyy ilman apuvälinettä kotiolosuhteissa(GAS- tavoite)

Potilas on motivoitunut kuntoutumaan.

Kiireellisyys 8-30pv.

Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot

RF 433 Jatkofysioterapian järjestäminen

Tehdään sähköinen lähete oman terveyskeskuksen fysioterapiayksikköön.

Fysioterapian lähetemalli 2:

Loppuarvio

Hoitotapahtuman tapahtumadiagnoosit (Diagnoosi)

M75.4 Olkapään pinneoireyhtymä

Toimenpiteet

20.3.2015 Acromioplastia l.sin

Esitiedot (anamneesi)

RF410 Tiedonhankinta

Potilas on 45-vuotias kirvesmies. Sairausloma 30.9 saakka.

Potilas tulee toiselle olkaoperaation jälkeiselle seurantakäynnille. Operaatiosta on kulunut 6 vk. Operaatiosta alkaen on ollut vapaa mobilisaatio kivun mukaan. Raskaammat nostot ym. n. 3 kk operaatiosta.

Toimintakyky

RF120 Fysioterapeuttinen tutkiminen

Potilas kertoo käyttävänsä vielä kipulääkkeitä; Burana 800mg x2, Panadol 1mgx3) Haittaavin kipu iltapäivällä (Vas 4/10) ja yöllä Vas 6/10) Kipu luonteeltaan jäytävää, hammassärkymäistä. Kipu haittaa nukkumista 4-5 heräämistä. Kipupaikaksi näyttää vas. olkanivelen etuosaa (acr-clv.nivel ja siitä heijaste hauksen alueelle) Vasemman yläraajan käytössä on hankaluuksia päivittäisissä askareissa (mm. Pukeminen/riisuutuminen) liikekivun ja -rajoituksen vuoksi.

Seistessä ryhti on epäsymmetrinen, vasen hartia on oikeaa ylempänä. Trapetzius ja Levator Scapulae lihakset kiristävät ja ovat palpaatioarat. Vasemman olkapään aktiiviset liikeradat seisten mitattuna goniometrillä : fleksio ja abduktio 110 /180 ast. (kiputuntemus 90 asteesta alkaen), ekstensio 30/60 ast. (kivuton ja symmetrinen), toiminnallinen ulkorotaatio: sormet vaivoin niskaan/kyynärnivel jää alas, sisärotaatio: sormet pakaraan.

Avustettu/passiivinen fleksio ja abduktio seistessä 120/180 as., selinmakuulla 130/180 ast. Lihasvoimaa ei tässä vaiheessa voi vielä testata mutta potilaan on vaikea kannatella kättään vaakatasossa ja/tai irti vartalosta.

Humeroscapulaarisessa rytmissä on ongelmaa.

Puristusvoima: Saahan otelev III oik. 52kg/ va 46 kg , vas. 32kg .

Kuntoutus

RF 210 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma /
Fysioterapian alatyöryhmä
14.9.2015

Potilaalle ohjattiin kivuttomat liikeharjoitteet ja liikemallit päivittäisiin toimintoihin. Lääkkeettömät kivunhallintakeinot mm. kylmän ja paineen käyttö. Lihasten kivuttomat venytykset ,rentoutuminen /lepo ja hengitysharjoitteet.

RF220 Terapeuttinen harjoittelu

Potilaan kanssa käytiin konkreettisesti läpi olkapään liikkuvuusharjoitteet sekä päivittäiset toiminnot. Aikaisempaa harjoitusohjelmaa muutettiin niin, että harjoitteet onnistuvat kivuttomammin (eri asennot/liikekulmat). Harjoitteita toteutetaan myös päivittäisillä toimilla (nämä asiat käytiin läpi).

RF 230 Manuaalinen terapia

Potilaan vas. hartiarenkkaan myofaskiaalisia kireyksiä rentoutettiin ja olkanivelen sekä lapaluun liikkuvuutta lisättiin manuaalisen terapian ; faskiat-, triggerpistekäsittelyin sekä Mulligan tekniikoiden keinoin .

Suunnitelma

RF120 Fysioterapiasuunnitelman laatiminen

Potilas tarvitsee ohjattua fysioterapiaa, jossa terapia sisältää manuaalista käsittelyä, liike- ja lihasharjoittelua sekä kotiohjelman päivitystä tilanteen edistymisen myötä.

Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot

RF433 Jatkofysioterapian järjestäminen

Potilaasta tehdään sähköinen lähete omaan terveyskeskukseen, jonne potilaan toivotaan pääsevän 8-30 pv kuluttua. Terapian toteutus aluksi 1-2 x viikossa yksilöllisesti, jatkossa ryhmämuotoisesti tarvittaessa. Tavoitteena operoidun yläraajan toimintakyvyn palautuminen, niin että selviytyy adl-toimista ja saavuttaa työkyvyn laitosapulaisen työhön. Tulee vielä 3 kk mittauskäynnille Tyksiin, muita seurantoja ei ole sovittu.

Liite 1. Fysioterapian määrittelyä

Mitä fysioterapia on?

Fysioterapia on terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn tutkimista, arviointia ja kuntoutusta. Fysioterapian menetelmiä ovat ohjaus ja neuvonta, terapeutin harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia, ryhmätoiminta sekä apuvälinepalvelut.

Fysioterapiassa suunnitellaan ja tuetaan omaehtoista harjoittelua ja kotona selviytymistä. Lisäksi pyritään ennaltaehkäisemään liikkumis- ja toimintakyvyn heikentymistä ja tapaturmia sekä palauttamaan toimintakyky parhaalle mahdolliselle tasolle.

Harjoittelu suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä potilaan kanssa. Lisäksi tarvittaessa valitaan liikkumista tukevat ja helpottavat apuvälineet.

Kuinka fysioterapeutti työskentelee?

Fysioterapeutti kartoittaa ja arvioi liikkumisen ja toimintakyvyn voimavaroja ja toimintarajoitteita yksilöllisesti. Arviointi ja harjoittelu voi tapahtua fysioterapeutin vastaanotolla, kotona tai sairaalassa, yksilöllisesti tai ryhmässä.

Fysioterapeutin työ on asiakaslähtöistä ja perustuu hyväksi todettuihin käytäntöihin. Fysioterapeutin tutkimus perustuu haastatteluun, havainnointiin ja erilaisiin arviointimenetelmiin. Terapian tavoitteet suunnitellaan yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä/omaistensa kanssa.

Fysioterapeutti toimii yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden kanssa ja oman alansa asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä sekä kouluttaa ja ohjaa muita ammattilaisia liikkumis- ja toimintakykyasioissa.

Liite 2

Työryhmien kokoonpano:

Työryhmä:

Korhonen Katariina, ylilääkäri, Parainen (pj)
Ajalin Tiina, osastonhoitaja, Turku
Hernesniemi Tarja, kuntoutusyksikön osastonhoitaja, Salo
Kurikka Leena, fysioterapian päällikkö, VSSHP
Kylävalli Anja, palvelualuejohtaja, VSSHP
Lindholm Aija, fysioterapeutti, VSSHP
Maleike-Ruohola Sofia, ylilääkäri, Salo
Nieminen Hanna, fysioterapeutti, Uusikaupunki
Oksanen Heli-Marja, osastonhoitaja, VSSHP
Peltonen Kirsi, osastonhoitaja, VSSHP
Sutinen Päivi, ylilääkäri, Turku
Virtanen Tiina, kuntoutuksen tulosyksikön osastonhoitaja, Raisio
Virolainen Petri, ylilääkäri, toimialuejohtaja, Tules, VSSHP

Fysioterapian alatyöryhmä 1:

Olemassa olevat kriteerit ja priorisointiohjeet lyhyeen, keskipitkään ja pitkään fysioterapiaan liittyen

Tarja Hernesniemi, osastonhoitaja, Salo
Hanna Nieminen, fysioterapeutti, Uusikaupunki
Tiina Ajalin, osastonhoitaja, Turku
Päivi Sutinen, ylilääkäri, Turku
Tiina Virtanen, osastonhoitaja, Raisio.

Fysioterapian alatyöryhmä 2:

Tiedon kulku ja lähetteen sisältö ja rakenne

Leena Kurikka, fysioterapian päällikkö, VSSHP
Anja Kylävalli, palvelualuejohtaja, VSSHP
Heli-Marja Oksanen, osastonhoitaja, VSSHP
Kirsi Peltonen, osastonhoitaja, VSSHP
Aija Lindholm, lasten fysioterapeutti, VSSHP
Tiina Ajalin, osastonhoitaja, Turku

Fysioterapian alatyöryhmä 3:

Pitkien kuntoutusten kriteeristö ja toimintakäytännöt

Anja Kylävali, palvelualuejohtaja, VSSHP
Katariina Korhonen, johtava lääkäri, Parainen
Sofia Maleike - Ruohola, ylilääkäri, Salo
Päivi Sutinen, ylilääkäri, Turku
Tiina Ajalin, osastonhoitaja, Turku
Heli-Marja Oksanen, osastonhoitaja, VSSHP
Harri Arikka, lasten neurologi, VSSHP
Olli Tenovuo, ylilääkäri, VSSHP

Liite 3. TULES mittarit

Lonkkapotilaat

Kyykistystesti	konservatiiviset/operoidut lonkkapotilaat	TOIMIA-tietokanta
Tuolilta ylösnousutesti, 5 tai 10 kertaa	konservatiiviset/operoidut lonkkapotilaat	TOIMIA-tietokanta
VAS -kipujana	konservatiiviset/operoidut lonkkapotilaat	To-Mi -kansio
Nivelliikkuvuus	konservatiiviset/operoidut lonkkapotilaat	To-Mi - kansio
Manuaalinen lihastestaus	konservatiiviset/operoidut lonkkapotilaat	To-Mi – kansio
Timed "Up & Go"- testi	konservatiiviset/operoidut lonkkapotilaat	TOIMIA-tietokanta

Polvipotilaat

KOOS -kysely		Käytössä TYKSissä polvipotilailla, käyttöä kehitetään edelleen
Kyykistystesti	konservatiiviset/operoidut polvipotilaat	TOIMIA-tietokanta
Tuolilta ylösnousutesti, 5 tai 10 kertaa	konservatiiviset/operoidut polvipotilaat	TOIMIA-tietokanta
VAS -kipujana	konservatiiviset/operoidut polvipotilaat	To-Mi -kansio

Nivelliikkuvuus	konservatiiviset/operoidut polvipotilaat	To-Mi -kansio
Manuaalinen lihastestaus	konservatiiviset/operoidut polvipotilaat	To-Mi – kansio
Timed "Up & Go"- testi	konservatiiviset/operoidut polvipotilaat	TOIMIA-tietokanta

Olkapääpotilaat

Omavointikysely			Käytössä TYKSissä kaikilla olkapotilailla
Käden puristusvoima	konservatiiviset/operoidut olkapääpotilaat	TOIMIA-tietokanta	viitearvot?
VAS-kipujana	konservatiiviset/operoidut olkapääpotilaat	To-Mi -kansio	
Nivelliikkuvuus	konservatiiviset/operoidut olkapääpotilaat	To-Mi -kansio	
Manuaalinen lihastestaus	konservatiiviset/operoidut olkapääpotilaat	To-Mi –kansio	

Jalkateräpotilaat

VAS-kipujana	konservatiiviset/operoidut jalkateräpotilaat	To-Mi -kansio
Nivelliikkuvuus	konservatiiviset/ operoidut jalkateräpotilaat	To-Mi -kansio
Manuaalinen lihastestaus	konservatiiviset/ operoidut jalkateräpotilaat	To-Mi -kansio

Selkäpotilaat

VAS-kipujana	konservatiiviset/operoidut selkäpotilaat	To-Mi –kansio
Kävelyn analysointi (10 m, joku muu?)	konservatiiviset/operoidut selkäpotilaat	To-Mi -kansio
Raajojen ja vartalon dynaamiset toistotestit	konservatiiviset/operoidut	To-Mi -kansio

ja selkälihasten staattinen testi	selkäpotilaat	
Manuaalinen lihastestaus	konservatiiviset/operoidut selkäpotilaat	To-Mi –kansio
Nivelliikkuvuus	konservatiiviset/operoidut selkäpotilaat	To-Mi –kansio
Kyykistystesti	konservatiiviset/operoidut selkäpotilaat	TOIMIA – tietokanta

Fyysinen toimintakyky

Bergin tasapainotesti	potilaille, joilla tasapaino- häiriöitä	TOIMIA - tietokanta
Dynamic Gait Index	potilaille, joilla tasapaino- häiriöitä	TOIMIA - tietokanta
Elderly Mobility Scale, EMS	liikkumisen arviointi rai- haisilla ikääntyneillä	TOIMIA - tietokanta

Erilaiset kyselyt

FSQfin - kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä	kävelevät potilaat, joilla toimintarajoitteita arjessa	TOIMIA - tietokanta
NDI FI niskakipuindeksi	oire- ja haittakysely niskakipupotilaille	
Ostwestry	oire- ja haittakysely alaselkikipupotilaille	
Kipukuva	kipupotilaille	
ABC-asteikko: toiminnallinen tasapainon varmuus	ikäntyneille, kotona asuville	TOIMIA - tietokanta

Lisäinfoa KOOS-kyselystä ja englanninkielinen kyselylomake löytyy:

Karjalainen T. Polvivammapotilaan kliiniset mittarit, 2011. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76690/gradu05443.pdf?sequence=1>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma /
Fysioterapian alatyöryhmä
14.9.2015

Täältä liitteenä löytyy myös suomenkielinen kyselylomake, jonka luotettavuutta on tutkittu Jyväskylän yliopistossa:

Ranta J & Vertio P, 2011. Polven koukistajalihasten ja ojentajalihasten voimasuhteen yhteys toimintakykyyn ACL-rekonstruktion jälkeisessä kuntoutuksessa. Opinnäytetyö. Otaniemi: Laurea ammattikorkeakoulu.

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38714/Juho%20Ranta%20ja%20Panu%20Vertio.pdf?sequence=1>

Olkapotilailla käytössä oleva omavointikysely sisältää pitkät litaniat kysymyksiä, joihin potilaiden olisi tarkoitus käydä omatoimisesti ennen leikkausta vastaamassa.

Fysioterapeutti suorittaa tietyt mittaukset, jotka perustuvat Constant Score-mittariin. Mittari löytyy täältä:

http://www.orthoontheweb.com/pdfs/Shoulder_Pain_Constant_Score.pdf

Testistö on omavointikyselyyn käännetty suomeksi ja siinä on joitain eroavaisuuksia verrattuna alkuperäiseen englanninkieliseen testistöön, lähinnä noiden kysymysten suhteen.

VSSH:N ALUEEN PUHETERAPIAN TOIMINTAPERIAATTEITA

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien sosiaali-
ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma,
puheterapian alatyöryhmä

VSSHP:n alueen puheterapian toimintaperiaatteita

1. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen

Lääkinnällinen kuntoutus on lakisääteistä. Terveystieteiden tutkimuskeskuslain 29 §:n mukaan kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus ¹.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat:

- 1) kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus
- 2) potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi
- 3) kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia
- 4) toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet
- 5) apuvälinepalvelut
- 6) sopeutumisvalmennus
- 7) 1–6 kohdassa tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa.

Kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

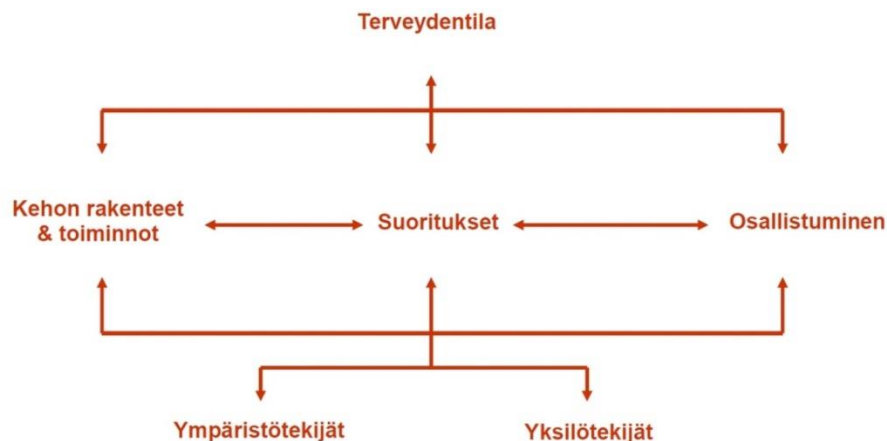
Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää kuntoutusta, jos lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain ([566/2005](#)) 9 §:n ² perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Jos Kelan asiantuntija-arvion perusteella potilaan kuntoutus ei kuitenkaan kuulu vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ³ piiriin, voidaan potilaan kuntoutustarve arvioida uudelleen. Jos järjestämis- ja kustannusvastuu kuuluu kuitenkin Kansaneläkelaitokselle, on sen suoritettava kunnalle kuntoutuksen toteuttamisesta aiheutuneet kustannukset. Tämä edellyttää, että kunta on solminut Kelan kanssa palveluntuottajasopimuksen.

Terveystieteiden tutkimuskeskuslain 8 §:n ⁴ mukaan terveystieteiden tutkimuskeskuksen toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

2. Yksilöllinen kuntoutustarve

Kuntoutussuositusten lähtökohtana ovat ICF-viitekehys ⁵, yksilöllinen GAS-arviointi, hyvä kuntoutussuunnitelma ja kuntouttava arki. Nämä noudattavat vallitsevaa käsitystä hyvän kuntoutuksen osatekijöistä. Kuntoutuksen lähtökohtana on kuntoutujan toimintakyky, toimijuuden mahdollistaminen ja elämänlaatu. Kuntoutustarve määritellään aina yksilöllisesti.

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



3. Puheterapia

Puheterapeutti on logopedian koulutusohjelmasta filosofian maisteriksi valmistunut ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston laillistama terveydenhuollon ammattihenkilö ⁶.

Puheterapia on lääkinällistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on parantaa lapsen tai aikuisen toiminta- ja kommunikaatiokykyä jokapäiväisessä elämässä ehkäisemällä, lieventämällä tai poistamalla häiriöitä, jotka voivat olla puheen, kielen, kommunikaation, äänen, lukemisen ja kirjoittamisen, syömisen ja nielemisen tai suun motorisen toiminnan alueella.

Puheterapia sisältää puheterapeuttisen arvion, puheterapiatarpeen määrittelyn, puheterapian suunnittelun ja toteutuksen.

3.1. Puheterapeuttinen arviointi:

Puheterapeutti arvioi potilaan yksilöllistä toimintakykyä. Arvio voi olla orientoiva tai laaja-alainen. Puheterapeutti käyttää arvioinnissaan yleisesti hyväksyttyjä testi- ja arviointimenetelmiä (liite 1), potilaan havainnointia sekä potilaan ja läheisten haastattelua. Arvioinnin tuloksia käytetään seuraavasti:

- toimintarajoitteen määrittäminen
- puheterapiatarpeen määrittäminen
- puheterapian suunnittelu
- seuranta ja terapian vaikutusten arviointi
- jatkokuntoutustarpeen arviointi

Arvioinnin toteuttaa kuntoutussuunnitelman tekävän riippumattoman tahon puheterapeutti. Joissakin tapauksissa arvio voidaan toteuttaa ostopalveluna yksityissektorilla.

Arviointi sisältää yleensä 1-3 käyntikertaa (ajallisesti 45min-2 t/käynti). Arvioinnin pituus määräytyy kommunikoinnin ongelman tai häiriön vaikeusasteen mukaan. Joskus tarvitaan ns. arvioiva jakso, jolloin lyhyen terapiajakson aikana tarkennetaan logopedisen häiriön laatua, terapian tarvetta tai tavoitteita.

Arviointiin sisältyy aina palaute arvioinnin tuloksista ja tulosten vaikutuksesta potilaan elämään ja kuntoutumismahdollisuuksiin.

Arviointi voi olla osa laajaa moniammatillista arviointia. Puheterapeutti ohjaa tarvittaessa potilaan lisätutkimuksiin.

3.2. Puheterapiasuunnitelma:

Suunnitelma laaditaan terapian alkaessa yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Suunnitelmassa sovitaan puheterapian tavoitteet, menetelmät, määrä, tiheys ja kesto sekä potilaan ja hänen lähiympäristönsä osallistuminen terapiaan.

Tavoitteita asetettaessa otetaan huomioon häiriön laatu ja vaikeusaste sekä potilaan motivaatio ja potilaan ja hänen läheisten voimavarat. Terapian määrää ja ajoitusta suunniteltaessa on huomioitava myös potilaan kokonaiskuntoutussuunnitelma (muut terapiat). Tavoitteiden on oltava yksilöityjä ja realistisia. Tavoitteiden asettamisessa voidaan hyödyntää GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling ⁷).

3.3. Puheterapian toteuttaminen:

Puheterapia voi harkinnan mukaan toteutua yksilöllisesti tai ryhmässä, joko vastaanotolla tai potilaan arkiympäristössä. Puheterapia toteutetaan tavoitteet huomioiden joko tiiviinä kuntoutuksena tai seuranta- ja ohjauskäynteinä. Tarvittaessa puheterapia toteutetaan yhdessä potilaan läheisten tai toisten ammattihenkilöiden kanssa.

Puheterapeutin käyttämien kuntoutusmenetelmien tulee perustua valtakunnallisten hyvien puheterapiakäytänteiden lisäksi saatavilla olevaan tieteelliseen näyttöön sekä kokemusperäisesti perusteltuun vaikuttavuustietoon. Puheterapiassa käytetään potilaalle soveltuvaa ja ajantasaista kuntoutusmateriaalia ja välineistöä. Puheterapeutti suunnittelee ja valmistaa tarvittaessa potilaalle soveltuvaa kuntoutusmateriaalia.

