

HALLITUKSEN
KÄRKIHANKE

Kukoistava kotihoito on tahdon asia!

Ikäihmisten kotona pärjäämisen
tuen uudistus Keski-Suomessa

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja
vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa



Kukoistava kotihoito

Kirjoittajat

Groop Johan, liiketoimintajohtaja, TkT,
Nordic Healthcare Group Oy

Hakala Anne-Mari, kehittämiskoordinaattori, sosionomi (AMK),
Kukoistava kotihoito -hanke

Ikonen Marianna, muistiluotsikehittäjä, toimintaterapeutti (AMK),
Keski-Suomen Muistiyhdistys ry

Janhunen Eija, kehittämiskoordinaattori, TtM,
Kukoistava kotihoito -hanke

Jokela Lea, muistiluotsikehittäjä, toimintaterapeutti (AMK),
Keski-Suomen Muistiyhdistys ry

Juntunen Kristiina, päätoiminen tuntiopettaja, TtM,
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kaarnasaari Anne, senioriasiantuntija, THM,
Nordic Healthcare Group Oy

Leskelä Riikka-Leena, tutkimusjohtaja, TkT,
Nordic Healthcare Group Oy

Manninen Suvi, kehittämiskoordinaattori, th (AMK),
Kukoistava kotihoito -hanke

Mulari Mikko, projektipäällikkö, DI,
Nordic Healthcare Group Oy

Mäkelä Maria, yrittäjä, farmaseutti LHKA,
Lääkehoidon Turva

Paltamaa Jaana, erikoissuunnittelija, dosentti, TtT,
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Pikkarainen Aila, lehtori, projektipäällikkö, THM, KM,
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Tammi Eeva-Liisa, hankepäällikkö, THM (YAMK),
Kukoistava kotihoito -hanke

Taskinen Heidi, kehittämiskoordinaattori, sh (AMK), MSc,
Kukoistava kotihoito -hanke

Tiikkainen Pirjo, asiantuntija, TtT,
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO JA TAUSTA	6
1.1	IKÄIHMISEN ASIAKASPOLKU	7
1.2	IKÄIHMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN UUDISTUKSESSA	16
2	KEHITTÄMISTYÖTÄ OHJAAVAT PERIAATTEET	18
2.1	ASIAKASLÄHTÖINEN, TAVOITTEELLINEN JA TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA LÄHESTYMISTAPA.....	18
2.2	KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN OSAAMINEN	22
2.2.1	Kotihoidon työntekijöiden itsearvioitu osaaminen	22
2.2.2	Kotihoidossa työskentelevien kuntoutustyöntekijöiden osaaminen.....	27
2.3	PALJON PALVELUJA TARVITSEVAT VIP-ASIAKKAAT.....	29
2.4	TIEDOLLA JOHTAMINEN.....	32
3	HANKKEESSA KEHITETYT TOIMINTAMALLIT	35
3.1	PALVELULUPAUS	35
3.1.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	35
3.1.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	36
3.1.3	Yhtenäiset myöntämisperusteet.....	38
3.2	KESKITETTY ALUEELLINEN ASIAKAS- JA PALVELUOHJAUS (KAAPO).....	41
3.2.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	41
3.2.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	42
3.2.3	Toimeenpano	45
3.3	KUNTOUTTAVA ARVIOINTIJAKSO	48
3.3.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	48
3.3.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	51
3.3.3	Toimeenpano	53
3.4	KOTIHOITO 24/7	55
3.4.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	55
3.4.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	55
3.4.3	Toimeenpano	57
3.5	TEHOSTETTU KOTIKUNTOUTUS.....	60
3.5.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	60
3.5.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	61
3.5.3	Toimeenpano	62
3.6	MUISTIKUNTOUTUS.....	64
3.6.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	64
3.6.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	65
3.6.3	Toimeenpano	66
3.7	LÄÄKEHOIDON KOKONAISARVIOINTI	68
3.7.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	68
3.7.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	68
3.7.3	Toimeenpano	69
3.8	KOTIPÄIVYSTYS.....	72
3.8.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	72
3.8.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	74
3.8.3	Toimeenpano	75
3.9	KOTIUTUSPROSESSI	77
3.9.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	77
3.9.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	79
3.9.3	Toimeenpano	81
3.10	MONIAMMATILLINEN TUKI (LÄÄKÄRITUKI JA HOITAJIEN VERTAISTUKI)	83
3.10.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	83
3.10.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	84
3.10.3	Toimeenpano	85
3.11	TARVEPOHJAINEN TOIMINTAMALLI.....	87
3.11.1	Toimintamallin tiivis kuvaus	87
3.11.2	Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt	89
3.11.3	Toimeenpano	91
4	YHTEENVETO TULOKSISTA	93

Tiivistelmä

Johan Groop ja Eeva-Liisa Tammi

Kukoistava kotihoito on hallituksen ikäihmisten ja omaishoidon kärkihanke, jossa suunniteltiin ja toteutettiin asiakaslähtöinen, vaikuttava ja kustannustehokas ympärivuorokautisesti toimiva kotihoito. Kukoistavassa kotihoidossa ikäihmiset pärjäävät arvokkaasti ja turvallisesti kotonaan, kotihoidon henkilöstö voi hyvin ja palveluiden kustannuskehitys on hallinnassa. Nämä tavoitteet voidaan saavuttaa kehittämällä kotihoidon palveluiden sisältöä ja kohdentumista sekä niiden johtamista. Sujuva ja kustannustehokas toiminta on tae sille, että palveluiden laatu pysyy korkeana tilanteessa, jossa ikäihmisten osuus väestöstä kasvaa.

Kukoistava kotihoito -hankkeessa sovellettiin, jalostettiin, pilotoitiin ja otettiin käyttöön vaikuttaviksi osoitettuja toimintamalleja. Toimintamallit esitellään tässä käsikirjassa. Lisäksi Keski-Suomen maakuntaa valmistettiin tulevaan sosiaali- ja terveystalouden uudistukseen yhdenmukaistamalla ja kehittämällä ikäihmisten eri palveluita.

”Kukoistavassa kotihoidossa ikäihmiset pärjäävät arvokkaasti ja turvallisesti kotonaan, kotihoidon henkilöstö voi hyvin ja palveluiden kustannuskehitys on hallinnassa.”

Hankkeessa kehitettiin kaikkia toimivan kotihoidon peruselementtejä sekä useampia läpileikkaavia teemoja. Eryityisiä painopisteitä olivat:

- Tiedolla johtamisen kehittäminen toiminnan läpinäkyvyyden, ja samalla kehitystyön seurannan ja johtamisen tukemiseksi, maakunnallisen vertailtavuuden mahdollistamiseksi sekä uudistuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi
- Kotihoidon prosessien, toiminnanohjauksen ja johtamisen kehittäminen palvelun laadun, henkilöstön hyvinvoinnin ja tuottavuuden parantamiseksi. Hoitajia on rajallinen määrä, mutta kasvavan asiakasmäärän tarpeisiin voidaan vastata asiakaslähtöisesti ja laadukkaasti, kun oikea määrä ammattilaisia on oikeassa paikassa oikeaan aikaan
- Ympärivuorokautisten asumispalvelujen tarpeen vähentäminen ympärivuorokautisesti toimivalla kotihoidolla, jossa palvelut räätälöidään asiakkaan tarpeisiin, tarvittava erityisosaaminen on helposti saatavilla, kuntoutukseen panostetaan ja yhä useampi akuuttitilanne hoidetaan asiakkaan kotona
- Hoitoketjujen sujuvoittaminen eri toimijoiden yhteistyötä kehittämällä
- Henkilöstön osaamisen kuvaaminen, henkilöstön sekä asiakkaiden osallistuminen kehitystyöhön

Hankkeen toimijoita olivat Keski-Suomen kunnat ja kaupungit, Jämsän Terveys (Pihlajalinna Oyj), Nordic Healthcare Group Oy, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen Muistiyhdistys ry, Lääkehoidon Turva, Med Group Oy (nyk. Onni Terveys Oy), Keski-Suomen

sairaanhoidopiiri, Keski-Suomen Pelastuslaitos, Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE), Keski-Suomen seututerveyskeskus, Muuramen Hyvinvointi -liikelaitos, Perusturva Saarikan perusterveydenhuolto, Wiitaunionin terveyskeskukset ja Äänekosken terveyskeskus.

Keski-Suomen kotihoitoyksiköiden tehokkuus on parantunut hankkeen aikana kuusi prosenttia, mikä vastaa yli kahden miljoonan euron laskennallista säästöä. Myös asiakkaan luona vietetyn palveluajan määrä kasvoi hankkeen aikana kuusi prosenttia, ja kasvaneeseen palvelutarpeeseen onnistuttiin vastaamaan ilman vastaavaa henkilöstölisäystä kehittämällä työn organisointia sekä toiminnanohjausta. Kotihoidon asiakastyöajan osuus hoitajien työajasta lisääntyi lähes kaikissa Keski-Suomen yksiköissä. Tämän seurauksena asiakastunnin hinta laski Keski-Suomessa hankkeen aikana keskimäärin noin viisi prosenttia, parhaassa tapauksessa jopa 17 prosenttia. Entistä merkittävämpi tulosten parannus on kuitenkin mahdollista, kun uudet toimintamallit ja käytännöt juurtuvat luonnolliseksi osaksi toimintaa.

Toiminnan tehostumisen lisäksi hankkeessa saavutettiin myös muita hienoja tuloksia, joiden laskennallisia säästöjä ei tässä julkaisussa ole arvioitu. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden keskeytysten määrä väheni 11/15 (73%) kotihoitoyksikössä ja epätoivottujen sairaala- ja terveyskeskusjaksojen määrä vastaavasti kahdeksassa yksikössä. Myös ns. pyöröovi-ilmiö, eli kotihoidon asiakkaiden yhden kuukauden sisällä toteutuneet sairaala- ja terveyskeskusten uusintakäynnit, väheni hankkeen aikana. Toteutuneita tuloksia on arvioitu tarkemmin käsikirjan luvussa 4.2.

Hankkeessa tehtiin lisäksi paljon sellaista kehitystyötä, jonka tulokset ei tällä aikavälillä olleet vielä kvantitatiivisesti arvioitavissa. Esimerkiksi asiakasohjauksen, kuntoutuksen uusien toimintamallien ja ympärivuorokautisen kotihoidon odotetaan vähentävän eri palveluiden kysyntää tulevina vuosina.

1

Johdanto ja tausta

Eeva-Liisa Tammi, Johan Groop, Mikko Mulari, Anne Kaarnasaari ja Riikka-Leena Leskelä

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä (sote) on historiallisen uudistuksen edessä. Väestön nopea ikääntyminen ja sen myötä kasvava sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntä luo paineita palvelujärjestelmän kustannuskehityksen hallinnalle. Keski-Suomen alueella on 75 vuotta täyttäneitä noin 25 700, kun vuoteen 2025 mennessä heidän määränsä on arvioitu kasvavan reilulla 10 000:lla. Palvelurakenne on painottunut ympärivuorokautiseen hoitoon siten, että alle 90 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asuu kotonaan. Jo tällä hetkellä sosiaali- ja terveyspalvelut kuluttavat noin puolet vuosittaisista verovaroista. Nyt tehtävillä uudistuksilla luodaan siten pohja yhteiskunnan seuraavien vuosikymmenien taloudelliselle kestävyydelle.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa suurin kehityspotentiaali löytyy tyypillisesti sieltä, missä kuluja kertyy eniten. Tutkimuksen mukaan viisi prosenttia väestöstä kerryttää 68 prosenttia julkisesti rahoitetuista sosiaali- ja terveysmenoista (Leskelä ym. 2016). Asiakasryhmittäin tarkasteltuna suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoista menee ikäihmisten hoitoon ja palveluihin. Siksi onnistuminen juuri ikääntyneille suunnatun tuen uudistamisessa on ensiarvoisen tärkeää. Samalla tavoitteena on taata arvokas ikääntyminen tarjoamalla ikäihmisille riittävästi apua oikeaan aikaan. Tämä tarkoittaa panostamista ennaltaehkäisevään ja toimintakykyä tukevaan lähestymistapaan, jossa ikäihmistä tuetaan kotona pärjäämisessä mahdollisimman itsenäisesti mahdollisimman pitkään. Mahdollisimman itsenäinen ja pitkään kestävä kotona asuminen on myös ikääntyvien suomalaisten oma toive sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ikääntyneiden elämänlaadun parantamiseksi asettama linjaus.

