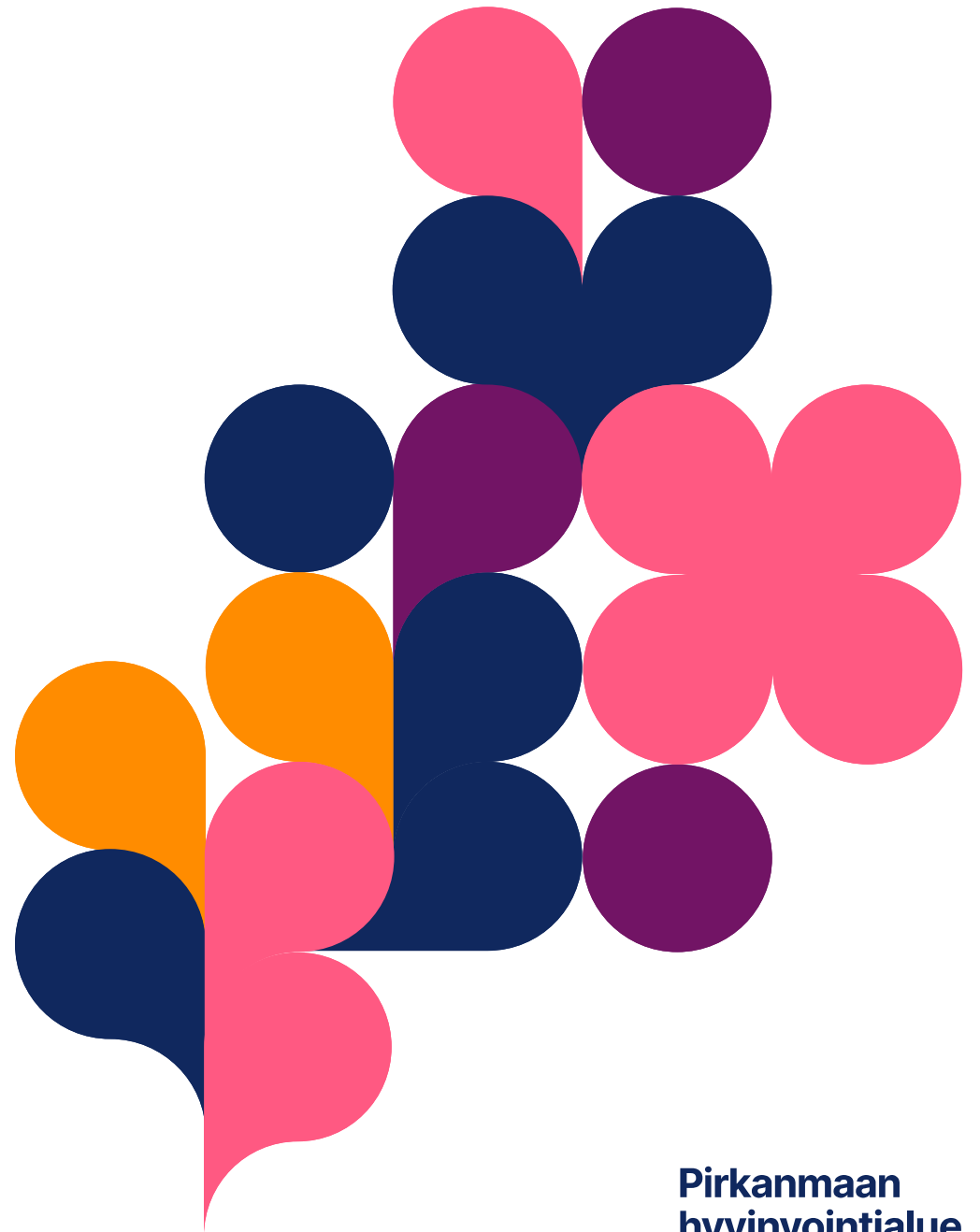


Monialaisen yhteistyön opas

14.12.2023



Johdanto

- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee tehdä monialaista yhteistyötä silloin, kun asiakkaan tuen ja hoidon tarpeet sitä edellyttävät ([Sosiaalihuoltolaki 41 §](#) ja [Terveysthuoltolaki 32 §](#)).
- Pirkanmaan hyvinvointialueella on tavoitteena palvelujen integraation ja yhteen toimivuuden varmistaminen.
- Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen tulisi olla sujuvia ja ammattiryhmien yhteistyön saumatonta.
- Monialaisen yhteistyön opas pyrkii osaltaan tukemaan edellä mainittuja tavoitteita tarjoamalla sote-ammattilaisille tietoa/lähtökohtia monialaiselle yhteistyölle. Opas täydentyy/päivittyy käyttökokemuksen perusteella.
- Monialaisen työn kirjaamiseen löytyy apua [Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä](#) -oppaasta (THL).
- Myös [Monisairaalan potilaan hoitoketju](#) tukee monialaista yhteistyötä.
- Lisätietoa myös opinnäytetyöstä [Osallisuus Pirkanmaan hyvinvointialueen monialaisessa palveluprosessissa](#).

Monialaisen yhteistyön oppaan ohje ja käyttötarkoitus

- Oppaassa on seuraavilla sivuilla taustatietoa ja varsinainen oppaan sisältö löytyy prosessikuvauksesta sivulta 14.
- Oppaassa pääsee prosessikuvauksen otsikkoa klikkaamalla sisältödiälle. Nuolinäppäimellä pääsee eteenpäin seuraaville dioille. Kyseisen sisällön viimeiseltä dialta pääsee takaisin ”Paluu prosessikuvaukseen” -painikkeella.
- Dian pohjaväri kertoo siitä prosessin askeleesta, johon kyseinen dia liittyy.
- Mikäli otsikkoon liittyy laajempi kokonaisuus, alkaa kokonaisuus johdantodialla.
- Opas koskee **aikuisia** sosiaali- ja terveystalveluiden piiriin kuuluvia asiakkaita.
- Oppaassa ei ole huomioitu alle 18-vuotiaita asiakasryhmänä, joten opasta ei suositella sovellettavaksi alle 18-vuotiaiden kohdalla.
- Monipalveluasiakkuuden taustalla voi olla somaattisia, sosiaalisia, psyykkisiä tai kognitiivisia asioita. Monipalveluasiakas-termiä käytetään paljon palveluja tarvitseva -termin sijasta.
- Oppaasta saa työvälineitä ja tukea monialaisen yhteistyön tekemiseen.

Pirkanmaan hyvinvointialueen strategian kärkiteemojen monialaista yhteistyötä koskevat osuudet

Hyvinvoivat työntekijät

Luomme luottamuksen ilmapiiriin. Olemme vahva ja vetovoimainen työyhteisö ja arvostettu hyvinvointialue työntekijöidemme keskuudessa.



Hyvinvoivat työntekijät

Yhdenvertaiset, ennaltaehkäisevät ja vaikuttavat palvelut

Rakennamme sujuvia ja oikea-aikaisia hoito- ja palveluketjuja.



Pirkanmaan
hyvinvointialue

Tärkeintä on ihminen



Yhdenvertaiset,
ennaltaehkäisevät
ja vaikuttavat
palvelut

Yhdessä yhteentoimiva
hyvinvointialue



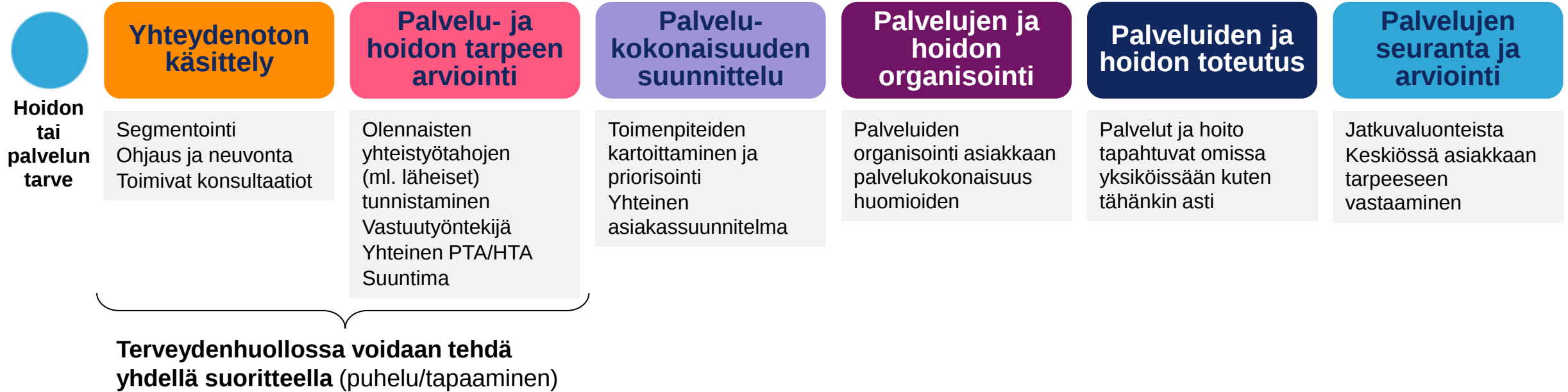
Tärkeintä on ihminen

Tavoitteemme on erinomainen asiakaskokemus ja saavutettavat palvelut.

Yhdessä yhteentoimiva hyvinvointialue

Luomme yhdessä hyvinvointialueen toimintakulttuurin.

Pirkanmaalainen asiakaslähtöinen monialainen palveluprosessi (13.10.2021) 1/2



Pirkanmaalainen asiakaslähtöinen monialainen palveluprosessi (13.10.2021) 2/2



Hoidon tai palvelun tarve

Yhteydenoton käsittely

Palvelu- ja hoidon tarpeen arviointi

Palvelu- kokonaisuuden suunnittelu

Palvelujen ja hoidon organisointi

Palveluiden ja hoidon toteutus

Palvelujen seuranta ja arviointi

Voidaan toteuttaa yhdellä monialaisella verkostotapaamisella, jossa läsnä ovat oikeat tahot oikea-aikaisesti. Edellyttää sitä, että asiakkaan tilanne on selvä ja vastuut esimerkiksi sosiaalihuollon sisällä ja so-te-välillä selkeitä.

Palvelujen seuranta ja arviointi (jatkuva)

Omahoito (läsnä jokaisella prosessin askelmalla)

DIGI (läsnä jokaisella prosessin askelmalla)

Huom! Lineaarisen prosessin sijasta monialainen prosessi näyttäytyy usein edes-takaisin etenevältä tai spiraalimaiselta prosessilta.

Olennaista monialaisen palveluprosessin eri askelilla 1/7

Hoidon tai palvelun tarve

Asukkaan/asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä omahoidon tukeminen

- Asiakkaan hoidon tai palvelun tarpeeseen voidaan vastata matalan kynnyksen, seurakunnan ja järjestöjen tuottamilla palveluilla.

- Asiakasta voidaan ohjata luotettavan tiedon äärelle hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä omahoidon tukemiseksi.

Olennaista monialaisen palveluprosessin eri askelilla 2/7

Yhteydenoton käsittely

- Yhden yhteydenoton periaate.
- Asiakas on aina oikeassa paikassa; sote-ammattilainen neuvoo asiakkaan tarvittaessa oikeaan paikkaan.
- Terveystenhuollon palveluihin hakeudutaan usein ajanvarauksella tai läheteellä.
- Sosiaalihuollon asia voidaan laittaa vireille hakemuksella, ilmoituksella tai sen perusteella, että ammattilainen huomaa palvelun tarpeen.
- Ohjausta ja neuvontaa on järjestettävä asiakkaan tarpeen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä.

Olennaista monialaisen palveluprosessin eri askelilla 3/7

Palvelu- ja hoidon tarpeen arviointi

- Palvelutarpeen arviointi monialaisena yhteistyönä tarkoittaa sitä, että asiakkaan tilanteen arvioimiseen osallistuu tarpeeseen nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista.
- Monialaisena yhteistyönä tehtävä palvelutarpeen arviointi vastaa sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain edellyttämää palvelun tai hoidon tarpeen arviointia.
- Arvioinnin aikana asiakkaalle selvitetään vaihtoehdot palvelujen toteuttamisesta ja eri vaihtoehtojen vaikutukset.
- Arvioinnin keskiössä on asiakkaan elämäntilanne ja oma näkemys tarvitsemiensa palvelujen kiireellisyydestä ja tärkeysjärjestyksestä.

Olennaista monialaisen palveluprosessin eri askelilla 4/7

Palvelukokonaisuuden suunnittelu

- Terveystieteidenhuollon terveys- ja hoitosuunnitelmassa kuvataan kaikki asiakkaan terveysongelmat ja niihin liittyvät tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimet.
- Sosiaalihuollon asiakassuunnitelmassa kuvataan asiakkaan tarvitsemat sosiaalipalvelut, muu tuki, asiakkaan itsensä toteuttamat voimavaroja ylläpitävät ja vahvistavat toimet ja yhteistyöhön osallistuvat tahot.
- Erillisten suunnitelmien sijasta asiakkaan suostumuksella voidaan laatia monialainen suunnitelma yhteistyön ja vastuunjaon selkeyttämiseksi.

Olennaista monialaisen palveluprosessin eri askelilla 5/7

Palvelujen ja hoidon organisointi

- Asiakkaan tarvitsemat palvelut organisoidaan monialaisessa yhteistyössä laaditun suunnitelman perusteella.
- Monialaisena yhteistyönä arvioidaan lisäksi palvelujen aikataulutus ja se, mitkä sosiaali- ja terveyspalvelut on mahdollista toteuttaa samanaikaisesti.

Olennaista monialaisen palveluprosessin eri askelilla 6/7

Palvelujen ja hoidon toteutus

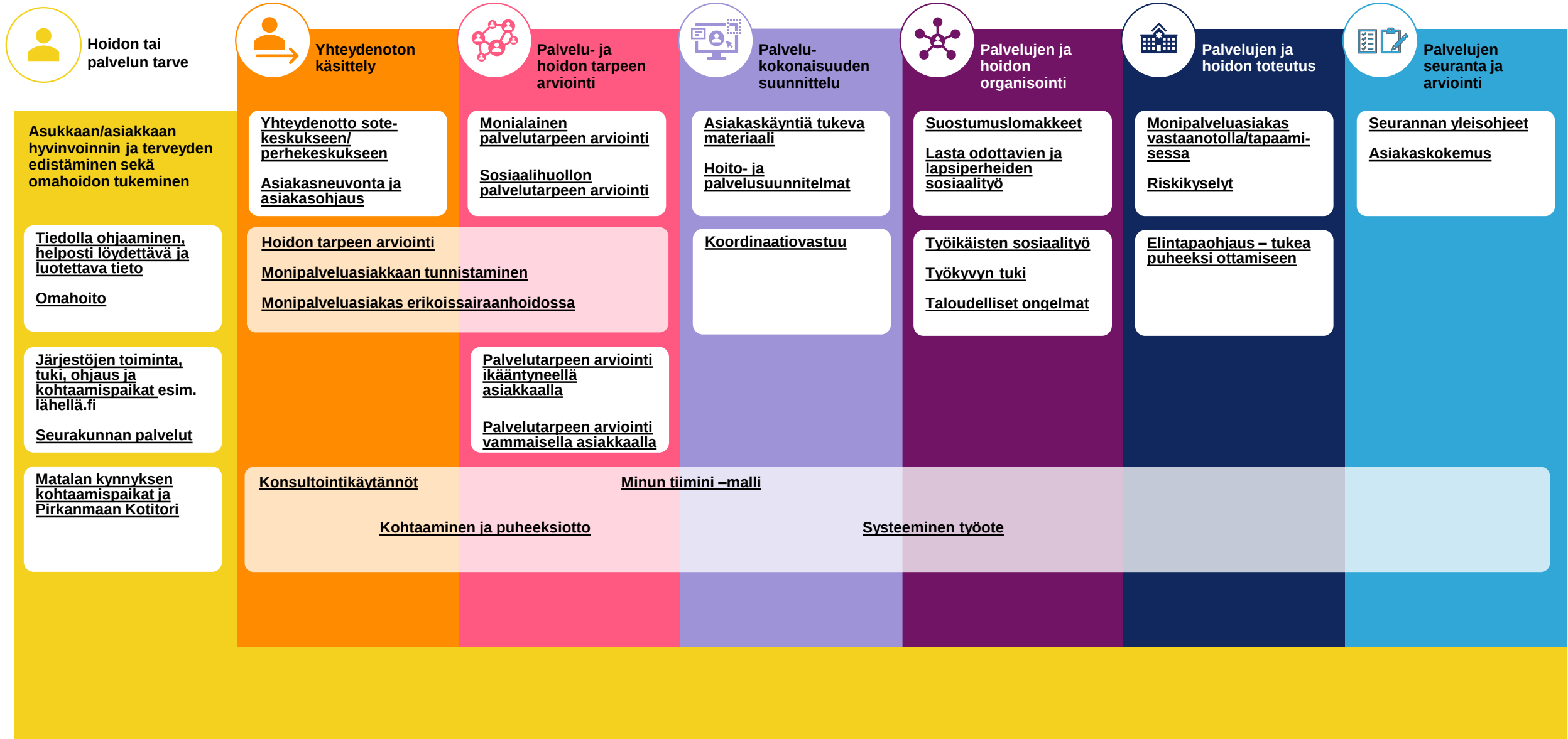
- Monialaisessa yhteistyössä eri toimialojen palvelut toteutetaan yhdessä sovitun suunnitelman mukaisesti.
- Monialainen yhteistyö on mahdollisuus monipuoliseen osaamisen hyödyntämiseen.
- Eri toimijoiden välisistä vastuista ja yhteydenpidosta on hyvä sopia yhdessä.
- Etukäteen on hyvä sopia myös toimintatavoista, jos palveluissa tulee muutoksia tai viiveitä.
- Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua menettelytavoista sopimiseen.