Puheterapeuttinen arviointi, terapian suunnittelu ja toteutus edellyttävät puheterapeutilta huolellista valmistautumista. Puheterapeutti huolehtii työnsä dokumentoinnista potilasasiakirjoihin säädöksiä noudattaen. Puheterapeutilta edellytetään asiakirjoihin perehtymistä, tiedonhankintaa ja verkostoyhteistyötä. Puheterapeutti laatii tarvittaessa erillisiä lausuntoja esimerkiksi puhevalvontapalvelun tai kommunikatio-ohjauksen järjestämiseksi. Puheterapeutti osallistuu myös uusien toimintamallien ja -tapojen kehittämiseen sekä tiedon lisäämiseen yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa.

3.3.1. Ohjaus

Puheterapiaan sisältyy aina keskeisesti ohjaus. Ohjauksen tavoitteena on kannustaa potilasta ja läheisiä osallistumaan aktiivisesti kuntoutukseen sekä lisätä lähihenkilöiden ymmärrystä potilaan tilanteesta ja näyttää ja mallittaa keinoja, joiden avulla he voivat tukea potilaan suoriutumista arjen toimintaympäristöissä. Ympäristö voi omalla toiminnallaan vähentää kommunikaatio-ongelmasta aiheutuvaa haittaa ja tukea potilasta uusien omaksuttujen taitojen käyttöön ottamisessa. Ympäristön ohjaus voi kohdistua omaisiin (vanhemmat, puoliso, sisarukset) tai lähiympäristöön (päiväkodin, koulun tai hoivakodin henkilökunta). Ohjaus voi olla myös kotiharjoitusten ohjaamista.

Ohjaus sisältää yleensä noin 1-5 käyntikertaa (perustelluista syistä enemmän), ja kohdistuu seuraaville osa-alueille:

- vuorovaikutukseen ja kommunikointiin liittyvä ohjaus
- puhetta tukeviin ja korvaaviin kommunikaatiomenetelmiin liittyvä ohjaus
- syömiseen ja nielemiseen liittyvä ohjaus
- ääniergonominen ohjaus

Puheterapia voi olla myös kokonaan ohjauksellisesti toteutuvaa, jolloin käyntimäärät voivat olla suuremmat.

3.3.2. Terapian määrä

Terapian määrä, kesto ja intensiivisyys määritellään puheterapeutin arvion perusteella ja ne perustuvat yksilölliseen toimintakyvyn arvioon ja asetettuihin tavoitteisiin. Tästä johtuen terapiamäärissä on suurta yksilöllistä vaihtelua. Mikäli ongelmat ovat monimuotoisia, haitta toimintakykyyn merkittävä tai kuntoutumisen realistisena tavoitteena on esimerkiksi työkykyisyys, tulee puheterapian olla intensiivistä ja riittävän pitkäkestoista. Pitkien terapioiden, erityisesti vaikea-asteisten ja laaja-alaisten ongelmien terapiamäärien määrittely ja kuntoutussuunnitelman laadinta suositellaan toteuttamaan moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä, jolloin yksittäisen terapian määrää arvioitaessa on mahdollista paremmin huomioida koko kuntoutuksen kokonaisuus ja potilaan ja läheisten voimavarat.

Potilaan ja läheisten motivaatio sekä sitoutuminen itsenäiseen harjoitteluun parantavat terapian vaikuttavuutta. Tiiviisti toteutettua terapiaa suositellaan mm. puhemotorisissa ja nielemisen vaikeuksissa. Lasten kehityksellisten herkkyykskausien huomioiminen on tärkeää terapiaa ajoitettaessa. Kuntoutuksellisen työotteen lisäksi terapiassa suositetaan jatkuvaa arvioivaa työtettä eli taitojen edistymistä ja terapiasta hyötymistä arvioidaan dynaamisesti kuntoutuksen edetessä.

Puheterapiapalvelujen riittämättömyyden ja epätasaisen jakautumisen takia suositellun ja toteutuneen terapian määrä vaihtelee. Terapiasuosituksen tulisi kuitenkin aina perustua yksilölliseen arvioon, eikä esimerkiksi potilaan ikä, häiriön vaikeusaste (esim. lievät) tai alueelliset resurssit saisi toimia poissulkukriteerinä terapiasuositusta tehtäessä.

3.3.3. Seuranta terapiajakson jälkeen

Puheterapiajakson jälkeen toteutetaan terapian vaikuttavuuden arviointi. Arvioinnissa tulee huomioida terapian tavoitteiden saavuttaminen ja terapian vaikutus toimintakykyyn.

Terapiapalautteessa/väli- tai loppuarviossa tulee kuvata seuraavat asiat:

- terapiassa käytetyt menetelmät
- tavoitteiden saavuttaminen
- vaikutus toimintakykyyn
- käytetyt testit ja arviointimenetelmät, ja niillä saadut tulokset
- potilaan motivaatio ja potilaan ja läheisten sitoutuminen ja voimavarat

Jos arvion perusteella potilas hyötyy uudesta puheterapiajaksosta, tulee sille määritellä selkeät ja konkreetit tavoitteet. Jos potilas ei enää hyödy puheterapiasta, kirjataan se palautteeseen.

3.3.4. Puheterapian ostopalvelut

Kunnan, kuntayhtymän tai sairaanhoitopiirin omana toimintana toteutettua puheterapiaa korvataan tai täydennetään ostopalveluilla. Ostopalvelut hankitaan hankintalain mukaisesti. Osalle potilaista puheterapia järjestyy Kelan kustantamana vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Kuntoutuksen maksajataho tulee selvittää. Vakuutus voi korvata joitakin kuntoutuksia.

Mikäli puheterapia toteutetaan ostopalveluna yksityissektorilla, tulee terapiapalaute saada jokaisen puheterapiajakson jälkeen. Ostopalvelupäätöksessä on mainittava, kenelle terapiapalaute pyydetään toimittamaan. Palautteen perusteella tehdään arvio terapian jatkotarpeesta. Arviota riippumattoman tahon puheterapeutilla suositellaan aina toteutuneen jakson jälkeen tai vähintään 2-3 vuoden välein.

4. Puheterapiaan lähettäminen

Puheterapeutin vastaanotolle tullaan yleensä lääkärin läheteellä, joissakin kunnissa terveydenhoitajan tai varhaiskasvatuksen suosituksesta, joskus vanhempien yhteydenoton perusteella. Aikuisneurologiset potilaat tarvitsevat aina lääkärin lähetteen. Erikoissairaanhoidon puheterapeutti voi tehdä jatkolähetteen perusterveydenhuollon puheterapiaan.

Konsultaatiopyyntö puheterapeutille suositellaan tehtäväksi aina viiveettä, mikäli lääkäri havaitsee tai potilas tai läheinen tuovat esille toimintakykyä häiritsevää puheen, äänen, nielemisen tai kommunikoinnin heikentymistä. Puheterapia on aloitettava mahdollisimman nopeasti kuntoutustarpeen havaitsemisen jälkeen hyvän kuntoutustuloksen saavuttamiseksi ja liitännäisoireiden syntyminen ehkäisemiseksi. Epäiltäessä puheen ymmärtämisen heikentymää, suositellaan lääkäriä tarkistamaan potilaan kuulokyky.

4.1. Milloin lapsi lähetetään puheterapeutin arvioon?

Neuvolaikäiset lapset:

2-vuotias

- vaikeuksia ymmärtää yksinkertaista puhetta
- ei ole vuorovaikutuksessa, ei pysähdy kuuntelemaan puhetta tai leikkimään
- ei ole vakiintuneita/tunnistettavia sanoja
- puhumaton lapsi voi olla neuvolan seurannassa korkeintaan 2½-vuotiaaksi asti
- änkytys: katso erillinen ohje

Lähetteen voi tehdä jo aiemminkin, mikäli ongelma on vuorovaikutuksessa ja kontaktissa.

3-vuotias

- puutteita vuorovaikutustaidoissa
- puhuu vain yksittäisiä sanoja
- puhe on huomattavan epäselvää ja vaikeasti ymmärrettävää (muutamit äännevirheet eivät haittaa)
- vaikeuksia ymmärtää jokapäiväisiin tilanteisiin liittyviä sanallisia kehotuksia ja ohjeita
- suun alueen kömpelyyttä ja herkkyyttä, sylkivuotoa, vaikeutta karkean ruuan käsittelyssä
- änkytys: katso erillinen ohje

4-vuotias

- ei selviydy 4-vuotistarkastuksen Lene-testin puheosiosta
- puheilmaisu on niukkaa
- puhe on vieraalle vaikeasti ymmärrettävää (muutamit äännevirheet eivät haittaa, mikäli nämä eivät oleellisesti vaikuta puheen ymmärrettävyyteen)
- ei osaa /k/-äännettä
- vaikeuksia ymmärtää ohjeita
- puheessa on jatkuvia sanajärjestys- ja taivutusvirheitä
- änkytys: katso erillinen ohje

5-vuotias

- ei selviydy laajennetun 5-vuotistarkastuksen puheseulasta (Lumiukko-testissä)
- useampi äännevirhe (esim. /r/- ja /l/)
- änkytys: katso erillinen ohje

6-vuotias

- epäily lievästä kielellisen kehityksen viiveestä (esim. käsitteet, jäsentynyt kerronta, monimutkaisten ohjeiden ymmärtäminen)
- yksittäisiä äännevirheitä (esim. /r/- tai /s/), joista lapsi kärsii (esim. häntä kiusataan)
- lapsi, jolla on /k/-virhe, lähetetään aina
- änkytys: katso erillinen ohje

Kouluikäiset lapset

- puhemotorisia vaikeuksia ja useita äännevirheitä, eikä harjoittelu etene erityisopettajan tuella
- oppimisvaikeuksia, joiden taustalla epäillään olevan kielellistä erityisvaikeutta
- änkytys: katso erillinen ohje

Monikieliset lapset

Monikielisiä lapsia koskevat yllä olevat lähettämisperusteet. Suomenkielen ilmaisun ja ymmärtämisen vaikeuksissa lähettämisen edellytyksenä kuitenkin on, että lapsi on ollut suomenkielisessä päivähoidossa tai koulussa säännöllisesti 1,5-2 vuotta. Lähetteen voi tehdä jo aikaisemmin, mikäli lapsella on kielenkehityksen riskitekijöitä tai vanhemmat ovat huolissaan kotikielen/äidinkielen hallinnasta (puheen puuttuminen tai niukka puhe, epäselvä puhe, puheen ymmärtämisen ongelmat, änkytys).

Änkytys

Änkyttävä lapsi lähetetään puheterapeutin tutkimuksiin, jos

- vähintään 2-vuotiaalla lapsella on usein toistuvia, pitkiä tavujen tai lyhyiden sanojen toistoja (*ku-ku-ku-ku-kukka, tai-tai-tai-tai* ja/tai satunnaisia venytyksiä (*jjjjjjjjuna*) ja/tai lukkiutumisia (äänentuotto pysähtyy täysin)
- änkytysoireet ovat jatkuneet yli 2-3 kuukautta
- vanhemmat ovat hyvin huolissaan lapsen puheen sujumattomuudesta

Syömisvaikeudet:

Lapsi lähetetään puheterapeutin tutkimuksiin, jos somaattiset syyt on poissuljettu, ja

- lapsi yskii, yökkäilee tai oksentelee lähes jokaisen ruokailun aikana
- lapsen ruokavalio on selkeästi kapeutunut, koska lapsi kieltäytyy joistain ruuan koostumuksista tai suostuu syömään vain tietyntylaisia koostumuksia
- vanhemmat ovat hyvin huolissaan lapsen syömis- tai juomistaidoista

Äänentuoton poikkeavuus:

- käheä-ääninen, honottava tai muusta ääniongelmasta kärsivä lapsi lähetetään aluksi KNK-lääkärin tai mieluiten foniatriin tutkimukseen
- puheterapiatarpeen arviointi foniatriin tai KNK-lääkärin tutkimuksen ja suosituksen perusteella

4.2. Milloin aikuinen lähetetään puheterapeutin arvioon?

Puheterapiaan pääsyn kiireellisuuden arviointiperusteet

Akuutisti hoidettavat (0-1 kk)

Kaikkiin sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilta tuleviin lähetteisiin pyritään vastaamaan viipymättä, viikon sisällä

- kaikki lääkärin läheteellä tulevat potilaat (vuodeosasto tai poliklininen), joilla syömiskyky on nielemisvaikeuden takia merkittävästi heikentynyt
- akuutin aivoverenkierronhäiriön (AVH) tai aivovamman takia vuodeosastohoidossa olevat potilaat, joilla on afasia ja/tai puhemotorinen häiriö
- suu- ja kurkkusyöpäleikkauksen jälkeisistä nielemis- tai ääniongelmista kärsivät potilaat
- potilas, jonka kommunikointi on heikentynyt trakeestooman vuoksi
- etenevistä sairauksista kärsivät potilaat, joilla toimintakyky puheen, kommunikoinnin tai nielemisen osalta heikkenee nopeasti (esim. ALS)
- työikäiset äänihäiriöpotilaat, jotka ovat sairauslomalla vaivan vuoksi tai työkyky on olennaisesti uhattuna
- muut, joilla työkyky on uhattuna minkä tahansa puheterapeuttisen ongelman vuoksi

Subakuutit (1-2kk)

- kroonistuneet nielemisvaikeudet (esim. uusinta-arvioinnit ja henkilöt, joilla on PEG-ruokintaletku)
- etenevistä sairauksista kärsivien potilaiden ensiarvioinnit ja kuntoutus (esim. Parkinson, MS, ALS). Nopeasti etenevät, katso yllä.
- dysartria- ja dysfagiapotilaat, joilla diagnoosi on avoin ja jatkotutkimusten suunnittelu neurologialla vaatii ensin puheterapeutin arviota
- vaikeasta tai etenevästä afasiasta/kommunikoinnin häiriöstä kärsivät potilaat
- sairaalasta kotiutuneiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden tai aivovamman saaneiden potilaiden jatkokuntoutus (afasia, dysartria, verbaalinen apraksia, dysfagia)
- äänihäiriöt, joissa äänen laadun ja/tai kestävyys merkittävän heikentymisen tai äänentuoton työläyden vuoksi toimintakyky on selkeästi alentunut (esimerkiksi äänihuulihalvaus, psykogeeninen äänihäiriö, äänihuulten hyvänlaatuiset muutokset)

Muut, ei kiireelliset (2-3 kk)

- änkytyksen ja sokelluksen arviointi ja kuntoutus
- lievät ja keskivaikeat äänihäiriöt, joissa toimintakyky on heikentynyt, mutta ei aiheuta merkittävää haittaa
- kommunikoinnin apuvälinetarpeen uusinta-arvioinnit
- opiskelu- tai työkykyä haittaava lukemisen ja/tai kirjoittamisen kyvyn heikkous (ei aikaisempaa lukihäiriödiagnoosia)
- äännevirheiden arviointi ja ohjauskäynnit harkinnan mukaan

¹ Finlex. Terveystoimintolaki 1326/2010. 3. luku: sairaanhoito. 29§ - Lääkinnällinen kuntoutus. Haettu 28.4.2017 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

² Finlex. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566. Haettu 28.4.2017 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>

³ Finlex. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. 2 luku – Kuntoutus. 9§ 20.2./2015/145 - Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen. Haettu 28.4.2017 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>

⁴ Terveystoimintolaki 1326/2010. 1. luku: yleiset säännökset. 8§ - Laatu ja potilasturvallisuus. Haettu 28.4.2017 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

⁵ Terveystoimintolaki ja hyvinvoinnin laitos. ICF-luokitus. Haettu 28.4.2017 osoitteesta: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

⁶ Finlex. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Haettu 28.4.2017 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

⁷ Toimia –tietokanta. GAS-menetelmä. Haettu 28.4.2017 osoitteesta: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/150/>

LIITE 1

Seuraavaan listaan on koottu keskeisimmät puheterapeuttien käyttämät testit ja arviointimenetelmät. Arvioinnissa käytetään tarvittaessa myös muita arviointimenetelmiä työn luonteen mukaisesti.

Lasten arvioinnissa käytettävät keskeisimmät testit ja arviointimenetelmät:

Puheen vastaanottaminen/ymmärtäminen:

Kettu-testi. Puheen ja kielentaitojen arviointimenetelmä (Korpilahti, P., Eilomaa P., 2000). (suomi, ruotsi)

Reynellin kielellisen kehityksen testi III (Edwards, S., Fletsher P., Garman M., Hughes A., Letts C., Sinka I., suomennos: Korttesmaa M., Heimonen K., Merikoski H., Warma M-L., Varpela V., 2001) (suomi, ruotsi)

Lausetesti (Korpilahti P., 2001), (suomi, ruotsi).

Itäkielen ymmärtäminen, päättely, kielioppi (Jorma Kuusinen, Lea Blåfield 1974). (suomi, ruotsi)

Nimeäminen, käsitteet ja sanavarasto:

Sproglig Test 1 (Ege B., 1984, suomennos: Pirkanmaan puheterapeutit, 1984). (suomi, ruotsi)

Varhaisen kommunikaation ja kielen arviointimenetelmä, MCDI (Lyytinen P., 1999).

The Renfrew Language Scales: Word Finding Vocabulary Test (Renfrew C., 1995).

Nopean sarjallisen nimeämisen testi (Ahonen T., Tuovinen S., Leppäsaari T., 2003).

Sananlöytämistesti (German D., suomennos: Tuovinen S., Ahonen T., Westerholm J. 2007)

Bostonin nimentätesti BNT (Kaplan E., Goodglass H., Weintraub S., Segal O., suomennos Laine M., Koivuselkä-Sallinen P., Hänninen R., Niemi J., 1997). (suomi, ruotsi)

Boehmin peruskäsitetesti (Boehm A. E., suomennos Heimo, H., 1992). (suomi, ruotsi)

Äänteellinen kehitys ja puhemotoriikka:

Fonologiatesti – Lapsen äänteellisen kehityksen arviointimenetelmä (Kunnari S., Savinainen-Makkonen T., Saaristo-Helin K., 2012).

Kielenkäyttötaidot ja kerronta

The Renfrew Language Scales: Bus Story Test (Renfrew C., 1994).

MAIN Multilingual Assessment Instrument for Narratives (Gagarina N., Klop., D., Kunnari S., Tantele, K., Välimaa T., Balčiūnienė I., Bohnacker J., 2012) .

CCC-2, Lasten ja nuorten kommunikointitaitojen kysely (Bishop D.V.M., 2003, suomennos Yliherva A. & työryhmä). (suomi-ruotsi)

Lukeminen ja kirjoittaminen:

Lukiva, Lukivalmiuksien arviointimenetelmä 4-5-vuotiaille lapsille (Puolakanaho A., Poikkeus A-M, Ahonen T., Aro M., 2011).

KUMMI 3, Lukemisen aika, leikin taika, Lukemisvalmiuksien arviointi ja harjoittaminen (Mäkinen M., 2003).

LukiLasse 2 (Taru Häyrinen, Silve Serenius-Sirve, Maarit Korkman 2013).

Diagnostiset testit I. Lukeminen ja kirjoittaminen. (Lepola, J., Niemi, P, Poskiparta, E. 1994).

Monikielisten lasten arviointi:

Alberta Language and Development Questionnaire (ALDeQ) (Paradis, J. , Emmerzael, K. & Sorenson, D. T., suomennos: Smolander S., Laasonen M., Kunnari S., 2013.)

Aikuisten arvioinnissa käytettävät keskeisimmät testit ja arviointimenetelmät:

Kielelliset taidot:

Bostonin Diagnostinen Afasiatkestistö, BDAT (Goodglass: H.& Kaplan, E., suomennos: Laine, M., Niemi, J., Koivuselkä-Sallinen, P. & Tuomainen, J., 1997). (suomi)

Bostonin Nimentätesti BNT (Kaplan, E., Goodglass, H., Weintraub, S.& Segal, O., suomennos: Laine, M., Koivuselkä-Sallinen, P., Hänninen, R. & Niemi, J., 1997). (suomi, ruotsi)

Western Aphasia Battery, WAB (Kertesz, A., suomennos: Pietilä, M-L.,Lehtihalmes, M., Klippi, A.,Lempinen,M., 2005).

KAT-testi -kielelliset arviointitehtävät lievien häiriöiden määrittämiseksi aikuisilla (Manninen R-L., Pietilä, M-L, Setälä, P., Laitinen, V.,2015).

Nopean sarjallisen nimeämisen testi (Ahonen, T.,Tuovinen, S.,Leppäsaari, T. 2003).

Token test. (suomi-ruotsi)

LaTrobe -kommunikaation arviointimenetelmä (Vartiainen, R., Raukola-Lindblom, M. 2014).

Lukemis- ja kirjoittamistaitojen yksilötestistö nuorille ja aikuisille (Nevala, J., Kairaluoma, L., Ahonen, T., Aro, M., Holopainen, L.,2006).

Oraali- ja puhemotoriikka, nieleminen:

Frenchay Dysarthria Assessment (Enderby, P. 1981 ja 1983, suomennos: Lehtihalmes, M.1981; suomennoksen päivitys: Korpijaakko-Huuhka, A-M., 2006).

AVH-potilaan nielemisen ja ruokailun arviointi (Haapala, Heikkinen, Laivo, Passinen /Helsingin terveyskeskus ja Pietilä, Ojala, Rydenfelt, Saye /HUS, 2006).

TOR-BSST (The Toronto Bedside Swallowing Screening Test; Martino ym. 2009).

GUSS-The Gugging Swallowing Screen (Trapl ym. 2007).

SSI-3 (Stuttering Severity Instrument) Änkytyksen vaikeusasteen arviointilomake.

LIITE 2

Potilasasiakirjat ja kirjaaminen

Terveysthuollon ammattihenkilön velvollisuudesta noudattaa potilasasiakirjoja koskevia määräyksiä säädetään terveydenhuollon ammattihenkilölaissa (559/1994) ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskevassa laissa (785/1992). Näiden lakien määräykset koskevat kaikkia terveydenhuollon toimintayksiköitä sekä ammatinharjoittajia.