”Tavoitteena on taata arvokas ikääntyminen tarjoamalla ikäihmisille riittävästi apua oikeaan aikaan”

Keski-Suomen Kukoistava kotihoito -kärkihankkeessa luotiin pohjaa tulevalle uudistukselle kehittämällä kotihoitoa ja sen käytäntöjä ikääntyneiden kotona pärjäämisen tueksi. Kotihoito kukoistaa, kun asiakkaiden kokemus palvelusta on hyvä, tuki räätälöidään kullekin asiakkaalle mahdollisimman yksilöllisesti, toiminta on ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa, henkilöstö voi hyvin ja toiminnan talous sekä kustannustehokkuus ovat kestävällä pohjalla. Tämä edellyttää sitä, että rajallinen määrä kotihoidon ammattilaisia työskentelee joustavasti ja täysimääräisesti sekä sitä, että yhteistyö kotihoidon, terveyspalveluiden sekä muiden ikäihmisille keskeisten palveluiden välillä on sujuvaa. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan myös hyvää johtamista. Onnistunut johtaminen edellyttää vertailukelpoista tietoa palvelujen toiminnasta ja niiden kehityksestä. Kotihoidon johtamisen tueksi hankkeessa kehitettiin sekä otettiin käyttöön kuukausittainen kotihoidon tietojohdantamisen ratkaisu. Lisäksi kunkin Keski-Suomen kunnan ja kaupungin kotihoidon tilanteesta tehtiin hankkeen alussa ja lopussa laaja analyysi.

Keski-Suomen Kukoistava kotihoito ja siinä saavutetut tulokset kuuluvat osaksi hallituksen I & O -kärkihanketta, jossa kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Kärkihankkeen sekä Kukoistava kotihoito -hankkeen tavoitteena on kehittää ikäihmisille ja omaisille nykyistä yhdenvertaisemmat ja paremmin koordinoitujen, kustannusten kasvua hillitsevät palvelut.

1.1 Ikäihmisen asiakaspolku

Kukoistava kotihoito saavutetaan tavoitteellisen ikäihmisen asiakaspolun kautta (ks. kuva 1 seuraavalla sivulla). Asiakaspolku kuvaa sitä, miten ikäihmistä tuetaan kotona pärjäämisessä, mitä vaiheita hän käy eri palveluissa ja niiden välillä läpi ja mitä toimijoita hän polkunsa aikana tapaa. Ikäihmisen polun toteutuminen edellyttää lukuisia muutoksia nykyiseen palveluiden valikoimaan, joita Kukoistava kotihoito -hankkeessa otettiin käyttöön. Näitä kehitystoimia kuvataan tämän käsikirjan myöhemmissä luvuissa.

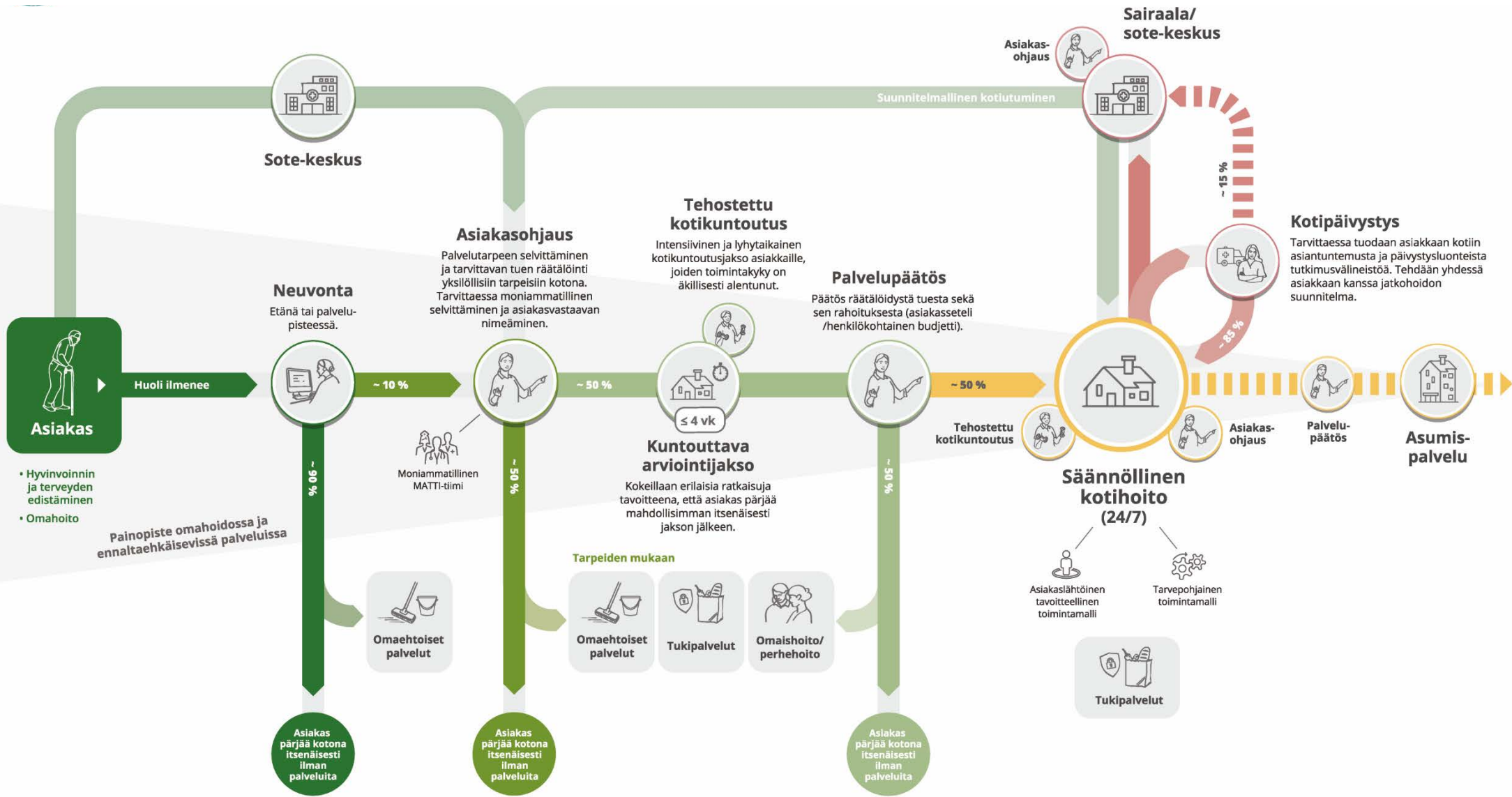
Palvelutarpeen ilmeneminen

Ikääntyminen ei automaattisesti tarkoita palvelutarpeen ilmaantumista. Aiempaa useampi ikääntynyt pärjää pitkään aktiivisena hyvän toimintakyvyn turvin tai hyötyy läheisverkoston tuesta avun tarpeen ollessa pieni. Henkilön toimintakyvyn heikentyessä, tarvittava tuki kohdistuu ensin esimerkiksi kotiympäristön siisteyteen ja turvallisuuteen sekä arkea auttaviin apuvälineisiin. Tätä varhaisen vaiheen apua ja tukea tuottavat yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat. Asiakasneuvonnalla on keskeinen rooli, kun henkilö tekee valintoja erilaisten tukea ja apua tarjoavien vaihtoehtojen välillä.

Tavoitteena on, että ikäihminen pystyy elämään omassa kodissaan arvokkaasti, turvallisesti ja mahdollisimman omatoimisesti mahdollisimman pitkään. Tarjolla olevan tuen painopiste on siksi aina ikääntyneen omahoidossa ja ennaltaehkäisevissä palveluissa. Pääperiaatteena on, että ikäihmistä tuetaan kotona pärjäämisessä niin, että itsenäinen asuminen on turvallista mahdollisimman kevyellä ulkopuolisella tuella. Ensisijainen vaihtoehto on aina ikäihmisen tukeminen itsensä auttamisessa.

Mikäli ikääntyneen toimintakyky ja tilanne sitä edellyttävät, selvitetään palvelutarvetta yhdessä henkilön itsensä sekä hänen mahdollisten läheistensä kanssa. Palvelutarpeen selvittämisen jälkeen ammattilainen ja ikääntynyt (läheisensä kanssa) tekevät tilanteesta yhteenvedon sekä valitsevat tuen keinot. Keskeistä on, että ikääntynyt pääsee itse vaikuttamaan palveluihin niin, että se tukee hänen omaa sitoutumistaan valittuihin ratkaisuihin. Ikäihmisen toimintakyvyn tukemisessa pyritään siihen, että laajan tuen tarve on tilapäistä ja pääasiallinen tuki muodostuu satunnaisesta tai ylläpitävästä avusta. Ohjenuorana voidaan pitää, että "koskaan ei ole liian myöhäistä kuntoutua omatoimiseksi".

Mikäli ikääntyneen palvelutarve osoittautuu laajaksi, jatkuvaksi tai sisällöltään vaativaksi, selvitetään kotihoidon tarve. Tätä ennen ikääntynyt kuitenkin ohjataan kuntouttavalle arviointijaksolle. Jakson tavoitteena on tukea asiakasta hänen toimintakykynsä parantumisessa ja edesauttaa itsenäistä kotona pärjäämistään. Vaikka henkilöllä todettaisiin jakson jälkeen

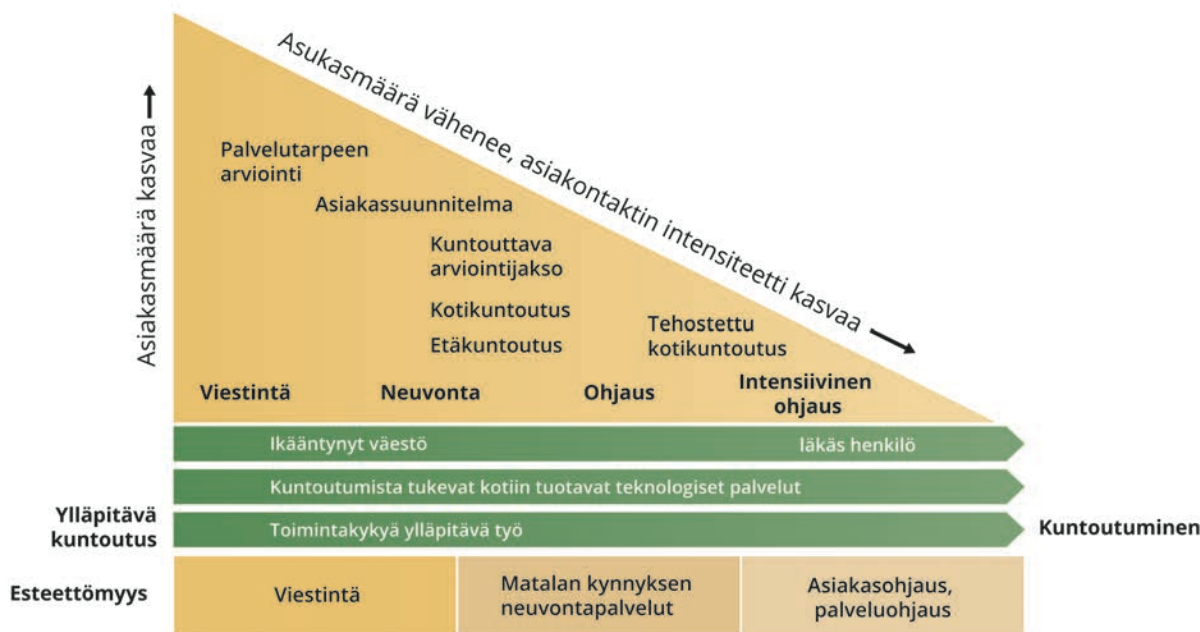


Asiakassuunnitelma

Moniammatillinen vertaistuki

Tietojohtaminen

Tulevaisuudessa kotihoidon keskeinen tavoite on tukea ikääntyneiden kotona asumista mahdollisimman pitkään. Monialaisen toimintakyvyn tukemisen painopiste siirtyy ikääntyneen kotiin, jossa sen on mahdollista laajentua ikäihmisen eri verkostoihin. Verkotot tukevat monipuolisesti ikääntyneen omatoimisuutta ja kotona asumista. Monialainen toimintakyvyn tukeminen käynnistyy ennaltaehkäisevästi jo ennen kuin ikääntyneellä on havaittavissa selkeitä toimintakyvyn, aktiivisuuteen tai osallisuuteen vaikuttavia rajoitteita tai riskitekijöitä (Pikkarainen, Pyöriä, Savikko 2016).