Olennaista monialaisen palveluprosessin eri askelilla 7/7

Palvelujen seuranta ja arviointi

- Asiakkaalle annettavia palveluita seurataan ja arvioidaan koko niiden toteutuksen ajan.
- Palveluiden yhteen sovittamista arvioidaan myös koordinaatio-vastuussa olevan työntekijän koolle kutsumissa tapaamisissa.
- Tiimissä/verkostossa kootaan yhteen eri palveluissa tehdyt havainnot asiakkaan hyvinvoinnista.
- Suunnitelmaa on syytä tarkistaa, kun asiakkaan tuen tarpeissa tapahtuu olennaisia muutoksia tai palveluiden yhteensovittaminen ontuu.

Monialaisen yhteistyön prosessikuvaus



Tiedolla ohjaaminen, helposti löydettävä ja luotettava tieto

Ohjataan asiakas luotettavan tiedon pariin

- Pirkanmaan hyvinvointialueen verkkosivut
- Sähköiset palvelut käytössäsi:
 - Digilähitori
 - Pirkanmaan Kotitori
 - Hyvinvointia elintavoilla –sivusto
 - Nepsy - neuropsykiatriset vaikeudet
 - Asiakasmaksut
- Omahoito ja itsehoidon ohjeet
- Kanta.fi
- Mannerheimin lastensuojeluliiton Vanhempainnetti
- Neuvokas perhe
- Perhepolku
- Kelan verkkosivut

Omahoito, itsehoidon ohjeet

Ohjataan asiakas omahoidon ääreen

- [Terveyskylä](#)
 - [Terveyskylän talot](#) tarjoavat maksutta tietoa ja tukea. Talojen palveluvalikoimaan kuuluvat myös erilaiset chatit, chatbotit ja oirenavigaattorit.
 - [Itsehoito-ohjelmat](#) auttavat kohentamaan terveyttä.
 - [Mielenterveystalosta](#) löydät tukea mielen hyvinvointiin.
 - [Terapianavigaattori](#) on tarkoitettu ihmisille, jotka ovat halukkaita käsittelemään vaikeuksiaan yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa sekä saamaan niihin ohjeita ja terapeutista tukea.

Järjestöjen toiminta, tuki, ohjaus ja kohtaamispaikat 1/6

- Omahoito: Kun huoli sairaudesta herää, järjestöt tarjoavat tietoa mahdollisesta sairaudesta ja tuesta sairauden kanssa elämisestä. Järjestöt tavoittavat myös niitä henkilöitä, jotka eivät ole vielä muiden palvelujen piirissä.
 - Eri järjestöjen omahoito-ohjelmia & tietoa löytyy järjestöjen verkkosivuilla ja esitteissä.
 - Tietoja järjestöistä löytyy mm. [Lähellä.fi](https://lahella.fi) -sivustolta, lisäksi valtakunnallisia järjestöjä on lueteltu [SOSTEn](https://sosten.fi) sivuilla.
 - Järjestöjen tarjoamaa tukea ja omahoito-ohjelmia löytyy mm. [Terveyskylästä](https://terveyskyla.fi).
- Asiakasohjaus: asiakkaan ja hänen läheisensä voi ohjata järjestötoimintaan, kuten vertais- ja harrastusryhmiin, kohtaamispaikoille, kriisikeskukseen, ensi- ja turvakotiin ja digitaalisiin palveluihin (chatit, verkkosivut). Järjestöissä on mahdollista asioida anonyymisti. Myös järjestöihin tulee paljon ensiyhteydenottoja, joista ohjataan julkisiin palveluihin.
 - Käytä hyödyksi mm. Lähellä.fi-sivuston [Tukea ja apua](#) -osiota, [Terveyskylää](#), [Toivo-vertaistukisovellusta](#) tai [Mieli ry:n Kriisipuhelinta](#).

Järjestöjen toiminta, tuki, ohjaus ja kohtaamispaikat 2/6

Järjestöjen tarjoama toiminta lähelläsi, yhdessä osoitteessa: [Lähellä.fi](https://lahella.fi)



Lähellä.fi-palvelun tarkoituksena on helpottaa ihmisten hakeutumista hyvinvointia ja terveyttä edistävän yhdistystoiminnan pariin.



Palvelu kokoaa yhdistysten ja muiden yleishyödyllisten toimijoiden toimintaa yhteen paikkaan. Palvelu on valtakunnallinen.



Kuntalaiset ja kunnissa asiakastyötä tekevät löytävät palvelusta tietoa yhdistysten tarjoamasta tuesta ja toiminnasta.



Palvelu on suunnattu yhdistysten ja yhteisöjen edustajille, jotka haluavat osallistujia toimintaansa ja tarvitsevat aktiiveja ja vapaaehtoisia.



Helppokäyttöisessä verkkopalvelussa voi ilmoittaa:

- tapahtumia
- harrastustoimintaa
- vertaistukea
- oppaita ja muita sisältöjä
- vapaaehtoistoimintaa



Palvelu on

**MAKSUTON YHDISTYKSILLE,
JÄRJESTÖILLE, KUNNILLE JA
MUILLE EI-KAUPALLISILLE
TOIMIOILLE.**

Järjestöjen rakentama, STM:n tukema verkkopalvelukokonaisuus ja verkosto

Järjestöjen toiminta, tuki, ohjaus ja kohtaamispaikat 3/6

OLKA:n tavoitteena on

- tarjota potilaille ja heidän läheisilleen kiireetöntä kohtaamista sekä antaa tukea sairauteen sopeutumisessa
- antaa vapaaehtoisille mahdollisuus auttaa, saada uusia ystäviä ja hyvän tekemisen myötä hyvinvointia myös itselleen
- antaa sairaalan työntekijöille tietoa yhdistysten palveluista
- tarjota yhdistyksille tapa toimia sairaalassa lähellä potilasta.

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**

OLKA® – koordinoitua järjestö- ja vapaaehtoistoimintaa sairaalassa



Koordinointi ja kehittäminen

- Toiminnan koordinointi
- Viestintä
- Seuranta, arviointi, tilastointi
- Asiantuntijapalvelut

Vapaaehtoisen ja kokemustoimijan polku

- Rekrytointi
- Valmennus ja perehdytys
- Vapaaehtoistehtävät
- Tuki, työnohjaus ja virkistys

Pirkanmaalla OLKA-toimintaa toteutetaan Taysin sairaaloissa Taysin ja Arttelikumppanuusyhdistyksen toimesta STM:n ja Tays Tukisäätiön rahoituksella. OLKA-toiminta on valtakunnallinen malli.

Lisätietoa [OLKA-toiminnasta](#).

Järjestöjen toiminta, tuki, ohjaus ja kohtaamispaikat 4/6:

Rooli palvelujen ja hoidon suunnittelussa ja organisoinnissa

- Järjestöt voi liittää osaksi terveys- ja hoitosuunnitelmaa / asiakas- ja palvelusuunnitelmaa. Ohjaus mm. seuraaviin:
 - Järjestöjen ammatillisesti ohjatut ryhmät, tuki ja kohtaamispaikat [Lähellä.fi](https://www.lahella.fi) –palvelussa
 - Järjestöjen kokonaisvaltainen tuki, kuten talousneuvonta, ohjaus, tuki ja tieto sairaudessa tai elämäntilanteessa, tukea omaisille ja läheisille
 - Vertaistuki [Terveyskylän Vertaistalo](https://www.terveyskylanvertaistalo.fi) , OLKA-toiminta, [Toivo-vertaistukisovellus](https://www.toivovertaistukisovellus.fi), kokemustoiminta)
 - Järjestöistä asiakkaalle ja hänen läheiselleen myös ammattimaista auttamistyötä ja kokemusasiantuntijan rinnalla kulkua / tukea
- Tunnista asiakasohjauksessa järjestöjen uniikit palvelut:
 - Esim. [kriisikeskukset](https://www.kriisikeskukset.fi), [ensi- ja turvakodit](https://www.ensi-ja-turvakodit.fi), [vertaistuki](https://www.vertaistuki.fi)
- Ohjaa asiakas ja hänen läheisensä järjestötoimintaan käyttäen hyödyksi [Lähellä.fi](https://www.lahella.fi) -palvelussa
- Hyödynnä järjestöjen toimintaa asiakkaan kuntoutuksessa:
 - Järjestötoimintaan osallistuminen kannattelee asiakkaan palvelu- tai hoitopolun aikana ja sen jälkeen
 - Järjestöistä saa myös KELA-kuntoutusta
 - Ryhmätoimintaan pääsee ilman lähetteitä
 - Järjestöt valmentavat (esim. tukiasuminen ja asumisvalmennus)

Järjestöjen toiminta, tuki, ohjaus ja kohtaamispaikat 5/6: Rooli palveluiden ja hoidon toteuttamisessa

- Huomioi järjestötoiminta hoito- ja palvelusuunnitelmien osana, hyödynnä [Lähellä.fi](https://lahella.fi) –palvelua.
- Tunnista järjestötoiminnan rooli asiakkaan kuntoutumisessa ja läheisten jaksamisessa.
- Hyödynnä järjestöistä saatua tietoa hoidon toteutuksen aikana.
 - Jos asiakas käy esim. vertaistukiryhmässä ja/tai muussa järjestön tukitoiminnassa, huomioi tämä toteutuksen kokonaisuudessa
- Ohjaa asiakasta ja hänen läheisiään aktiivisesti järjestöjen palveluihin, kuten kohtaamispaikoille, vertaistukeen. Näistä löydät tietoa [Lähellä.fi](https://lahella.fi):stä ja [Terveyskylän Vertaistalosta](https://terveyskylanvertaistalosta.fi) .

Järjestöjen toiminta, tuki, ohjaus ja kohtaamispaikat 6/6: Järjestöjen rooli palveluiden seurannassa ja arvioinnissa

- Ota huomioon arvioinnissa onko asiakas ja hänen läheisensä ohjattu järjestöjen toiminnan piiriin (esim. vertaistuki, harrastustoiminta, kohtaamispaikat).
- Asiakaskokemus: kysy onko asiakas ja läheiset kokeneet järjestöstä saadun tuen ja avun hyödylliseksi ja vaikuttavaksi.

Seurakunnan palvelut

Diakoniatyö on ammatillista auttamista, jota tekevät diakoni-sosionomit (AMK) tai diakonissa-sairaanhoitajat (AMK).

Palvelumuotoja: keskustelutuki, kriisi -ja surutyö, ryhmä -ja vertaistoiminta, vapaaehtoistoiminta, ruokailut -ja kahvilat ja taloudellinen tuki. [Tiedot seurakunnittain](#)

Perheneuvonta antaa ammatillista keskusteluapua parisuhteen, perheen tai muun henkilökohtaisen elämän kysymyksissä.

Yhteydenotot puhelimitse 040 804 8100.
Sähköpostitse perheneuvonta.tampere@evl.fi.

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**

Sairaalapapit ja kehitysvammaistyön pappi antavat ammatillista keskusteluapua sairauden kohdatessa ja elämän eri kriisitilanteissa.

Sairaalapapin tavoittaa vuoden jokaisena päivänä Taysin puhelinvaihteen 03-311611 kautta klo 8–22.

[Sairaalapappien yhteystiedot](#)



Matalan kynnyksen kohtaamispaikat ja Pirkanmaan Kotitori

Alustus aiheeseen

- Matalan kynnyksen kohtaamispaikat ovat avoimia fyysisiä tiloja eri ikäisille kuntalaisille. Kohtaamispaikat tarjoavat ammattilaisen neuvontaa ja ohjausta arjen tueksi sekä yhteisöllistä tekemistä.

Suorat linkit sisältöön

- [Pirkanmaan Kotitori](#)
- [Lähitorit](#)
- [Perhekeskuksen kohtaamispaikat](#)
- [Yhteisökeskus](#)

Matalan kynnyksen kohtaamispaikat ja Pirkanmaan Kotitori 1/4: Pirkanmaan Kotitori

- [Pirkanmaan Kotitori](#) on ohjaus- ja neuvontapiste ikääntyneille, vammaisille henkilöille sekä mielenterveys- ja päihdeasioissa tukea tarvitseville ja heidän läheisilleen.
- **Neuvontapiste** palvelee Tampereen keskustassa osoitteessa Frenckellin aukio 2 B. Neuvontapiste on auki ma–pe klo 9–16.
- **Puhelinnumero:** 040 733 3949 (ma–pe klo 8–16.30).
- **Sähköpostiosoite:** kotitori@pirkanmaankotitori.fi
- Chat-keskustelut palveluneuvojan kanssa verkkosivujen Pirhan chattibotti Pirbotin kautta.

Matalan kynnyksen kohtaamispaikat ja Pirkanmaan Kotitori 2/4: Lähitorit

- [Lähitorit](#) ovat matalan kynnyksen ohjauksen ja neuvonnan toimipisteitä kaikille aikuisille, jotka hyötyvät neuvonnasta ja ohjauksesta kasvokkain. ([SHL 6 §](#))
- Lisäksi lähitorit ovat kohtaamispaikka erityisesti ikääntyneille ja siellä on heille järjestettyä toimintaa.
- Lähitoreilta saa tukea arjen asiointiin, sähköiseen asiointiin, hakemusten täyttämiseen, etuuksiin sekä palveluihin liittyen. Voit myös tutustua laitetorilla arkea helpottavaan teknologiaan.
- Lähitorilla voidaan asioida anonyymisti ja vain kävellä paikan päälle. Lähitorilla on lisäksi mahdollisuus osallistua erilaisiin toimintoihin alueista riippuen.

Matalan kynnyksen kohtaamispaikat ja Pirkanmaan Kotitori 3/4: Perhekeskuksen kohtaamispaikat

- Pirkanmaalla sijaitsee useita perhekeskuksen kohtaamispaikkoja, jotka tarjoavat lapsille, nuorille ja perheille avointa toimintaa, leikki- ja varhaiskasvatustoimintaa, nuorille suunnattua toimintaa, vertaistukea vanhemmuuteen, teemailtoja sekä tietoa, ohjausta ja neuvontaa.
- Lisätietoa perhekeskuksista on saatavilla esimerkiksi kuntien sähköisten perhekeskusten sivustoilta.
- Lisätietoja [perheiden taloista ja perhekeskuksista](#) Pirkanmaan hyvinvointialueen internet-sivuilta.

Matalan kynnyksen kohtaamispaikat ja Pirkanmaan Kotitori 4/4: Yhteisökeskus

Yhteisökeskuksissa järjestetään Pirkanmaan hyvinvointialueen ja järjestöjen yhteistyönä **yhteisöneuvontaa**.

Yhteisöneuvonnassa:

- Voit kertoa arjen huolista ja haasteista. Tarjolla on myös aamupalaa veloituksetta.
- Saat apua sähköiseen asiointiin ja sinulla on mahdollista käyttää tietokonetta.
- Voit täyttää lomakkeita ja tulostaa tiliotteet.
- Saat apua viranomaisten kanssa asiointiin ja ajanvarausten tekemiseen
- Yhteisöneuvontaan et tarvitse ajanvarausta, vaan voit vain saapua paikalle.

Yhteydenotto sote-keskukseen tai perhekeskukseen 1/3

- Pirha-chat
- Sähköinen asiointi
 - Viestit
 - Lomakkeet
- Avoimet lomakkeet
 - [Huoli-ilmoitus](#)
 - [Pyydä apua](#)
 - [Kotitorin yhteydenottolomake](#)
- Soitto puhelimella
- Saapuminen paikan päälle
- Huomioi mahdollinen järjestötoimija (esim. työntekijä, kokemusasiantuntija) yhteydenotossa: järjestölle kertyneen asiakastiedon hyödyntäminen yhteydenoton aikana.
- Yhteydenotto voi tulla myös omaiselta/perheenjäseneltä, jolloin tulee huomioida puolesta asiointi ja/tai valtakirja-asiat.