Potilasasiakirjamerkinnöillä puheterapeutit välittävät asiakkaille sekä terveydenhuollon ammattilaisille **tietoa puheterapiakuntoutuksen sisällöistä** sekä kuvaavat **kuntoutuksella saavutettuja tuloksia**. Tämän vuoksi tekstin tulee olla **selkeää ja johdonmukaista**. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan **hoidon kannalta tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot**. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä, ja niiden tulee sisältää vain **yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä**. Potilasasiakirjaan on merkittävä tiedon lähde, jos tieto ei perustu puheterapeutin omiin havaintoihin. Potilasasiakirjat tulee **tehdä viivytyksettä viimeistään viiden vuorokauden kuluessa** siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta tai palvelu muutoin päättyy (Sosiaali- ja Terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 8 §).

Potilasasiakirjojen **yhdenmukaisuus** on tärkeää. Yhdenmukaisuus lisää tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä sekä yksikön sisällä että eri yksiköiden välillä. Yhdenmukaisuuden mahdollistamiseksi on sovittu kansallisista otsikoista, joita terveydenhuollon erityistyöntekijöiden tulisi käyttää kirjauksissaan. **Yhtenäinen otsikointi ja nimikkeistö** tarjoavat välineet kuntoutuksen tavoitteiden, sisältöjen ja tulosten selkeään esittämiseen. Kansallisia otsikoita tarkennetaan käyttämällä kunkin alan nimikkeistöä. Puheterapeuttien nimikkeistö on uusittu vuonna 2010. Nimikkeistö löytyy Kuntaliiton ja Suomen Puheterapeuttiliiton sivuilta.

Puheterapeutit kirjaavat pääsääntöisesti ammatilliselle PUH-näkymälleen. Joissakin tapauksissa, esim. apuvälinetyössä, ammatillinen näkymä on LKUN (tällöin käytetään apuvälinenimikkeistöä). Kirjauksessa noudatetaan seuraavaa rakenteisen kirjaamisen yleismallia:

Otsikko

Lähtökohtana on, että käytetään kansallisesti sovittuja otsikoita. Puheterapeuttiliitto on tehnyt suosituksen puheterapeuteille sopivista kansallisista otsikoista.

Nimikkeistön nimike

Kertomustekstiä jäsennetään nimikkeistön avulla. Nimikkeet toimivat ala- ja väliotsakkeen tavoin.

Vapaa teksti tai valmiit fraasit

Vapaan tekstin lisäksi kirjaamisessa voidaan käyttää valmiiksi laadittuja mallilauseita eli fraaseja, joita voidaan kehittää työpaikkakohtaisesti.

Otsikkoja ja nimikkeistöjä suositellaan käytettäväksi sekä yhteenvetotekstien kirjaamiseen että päivittäiskirjauksiin.

Esimerkki puheterapia-arvion kirjaamisesta. Otsikoista ja nimikkeistä valitaan tarpeelliset. Otsikoiden järjestystä voi tarvittaessa vaihtaa.

Tulosyy/Konsultaatiovastaus

Käytetään pääotsikon tavoin yläotsakkeena.

Diagnoosi: Hoitotapahtuman tapahtumadiagnoosit (Diagnoosin kirjaaminen vaihtelee työpaikalla sovitun käytännön mukaisesti).

Esitiedot (anamneesi)

Harkitaan tapauskohtaisesti, millä laajuudella esitietoja tarvitaan. Pyritään välttämään turhaa toistoa. Kirjataan kuitenkin olennaiset tiedot arvioon/hoitoon tulon syistä sekä kuntoutumiseen ja kuntoutukseen vaikuttavista asioista.

RP 310 Tiedonhankinta

Testaus- ja arviointitulokset

Kirjataan tehdyt testit ja muut tutkimukset tuloksineen. Mahdollisten testipisteiden lisäksi kirjataan niiden pohjalta tehdyt tulokset ja johtopäätökset.

- RP 110 Orientoiva puheterapeuttinen arviointi
- RP 120 Puheterapeuttinen arviointi
- RP 121 Vuorovaikutus- ja kommunikointikyvyn arviointi
- RP 122 Kielellis-kognitiivisten toimintojen arviointi
- RP 123 Puhemotoristen toimintojen arviointi
- RP 124 Äänen arviointi
- RP 125 Syömis- ja nielemistoimintojen arviointi
- RP 126 Puhetta tukevan ja korvaavan kommunikoinnin arviointi
- RP 127 Kommunikaatioympäristön arviointi
- RP 130 Osallistuminen moniammatilliseen arviointiin

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Kirjataan asiakkaan saama apuvälinepalvelu, kuten apuvälinetarpeen arvioiminen, suunnittelu, apuvälineen valinta ja hankinta, apuvälineen lainaus, käytön ohjaus ja apuvälineen korjaus- ja huolto sekä päivittäminen.

RP 126 Puhetta tukevan ja korvaavan kommunikoinnin arviointi

Toimintakyky

Kirjataan asiakkaan kommunikointiin liittyvä kyky selviytyä arjesta sekä toimintarajoitteet. Arvio voi perustua kuntoutuksen aikana tehtyihin havaintoihin, kuntoutujan ja/tai lähipiirin haastatteluun, arviointiin tai testaukseen.

RP 110, RP 120, RP 121-127 ja RP130 (ks. testaus- ja arviointitulokset)

Suunnitelma

Yhdessä asiakkaan tai läheisen kanssa laadittu puheterapiasuunnitelma, joka perustuu puheterapia-arvioon. Kirjataan tiivistelmä arvioinnista ja jatkosuositus.

- RP 233 Palautekeskustelu
- RP 140 Puheterapiasuunnitelma

Suunnitelmaa voi myös jäsentää nimikkeillä RP 110, RP 120, RP 121-127 ja RP130

Esimerkki puheterapeutin toteuttaman väli/loppuarvion kirjaamisesta. Otsikoista ja nimikkeistä valitaan tarpeelliset:

Väliarvio/Loppuarvio

Käytetään pääotsikon tavoin yläotsakkeena.

Diagnoosi: Hoitotapahtuman tapahtumadiagnoosit. (Diagnoosin kirjaaminen vaihtelee työpaikalla sovitun käytännön mukaisesti).

Kuntoutus

Kirjataan puheterapian toteutus. Kirjataan tiedot terapian sisällöstä, määrästä, intensiteetistä, kestosta ja edistymisestä.

- RP 210 Yksilöllinen puheterapia
- RP 211 Vuorovaikutus- ja kommunikointikyvyn kuntoutus
- RP 212 Kielellis-kognitiivisten toimintojen kuntoutus
- RP 213 Puhemotoristen toimintojen kuntoutus
- RP 214 Äänen hoito ja kuntoutus
- RP 215 Syömis- ja nielemistoimintojen kuntoutus
- RP 216 Puhetta tukevan ja korvaavan kommunikoinnin harjoittelu
- RP 220 Ryhmäpuheterapia
- RP 230 Puheterapeuttinen ohjaus ja neuvonta
- RP 231 Asiakkaan ohjaus ja neuvonta
- RP 232 Lähiyhteisön ohjaus
- RP 233 Palautekeskustelu

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Kirjataan asiakkaan saama apuvälinepalvelu, kuten suunnittelu ja seuranta, käytön ohjaus ja harjoittaminen sekä apuvälineen päivittäminen.

- RP 126 Puhetta tukevan ja korvaavan kommunikoinnin harjoittelu
- RP 231 Asiakkaan ohjaus ja neuvonta
- RP 232 Lähiyhteisön ohjaus

Testaus- ja arviointitulokset

Kirjataan tehdyt testit ja muut tutkimukset tuloksineen. Mahdollisten testipisteiden lisäksi kirjataan niiden pohjalta tehdyt tulokset ja johtopäätökset.

- RP 120 Puheterapeuttinen arviointi
- RP 121 Vuorovaikutus- ja kommunikointikyvyn arviointi
- RP 122 Kielellis-kognitiivisten toimintojen arviointi
- RP 123 Puhemotoristen toimintojen arviointi
- RP 124 Äänen arviointi
- RP 125 Syömis- ja nielemistoimintojen arviointi
- RP 126 Puhetta tukevan ja korvaavan kommunikoinnin arviointi
- RP 127 Kommunikaatioympäristön arviointi
- RP 130 Osallistuminen moniammatilliseen arviointiin

Toimintakyky

Kirjataan asiakkaan kommunikointiin liittyvä kyky selviytyä arjesta sekä toimintarajoitteet. Arvio voi perustua kuntoutuksen aikana tehtyihin havaintoihin, kuntoutujan ja/tai lähipiirin haastatteluun, arviointiin tai testaukseen.

- RP 110, RP 120, RP 121-127 ja RP130 (ks. testaus- ja arviointitulokset)

Suunnitelma

Kirjataan tiivistelmä arvioinnista ja jatkosuositus.

- RP 233 Palautekeskustelu
- RP 140 Puheterapiasuunnitelma
- Suunnitelmaa voi myös jäsentää nimikkeillä RP 110, RP 120, RP 121-127 ja RP130

Lausunto-otsikkoo käytetään, kun puheterapeutin asiantuntija-arvio tehdään viranomaispäätöksen perusteeksi (Esim. Kelalle menevät kuntoutussuositukset, puhetulkkisuosituks jne.). Tekstiä jäsennetään nimikkeistön avulla.

Kansalliset otsikot:

Puheterapeuttiliiton suosittelemat otsikot ovat tummennettuna. Tummennettujen otsikoiden lisäksi voi ajoittain olla tarve käyttää myös muita kansallisia otsikoita.

Diagnoosi

Esitiedot (anamneesi)

Hoidon tulokset

Hoitoisuus

Hoidon tarve

Konsultaatio / Lähet

Kuntoutus

Loppuarvio (epikriisi)

Nykytila (status)

Riskitiedot

Toimenpiteet

Tutkimukset

Lääkehoito

Hoitotoimet

Lausunto

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Fysiologiset mittaukset

Hoidon syy

Ennaltaehkäisy (preventio)

Terveystarkastus

Terveysteen vaikuttavat tekijät

Testaus- ja arviointitulokset

Toimintakyky

Väliarvio

Suunnitelma

Muu merkintä

Päivittäismerkintä (decursus)

Etäkontakti

Tulosyy

Hoidon tavoitteet

Puheterapeuttien työpaikoilla on käytössä useita eri potilastietojärjestelmiä, jotka tukevat rakenteista kirjaamista, erityisesti nimikkeistön ja fraasien käyttöä vaihtelevalla tavalla. Järjestelmiä on tärkeä saada kehitettyä siten, että ne mahdollistavat nimikkeistön ja fraasien sujuvan käytön, ja näin nopeuttavat kirjaamista.

LIITE 3

Toimintaperiaatteet laatinut työryhmä

Juha Aalto, terveystalvelujohtaja, johtava yllääkäri, Lieto
Eija Ahti, johtava puheterapeutti Turku
Harri Arikka, erikoislääkäri, Tyks
Tarja Hernesniemi, osastonhoitaja, Salo
Anna-Maija Isola, puheterapeutti, Salo
Tiia Kaljonen, puheterapeutti, Turku
Taina Kannosto-Blomqvist, puheterapeutti, Tyks
Anja Kylävalli, palvelualuejohtaja, Tyks, pj
Janne Lähdesmäki, vs. vastuualuejohtaja, erikoislääkäri Tyks
Satu Rimmanen, puheterapeutti Tyks
Katja Saarela, johtava puheterapeutti Tyks, siht.
Mira Uronen, puheterapeutti Raisio

Valmistelua varten oli kaksi erillistä alatyöryhmää

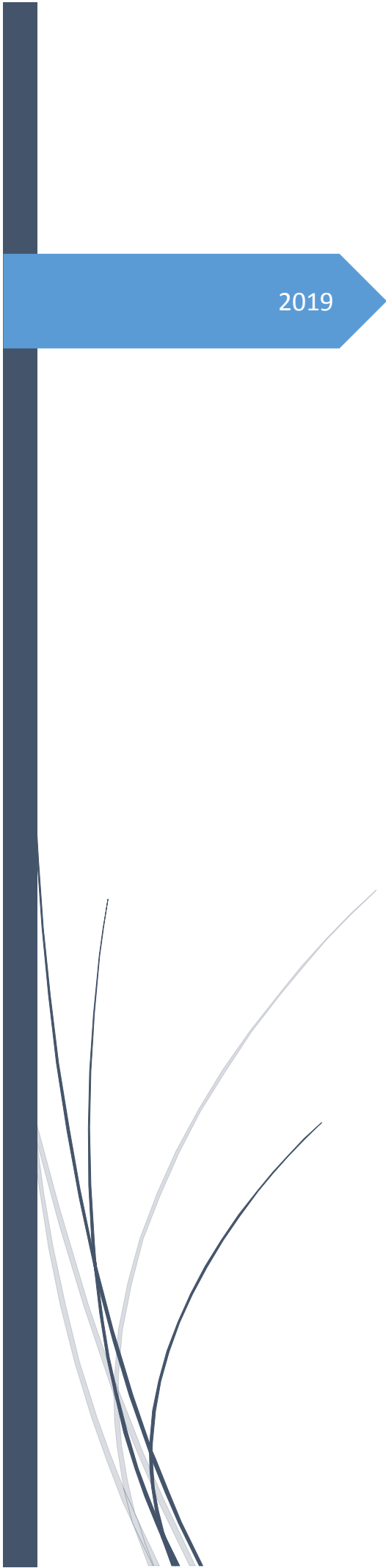
Aikuisten alatyöryhmä:

Juha Aalto, terveystalvelujohtaja, johtava yllääkäri, Lieto
Tiia Kaljonen, puheterapeutti, Turku
Taina Kannosto-Blomqvist, puheterapeutti Tyks
Anja Kylävalli, palvelualuejohtaja, Tyks, pj
Janne Lähdesmäki, vs. vastuualuejohtaja, erikoislääkäri Tyks
Katja Saarela, johtava puheterapeutti Tyks, siht.
Mira Uronen, puheterapeutti, Raisio

Lasten ja nuorten alatyöryhmä:

Juha Aalto, terveystalvelujohtaja, johtava yllääkäri, Lieto
Eija Ahti, johtava puheterapeutti Turku
Harri Arikka, erikoislääkäri Tyks
Tarja Hernesniemi, osastonhoitaja, Salo
Anna-Maija Isola, puheterapeutti Salo
Anja Kylävalli, palvelualuejohtaja Tyks, pj
Satu Rimmanen, puheterapeutti Tyks
Katja Saarela, johtava puheterapeutti Tyks, siht.

Lisäksi valmisteluun osallistuivat yksiköiden puheterapeutit antaen arvokasta tietoa työryhmien valmistelutyöhön.



2019

VSSH:n ALUEEN RAVITSEMUSTERAPIAN TOIMINTAPERIAATTEITA

Varsinais-Suomen kuntien sosiaali- ja
terveyshuollon järjestämissuunnitelma,
ravitsemusterapien alatyöryhmä

RAVITSEMUSTERAPIAN ALATYÖRYHMÄ
VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPUOLUSTUS

Sisällys

1 RAVITSEMUSTERAPIA OSANA POTILAAN HOITOA JA KUNTOUTUSTA	3
2 LAADUKAS RAVITSEMUSOHJAUS JA -TERAPIA ERI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIRYHMIEN ANTAMANA	3
2.1 Ravitsemusohjauksen työnjako koulutuksen antaman osaamistason perusteella.....	4
3 RAVITSEMUSTERAPIA	6
3.1 RAVITSEMUSTERAPIAAN LIITTYVÄ ARVIOINTI, SUUNNITTELU JA SEURANTA	6
3.1.1 Ravitsemusterapiaan liittyvä anamneesi.....	6
3.1.2 Ravinnonsaannin määrittäminen	6
3.1.3 Ravinnontarpeen arviointi.....	7
3.1.4 Ravitsemuksen kokonaisarvio	7
3.1.5 Ravitsemusohjaus.....	7
3.1.6 Ravitsemushoitosuunnitelma ja seuranta	7
4. RAVITSEMUSTERAPIAAN LÄHETTÄMISEN KRITERIT	8
4.1 YLIPAINO JA LIHAVUUS.....	8
4.2 TYYPIN 2 DIABETES	9
4.3 TYYPIN 1 DIABETES (insuliininpuutosdiabetes)	10
4.4 SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET	11
4.5 RUOKA-ALLERGIAT JA -YLIHERKKYYDET	13
4.6 KASVISRUOKAVALIOT- VEGAANIRUOKAVALIO.....	14
4.7 VAJAARAVITSEMUS	14
4.8 ÄRTYVÄN SUOLEN OIREYHTYMÄ (IBS)	16
4.9 TULEHDUKSELLISET SUOLISTOSAIRAUDET (IBD)	16
4.10 KELIAKIA JA IHOKELIAKIA.....	17
4.11 MAKSAN JA HAIMAN SAIRAUDET.....	17
4.12 SUOLILEIKATUT	18
4.13 MUNUAISTEN KROONINEN VAJAATOIMINTA	20
4.14 SYÖPÄSAIRAUDET.....	21
4.15 LETKURAVITSEMUS (PEG, PEJ, NML)	22
4.16 NEUROLOGISET SAIRAUDET	22
4.17 PSYKIATRISET SAIRAUDET.....	23
4.18 KEHITYSVAMMAISET	24
4.19 SYNNYNNÄISET AINEENVAIHDUNTASAIRAUDET	25
4.20 KESKOSTEN RAVITSEMUSHOITO	25

LIITTEET.....	26
Liite 1. NRS 2002 – lomake vajaanavitsemusriskin arviointiin	27
Liite 2. MNA – lomake vajaanavitsemusriskin arviointiin yli 65-vuotiailla.....	28
Liite 3. STRONGkids- lomake vajaanavitsemusriskin arviointiin lapsilla	29
Liite 4. Toimintaperiaatteet laatinut työryhmä	30

1 RAVITSEMUSTERAPIA OSANA POTILAAN HOITOA JA KUNTOUTUSTA

Ravitsemushoito kuuluu oleellisena osana useiden sairauksien hoitoon ja on keskeinen teema kansansairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä. Ravitsemusterapia ja -ohjaus tulee toteuttaa terveydenhuoltolain mukaisesti eli laadukkaasti, yhdenvertaisesti, oikea-aikaisesti, asiakaskeskeisesti, suunnitellusti ja sovittu yhteistyössä eri terveydenhuollon toimijoiden kesken.

Kunnissa ja kuntayhtymissä tulee huolehtia ravitsemushoidon ja -ohjauksen riittävydestä, laadukkuudesta ja oikea-aikaisesta saatavuudesta. Ravitsemushoidon merkityksestä on olemassa riittävästi tutkimustietoa ja kaiken terveydenhuollossa annettavan ravitsemusohjauksen tulee perustua olemassa olevaan tutkimustietoon ja kansalliseen tai kansainväliseen konsensuskseen ravitsemushoidon linjauksista. Potilaan saama ravitsemushoito- ja -ohjaus tulee olla todennettavissa potilasasiakirjoista.

***Jokaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tulee olla käytössä ravitsemusterapeutin asiantuntijatu-
kea ravitsemushoidon ja -ohjauksen suunnitteluun ja sen laadun ylläpitämiseen sekä muun henkilökunnan
kouluttamiseen. Lisäksi jokaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tarvitaan suunnitelmat siitä, mihin
ravitsemusterapeutin arviota ja ohjausta tarvitsevat potilaat lähetetään, eli miten palvelut tuotetaan.***

Tässä asiakirjassa linjataan erityisesti sitä, mitkä ovat keskeisimmät ravitsemusohjausta- ja terapiaa tarvitsevat potilasryhmät, mikä on ravitsemusterapeutin rooli potilaiden ravitsemusohjauksessa ja ravitsemushoidon linjaamisessa sekä missä tilanteessa olevien potilaiden tulee päästä ravitsemusterapeutin vastaanotolle.

2 LAADUKAS RAVITSEMUSOHJAUS JA -TERAPIA ERI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIRYHMIEN ANTAMANA

Ravitsemushoito on vaikuttavaa, kun se perustuu ravitsemus- ja lääketieteelliseen tutkimustietoon ja toteutetaan yksilöllisesti kunkin potilaan tilanteeseen sovellettuna. Laadukkaan ja vaikuttavan ravitsemusohjauksen toteuttaminen vaatii erityisosaamista. Terveystieteiden ammattiryhmien peruskoulutuksiin sisältyvä ravitsemustieteen opetus ei useinkaan riitä, kliinisen ravitsemustieteen koulutusohjelmaa lukuun ottamatta, antamaan tarvittavia tietoja ja taitoja yksilöllisen, laadukkaan ja vaikuttavan ravitsemusohjauksen antamiseksi ilman lisäkoulutusta.

Laadukkaaseen, yksilölliseen ravitsemusohjaukseen kuuluu tarpeen tunnistamisen jälkeen olennaisena osana ruokavaliokartoitus, jonka pohjalta toteutetaan yksilöllinen tavoitteiden asettaminen, ravitsemusohjaus ja seuranta. Ilman ravitsemuskartoituksen tekemistä ravitsemusohjaus voidaan antaa vain yleisellä tasolla.

Ruokavaliokartoituksen teosta ja laadukkaasta ravitsemusohjausprosessista sekä kirjaamiskäytännöistä löytyy tietoa Vesote -projektissa vuonna 2018 tuotetussa oppaasta, joka löytyy jatkossa VSSHP:n Perusterveydenhuollon yksikön www – sivuilta (Mäkelä Katja: Laadukas ravitsemusohjaus -opas).