Kuva 2. Kuntoutuskäsitteiden sijoittelu KAPO -malliin (KPMG & Muutosagenttiverkosto 2017).

Neuvonta

Neuvonnan tehtävänä on etsiä ja antaa vastauksia ikääntyneen tiedontarpeeseen. Kyseessä voi olla toimintakyvyn heikentymiseen liittyvä ongelma tai kysymys, mutta tiedontarve voi liittyä myös etuisuuksiin, osallistumisen mahdollisuuksiin tai turvallisuuden tunteen vahvistumiseen.

Ikäihmisen toimintakyvyn heikentyessä tuen tarpeen arjessa huomaa tyypillisesti joko ikäihminen itse, lähiomainen tai ystävä. Kunnassa toteutettavien ennaltaehkäisevien kotikäyntien kautta voidaan havaita pitkän aikavälin muutokset ikääntyvän voinnissa ja pärjäämisessä. Toimintakyvyn äkillisesti heikentyessä tuen tarpeen voi huomata myös sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen, kuten sote-keskuksessa työskentelevä lääkäri tai hoitaja. Tarpeen ilmaantuessa ensimmäinen askel on selvittää, miten asiakas itse kokee oman tilanteensa ja mihin pulmaan tai kysymykseen hän erityisesti itse toivoo löytävänsä ratkaisun, tietoa tai apua. Tietoa tarjolla olevista arjen tuen keinoista ja vaihtoehdoista on mahdollista löytää niin sähköisesti verkosta kuin puhelinneuvonnan kautta. Lisäksi tietoja saa matalan kynnyksen lähineuvontapalveluna, jossa ikäihminen pääsee asioimaan kasvotusten ammattilaisen kanssa. Neuvonnan ammattilaisilla on ajantasaista tietoa eri puolilla maakuntaa tarjolla olevista kolmannen sektorin tarjoamista tai omaehtoisesti hankittavista muista palveluista. Näitä ovat esimerkiksi siivouspalvelut, kauppapalvelut tai asiointiavun palvelut. Myös tiedot vapaaehtoistoiminnasta ovat osa annettavia tietoja. Palvelu- ja neuvontapisteessä käydään yhdessä asiakkaan kanssa läpi, miten kotona pärjäämisen haasteita voidaan ratkaista

omatoimisesti ja/tai lähiomaisen avustamana. Tavoitteena on, että 90 prosenttia neuvonnan kontakteista päättyisi siihen, että ikäihminen pärjää kotona itsenäisesti tai omaehtoisesti hankittujen palvelujen tukena. Verkossa tarjolla olevaa tietoa sekä puhelinneuvontaa ylläpidetään keskitetysti koko maakunnassa. Matalan kynnyksen neuvontaa tarjotaan lähipalveluna siellä, missä ihmiset muutenkin liikkuvat - kuten lähikauppojen tai kirjastojen yhteydessä.

Mikäli asiakkaan heikentynyt toimintakyky tai arjessa pärjäämisen vaikeus havaitaan sote-keskuksessa tai sairaalassa, asiakas ohjataan asiakasohjaukseen. Asiakasohjaajan tehtävä on tällöin ottaa asiakkuus vastuulleen, selvittää asiakkaan tilanne riittävällä tasolla, tehdä sovitut mittaukset (esimerkiksi WHODAS) ja laatia etenemisen suunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa.

Asiakasohjaus

Noin kymmenessä prosentissa neuvontakontakteista tunnistetaan tarve asiakkaan tilanteen kattavalle selvittämiseksi, jolloin asiakkuus siirtyy neuvonnasta asiakasohjaukseen. Asiakasohjaajan tekemä palvelutarpeen selvittäminen voidaan, ikäihmisten toimintakyvystä ja tilanteesta riippuen, tehdä asiakkaan omassa kodissa tai esimerkiksi osastolla tai kuntoutusyksikössä. Tapaamisessa asiakkaalla on mahdollisuus kertoa omasta näkökulmastaan, toiveistaan ja kokemastaan palvelutarpeesta. Kaiken saatavilla olevan tiedon perusteella asiakasohjaaja tekee yhteenvedon yhdessä asiakkaan ja mahdollisesti lähiomaisen kanssa. Yhteenvedossa kuvataan ikääntyneen omat voimavarat ja se, miten niitä ja toimintakyvyn parantamista voidaan parhaiten tukea. Asiakasohjaajan on mahdollista hyödyntää arvioinnin ja yhteenvedon tekemisessä monitoimijaista erityisosaamisen verkostoa asiakkaan tarpeiden mukaan. Keinot valitaan asiakkaan kanssa yhdessä ja ne räätälöidään vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. Tuki voi muodostua niin asiakkaan tai hänen lähipiirinsä osallistamisesta kuin erilaisista itse ostetuista tai julkisesti tuetuista palveluista. Asiakasohjaaja laatii kirjallisen asiakassuunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakassuunnitelma on asiakirja, jossa määritellään, mitä tarpeita asiakkaalla on havaittu ja miten asiakkaan tarpeisiin vastataan. Asiakassuunnitelma on työkalu, jonka tehtävänä on helpottaa maakuntaa ja sen palveluntuottajia asiakkaan palvelutarpeen ja toteutuksen yhteensovittamisessa ja eri palveluntuottajien toiminnan integroinnissa.

Tavoitteena on, että valtaosa asiakasohjauksen palvelutarpeen selvittämisvaiheen läpikäyneistä ikäihmisistä pärjää itsenäisesti kotona ilman julkisen sektorin palveluita. Mikäli palveluita tarvitaan, on tavoitteena, että kotona pärjätään kevyellä tuella. Esimerkkejä kevyestä tuesta ovat omaehtoiset palvelut (siivous, kirkon tai yhdistyksen tarjoama tuki, uudet teknologiat) tai julkisesti tuetut tukipalvelut (turva-, ateriat-, kauppapalvelu). Osa ikäihmisistä pärjää kotona myös omais- tai perhehoidon turvin. Mikäli selvittämisen tuloksena ilmenee säännöllinen palvelutarve, asiakkaan palvelut käynnistyvät kuntouttavalla arviointijaksolla.

Sekä neuvonta että asiakasohjaus toimivat tulevaisuudessa niin sanotussa maakunnallisessa KAAPO-yksikössä (keskitetty alueellinen asiakas-/palveluohjausyksikkö). Neuvonnan ja asiakasohjaustoiminnan eriyttäminen kotihoidon palvelutuotannosta omaksi toiminnaksi tehdään useasta syystä:

1. Suunnitteilla oleva valinnanvapauslainsäätö tuo asiakkaalle aiempaa laajemman mahdollisuuden valita, keneltä hän tarvitsemansa palvelut hankkii. Asiakas voi tehdä valinnan vain, mikäli hänellä on riittävästi tietoa vaihtoehdoista. Tästä syystä aidon valinnanvapauden toteutuminen edellyttää, että tiedot palvelutuotannosta ja asiakkaalle tarjottavista ratkaisuista ovat kootusti yhdessä paikassa. Tietojen kokoaminen kannattaa tehdä maakuntatasolla, jotta kuntalaisille voidaan tarjota tasapuolisesti tietoja tarjoamasta. Neuvonnan ja asiakasohjauksen tehtävänä on toimia palvelutarjoamaa koskevan tiedon välittäjänä asiakkaalle
2. Aiempi toimintamalli, jossa kotihoito arvioi asiakkaan palvelutarpeen sekä päättää tarjottavat palvelut, ei ole asiakkaan näkökulmasta selkeä. Sote-palvelujen siirtyessä maakunnan vastuulle, tulee varmistaa se, että palvelut myönnetään tasapuolisesti ja yhtäläisillä maakunnallisilla palvelujen saannin kriteereillä. Kun ikääntyneiden palvelutarvetta selvittää työhön erityisesti koulutettu ja osaamisensa puolesta varmistettu sote-ammattilainen, saavat ikääntyneet julkisia palveluja tasavertaisesti ja objektiivisin perustein
3. Toistot parantavat arviointiosaamisen laatua, kun asiakasohjaajat keskittyvät kohdennettuun tehtävään. Moniammatillinen MATTI-tiimi tukee asiakasohjaajien työtä ja tuo siihen tarvittavan laaja-alaisen moniosaamisen
4. Neuvonta ja asiakasohjaus keräävät ajantasaiset tiedot tarjolla olevasta tuesta, palveluista ja toimijoista. Kotihoidon palvelutuotannon tehtävä on keskittyä asiakkaan suunnitelman mukaisten palvelujen toteuttamiseen. Resurssit on mitoitettu ennen kaikkea palvelutuotannon toteutukseen, enemmän kuin vaihtoehtoisen tarjoaman ja muiden ratkaisujen etsintään tai tietojen hallintaan
5. Asiakasohjaajan rooli on yhden luukun -periaatteen mukaisesti koordinoita asiakaskohtaiset palvelut. Näin vältetään se, että eri palvelujen edustajat arvioivat asiakkaan palvelutarvetta vain omasta näkökulmastaan. Useamman palvelutarpeen arvioinnin riskinä on, että asiakkaalle kasautuu päällekkäisiä palveluita tai tarpeen arviointiin jää katvealueita
6. Valinnanvapausmallin toteutuminen aiheuttanee tilanteen, jossa palveluntuottajat kilpailevat asiakkaista. Jos palveluntuottajat (toisin kuin perinteisestä, pääosin julkisesti rahoitetusta ja tuotetusta kotihoidosta) hyötyvät kotihoidon asiakasmäärän ja palveluajan kasvusta, tarvitaan eri viranomaisen päättämään siitä, mitä julkisella rahoituksella voidaan tarjota. Tällöin, asiakkaan "omistajuus" tulee jäädä asiakasohjaukseen (KAAPOon), vaikka asiakas siirtyisikin valitsemansa palveluntuottajan tarjoamaan kotihoitoon

KAAPO:n toiminnasta osa on keskitetty maakunnalliseksi toiminnaksi (esim. verkossa ylläpidettävä tieto palveluista ja toimijoista sekä puhelinneuvonta) ja osa tarjotaan lähipalveluna (fyysiset neuvontapisteet, palvelutarpeen selvittäminen).

Kuntouttava arviointijakso

Kuntouttava arviointijakso on asiakasohjaukseen yhteyttä ottavien uusien asiakkaiden kotihoitoa edeltävä toimintamalli ja oleellinen osa heidän integroitua palvelupolkuun. Jakso on jatkoa sille asiakasohjauksen työlle, jossa herää huoli asiakkaan tilanteesta, tai jossa ei pystytä selkeästi määrittelemään, mitä, miten ja missä asiakkaan haasteet ovat. Tarkoituksena on saada kokonaiskuva asiakkaan arkisuoriutumisen, arvioida hänen toimintakykyään ja elinympäristöään sekä toteuttaa tavoitteellinen ja suunnitelmallinen kuntoutusjakso yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä sekä kotihoidon kanssa. Jakso toteutuu mahdollisten tuki- ja kotihoitopalvelujen rinnalla tai sijasta.

Kuntouttava arviointijakso on kestoaltaan enintään neljän viikon pituinen. Se voidaan myöntää asiakasohjauksen ja moniammatillisesti tehdyn palvelutarpeen kartoituksen ja toimintakyvyn arvioinnin perusteella henkilöille, jotka eivät vielä ole säännöllisten kotihoidon palvelujen piirissä. Moniammatillisesti tehdyn arviointiprosessin avulla voidaan luotettavasti kartoittaa erilaiset toimintakykyyn ja terveydentilan yksilölliset vahvuudet ja riskitekijät suhteessa asiakkaan tarpeisiin, voimavaroihin sekä kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Arvioinnin perusteella suunnitellaan kuntouttavan arviointijakson konkreettiset tavoitteet ja arkikuntoutuksen toteutus menetelmien yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa neljän viikon ajaksi. Kuntouttava arviointijakso on aina edellytyksenä säännöllisten kotihoidon palvelujen alkamiselle, mutta sen rinnalla on tarvittaessa mahdollista aloittaa kiireellisesti tarvittavat palvelut.