Yhteydenotto sote-keskukseen tai perhekeskukseen 2/3:

Perhekeskus lyhyesti

- Perhekeskus kokoaa yhteen hyvinvointialueen, kuntien, järjestöjen, seurakuntien ja Kelan palvelut ja toiminnan.
- Perhekeskusta johdetaan verkostomaisesti maakunnallisella, alueellisella (etelä, länsi ja pohjoinen) ja paikallisella tasolla.
- Perhekeskus vahvistaa perheiden osallisuutta, tukee toimijoiden välistä monialaista yhdessä tekemistä, koordinoi yhteisiä toimintamalleja, järjestää koulutusta, mahdollistaa toimijoiden verkostoitumista ja keskinäistä viestintää ja koordinoi asiantuntijaverkostoja.
- Pirkanmaan perhekeskus -Teams toimii verkoston yhteisenä viestintäkanavana.

Perhekeskuksen toimintaperiaatteet:

- Lapsi-, nuori- ja perhelähtöisyys ml. lapsen oikeudet
- Painopisteen siirtäminen ehkäisevään ja ennakoivaan työhön
- Monialaisuus ja yhteentoimivuus
- Palvelujen yhdenvertainen saatavuus, oikea-aikaisuus ja jatkuvuus
- Laadukas ja vaikuttava toiminta

Yhteydenotto sote-keskukseen tai perhekeskukseen 3/3: Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden asiakasohjaus

- Ohjausta ja opastusta asukkaan / perhekeskus- ja muiden toimijoiden tarpeen mukaisiin palveluihin.
- Apua ja tukea lasta, nuorta, perhettä tai parisuhdetta koskevissa pulmissa.
- Palveluohjauksellista tukea työntekijälle.
- Palvelu löytyy:
 - **Pyydä apua** -lomakkeen avulla, asiakasohjaaja ottaa sinuun yhteyttä puhelimitse 1–3 arkipäivän kuluessa lomakkeen lähettämisestä.
 - **Pyydä apua** -chat palvelee [pirha.fi –verkkosivuilla](https://pirha.fi) maanantaisin, keskiviikkoisin, perjantaisin klo 10–12 (oikeassa alanurkassa pinkki chat-symboli: siirry keskustelemaan ammattilaisen kanssa ja sieltä pyydä apua lapsiperheille).
 - **Soittamalla** Lapsiperhepalveluiden asiakasohjaukseen ma-pe klo 8–15.30:
 - Akaa, Lempäälä, Kangasala, Kuhmoinen, Pälkäne, Urjala, Valkeakoski, Vesilahti: p. 040 133 7936
 - Hämeenkyrö, Ikaalinen, Kihniö, Nokia, Parkano, Punkalaidun, Sastamala, Ylöjärvi: p. 040 828 5277
 - Juupajoki, Mänttä-Vilppula, Orivesi, Pirkkala, Ruovesi, Tampere, Virrat: p. 040 801 6290

Asiakasneuvonta ja Asiakasohjaus Pirkanmaalla

Jokaisen velvollisuus on neuvoa ja opastaa asiakasta osana julkista hallintotehtävää. ([Hallintolaki 8 §](#))

Asiakasneuvonta

- Asiakkaalle annettava yleinen neuvonta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.
- Asiakasneuvonta on yleisluontoista, jossa ei välttämättä kysytä henkilötietoja.
- Pitää sisällään matalan kynnyksen ohjauksen ja neuvonnan ko. linjan palveluiden käytössä esim. monikielinen neuvonta, Lanupe -linjan palveluohjaus, Pirkanmaan Kotitorin puhelinneuvonta.
- Sote-asiakaspalvelun työntekijältä vaaditaan vahvaa asiakaspalveluosaamista, positiivista asiakaspalveluasennetta ja laajaa hyvinvointialueen palveluiden tuntemista.
- Pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamaa työtä, jota voi tehdä tarvittaessa ilman ammattihenkilön kelpoisuutta tehtävästä riippuen.

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**

Asiakasohjaus

- Asiakkaalle annettava neuvonta ja ohjaus tai palvelu-/hoidontarpeen arvioinnin perusteella tehtävä palveluohjaus.
- Asiakasohjaus on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää palvelu- tai hoidontarpeen arviointia tai sen perusteella toteutettavaa, sisältää päätöksenteon (sosiaalihuollon viranomaispäätökset) sekä arvioinnin ja seurannan.
- Sisältää palvelu-/hoidontarpeen arvioinnin perusteella antaman palveluohjauksen, esim. eri asiakasryhmien asumisen asiakasohjaus.
- Edellyttää sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön kelpoisuutta (sosiaalihuollon osalta edellyttää virkasuhdetta).

Hoidon tarpeen arviointi 1/3

Asiakkaiden tuen tarpeita arvioitaessa hyödynnetään seuraavaa jaottelua:

- **Episodiasiakkuudet**
 - Satunnaisen hoidon tarpeessa olevat
 - Painopisteenä hoidon nopea saatavuus
- **Pitkäaikaissairaudet, monisairastavuus, monipalveluasiakkuudet**
 - Pitkäaikaisen hoidon tai palvelun tarpeessa olevat
 - Painopisteenä hoidon jatkuvuus sekä suunnitelmallinen hoito terveys- ja hoitosuunnitelmien avulla

Hoidon tarpeen arviointi 2/3

- Kiinnitä hoidon tarpeen arvioinnissa erityistä huomiota näihin asioihin:
 - Palvelujen runsas käyttö (toistuvia käyntejä, esim. 6-10 krt/v)
 - Vähintään kaksi pitkäaikaissairautta
 - Sairaus, jossa toistuvan yhteydenpidon tarve
 - Huoli terveydestä tai elintavoista
- Mikäli herää ajatus monialaisen yhteistyön tarpeesta, sovi tarvittavat jatkotoimenpiteet esim. valmisteleva vastaanotto (kts. [Koordinaatiovastuu](#)).
- Hyödynnä tämän mallin työvälineitä asiakkaan hoidon ja palvelun eteenpäin viemisessä.

Hoidon tarpeen arviointi 3/3: Hoituki

- Hoituki tarjoaa työvälineitä muun muassa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin, pitkäaikaissairauksien seurantaan sekä hoitosuunnitelmien tekemiseen.
- Palvelu sisältää lisäksi valmiita asiakkaille jaettavia ohjemateriaaleja, joita voi halutessaan ottaa paikallisesti käyttöön.
- Tavoitteena on, että kaikki arjessa olennainen tieto löytyy ajantasaisesti ja helposti päivitettävänä yhdestä paikasta ja oikean kontekstin alta.
- Hoitukea käytetään pääasiassa terveyspalveluissa.

Monipalveluasiakkaan tunnistaminen 1/4

- Monialaisen tuen tarpeessa olevan asiakkaan tunnistamisessa keskeistä on avun tarvitsijan oma kokemus ja kertomus, joka edellyttää ammattilaiselta kuuntelua ja avointa kohtaamista.
- Pyri selvittämään asiakkaan kokonaiselämäntilanne/kokonaisuus. Selvitä ja kysy, mitkä ovat ne ongelmat mihin apua tarvitaan.
- **Tunnistaminen tapahtuu osana kaikkea kohtaamista, hoidon ja palvelutarpeen arviointia.** Tarvittaessa konsultoi kollegaa / kokeneempaa työntekijää.
- Monipalveluasiakkuuden voi tunnistaa esim. siitä, että useampi taho on sinuun (= työntekijään) yhteydessä asiakkaan asioista.
- Tunnistamisen apuna voi käyttää monialaisen yhteistyön tunnistettuja herätteitä (kts. seuraava dia), Omasuuntimaa, RAI-arviota tai apukysymyksiä.
- On tärkeää huomioida, että kaikkien herätekohtien en tarvitse täyttyä.
- Kun tunnistat monipalveluasiakkaan, huomioi monialaisen yhteistyön tarve ja esim. kokoa Minun tiimini asiakasta tukemaan/auttamaan.

Monipalveluasiakkaan tunnistaminen 2/4

Arvioi yhteistyön tarvetta erityisesti silloin, kun

- asiakkaalla itsellään on kokemus huonosta psyykkisestä tai fyysisestä terveydentilasta, työ- ja toimintakyvystä tai elämäntilanteesta.
- perheenjäsenellä, läheisellä tai ammattilaisella on huoli lapsesta, läheisen tai perheen tilanteesta.
- pitkäaikaissairaus ei ole hoitotasapainossa tai henkilöllä on parantumaton sairaus.
- asiakkaalla on epäluottamus palvelujärjestelmää kohtaan ja kokemus kuormituksesta tai siitä ettei ole saanut tarvitsemaansa apua/palvelua.
- asiakkaalla on monilääkitys, runsasta rauhoittavien lääkkeiden käyttöä ja/tai lääkitys ei toteudu ohjeen mukaisesti (esim. ei käytä, ei varaa ostaa).
- herää huoli asiakkaan pärjäämisestä kotona, terveydestä tai toimintakyvyn eri osa-alueista, taloustilanteesta tai muistiin liittyvistä haasteista.
- herää huoli asiakkaan arjen hallinnasta, olemuksesta, käytöksestä, toiminnasta tai vuorovaikutuksesta.
- asiakkaalla on väh. kaksi pitkäaikaista sairautta, vammaa tai toiminnanvajausta (monisairaana määritelmä).
- asiakkaalla on itsetuhoisuutta, väkivallan kokemuksia tai väkivaltaisuutta.
- asiakas kokee yksinäisyyttä / lähiomaisia tai läheisiä henkilöitä ei ole apuna.
- asiakkaalla on etuuksia ja palveluja monelta eri taholta tai epämääräisiä tuen tarpeita.
- asiakkaasta on tehty säännöllisesti yhteydenottoja sosiaalipäivystyksestä.
- asiakas on asunnoton/häädetty tai hädän uhka on olemassa.
- herää huoli asiakkaan suun ja hampaiden kunnosta.
- herää huoli asiakkaan ravitsemuksesta.
- asiakkaan opinnot ovat pitkittyneet tai asiakas on opintojen ulkopuolella.
- asiakkaan työttömyys on pitkittynyt tai hän on osatyökykyinen, on tarve eläkeselvittelyille tai asiakas on vailla ensisijaista etuutta.
- useampi perheenjäsen tarvitsee tukea / on sairastunut.

Monipalveluasiakkaan tunnistaminen 3/4

Potilas- ja asiakasrekisterien avulla voidaan myös tunnistaa monialaisen palvelun tarpeessa olevia henkilöitä, esimerkiksi jokin näistä (kaikkien ei tarvitse toteutua):

- Perusterveydenhuollon lääkärikäyntimäärät 6–10 krt/v
- Päivystyskäynnit 7–8 krt/v
- Peruuttamattomia aikoja 2–4 krt/kk
- Puuttuva hoito-, asiakas- tai kuntoutussuunnitelma
- Toistuvat osastojaksot

Lähteitä: [Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen suurkanäyttö – Näkökulmia suurkanäytön vähentämiseen](#) (Anne Santala)
[Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti](#) (Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.))

Monipalveluasiakkaan tunnistaminen 4/4

Kohtaamisen ja tunnistaminen tueksi:

Apukysymyksiä/aihealueita:

- Miten olet jaksanut eri ympäristöissä; kotona, arjen askareissa, töissä, opinnoissa...?
- Millainen mielialasi on ollut viime aikoina?
- Miten usein käyt ulkona?
- Käytätkö nikotiinituotteita ja/tai alkoholia, entä muita päihteitä?
- Pelaatko rahapelejä esim. nettikasino?
- Miten olet nukkunut, levännyt ja syönyt viime aikoina?
- Miten pärjääät sairauden kanssa?
- Koetko tai oletko kokenut uhkaa tai väkivaltaa lähisuhteissasi?

- Onko itselläsi tai läheisilläsi huolia ja/tai kuormitusta elämässä, kuten taloudelliset huolet?
- Mihin kaipaisit tukea tai muutosta?
- Koetko saavasi riittävästi tukea esim. lähipiiriltäsi, kun sitä tarvitset? Koetko yksinäisyyttä?
- Miten suhtaudut tulevaisuuteesi?

Voi hyödyntää:

Omasuuntima: yhteistyö- ja verkostoasiakkuudet

Kohtaa – Kuule – Kysy – Kannusta – Kokoa

Monipalveluasiakas erikoissairaanhoidossa

Tays Päivystys Acutassa

- Monipalveluasiakkaaksi katsotaan potilas, jolla > 5 käyntiä/v. Potilasryhmää voidaan kutsua myös päivystyksen monikävijäksi.
- Monikävijän tunnistamiseen ollaan ottamassa käyttöön robotiikkaa, joka tunnistaa ed. mainitut potilaat käyntimäärän perusteella (tilanne 12/2023).

Tays vuodeosastolla

- Osaston työntekijä tai hoitokoordinaattori tunnistaa eRa-näkymän avulla potilaan, jolla on toistuvia osastojaksoja.
- Kolmas suunnittelematon osastojakso edeltävän 12 kk aikana tai kaksi suunnittelematonta osastojaksoa, joiden välissä kaksi päivystyskäyntiä tai kaksi suunnittelematonta osastojaksoa lyhyellä aikavälillä.
- Mikäli monikävijä tunnistetaan, voidaan ottaa puheeksi mahdollinen tarve tilanteen kokonaisvaltaiseen arviointiin perusterveydenhuollossa.

- Lyhyellä keskustelulla kartoitetaan potilaan näkemys tilanteestaan, terveys- ja muista ongelmistaan, hoitokontaktit sekä kotiavut. Tarvittaessa voidaan haastatella myös läheistä.
- Päivystävä sosiaalityöntekijä voi avustaa tilanteen arvioinnissa ja tarvittaessa tehdä ilmoituksen sosiaalihuollon tarpeesta (Sosiaalihuoltolaki).
- Tieto potilaasta välitetään asiakasvastaavalle, kotihoidon asiakasohjaajalle tai muulle jatkotyöskentelystä vastaavalle taholle, mikäli yhteystiedot ovat saatavilla. Uoma-järjestelmän laajenemista myös paljon palveluita tarvitsevista tiedon välittämiseen odotetaan.
- Monikävijöiden tunnistaminen ja tiedonvälittäminen ovat aktiivista toimintaa, johon ei ole erillistä resurssia. Toiminta ei toteudu systemaattisesti, jos henkilöstöresursseissa on riittävyysaastetta.

Monialainen palvelutarpeen arviointi

Monialaisessa palvelutarpeen arvioinnissa muodostetaan asiakkaan, ammattilaisten ja muiden toimijoiden (läheiset yms.) yhteinen näkemys seuraavista asioista:

- Asiakkaan toimintakyvystä ja terveydentilasta
- Mitä sosiaalipalveluja ja muita tukitoimia asiakkaalle järjestetään
- Laaditaanko erillinen sosiaalihuollon asiakassuunnitelma
- Kuka toimii asiakkaan omatyöntekijänä sosiaalihuollossa
- Onko asiakkaalla erityisen tuen tarve
- Mitä terveyspalveluja asiakas tarvitsee nyt ja lähitulevaisuudessa
- Laaditaanko asiakkaalle terveys- ja hoitosuunnitelma
- Kuka vastaa asiakkaan terveyspalvelujen yhteensovittamisesta
- Kuka koordinoi monialaista yhteistyötä ja sovittaa yhteen sosiaali- ja terveyspalvelut

Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi (PTA) 1/7: THL:n kolmiportainen palvelutarpeen arviointi



Erityisen tuen tarpeen asiakkaat, joilla on samanaikaisesti monia eri palveluja tai niiden tarvetta, elämätilanne vaikea ja epäselvä

- Sosiaalityöntekijä päävastuussa
- Minun tiimini tarvittaessa
- Pitkäaikainen asiakkuus usein tarpeen

Sosiaalihuoltolaki 41 §



Sosiaalihuollon asiantuntijan (sosiaaliohjaaja tai –työntekijä) tekemä tavoitteellinen palvelutarpeen arviointi

- Asiakas itse aktiivisena toimijana
- Syntyy asiakkuus
- Sosiaalihuollon ammattihenkilö päävastuussa

Sosiaalihuoltolaki 36 §



Ohjausta ja neuvontaa, jonka perusteella asiakas ohjataan joko yleisiin peruspalveluihin tai tarvittaessa palvelutarpeen arviointiin

- Ei edellytä asiakkuutta
- Sosiaalihojaaja tai muu asiantuntija päävastuussa

Sosiaalihuoltolaki 6 §



Monialainen arviointi jatkuvasti asiakkaan tilanteen edellyttämällä tasolla



Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi (PTA) 2/7

Sosiaalihuoltolain mukaiseen palvelutarpeen arviointiin tulee ohjata, jos henkilöllä on tarve erityiselle tuelle:

Esim. kognitiivinen/psykykinen vamma tai sairaus, päihteiden ongelmakäyttöä, erityisiä vaikeuksia saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluita, asiakas on asunnoton, elämänhallintaan liittyvät haasteet

PTA on aloitettava **7 arkipäivän** sisällä, poikkeuksena:

- yli 75-vuotiaat tai
- asiakas saa vammaisetuuksista ylintä hoitotukea, arviointi on aloitettava **viipymättä**

Milloin PTA on ilmeisen tarpeetonta?