2.1 Ravitsemusohjauksen työnjako koulutuksen antaman osaamistason perusteella

1) Kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt

- a. Ravitsemuksen merkityksen puheeksi ottaminen
- b. Säännölliseen ja monipuoliseen syömiseen kannustaminen
 - i. Lautasmalli, ruokapyramidi
 - ii. Itseohjautuvat kyselylomakkeet ravitsemuksesta (esim. Sydänliitto)
 - iii. Terveyskylän omahoitopolulle ohjaaminen (Tutustu ruokatottumuksiisi)

2) Terveydenhoitajat, sairaanhoitajat ja asiaan perehtyneet lähihoitajat

- a. Terveyttä edistävän ruokavalion ohjaaminen eri ikäryhmille **yleisellä tasolla** laadukkaita potilasohjeita käyttäen
- b. Yleisten ravitsemussuosituksen mukaisen ruokavalion ohjaaminen **yleisellä tasolla** kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa laadukkaita potilasohjeita käyttäen
- c. Ko. hoitajat voivat antaa *yleisten ravitsemussuosituksen mukaista yksilöllisempää ravitsemusohjausta*, jos ovat saaneet lisäkoulutusta yleisistä ruoankäytön selvitysmenetelmistä (esim. D2D-kyselyn käyttö ravitsemusohjauksen pohjana)
- d. Yksilöllisen ravitsemusohjauksen tarpeen tunnistaminen ja potilaan ohjaaminen sairauskohtaisesti erikoistuneen sairaanhoitajan tai ravitsemusterapeutin vastaanotolle sovittujen lähetekäytäntöjen mukaisesti

3) Jonkin sairaustilanteen ravitsemushoitoon erikoistuneet sairaanhoitajat (esim. diabeteshoitaja)

- a. Vastaavat omaan erikoistumisalaansa kuuluvien potilaiden **yleisestä ravitsemusohjauksesta** laadukkaita potilasohjeita käyttäen moniammatillisen tiimin tukemana
- b. Diabeteshoitajat voivat antaa *ravitsemussuositusten mukaista yksilöllisempää ravitsemusohjausta*, jos ovat saaneet lisäkoulutusta yleisistä ruoankäytön selvitysmenetelmistä (esim. D2D-kyselyn käyttö ravitsemusohjauksen pohjana)
- c. Yksilöllisen ravitsemusohjauksen tarpeen tunnistaminen ja potilaan ohjaaminen ravitsemusterapeutin vastaanotolle sovittujen lähetekäytäntöjen mukaisesti
- d. Yhteisten ravitsemushoitokäytäntöjen luominen moniammatillisen tiimin jäsenenä

4) Lääkärit

- a. Ravitsemuksen merkityksen puheeksi ottaminen ja ravitsemusohjauksen ja ravitsemusterapian tarpeen tunnistaminen
- b. Diagnosoinnin kautta erityisruokavalion tarpeen toteaminen ja sen merkityksestä ja toteuttamisesta kertominen. Potilaan motivointi.
- c. Ravitsemusohjaukseen (hoitajat) tai ravitsemusterapiaan (ravitsemusterapeutti) lähettäminen
- d. Yhtenäisten ravitsemushoitokäytäntöjen luominen moniammatillisen tiimin jäsenenä

5) Ravitsemusterapeutti

- a. Potilaan nykyruokavalion ravitsemuksellisen riittävyyden arviointi sekä ruoka- että ravintoainetasolla kattavan ravintoanamneesin perusteella
- b. Riittävyyden arvioinnin perusteella **yksilöllisen ravitsemushoitosuunnitelman laatiminen** tarvittavista toimista ruokavalion ravitsemuksellisen riittävyyden saavuttamiseksi sekä ruoka-aine- että ravintoainetasolla.
- c. Potilaan käytännön ohjaus ja seuranta, kunnes riittävä taso ruokavaliossa on saavutettu
- d. Ravitsemushoidon laadun varmistaminen moniammatillisissa hoitoprosesseissa sekä yhtenäisten ravitsemushoitokäytäntöjen luominen moniammatillisen tiimin jäsenenä
- e. Muiden ammattiryhmien kouluttaminen / konsultointi

3 RAVITSEMUSTERAPIA

Ravitsemusterapeutti on Itä-Suomen yliopistosta, terveystieteiden tiedekunnasta (ent. lääketieteellinen tiedekunta) valmistunut Terveystieteiden maisteri, TtM (aiemmin myös THM, ETM, ja MMM). Ravitsemusterapeutti on Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) laillistama ja valvoma terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on oikeus työskennellä terveyskeskusten, sairaaloiden, yksityisten lääkäriasemien ja kuntoutuslaitosten ravitsemusterapeuttina. **Laillistetut ravitsemusterapeutit ovat terveydenhuollon ainoa ammattiryhmä, jolla on ravitsemushoitoon ja -terapiaan erikoistunut yliopistokoulutus.**

Ravitsemusterapia toteutuu asiakkaan tai asiakasryhmän välisessä vuorovaikutuksessa tai moniammatillisena yhteistyönä. Se perustuu ravitsemuksen ja ravitsemushoidon syvälliseen tuntemiseen sekä asiakkaan elämäntilanteen kokonaisuuden huomioon ottamiseen. Ravitsemusterapia voi olla sekä sairauksien hoitoa että sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä ravitsemuksen keinoin. Ravitsemusterapiaan liittyvä arviointi, suunnittelu ja seuranta ovat perustana ravitsemusterapian toteuttamiselle. Asiakkaan hyvä hoito edellyttää usein lähihenkilöiden ohjausta sekä yhteistyötä hoitoon osallistuvien ammattiryhmien ja tahojen kanssa.

Ravitsemusterapian sisältö ja tapaamiskertojen määrä riippuvat asiakkaan keskeisistä ongelmista ja tarpeista. Keskimäärin tapaamiskertoja on 2–10. Vastaanottotilanne potilaan läsnä ollessa kestää n. 45–90 min. Seurantakäynnit kestävät n. 30–60 min. Tämän lisäksi vastaanoton etukäteisvalmisteluihin sekä käyntitekstin sekä muiden vaadittavien potilasasiakirjamerkintöjen tekemiseen kuluu aikaa vähintään 20–30 min vastaanottokertaa kohden. Näiden lisäksi erillistä aikaa on varattava, jos on tarpeen tehdä ruokapäiväkirjojen tarkempi laskenta ravintolaskentaohjelmalla tai laatia yksilöllinen, kirjallinen potilasohje.

3.1 RAVITSEMUSTERAPIAAN LIITTYVÄ ARVIOINTI, SUUNNITTELU JA SEURANTA

3.1.1 Ravitsemusterapiaan liittyvä anamneesi

Anamneesilla hankitaan tietoa asiakkaan ruoankäytöstä, syömiskäyttäytymisestä, elintavoista, elämäntilanteesta, voinnista, tiedoista, taidoista, motivaatiosta ja aiemmasta saadusta ravitsemusohjauksesta ja ravitsemusterapian toteuttamiseen vaikuttavista muista tekijöistä. Asiakkaan tottumukset ja elämäntilanne ovat aina yksilöllisen ravitsemusohjauksen lähtökohta.

Tiedot ruoankäytöstä ja ruokailutottumuksista kerätään haastattelemalla tai kirjallisesti ruokapäiväkirjan tai ruoankäyttökyselyn tai ruoankäytön seurannan avulla, tavallisimmin 1–7 vrk:n osalta. Syömiskäyttäytymistä voidaan kartoittaa erilaisilla seuloilla (esim. BES, BITE)

3.1.2 Ravinnonsaannin määrittäminen

Ravinnonsaannin määrittäminen tehdään haastattelun ja ruokapäiväkirjan tai ruoankäytön seurannan pohjalta arvioiden. Arvio voidaan tehdä joko ruoka-aine- tai ravintoainetasolla potilaan tilanteesta ja tarpeesta riippuen. Apuna voidaan käyttää ravintolaskentaohjelmaa.

3.1.3 Ravinnontarpeen arviointi

Ravinnontarpeen arviointi tehdään potilaan sukupuolen, iän, koon (Paino, BMI), sairaustilanteen ja sen hoitotavoitteiden sekä sen hetkisen ravitsemustilan perusteella. Ravinnon tarpeen arvio tehdään energian, energiaravintoaineiden, vitamiinien ja kivennäisaineiden sekä nesteen osalta, potilaan kulloisenkin tarpeen mukaan.

3.1.4 Ravitsemuksen kokonaisarvio

Ravitsemuksen kokonaisarvio tehdään asiakaslähtöisesti diagnoosin, yleisanamneesin, ravintoanamneesin, fysiologisten ja laboratoriomittausten tulosten sekä ravinnontarpeen arvioinnin perusteella.

3.1.5 Ravitsemusohjaus

Ravitsemusohjaus perustuu ravitsemusterapiaan liittyvään arviointiin, suunnitteluun ja seurantaan. Ohjauksessa tuodaan esille ja vahvistetaan ruokatottumusten vahvuuksia ja etsitään keinoja ja vaihtoehtoja tarpeelliseksi katsottujen ruokavaliomuutosten tekemiseen. Motivointi perustuu ravitsemushoidon hyötyjen pohdintaan ja merkityksellisyyden kokemuksen syntymiseen potilaan henkilökohtaisessa elämässä. Tavoitteet asetetaan yhteistyössä potilaan kanssa hänen tilanteensa ja voimavaransa huomioon ottaen. Ohjaus annetaan pääosin ruoka-ainetasolla ja apuna käytetään näytteitä, kuvia, malleja ja muuta kirjallista materiaalia. Ohjaus voi koskea ravitsemushoidon ja ruokavalioiden toteuttamista, terveyden edistämistä, syömiskäyttäytymistä, tai muita ravitsemusta sivuavia elintapoja.

3.1.6 Ravitsemushoitosuunnitelma ja seuranta

Ravitsemushoitosuunnitelma sisältää asiakaslähtöisesti anamneesin ja ravinnontarpeen arvioinnin pohjalta tehdyn suunnitelman ravitsemushoidon tavoitteista, toteutuksesta, toteuttajista ja seurannasta. Seurannassa arvioidaan ravitsemushoidon toteutumista ja vaikuttavuutta potilaan ja hänen hoitoon osallistuvien tahojen kanssa ja päivitetään ravitsemushoitosuunnitelmaa ravitsemushoitoprosessin etenemisen mukaan.

Lähteet:

Ravitsemusterapianimikkeistö. Kuntaliitto 2017.

4. RAVISTEMUSTERAPIAAN LÄHETTÄMISEN KRITEERIT

4.1 YLIPAINO JA LIHAVUUS

Vastuu lihavuuden hoidosta on perusterveydenhuollossa moniammatillisella hoitotiimillä, johon kuuluu lihavuuden hoitoon koulutettu terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja, lääkäri, ravitsemusterapeutti, psykologi ja fysioterapeutti.

Aikuiset

Lihavuuden konservatiivinen hoito

Lihavan potilaan ohjaus toteutetaan aikuisilla ensisijaisesti perusterveydenhuollossa ryhmähoitona.

Ensisijainen hoitomuoto on suunnitelmallinen, usealla tapaamiskerralla annettava elintapaohjaus, joka sisältää ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuvaa ohjausta.

Käytännön toteutuksen koordinoi lihavuuden hoitoon koulutettu terveyden- tai sairaanhoitaja. Osa aikuispotilaista hyötyy erittäin niukkaenergisestä ruokavaliosta ja lääkityksestä elintapahoidon tukena. Tällöin tarvitaan ravitsemusterapeutin ja lääkärin ohjausta. Potilaan motivaatio on keskeistä hoidon onnistumisessa ja sen herättely on tarpeen ennen lihavuuden hoitoon ohjaamista.

Lihavuuden leikkaushoito erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoitoon potilas voidaan ohjata kun BMI on yli 40 kg/m² (sairaalloinen lihauus) tai kun BMI on 35–40 kg/m² (vaikea lihavuus) ja lihavuuteen liittyy liitännäissairauksia. Tällöin voidaan pohtia lihavuusleikkauksen mahdollisuutta.

Erikoissairaanhoidossa lihavuuden kirurgista hoitoa koordinoi moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu endokrinologi, ravitsemusterapeutti, gastrokirurgi, psykiatri ja sairaanhoitaja.

Lihavuuskirurgiaan edetään määrätyn hoitoprosessin mukaisesti.

Hoitoprosessiin sisältyy kolme ravitsemusterapeutin tapaamiskertaa preoperatiivisesti ja kolme käyntiä postoperatiivisesti.

Lihavuusleikkausprosessin päätyttyä, lihavuusleikatun potilaan pitkäaikaishoito toteutetaan perusterveydenhuollossa. ***Ravitsemusterapeutin tapaamiset perusterveydenhuollossa ovat tarpeen mm., jos potilaan paino lähtee noususuuntaiseksi tai ilmaantuu vitamiini- ja hivenainepuutoksia.***

Tarvittaessa potilas ohjataan takaisin erikoissairaanhoitoon (esim. postprandiaalinen hypoglykemia).

Lapset

Lasten lihavuuden hoito toteutetaan alkuun/lähtökohtaisesti perusterveydenhuollossa neuvolan ja kouluterveydenhuollon kautta. Ravitsemusterapeutin vastaanotolle olisi hyvä ohjata perheet jo varhaisessa vaiheessa, viimeistään kun

- koululaisilla pituuspaino on yli 40 % tai leikki-ikäisillä yli 20 %
- lapsi on lihonut nopeasti

Erikoissairaanhoidon lääkärin ja ravitsemusterapeutin arvioon lähetetään lapset, joilla on:

- hyvin vaikea lihavuus tai hyvin nopea lihominen
- imeväisiässä alkanut vaikea lihavuus
- kohonnut verenpaine, toistuvasti LDL > 4,0 mmol/l, ALAT > 80 tai poikkeava glukoosiainenvaihdunta
- munasarjojen monirakkulatauti (PCOS) tai uniapnea

Lähteet:

Käypä Hoito -suositus Lihavuus (aikuiset), 2013

Käypä Hoito -suositus Lihavuus (lapset), 2013

Pietiläinen KH, Suojanen L, Sane T, Nieminen MS. Lihavuuden hoidon nykytila perusterveydenhuollossa HUS-kuntayhtymän alueella. Toiminnankehittämishanke M9095K0246, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010.

4.2 TYYPIN 2 DIABETES

Tyypin 2 diabeetikon hoidon tulee olla moniammatillista yhteistyötä. Moniammatilliseen tiimiin kuulu mm. lääkäri, diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti, jalkaterapeutti, fysioterapeutti, psykologi sekä suun terveyden ammattilainen.

Tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden tulee saada asiantuntevaa ravitsemusohjausta sairauden toteamisvaiheessa ja tarvittaessa myöhemminkin. Ohjausta voi antaa ravitsemusterapeutti tai diabeteshoitaja.

Aikuiset

Ravitsemusterapeutin antamaa ruokavalio-ohjausta tarvitsevat erityisesti tyypin 2 diabeetikot, joilla on muita ruokavaliohoitoa vaativia sairauksia kuten:

- keliakia
- kihti
- dyslipidemia
- merkittävä ylipaino (BMI > 30 kg/m²)
- pitkäaikainen huono hoitotasapaino
- kohtalainen tai vaikea munuaisten vajaatoiminta
- gastropareesi.

Lapset

Lapsuus- ja nuoruusikäiset tyypin 2 diabeetikot ovat erikoissairaanhoidon piirissä ja tapaavat ravitsemusterapeuttia tarpeen mukaan yksilöllisesti.

Lähteet:

American Diabetes Association. 6. Glycemic Targets. Diabetes Care 2017;40:S48–S56, American Diabetes Association. 4. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care 2018;41:S38–S50

Diabetesliitto, Ruokavaliosuositus, 2008

Käypä Hoito -suositus Tyypin 2 diabetes, 2018

4.3 TYYPIN 1 DIABETES (insuliininpuutosdiabetes)

Tyypin 1 diabeetikon hoidon tulee olla moniammatillista yhteistyötä lääkärin, diabeteshoitajan, ravitsemusterapeutin, jalkaterapeutin, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän, psykologin sekä suun terveyden ammattilaisen kesken. Kaikkien diabetekseen sairastuneiden tulee saada asiantuntevaa ravitsemusohjausta sairauden toteamisvaiheessa ja tarvittaessa myöhemmin.

Aikuiset

Aikuisilla tyypin 1 diabeetikon hoidonohjauksesta vastaa ensisijaisesti diabeteshoitaja.

Ravitsemusterapeutin vastaanotolle tulee ohjata potilaat, joilla on diabeteksen lisäksi

- haiman vajaatoiminta
- keliakia tai laaja-alainen ruoka-allergia
- useita ruokavaliohoitoa vaativia sairauksia
- pitkäaikainen huono hoitotasapaino
- gastropareesi
- syömishäiriö
- kohtalainen tai vaikea munuaisten vajaatoiminta
- vajaaravitsemus tai
- vegaaniruokavalio.

Ravitsemusterapeutin antama ohjaus on suositeltavaa myös seuraavissa tilanteissa:

- tuore tyypin 1 diabetes
- ruokavalion toteuttaminen aiheuttaa haasteita
- merkittävä ylipaino (BMI > 30 kg/m²)
- raskauden suunnittelu tai
- merkittävä dyslipidemia.

Lapset

Tyypin 1 diabetesta sairastavat lapset hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Ravitsemusterapeutin vastaanotolle ohjataan lapsidiabeetikkomperhe tai diabeetikkonuori seuraavissa tilanteissa:

- vasta todettu diabetes (alkuosastojakson aikana 2 kertaa)
- alle 3-vuoden ikäiset n. 6 kk sairastumisesta
- tarvittaessa osastolla hoidon kertausjaksolla
- tarvittaessa n. 9–10 v. iässä sekä yläkouluun siirtymisen vaiheessa
- tarvittaessa kun diabeetikkolapsi esim. urheilee tai on kasvisruokailija.

Lähteet:

[https://www.diabetes.fi/files/3904/Liite 1. Tarkempi Tyypin 1 diabeteksen hoidon nykytilan ja kehitystarpeiden kuvaus.pdf](https://www.diabetes.fi/files/3904/Liite_1._Tarkempi_Tyypin_1_diabeteksen_hoidon_nykytilan_ja_kehitystarpeiden_kuvaus.pdf) (1.11.2018)

Diabetesliitto, Ruokavaliosuositus, 2008

Käypä Hoito -suositus Insuliinipuutosdiabetes, 2018

4.4 SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET

Vaikea hyperlipidemia

Aikuiset

Perusterveydenhuollossa terveydenhoitajat, työterveyshoitajat ja sairaanhoitajat ovat keskeisessä asemassa valtimotaudin ehkäisyn menestyksellisessä toteuttamisessa, johon kuuluvat ravitsemus- ja liikuntaneuvonta.

Valtimotaudin ehkäisytyö perusterveydenhuollossa tulee olla moniammatillista. Ravitsemusohjauksesta vastaavan tulee ensisijaisesti olla asiaan erittäin perusteellisesti koulutuksella perehdytetty terveydenhoitaja, jotta onnistunut ravitsemushoito olisi mahdollista. Potilaalla tulee olla mahdollisuus seurantakäynteihin.

Ravitsemusterapeutin ohjaus on tarpeen seuraavissa tilanteissa:

- terveydenhoitajan ohjaus ei ole tuottanut toivottua tulosta / ruokavalion toteuttaminen on vaikeaa
- potilaalla on useampia ravitsemushoidolla hoidettavia terveysongelmia tai sairauksia, kuten diabetes
- potilaalla on suurentunut riski aivoverenkiertohäiriöihin
- potilaan ruokavalio on rajoittunut
- potilas ei halua lipidilääkitystä.

Lapset

Ravitsemusohjauksen vastuuhenkilönä tulee olla ravitsemusterapeutti tai dyslipidemioiden ravitsemushoitoon erittäin perusteellisesti koulutuksella perehdytetty terveydenhoitaja, sairaanhoitaja tai lääkäri. Erikoissairaanhoitoon lääkärin ja ravitsemusterapeutin arvioon lähetetään

- familiaalista hyperkolesterolemiaa sairastavat lapset
- hyperlipidemialapset joilla on diabetes tai joille on tehty elinsiirto

Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminnassa noudatetaan yleensä kaikille suositeltuja ravitsemussuosituksia. Vajaatoiminnan edetessä ongelmana on usein lihaskato ja vajaaravitseminen, vaikka potilaalla voi samanaikaisesti olla ylipainoa. Potilaiden vajaaravitsemuksen riskiä tulee seuloa säännöllisesti ja potilaiden tulee saada tiivistä tukea ja ohjausta ko. potilasryhmän ohjaukseen hyvin perehtyneeltä sairaanhoitajalta tai terveydenhoitajalta.

Ravitsemusterapeutin arvioita ja ohjausta tarvitaan, jos potilas sairastaa edennyttä sydämen vajaatoimintaa ja hänellä on samanaikaisesti jokin seuraavista:

- vaikea sydämen vajaatoiminta
- vaikea ylipaino (BMI ≥ 35)
- vakava vajaaravitsemusriski (NRS-pisteet ≥ 5 tai MNA-pisteet < 17)
- muita ravitsemushoitoa vaativia sairauksia, jotka vaikeuttavat ruokavalion toteuttamista.

Lapset

Ravitsemusterapeutti on erikoissairaanhoidossa osa moniammatillista työryhmää. Sydänlasten vajaaravitsemusriskiä tulee arvioida aktiivisesti kaikissa sairauden vaiheissa. Ravitsemusterapeutin on hyvä osallistua hoitoon jo varhaisessa vaiheessa, etenkin jos

- kasvu- ja/tai painonnousu on epätyydyttävää
- aloitetaan letkuravitseminen.

Lähteet:

Käypä Hoito -suositus Dyslipidemiat, 2017

Käypä Hoito -suositus Sydämen vajaatoiminta, 2017

Sydämen vajaatoiminnan ravitsemushoito. Uusitupa M. Ravitsemustiede kirja, toim. Aro A, Mutanen M, Uusitupa M. Duodecim. 2012.

4.5 RUOKA-ALLERGIAT JA -YLIHERKKYYDET

Ruoka-aineallergioiden hoidossa ravitsemusterapeutti on osa moniammatillista tiimiä. Ravitsemusterapeutin tehtävänä on kouluttaa muuta henkilökuntaa, kehittää ravitsemushoitokäytäntöjä sekä toimia konsulttina potilaiden hoidossa. Kun potilaan ruokavaliota rajoitetaan, hänen tulee aina saada ammattitaitoista ohjausta ruokavalion toteuttamisesta.