Tehostettu kotikuntoutus

Kotihoidon palvelujen piirissä tai kuntouttavalla arviointijaksolla olevalle asiakkaalle voidaan tarpeen mukaan myöntää myös tehostetun kotikuntoutuksen jakso, mikäli hänen tilanteensa vaatii aikaisempaa intensiivisempää toimintakyvyn tukemista. Jakson aikana kuntoutuksen ammattilainen (esim. fysio- tai toimintaterapeutti) huolehtii yhteistyössä kotihoidon henkilöstön kanssa tehostetusti asiakkaan väliaikaisesti alentuneen toimintakyvyn palauttamisesta optimaaliselle tasolle (esim. sairaalajaksolta kotiutuvat). Asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa laaditaan jakson ajalle kotona kuntoutumisen suunnitelma tavoitteineen ja arviointiajankohtineen. Jakson tavoitteena on palauttaa asiakkaan toimintakyky sairastumista edeltävälle tasolle kotihoidon ja kuntoutustyöntekijöiden yhteistyönä. Tehostetulla kotikuntoutusjaksolla varmistetaan asiakkaan kuntoutuminen ja toimintakyvyn ylläpysyminen sekä omaehtoinen aktiivinen arki. Tehostettu kotikuntoutus voi olla osa asiakkaan kuntoutumisen yksilöllistä polkua sisältäen siirtymät esim. sairaalasta kuntoutusyksikköön, yksiköstä kotilomille ja kotilomilta kotiutukseen, jonka jälkeen kuntoutus jatkuu intensiivisenä ja ilman katkoksia asiakkaan omassa toimintaympäristössä.

Palvelupäätös ja vastaavan asiakasohjaajan nimeäminen

Asiakkaalla on oikeus saada päätös siitä, mitä palveluja hänelle myönnetään tai ei myönnetä. Ikääntyneille suunnatusta neuvonnasta ja asiakasohjauksesta ei tehdä päätöstä. Ne ovat kaikille avoimia palveluja ja saatavana siten, miten ne maakunnallisesti järjestetään. Mikäli palvelutarpeen selvittämisen tuloksena ikääntyneelle sovitaan kuntouttava arviointijakso, tehdään tästä palvelupäätös. Päätös säännöllisen kotihoidon aloittamisesta tehdään

lähtökohtaisesti vasta kuntouttavan arviointijakson päätteeksi. Mikäli kotihoidon palvelu aloitetaan, tehdään tästä asiakkaalle asianmukainen palvelupäätös asiakassuunnitelman mukaisesti.

Ennen palvelupäätöksen tekemistä käydään läpi asiakkaan kokemus omista voimavaroistaan ja arvioidaan ratkaisuja ja palvelutarvetta uudelleen yhdessä asiakkaan (ja hänen läheistensä) kanssa. Asiakasohjaaja kertoo, minkälaisia vaihtoehtoisia palveluntuottajia on tarjolla (esim. julkiset tai yksityiset palveluntuottajat, 3.sektori, vapaaehtoistyö ja tulevaisuudessa maakunnan oma liikelaitos) ja miten eri vaihtoehdot vaikuttavat asiakkaan maksuihin. Lisäksi asiakkaalle kerrotaan hänelle soveltuvista uusista palveluntuotannon vaihtoehdoista, joita ovat asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti.

Suuri osa säännöllisen kotihoidon piiriin siirtyvistä asiakkaista on paljon palveluja tarvitsevia ikääntyneitä. Heille nimetään vastaava asiakasohjaaja, joka toimii asiakkaan ensisijaisena yhteyshenkilönä asiakasohjauksessa (KAAPO:ssa). Vastaavan asiakasohjaajan tehtävänä on koordinoida asiakkaan palvelukokonaisuutta ja koota eri palveluntarjoajien antama arviointitieto yhteen. Kunkin asiakkaan tilanne tulee arvioida vähintään kerran vuodessa tai aina, kun asiakkaan tilanne tai toimintakyky arvioidaan muuttuneen.

Säännöllinen kotihoito, tarvittaessa 24/7

Säännöllistä kotihoitoa tarjotaan tulevaisuudessa asiakkaan tarpeen ja hänelle laaditun asiakassuunnitelman mukaan – tarvittaessa myös ympärivuorokautisesti. Tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan turvallinen kotona asuminen, välttää turvattomuudesta johtuvia päivystyskäyntejä ja viivästyttää asiakkaan siirtymistä asumispalveluiden piiriin. Ympärivuorokautisen palvelun järjestämisessä hyödynnetään jo käytössä olevaa ja edelleen kehitettävää erityisosaamista.

Kotihoidossa asiakkaalle nimetään oma-/vastuuhoitaja, joka vastaa asiakkaan asioiden koordinoinnista kotihoidossa ja siihen oleellisesti liittyvissä tukipalveluissa. Lisäksi omahoitoja huolehtii yhteydenpidosta asiakkaan sovittuun lähipiiriin. Kun asiakkaan toimintakyky heikkenee ja palvelun tarve muuttuu, oma-/vastuuhoitaja on yhteydessä asiakkaan vastaavan asiakasohjaajaan. Tarvittaessa asiakasohjaaja tekee tässä yhteydessä kotikäynnin asiakkaan luokse. Kotikäynnillä saatujen tilannetietojen, omahoitajan tekemän kirjallisen väliarvion, mahdollisten arviointi- ja mittaustulosten sekä asiakkaan oman tilanearvion perusteella asiakasohjaaja päivittää asiakkaan kanssa sovitut tavoitteet, asiakassuunnitelman ja tekee tarvittaessa uuden palvelupäätöksen. Ennen tavoitteiden ja suunnitelman muuttamista asiakasohjaaja käy asiakkaan kanssa huolellisesti läpi uusien palveluiden vaihtoehdot ja niiden valintojen mahdollisuudet. Julkisia palveluja pyritään täydentämään asiakkaan omaehtoisilla valinnoilla.

Tarvepohjainen toimintamalli

Asiakslähtöisen ja laadukkaan kotihoidon tarjoaminen edellyttää riittävästi osaavaa henkilöstöä. Samalla asiakastarpeen kasvu, rajalliset resurssit sekä suunniteltuun valinnanvapauteen liittyvä tuottajien keskinäinen kilpailu asiakkaista asettavat paineita toiminnan tuottavuuden parantamiseksi.

Kotihoitoyksikköjen yleisimpiä ongelmia ovat työntekijöiden kokema krooninen, henkilöstön määrästä riippumaton vajaamiehitys (Groop, 2014) sekä asiakkaalla käyvien hoitajien suuri vaihtuvuus. Henkilöstön riittämättömyys ei siis aina johdu todellisesta hoitajapulasta, vaan taustalla ovat enemmän monessa paikassa käytetyt resursointi-, toiminnanohjaus- ja johtamiskäytännöt, jotka sitovat hoitajia väärään paikkaan väärään aikaan. Monesti kotihoitoyksikössä on riittävästi hoitajia asiakastarpeeseen nähden, mutta hoitajat ovat jakautuneet epätasaisesti yksikön palvelualueen sisällä; lähes jokaisessa vuorossa on jokin oikeasti vajaamiehitetty lähipalvelualue sekä jokin ylimiehitetty lähipalvelualue. Haastetta lisää se, että ylimiehitetyksen havaitseminen on haastavaa, eivätkä hoitajat kyseisiä tilanteita sellaisiksi useinkaan koe. Tällainen resurssien epätasapaino on myös omiaan heikentämään hoidon laatua sekä rasittamaan henkilöstöä. Edellä kuvatun taustalla on usein se, että etukäteen suunnitellut ja hoitajille kiinnitetyt käyntilistat estävät hoitajia paikkaamasta muiden lähipalvelualueiden kuormittuneita tilanteita.

Haasteeseen vastaamiseksi hankkeessa jalkautettiin ns. tarvepohjainen toimintamalli (SAKARI-hanke, 2014). Toimintamallin avulla varmistetaan rajallisen henkilöstön joustavaa ja täysimääräistä hyödyntämistä siellä, missä tarve on suurin: oikea määrä hoitajia oikeaan paikkaan oikeaan aikaan! Lisäksi hankkeessa kehitettiin keinoja, joilla varmistetaan nykyistä useammin se, että asiakaskäynnin toteuttaa asiakkaalle tuttu hoitaja.

Kotipäivystys & akuuttitilanteiden toimintamalli

Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn äkillisestä heikentymisestä syntyvä avun ja tuen tarve pyritään ratkaisemaan tuomalla riittävä osaaminen asiakkaan kotiin. Näin toimimalla tavoitteena on välttää asiakkaalle epätarkoituksenmukaisia päivystyskäyntejä. Merkittävä osa kotihoidon asiakkaista on esimerkiksi muistisairaita ja heidän pompottelunsa sairaalan/terveyskeskuksen ja kodin välillä voi pahentaa asiakkaan tilannetta entisestään. Pahimmillaan nämä tapaukset johtavat siihen, että kuluu jopa viikkoja, ennen kuin asiakkaan hoitotasapaino saadaan palautettua tilannetta edeltävälle tasolle. Riskinä on lisäksi se, että asiakkaan hoidon tarve kasvaa merkittävästi sinä aikana, kun hoitotasapainoa yritetään palauttaa. Kotipäivystys-toimintamallissa paremmin varusteltu yhden hengen yksikkö tulee akuuttitilanteissa asiakkaan luokse ja pyrkii tekemään valtaosan tutkimuksista paikan päällä. Tyypillisesti noin 60-70 prosenttia päivystysyksikköjen potilaista kotiutuu samana päivänä, kun hoitotutkimukset valmistuvat. Kotipäivystyksen avulla pyritään suurelta osin ennaltaehkäisemään näiden asiakkaiden päivystyskäynnit.

Yhden hengen yksikköä ei hankkeen aikana toteutettu Keski-Suomessa, koska toimintamallin käyttöönotto vaatii vastuuorganisaationa toimivalta sairaanhoitopiiriltä erillisen rahoituksen. Ensihoidon tuottamana tukipalveluna kotipäivystystä on hankkeen aikana pilotoitu Keski-Suomessa mm. Hankasalmissa ja Joutsassa. Useimmissa Keski-Suomen kunnissa kotihoito toimii ensihoidon kanssa yhteistyössä.

Hankkeen aikana on parissa kunnassa kotihoidon henkilöstön kanssa pilotoitu News-pisteytys (National Early Warning Score = Aikaisen varoituksen pistejärjestelmä) (Ks. Karjalainen ym. 2018) työkalua, jonka avulla kotihoidon työntekijä voi arvioida asiakkaan vointia luotettavasti. Työkalu myös ohjeistaa käyttäjää tulosten perusteella. Asiakas- ja potilasturvallisuuden takaamiseksi työkalun käyttöönotto vaatii maakunnassa strategista linjausta, systemaattista

suunnittelua sekä kotihoidon työntekijöiden akuuttiosaamisen kehittämistä ja varmistamista (Ks. luku Kotihoidon henkilöstön osaaminen). Myös työkalun integroiminen asiakas- ja potilastietojärjestelmään on keskeistä. Tällöin sen tuottamia tietoja on mahdollista hyödyntää mm. tehtäessä asiakasta koskevia päätöksiä.