- tuen tarve on ilmeisen tilapäistä ja yksittäistä > asia ratkeaa ohjauksella ja neuvonnalla
- esim. etuuden tarkastaminen, hakemuksen tekemisessä opastus jne. TAI asia ratkaistaan selkeästi toisessa palvelussa, johon asiakas ohjataan
- asiakkaalle on hiljattain tehty palvelutarpeen arvio, joka on ajantasainen

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**

Asiakascase A

- Ilmoitus omaiselta, että ikäihminen kokee väkivaltaa ja taloudellista hyväksikäyttöä.
- Kyseessä **kiireellinen asia**, palvelutarpeen arviointiprosessi käynnistyy välittömästi.

Asiakascase B 1/3

- Asiakas yhteydessä matalan kynnyksen sosiaalipalveluun, asiakkaalla huoli siitä, ettei ole rahaa ruokaan tai asumiseen.
- Kun viranomainen selvittää asiaa, selviää että asiakkaalla sosiaaliturva on maksussa ja asiakkaalle tulossa rahaa elämiseen ja vuokraan.
- Kyseessä **tilapäinen, ohjaus- ja neuvontatyöllä ratkaistavissa oleva asia**, eikä asia edellytä palvelutarpeen arviointia.

Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi (PTA) 3/7

- Kun on selvinnyt, että asiakas tarvitsee sosiaalihuollon palveluita, työntekijä aloittaa palvelutarpeen arviointiprosessin ja sopii asiakkaan kanssa prosessin etenemisestä ja tekee tarvittavat ajanvaraukset.
- PTA on tehtävä 3 kk:n sisällä siitä, kun asia on laitettu vireille ja todettu, että asiakas tarvitsee sosiaalihuollon palveluita.
- PTA-prosessi voi tarvittaessa jatkua useammalla tapaamisella, jonka aikana myös viimeistellään virallinen sosiaalihuollon dokumentti.

Asiakascase B 2/3

- Asiakas palaa uudelleen palveluun samalla asialla.
- Viranomainen lähtee kyselemään tarkemmin asiakkaan talousasioista, jonka yhteydessä selvinnyt, että asiakkaalla menee paljon rahaa nettipelaamiseen ja päihteisiin.
- Asiakas halukas selvittämään eri palveluja/vaihtoehtoja.
- Asiakkaalle varataan tapaamisaika, jolloin jatketaan palvelutarpeen arviointia.

Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi 4/7

Velvollisuus monialaiseen yhteistyöhön ([Sosiaalihuoltolaki 41§](#))

- Jos henkilön tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen edellyttävät sosiaalitoimen tai muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen.
- Työntekijä on yhteydessä terveydenhuoltoon ja konsultoi ammattilaisia, mahdollista tehdä yhdessä palvelutarpeen arvio asiakkaalle.

Asiakascase B 3/3

- Asiakastapaamisella selviää, että asiakkaalla on akuutti päihdeongelma ja mielenterveyden haasteita, joihin ei voida vastata pelkästään sosiaalihuollon palveluilla.
- Asiakas on motivoitunut muutokseen ja kuntoutukseen, ja antaa suostumuksen olla yhteydessä perusterveydenhuoltoon.
- Työntekijä on yhteydessä tarvittaviin päihde- ja terveyspalveluihin (mahd. yhteistapaaminen).
- Ammattilainen on konsultoinut/tavannut tarvittavia muita ammattilaisia ja kirjaa palvelutarpeen arvioinnin asiakastietojärjestelmään.

Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi 5/7

Velvollisuus monialaiseen yhteistyöhön ([Sosiaalihuoltolaki 41 §](#))

- Jos terveydenhuollon ammattihenkilö, opetustoimi, liikuntatoimi, pelastuslaitos, hätäkeskus, tulli, poliisi, rikosseuraamuslaitos, työ- ja elinkeinoviranomainen, KELA tai ulosottoviranomainen on saanut työssään tietää henkilöstä, jolla on ilmeinen sosiaalihuollon tarve, tulee henkilö ohjata hakemaan sosiaalipalveluja tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava yhteyttä sosiaalihuollon viranomaiseen.
- Mikäli suostumusta ei voi saada ja henkilö on kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan on ilmoitus tehtävä salassapitosäännöksistä huolimatta viipymättä sosiaalihuollon viranomaiselle.

Asiakascase C

- Asiakas on kotiutumassa terveyskeskuksen osastolta, jossa on hän on ollut hoidettava kaatumisen seurauksena. Asiakas kertoo sairaanhoitajalle lähtiessä, että hänellä ei ole varaa ostaa reseptillä määrättyjä lääkkeitä ja vuokrakin on tältä kuulta maksamatta.
- Sairaanhoitaja neuvoo asiakasta olemaan yhteydessä sosiaalipalveluiden neuvontaan. Asiakas kertoo, ettei hän aio sitä tehdä.
- Sairaanhoitaja keskustelee asiakkaan kanssa ja he päätyvät yhdessä tekemään ilmoituksen sosiaalihuollon tarpeesta olevasta henkilöstä.

Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi 6/7

Palvelutarpeen arviointi sisältää:

- 1) yhteenvedon asiakkaan tilanteesta sekä sosiaalipalvelujen ja erityisen tuen tarpeesta
- 2) sosiaalihuollon ammattihenkilön johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä
- 3) asiakkaan mielipiteen ja näkemyksen palvelutarpeestaan, ellei palvelutarpeen arvioimiseen yhteistyössä asiakkaan kanssa ole ilmeistä estettä
- 4) asiakkaan ja sosiaalihuollon ammattihenkilön arvion 42 §:n mukaisen omatyöntekijän tarpeesta.

- **Palvelujen järjestäminen palvelutarpeen arvioinnin mukaisesti**
- Kun tuen tarve on luonteeltaan tilapäistä, on oikea-aikaisilla ja riittävillä tilapäisillä palveluilla pyrittävä ehkäisemään pidempiaikaisen tuen tarvetta.
- Kun tuen tarve on jatkuvaa tai toistuvaa, palveluja on järjestettävä siten, että tavoitteena on asiakkaan itsenäinen selviytyminen ja tuen tarpeen päättymisen asiakkaan kanssa tavoitteeksi asetetun määräajan jälkeen.
- Henkilöille, joiden tuen tarve on pysyvä tai pitkäaikainen, tuki on pyrittävä järjestämään siten, että turvataan palvelujen jatkuvuus, ellei palvelujen muuttaminen ole asiakkaan edun mukaista. Jos tuen tarve on vain osittain pysyvä tai pitkäaikainen, on tuki järjestettävä muilta osin siten kuin edellä 1 ja 2 momentissa säädetään
- [Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi 7/7

- Sosiaalihuollossa kirjaaminen on jokaisen työntekijän vastuulla. Kirjaukset on tehtävä viipymättä, kun asiakkaan asiaa on käsitelty.
- Asiakasasiakirjoihin kirjataan tarpeelliset ja riittävät tiedot sosiaalihuollon
 1. Järjestämisestä
 2. Suunnittelusta
 3. Toteuttamisesta
 4. Seurannasta
 5. Valvonnasta
- Asiakirjoissa käytetään selkeää ja ymmärrettävää kieltä.
- Kirjaaminen tapahtuu rakenteisesti eli kirjaamisessa noudatetaan ennalta sovittuja, yhtenäisiä tiedon rakenteita.
- Rakenteiset, määrämuotoiset asiakirjat tulevat käyttöön vaiheistetusti.
- Asiakasasiakirjat tallennetaan Kanta-palvelun sosiaalihuollon asiakastiedon arkistoon.
- Kanta-palvelun Omakannasta asiakas voi jatkossa lukea itseään koskevia asiakaskirjauksia.
- Väliajalla, ennen yhdenmukaisten asiakirjojen käyttöönottoa sosiaalihuollon palvelutarpeenarviointi kirjataan sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään kunkin järjestelmän omien rakenteiden mukaisesti (esimerkiksi Efficassa THL:n lomake palvelutarpeenarviointiin).

Palvelutarpeen arviointi ikääntyneellä asiakkaalla

- Ikäihmisten palveluihin ohjaututaan [Pirkanmaan Kotitorin](#) kautta. Kotitori ohjaa asiakkaan tarvittaessa asiakasohjaajalle, joka tekee [RAI-arvion](#).
- RAI-arviointi on edellytys esimerkiksi asumispalveluiden ja kotihoidon myöntämiselle.
- Palveluntuottajat tekevät RAI-arviointia sekä asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa että seurannan omaisesti.
- RAI-arviointimenetelmän käyttö edellyttää perehtymistä THL:n RAI-[koulutuksiin](#) ja –[sanastoon](#).
- [RAI-arviointi](#) toteutetaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen palvelutarpeidensa selvittämiseksi, palveluiden oikein kohdentamiseksi, hoidon ja palveluiden suunnitteluun, hoitotyön laadun seurantaan ja kehittämiseen ja tiedolla johtamiseen.
- Huomioi erityisesti muistisairaudet kotona asuvien vanhusten palveluntarvetta arvioidessasi tai vanhuksen tullessa sairaalaan hoitoon.
- Huomioi lisäksi alkoholin käytön riskirajat (Kts. [Elintapaohjaus: Alkoholi](#)).
- Huomioi vanhuksen sosiaaliset voimavarat ja yksinäisyys, ohjaa tarvittaessa järjestöjen ja matalan kynnyksen palveluihin.

Palvelutarpeen arviointi vammaisella asiakkaalla 1/2

- Vammaisilla ja kehitysvammaisilla henkilöillä on samankaltaiset oikeudet peruspalveluihin kuten muillakin kansalaisilla. Peruspalveluita ovat esimerkiksi päihde- ja mielenterveyspalvelut, aikuissosiaalityö ja perusterveydenhuolto.
- Mikäli yleislakien avulla ei voida turvata asiakkaan palvelukokonaisuutta, sovelletaan erityislakeja kuten vammaispalvelulakia.
- Erityislakien soveltamiseen vaikuttavat korkeimman hallinto-oikeuden ennakkopäätökset, joita seurataan tarkasti erityislakien soveltajien kesken.
- Erityislainsäädännön piirissä olevia palveluita ja etuuksia ei voida muiden palvelujärjestelmän toimijoiden puolesta luvata myönnettäväksi asiakkaalle. Ainoastaan erityislainsäädännön päätösoikeudet omaava viranhaltija voi tehdä asiasta päätöksen.
- Vaikeavammaisuus määrittyy aina yksilökohtaisesti suhteessa henkilön toimintaympäristöön. Sairauden tai vamman tulee aiheuttaa yli vuoden kestävää pitkäaikaista haittaa suhteessa haettuun palveluun (esimerkiksi asiakkaalla on liikkumisen haasteita pitkäaikaisten sairauksien johdosta).

Palvelutarpeen arviointi vammaisella asiakkaalla 2/2

- Uusien asiakkaiden kohdalla voit ohjata asiakkaan olemaan yhteydessä [Pirkanmaan Kotitoriin](#) .
- Jos asiakkaalla on jo vammaispalveluihin asiakkuus, voi hän olla suoraan yhteydessä oman kotikuntansa työntekijään.
- Oikeus vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin arvioidaan palveluittain: asiakkaalla ei ole automaattisesti oikeutta kaikkiin vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin (esimerkiksi kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asumisen palvelut kaikki arvioidaan erikseen).

Konsultointikäytännöt

Alustus aiheeseen

- Konsultointi:
 - nopeuttaa asiakkaan avun saamista
 - mahdollistaa organisaation sisäistä oppimista
 - turvaa yhden yhteydenoton kautta saatavaa palvelua

Suorat linkit sisältöön

- [Konsultaatio yleisesti](#)
- [Konsultointiin liittyviä kysymyksiä](#)
- [ISBAR](#)
- [Konsultoinnin kolme vaihetta sosiaalihuollossa](#)
- [Pirhan konsultaatioiden kehitys](#)
- [Yhteistyö- ja konsultaatiomalli terveydenhuollossa](#)

Konsultointikäytännöt 1/7: Konsultaatio yleisesti

Mitä on konsultaatio?

- Konsultoinnissa annetaan neuvoja/opastusta kasvotusten/sähköisesti/puhelimitse pääsääntöisesti selkeään ja kertaluonteiseen kysymykseen.
- Konsultaatiota antava asiantuntija ei toimi työparina eikä osallistu henkilökohtaiseen tapaamiseen.
- Konsultoinnissa vastuu ei siirry konsultointia antavalle taholle.

Miksi?

- Yhteistyö eri toimijoiden välillä tukee palvelupolkua ja turvaa tuen jatkumisen hoidon aikana ja sen päätyttyä – konsultointi on yksi työmuoto

Tärkeitä huomioita:

- palvelukohtaiset ohjeet (esim. tietyissä riskitekijöissä konsultoidaan aina lääkäriä)
- yleiset kysymykset, jotka eivät vaadi hoidon jatkuvuutta tulee hoitaa geneeristä konsultaatiokanavaa pitkin
- pyrittäessä hoidon jatkuvuuden lisäämiseen, tulee monialaista työtä tekevän lääkärin päiväohjelmaan varata konsultaatioille aikaa

Konsultointikäytännöt 2/7:

Konsultointiin liittyviä kysymyksiä

Ennen konsultaatiota ratkaistavat kysymykset:	Syventävät pohdinnat:
Miksi konsultoit?	Olennaista on, että tunnet asiakkaan tilanteen ja taustat hyvin ja esität ne johdonmukaisesti.
Mikä on näkökulma, jota tarvitset asiakkaan ongelman hahmottamiseen tai selvittämiseen?	Esitä mahdollisimman selkeä kysymys, johon tarvitse vastauksen (tunnistettava, että sosiaalihuollon haasteissa ei aina mahdollista).
Konsultointi anonyymisti vai asiakkaan nimellä?	Asiakkaalta oltava lupa tietojenvaihtoon ja konsultointiin, mikäli konsultoit asiakastiedolla. Jos asiakkaan lupaa ei ole ennättänyt kysyä tai sitä ei ole saanut, pohdittava miten olennaista asiakkaan tilanteen ratkaisemiseksi konsultaatio on ja onko konsultaatio mahdollista tehdä anonyymisti. Sosiaali- ja terveydenhuoltolaeissa on ilmoitusvelvollisuus (ei konsultointivelvollisuutta) salassapitosäännösten estämättä, mikäli henkilö on ilmeisen kykenemätön vastamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii (Sosiaalihuoltolaki 35 § 2. mom. ja Terveystieteidenhuoltolaki 50 a 2. mom.).
Miten parhaiten esität asiasi?	Konsultaatiossa on oltava selkeä punainen lanka, jota konsultin on helppo seurata (tunnistettava, että sosiaalihuollon haasteissa ei aina mahdollista).
Ketä konsultoin?	Mikäli mahdollista, pohdi etukäteen tai varmista esim. kollegalta, että soitat oikean substanssin asiantuntijalle. Aloita pohtimallasi selkeällä kysymyksellä, sillä jos toisessa päässä onkin väärän alan asiantuntija, selviää se heti eikä vasta tarinasi jälkeen.
Mitä tietoa pitää olla käytettävissä ja mitä lisätietoja todennäköisesti kysytään?	Pohdittava ennakoon, mitä asiakasta koskevaa tietoa mahdollisesti tarvitset konsultaation aikana (esim. tiettyjen asiakasasiakirjojen avaaminen koneelle valmiiksi).
Kuinka kiireellinen konsultaatio on?	Mieti valmiiksi kuinka akuutista tilanteesta on kyse ja miten nopeasti toivot tilanteeseen ratkaisua? Pohdi myös, kuinka iso rooli konsultaatiolla on asiakkaan asian ratkaisemisessa.
Missä ja miten konsultoit?	Pohdi valmiiksi, missä olet kun konsultaatiota teet (koneen ääressä, millaisen ajan varaat konsultaatiolle, milloin seuraava asiakas on tulossa) ja millä tavalla asiassa kannattaa konsultoida (puhelimitse, sähköpostilla, kysymällä oven raosta jne.).
Miten kirjaat vastauksen konsultaatioon?	Muista kirjaamisen merkitys konsultaatioissa, mikäli konsultoit asiakastiedolla. Kirjaamisessa olennaista on pohtia, mikä konsultaatiossa on oleellista juuri esittämäsi punaisen langan osalta ja kirjata vain oleellinen konsultaatiosta saatu tieto.