Aikuiset

Ravitsemusterapeutti vastaanotolle lähetetään potilaat seuraavissa tilanteissa:

- Potilaalla on useita ruoka-allergioita ravitsemuksellisesti keskeisille ruoka-aineille ja herää epäily ruokavalion ravitsemuksellisesta riittävydestä
- Kun potilas tarvitsee tukea ruokavalion laajentamisessa (ei tarvetta välttämisruokavaliolle).

Lapset

Hoitoyksikössä, jossa tutkitaan ja hoidetaan keskeisille ruoka-aineille allergisia lapsia, tulee olla käytettävissä ravitsemusterapeutti. Tavoitteena on, että ohjaus järjestyy kuukauden kuluessa välttämisruokavalion aloittamisesta.

Ravitsemusterapeutin vastaanotolle lähetetään potilaat seuraavissa tilanteissa:

- lapselle aloitetaan monia ravitsemuksessa keskeisiä ruoka-aineita koskeva pitkäkestoinen välttämisruokavalio (erityisesti viljat)
- lapsen kasvussa ilmenee ongelmaa
- imettävä äiti aloittaa itsellään suppean välttämisruokavalion.

Lähteet:

Käypä hoito -suositus Lasten ruoka-aineallergiat, 2017

4.6 KASVISRUOKAVALIOT- VEGAANIRUOKAVALIO

Vegaaniruokavaliota noudattavat eivät syö mitään eläinperäistä ruokavaliossa (liha, kala, maito ja kananmuna pois ruokavaliosta). Lakto- ja ovo-kasvisruokavaliota noudattavat syövät maitotuotteita ja kananmunaa. Pescokasvisruokavaliossa syödään myös kalaa. Ravitsemusterapeutin ohjaus vaaditaan, että lapsi tai nuori saa päiväkotiin ja kouluun ruokavaliotodistuksen vegaaniruokavaliosta. Ravitsemusterapeutin tehtävänä on kouluttaa muuta henkilökuntaa.

Ravitsemusterapeutin ohjauksen tarvitsevat:

- vegaaniruokavaliota noudattavat perheet ja nuoret
- raskaana olevat vegaanit tai joilla on niukka kasvisruokavalio
- muuta kasvisruokavaliota noudattavat lapset, joiden ruokavalio on suppea tai kasvu on huonoa.
- kasvis- tai vegaaniruokavaliota noudattavat lapset, joilla myös ruoka-aine-allergioita
- syömishäiriötä sairastavat tai epäily syömishäiriöstä.

Lähteet:

Syödään yhdessä, 2016

4.7 VAJAARAVITSEMUS

Aikuiset ja lapset

Vajaaravittu tai vajaaravitsemuksen riskissä oleva on usein väsynyt, voimaton ja ruokahalu on huono. Vajaaravitseminen altistaa infektioille ja painehaavoille sekä lisää esim. leikkauksen komplikaatioita. Tämän myötä vajaaravitseminen huonontaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua sekä hidastaa toipumista. Koska toipuminen vaikeutuu, myös hoidon tarve kasvaa, jolloin hoitoaika pitenee ja terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät sekä kuolleisuus lisääntyy.

Erityisesti/esimerkiksi seuraavissa sairaustilanteissa vajaaravitsemuksen riskiä on tarpeen arvioida systemaattisesti:

- syöpä
- dementia/muistisairaus
- suunnitteilla oleva isompi leikkaus
- krooninen haava/painehaava
- keuhkohtaumatauti
- munuaisten, sydämen ja maksan vajaatoiminnat
- geriatriset, neurologiset ja psykiatriset kuntoutuspotilaat
- palovamma
- nielemis- ja puremisvaikeus
- rakennemuutettu ruoka esim. sosemainen tai nestemäinen ruokavalio
- Kaikki yli 70-vuotiaat

Vajaaravitsemusta ja vajaaravitsemuksen riskiä voidaan arvioida mm. seuraavilla testeillä:

- NRS 2002, aikuiset sairaalan osastoilla ja poliklinikoilla (liite 1)
- MNA lyhyt ja pitkä, yli 65 v perusterveydenhuollossa ja vanhusten pitkäaikaishoidossa (liite 2)
- STRONGkids ,lapset ja nuoret (liite 3)

Toimenpiteet MNA- JA NRS 2002-riskitestien perusteella

NRS 2002	MNA lyhyt (seulonta)	MNA pitkä (ravitsemustilan arviointi)	Toimenpiteet
0–2 pistettä ei riskiä/ vähäinen riski	12–14 pistettä normaali ravitsemustila	24–30 pistettä normaali ravitsemustila	• ruuankäytön seuranta • monipuolisen syömisohjaus • painon seuranta • toistetaan testi (3-12 kk)
3–4 pistettä kohtalainen riski	8–11 pistettä riski virheravitsemukselle	17–23,5 pistettä riski virheravitsemukselle	• ruokavalion tehostaminen • Potilasohjaus hoitajan toimesta • ruuan käytön seuranta • painon seuranta 1 x vko
5–7 pistettä vakava riski	0–7 pistettä virheravitseminen	alle 17 pistettä virheravitseminen	• ruokavalion tehostaminen • ruuan käytön seuranta • painon seuranta 1-2 x vko • ravitsemusterapeutin konsultointi

Toimenpiteet lasten STRONGkids riskitestin perusteella

Pistemäärä	Riski	Ravitsemushoito ja jatkotoimet
4–5 pistettä	Suuri riski	• päivitä kasvukäyrä • pyydä lääkäriä ja ravitsemusterapeuttia arvioimaan ravitsemustila ja laatimaan henkilökohtainen hoito-ohje ja seurantasuunnitelma • arvioi vajaaravitsemusriski viikoittain
1–3 pistettä	Keskitason riski	• päivitä kasvukäyrä • harkitse tehostetun ravitsemushoidon tarve • arvioi vajaaravitsemusriski viikoittain
0 pistettä	Vähäinen riski	• tehostettu ravitsemushoito ei ole tarpeen • tarkista paino ja pituus säännöllisesti 8sairaalan käytännön mukaisesti) • arvioi vajaaravitsemusriski viikoittain

Lähteet:

MNA: http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/mna_mini_finnish.pdf

tai https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf

NRS 2002: <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito/>

4.8 ÄRTYVÄN SUOLEN OIREYHTYMÄ (IBS)

Aikuiset

Ärtyvän suolen oireyhtymästä kärsivät potilaat hyötyvät usein ruokavaliohoidosta (FODMAP). Ravitsemushoito voidaan aloittaa, kun lääkäri on poissulkenut muut mahdolliset vatsaoireita aiheuttavat sairaudet kuten keliakian ja tulehdukselliset suolistosairaudet. Ohjauksen antaa aiheeseen perehtynyt ravitsemusterapeutti. Hoito toteutetaan pääasiassa perusterveydenhuollossa. Ensiohjaus voidaan toteuttaa myös ryhmämuotoisena.

Ravitsemusterapeutille potilas ohjataan mikäli:

- potilas on motivoitunut FODMAP-dieettikokeiluun
- potilas on karsinut ruokavaliotaan merkittävästi
- oireet ovat hankalia.

Lapset

Ravitsemusterapeutti tapaa ärtyvän suolen lapsipotilaat yleensä FODMAP rajoitteisen ruokavalion aloituksen yhteydessä tai sitä harkittaessa. Lisäksi seurantakäyntejä sovitaan vähintään siten että ruokavalio saadaan purettua noin 6–8 vk ruokavalion noudattamisen jälkeen.

4.9 TULEHDUKSELLISET SUOLISTOSAIRAUDET (IBD)

Aikuiset

Tulehduksellisten suolistosairauksien hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, johon kuuluu lääkäri, hoitaja sekä ravitsemusterapeutti. Ravitsemushoidon tavoitteena on vajaaravitsemuksen ja ravitsemukseen liittyvien häiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito. Ravitsemushoidon merkitys on oleellista myös ennen mahdollisia kirurgisia toimenpiteitä. Ravitsemusohjausta voi antaa lääkäri, hoitaja tai ravitsemusterapeutti. Hoitoa annetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Ravitsemusterapeutin antamaa ruokavalio-ohjausta tarvitaan erityisesti, jos

- potilas on vakavassa vajaaravitsemusriskissä NRS-pisteet ≥ 5
- potilas on karsinut ruokavaliotaan merkittävästi
- potilas on menossa kirurgiseen operaatioon ja NRS-pisteet ≥ 5
- potilaalle tehdään/on tehty korkea avanne
- potilaalla on lyhytsuolisyyndrooma.

Lapset

IBD potilaiden hoitoon osallistutaan erityisesti jos kasvussa ja/tai painonkehityksestä huolta, ruokavalio on rajoittunut tai esim. Crohnin tauti potilailla suunnitellaan enteraalista ravitsemuskuntoutusta Modulen valmistella. Tapaamisia järjestetään yksilöllisesti tarpeen mukaan 1–4 kertaa/vuosi.

Lähteet:

[Forbes A](#) ym. ESPEN Guideline: Clinical Nutrition in inflammatory disease. Clin. Nutr 2017; 36: 321–347

4.10 KELIAKIA JA IHOKELIAKIA

Aikuiset ja lapset

Keliakian ja ihokeliakian ainoana hoitona on elinikäinen gluteeniton keliakiaruokavalio. Keliakiapotilaita hoitaa moniammatillinen tiimi, johon kuuluu lääkäri, keliakiahoitaja sekä ravitsemusterapeutti. Lääkäri ja koulutettu keliakiahoitaja antavat usein alkuohjauksen, mutta ravitsemusterapeutin antama ruokavalio-ohjaus on välttämätöntä. Ravitsemusterapeutti tapaa uudet keliakiapotilaat kaksi kertaa. Jatkoseurannat toteutetaan yksilöllisesti tarvittaessa.

Ravitsemusterapeutille lähetetään:

- kaikki vastasairastuneet
- mikäli myöhemmin vasta-aineet koholla tai suolinukka ei ole parantunut
- refraktaarikeliakia
- kun elämäntilanteessa tapahtuu muutoksia (esim. nuori muuttaa asumaan itsenäisesti)

Lähteet:

Keliakialiitto

Käypä hoito -suositus Keliakia, 2018

4.11 MAKSAN JA HAIMAN SAIRAUDET

Aikuiset

Maksasairauksien hoito edellyttää moniammatillisen tiimin yhteistyötä. Oikea-aikaisella ravitsemushoidolla voidaan hoitaa esim. rasvamaksaa sekä estää ja hidastaa mm. maksakirroosin etenemistä. Ravitsemushoitoa voi antaa siihen pätevöitynyt hoitaja tai ravitsemusterapeutti.

Haiman sairauksissa tarvitaan myös moniammatillisen hoitotiimin osaamista. Tiimiin kuuluu mm. lääkäri, ravitsemusterapeutti ja sairaanhoitaja/diabeteshoitaja. Haiman eksokriininen vajaatoiminta aiheuttaa monia ravitsemuksellisia ongelmia, joten asianmukainen ravitsemusohjaus on ehdotonta. Ravitsemusohjauksen antaa ravitsemusterapeutti, mutta diabeetikon osalta myös diabeteshoitaja.

Potilaat lähetetään maksasairauksien osalta ravitsemusterapeutille, mikäli potilaalla on:

- vaikea vajaaravitsemusriski (NRS -pisteet ≥ 5 , MNA lyhyt -pisteet 0-7 tai MNA pitkä pisteet < 17)
- askites ja tarvitaan suola- tai nesterajoitusta
- sairaalloinen ylipaino (BMI 40).

Haimasairauksien osalta ravitsemusterapeutille ohjataan:

- ennen ja jälkeen haiman osa- tai kokopoiston
- haiman kroonisen eksokriinisen vajaatoiminnan toteamisen yhteydessä; Creon -hoidon aloitus
- vaikeissa vajaaravitsemusriskitilanteissa (NRS -pisteet ≥ 5).

Lapset

Maksa - ja haimapotilaiden hoito on aina moniammatillista. Ravitsemusterapeutti tapaa potilasta yksilöllisen tarpeen mukaan etenkin silloin kun kasvusta tai painonkehityksestä on huolta, joka usein liittyy ruoka-aineiden imeytymisen ongelmiin, ruokahaluttomuuteen tms. (STRONGkids pisteet 4–5)

Lähteet:

Plauth M. ym. ESPEN Guidelines for nutrition in liver disease and transplantation, Clinical Nutrition 1997; 16: 43–55

Weinmann ym. ESPEN Guideline: Clinical Nutrition in surgery. Clin. Nutr. 2017; 36: 623–650.

4.12 SUOLILEIKATUT

Aikuiset

Ravitsemushoidon tavoitteena on kohottaa potilaan ravitsemustilaa suolistoon kohdistuvaa leikkausta edeltävästi sekä leikkauksen jälkeen auttaa potilasta ylläpitämään neste-suolatasapainoa, tukea toipumista leikkauksesta ja ehkäistä tai hoitaa vajaaravitsemusta tai ylläpitää hyvää ravitsemustilaa. Lisäksi ravitsemushoidon tarkoituksena on korjata mahdollisista imeytymishäiriöstä aiheutuvat vitamiini- ja kivennäisainepuutteet.

Leikkausta edeltävä ravitsemusohjaus voi tapahtua joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Ravitsemusterapeutin lisäksi myös sairaanhoitaja voi antaa ravitsemusohjausta soveltuville potilaille (NRS 1–4 p.). Heti leikkauksen jälkeen annettava ravitsemusohjaus toteutetaan erikoissairaanhoidossa avannehoidon toimesta. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy myöhemmin perusterveydenhuoltoon, voidaan myös ravitsemushoidon seuranta siirtää perusterveydenhuoltoon.

Ravitsemusterapeutin ohjausta ja seurantaan tarvitaan erityisesti, mikäli kyseessä on:

- vaikea vajaaravitsemusriski (NRS -pisteet ≥ 5)
- monisairas potilas
- mahalaukun osa- tai kokopoisto
- korkea avanne
- laaja suoliresektio (lyhytsuolisyndrooma)
- HIPEC.

Lapset

Suolileikattujen lapsipotilaiden tapaamiset ovat pääasiassa yhteiskäyntejä gastroenterologian pkl:lla. Lisäksi ravitsemusterapeutille voi olla erillisiä seurantasoittoja neuvolapunnitusten jälkeen. Hoitoon osallistutaan erityisesti jos kasvussa ja/tai painonkehityksestä huolta, ruokavalio rajoittunut tai esim. epäillään ravintoaineiden imeytymishäiriötä. Tapaamisia yksilöllisesti tarpeen mukaan 1–4 kertaa/vuosi.

Lähteet:

Käypä hoito -suositus; Leikkausta edeltävä arviointi, 2014

Weinmann ym. ESPEN Guideline: Clinical Nutrition in surgery. Clin. Nutr. 2017; 36: 623–650.

4.13 MUNUAISTEN KROONINEN VAJAATOIMINTA

Aikuiset

Munuaisten vajaatoiminta luokitellaan munuaisten glomerulusten toimintakyvyn (GFR) perusteella vaiheisiin 0–5. Varhaisvaiheiden (0–3) hoito ja seuranta kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Vaiheessa 4–5 olevat munuaisten vajaatoimintaa sairastavat tulisi hoitaa erikoissairaanhoidossa.

Hoitoon osallistuvat vaiheesta riippuen mm. lääkäri, hoitaja, sekä ravitsemusterapeutti. **Alkuvaiheen (0–2) ravitsemushoidosta voi huolehtia esim. diabeteshoitaja/munuaishoitaja. Viimeistään vajaatoiminnan vaiheessa 3 tarvitaan ravitsemusterapeutin osallistumista hoitoon**, koska tällöin fosforin ja proteiinin saantiin joudutaan kiinnittämään huomiota. Mikäli potilaalla on muita ravitsemushoitoa vaativia sairauksia tai vaa-
jaaravitsemuksen riski, potilas tulee ohjata ravitsemusterapeutille jo varhaisemmassa vaiheessa.

Hoidon siirryttyä erikoissairaanhoidoon munuaisten vajaatoimintaa sairastavan ravitsemushoitoa toteuttaa munuaissairauksiin perehtynyt ravitsemusterapeutti yhdessä muiden hoitotiimin jäsenten kanssa.

Ravitsemusohjauksen tarve kr. munuaisten vajaatoiminnan eri vaiheissa

Arvioitu keskimääräinen aktiivisen ravitsemusohjauksen tarve			
Kroonisen munuaistaudin vaihe	GFR ml/min	Henkilökohtaisen ohjauksen tarve hoitokertojen määrä/hoitovuosi	Ohjauksen antaja
0	≥ 90 ja	2–3	Asiaan perehtynyt hoitaja
1	90		
2	60–89	2–3	Asiaan perehtynyt hoitaja
3	30–59	2–3	Ravitsemusterapeutti (ensisijaisesti PTH)
4	15–29	1. vuosi 3–4 2. ja sitä seuraavat vuodet 2–3	Ravitsemusterapeutti (PTH, ESH)
5	< 15	1. vuosi 3–4 2. ja sitä seuraavat vuodet 2–3	Ravitsemusterapeutti (ESH)

Lapset

Lasten munuaissairaudet hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Ravitsemusterapeutti osallistuu hoitoon tarpeen mukaan.

Lähteet:

Krooninen munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset hoitosuosituksat 2009

Cano ym. Espen guidelines on Enteral Nutrition: Adult Renal Failure, Clinical Nutrition 2006

Riktlinjer för nutritionsbehandling vid njursvikt utan dialys, Dietisternas Riksförbund 2006

Riktlinjer för nutritionsbehandling vid hemodialys, Dietisternas Riksförbund 2012

4.14 SYÖPÄSAIRAUDET

Aikuiset

Syöpäpotilaat ovat heterogeeninen ryhmä. Moniammatilliseen hoitotiimiin kuuluu mm. lääkäri, syöpähoitaja, ravitsemusterapeutti, puheterapeutti ja fysioterapeutti. Hoitojen aikana ja välittömästi hoitojen jälkeen annettava ravitsemusohjaus toteutetaan erikoissairaanhoidossa syöpähoitajan tai ravitsemusterapeutin toimesta. Kaikilta syöpäpotilaita on säännöllisesti seulottava vajaaravitsemuksen riski. Mikäli potilaan hoitovastuu siirtyy myöhemmin perusterveydenhuoltoon, voidaan myös ravitsemushoidon seuranta siirtää perusterveydenhuoltoon.

Ravitsemusterapeutille lähetetään kun:

- NRS -pisteet ≥ 5 , MNA (lyhyt) -pisteet ≤ 7 tai MNA (pitkä) ≤ 17
- sädehoito kohdistuu pään- ja kaulan alueelle
- on kyseessä haima-, sappitie-, ruokatorvi- ja mahalaukkusyöpäpotilaat
- aloitetaan suun kautta syömistä tueksi letkuravitseminen
- syöpäkasvain tai kasvaimeen kohdistuvat sytostaatti- säde- tai leikkaushoidot vaikuttavat ruoan kulkuun tai imeytymiseen esim. lyhytsuolisyndrooma
- kyseessä on kylusvuoto.

Lapset

Ravitsemusterapeutti tapaa potilaan

- alentuneen vastustuskyvyn aikaisen (AVA) ruokavalion ohjauksessa
- letkuravitsemuksen aloituksessa
- kun vajaaravitsemusriski todetaan suureksi (STRONGkids 4–5 pist).

Lähteet:

ESPEN Guidelines on nutrition in cancer patients

Käypä hoito -suositus Suusyöpä 2012

4.15 LETKURAVITSEMUS (PEG, PEJ, NML)

Aikuiset

Letkuravitsemusta hyödynnetään, kun ruokailu suun kautta on riittämätöntä. Letkuravitsemuksen toteuttamiseen tarvitaan moniammatillisen tiimin (lääkäri, asiaan kouluttautunut sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti, kotihoito) yhteistyötä. PEG tai PEJ asennus tehdään erikoissairaanhoidossa, joten alkuohjaus toteutetaan siellä ravitsemusterapeutin ja asiaan kouluttautuneen hoitajan toimesta. Potilaan tulee saada kattavat tiedot letkuravitsemuksen käytännön toteutuksesta sekä hoitotarvikkeiden saannista (todistus hoitotarvikkejakelulle). Lääkäri toteaa letkuravitsemuksen tarpeen ja kirjoittaa reseptin potilaan käytössä olevasta letkuravintovalmisteesta korvauksen saamista varten.

Potilas lähetetään ravitsemusterapeutille kun:

- NML käyttö pitkittyy > 3 viikkoa
- aloitetaan pitkäaikainen letkuravitsemus (PEG tai PEJ)
- paino on laskusuunnassa
- potilaalla esiintyy jatkuvaa ripulia tai muita ruoansulatuskanavan ongelmia.

Lapset

Ravitsemusterapeutti osallistuu aina letkuravitsemuksen suunnitteluun ja toteutumisen seurantaan.

4.16 NEUROLOGISET SAIRAUDET

Useat neurologiset potilaat ovat vajaaravitsemusriskissä ja ravitsemushoidossa tarvitaan usein moniammatillista osaamista. Ravitsemushoidon järjestämiseen osallistuvat tällöin ravitsemusterapeutin lisäksi mm. lääkäri ja puheterapeutti sekä tarvittaessa sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti.

Neurologisen sairauden oireita voidaan usein hoitaa tai lieventää ruokavalion avulla. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi painonhallinnan ongelmat, ummetus ja muut toiminnalliset suolistovaivat sekä nielemis- ja puremisongelmat.

Ravitsemusterapeutti osallistuu hoitoon kun havaitaan tai kyseessä on:

- merkittäviä nielemis- tai puremisongelmia
- tahatonta laihtumista tai vajaaravitsemustila NRS pisteet ≥ 5
- letkuravitsemuksen suunnittelu, toteutus ja seuranta.

Ketogeeninen ruokavalio epilepsian hoidossa

Ketogeeninen ruokavalio on vakiintunut hoitomuoto erikoissairaanhoidossa lasten ja nuorten vaikean epilepsian ja tiettyjen epilepsiatyyppien hoidossa. Myös aikuisilla voidaan kokeilla vaikean epilepsian hoitoon ketogeenistä ruokavaliota.