Hoitoketjut ja kotiutusprosessi

Kotiutusprosessi on monitahoinen ja siinä esiintyy erilaisia haasteita niin asiakkaan kuin ammattilaisten näkökulmasta. Kotiutusprosessi on käsitteenä enemmän ammattilaislähtöinen, kun taas kotiutuminen on enemmän asiakaslähtöinen ajattelumalli. Asiakas tulee nostaa kehittämisen keskiöön myös kotiutuksen suunnittelussa, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon siilomaisen palvelurakenteenkin vuoksi. Jatkohoidon suunnittelussa ja koordinoinnissa tulee hyödyntää laaja-alaista ja moniammatillista tiimityöskentelyä, jossa ennakoivalla työotteella mahdollistetaan asiakkaalle oikea-aikainen ja sujuva siirtyminen hoitoketjussa. Nopeilla kotiutumisilla tavoitellaan kustannustehokasta toimintaa, jolloin hoitoketjujen ja -prosessien kehittäminen korostuu entisestään. Asiakassuunnitelman ja keskitetyn asiakasohjauksen avulla pyritään koordinoimaan, selkeyttämään ja yhtenäistämään asiakkaan hoitoketjua ja -prosessia. Proaktiivisesti toimivan moniammatillisen tiimin tavoitteena on räätälöidä asiakkaan sekä hoidon tarpeiden mukaan määritetty oikea hoitopaikka ilman, että asiakkaan toimintakyky vaarantuu tai heikkenee. Moniammatillisessa tiimissä keskeisenä toimijana on asiakas yhdessä läheistensä kanssa. Asiakaskohtaisella suunnittelulla ja keskustelulla luodaan yhteinen ymmärrys asiakkaan tilanteesta ja muodostetaan tavoitetila suhteessa asiakkaan palvelun tarpeisiin. (Ks. mm. Koski 2017).

Hankkeen vuonna 2017 tehdyn lähtötilannekartoituksen (tarkasteluvuosi 2016) pohjalta erikoissairaanhoidon jakson kesto oli 3,0 päivää ja perusterveydenhuollon jakson kesto 8,0 päivää. Näistä säännöllisen kotihoidon asiakkaan hoitajakso kesti keskimäärin 6,7 päivää. Hoitajaksojen episodin (PTH+ESH) keskimääräinen kesto oli 13,4 päivää (yhdellä episodilla voi olla useita hoitajaksoja). Säännöllisen kotihoidon asiakkailla oli keskimäärin 1,5 osastohoitajaksoa/asiakas vuoden 2016 tilastojen mukaan. Noin 60 prosenttia kotihoidon asiakkaista kävi erikoissairaanhoidon osastolla. Syitä olivat mm. verenkiertosairaudet, kasvaimet sekä erilaiset vammat. Kolmasosa kotihoidon asiakkaista kävi vuoden 2016 aikana erikoissairaanhoidon päivystyksellisellä hoitajaksolla mm. verenkierto- ja hengityselin-sairauksien ja erilaisten vammojen vuoksi.

Hoidon vaikuttavuutta voidaan myös tarkastella asiakkaiden hoitoon palaamisina. Kukoistavan kotihoidon lähtötilannekartoituksen (2017) mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaista vuonna 2016 erikoissairaanhoidon päivystykseen palasi 14 prosenttia kolmen päivän sisällä, 20 prosenttia viikon (4-7pv) sisällä, 26 prosenttia kahden viikon sisällä, 30 prosenttia kolmen viikon, 33 prosenttia kuukauden kuluttua ja 41 prosenttia kahden kuukauden sisällä aiemmasta päivystyskäynnistä. (Kukoistavan kotihoidon Lähtötilannekartoitus 2017.)

1.2 Ikäihminen sosiaali- ja terveystalveluiden uudistuksessa

Käynnissä oleva maakunta- ja sosiaali- ja terveystalveluiden uudistus on suurimpia hallinnon ja toimintatapojen uudistuksia, mitä Suomessa on koskaan tehty. Uudistuksen voimaantulon aikataulu on siirtynyt useita kertoja ja näillä näkymin sen on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2021. Keski-Suomessa uudistus koskettaa noin 275 000 asukasta ja noin 10 000 talvelujen piirissä työskentelevää työntekijää ja viranhaltijaa.

Uudistuksessa järjestäjän ja tuottajien tehtävät tullaan erottamaan toisistaan. Talveluiden järjestäjänä tulee toimimaan maakunta ja talveluiden tuottajina maakunnan liikelaitoksen lisäksi eri kokoiset yksityiset talveluntuottajat tai yhdistykset. Järjestäjä asettaa tavoitteet, kohdentaa rahat, määrittelee talvelut, laatuvaatimukset ja tuotannon linjaukset. Luonnosvaiheessa oleva Keski-Suomen maakunnan järjestämssuunnitelma luo pohjan myös oman talvelutuotannon organisoitumiselle.

Jatkossa järjestäjä eli maakunta huolehtii ikäihmisten talvelutarpeen arvioinnista Keskitetyn alueellisen asiakas- ja talveluohjauksen (eli KAAPO:n) kautta. Asiakasohjaus on maakunnan työkalu valinnanvapauden edellyttäessä tilaajan ja tuottajan eriyttämistä. Asiakasohjauksessa on ennen kaikkea kyse yhteisistä toimintatavoista ja -periaatteista, arviointimenetelmistä ja tiedonhallinnasta. KAAPO varmistaa sen, että ikäihmiset saavat tarvitsemansa talvelut. Lähtökohtana on aina asiakkaan avuntarve.

”Jatkossa järjestäjä eli maakunta huolehtii ikäihmisten talvelutarpeen arvioinnista Keskitetyn alueellisen asiakas- ja talveluohjauksen kautta.”

Asiakasohjaus toimii asiakkaan rinnalla kulkijana ja tukee esim. muutostilanteissa ja valinnanvapauden toteutumisessa. Asiakkaalle voidaan tarpeen mukaisesti myöntää talveluita asiakassetelillä, jolloin hän valitsee itse talveluntuottajan. Jatkuvia ja laaja-alaisia talveluita tarvitsevien asiakkaiden talvelut voidaan toteuttaa henkilökohtaisella budjetilla. Budjetti on maakunnan maksusitoumus, jolla asiakas voi hankkia asiakassuunnitelmaan kirjattuja talveluja. Asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin myötä, ikäihmisellä on valta itsenäisesti valita, mikä maakunnan hyväksymä yritys tai muu toimija talvelut hänelle tuottaa. Samalla maakunta määrittää tilaajana yhteiset pelisäännöt talveluiden tuottamisen korvauskäytännöistä. Käytännöt ovat samat kaikille talveluita tuottaville toimijoille.

Lähteet

Groop, J. (2014). Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? SAKARI 2014 (STM:n rahoittaman vanhuspalvelulain toimeenpanohankkeen SAKARI:n loppuraportti), Kuntaliitto.

Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen, J. (2018). Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. *Lääkärilehti* 73(12-13): 786-788.

Koski, J. (2017). Sairaalaista kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 18.7.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf

Kukoistava kotihoito: Lähtötilannekartoitus. (2017). <http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2017/03/Kukoistava-kotihoito-hankkeen-L%C3%A4ht%C3%B6tilannekartoitus.pdf>

Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Mikkola H, Ahola E, Pikkujämsä S, Olli S-L, Haverinen A, Ylitalo-Katajisto K & E Huurre (2016): Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. *Lääkärilehti* 11:809-817.

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. (2016). Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. 179-191.

Tepponen, M., Viitikko, T., Lehmus, R., Heikkilä, H., Nurmiainen, S., Nummela, T., Suhola, T., Länsivuori, K., Lehtonen, M., Kaljunen, L., Kapulainen, K., Kanerva, J., Immonen, M., Koivuniemi, J., Mitikka, M., Vidén, M., Klemola, K., Villikka, M., Majoinen, V. & Vaittinen, P. (2017). Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017

2

Kehittämistyötä ohjaavat periaatteet

2.1 Asiakaslähtöinen, tavoitteellinen ja toimintakykyä tukeva lähestymistapa

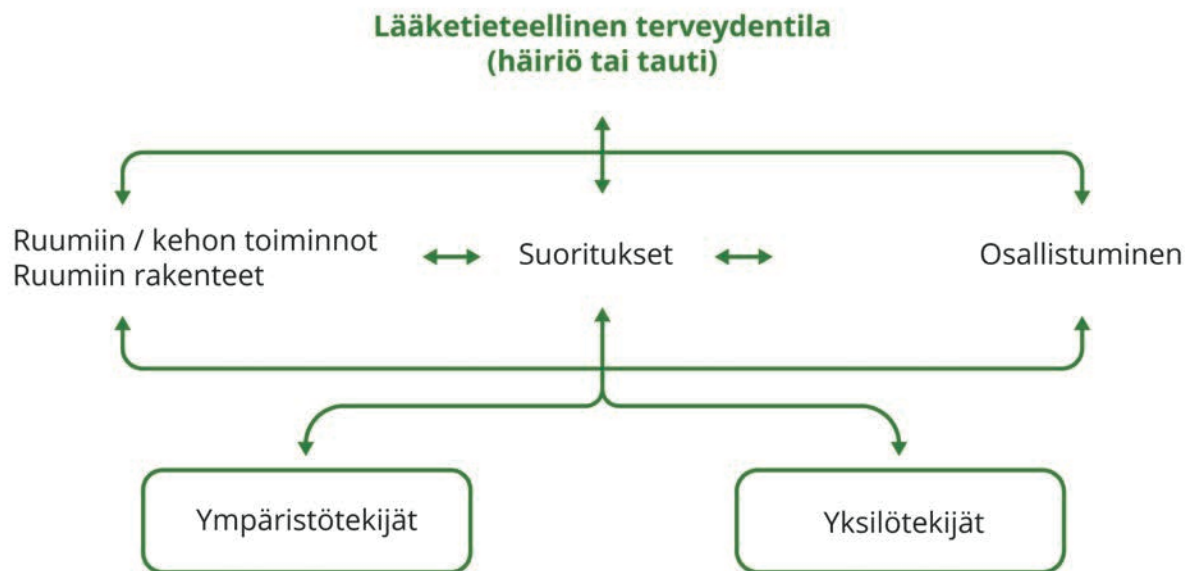
Jaana Paltamaa, Eija Janhunen, Aila Pikkarainen

Laadukas kotihoito perustuu moniammatilliseen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella laadittavaan palvelu-, hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan. Sen tulee sisältää asiakkaan yksilölliset tavoitteet, jotka perustuvat asiakkaan arjesta nousseisiin tarpeisiin. Keinot tavoitteiden saavuttamiseksi sovitaan yhdessä moniammatillisen tiimin ja asiakkaan kanssa. Toimintakykyä ja suunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. (STM 2018.)

Toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi toteutuu matalalla kynnyksellä ja viiveettä. Kuntoutus suunnitellaan yhdessä kuntoutujan kanssa, jolloin sovitaan kuntoutuksen tavoitteet, sisältö, kesto, seuranta ja arviointi. Kuntoutus tapahtuu ensisijaisesti lähellä kuntoutujan omaa arjen toimintaympäristöä. Tavoitteena on omassa arjessa pärjääminen. Monialainen ja asiakaslähtöinen kuntoutus toteutetaan osana yksilöllistä tuen, hoidon ja hoivan palvelukokonaisuutta siten, että se vahvistaa ikääntyneen omaa vastuuta toimintakykynsä edistämisestä ja ylläpidosta. (Kuntoutuksen uudistuskomitea 2017, 10.)

Palvelu- ja kuntoutustarpeen selvittäminen on kattavaa ja moniammatillista. Siinä huomioidaan henkilön omat toiveet ja odotukset sekä avun tarpeet ja toimintakyvyn eri osa-alueet. Toimintakyvyn arvioinnin perustana suositellaan käytettäväksi Maailman terveysjärjestön ICF-viitekehystä (kuva 3). ICF on terveyteen liittyvää, toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä kuvaava, interaktiivinen malli, jonka mukaan terveydentila ja erilaiset yksilö- ja ympäristötekijät vaikuttavat toimintakykyyn. ICF konkretisoi arkisuoriutumisen moniulotteisuutta ja mahdollistaa yhdenmukaisten käsitteiden käytön eri toimijoiden kesken. (WHO 2004, Paltamaa ym. 2011, Salminen ym. 2016, Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 35, 46.)

Toimintakyvyn arvioinnissa huomioidaan niin fyysinen, psyykinen, kognitiivinen kuin sosiaalinen suoriutuminen sekä asuin- ja elinympäristön olosuhteet ja läheisten antama tuki (Sainio ja Salminen 2016). Arkisuoriutumisen edellytyksiin vaikuttavat henkilön yksilölliset piirteet, koetut ja objektiivisesti todetut toimintakyvyn vaikeudet sekä ympäristössä tarvittavat muutostyöt ja toiminnan mahdollistavat apuvälineet (Autti-Rämö ym. 2016). Arkisuoriutumisen tukeminen edellyttää aina ammattilaisten tekemää toimintakyvyn laaja-alaista arviointia. Arvioinnilla voidaan myös kartoittaa henkilön osallistumiseen liittyviä riskitekijöitä ennakkoiden toimintakyvyn heikkenemistä. Arvioinnissa on siis aina huomioitava ICF- luokituksen mukaiset yksilö- ja ympäristötekijät. Esim. ikääntyneen henkilön kohdalla juuri luonnollisessa asuin- ja elinympäristössä tulevat esille nämä yksilön ja ympäristön vaatimusten väliset haasteet ja ristiriidat. (Autti-Rämö ym. 2016, 63; Sainio & Salminen 2017, 208.)