Konsultointikäytännöt 3/7: ISBAR

1. Tunnista

- Oma nimi, ammatti, yksikkö
- Asiakkaan/potilaan nimi, hetu

2. Tilanne

- Konsultaation syy: esim. hoidon ohjaus, hoitopaikan tarpeen arvio, EKG

3. Tausta

- Perussairaudet
- Riskitiedot
- Muu merkittävä asia (päähtymys, eristyspotilas, yms)

4. Nykytilanne

- Onko jotain kriittistä hoidettavaa (hengenvaara, tajunta, kipu)
- Oleelliset muut asiat tämän hetken tilanteesta

5. Toiminta-ehdotus

- Ehdota itse:
 - hoitopaikkaa
 - toimenpidettä
 - siirtoa toiseen yksikköön
 - hoitosuunnitelman muutosta
- Varmista:
 - kuinka kauan
 - kuinka usein
 - koska otan uudelleen yhteyttä ja keneen
- Onko muuta kysyttävää?
- Varmista, että olette samaa mieltä suunnitelmasta

- ISBAR-menetelmä muodostuu sanoista: *tunnista (Identify)*, *tilanne (Situation)*, *tausta (Background)*, *nykytilanne (Assessment)* *toimintaehdotus (Recommendation)*
- Menetelmän on tarkoitus selkeyttää konsultaatiota: vastaanottaja tietää mitä tietoa hän odottaa kuulevansa ja osaa kysyä tarvittavat lisäkysymykset helpommin.

Konsultointikäytännöt 4/7:

Konsultoinnin kolme vaihetta sosiaalihuollossa

Hoidon tai palvelun tarve



Ensivaiheen konsultointi		Toisen vaiheen konsultointi		Kolmannen vaiheen konsultointi	
Yhteydenoton käsittely	Palvelu- ja hoidon tarpeen arviointi	Palvelu-kokonaisuuden suunnittelu	Palvelujen ja hoidon organisointi	Palveluiden ja hoidon toteutus	Palvelujen seuranta ja arviointi
Konsultoinnin erityispiirteet: - Tieto asiakkaan tilanteesta saattaa olla vaillinainen - Ei selvää kuvaa palvelutarpeesta "Turhien" konsultaatioiden todennäköisyys hyväksyttävä - Yleistason palvelu- tai hoitoneuvonnan tarve - Ongelman määrittely Konsultoinnin tavat (sovittava): - Konsultaatio-ohje - Puhelin - Oven rako - Videovälitteiset konsultaatiot		Konsultoinnin erityispiirteet: - Asiakkaan tilanteesta laajempi käsitys - Selkeä tarve tietyn palvelun tai hoidon arvioinnille - Yhteinen ymmärrys asiakkaan ja verkoston kanssa Konsultoinnin tavat: - Laajemmin asiakkaan tilannetta selvittävät palvelupyynnöt - Lähetä (ilman vastuun siirtoa) - Puhelin - Videovälitteiset konsultaatiot		Konsultoinnin erityispiirteet: - Palvelun/hoidon toteuttamisessa mahdolliset uudet palvelutarpeet - Voi muodostua tarve sekä ensi- että toisen vaiheen konsultoinnille Konsultoinnin tavat: - Laajemmin asiakkaan tilannetta selvittävät palvelupyynnöt - Lähetä (ilman vastuun siirtoa) - Puhelin - Videovälitteiset konsultaatiot	

Konsultointikäytännöt 5/7: Pirhan konsultaatioiden kehitys 1/2

Toimintamallin kehitystä,
tekniset työkalut sitten
mahdollistajana

Teknisenä työkaluna Pirhan
chat-alustat ja puhelimet
(tilanne 2023)

Tarkoitus poistaa
tyhjäkäyntiä järjestelmästä
vastaamalla
mahdollisimman nopeasti
konsultaatioihin

Vähentää eri ammattilaisten
keskeytyksiä muun työn
lomassa keskittämällä
konsultaatiot tietyille
henkilöille tietyinä
ajankohtana

Lisää tietotaitoa ja vähentää
yksittäisen ammattilaisen
kuormitusta

- Tulee silti huolehtia, että ohjeet ovat ajan tasalla ja ensisijainen toimintatapa

Mahdollistaa sujuvan ja
nopeasti saatavilla olevan
konsultaation, jossa
huolehditaan
korkealaatuisesta
vastauksesta

Konsultointikäytännöt 6/7: Pirhan konsultaatioiden kehitys 2/2

- Samaa konsulttiroolia voi hoitaa yhtäaikaisesti useampi ammattilainen hyvinvointialueen tasolla.
 - Esim. yleislääkäreitä voi olla vastaamassa kysymyksiin yhtä aikaa useita, mutta konsultoivan ammattilaisen puolelta asia näyttäytyy vain yhtenä yleislääkäri-roolina, jota konsultoidaan.
- Geneerinen konsultti voi ratkoa ison osan ongelmista, mutta tarvitaan myös lähikonsultteja. Konsultaatioiden kehittämisessä tulee huomioida koko ajan myös hoidon jatkuvuus.
- Valtaosa konsultaatioista pyritään mahdollistamaan ilman erillisiä kriteerejä.
 - Tiettyjä ammattilaisia on niin vähän, että heidän työtä täytyy suojata. Näiden tiettyjen (esim. erikoislääkärit, neuropsykiatrian poliklinikka, kehitysvammaisten erityishuollon sosiaalityö yms.) ammattilaisten rooleja, on jouduttu rajoittamaan siten, että kuka tahansa ei voi suoraan heitä konsultoida.

Konsultointikäytännöt 7/7:

Yhteistyö- ja konsultaatiomalli terveydenhuollossa



Päivystykselliset konsultaatit puhelimitse



Pirha Konsultaatit

Reaaliaikainen etäkonsultaatio nopeasti

- Chat
- Videokonsultaatio



Omien tiimien moniammatillinen työ
perustasolla (alueellisesti)

Erikseen varattua aikaa

Kompleksiset tapaukset, johon vaaditaan
moniammatillinen tiimi



Etävastaanotto

Asiakkaan tapaaminen yhteisvastaanotolla on
vastaanotto, ei konsultaatio

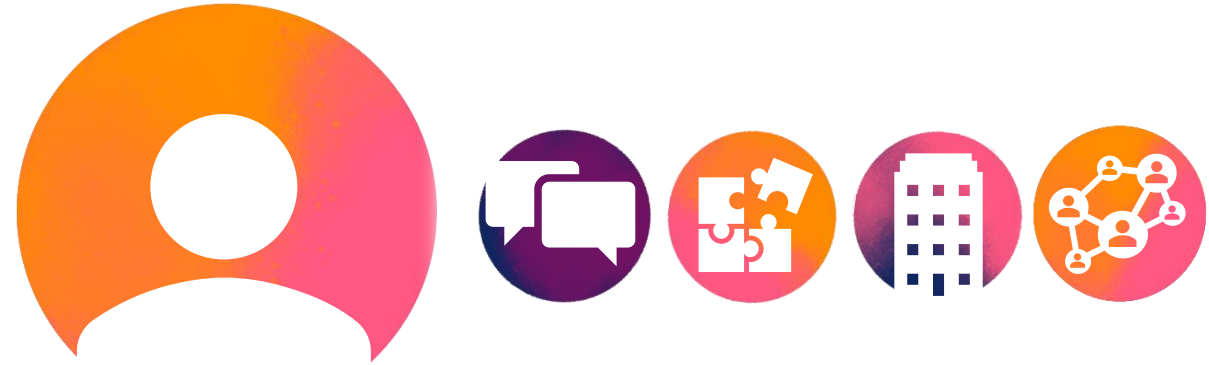
Minun tiimini –toimintamalli 1/2

”

MINUN TIIMINI on asiakkaan toiveiden mukaisesti koottu joukko toimijoita, kuten ammattilaisia, läheisiä ja järjestötoimijoita. Minun tiimini etsii yhdessä ratkaisuja asiakkaan esiin nostamiin asioihin.

Tiimin tavoitteena on tarjota asiakkaan tuen tarpeiden mukainen, riittävä ja oikea-aikainen tuki.

Keskeistä on asiakkaan osallistuminen, dialogisuus ja systemisyys.



Minun tiimini -mallin toimijat

- Läheiset, perheenjäsenet, tukihenkilö, omaishoitaja, vertaistoimija
- 3. sektori, yksityiset toimijat
- Ravitsemusterapeutti, liikuntaneuvoja, kulttuuriohjaaja
- Matalan kynnyksen toimijat (lähitori, yhteisökeskus)
- Lääkäri
- Psykologi
- Sairaanhoitaja, terveydenhoitaja
- Psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdehoitaja
- Sosiaalityöntekijä
- Sosiaaliohjaaja, asiakasohjaaja
- Kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti, puheterapeutti
- Suuhygienisti, hammaslääkäri, hammashoitaja
- Omavalmentaja, työkykykoordinaattori
- KELAn asiantuntija

Ja niin edelleen asiakkaiden tarpeiden mukaisesti.

Minun tiimini -toimintamalli 2/2: Systemisyyttä tukevat periaatteet

- 1. Asiakasosallisuus:** Muodostamme tiimin asiakkaan sanoittamasta tarpeesta käsin ja hän saa vaikuttaa tiiminsä kokoonpanoon ja mitä ongelmia käsittelemme.
- 2. Tasavertaisuus:** Kaikki osallistujat ovat tasaveroisia tiimin jäseniä, niin eri alojen ammattilaiset kuin asiakas ja hänen läheisensä.
- 3. Dialogisuus:** Kuuntelemme ja kuulemme toinen toistamme ammattilaisten välillä ja asiakkaan kanssa. Näin luomme yhteistä ymmärrystä tilanteesta.
- 4. Yhteisvastuullisuus ja yhteistoimijuus:** Taakka pienenee yhdessä tekemällä ja yhdessä opimme jatkuvasti lisää siitä, miten voimme olla asiakkaille avuksi.
- 5. Konkreettinen yhteinen suunnitelma:** Etenemme pienin askelin ja seuraamme, miten asiakkaan elämäntilanne paranee.



Kohtaaminen ja puheeksiotto 1/2:

Kohtaamisella hyvää mielenterveys- ja päihdehoitoa

- Mielenterveys- ja päihdetyön ydin on kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa.
- Kohtaa avun tarvitsija kokonaisuutena ja kuule hänen tarina.
- Kohtaamisella voidaan edistää tai heikentää hoitoon sitoutumista, luottamusta ja vaikutuksia – Ilman kohdatuksi tulemisen kokemusta, asiakas ei voi ottaa apua vastaan.

Minua kuunnellaan, eikä tuntemuksiani mitätöidä. Kuunnellaan silti, vaikka en itse pysty näkemään todellista tilaani, vaan joko suurentelen (leuhkin) touhujani, tai vähättelen omaa osuuttani.

Hyvän kohtaamisen tukilista*

- Kohtaa minut ihmisenä
- Kunnioita ja kuuntele
- Ota todesta, sillä kyseessä on kokemukseni tilanteestani
- Ole avoin ja hyväksyvä
- Selvitä ja kysy, mitkä ovat ne ongelmat mihin koen tarvitsevani apua
- Älä tuomitse tai vähättele
- Ole selkeä puheessasi
- Anna ohje ja yhteystiedot kirjallisena, jotta voin palata niihin
- Huomioi myös läheiseni ja perheeni
- Tarpeen vaatiessa varmista, etten jää yksin

Tukilista on koottu kuntoutujien kanssa Mielenterveys puheeksiwebinaariin (Reini & Saarinen 2019) ja täydennetty Saarinen (2021) kokemusasiantuntijoiden vastauksilla

Kohtaaminen ja puheeksiotto 2/2:

Puheeksiotto ja mini-interventio

- Puheeksiotto on jokaisen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tehtävä ja kuuluu jokaiselle vastaanottokäynnille. Muista myös kirjata/tilastoida!
- Mielenterveys, päihteiden käyttö ja jaksaminen otetaan puheeksi osana jokaista hoidon ja palvelutarpeen arviointia.
- Puheeksi ottaminen on jo itsessään hoidollinen interventio ja tärkeä tunnistamisen keino.
- Haasteiden lisäksi, kiinnitä huomiota myös voimavaroihin. Ne tukevat asiakkaan kykyä auttaa itseään ja auttavat hoitoon sitoutumisessa ja siinä onnistumisessa.
- Hyödyllisiä linkkejä: [Mini-interventio](#) ja [Motivoiva haastattelu](#) (keskustelu).
- Puheeksioton ja mini-intervention peruspalikat
 - Kysy asiakkaalta
 - Tunnista riskit tai ongelmat
 - Motivoi muutokseen
 - Seuraa edistymistä

Apukysymyksiä vastaanotolle

- Miten olet jaksanut kotona, arjen askareissa, töissä, opinnoissa...?
- Millainen mielialasi on ollut viime aikoina (voit käyttää apuna asteikkoa 1-10)?
- Miten olet nukkunut, levännyt ja syönyt viime aikoina?
- Onko itselläsi tai läheisilläsi huolia ja/tai kuormitusta elämässä, kuten taloudelliset huolet?
- Käytätkö nikotiinituotteita ja/tai alkoholia, entä muita päihteitä?
- Pelaatko rahapelejä esim. nettikasino?

Systeeminen työote 1/3: Käsitteiden määrittelyä

- **Systeemisyyys:** Systeemisyyys on yhteinen käsite tietynlaisen palvelujärjestelmään liittyvän ajattelun, periaatteiden ja toimintakäytäntöjen jäsentämiselle ja toteutumiselle. Systeemisessä ajattelussa tunnistetaan yksilön, verkostojen ja palvelujärjestelmän suhteet ja niiden muodostama kokonaissysteemi, jossa eri osat vaikuttavat yksilön ja ryhmien hyvinvointiin. Tavoitteena on, että palvelut vastaavat merkittävästi vahvemmin tarpeeseen yhteensovitettuna kokonaisuutena (kustannustehokkuus).
- **Systeeminen työote:** Systeemiseen ajatteluun ja periaatteisiin perustuva tapa toimia. Hyödynnetään systeemisyyttä tukevia työkaluja ja käytäntöjä. Toimitaan dialogisesti eri näkökulmat huomioiden, muodostaen eri toimijoiden kesken yhteinen tavoite, suunnitelma sekä toteutus. Muodostetaan ammattilaisten työ asiakkaan tarpeen ympärille. Suunnataan työ ongelman sijasta syihin. Tarkastellaan yksilön tilannetta kokonaisuutena, jossa osat (myös ammattilaiset) vaikuttavat toisiinsa.
- **Systeeminen verkostotyön prosessi:** Tapa toimia systeemisellä työotteella monitoimijaisissa asiakasprosesseissa.

Systeeminen työote 2/3: Keskeiset periaatteet

- Dialogisuus ja yhteistoiminnallisuus
- Pyrkimys luoda jaettu ymmärrys tilanteesta
- Konkreettiset, yhteiset, pienten askelten suunnitelmat
- Uteliaisuus ja avoimuus erilaisille tulkinta- ja ratkaisuvaihtoehtojille (ei tiedetä valmiiksi)
- Pyrkimys oppia jatkuvasti lisää siitä, miten voidaan olla avuksi
- Asiakkaan asiantuntijuuden, historian ja kokemusten huomioiminen
- Suhteen luominen asiakkaaseen ja perheenjäseniin
- Asiakkaalle tärkeiden suhteiden tutkiminen
- Arvostus, voimavarakeskeisyys ja toiveikkuus

Systeeminen työote 3/3:

Pirkanmaan systeeminen verkostotyön prosessi

Systeemisen työn periaatteiden toteutumista tuetaan prosessissa työkaluilla ja käytännöillä

Lähtökohdat:

Tunnistetaan tarve monialaiseen työskentelyyn

- Yhdessä asiakkaan kanssa
- Ei lähetetä asiakasta eteenpäin, kutsutaan tarvittavat toimijat mukaan.