Ravitsemusterapeutti on aina mukana osana erikoissairaanhoidon moniammatillista tiimiä epilepsian hoitoon käytetyn ketogeenisen ruokavalion hoitoprotokollan mukaisessa suunnittelussa ja toteutuksessa.

4.17 PSYKIATRISET SAIRAUDET

Psykiatriset sairaudet sekä jotkin psyykenlääkkeet altistavat syömiskäyttäytymisen ja ruokahalun muutoksille sekä ruokavalion yksipuolistumiselle. Nämä lisäävät riskiä vajaaravitsemukseen. Psykiatriin sairauksiin saat-
taa liittyä myös metabolian muutoksia. Syömiskäyttäytymisen ja ruokavalion muutokset altistavat ravintoai-
nepuutosten lisäksi painon muutoksille sekä mielenterveyden häiriön vaikeutumiselle. Painonnousun tai -
laskun ja ravintoainepuutosten myötä riski somaattiselle sairastavuudelle lisääntyy. Ravitsemusterapiaa har-
kittaessa on huomioitava potilaan voimavarat ja elämäntilanne, jotta ravitsemusterapia toteutuisi oikea-aikai-
sesti ja olisi mahdollisimman vaikuttavaa.

Ravitsemusterapia on tarpeen, kun

- ruokavalio on yksipuolinen ja rajoittunut
- potilaalla on todettu vaikea vajaaravitsemuksen riski
- aloitetaan painonnousulle tai ruokahalun muutoksille altistava psyykenlääkitys ja potilaan elintavat eivät tue painonhallintaa
- potilaan paino on voimakkaan lasku- tai noususuuntainen
- potilas on aloittanut tiukan laihdutuskurin painonsa hallitsemiseksi
- syömiskäyttäytyminen on tavanomaisuudesta poikkeavaa (esim. ahmiminen, syöminen yöllä).

Syömishäiriöt

Aikuiset ja lapset

Syömishäiriöiden hoidossa ravitsemusterapeutin tulee olla osa moniammatillista tiimiä. Ravitsemusterapeutin tehtävänä on kouluttaa muuta henkilökuntaa, kehittää ravitsemushoitokäytäntöjä sekä toimia konsulttina potilaiden hoidossa. Usein ravitsemusterapeutin on tarpeen tavata potilasta yhdessä muiden hoito-ryhmään kuuluvien jäsenten sekä potilaan verkoston kanssa.

Lähetä ravitsemusterapeutille tehdään seuraavissa tilanteissa:

- herää epäily syömishäiriöstä tai huoli syömiskäyttäytymisestä (esim. Syömishäiriötesti SCOFF, Ahmintaipumuskysely BES, poikkeavat kasvukäyrät lapsilla)
- ravitsemustila ei korjaannu ja/tai ruokavalio laajene psykiatrisesta hoidosta huolimatta
- ravitsemus toteutetaan nenämahaletkun avulla
- syömishäiriöön sairastunut
 - noudattaa kasvisruokavaliota
 - sairastaa diabetesta
 - on raskaana tai suunnittelee raskautta

- imettää
- urheilee aktiivisesti
- on ollut lihavuusleikkauksessa

Pikkulasten syömispulmat/syömishäiriöt

Pikkulasten syömispulmat /syömishäiriöt alkavat ennen 6 vuoden ikää. Hoito on moniammatillista ja siinä painotetaan mm. psykoedukaatiota ja vuorovaikutus- ja kiintymyssuhdehoitoa. **Ravitsemusterapeutin vastaanotto on tarpeen, jos lapsen kasvu ja kehitys häiriintyy ja /tai jos ruokavalio yksipuolistuu.**

Neuropsykiatriset erityispiirteet

Ravitsemusterapia on tarpeen, kun

- kasvu ja/tai painonkehitys on hidastunut
- ruokien valinta on esim. aistiyliherkkyyden tai käytössä olevien lääkkeiden sivuvaikutusten vuoksi rajoittunutta ja ruokavalio kapeutunut, jolloin riski vajaanavitsemukselle on suurentunut
- potilas on aloittanut tiukan eliminaatoruokavalion hoitaakseen sairauttaan.

Lähteet:

American Dietetics Association. Psychiatric Nutrition Therapy: A Resource Guide for Dietetics Professionals Practicing in Behavioral Health Care, 2006.

Käypä hoito -suositus ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö), 2017

Lakhan S, Vieira K. Nutritional therapies for mental disorders. Nutr J. 2008 Jan 21;7:2.

4.18 KEHITYSVAMMAISET

Kehitysvammaisuuteen liittyy usein syömistä hankaloittavia lisäsairauksia ja -vammoja, kuten epilepsiaa, CP-vammaisuutta, refluksitautia ja suoliston toimintahäiriöitä, erityisesti ummetusta. Lääkehoito on keskimäärin runsasta ja lääkkeet voivat vaikuttaa ruokahaluun. Ravitsemustilan ja energiantarpeen arviointi on usein haasteellista mahdollisten yksilöllisten rakenteellisten poikkeavuuksien ja toiminnallisten rajoitteiden vuoksi. Psyykkiset sekä aistiherkkyyteen liittyvät syyt saattavat vaikuttaa ravitsemustilaan. Vajaanavitsemuksen riskin tiedetään olevan suuri erityisesti monivammaisilla kehitysvammaisilla. Virheravitsemuksen riski kasvaa, kun syöminen on valikoivaa.

Ravitsemusterapeutti osallistuu hoitoon ja seurantaan, kun

- ilmenee valikoivaa syömistä tai ruokailuun liittyviä haasteita
- ilmenee puremis- ja nielemisvaikeuksia ja tarvitaan rakennemuunnettua ruokavaliota
- kehitysvammaoireyhtymään liittyy ravitsemuksellisia erityispiirteitä
- painonkehitys ei ole tavanomaista tai tavoitteen mukaista
- tarvitaan ravitsemusterapeuttia energiantarpeen arviointiin (fyysinen yliaktiivisuus, matala energiakulutus)
- herää epäily vajaaravitsemuksesta tai sen riskistä
- toteutetaan erityisruokavaliota
- potilaalla on letkuravitsemus.

4.19 SYNNYNNÄISET AINEENVAIHDUNTASAIRAUDET

Aikuiset ja lapset

Aineenvaihduntasairauksien moniammatillinen hoito on keskitetty erikoissairaanhoidon lasten ja nuorten klinikalle. Erityisruokavalion ohjaus ja suunnittelu on yleensä välttämätön osa hoitoa useimmissa aineenvaihduntasairauksissa. Tyks:ssa hoidetaan monia erilaisia aineenvaihduntasairauksia, joissa mm. rajoitetaan tiettyjen aminohappojen, rasvahappojen tai joskus tiettyjen hiilihydraattien saantia. Näitä sairauksia on mm. synnynnäinen fruktoosi-intoleranssi, vaahterasiirappitauti, PKU, LCHAD-tauti, LPI, HOGA.

Ravitsemusterapeutti on tiiviisti mukana hoidossa heti diagnoosin alkuvaiheesta alkaen. Tapaamistiheys määräytyy sairausryhmäkohtaisesti ja yksilöllisesti, alussa käynnit tiheästi jopa 2 viikon välein, myöhemmin usein esim. 3–6kk välein yhteiskäyntinä lääkärin kanssa. Tiiviimmät seurannat jatkuvat yleensä pituuskasvukauden loppuun. Tämän jälkeenkin aikuisikäisten aineenvaihduntapotilaiden seuranta jää TYKS lasten ja nuorten klinikalle, jolloin tapaamisia keskimäärin n.1krt/v tai lääkärin harkinnan mukaan.

4.20 KESKOSTEN RAVITSEMUSHOITO

Ravitsemusterapeutti osallistuu keskoslasten hoitoon erikoissairaanhoidossa moniammatillisesti kehitysseuranta- ja/tai happipoliklinikkakäyntien yhteydessä tarvittaessa. Seurannan siirtyessä perusterveydenhuoltoon ravitsemusterapeuttia konsultoidaan mm. kasvun viivästyessä tai syömispuolmien vuoksi.

LIITTEET

Liite 1. NRS 2002 – lomake vajaanavitsemuksen riskin arviointiin

Liite 2. MNA -lomake vajaanavitsemuksen riskin arviointiin yli 65-vuotiailla

Liite 3. StrongKids -lomake vajaanavitsemusriskin arviointiin lapsilla

Liite 4. Toimintaperiaatteet laatinut työryhmä

Liite 1. NRS 2002 – lomake vajaaravitsemusriskin arviointiin

NRS 2002 -menetelmä
vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹

Päiväys _____

POTILAAN PERUSTIEDOT

Potilaan nimi		Henkilötunnus	
Pituus (cm)	Nykypaino (kg)	Painoindeksi BMI (kg/m ²)	Paino 3 kk sitten (kg)
	☐ punnitus ☐ ilmoitus		

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

BMI	Laihtuminen edeltävän 3 kuukauden aikana	Ruoan määrä edeltävällä viikolla
☐ Yli 20,5 = 0 p.	☐ Ei ole laihtunut = 0 p.	☐ Syönyt normaalin määrän = 0 p.
	☐ 5–10 % = 1 p.	☐ Syönyt yli puolet = 1 p.
☐ 18,5–20,5 = 2 p.	☐ 10–15 % (yli 5 % / 2 kk) = 2 p.	☐ Syönyt noin puolet tai alle = 2 p.
☐ Alle 18,5 = 3 p.	☐ Yli 15 % (yli 5 % / 1 kk) = 3 p.	☐ Syönyt erittäin vähän = 3 p.
Merkitse tähän suurin pistemäärä kohdista BMI, laihtuminen ja ruoan määrä		

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
Vaikeusaste	Normaali tilanne	Lievä • heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jatkella oleva potilas • kroonisesti sairas potilas, joka on sairaalassa lääkinnällisä sairautensa vuoksi • krooninen haava alle 25 cm² • paikallinen syöpä • alkoholi- tai huumeongelma	Kohtalainen • vuodepotilas • liikkuva potilas, jolla esim. levinnyt syöpä, vaikea suoliston tulehdussairaus, askettainen suuri välsän alueen leikkaukset, toistuvat leikkaukset, askettainen aivohalvaus, vaikea tulehdus, palovamma, painehaava, laaja krooninen haava, lonkkamurtuma, monivamma, akuutti leukemia	Vakava • tehohoito • pään alueen vammat • kantasolusairto • laihuushäiriö	

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE

SEULONTAPISTEET YHTEENSÄ (laske yhteen pisteet kohdista 1, 2 ja 3)
--

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

☐ 0 pistettä: Ei vajaaravitsemuksen riskiä
• Kirjaa seulontatulokset. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
☐ 1–2 pistettä: Vähäinen vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatulokset. • Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
☐ 3–4 pistettä: Kohtalainen vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
☐ 5–7 pistettä: Vakava vajaaravitsemuksen riski
• Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

¹ Mukailtu Kondrupin ym.(2003) julkaisusta sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan (2007) lomakkeesta.

Liite 2. MNA – lomake vajaaravitsemusriskin arviointiin yli 65-vuotiailla

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



Sukunimi:	Etunimi:			
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta

A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia
 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti
 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman
 2 = ei muutoksia

B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana
 0 = painonpudotus yli 3 kg
 1 = ei tiedä
 2 = painonpudotus 1-3 kg
 3 = ei painonpudotusta

C Liikkuminen
 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas
 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona
 2 = liikkuu ulkona

D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus?
 0 = kyllä 2 = ei

E Neuropsykologiset ongelmat
 0 = dementia tai masennus
 1 = lievä dementia
 2 = ei ongelmia

F Painoindeksi eli (BMI) = paino kg / (pituus m)²
 0 = BMI on alle 19
 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21
 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23
 3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos
 (vähimmäismaksimi 14 pistettä)

12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila
 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut
 0-7 pistettä: Virheravitsemus
 Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R

J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)
 0 = 1 ateria
 1 = 2 ateriaa
 2 = 3 ateriaa

K Sisältääkö ruokavalio vähintään
 • yhden annoksen maltovalmistetta (malto, juusto, pilma, villi) päivässä
 • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)
 • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä
 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus
 0.5 = jos 2 kyllä-vastausta
 1.0 = jos 3 kyllä-vastausta

L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia
 0 = ei 1 = kyllä

M Päivittäinen nesteiden juonti (esim. kahvi, tee, malto, mehu...)
 0.0 = alle 3 lasillista
 0.5 = 3-5 lasillista
 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista

N Ruokailu
 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä
 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua
 2 = syö itse ongelmitta

O Oma näkemys ravitsemustilasta
 0 = valkea virhe- tai alliravitsemus
 1 = on epävarma ravitsemustilastaan
 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin
 0.0 = ei yhtä hyvä
 0.5 = ei tiedä
 1.0 = yhtä hyvä
 2.0 = parempi

Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)
 0.0 = OVY on alle 21 cm
 0.5 = OVY on 21-22 cm
 1.0 = OVY on yli 22 cm

R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)
 0 = PYM on alle 31 cm
 1 = PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

Seulonta

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

Ref. Velaz B, Villers H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2008;10:458-465.
 Rubenstein LZ, Herker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:486-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N87200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-el-daily.com -sivuilta.

Ravitsemustilan arviointiasteikko

24-30 pistettä
 17-23,5 pistettä
 alle 17 pistettä

☐ Normaali ravitsemustila
☐ Riski virheravitsemukselle kasvanut
☐ Virheravitsemus

Liite 3. STRONGkids- lomake vajaaravitsemusriskin arviointiin lapsilla

STRONGkids - työkalu lasten vajaaravitsemusriskin seulontaan

Vajaaravitsemusriskin seulonta: tulohaastattelussa ja kerran viikossa 1 kk – 18 v ikäisille lapsille	Vastaus -> pisteet	
1) Onko potilaan ravitsemustila helppo subjektiivisen kliinisen arvioinnin perusteella (subkutaaninen rasva tai lihassa vähentynyt tai näkkinntyneet kasvot?)	Ei	Kyllä -> 1
2) Onko palno laskenut tai alle 1-vuotiaan palnonnonsu pysähtynyt edellisten viikkojen tai kuukausien aikana?	Ei	Kyllä -> 1
3) Onko potilaalla jokin seuraavista? • Runsas ripuli (5 ≥ kertaa/vrk) tai oksentelu (3 > kertaa/vrk) • Ravinnonsaanti vähentynyt muutaman edeltävän päivän aikana • Alempi tehostettu ravitsemushoito • Ravinnonsaanti riittämätön kivun takia	Ei	Kyllä -> 1
4) Onko taustalla salaus, johon liittyy vajaaravitsemuksen riski (katso luettelo), tai onko suunnitelmissa suuri leikkaus?	Ei	Kyllä -> 2

VAJAARAVITSEMUKSEN RISKI JA RAVITSEMUSHOIDON TARVE		
Pistemäärä	Riski	Ravitsemushoito ja jatkotoimet
4-5 pistettä	Suuri riski	- Päivitä kasvukäyrä (paino ja pituus) - Pyydä lääkäreitä ja ravitsemusterapeuttia arvioimaan ravitsemustila ja laatimaan henkilökohtainen ravitsemushoito-ohje ja seurantasuunnitelma - Arvioi vajaaravitsemusriski viikoittain
1-3 pistettä	Keskitason riski	- Päivitä kasvukäyrä (paino ja pituus) - Harkitse tehostetun ravitsemushoidon tarve - Arvioi vajaaravitsemusriski viikoittain
0 pistettä riski	Vähäinen	- Tehostettu ravitsemushoito ei ole tarpeen - Tarkista paino ja pituus säännöllisesti (sairaalan käytäntöjen mukaisesti) - Arvioi vajaaravitsemusriski viikoittain

Liite 4. Toimintaperiaatteet laatinut työryhmä

Hakanen Pia, erikoislääkäri, Tyks

Hakala-Pihlaja Marjut, ravitsemusterapeutti, Turku

Heinonen Katariina, ravitsemusterapeutti, Tyks

Hirvonen Sanna, ravitsemusterapeutti, Tyks

Karjalainen Saara, ravitsemusterapeutti, Turku

Kylävalli Anja, palvelualuejohtaja, Tyks, pj

Mäkelä Katja, ravitsemusterapeutti, Uusikaupunki

Niinikoski Harri, ylilääkäri, professori, Tyks, Turun Yo

Oksanen Pasi, suunnittelukoordinaattori, Turku

Saaresranta Tarja, osastonylilääkäri, Tyks

Salminen Mari, johtava ravitsemusterapeutti, Tyks, siht.

Ruottinen Soile, ravitsemusterapeutti Salo

Vainiomäki Suvi, Ylilääkäri, Turku

Vähäkylä Saara, ravitsemusterapeutti, Tyks

Lisäksi valmisteluun ovat osallistuneet seuraavat ravitsemusterapeutit:

Heikkilä Jaana, Tyks

Isotupa Sari, Tyks

Leino Hanna-Maria, Maskun neurologinen kuntoutuskeskus

Löf Nora, Tyks

Mäkitalo Maria, Tyks

Niemisalo Satu, Tyks

Sonninen Hanna-Mari, Kehitysvamma–alan tuki- ja osaamiskeskus

VSSH:N ALUEEN TOIMINTATERAPIAN TOIMINTAPERIAATTEITA

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma,
toimintaterapian alatyöryhmä

1. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen

Lääkinnällinen kuntoutus on lakisääteistä. Terveystoimintalain 29 §:n mukaan kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus ¹.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat:

- 1) kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus
- 2) potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi
- 3) kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia
- 4) toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet
- 5) apuvälinepalvelut
- 6) sopeutumisvalmennus
- 7) 1–6 kohdassa tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa.

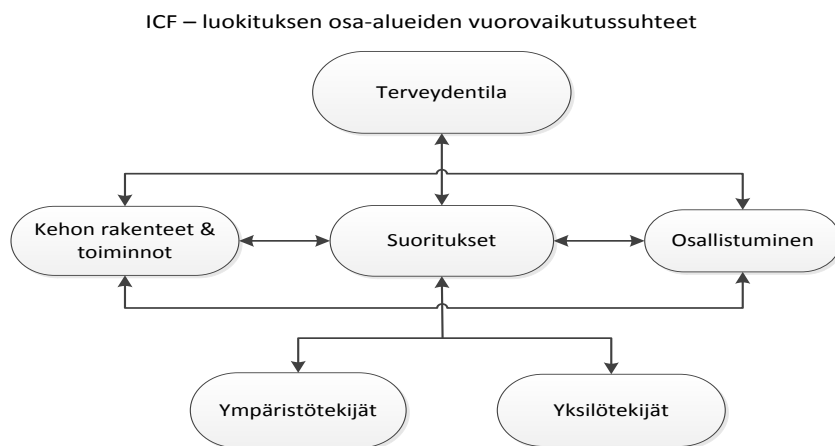
Kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää kuntoutusta, jos lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain ([566/2005](#)) 9 §:n ² perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinällinen kuntoutus, jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei selkeästi ole osoitettavissa. Jos järjestämis- ja kustannusvastuu kuuluu kuitenkin Kansaneläkelaitokselle, on sen suoritettava kunnalle kuntoutuksen toteuttamisesta aiheutuneet kustannukset.

Terveystoimintalain 8 §:n ³ mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystoimintalain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Terveystoimintalain 30 § ⁴ mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että henkilölle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista, mikäli henkilö tarvitsee kuntoutusta jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää perusterveydenhuollossa. Palvelujen yhteensovittaminen muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa määritellään potilaan yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa.

2. Kuntoutusprosessi suunnitellaan yksilöllisesti ja moniammatillisesti

Terapian tarpeen arvioinnissa tulee huomioida kokonaisvaltainen toimintakyky (ICF ajattelu)⁵ ja mahdollisuudet vaikuttaa toimintakykyyn terapian keinoin. Terapiaan lähettämisessä, suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa tulee arvioida terapian vaikuttavuutta ja saavutettavissa olevaa terveyshyötyä perustuen tutkimustietoon (esim. Käypä hoito-suositukseen) ja/tai hyvään kokemuseräiseen tietoon (Terveystietolaki 8§). Toimintakyvyn arvioimisesta tulee sopia yhtenäinen käytäntö ja menetelmät.



KUVIO 1: ICF-luokituksen osa-alueet

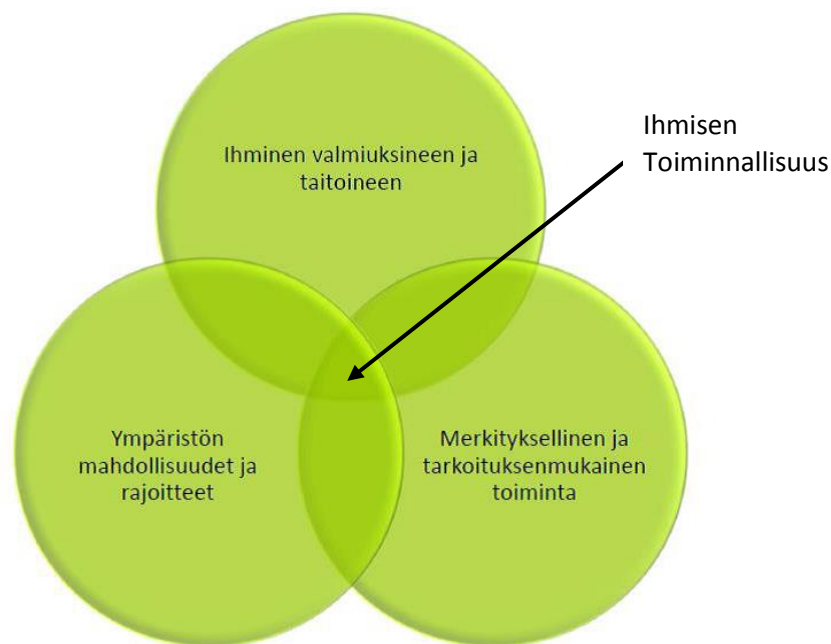
Organisaatiossa/toimintayksikössä tulee olla tarvittaessa mahdollisuus moniammatilliseen yhteistyöhön kuntoutussuunnitelman laatimisessa yhdessä potilaan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Moniammatillinen kuntoutustiimi (lääkäri, hoitajat, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ym.) yhdessä potilaan ja omaisten kanssa suunnittelee kuntoutuksen, asettaa tavoitteet potilaan voimavarojen mukaan sekä seuraa suunnitelman toteutumista. Potilaan toimintakykyä arvioidaan määrääjain. Toimintakykyä arvioidaan erilaisilla mittareilla, esim. TOIMIA tietokannan mittareilla.