Kuva 3. ICF:n osa-alueet ja niiden väliset suhteet (WHO 2004).

Toimintakykyä arvioidaan ICF-viitekehystä hyödyntäen eri käyttötilanteisiin soveltuvilla luotettavilla ja päteillä arviointimenetelmillä. Erytisesti yhtenäiset asiakasohjauskäytännöt ja kuntoutuksen vaikuttavuuden johtaminen edellyttävät vertailukelpoista toimintakyvyn arviointia (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 46; Sainio & Salminen 2017, 208). Arvioinnin tulee aina olla asiakaslähtöistä ja sen tulee vahvistaa asiakkaan toimijuutta, kuten kykyä tehdä valintoja ja päätöksiä sekä toimia niiden perusteella itselle merkityksellisellä tavalla. Hoito- ja kuntoutussuositusten tulee perustua asiakkaalle merkityksellisten vaikutusten osoittamiseen. Asiakkaan arjen haasteista ja arvioinnin tarkoituksesta riippuu, kuinka laaja-alainen arviointi on kulloinkin tarpeen tehdä ja millaisilla arviointimenetelmillä se parhaiten toteutetaan. Vaikutusten esille saamiseksi on tärkeää arvioida juuri niitä toimintakyvyn osa-alueita, joihin hoito tai kuntoutus kohdistuu. (Rauch ym. 2008, Sainio & Salminen 2016.)

ICF-pohjaisessa toimintakyvyn arvioinnissa kuvataan ikäihmisen toimintaedellytykset ja -rajoitteet seuraavissa osa-alueissa (WHO 2004, Sainio ja Salminen 2016):

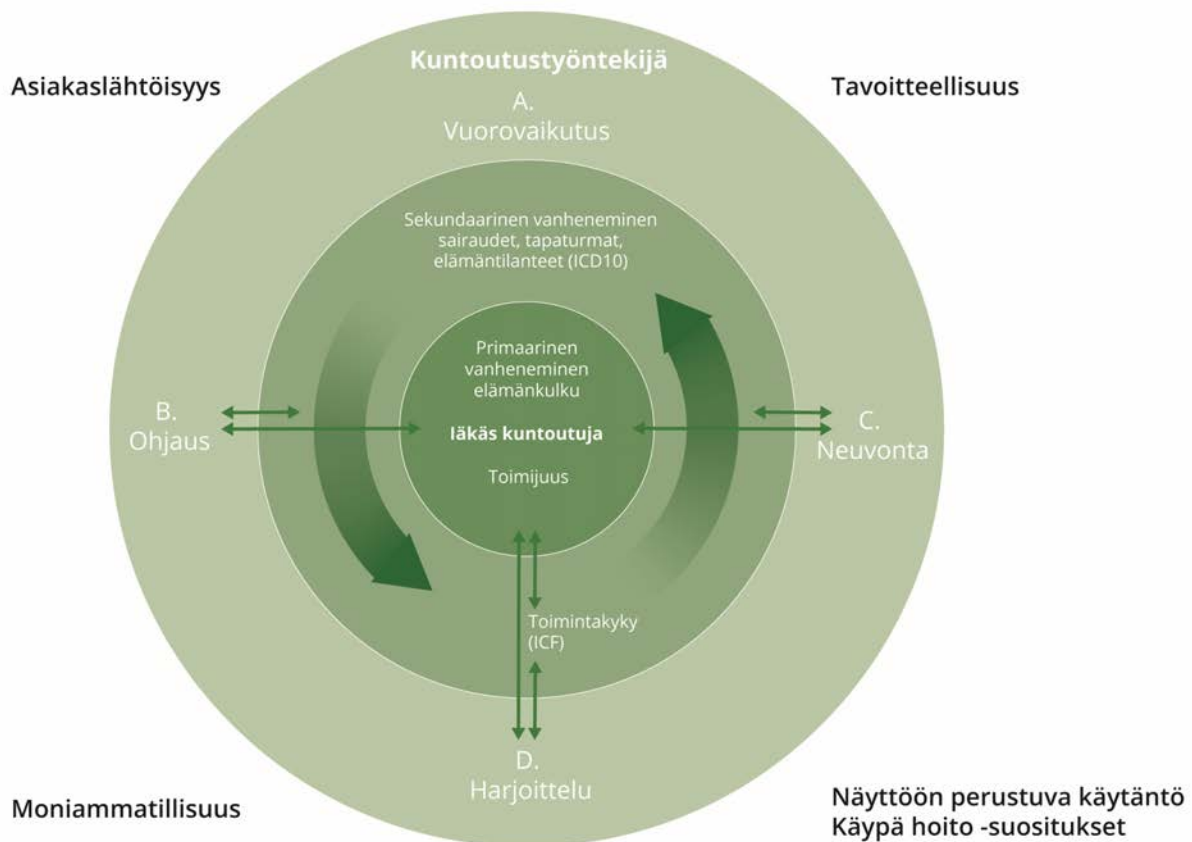
- Yksilötekijät: vahvuudet, voimavarat ja haasteet
- Ympäristötekijät: toimintakykyä edistävät ja rajoittavat tekijät
- Ruumiin/kehon toiminnot: vajavuudet ja niiden määrä
- Suoritukset ja osallistuminen: toimintarajoitteet ja niiden määrä (suorituskyky ja -taso)
- Lisäksi tehdään yhteenveto ja kuvataan koko arvioinnin merkitys ikääntyneen henkilön arkisuoriutumisessa

Tavoitteellinen asiakaslähtöinen lähestymistapa on kaiken kotihoidon perusta, kun toiminnan painopiste siirtyy ikääntyneiden asiakkaiden koteihin. Rajallisia henkilöstöresursseja on hyödynnettävä mahdollisimman tehokkaasti oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan, samalla asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita kuunnellen. Tulevaisuudessa ikääntyneiden monialainen kuntoutus tapahtuu luontevasti kodeissa laajentuen sieltä eri verkostoihin (kuva 4), jotka tukevat

monipuolisesti ikäihmisen toimijuutta omassa arjessa (Pikkarainen, Pyöriä, Savikko 2016, 191). Lisäksi ennen kuin kotoa siirrytään tehostetun palveluasumisen piiriin, tarvitaan määräaikaista, välimuotoisia ja vaihtoehtoisia asumis- ja palveluratkaisuja.

Kun toimintakykyä edistävää toimintatapaa ja -kulttuuria kehitetään ja uudistetaan, on ymmärrettävä normaalit, ns. primäärinen vanhenemisen muutokset ja niiden yhteydet ja vaikutukset hoidettaviin sairauksiin (vrt. sekundaarinen vanheneminen, kuva 4) ja kuntoutusinterventioihin. Esimerkiksi ikääntynyt henkilö valikoi, optimoi ja kompensoi arjen toimintojaan suhteessa toimintakykynsä (ns. SOC-teoria, Baltes & Baltes 1990). Hän voi vältellä arjen tilanteita, jotka hän kokee vaikeiksi sekä aikaa ja voimavaroja vieviksi. Ponnistellessaan arjen tehtävissä hän joutuu usein hakemaan ulkopuolista apua ja palveluja. Ikääntyneen henkilön kuntoutustarve tulisikin tunnistaa ennakoivasti viimeistään tässä palvelujen kartoitus- ja aloitusvaiheessa ja käynnistää tarvittavat kuntoutusinterventiot ennen kun toimintakyky on merkittävästi heikentynyt. Samalla hänen omaehtoinen aktiivisuutensa ja osallistumisensa tulevat käyttöön ja tukevat parhaiten kotona asumisen jatkuvuutta.

”Asiakaslähtöisessä ja tavoitteellisessa sekä toimintakykyä tukevassa kotihoidossa asiakas on aina oman tilanteensa asiantuntija ja keskeinen toimija yhdessä läheistensä kanssa.”



Kuva 4. Ikääntyneen asiakkaan kuntoutumisprosessi toimijuuden ja gerontologisen tiedon näkökulmasta (Pikkarainen, Pyöriä, Savikko 2016, 182).

Kotihoidon koko henkilöstöllä tulee olla yhteinen käsitys (ICF) toimintakyvystä ikääntyneen asiakkaan palvelupolun kaikissa vaiheissa. Toimintakyvyn arvioinnin tulee olla laaja-alaista, luotettavaa ja asiakaslähtöistä perustuen ikääntyneen ja/tai läheisten kuvaamaan näkemykseen tilanteesta (esim. TOIMIA-tietokanta¹, WHODAS 2.0). Lisäksi tarkemmat ja yksilöidyt arviointimenetelmät valitaan sen perusteella, mitkä ovat tunnistetut toimintakyvyn haasteet ja mihin kuntoutusinterventioilla pyritään vaikuttamaan. Asiakkaan ilmaisemien muutos- ja kuntoutustarpeiden sekä arviointitulosten perusteella määritellään konkreettiset ja arvioitavissa olevat kuntoutustavoitteet. Asiakaslähtöisessä ja tavoitteellisessa sekä toimintakykyä tukevassa kotihoidossa asiakas on aina oman tilanteensa asiantuntija ja keskeinen toimija yhdessä läheistensä kanssa. (Paltamaa 2018.)

Lähteet

Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. (2016). Kuntoutumisen prosessi. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56–73.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Teoksessa Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Toim. P. B. Baltes & M. M. Baltes. New York: Cambridge University Press, 1-34.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017). Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Saatavissa <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>>

Paltamaa, J. (2018). Ikääntyneen asiakkaan toimintakyky ja sen arviointi asiakaslähtöisessä tavoitteellisessa kotihoidossa. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 251. Ilmestyy syksyllä 2018.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (2011). Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela. Saatavissa < <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/24581>>

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. (2016). Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A.-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. 179-191.

Rauch, A., Cieza, A. & Stucki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med, 44, 319–342.

Sainio, P. & Salminen, A.-L. (2016). Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 206-224.

Salminen, A.-L., Järvikoski, A. & Härkäpää, K. (2016). Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara. A. Ylinen (toim.), Kuntoutuminen (ss. 20-36). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

STM (2018). Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 1.3.2018. Saatavissa <<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>>

WHO (2004). Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF). Helsinki: Stakes.

¹ Vrt. myös Käypä hoito- suositukset, näyttöön perustuvat käytännöt.

2.2 Kotihoidon henkilöstön osaaminen

2.2.1 Kotihoidon työntekijöiden itsearvioitu osaaminen

Pirjo Tiikkainen ja Kristiina Juntunen

Osaava henkilöstö on keskeinen osa kukoistavaa kotihoitoa. Tässä luvussa Keski-Suomen kotihoidon henkilöstön osaamista arvioidaan syksyllä 2017 tehdyn osaamiskartoituksen perusteella. Kartoituksen tavoitteena oli arvioida kotihoidon henkilöstön nykyistä osaamista ja tunnistaa osaamisen kehittämistarpeet. Henkilöstön osaamista selvitettiin asiakkaiden hoidon vaativuuden lisääntymisen, hankkeessa kehitettävien uusien toimintamallien edellyttämän osaamisen sekä erityisosaamisen saatavuuden turvaamisen (esim. kuntoutus-, saattohoito- ja muistiosaaminen) takia.