Vastuu koollekutsumisesta

- Ammattilainen, joka havaitsee tarpeen
- Koordinaattori
- Omatyöntekijä

Prosessin askeleet:

1. Valmistautuminen työskentelyyn asiakkaan kanssa

- Käsiteltävän tilanteen (ydinasian) ja koolle kutsuttavien määrittely yhdessä sekä työmuodon läpikäyminen

2. Valmistautuminen koolle kutsuttavien kanssa

- Tapaamisen ja työmuodon läpikäyminen

3. Yhteinen työskentely tapaamisessa

- Läpinäkyvyys, kohtaaminen, sensitiivisyys, lupaa kysyvä työote, refleктоiva keskustelu ydinasiasta, yhteinen suunnitelma, onnistumisen arviointi yhdessä

4. Yhteinen työskentely tapaamisen jälkeen

- Yhteisen suunnitelman pohjalta pienin askelin ja joustavin työmuodoin (esim. työparityöskentely eri palveluiden välillä)

Työkalut

- Sukupuu, aikajana, avoin dialogi -menetelmä, arviointimenetelmät, avoin kirjaaminen

Roolit tapaamisessa

- Puheenjohtaja, kirjaaja

Keskustelurakenteet:

- Hypoteesi-työskentely (mistä tässä on kysymys, juurisyiden tarkastelua)
- Yhteistoiminnallinen auttamiskartta

Tutustu lisää: [Perhekeskuksen systeeminen verkostotyön prosessimalli | Innokylä \(innokyla.fi\)](#)

Asiakaskäyntiä tukeva materiaali

- Esitietolomake terveys- ja hoitosuunnitelmaa varten on saatavissa sekä [intran sivuilta](#) (vain Pirhan työntekijöiden käytössä) että [Pirhan ulkoisilta internet-sivuilta](#).
- Omahoitolomake (erillinen dokumentti, voi hyödyntää edellä mainitun lomakkeen tilalla)
- Suun terveystarpeet osana monialaista hoidon tai palvelutarpeen arviointia (erillinen dokumentti)
- Työkykypistemäärä (erillinen dokumentti)

Hoito- ja palvelusuunnitelmat

Alustus aiheeseen

- Eri asiakas- ja potilastietojärjestelmien vuoksi käytössä on toistaiseksi useampia asiakas-, palvelu- tai hoitosuunnitelmia.
- Tärkeää:
 - asiakkaan palvelun tai hoidon suunnitelma kirjataan
 - vastuista sovitaan asiakkaan ja ammattilaisten kesken.

Suorat linkit sisältöön

- [Terveys- ja hoitosuunnitelma](#)
- [Asiakas- ja palvelusuunnitelma sosiaalihuollossa](#)
- [Yhteinen asiakassuunnitelma](#)
- [Suun terveydenhuollon omahoitosuunnitelma](#)
- [Kuntoutussuunnitelma](#)
- [Työllisyys- ja kotoutumissuunnitelmat](#)

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 1/9:

Terveys- ja hoitosuunnitelma 1/2

- Terveys- ja hoitosuunnitelma (tehosu) tehdään yhdessä asiakkaan (ja läheisten) ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Se on osa potilaskertomusta, jonka ylläpitoon osallistuvat kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt.
- Hoitava lääkäri on päävastuussa tehosen tekemisestä.
- Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoimisesta huolehtii ensisijaisesti perusterveydenhuolto, erityisesti monipalveluasiakkaiden kohdalla.
- Kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat tahot, mukaan lukien erikoissairaanhoidon, ylläpitävät ja muokkaavat terveys- ja hoitosuunnitelmaa antamansa hoidon osalta.
- Päälinjaukset suunnitelmaan tekee kuitenkin asiakas yhdessä koordinoivan tahon kanssa.
- Pirkanmaan sote-asemilla on otettu käyttöön tehosu-työväline, jolla voidaan tehdä tehosu Kanta-näkyvästi. Tehosu kirjataan kansallisten terveys- ja hoitosuunnitelma -otsikoiden mukaisesti. Kyseessä on potilastietojärjestelmästä riippumaton työväline.

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 2/9:

Terveys- ja hoitosuunnitelma 2/2

- Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään asiakkaalle esimerkiksi, kun yksi tai useampia alla kuvatuista ehdoista täyttyy:
 - asiakas käyttää paljon palveluja (esimerkiksi yli kuusi kontaktia vuodessa per organisaatio)
 - asiakkaalla on pitkäaikaista seurantaa ja/tai hoitoa ja/tai kuntoutusta vaativa sairaus tai terveydentila
 - asiakkaalla on akuutti vaiva, joka edellyttää useamman tahon (organisaation tai terveydenhuollon ammattihenkilön) tutkimuksia ja/tai hoitoa
 - asiakas haluaa itselleen terveys- ja hoitosuunnitelman.
- Järjestöt osana terveys- ja hoitosuunnitelmaa tai asiakas- ja palvelusuunnitelmaa
 - Järjestöjen ammatillisesti ohjatut ryhmät & tuki ([lähellä.fi](#))
 - Järjestöjen kannatteleva rooli (ammattimainen auttamistyö, kokemustoiminta, kohtaamispaikat)
 - Vertaistuki ([vertaistalo.fi](#), [OLKA-toiminta](#), kokemustoiminta)
 - Läheisten ja luonnollisten verkostojen huomiointi (harrastukset, työ, opiskelupaikat yms.)

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 3/9:

Asiakas- ja palvelusuunnitelma sosiaalihuollossa 1/3

- Palvelutarpeen arviointia täydennetään suunnitelmalla, ellei se ole ilmeisen tarpeetonta ([Sosiaalihuoltolaki 39 §](#)).
- Suunnitelma tehdään asiakaslähtöisesti yhdessä asiakkaan kanssa.
- Suunnitelmaa tehdessä on varmistettava, että käytössä on tarpeeksi monialaista osaamista asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin nähden.
- Tavoitteena on viranhaltijan ja asiakkaan yhteinen näkemys asiakkaan toimintakyvystä ja tarvittavista palveluista.
- Asiakkaan näkemykset, toivomukset ja mielipiteet kirjataan suunnitelmaan.
- Suunnitelmaan kirjataan myös se, mikäli viranhaltijalla ja asiakkaalla on eriävät mielipiteet tarvittavista palveluista ja tukitoimista.
- Suunnitelma tarkistetaan tarpeen mukaan.
- Asiakkaan suostumuksella voidaan laatia yhteinen asiakassuunnitelma muiden toimijoiden kanssa.

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 4/9:

Asiakas- ja palvelusuunnitelma sosiaalihuollossa 2/3

Asiakas- ja palvelusuunnitelmasta tulee käydä ilmi seuraavat asiat:

- Asiakkaan ja ammatillisen arvion tuen tarpeesta sekä tarvittavista palveluista ja toimenpiteistä.
- Omatyöntekijän tai muun asiakkaan palveluista vastaavan työntekijän arvio asiakkaan välttämättömistä sosiaalipalveluista sekä niiden alkamisajankohdasta ja kestosta.
- Tiedot siitä kuinka usein asiakas ja työntekijä tulevat tapaamaan.
- Arvio asiakkaan vahvuuksista ja voimavaroista.
- Asiakkaan ja työntekijän yhdessä asettamat tavoitteet, joihin sosiaalihuollon avulla pyritään.
- Arvio asiakkuuden kestosta ja tiedot yhteistyötahoista.
- Tiedot suunnitelman toteutumisen seurannasta, tavoitteiden saavuttamisesta.

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 5/9:

Asiakas- ja palvelusuunnitelma sosiaalihuollossa 3/3

Listaus sosiaalihuollossa käytettävistä suunnitelmista:

- Lapsiperheiden palvelujen asiakassuunnitelma
- Työikäisten palvelujen asiakassuunnitelma
- Iäkkäiden palvelujen asiakassuunnitelma
- Lastensuojelun asiakassuunnitelma
- Lastensuojelun jälkihuollon asiakassuunnitelma
- Vanhemmuuden tukemisen suunnitelma
- Päihdehuollon asiakassuunnitelma
- Vammaispalvelujen palvelusuunnitelma
- Lomakepohjat: [Sosmeta - Asiakirjarakenteet \(thl.fi\)](#)

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 6/9:

Yhteinen asiakassuunnitelma

- Sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistä suunnitelmapohjaa ei ole vielä kehitetty.
- Monialaisessa yhteistyössä ammattilaiset ovat kirjanneet omille suunnitelmilleen omien kirjaamisohjeidensa puitteissa.
- Tämä on tarkoittanut sitä, että monipalveluasiakkaalle on voinut tulla useita erillisiä suunnitelmia samasta tapaamisesta.
- Ammattilaisten tulisi pyrkiä kirjaamaan yhteisiä suunnitelmia aina, kun mahdollista. Käytännöt yhteisten suunnitelmien tekemiseen ovat vielä muotoutumattomia ja on sovittava asiakaskohtaisesti.
- Tärkeintä monipalveluasiakkaiden kohdalla on se, että palvelukokonaisuus on selkeästi koordinoitu. Palveluiden koordinointi- ja toteuttamisvastuut tulisivat käydä ilmi erillisistäkin suunnitelmista.

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 7/9:

Suun terveyden omahoitosuunnitelma

- Omahoito on suun hoidon peruspilari, jonka edistämiseksi potilas ja suun terveydenhuollon ammattilainen laativat yhdessä [suun terveyden omahoitosuunnitelman](#). Suunnitelman tavoitteena on siirtää hoidon painopistettä ennaltaehkäisevään hoitoon, helpottaa sen toteuttamista, sekä osallistaa ja sitouttaa potilasta hoitoon.
- Potilaan kanssa käydään läpi suun terveyden nykytila, asetetaan hoidolle tavoite ja sovitaan yhdessä tärkeimmistä keinoista tavoitteisiin pääsemiseksi. Siihen kirjataan myös seuraavien suunniteltujen suun terveydenhuollon käyntien ajankohdat.
- Suunnitelman laadinta ja seuranta kirjataan potilastietojärjestelmään yhtenäisillä fraaseilla, jonka lisäksi potilaalle voidaan tulostaa mukaan lomake, joka ohjaa potilaan kanssa käytävää keskustelua motivoivan haastattelun keinoin. Suunnitelman toteutumista seurataan hoitojakson aikana ja sitä päivitetään tarvittaessa.

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 8/9: Kuntoutussuunnitelma

- Kuntoutussuunnitelmalla tarkoitetaan ammattilaisten ja kuntoutujan kanssa yhteisymmärryksessä laadittua suunnitelmaa, joka sisältää tiedot kuntoutuksen tarpeesta, asetetuista tavoitteista ja kuntoutuksen sisällöstä kirjallisessa yksilöllisessä [kuntoutussuunnitelmassa](#).
- Kuntoutussuunnitelmalla tarkoitetaan myös terapeutin laatimaa suunnitelmaa, kun kuntoutustarve on lyhytaikainen eikä se edellytä laajempaa tai moniammatillista kuntoutusta.
- Lääkärin vastuulla on koota eri asiantuntijoiden suositukset ja kirjata lääketieteellisestä näkökulmasta henkilön sairauden ennuste.
- Kuntoutussuunnitelman laatiminen on hyvinvointialueen vastuulla riippumatta siitä, toteutuuko kuntoutus hyvinvointialueella tai Kelan järjestämänä.
- Kuntoutussuunnitelman laatua voidaan parantaa, kun: se laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa, sekä vaikutus henkilön toimintakykyyn tehdään moniammatillisesti ja siinä toimintakyky on kuvattu [ICF – viitekehyksen](#) mukaisesti sekä suunnitelma kirjataan siihen sovitulla kirjaamistavalla.
- ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, joka kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä.

Hoito- ja asiakassuunnitelmat 9/9: Työllisyys- ja kotoutumissuunnitelmat

- [Aktivointisuunnitelma](#), joka laaditaan asiakkaan, kunnan ja hyvinvointialueen työikäisten sosiaalipalvelujen kesken.
- [Monialainen työllistymissuunnitelma](#), joka laaditaan asiakkaan, kunnan ja hyvinvointialueen työikäisten sosiaalipalvelujen kesken.
- [Kotoutumissuunnitelma](#), joka laaditaan maahanmuuttajan, kunnan ja TE-toimiston kanssa.

Koordinaatiovastuu 1/3

- Hoidon tai palvelun jatkuvuus, ennakoitavuus, omahoitoon voimaannuttaminen ja koordinaatiovastuusta sopiminen on tärkeää monipalveluasiakkaiden kohdalla.
- Kokonaishoidon/-palvelun koordinaatiovastuu asiakkaasta on pääsääntöisesti avopalveluissa.
- Koordinaatiovastuussa oleva ammattilainen sovitaan yhdessä asiakkaan ja muiden ammattilaisten kanssa sekä kirjataan asiakkaan suunnitelmaan ja potilas- tai asiakastietojärjestelmään.
- Hoidon koordinaatiosta sovitaan konkreettisesti: nimi, yhteystiedot, sähköisten yhteydenottokanavien avaaminen tai toimintatapa.
- Sosiaalihuollossa koordinaatiovastuu on asiakkaalle nimetyllä omatyöntekijällä ([Sosiaalihuoltolaki 42 §](#)).

Koordinaatiovastuu 2/3

- **Kokonaishoidon ja/tai palveluiden koordinaatiovastaava-vaihtoehtoja (esimerkkejä):**
 - Omahoitaja, asiantuntijahoitaja (diabetes, reuma, astma, depressio, muisti), asva/ppt-hoitaja (monipalveluasiakkaista vastaava hoitaja tai muu sote-ammattilainen)
 - Sosiaalityöntekijä/-ohjaaja
 - Lääkäri
 - Kotihoidon asiakasohjaaja
 - Kuntoutusohjaaja

Koordinaatiovastuu 3/3

- **Kokonaishoidon ja/tai palveluiden koordinoinnista vastaavan henkilön tehtävät:**
 - vastaa asiakaslähtöisen terveyst- ja hoitosuunnitelman tai asiakassuunnitelman kokoamisesta, koordinoimisesta ja ajantasaisuudesta yhdessä asiakkaan kanssa
 - vastaa moniammatillisen yhteistyön käynnistämisestä sekä yhteistyöstä muiden organisaatioiden kanssa
 - toimii asiakkaan yhteyst- ja tukihenkilönä
 - vastaa palveluiden tosiasiallisesti toteutumisesta ja neuvotteluista palvelutuottajien kanssa

Suostumuslomakkeet

- Tietojen vaihtoon ammattilaisten välillä tarvitaan asiakkaan suostumus.
- Suostumuslomakkeita selvitetään hyvinvointialueen tasoisena, joten toistaiseksi käytetään aikaisempia lomakkeita (selvitä oman yksikkösi ohjeistus).

Lasta odottavien ja lapsiperheiden sosiaalityö

Alustus aiheeseen

- Lapsiperheiden sosiaalityön tavoitteena on edistää ja ylläpitää lasten, nuorten ja perheiden toimintakykyä, sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta.
- Lapsiperheille on tarjolla monenlaisia palveluja perheen elämän eri tilanteisiin. Palvelujen avulla pyritään siihen, että perheet selviytyvät omin voimavaroin eri elämäntilanteissa.

Suorat linkit sisältöön

- [Lapset puheeksi –menetelmä](#)
- [Ennakolliset lastensuojeluilmoitukset](#)
- [Huoli lapsesta tai hänen vanhemmistaan](#)
- [Lastensuojeluilmoitukset](#)

Lasta odottavien ja lapsiperheiden sosiaalityö 1/5:

Lapset puheeksi -menetelmä

- Lapset puheeksi -menetelmä on tarkoitettu käytettäväksi muun muassa aikuisten ja lasten sosiaali- ja terveystalveissa ja sen avulla rakennetaan vanhempien, muiden lapsen elämän tärkeiden ihmisten ja lapsen välille yhteistä ymmärrystä arjesta. Keskustelun tavoitteena on tukea lasten ja nuorten hyvinvointia ja kehitystä, ehkäistä mahdollisia ongelmia sekä auttaa tilanteissa, jossa lapsella tai nuorella tai hänen ympäristössään on elämässä muutoksia. Jokaisessa perheessä on vaiheita, jolloin vanhempien voimavarat ovat koetuksella esimerkiksi perheenjäsenen sairastuttua.
- Lapset puheeksi -menetelmä auttaa vaikeista asioista keskustelua lasten kanssa, ja menetelmä antaa mahdollisuuden pohtia yhdessä ammattilaisen kanssa suojaavia tekijöitä, perheen muuttunutta arkea ja muutosten keskellä pärjäämistä. Lapset puheeksi -menetelmä koostuu lapset puheeksi -keskustelusta sekä tarvittaessa neuvonpidosta.
- [Lapset puheeksi –menetelmä \(Mieli ry\)](#)

Lasta odottavien ja lapsiperheiden sosiaalityö 2/5:

Ennakolliset lastensuojeluilmoitukset

Lasta odottavasta herää huoli

Tee ennakollinen lastensuojeluilmoitus kun:

Huoli koskee syntymättömän lapsen hyvinvointia tai on perusteltua syytä epäillä, että lapsi tulisi tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia syntymänsä jälkeen.

[Lastensuojelulaki 25 c §](#)

Konsultoi/ tee [huoli-ilmoitus](#) kun:

Lasta odottava tuleva äiti tai isä tarvitsee tukea erilaissa arjen asioissa, kuten asuminen, talous, arjen –tai elämänhallinta, ohjauksen ja neuvonnan tarve jne.

[Sosiaalihuoltolaki 35 §](#)

Minne?
Miten?