Kuntoutuja on aktiivinen toimija ja yksilö, jonka osallisuudella on keskeinen merkitys kuntoutusprosessissa. Moniammatillinen henkilökunta ohjaa potilasta ja omaisia kuntoutusprosessin aikana. Kuntoutusprosessissa on tärkeää, että moniammatillisella työryhmällä on yhteiset tavoitteet sekä yhdenmukaiset linjat potilaan ohjauksessa. Potilaan kokonaistilanne ja muut sairaudet selvitetään ja pyritään optimaalisesti hoitamaan kuntoutuksen aikana. Kuntoutuminen suunnitellaan yksilöllisen arvion mukaan. Keskeistä on potilaan aktiivinen rooli omien voimavarojensa ja mahdollisuuksiensa mukaan. Potilaalla tulee olla motivaatiota oman terveytensä ja toimintakykynsä edistämiseksi ammattilaisen tuella.

3. Toimintaterapia

Toimintaterapia on kuntoutusta, joka perustuu toiminnan terapeuttiseen käyttöön. Toimintaterapeutit tuovat moniammatilliseen työryhmään asiantuntemusta toiminnan ja osallistumisen analysoinnista ja arvioinnista. Tavoitteena on asiakkaalle tärkeiden arjen toimintojen, kuten itsestä huolehtimisen, kotielämän, opiskelun, työssä selviytymisen, vapaa-ajan, leikin ja levon mahdollistaminen ja eri elämäntilanteisiin osallistumisen vahvistaminen. Toimintaterapeutti mahdollistaa eri-ikäisten ihmisten osallistumisen hänelle tärkeisiin päivittäisen elämän toimintoihin silloin, kun he esimerkiksi fyysisen tai psyykkisen sairauden, vaikean elämäntilanteen, ikääntymisen tai kehitysviivästyksen vuoksi tarvitsevat asiantuntijan apua. Toimintaterapiaa eivät ohjaa yhteiskunnan normit siitä, mikä merkityksellinen arki on, vaan merkityksellisyys kumpuaa ihmisestä itsestään.

Toimintaterapian keskiössä on ihmisen toiminnallisuus joka mahdollistuu taitojen eli havaittavan toiminnan kautta. Valmiudet ovat puolestaan ihmisen ominaisuuksia, joiden avulla havaittava toiminta mahdollistuu. Ihmisen ja ympäristön vuorovaikutus on toimintaterapian ydintä. Ympäristö voi olla joko toimintaa mahdollistava tai sitä rajoittava.⁶



KUVIO 2: Toiminnallisuus toimintaterapian keskiössä

Toimintaterapeutti on ammattikorkeakoulusta toimintaterapian koulutusohjelmasta valmistunut ja sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston laillistama terveydenhuollon ammattihenkilö.⁷

3.1 Toimintaterapiaan lähettäminen

Toimintaterapeutin vastaanotolle tullaan pääosin lääkärin läheteellä, joissakin kunnissa muun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tai varhaiskasvatuksen suosituksesta, joskus omaisen yhteydenoton perusteella. Terapiajaksoa varten potilaat tarvitsevat aina lääkärin lähetteen. Liitteessä 3 on esitetty, mitä tietoja lähetetekstin tulisi sisältää. Organisaatioiden sisällä on yleensä sovittu sisäisistä lähetekäytännöistä, toimintaterapiapyynnöstä tulee kuitenkin aina olla merkintä potilaskertomuksessa. Erikoissairaanhoidosta voidaan tehdä jatkolähete perusterveydenhuollon toimintaterapiaan. Siirtolähetteen malli on esitetty liitteessä 4. Suositeltavaa on, että lähete tehdään sähköisenä. TYKS:in toimintaterapiayksikkö palvelee ainoastaan organisaation sisäisiä toimi- ja palvelualueita, pelkästään toimintaterapiaan potilasta ei voi lähettää jollei hoitovastuu muutoin ole TYKS:ssä.

Toimintaterapian onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilaalla on riittävä kyky sitoutua terapiaan. Toimintaterapiassa voidaan keskittyä myös lähipiirin ohjaukseen, jolloin myös lähipiirin sitoutuminen on olennaista. Lääkinnällisenä kuntoutuksena toimintaterapiaa myönnetään silloin, kun potilaalla on sairaudesta tai vammasta johtuen merkittävä arkeen osallistumista estävä toimintakyvyn haitta ja toimintaterapiasta arvioidaan olevan merkittävää hyötyä potilaan toimintakyvyn edistämisessä tai ylläpidossa.

3.1.1 Milloin lapsi lähetetään toimintaterapeutin arvioon?

Toimintaterapeutisesta arviosta hyötyvät ne lapset, jotka eivät eri kehityksen osa-alueiden kypsymättömyydestä, sairaudesta tai vammasta johtuen kykene osallistumaan ikätasoisesti arjen toimintoihin. Huoli lapsen kehityksestä herää yleensä usealla taholla kuten lapsen vanhemmilla, varhaiskasvatuksessa ja/tai koulussa. Lapsi voi myös itse kokea toiminnot liian vaikeiksi ja turhautuu helposti. Lapsella voidaan havaita haasteita seuraavilla toimintakyvyn osa-alueilla:

Itsestä huolehtiminen

Lapsen omatoimisuustaidot eivät ole ikätasoiset, esimerkiksi pukeutumisessa ja ruokailussa.

Leikkiminen

Lapsella voi olla haasteita esimerkiksi ohjatussa ja vapaassa leikissä, yhteisleikissä, leikkivälineiden sekä mielikuvituksen käytössä.

Koulunkäynti ja opiskelu

Lapsella voi olla haasteita esimerkiksi ohjattuihin oppimistilanteisiin osallistumisessa, oppimisympäristöissä toimimisessa ja koulutehtävien tekemisessä päiväkodissa /koulussa.

Vapaa-aikaan osallistuminen

Lapsella voi olla haasteita osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin ja/tai muuhun itselle mielekkääseen toimintaan.

Ympäristössä selviytyminen

Lapsella voi olla merkittäviä haasteita omassa elinympäristössään (fyysinen/sosiaalinen/kulttuurinen ympäristö) selviytymisessä ja saattaa tarvita apua/erityispalveluja tai kodinmuutostöitä selviytymisen tueksi.

Lapsen valmiudet ja taidot mahdollistavat toimintaa ja ovat taustalla vaikuttamassa toimintakyvyssä ilmeneviin haasteisiin. Valmiuksien ja taitojen arvioinnin kautta voidaan tunnistaa lapsen vahvuuksia ja toisaalta toiminnan rajoitteita aiheuttavia ominaisuuksia. Toimintaterapiassa arvioitavia valmiuksia ja taitoja ovat:

Motoriset taidot

Esimerkiksi tilassa ja toiminnan aikana liikkuminen, esineiden käsittely, voiman käyttäminen ja fyysisen energian säätely

Prosessitaidot

Esimerkiksi toiminnan aloittaminen, jatkaminen, mukauttaminen ja loppuun saattaminen, tiedon etsiminen ja mielessä pitäminen, esineiden tarkoituksenmukainen käyttäminen, ohjeiden ymmärtäminen ja noudattaminen, keskittyminen, harkinta sekä päätöksenteko

Psyykkiset taidot

Esimerkiksi tunteiden ilmaisu sanallisesti ja sanattomasti, ilmaisun tarkoituksenmukaisuus ja tilanteeseen sopivuus sekä tunteiden hallinta

Sosiaaliset taidot

Esimerkiksi vuorovaikutus ja vastavuoroisuus tilanteeseen sopivalla tavalla, vuorovaikutuksen aloittaminen ja ylläpito, puolensa pitäminen ja ristiriitojen ratkaisu

Kivunhallintataidot

Esimerkiksi omien selviytymiskeinojen löytäminen ja käyttö

Sensoriset valmiudet ja aistitiedon käsittely

Esimerkiksi tuntoon, asentoon ja tasapainoon, näköön, kuuloon, kipuun ja hajuaistiin liittyvät aistihavainnot. Aistiyliherkkyys, aistialiherkkyys, aistimusten erottelu ja aistihakaisuus.

Motoriset valmiudet

Esimerkiksi kehon asento ja sen ylläpitäminen, lihaskestävyys, otteet, liikkeiden eriyttäminen, hahmottamisen ja motorisen toiminnan yhdistäminen, praksia, kehon keskiviivan ylittäminen sekä kehon puolien yhteistyö ja suun motoriikka

Kognitiiviset valmiudet

Esimerkiksi vireystila, tietoisuus, läsnäolo, orientaatio aikaan, paikkaan ja henkilöön, muisti, jaksottaminen, luokittelu, käsitteen muodostus, ongelmanratkaisu, oppiminen, luovuus, mielikuvitus, hahmottaminen

Psyykkiset valmiudet

Esimerkiksi omien ja muiden tunteiden tunnistaminen, stressin ja stressitekijöiden tunnistaminen, minäkuvan tutkiminen, omien kykyjen ja pystyvyyden arviointi, rooli-identiteetti, vastuullisuus ja arvojen mukaan toimiminen

Sosiaaliset valmiudet

Esimerkiksi kontaktin hakeminen ja vastaanottaminen ja kommunikaatiokeinot

Apuväline- ja ortoositarve

Joskus toimintaterapiaan ohjaututaan puhtaasti apuväline- tai ortoositarpeen arvioon. Apuvälineitä ovat lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet, painevaatteet sekä muut välineet ja teknologiset ratkaisut, joilla ihminen ylläpitää ja edistää toiminnallisuuttaan. Ortooseja ovat tehdasvalmisteiset ja yksilöllisesti valmistetut tuet, jotka mm. lievittävät kipua, ennalta ehkäisevät ja korjaava virheasentoja sekä mahdollistavat toimintaa.

Arvenhoito

Esimerkiksi palovammojen ja leikkausten jälkeisten arpien arviointi ja hoito

3.1.2 Milloin aikuinen lähetetään toimintaterapeutin arvioon?

Toimintaterapeuttisesta arviosta hyötyvät ne aikuispotilaat, joilla on vaikeuksia suoriutua arkitoimista ja osallistua arkeen itseä tyydyttävällä tavalla johtuen sairaudesta, vammasta tai muuttuneesta elämäntilanteesta. Fyysisestä, psyykkisestä ja/tai kognitiivisesta oireistosta johtuen potilailla voi olla haasteita seuraavilla toimintakyvyn osa-alueilla:

Itsestä huolehtiminen

Potilailla voi olla haasteita esimerkiksi pukeutumisessa, henkilökohtaisen hygienian ylläpidossa, wc-toiminnoissa ja ruokailussa.

Kotielämä ja asiointi

Potilailla voi olla haasteita esimerkiksi kauppa-asioinneissa, raha-asioista huolehtimisessa, virastoissa asioinneissa, liikkumisessa paikasta toiseen ja kulkuneuvojen käytössä, ruuan laitossa, siivouksessa, vaatehuollossa ja muista perheenjäsenistä tai kotielämistä huolehtimisessa.

Vapaa-aikaan osallistuminen

Potilaalla voi olla vaikeuksia osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin ja/tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

Lepo ja ajankäyttö

Potilaalla voi olla ongelmia unitoiminnoissa, kuten nukahtamisessa, unen määrässä ja laadussa sekä unisyklissä. Haasteita voi olla myös toiminnan aiheuttamasta kuormituksesta palautumisessa (rentoutuminen) sekä toiminnan ja levon sekä eri toimintakokonaisuuksien välisen tasapainon ylläpidossa.

Ympäristössä selviytyminen

Potilaalla voi olla merkittäviä haasteita omassa elinympäristössään (fyysinen/sosiaalinen/kulttuurinen ympäristö) selviytymisessä ja saattaa tarvita apua/erityispalveluja tai kodinmuutostöitä selviytymisen tueksi.

Edellä mainittuihin suorituksiin ja osallistumiseen vaikuttavat usein sairaudesta tai vammasta johtuvat valmius- ja taitotason haasteet, joiden selvittäminen on olennaista jotta arvioinnin perusteella toteutettu terapia kohdentuu oikein. Tähän tarkempaan arviointiin toimintaterapeuteilla on vahvaa osaamista. Toimintaterapiassa arvioitavia valmiuksia ja taitoja ovat mm.

Motoriset taidot

Esimerkiksi tilassa ja toiminnan aikana liikkuminen, esineiden käsittely, voiman käyttäminen ja fyysisen energian säätely

Prosessitaidot

Esimerkiksi toiminnan aloittaminen, jatkaminen, mukauttaminen ja loppuun saattaminen, tiedon etsiminen ja mielessä pitäminen, esineiden tarkoituksenmukainen käyttäminen, ohjeiden ymmärtäminen ja noudattaminen, keskittyminen, harkinta sekä päätöksenteko

Psyykkiset taidot

Esimerkiksi tunteiden ilmaisu sanallisesti ja sanattomasti, ilmaisun tarkoituksenmukaisuus ja tilanteeseen sopivuus sekä tunteiden hallinta

Sosiaaliset taidot

Esimerkiksi vuorovaikutus ja vastavuoroisuus tilanteeseen sopivalla tavalla, vuorovaikutuksen aloittaminen ja ylläpito, puolensa pitäminen ja ristiriitojen ratkaisu

Kivunhallintataidot

Esimerkiksi kivun sietäminen ja kompensatiokeinojen löytäminen

Sensoriset valmiudet

Esimerkiksi tuntoon, asentoon ja tasapainoon, näköön, kuuloon, kipuun ja hajuaistiin liittyvät aistihavainnot

Motoriset valmiudet

Esimerkiksi kehon asento ja sen ylläpitäminen, lihaskestävyys, otteet, liikkeiden eriyttäminen, hahmottamisen ja motorisen toiminnan yhdistäminen, praksia, kehon keskiviivan ylittäminen sekä kehon puolien yhteistyö ja suun motoriikka

Kognitiiviset valmiudet

Esimerkiksi vireystila, tietoisuus, läsnäolo, orientaatio aikaan, paikkaan ja henkilöön, muisti, jaksottaminen, luokittelu, käsitteen muodostus, ongelmanratkaisu, oppiminen, luovuus, mielikuvitus, hahmottaminen

Psyykkiset valmiudet

Esimerkiksi omien ja muiden tunteiden tunnistaminen, stressin ja stressitekijöiden tunnistaminen, minäkuvan tutkiminen, omien kykyjen ja pystyvyyden arviointi, rooli-identiteetti, vastuullisuus ja arvojen mukaan toimiminen

Sosiaaliset valmiudet

Esimerkiksi kontaktin hakeminen ja vastaanottaminen ja kommunikaatiokeinot

Apuväline- ja ortoositarve

Joskus toimintaterapiaan ohjaututaan puhtaasti apuväline- tai ortoositarpeen arvioon. Apuvälineitä ovat lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet, painevaatteet sekä muut välineet ja teknologiset ratkaisut, joilla ihminen ylläpitää ja edistää toiminnallisuuttaan. Ortooseja ovat tehdasvalmisteiset ja yksilöllisesti valmistetut tuet, jotka mm. lievittävät kipua, ennalta ehkäisevät ja korjaava virheasentoja sekä mahdollistavat toimintaa.

Arvenhoito

Esimerkiksi palovammojen ja leikkausten jälkeisten arprien arviointi ja hoito.

3.2 Toimintaterapeuttinen arviointi

Toimintaterapiassa arvioidaan kokonaisvaltaisesti potilaan toiminnallisuutta. Arvioinnissa käytetään erilaisia standardoituja testi- ja arviointimenetelmiä (kts. Liite 2), potilaan havainnointia sekä potilaan ja läheisten haastattelua. Arviointiin voi sisältyä myös ortoosi- ja apuvälinetarpeen arviointi. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden saatavuusperusteet on määritellyt Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisessa apuvälinepalveluiden toimintakäytännössä (VALPAS) tai sitä seuraavassa valtakunnallisessa suosituksessa. <http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/tp1/Documents/valpas.pdf>

Toimintaterapeuttisella arvioinnilla voi olla monenlaisia tavoitteita. Arvioinnin tavoite voi olla toimintaterapiatarpeen selvittäminen tai käynnissä olevan toimintaterapian vaikuttavuuden ja jatkoterapiatarpeen arviointi. Toimintaterapeuttisella arvioinnilla voidaan ottaa kantaa myös potilaan kotona/työssä/koulussa/päiväkodissa pärjäämiseen.

Toimintaterapeuttisessa arviossa yksilötekijöiden arvioinnin lisäksi elämäntilanteen selvittäminen ja ympäristötekijöiden arviointi ovat olennaisessa roolissa. Mikäli vastaanotolla näistä osa-alueista ei saada tarpeeksi kattavaa tietoa, on suositeltavaa että arviointi toteutuu ainakin osittain potilaan omassa ympäristössä eli yleisimmin potilaan kotona.

Arviointi sisältää yleensä 1-5 käyntikertaa (ajallisesti keskimäärin tunnin per käynti). Arvioinnin pituuteen vaikuttaa arvioitavan toimintakyvyn ja yhteistyökyvyn taso. Arvioinnista laaditaan aina palaute.

Toimintaterapiatarpeen arviointi suoritetaan aina julkisen tahon toimesta, suositus ei koskaan voi perustua pelkästään palveluntuottajan tai kuntoutuslaitoksen suorittamaan terapiatarpeen arvioon. Toistuvissa terapiajaksoissa julkisen sektorin väliarvio on suositeltavaa suorittaa 1-2 vuoden välein.

3.3 Toimintaterapiasuunnitelma

Toimintaterapiasuunnitelma perustuu toimintaterapeuttiseen arviointiin ja laaditaan terapian alkaessa yhteistyössä potilaan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Suunnitelmassa sovitaan toimintaterapian tavoitteet, menetelmät, määrä, tiheys ja kesto. Tavoitteiden tulee olla

yksilöllisesti laadittuja, konkreettisia, ja realistisia. Toimintaterapiasuunnitelmassa tulee huomioida myös potilaan muu kuntoutus ja suunnitella toimintaterapia kokonaisuuteen soveltuvaksi. Suunnitelmaa laadittaessa moniammatillinen keskustelu on suositeltavaa.

3.4 Toimintaterapian toteuttaminen

Toimintaterapia voi harkinnan mukaan toteutua yksilöllisesti tai ryhmässä, joko vastaanotolla tai potilaan arkiympäristössä. Mahdollista on myös terapian toteutus osittain vastaanotolla ja osittain arkiympäristössä. Yksilön tarpeet ja terapialle asetetut tavoitteet ratkaisevat, toteutuuko terapia potilaan omassa ympäristössä vai vastaanotolla. Tavoitteista riippumatta kotikäynti voi olla kuitenkin perusteltu myös niissä tapauksissa, kun potilas ei voi sairauden, vamman tai esimerkiksi infektiokerkkyyden vuoksi liikkua kodin ulkopuolella. Toimintaterapeutin käyttämien kuntoutusmenetelmien tulee perustua valtakunnallisten hyvien toimintaterapiakäytänteiden lisäksi saatavilla olevaan tieteelliseen näyttöön sekä kokemuseräisesti perusteltuun vaikuttavuustietoon. Toimintaterapeutti huolehtii työnsä huolellisesta dokumentoinnista potilasasiakirjoihin säädöksiä noudattaen.

3.4 Toimintaterapian ostopalvelut

Kunnan, kuntayhtymän tai sairaanhoitopiirin omana toimintana toteutettua toimintaterapiaa voidaan korvata tai täydentää ostopalveluilla. Ostopalvelut hankitaan hankintalain mukaisesti. Osalle potilaista toimintaterapia järjestyy Kelan kustantamana vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Myös vakuutus voi korvata joitakin kuntoutuksia.

Ostopalvelupäätös vaatii aina julkisen sektorin toimintaterapeutin arvion terapiatarpeesta. Myös ostopalveluna hankittavan toimintaterapian vaikuttavuuden arviointi tulee tehdä säännöllisin väliajoin. Mikäli toimintaterapia toteutetaan ostopalveluna yksityissektorilla, tulee terapiapalaute saada jokaisen terapiajakson jälkeen. Ostopalvelupäätöksessä on mainittava, kenelle terapiapalaute pyydetään toimittamaan. Palautteen ja muun arvion perusteella tehdään arvio terapian jatkotarpeesta. Toimintaterapiapalautteen tulee sisältää terapialle asetetut tavoitteet, toimintaterapiassa käytetyt arviointi- ja terapiamenetelmät, kuvauksen terapian toteutuksesta sekä arvion terapian vaikuttavuudesta potilaan toimintakykyyn.

4 Toimintaterapiaan pääsyn kiireellisyysluokituksia

Toimintaterapiatarpeen kiireellisyyttä ei määritä pelkästään yksilön terveydentila tai toimintakyvyn rajoitteiden määrä/taso. Kiireellisyyteen voi vaikuttaa myös esimerkiksi ympäristötekijöissä tai elämäntilanteessa tapahtuvat muutokset. Huomioitavaa on myös se, että pienempikin toimintakyvyn rajoite voi olla merkittävä ja vaatii kiireellistä puuttumista jos kyseessä on esimerkiksi töihin tai kouluun palaamisen mahdollistaminen tms.