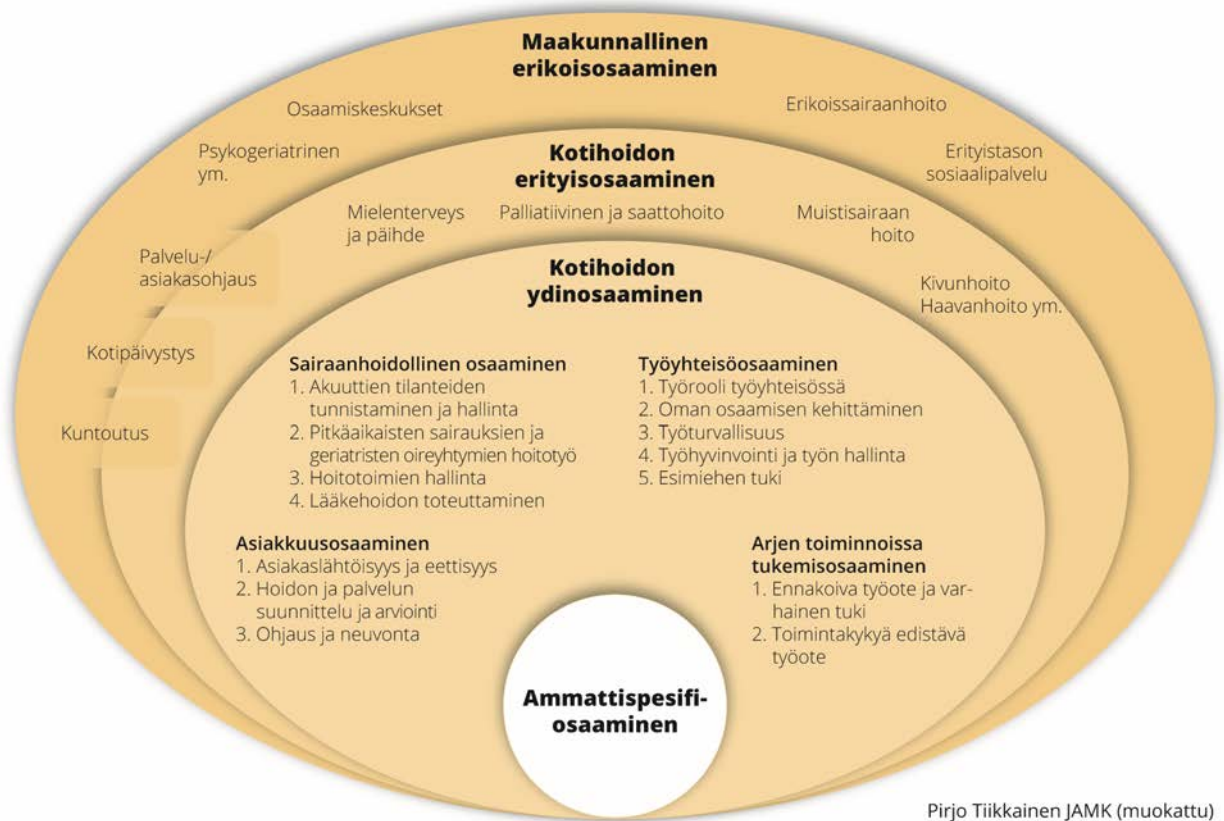
Kotihoidon henkilöstön osaaminen koostuu yleensä tiedoista, taidoista, asenteista, kokemuksista ja verkostoista. Osaamista voidaan tarkastella työn osaamisvaatimuksina, työntekijän kykyinä ja valmiuksina sekä ammattitaitona eli työntekijän kykyinä suoriutua työstä ja tehtävistä tietyssä toimintaympäristössä. Ammatillinen osaaminen koostuu koulutuksen tuottamasta substanssiosaamisesta sekä yleisestä työelämässä vaadittavasta osaamisesta. (Esim. Arene 2010; Hanhinen 2010; Helakorpi 2009; Ruohotie, 2005; Sydänmaanlakka 2006.) Organisaation osaamista voidaan sen sijaan jakaa kolmeen tasoon: ydinosoitukseen, ryhmien osaamiseen ja yksilön osaamiseen. Ydinosoitaminen erottaa kotihoidon osaamisen muissa sote-palveluissa tarvittavasta osaamisesta. (Ks. Hätönen 2007; Lehtonen 2002.)

Kotihoidon osaaminen

Osaamisen arvioinnin lähtökohtana oli kuvaus kotihoidon työn osaamisvaatimuksista nyt ja tulevaisuudessa. Osaamista määriteltiin ennen kaikkea asiakkaan tarpeiden näkökulmasta, eikä niinkään eri ammattiryhmien kannalta. Tarkoituksena oli havainnollistaa, mitä osaamista kotihoidon asiakkaiden tarpeeseen vastaaminen henkilöstöltä edellyttää eli mitä on kotihoidon ydinosoitaminen. Lisäksi tarkoituksena oli saada ammattilaisia pohtimaan, miten he soveltavat omaa osaamistaan ja mikä on heidän roolinsa moniammatillisessa ja asiakaslähtöisessä asiakkaan tarpeisiin vastaamisessa.

Kotihoidon ydinosoitaminen rakentuu kunkin ammattiryhmän ammattispesifin koulutuksen päälle. Ydinosoitaminen kuvaa lähinnä sitä osaamista, mikä konkretisoituu asiakkaan tarpeisiin vastaamisena ja arjessa suoriutumisen tukemisena päivittäisessä työssä. Eri ammattiryhmien edustajien roolit vaihtelevat riippuen asiakkaan tarpeista ja tilanteista. Ydinosoitamisalueet voidaan jakaa alaluokkiin kuvan 5 mukaisesti. Asiakas tarvitsee lisäksi sellaisten erityisosaajien apua, joilla on syvällisempi osaaminen jostain tietystä aihealueesta. Erityisosaajia voidaan hyödyntää hoidon, kuntoutuksen ja palvelun suunnittelussa sekä konsultoinnissa ja muiden ohjaamisessa. Kukoistavassa kotihoidossa kotihoitotiimeillä on käytössään useita kuntoutuksen erityisosaajia. Heidän työnsä sisältö ja osaaminen voivat olla uutta kotihoidon tiimeille. Erikoisosaamistarpeisiin vastataan maakunnan taholta. Ydinosoitamisalueita ovat

asiakkuusosaaminen, arjen toimintojen tukemisen osaaminen, sairaanhoidollinen osaaminen ja työyhteisöosaaminen (kuva 5).

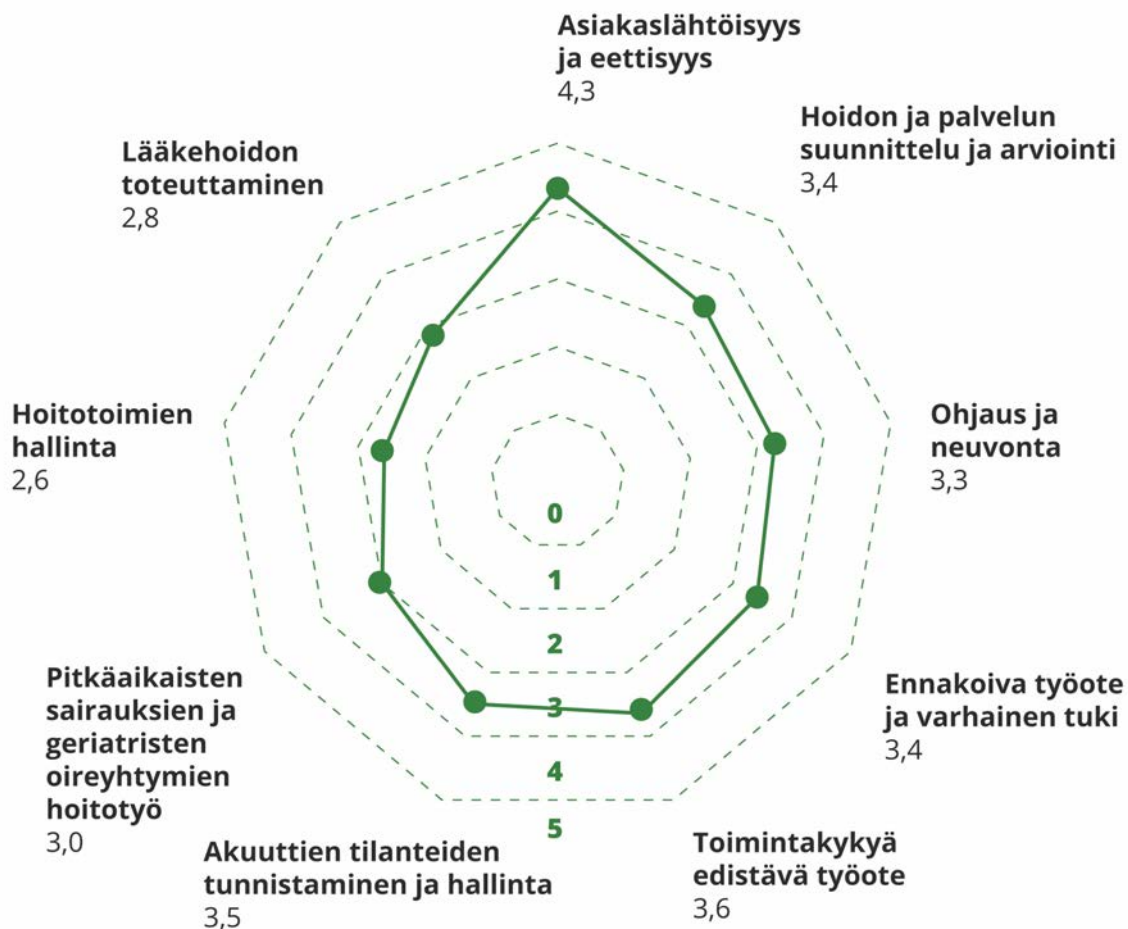


Kuva 5. Kotihoidon osaaminen (Tiikkainen 2017)

Osaamisen itsearviointi toteutettiin syksyllä 2017 sähköisesti Keski-Suomen kotihoidon henkilöstölle lukuun ottamatta lähiesimiehiä ja pelkästään palvelu-/asiakasohjausta tekeviä työntekijöitä. Vastausprosentti oli 84 (n=738). Vastaajista yli kaksikolmasosaa oli lähihoitajia. Ydinosaamista kuvaava osaamiskartoitus toteutettiin samanlaisena kaikille ammattiryhmille. Kartoituksen perusteella oli mahdollista muodostaa yleiskuva maakuntatason osaamisesta, eri ammattilaisten rooleista ja työtehtävistä sekä mahdollisista osaamisvajasteista, kehittämistarpeista ja erityisosaajista.

Vastaajat arvioivat osaamistaan Likert-tyyppisellä asteikolla, jossa taso 3 vastaa kotihoidon perusosaamista ja jonka yhteenveto on esitetty kuvassa 6:

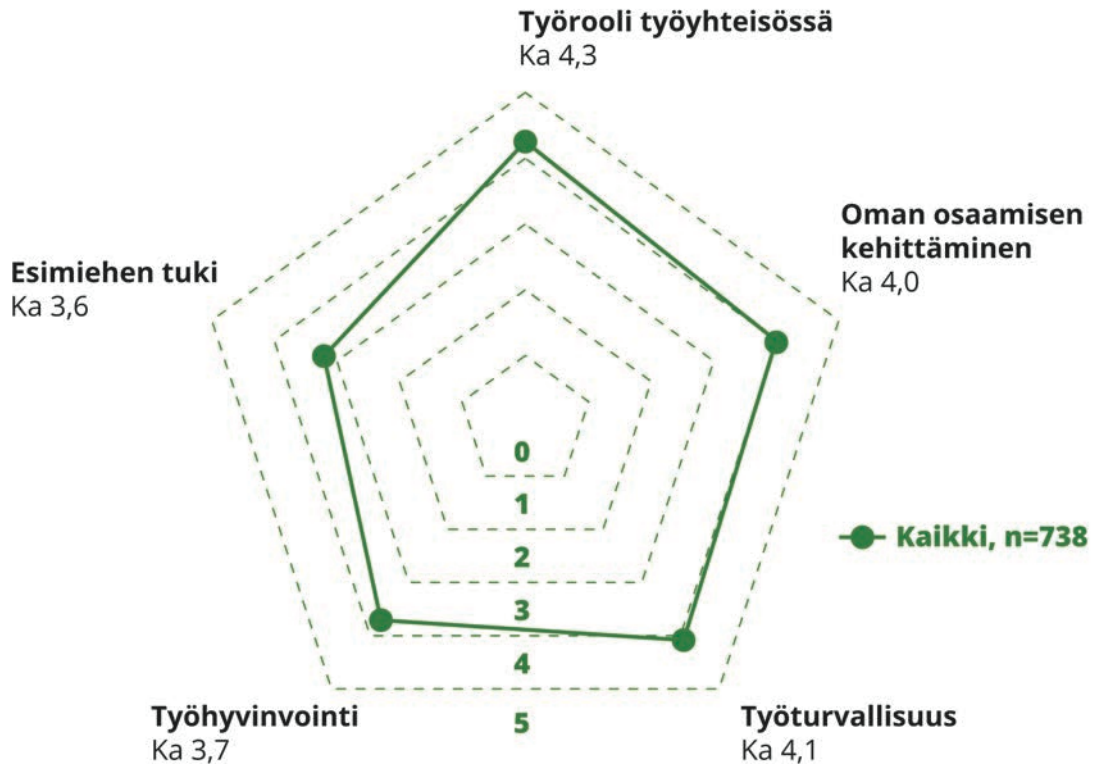
- 0 = Ei kuulu työnkuvaani tai ei ole lupa tehdä
- 1 = Tarvitsen apua perustaidoissa ja -tiedoissa
- 2 = Selviydyn itsenäisesti, mutta tarvitsen ajoittain/osittain ohjausta
- 3 = Hallitsen perustiedot ja -taidot ja selviydyn itsenäisesti
- 4 = Hallitsen perustiedot ja -taidot ja kykenen lisäksi ohjaamaan muita
- 5 = Hallitsen monipuolisesti tiedot ja taidot ja kykenen myös kehittämään asiaa