Työikäisten sosiaalipalvelut

- Ilmoitukset tehdään työikäisten sosiaalipalvelujen keskitettyyn asiakasohjausyksikköön, jossa ne laitetaan vireille ja välitetään ko. kohderyhmän työikäisten sosiaalipalveluista vastaavaan palveluun/tiimiin (**tämä on tulossa käyttöön syksyn 2023 aikana**). Konsultoida voi ottamalla palveluun suoraan yhteyttä.
- Ilmoitus/ yhteydenotto käsitellään viipymättä ja aloitetaan palvelutarpeenarvointi. Ohjauksen tehnyt taho saa tiedon, että ilmoitus on käsittelyssä.
- Ennakollisissa lastensuojeluilmoituksissa asiakkaalle nimetään omatyöntekijä ja käynnistetään yhteistyö lapsiperheiden sosiaalipalvelujen / lastensuojelun kanssa.

- Työikäisten sosiaalipalvelujen sosiaalityö ja **sosiaaliohjaus** perustuvat palvelutarpeenarvointiin, asiakassuunnitelmiin ja suunnitelmalliseen sosiaalityöhön, jossa aikuiselle nimetyllä omatyöntekijällä on vastuu palvelujen kokonaisuudesta. Asiakkuus päättyy, kun aikuisen tuen tarve päättyy. Asiakkuus voi jatkua myös lapsen syntymän jälkeen monialaisessa yhteistyössä esimerkiksi lastensuojelun kanssa
- **Lastensuojelu vastaa tarvittavien lastensuojelun tukitoimien suunnittelusta ja järjestämisestä. Lastensuojelun asiakkuus voi alkaa lapsen syntymän jälkeen, mutta suunnittelu on tärkeää aloittaa hyvissä ajoin tätä ennen.** Yhteistyö lastensuojelun kanssa tulee ennakollisissa lastensuojeluilmoituksissa käynnistää heti asiakkuuden alkuvaiheessa. Lastensuojelusta on nimettävä lapselle omatyöntekijä hyvissä ajoin ennen lapsen syntymää.

Lasta odottavien ja lapsiperheiden sosiaalityö 3/5:

Huoli lapsesta tai hänen vanhemmistaan

- Yhteydenotto on tarkoitettu tilanteisiin, joissa apua tarvitseva henkilö on suostunut siihen, että otat yhteyttä sosiaalipalveluihin. Se tehdään siis yhteistyössä lapsen (ikä- ja kehitystaso huomioiden) ja hänen huoltajansa kanssa.
- Yhteydenotto tehdään viipymättä ja siinä ilmoitetaan yhteydenoton syyt.
- Jos kuulut alla mainittuihin ammattiryhmiin ja olet työssäsi saanut tietää henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, sinun on ohjattava hänet hakemaan sosiaalipalveluita:
 - terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö
 - sosiaalikuraattori, sosiaalitoimen
 - opetustoimen, liikuntatoimen, lasten päivähoidon
 - pelastuslaitoksen, hätäkeskuslaitoksen, tullin, poliisin, rikosseuraamuslaitoksen
 - työ- ja elinkeinoviranomaisen
 - Kansaneläkelaitoksen tai
 - ulosottoviranomaisen palveluksessa oleva.
- Muutkin kuin laissa velvoitetut tahot (esim. seurakunnan työntekijät) voivat tehdä yhteydenoton yhdessä asianosaisen kanssa.
- Jos et saa asiakkaan suostumusta yhteydenoton tekoon, on sinun viipymättä tehtävä ilmoitus sosiaalihuoltoon/lastensuojeluun, jos lapsen etu sitä välttämättä vaatii. Salassapitosäännökset eivät estä ilmoituksen tekemistä.
- Jos olet tehnyt yhteydenoton, ei sinun samassa asiassa tarvitse enää tehdä erillistä ilmoitusta.
- Yhteydenoton perusteella arvioidaan lapsen kokonaistilanne ja tuen tarve. Tällä tavoin lapselle ja hänen perheelleen voidaan tarjota tarkoituksenmukaista tukea ja apua sosiaalipalveluista tai monialaisesti järjestettynä.

Lasta odottavien ja lapsiperheiden sosiaalityö 4/5:

Lastensuojeluilmoitukset 1/2

Tee lastensuojeluilmoitus, kun epäilet, että lapsen lastensuojelun tarve pitäisi selvittää.

Ilmoituksen taustalla voi olla hyvin erilaisia seikkoja. Niitä voivat olla esimerkiksi:

- lapsen tarpeiden laiminlyönti
- lapsen heitteillejätto
- pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö, tai niiden uhka ([Ilmoitusvelvollisuus lapseen kohdistuvasta väkivallasta](#))
- puutteet hoidossa tai huolenpidossa
- lapsen huoltajan päihde- tai mielenterveysongelmat, jaksamattomuus, oman hoidon laiminlyöminen
- arjen tukiverkon puute, jos se vaarantaa lapsen hyvinvoinnin
- lapsen oma päihteidenkäyttö, mielenterveysongelmat, rikoksilla oireilu tai itsetuhoisuus
- vanhemman ja lapsen väliset vakavat vuorovaikutusongelmat
- jatkuva koulunkäynnin laiminlyönti
 - jos yksilöllisen oppilashuollon tarve johtuu vain oppimisvaikeuksista tai esimerkiksi terveydentilaa heikentävistä tekijöistä kouluympäristössä, ei asioita ole yleensä perusteltua "delegoida" lastensuojelulle ([eduskunnan apulaisoikeusasiamies EOAK/6885/2019, oikeusasiamies.fi](#))
 - jos koulu ei pysty omalla tuellaan ja oppilashuollon palveluiden avulla turvaamaan lapsen koulunkäyntiä, ja vanhemmat suhtautuvat asiaan välinpitämättömästi, on ilmoitus perusteltua tehdä
- lapsen suhteeton vastuu perheen arjesta esimerkiksi vanhemman sairauden vuoksi
- heikko taloudellinen tilanne, joka vaarantaa lapsen huolenpidon tai kehityksen

Lasta odottavien ja lapsiperheiden sosiaalityö 5/5:

Lastensuojeluilmoitukset 2/2

- Ilmoitusvelvollisuus koskee niin palveluksessa, luottamustoimessa kuin vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivia tahoja sekä kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä.
- Jos et ole varma, pitäisikö lastensuojeluilmoitus tehdä, kysy ensin neuvoa lastensuojelupäivystyksestä, sosiaalipäivystyksestä tai lapsiperheiden sosiaalityöstä. Tämän voi tehdä kertomatta lapsen henkilöllisyyttä. Sosiaalihuollon ammattilaiset arvioivat, johtaako ilmoitus kiireellisiin toimenpiteisiin.
- **Tärkeintä on, että teet ilmoituksen viipymättä.** Nopea toiminta on erityisen tärkeää silloin, kun asiaan liittyy rikos.
- Älä jätä ilmoitusta tekemättä, vaikka arvelisitkin, että joku muu on jo tehnyt ilmoituksen. Älä myöskään jätä ilmoitusta tekemättä, vaikka tietäisit, että perhe on jo lastensuojelun asiakas. Uusi ilmoitus tai useat ilmoitukset auttavat näkemään kokonaistilanteen paremmin.
- Ota yhteyttä sosiaalipäivystykseen tai hätäkeskukseen (112), jos tilanne on kiireellinen tai teet ilmoituksen virka-ajan ulkopuolella.
- Tee lastensuojeluilmoitus [sähköisellä lomakkeella](#) tai ota yhteyttä puhelimitse lastensuojelupäivystykseen.

Työikäisten sosiaalityö 1/3

Työikäisten sosiaalityön prosessi:

- Kun asiakas tarvitsee tukea, arvioidaan työikäisten sosiaalipalveluissa, onko tuen tarve luonteeltaan tilapäistä, toistuvaa tai pitkäaikaista.
- Kun asiakkaalla todetaan **erityisen tuen** tarve, on hänellä oikeus saada omatyöntekijä.
- Työskentely asiakkaan kanssa on suunnitelmallista ja pitkäaikaista.

Erityisen tuen tarpeen määritelmä:

”Henkilö, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön, usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi” [Sosiaalihuoltolaki 3 §](#)

Tämä tarkoittaa sitä, että

1. asiakkaan hyvinvointi on vakavasti tai pitkäaikaisesti vaarantunut
2. sopivaa palvelua ei löydy
3. tarpeeseen vastaaminen edellyttää usean eri palvelun yhteensovittamista

Työikäisten sosiaalityö 2/3

Työikäisen sosiaalityöhön voi olla yhteydessä, kun asiakkaalla on:

- Monia samanaikaisia tuen tarpeita ja/tai ongelmia - myös elämäntilanteen sekavuus ja kaoottisuus.
- Toistuvia taloudellisia haasteita: ylivelkaantuminen, ulosotto, taloudellinen epätoivo, arjen taitamattomuus taloudellisissa asioissa.
- Häädön/asunnottomuuden uhka: maksamattomat vuokrat, vuokrasuhteen päättymisen, soveltuvaa asuntoa ei löydy.
- Asunnottomuus: altistaa moninaisille haavoittaville tekijöille.
- Alentunut toimintakyky: henkilö ei kykene itse hakemaan tarvitsemaansa apua alentuneen toimintakykynsä, osaamisensa tai ymmärryksen puutteen vuoksi.
- Henkilö ei itse tunnista avuntarvettaan.
- Lue lisää: [Työikäisten sosiaalipalvelut](#) ja [Sosiaalinen kuntoutus](#)

Työikäisten sosiaalityö 3/3

Työikäisen sosiaalityössä tulee kiinnittää huomiota etenkin seuraaviin tilanteisiin:

- Avun tarvitsija itse kokee elämäntilanteensa vaikeaksi, psyykkisen/fyysisen terveydentilansa heikoksi, tai hän kokee puutteita työ- ja toimintakyvyssään.
- Ammattilaiselle herää huoli avun tarvitsijan pärjäämisestä kotona, yleisesti arjen hallinnasta, taloustilanteesta, sosiaalisista suhteista tai mahdollisista päihde- tai mielenterveysongelmista.
- Asumisessa ilmenee tuen tarpeita tai haasteita; asuminen uhkaa vaarantua, asiakkaalle on tulossa häätö, tai hän on asunnoton.
- Asiakas on työelämän, opiskelujen tai mielekkään tekemisen ulkopuolella.
- Asiakas on vailla ensisijaista etuutta, tuloton tai saa pelkästään toimeentulotukea.
- Etuuksia ja palveluja monilta eri tahoilta ja asiakas kuormittunut palvelukokonaisuudesta.
- Lue lisää: [Sosiaalityö ja -ohjaus](#) ja [Sosiaalinen kuntoutus](#)

Työkyvyn tuki 1/4

- Työkyvyn tuki tarkoittaa asiakkaan tarpeiden tunnistamista ja palvelupolun luomista hänen kanssaan. Tavoitteena on, että asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn tuen tarve tunnistetaan ja heitä autetaan kohti työelämää. Tämä tarkoittaa asiakkuutta matalalla kynnyksellä ilman lähetettä ja palvelutarpeen arviointia ja palvelujen järjestämistä.
- Työkyvyn tukemisessa mukana ovat asiakkaan tarpeen mukaan Toike, [Kelan kuntoutuspalvelut](#), talousneuvola ja asumisneuvonta, työttömien terveystarkastukset, eläkeselvittely.
- Työkyvyn tuen kohderyhmää ovat:
 1. Juuri työttömäksi jääneet ja osa-aikaisesti työttömät sekä työterveyshuollon ulkopuolella olevat henkilöt
 2. Pitkäaikaistyöttömät, muut TYP-lain ([Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta](#)) mukaiset työttömät
 3. Kaikkein vaikeimmassa työmarkkina-asemassa olevat työttömät ja työmarkkinoiden ulkopuoliset henkilöt

[Pirkanmaan työkykyhanke 2020-2022 - Työkyvyn tuen tarpeen tunnistaminen SOTE-keskuksessa 20.9.2022 \(dreambroker.com\)](#)

[Työkyvyn tuen palvelukokonaisuus /Pirkanmaa | Innokylä \(innokyla.fi\)](#)

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**

Työkyvyn tuki: Juuri työttömäksi jääneet 2/4

- Työllisyyspalvelujen kanssa tehtävä yhteistyö ([TYP](#))
- Osatyökykyiset: Toike-palvelu -> työ- ja toimintakyvyn selvittäminen ja arviointi
- Työttömien terveystarkastus ja suun tarkastus
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut
- Talousneuvola ja asumisneuvonta
- Sosiaalihuollon neuvonta- ja ohjaus

Työkyvyn tuki: Pitkäaikaistyöttömät (ja TYP-lain mukainen monialainen työ) 3/4

- JTYP-lain ([Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta](#)) mukaiset palvelut
- Työttömien terveystarkastus, sis. suun hoidon
- Sote-keskuksen terveydenhuollon palvelut, ml. fysioterapia
- Kelan kuntoutuspalvelut
- Sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeenarvio ja suunnitelmallinen sosiaalityö
- TYP-lain mukainen palvelutarvearvio, monialainen työllistymissuunnitelma ja suunnitelman toteutus & seuranta
- Aktivointisuunnitelma ja kuntouttava työtoiminta
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut
- Hankinnoilla työllistäminen, työllistämisehto julkisissa hankinnoissa

Työkyvyn tuki: Kaikkein vaikeimmassa työmarkkina-asemassa olevat työttömät ja työmarkkinoiden ulkopuoliset henkilöt 4/4

- [Työikäisten sosiaalipalvelut](#) ja sosiaaliohjaus
- [Sosiaalinen kuntoutus](#)
- [Kuntouttava työtoiminta](#)
- Yksilöllisesti räätälöidyt ja epätyypilliset urapolut: yhteisöneuvonta, kokemusasiantuntijuus
- Työttömien eläkeselvittely
- [Mielenterveys- ja päihdepalvelut](#)
- [Kelan kuntoutuspalvelut](#), kuten psykoterapia ja vaativa lääkinällinen kuntoutus
- Asumisyksiköiden työ- ja päivätoiminta (+ työhönvalmennus)
- Hyte-viitekehyksen ryhmä- ja pajatoiminta
- 3.sektorin kanssa tehtävä yhteistyö erityisryhmien työllistämisen edistämiseksi (rikostaustaiset, maahanmuuttaneet jne.)

Taloudelliset ongelmat

- Ensisijaista toimeentulotuen hakemiseen nähden on ohjata asiakas hakemaan [asiakasmaksujen alentamista](#).
- Jos asiakkaalla on Kelan etuuksiin tai päätöksiin liittyviä kysymyksiä, otetaan myös näissä yhteyttä Kelaan joko asiakkaan kanssa tai ohjataan asiakasta olemaan Kelaan yhteydessä (käytä hyödyksi Kelan ohjeistukset, puhelinpalvelu, etäpisteet ym.).
- Kun asiakkaalla/perheellä on taloudellisia ongelmia, kaikki sote-ammattilaiset ovat velvollisia ohjaamaan asiakasta tarkistuttamaan oikeutensa [perustoimeentulotukeen](#) suoraan Kelasta.
- Asiakkaan on mahdollista hakea hyvinvointialueelta myös harkinnanvaraista eli [täydentävää tai ehkäisevää toimeentulotukea](#), joka perustuu sosiaalialan ammattilaisen arvioon asiakkaan/perheen yksilöllisestä tilanteesta.
- Harkinnanvaraista toimeentulotukea haetaan asiakkaan/perheen sosiaalihuoltolain mukaiselta omatyöntekijältä mikäli sellainen on nimetty tai uutena asiakkaana toimitetaan hakemus sähköisesti pirha.fi – verkkosivujen sähköisen asioinnin kautta.
- Oman talouden suunnitteluun ja esimerkiksi velkojen järjestelyyn on saatavissa tukea mm. [talousneuvolasta](#) tai talous- ja velkaneuvonnasta. Näihin voidaan olla yhteydessä suoraan siltä taholta, jolla asiakas jo asioi.

Monipalveluasiakas vastaanotolla/tapaamisessa 1/2

- Monipalveluasiakkaan kohdalla on tärkeää huomioida hänen biopsykososiaalinen kokonaisuutensa ja yksilöllinen palvelun ja hoidon tarve.
- Monialainen yhteistyö on lakisääteistä ja osa sote -asemien palveluketjuja.
- Asiakas saattaa asioida monessa eri sote-palvelussa, joiden yhteystietoja voi hakea [Pirkanmaan hyvinvointialueen nettisivuilta](#).
- Vastaanotto voi tapahtua lähitapaamisena tai etävastaanottona. Pohdi etenkin seurantakäynneistä onnistuisiko etävastaanotto. Etävastaanotot [Oiva Healthin](#) kautta.
- Asiakkaan kokonaistilannetta voi olla vastaanotolla/tapaamisessa Minun tiimini mallin mukaisesti koottu monitoimijainen tiimi.
- Avoin dialogisuus toimintamallina turvaa monialaisen, tarpeen mukaisen yhteistyön.
- Mieti asiakkaan yksilöllisen tilanteen mukaisesti jatkohoito/-palvelut ja työskentely.
- Terveyspalveluissa huomioitavia asioita: laitoshoidon tarve ja [Lääkityskysely](#).