Akuutisti hoidettavat 0-1kk

AVH- ja aivovammapotilaat kaikissa ikäryhmissä

- Akuutin aivoverenkierronhäiriön tai aivovamman takia vuodeosastohoidossa olevien potilaiden arviointi ja kuntoutus aloitetaan jo osastovaiheessa.
- Sairaalasta kotiutuvat AVH- ja aivovammapotilaat: mm. toimintakyvyn/kotikuntoisuuden arviointi, kotiutuksen kannalta välttämättömien apuvälineiden ja ortoosien järjestäminen, jatkoterapian suunnittelu ja organisointi

Tuore CRPS

- Juuri diagnosoitu CRPS tai siihen oirekuvaltaan viittaava, erityisesti jos kivun lisäksi on havaittu raajojen käytön välttämistä ja/tai voimakasta turvotusta. (Suositeltava hoitoon pääsyaika 0-14vrk).

Traumojen ja leikkausten jälkitilat kaikissa ikäryhmissä: akuuttihoito

- Käsivammojen/leikkausten jälkeen akuutin kuntoutuksen aloitus (0-7vrk) sekä tarvittavat kontrollikäynnit esim. 2 ja 4 viikon kohdalla.
- Kaularankamurtumien/leikkausten jälkeen tukikaulushoitojen aloitukset ja käytön ohjaukset heti vamman/leikkauksen jälkeen.
- Leikkausten tai traumojen jälkeiset hermovammaepäilyt
- Palovammapotilaiden kuntoutus ja arpihoidot aloitetaan jo osastovaiheessa.
- Amputaatiopotilaat

Ikäihmiset, joilla kotona asuminen uhattuna

- Esimerkiksi toimintakyvyn äkillisen laskun vuoksi

Psykiatrisesta osastohoidosta kotiutuvat

- Esimerkiksi akuutin elämäntilanteen muutoksen kohdanneet

Tuki- ja liikuntaelin potilaat, jotka ohjataan toimintaterapeutille konservatiivisen hoidon ohjaukseen leikkauksen sijaan

- Esimerkiksi CMC-arthroosi ja rannekanavaoireyhtymäpotilaat

Akuutti apuväline- tai kodinmuutostyön tarve

- Esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen kannalta välttämättömät apuvälineet ja kodinmuutostyöt

Erbin pareesi

- Kun kyseessä on vastasyntynyt lapsi, joka vaatii ortoosihoidon välittömän aloituksen esimerkiksi ranteisiin

Subakuutit 1-2kk**CRPS tai muu kroonistunut kipu**

- Uudelleen akutisoitunut tai aiemmin diagnosoitu kipupotilas, jolla kivusta johtuen merkittävä toiminnallinen haitta.

Traumojen ja leikkausten jälkitilat kaikissa ikäryhmissä: kontrollit ja terapiat

- Käsivammojen/leikkausten jälkeiset prosessien mukaiset kuntoutuskäynnit
- Kaularankamurtumien/leikkausten jälkeiset prosessien mukaiset kontrollikäynnit
- Palovammojen arpikontrollit ja toimintakyvyn edistymisen arviot

Jo ennestään toimintakyvyltään rajoittuneet, jotka kohtaavat akuutin elämäntilanteen muutoksen

- Esimerkiksi aivovamma-/AVH-/CRPS- potilaan muutto yksin asumaan, raskaus tms. merkittävä elämänmuutos, joka selvästi alentaa toimintakykyä

Muut, ei- kiireelliset 2-3kk

Pitkäaikaissairaat tai monisairaat, joilla on pitkittynyt tai pysyvä toimintakyvyn haitta.

5 Toimintaperiaatteet eripituisissa terapioidissa

ARVIOINTI	OHJAUS	TERAPIA	KUNTOUTUS-SUUNNITELMA
1 (-5) KÄYNTIKERTAA Esim: - Toimintakyvyn arvio - Apuvälinearvio - Ortoositarpeen arvio - Terapian vaikuttavuuden arvio kuntoutus- tai terapia-suunnitelmaa varten Jos ei oleellista ongelmaa toimintakyvyssä, ei oikeuta suurempiin määriin.	1 – 5 KÄYNTIKERTAA Esim: - Harjoitteiden ohjaus/ ortoosikontrollit esim. leikkausten jälkeen - Leikkauksen korvaavan konservatiivisen hoidon ohjaus (esim. SCC, CMC-artroosi) - Neurologisten potilaiden ohjaus ja neuvonta kun kyse on lievästä toimintakyvyn ongelmasta	1 – 15 KÄYNTIKERTAA Esim: - Pyydetessä potilaalle ohjauksen lisäksi lääkinnällisenä kuntoutuksena toimintaterapiasarjaa - Oleellinen toimintakyvyn lasku - Lääkärin suosituksesta ja toimintaterapeutin suorittaman arvion perusteella voidaan myöntää max. 15 krt/ 1 vuosi/ potilas. Jos tästä poiketaan tai tarve on pidempikestoinen → kuntoutustyöryhmäkäsittely	YLI 15 KERTAA VUODEN AIKANA - Potilaan sairauden aste on niin vaikea, että tarvitaan suhteellisen paljon ja pitkäkestoisesti toimintaterapiaa - Toteutus omana toimintana tai ostopalveluna - Max. 40 krt/ vuosi pääsääntöisesti, vain erityisperustein enemmän. - Kuntoutuksen määrästä päättää kuntoutustyöryhmä tai muu vastaava. - Kuntoutussuunnitelma tehdään 1-3 vuodeksi, palaute tultava aina ennen uuden päätöksen tekoa - Ostopalveluna maksimissaan 1-2 vuotta, sen jälkeen julkisella puolella vähintään arviojakso - Kokonaisuudessa tulee huomioida muut käynnissä olevat terapiat

6 Lähteet

¹ Finlex. Terveystenhuoltolaki 1326/2010. 3. luku: sairaanhoito. 29§ - Lääkinnällinen kuntoutus. Haettu 22.1.2018 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

² Finlex. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566. Haettu 22.1.2018 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>

³ Terveystenhuoltolaki 1326/2010. 1. luku: yleiset säännökset. 8§ - Laatu ja potilasturvallisuus. Haettu 22.1.2018 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

⁴ Terveystenhuoltolaki 1326/2010. 3.luku: sairaanhoito. 30§ Yhteistyö ja ohjaus muuhun kuntoutukseen. Haettu 22.1.2018 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#a1326-2010>

⁵ Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. ICF-luokitus. Haettu 22.1.2018 osoitteesta: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

⁶ Suomen Kuntaliitto. Toimintaterapianimikkeistö. Haettu 22.1.2018 osoitteesta: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3409

⁷ Finlex. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Haettu 22.1.2018 osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

LIITE 1

Toimintaperiaatteet laatinut työryhmä

Työryhmän jäseniä olivat

Anttila Marjo	Johtava toimintaterapeutti, TYKS Toimintaterapiayksikkö, siht
Bäckström Päivi	Toimintaterapeutti, Perusturvakuntayhtymä Akseli
Hernesniemi Tarja	Osastonhoitaja, Salon terveyskeskus
Jokinen-Pihala Hanna	Toimintaterapeutti, TYKS Toimintaterapiayksikkö
Järvinen Johanna	Toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus
Korhonen Hina	Kuntoutustyöryhmän vastuulääkäri, Paimion terveyskeskus
Kylävalli Anja	Palvelualuejohtaja, TYKS Asiantuntijapalvelut, pj
Lähdesmäki Janne	Erikoislääkäri, TYKS Kuntoutus ja aivovammapotilaan hoito
Muurinen Marianne	Toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus
Pohjankukka Pauliina	Toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus
Saarinen Kaisa	Toimintaterapeutti, Salon terveyskeskus
Ylijoki Milla	Erikoislääkäri, TYKS Lastenneurologia
Vaihi Mona	Toimintaterapeutti, Naantalin terveyskeskus
Voutilainen Ulla	Toimintaterapeutti, Raision terveyskeskus
Wasén Irmeli	Johtava toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus
Weeman Johanna	Toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus

Valmistelua varten oli kaksi erillistä alatyöryhmää

Aikuisten alatyöryhmä:

Ahti Kristiina	Toimintaterapeutti, TYKS Toimintaterapiayksikkö
Anttila Marjo	Johtava toimintaterapeutti, TYKS Toimintaterapiayksikkö, siht
Arjasto-Grönholm Birgit	Toimintaterapeutti, Salon terveyskeskus
Jokinen-Pihala Hanna	Toimintaterapeutti, TYKS Toimintaterapiayksikkö
Järvinen Johanna	Toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus
Kylävalli Anja	Palvelualuejohtaja, TYKS Asiantuntijapalvelut, pj
Lähdesmäki Janne	Erikoislääkäri, TYKS Kuntoutus ja aivovammapotilaan hoito
Pohjankukka Pauliina	Toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus
Vaihi Mona	Toimintaterapeutti, Naantalin terveyskeskus
Voutilainen Ulla	Toimintaterapeutti, Raision terveyskeskus
Weeman Johanna	Toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus

Lasten ja nuorten alatyöryhmä:

Anttila Marjo	Johtava toimintaterapeutti, TYKS Toimintaterapiayksikkö, siht
Bäckström Päivi	Toimintaterapeutti, Perusturvakuntayhtymä Akseli
Kylävalli Anja	Palvelualuejohtaja, TYKS Asiantuntijapalvelut, pj
Muurinen Marianne	Toimintaterapeutti, Turun kaupunki, Lääkinnällinen kuntoutus
Mäkiranta Päivi	Toimintaterapeutti, TYKS Toimintaterapiayksikkö
Rokka, Krista	Toimintaterapeutti, TYKS Psykiatria
Saarinen Kaisa	Toimintaterapeutti, Salon terveyskeskus
Ylijoki Milla	Erikoislääkäri, TYKS Lastenneurologia

Lisäksi valmisteluun osallistuivat alueen eri organisaatioiden toimintaterapeutit antaen arvokasta tietoa työryhmien valmistelutyöhön.

LIITE 2

Laadukkaaseen toimintakyvyn arviointiin kuuluu aina testien ja arviointimenetelmien käyttö. Systemaattinen arviointimenetelmien käyttö ja niiden antamien tulosten huolellinen kirjaaminen auttavat kuvailemaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia sekä mahdollistavat terapian vaikuttavuuden luotettavamman arvioinnin.

Seuraavaan listaan on koottu keskeisimmät toimintaterapeuttien käyttämät testit ja arviointimenetelmät. Arvioinnissa käytetään tarvittaessa myös muita arviointimenetelmiä työn luonteen mukaisesti. Osa mittareiden käytöstä vaatii erillisen koulutuksen. Testit ja arviointimenetelmät on luokiteltu ICF:n mukaisesti.

Lasten arvioinnissa käytettävät keskeisimmät testit ja arviointimenetelmät:

OSALLISTUMISEN JA SUORITUSTEN ARVIOINTI

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

Arvioi toiminnallisuutta itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan osa-alueilla (itsearviointimenetelmä)

COSA (Child Occupational Self Assessment)

Arvioi lasten ja nuorten kokemusta toiminnallisesta pätevyydestään ja jokapäiväisten toimintojen tärkeydestä heille (itsearviointimenetelmä)

M-FUN (Miller Function & Participation Scales)

Arvioi lasten visuo-, hieno- ja karkeamotorisia taitoja leikinomaisten ja toiminnallisten tehtävien avulla

GOAL (Goal-Oriented Assessment of Lifeskills)

Arvioi karkea- ja hienomotorisia taitoja lapselle arkipäivästä tuttujen toimintojen avulla

BOT-2-testi (Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency)

Arvioi lasten ja nuorten hieno- ja karkeamotorisia taitoja sekä pyrkii tunnistamaan lieviä tai keskivaikeita motorisen koordinaation/kontrollin puutteita ja ongelmia sekä vahvuuksia

AHA (Assisting Hand Assesment)

Arvioi ja kuvailee, kuinka tehokkaasti lapsi, jolla on toispuoleinen yläraajan vamma, käyttää vaurioitunutta kättään kaksikäteisissä toiminnoissa

PEGS (Perceived Efficacy and Goal Setting System)

Arvioi lapsen suoriutumista erilaisista päivittäistä ja liikunnallisista toiminnoista ja mahdollistaa lapselle omien kuntoutustavoitteiden asettamisen (itsearviointimenetelmä)

CHIPPA (The Child Initiated Pretend Play Assessment)

Arvioi lapsen spontaania kykyä aloittaa, ylläpitää ja organisoida kuvitteellista leikkiä

ESI (The Evaluation of Social Interaction)

Arvioi havainnointiin perustuen luonnollisessa ja tarkoituksenmukaisessa sosiaalisessa tilanteessa toteutuvan vuorovaikutuksen laatua

RUUMIIN JA KEHON TOIMINTOJEN ARVIOINTI

Kliininen havainnointi

Arvioi lapsen sensomotorisia perusvalmiuksia

Beery VMI (Test of Visual-Motor Integration)

Arvioi visuaalista hahmottamista, visuomotoriikkaa ja motorista koordinaatiota

SP (Sensory Profile)

Arvioi lapsen reagoitua erilaisiin aistimuksiin (kyselylomake vanhemmille/huoltajille)

SPM (Sensory processing measure) ja SPM-P (Sensory processing Measure – Preschool)

Arvioi lapsen aistitiedon käsittelyä

SIPT (Sensory Integration and Praxis Test)

Arvioi aistitiedon käsittelyä sekä motorisen toiminnan ideointia, suunnittelua ja toteutusta

MAP- testi (Miller Assessment For Preschoolers)

Arvioi alle kouluikäisen lapsen sensomotorisia valmiuksia

DOTCA-Ch (The Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children)

Arvioi lasten kognitiivisia valmiuksia

BOX and BLOCK (test of manual dexterity)

Arvioi toispuoleista käden kätevyyttä ja koko yläraajan hallintaa ja karkeamotoriikkaa, tarttumis- ja irrottamistapaa sekä nopeutta ja näppäryyttä pöytätason toiminnassa.

Purdue Pegboard (test of manual dexterity and bimanual coordination)

Arvioi yläraajan karkea- ja hienomotoriikkaa, yhden ja kahden käden käytön näppäryyttä, käsi-käsi ja silmä-käsi koordinaatiota, kohdistamistarkkuutta sekä käsien yhtäaikaista ja vuorotahtista toimintaa pöytätason toiminnassa.

JAMAR/SAEHAN/PINCH

Arvioi puristusvoimaa

Semmes Weinstein monofilamentit

Arvioi pintatunnon tasoa normaalista tunnosta puuttuvaan suojatuntoon asti

Aikuisten arvioinnissa käytettävät keskeisimmät testit ja arviointimenetelmät:

OSALLISTUMISEN JA SUORITUSTEN ARVIOINTI

COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

Arvioi toiminnallisuutta itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan osa-alueilla (itsearviointimenetelmä)

MOHOST (The Model Of Human Occupation Screening Tool)

Arvioi asiakkaan toiminnallista osallistumista itsestä huolehtimisen, tuotteliaisuuden ja vapaa-ajan osa-alueilla

OSA (Occupational Self Assessment)

Arvioi toimintamahdollisuuksia (itsearviointi)

FSQ-Fin (Functional Status Questionnaire)

Arvioi suoriutumista itsestä huolehtimisen, liikkumisen ja kotielämän toiminnoissa

Asta ja Mini-Asta

Arvioi asumisen toimintoja

AMPS (Assesment of Motor and Process Skills)

Arvioi motorisia- ja prosessitaitoja

ESI (The Evaluation of Social Interaction)

Arvioi havainnointiin perustuen luonnollisessa ja tarkoituksenmukaisessa sosiaalisessa tilanteessa toteutuvan vuorovaikutuksen laatua

WRI (The worker role interview)

Arvioi työroolia

RUUMIIN JA KEHON TOIMINTOJEN ARVIOINTI**DLOTCA (Dynamic Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment for Adults)**

Arvioi kognitiivisia valmiuksia

MoCA (Montreal cognitive assessment)

Arvioi orientaatiota ja muistia sekä päättelyä, hahmottamista ja tarkkaavaisuutta

TMT (trail making test)

Arvioi kynä-paperitehtävien avulla kognitiivisia valmiuksia

CBS (The Catherine Bergegon Scale)

Arvioi toiminnallista neglectiä

CERAD (Consortium to Establish a Registry fot Alzheimer's Disease)

Arvioi muistia

DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

Arvioi yläraajan toimintakykyä (itsearviointi)

JAMAR/SEAHAN/PINCH

Arvioi puristusvoimaa

BOX and BLOCK (test of manual dexterity)

Arvioi toispuoleista käden kätevyyttä ja koko yläraajan hallintaa ja karkeamotoriikkaa, tarttumis- ja irrottamistapaa sekä nopeutta ja näppäryyttä pöytätason toiminnassa

Nine Hole Peg Test (test of finger dexterity)

Arvioi käsien hienomotoriikkaa, silmä-käsikoordinaatiota, kohdistamistarkkuutta ja nopeutta pöytätason toiminnassa

Purdue Pegboard (test of manual dexterity and bimanual coordination)

Arvioi yläraajan karkea- ja hienomotoriikkaa, yhden ja kahden käden käytön näppäryyttä, käsi-käsi ja silmä-käsi koordinaatiota, kohdistamistarkkuutta sekä käsien yhtäaikaista ja vuorotahtista toimintaa pöytätason toiminnassa

Grooved Pegboard (manipulative dexterity test)

Arvioi sorminäppäryyttä ja visuomotorista koordinaatiota

Semmes Weinstein monofilamentit

Arvioi pintatunnon tasoa normaalista tunnosta puuttuvaan suojatuntoon asti

STI (Shape, Texture, Identification)

Arvioi taktiilista tunnistamista

VAS- kipujana

Arvioi subjektiivista näkemystä kivun voimakkuudesta

Moberg-Dellonin poimintatesti

Arvioi käden näppäryyttä ja tunnonvaraista esineiden tunnistamista

LIITE 3

Lähetemalli 1

Alla on esitetty, mitä tietoja lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen tekstissä tulisi olla, kun se toimii lähetteenä toimintaterapiaan.

DIAGNOOSI

Mitkä ovat potilaan toimintakyvyn kannalta keskeiset diagnoosit?

ESITIEDOT

Tiivis kuvaus sairaushistoriasta, joka vaikuttaa potilaan toimintakykyyn.

TOIMINTAKYKY

Mitkä ovat potilaan keskeisimmät oireet toimintakyvyn näkökulmasta? Lyhyt kuvaus potilaan nykyisestä toimintakyvystä ja sen rajoitteista. Toimintaterapian näkökulmasta arvokkaita etukäteistietoja ovat mm. potilaan elämäntilanne, motoriset, kognitiiviset ja psyykkiset valmiudet sekä mahdolliset käynnissä olevat kuntoutukset.

KUNTOUTUS

Mihin tarkoitukseen toimintaterapiaa halutaan? Jos kyse on arvioinnista, mihin halutaan vastaus tai toimintaterapeutin näkemys?

SUUNNITELMA

Miten potilaan kokonaishoito jatkuu? Mikä on suunnitelma hoitovastuun suhteen?

LIITE 4

Lähetemalli 2

Alla on esitetty malli toimintaterapeutin laatimasta palautteesta ja sen sisällöstä, kun se toimii siirtolähetteenä toimintaterapeutilta toiselle. Otsikoinnit voivat luonnollisesti vaihdella toimintaterapian sisällön mukaan.

ESITIEDOT

RT110 Selvitys toimintaterapiatarpeesta

Toimintaterapian näkökulmasta keskeiset taustatiedot, jotka ovat saatavilla jo ennen potilaan tapaamista.

TOIMINTAKYKY

RT120 Selvitys elämäntilanteesta

Keskeiset toimintakykyyn vaikuttavat yksilö- ja ympäristötekijät. Esimerkiksi: Minkälaisessa asunnossa potilas asuu? Asuuko yksin? Minkälaiset ovat perhesuhteet ja muu tukiverkosto? Käykö potilas koulussa/töissä ja minkälaisia muita rooleja potilaalla on? Mitä kuntoutusta potilas tällä hetkellä saa?

RT130 Arvio toimintakokonaisuuksista

Toimintaterapeutin arvioon perustuvat havainnot potilaan toimintakokonaisuuksista ja niiden hallinnasta (itsestä huolehtiminen, asiointi, kotielämä, koulunkäynti/opiskelu, työssä suoriutuminen, vapaa-aika, leikki, levon ja ajankäytön tasapaino).

RT150 Arvio taidoista

Toimintaterapeutin arvioon perustuvat havainnot motorisista, psyykkisistä, sosiaalisista, prosessi- ja kivunhallintataidoista.

RT160 Arvio valmiuksista

Toimintaterapeutin arvioon perustuvat havainnot sensorisista, motorisista, kognitiivisista, psyykkisistä ja sosiaalisista valmiuksista.

KUNTOUTUS

RT2 Asiakkaan toiminnallisuuden edistäminen

Kuvaus siitä, miten potilaan toiminnallisuutta on toimintaterapiassa edistetty. Otsikkoa tarkennetaan toimintaterapian sisällön mukaan: RT230 Toimintakokonaisuuksien hallinnan edistäminen, RT240 Ympäristössä toimimisen edistäminen, RT250 Taitojen vahvistaminen toiminnassa ja/tai RT260 Valmiuksien kehittäminen.

RT3 Neuvonta ja ohjaus toiminnallisuuden edistämiseksi

Kuvaus siitä, minkälaista neuvontaa ja ohjausta potilaalle on annettu merkityksellisen ja tarkoituksenmukaisen toiminnan löytämiseksi sekä toiminnallisten ongelmien ennaltaehkäisemiseksi. Tarvittaessa sisältöä voidaan otsikoinneilla tarkentaa sen mukaan,

koskeeko neuvonta ja ohjaus esimerkiksi toimintakokonaisuuksia, taitoja, valmiuksia, ympäristöä, ortooseja tai apuvälineitä jne.

APUVÄLINEET

Otsikon alle kirjataan luettelonomaisesti potilaan käytössä olevat apuvälineet

SUUNNITELMA

Kuvaus potilaan jatkohoidosuunnitelmasta sekä mahdolliset jatkosuositukset/terapian tavoitteet. Tarkentavina otsikoina voidaan käyttää esim. RT180 Yhteenveto toiminnallisuuden arviosta ja suositukset tai RT210 Suunnitelma toiminnallisuuden edistämiseksi.