Monipalveluasiakas vastaanotolla/tapaamisessa 2/2: Kirjaaminen

- Kun monialaista yhteistyötä tehdään yli hallintorajojen (eli kaikki ammattilaiset eivät ole samasta yksiköstä), saavat yhteistyötahot kirjata tapaamisella saatuja asiakastietoja oman organisaationsa tietoihin siltä osin, **kuin se on tarpeellista asiakkaan asian hoitamiseksi** ([Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista, 8 §](#))
- Kun monialaista yhteistyötä tehdään sosiaalihuollon toimintayksikön sisäisessä yhteistyössä voidaan ([Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista, 7 §](#))
 1. Laatia yhteinen kirjaus tai potilas/asiakassuunnitelma
 2. Tallentaa yhteiset asiakirjat sosiaalihuollon rekisteriin ja tallentaa kopio potilasrekisteriin
- Terveystieteidenhuollossa ei ole vastaavaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakirjojen kirjaamista tarkoittavaa erillistä säädöstä. Monialaista yhteistyötä koskevissa potilaskirjauksissa tulee huomioida tavalliset potilastietojen kirjaamisen velvoitteet.

Lähteet ja lisätietoa: [Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä](#) (THL)

Riskikyselyt

- [Diabetesriski](#)
- [Audit-C](#) (kolme kysymystä)
- [Fagerströmin testi](#)
- [Kaksi kysymystä masennuksesta](#)
- [Muistitesti MMSE](#)
- [Self-MNA](#)
- [Vajaaravitsemuksen riskin seulonta NRS-2002](#)
- [Kaatumisvaaran arviointilomake](#)
- [Suun terveydenhuollon liikennevalot](#) (linkitys intraan, Innokylässä erillinen dokumentti ”Suun terveystalvelut osana monialaista hoidon tai palvelutarpeen arviointia”)

Elintapaohjaus – tukea puheeksi ottamiseen

Alustus aiheeseen

- Elintapaohjauksella tarkoitetaan asiakaslähtöistä yksilöön tai ryhmään kohdistuvaa ohjausta, jonka tavoitteena on saada aikaan terveyttä ja hyvinvointia edistäviä pysyviä elintapamuutoksia.
- Tästä kokonaisuudesta saat nopeita puheeksi ottamisen vinkkejä ja tukea elintapaohjaukseen asiakas-/potilas – kohtaamisissa.

Suorat linkit sisältöön

- [Ravitsemuksen puheeksi ottaminen](#)
- [Asiakkaan näkemykset painostaan ja syömisestään](#)
- [Vajaaravitsemuksen riskin seulonta aikuisilla](#)
- [Liikunta](#)
- [Uni](#)
- [Alkoholi](#)
- [Tupakointi](#)

Elintapaohjaus 1/7: Ravitsemuksen puheeksi ottaminen

Ravitseminen on keskeinen hyvinvoinnin tekijä.

Kysymyksiä ravitsemuksesta:

- Onko ruokavaliossa tai syömisessäsi jokin asia, joka mietityttää sinua?
 - Jos vastaus on **EI**, voit siirtyä tarkastelemaan seuraavaa diaa.
 - Jos vastaus on **KYLLÄ**, kysy tarkentavia kysymyksiä, esim:
 - Mikä mietityttää?
 - Millainen on tavallinen päiväsi ruokailujen suhteen?
 - Mitä hyvää ruokavaliossasi on?
- Lisätietoa ruokatottumusten kartoittamiseen:
 - [Arvioi ruokavaliosi laatua ruokavalioindeksillä](#)
 - [Helpompi tapa, terveelliseen syömiseen, materiaalit Tule ry](#)

Elintapaohjaus 2/7:

Asiakkaan näkemykset painostaan ja syömisestään

Luottamuksellisen keskusteluyhteyden luominen ylipainosta puhumiseen on tärkeää.

- Mitä ajattelet omasta painostasi?
- Oletko huolissasi ylipainosta tai painonnoususta?
- Millä tavoin olet pyrkinyt vaikuttamaan painoosi?
- Toivotko apua painonhallinnan tueksi? -> Jos kyllä, niin ohjaa omahoitoon [Painonhallintatalo](#) elintapaohjauksen palvelutarjottimella tai palveluiden pariin ensisijaisesti hoitajan vastaanotolle.
- Kirjaa potilastietojärjestelmään.
- Asiakasta ymmärtävä ja hänen valinnanvapauttaan arvostava suhtautuminen voi edistää asiakkaan omaehtoisen motivaation ja muutosvalmiuden lisääntymistä. Lisätietoa: [Lihavuuden käypä hoito -suositus](#)

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**

- Oletko huolissasi vähentyneestä syömisestä tai painonlaskusta?

Ravitsemustilan määrittäminen, kysy tai mittaa:

- Pituus (cm)?
- Tämänhetkinen paino (kg)?
- Näiden perusteella laske BMI [laskurilla](#). Laskuri ilmoittaa onko alipaino, normaali tai ylipaino.
- Kirjaa potilastietojärjestelmään ja tarkastele seuraavaa diaa vajaaravitsemuksen riskin seulonnasta.

Elintapaohjaus 3/7:

Vajaaravitsemuksen riskin seulonta aikuisilla

NRS-2002 Alkuseulonta	KYLLÄ	EI
Onko asiakkaan painoindeksi (BMI) aikuisella alle 20,5?		
Onko asiakkaan paino laskenut tahattomasti edeltävän kolmen kuukauden aikana?		
Onko asiakas syönyt tavallista vähemmän edellisen viikon aikana (syynä ei ole aktiivinen laihduttaminen)?		
Onko potilas hoidossa vakavan sairauden vuoksi?		

- Jos vastaus on **KYLLÄ** yhteenkin kysymykseen, niin tee vajaaravitsemuksen riskin seulonta [NRS-2002](#) tai ohjaa seulonnan jatkamiseen ja hoitoon.
- Jos vastaus on **EI** kaikkiin kysymyksiin, toiminta hoidontarpeen mukaan.

Hoito-ohjeet

NRS-2002 seulonnan jälkeiset toimintaohjeet [Ravitsemushoitosuositus](#) s 41, taulukko 4 a poliklinikkapotilaalla ja 4 b osastopotilaalla, ja tehostettu ruokavalio sivut 135-147.

Kirjaa asiat potilastietojärjestelmään.

Elintapaohjaus 4/7: Liikunta

Tunnista ja **ota liikkuminen puheeksi** asiakkaan kanssa. Keskustele liikkumistottumuksista ja kartoita liikkumista *yhdessä* asiakkaan kanssa. **Korosta** ja **anna kannustavaa palautetta** olemassa olevista liikkumisesta. Arvioi myös liikkumisen aiheet sekä mahdolliset vasta-aiheet ja sairauksiin liittyvät liikkumisrajoitteet ([liikunnan käypä hoito -suosituksesta löydät tukea keskeisimpien sairausryhmien suosituksista](#)).

Paikallaanolon vähentäminen ja reippaan liikunnan pienikin lisäys tuovat mukanaan terveyshyötyjä!

Apukysymyksiä liikkumisen puheeksi ottamiseen

- Millainen on tavallinen arki- tai vapaapäiväsi?
- Miten olet liikkunut viime aikoina?

Lisätietoa:

[Liikunnan ohjauksen tueksi, Käypä hoito -suositus](#)

[Kysymyslista liikkumistottumuksista keskustelun tueksi, UKK-instituutti](#)

OHJAA tarvittaessa paikallisten liikuntamahdollisuuksien ja -palvelujen äärelle, ks. Pirkanmaan kuntien Hyvinvointia elintavoilla sivustot Hoituen kautta.

- Terveytensä kannalta vähän liikkuvia voidaan esimerkiksi ohjata kunnan tuottaman liikuntaneuvojan vastaanotolle. Lähete ym. käytännöt saattavat vaihdella kuntakohtaisesti.

Elintapaohjaus 5/7: Uni

Unettomuuden tunnistaminen on tärkeää, koska varhainen tunnistamisen ja hyvän hoidon avulla pitkäaikaisen unettomuuden kehittyminen on mahdollista ehkäistä.

Tilapäinen unettomuus kuuluu normaaliin elämään.

Tilapäisen unettomuuden ensisijainen hoito on lääkkeetön hoito.

Lääkkeettömään unettomuuden hoitoon löydät apukeinoja [Unettomuuden Käypä hoito –suosituksesta](#).

Unihäiriöiden tunnistamiseen voidaan käyttää kahta asiakkaalle suunnattua kysymystä:

- Kärsitkö nukahtamisvaikeuksista, häiriintyneestä yöunesta tai päiväväsymyksestä vähintään kolmena päivänä viikossa?
- Huonontaako unihäiriö (unettomuushäiriö, mahdollinen uniapnea, levottomat jalat, narkolepsia, muu unihäiriö) päiväaikaista toimintakykyäsi?

Jos vastaus ainakin toiseen kysymykseen on myöntävä, on syytä jatkaa unihäiriön tarkempaa selvittelyä. Apua tarkempaan selvittelyyn löytyy [Unettomuuden Käypä hoito –suosituksesta](#).

Elintapaohjaus 6/7: Alkoholi

Alkoholista keskusteltaessa on tärkeää luoda keskustelulle avoin ja kiireetön ilmapiiri. Ole kannustava, kuunteleva ja rauhallinen.

Alkoholin puheeksiotto alkaa alkoholin käytön kartoituksella. Parhaiten se selviää kysymällä tai käyttämällä AUDIT-testiä. Kartoitus tehdään neutraalisti ja *asiakkaalla on lupa kieltäytyä siitä*. Voit esimerkiksi kysyä:

”Kertoisitko alkoholinkäytöstäsi?”

”Haluatko tietää, miten alkoholinkäyttösi vaikuttaa esimerkiksi sinun terveyteesi?”

On tärkeää tuoda esille, ettei saatu informaatio vaikuta asiakkaan saamiin hoitoihin tai sosiaaliin.

[AUDIT-C testi](#)

Toteuta lyhytneuvonta (mini-interventio) aina kun huomaat asiakkaan alkoholinkäytön olevan riskikäyttöä. Lisätietoa lyhytneuvonnan toteuttamisesta ja riskikäytön rajoista

[Alkoholiongelmat Käypä hoito -suosituksesta](#).

[Tervetuloa alkoholinkäytön omahoito-ohjelmaan!](#)

[| Mielenterveystalo.fi](#)

Elintapaohjaus 7/7: Tupakointi

Kysy tupakoinnista, jos potilas-/asiakastiedoissa ei ole asiasta mainintaa. Tupakoivalta tulee kysyä tupakoinnista vähintään kerran vuodessa, ja samalla tulee keskustella tupakoinnin lopettamisesta.

Motivoivan keskustelun voi aloittaa näin:

Kysy

- ”Onko tupakoinnista keskusteltu aiemmalla käynnillä?”
- Kysy mitä tupakkatuotteita asiakas käyttää, kuinka paljon vuorokaudessa ja miten pitkään käyttö on kestänyt?

Arvioi lopettamishalukkuutta ja sovi lopettamisyrityksestä.

- ”Mitä ajattelet tupakoinnistasi” ”Mitä ajatuksia sinulla on tupakoinnin lopettamisesta?” ”Mitä hyötyä tupakoinnin lopettamisesta voisi mielestäsi olla? Lisätietoa keskusteluun tupakoinnin lopettamisen hyödyistä [Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisyn ja hoidon Käypä hoito -suosituksesta](#)

Kerro ja tue, miksi lopettaminen olisi tärkeää.

Kannusta, kehoita ja avusta lopettamisyritystä. Kerro, että olet apuna nyt tai tulevaisuudessa.

Järjestä asiakaslähtöinen ja tarpeenmukainen **seuranta**.

Lisätietoa: [Motivoivan keskustelun soveltaminen tupakoinnin lopettamisen tukena \(Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito, Käypä hoito –suositus\)](#)

[Tupakoinnin lopettaminen hyvän hoidon tukena | Kuntoutumistalo | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](#)

Seurannan yleisohjeet

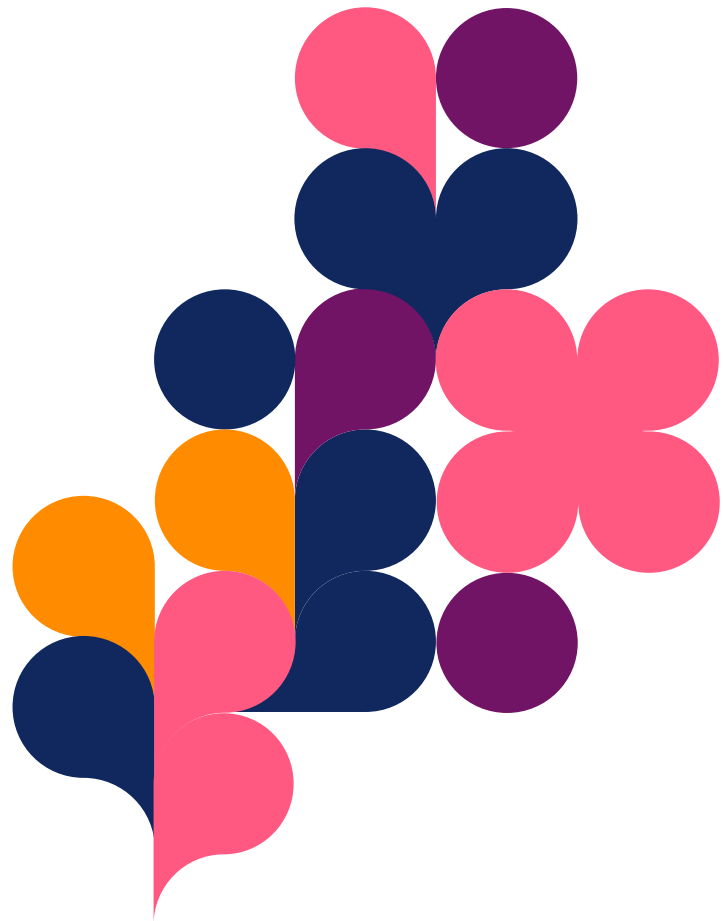
- Huolehdi, että asiakas tietää miten hänen hoitonsa/palvelunsa jatkuu.
- Asiakkaaseen ollaan yhteydessä hänelle ja/tai tilanteeseen sopivalla tavalla ja aikataululla.
- Seuranta voi tapahtua esim. lähi- tai etätapaamisella tai soittamalla.
- Myös web-viestejä ja digihoitopolkuja voidaan hyödyntää.

Asiakaskokemus 1/2

- Asiakaskokemuksen perusmittarina toimii [NPS -suosittelukysymys](#) (Net Promotor Score, linkitys Pirhan intraan), jolla asiakkaat voivat ilmaista asiakaskokemuksensa perusteella suositteluhalukkuutensa hyvinvointialueen palveluista. Tähän kysymykseen yhdistetään avoin kysymys, jolla selvitetään sitä, mikä osa-alue vaikutti asiakkaan kokemukseen eniten.
- Kuinka todennäköisesti suosittelisit (tarkenna esim. poliklinikan/osaston/jne.) palveluja läheisellesi? (Asteikko 0-10)
- Mikä vaikutti kokemukseesi eniten? (Tekstimuotoinen vastaus)
- [15D-elämänlaatumittari](#)
- PEI

Asiakaskokemus 2/2

- Edellä mainittujen lisäksi käytössä on seitsemän mittaria, joita kysytään satunnaisesti asiakkailta (asteikko jokaisessa 1-5):
 - **Saatavuus:** Sain apua, kun sitä tarvitsin.
 - **Kohtaaminen:** Minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti .
 - **Osallistuminen:** Hoitoani/asiaani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani .
 - **Turvallisuus:** Koin oloni turvalliseksi hoidon/palvelun aikana.
 - **Tiedon saanti:** Tiedän miten hoitoni/palveluni jatkuu.
 - **Tiedon ymmärrettävyys:** Saamani tieto hoidosta/palvelusta oli ymmärrettävää.
 - **Hyödyllisyys:** Koin saamani hoidon/palvelun hyödylliseksi.
- Lisätietoa: [Asiakaskokemus ja osallistuminen](#) (Pirhan intra), [Osallistu ja vaikuta](#) (ulkoiset nettisivut).
- [Palautteen antaminen sähköisesti](#)



Yhteystiedot

Tuija Vuolle
Projektipäällikkö
RRP-hanke
Pirkanmaan hyvinvointialue
tuija.vuolle@pirha.fi



Sote-uudistus

**Pirkanmaan
hyvinvointialue**