Kuva 6. Kotihoidon henkilöstön (n=725-738) itsearvioitu osaaminen (keskiarvot) (Tiikkainen & Juntunen 2018)

Keski-Suomen kuntien kotihoidon henkilöstö arvioi osaamisensa kokonaisuutena hyväksi (ka 3,3). Vastausten perusteella osaamisella pystytään pääosin vastaamaan asiakkaan tarpeisiin. Kotihoidon henkilöstön osaamisprofiili osoittaa, että työntekijät hallitsevat perustiedot ja -taidot ja kykenevät itsenäiseen asiakastyöhön muilla osaamisalueilla paitsi hoitotoimien hallinnassa ja lääkehoidossa. Lisäksi pitkäaikaissairauksien ja geriatristen oireyhtymien hoitotyössä (ka 3) arvioitiin jonkin verran osaamisvajetta. Toisaalta asiakaslähtöisyyden ja eettisyyteen liittyvän osaamisen henkilöstö arvioi erittäin hyväksi (ka 4,3). (kuva 6). Työyhteisöosaamisen kotihoidon henkilöstö arvioi kokonaisuutena hyväksi (ka 3,8). Työhyvinvoinnissa ei ollut vastausten perusteella kuntakohtaisia eroja. Sen sijaan esimiehen tarjoamaan tukeen tulisi kiinnittää huomiota erityisesti pienemmissä kunnissa (kuva 7).

"Kotihoidon henkilöstön osaamisprofiili osoittaa, että työntekijät hallitsevat perustiedot ja -taidot ja kykenevät itsenäiseen asiakastyöhön muilla osaamisalueilla paitsi hoitotoimien hallinnassa ja lääkehoidossa."



Kuva 7. Kotihoidon henkilöstön itsearvioima työyhteisöosaaminen (n=728-738, keskiarvot) (Tiikkainen & Juntunen 2018)

Ammattiryhmien välinen osaaminen vaihteli osaamisalueittain, mikä heijastaa osittain koulutuksen tuomaa ammattispesifiä osaamista ja lainsäädännön mukaista vastuuta. Toisaalta kaikkien ammattiryhmien osaamisen ei ole tarkoituskaan kohdentua samalla tavalla. Asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon ja palvelun kannalta on kuitenkin tärkeää tarkastella jokaisen työntekijän roolia ja vastuuta kaikilla osaamisalueilla. Kuntien välillä oli jonkin verran eroja eri ammattiryhmien itsearvioidussa osaamisessa. Taustalla voivat mahdollisesti olla erilaiset asiakas- ja henkilöstörakenteet: Kotihoitajien vastuulla voi esimerkiksi olla toisissa kunnissa vaativampia tehtäviä mitä toisissa.

Osaava henkilöstö on uudistuvan kotihoidon tärkeä menestystekijä. Heikko ja/tai väärin kohdennettu osaaminen johtaa huonoon laatuun hoidossa ja palvelussa ja lisää lopulta myös kustannuksia. Osaavan työvoiman saatavuuden turvaaminen ja työssä pysyminen edellyttävät myös työn- ja vastuunjaon kehittämistä siten, että jokaisen työntekijän osaaminen hyödynnetään mahdollisimman optimaalisesti (Tiikkainen ym. 2010). Samalla lisätään kotihoitotyön imua ja henkilöstön työhyvinvointia. Osaamisen esille tuonti ja korostaminen, esim. asiantuntijanimikkeillä tai palkitsemalla, edistää työssä pysymistä ja motivaatiota.

Kunnat voivat jatkossa hyödyntää hankkeessa kehitettyä kotihoidon osaamiskuvausta ja osaamisen arvioinnissa käytettyä itsearviointimittaria. Mittaria tulee samalla kehittää ja testata huomioimalla maakunnan nykyinen sekä tulevaisuudessa tarvittava osaaminen. Tavoitteena on, että osaamisen arviointi tehdään säännöllisesti, jolloin osaamisen tasoa, tarpeita sekä muutossuuntia voidaan tarkastella ajantasaisesti ja reagoida niihin joustavasti. Osaamisen arvioinnissa tulee hyödyntää itsearvioinnin ohella vertaisarviointia, lähiesimiehen arviointia sekä asiakaspalautteita.

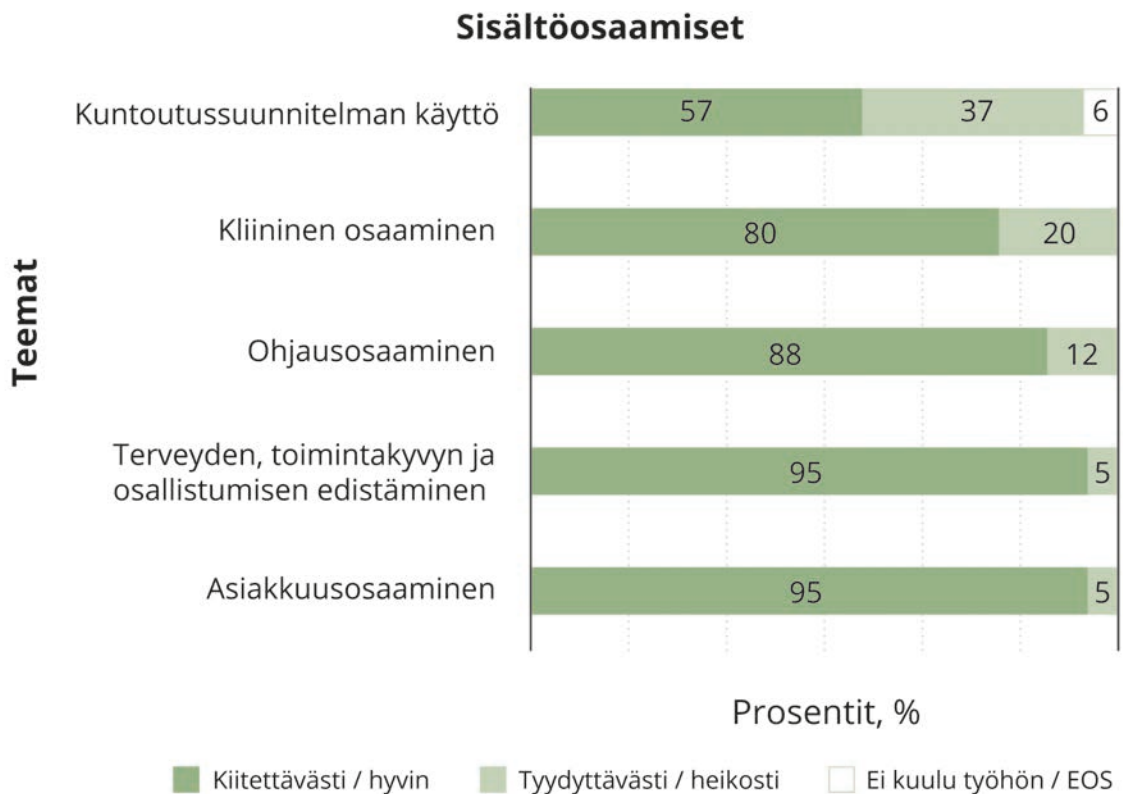
Lähteet

- Arene (2010). Suositus tutkintojen kansallisen viitekehysten (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Viitattu 31.3.2017. http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_nqf.pdf
- Hanhinen, T. (2010). Työelämäosaaminen. Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruointi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1571.
- Helakorpi, S. (2009). Osaaminen ja sen tunnistaminen työelämän ja koulutuksen yhteisenä haasteena. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu. Viitattu 15.4.2017. www.osaaja.net. https://arkisto.uasjournal.fi/osaaja_2009-4/Helakorpi%20PDF.pdf
- Hätönen, H. (2007). Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki: Educa-instituutti Oy.
- Lehtonen, T.J. (2002). Organisaation osaamisen strateginen hallinta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteellinen tiedekunta. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 867.
- Ruohotie, P. (2005). Ammatillinen kompetenssi ja sen kehittäminen. Ammattikasvatuksen aikakauskirja, 7(3): 4-18.
- Sydänmaanlakka, P. (2006). Älykäs johtajuus. Ihmisten johtaminen älykkäissä organisaatioissa. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Tiikkainen, P., Karttunen S-L., Routasalo P. & Teeri S. (2010). Gerontologisen hoitotyön haasteet ikäpalveluissa. Premissi 6: 17-19.
- Tiikkainen, P. & Juntunen, K. (2018). Kukoistava kotihoito -Kotihoidon työntekijöiden itsearvioitu osaaminen. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu. Hyvinvointiyksikkö. <https://www.jamk.fi/julkaisut>

2.2.2 Kotihoidossa työskentelevien kuntoutustyöntekijöiden osaaminen

Aila Pikkarainen ja Eija Janhunen

Kotihoidon henkilöstön osaamisen lisäksi keväällä 2018 kartoitettiin Keski-Suomen alueella toimivien kuntoutustyöntekijöiden osaamista kuntien kotihoidossa. Kartoitukseen vastasi 33 kuntoutustyöntekijää, joka on 97 prosenttia kaikista tuona ajankohtana kotihoidossa työskennelleistä kuntoutustyöntekijöistä. Vastaajista kaksi kolmasosaa oli fysioterapeutteja (n=22). Toimintaterapeutteja oli viisi ja muita eri alojen edustajia kuusi (sosionomi, geronomi, kuntoutukseen ja/tai vanhustyöhön erikoistuneet lähihoitajat). Kuvassa 8 on esitetty tiivistetysti vastaajien itsearvioimat kuntoutuksen sisältöosaamiset.



Kuva 8. Keski-Suomen maakunnassa kotihoidossa työskentelevien kuntoutusalan edustajien (n=33) itsearvioimat kotikuntoutuksen sisältöosaamiset (Pikkarainen & Janhunen 2018)

Kuntoutustyöntekijät kuvasivat nykyistä osaamistaan vahvaksi sekä kotihoidonasiakastyössä että asiakkaiden suuntaan tapahtuvassa viestintä- ja vuorovaikutuksessa. Sen sijaan ohjaus- ja neuvontatyö sekä yhteisistä sopimuksista kiinnipitäminen koettiin haastaviksi muiden kotihoitotyössä toimivien työntekijöiden kanssa.

Esimiehen ja työyhteisön tarjoaman tuen osalta kuntoutustyöntekijöiden vastauksissa oli eroja. Osa vastaajista koki saavansa esimieheltään ja työyhteisöltään riittävästi tukea, osa taas koki olevansa yksin kotihoidon kentällä, ja ilman selkeää näkemystä siitä, mihin työssä tulisi keskittyä. Erityisesti oman työyksikön organisoinnista sekä johtamisen ja päätöksenteon käytännöistä tarvittiin vastausten mukaan lisää tietoa. Viestinnän ja kirjaamisen osalta myös hoito- ja palvelusuunnitelmien lukeminen, niihin kirjaaminen ja moniammatillisesti asiakkaiden tavoitteista keskustelu eivät toteutuneet kaikkien kuntoutustyöntekijöiden arjessa. Kuntoutussuunnitelman käyttö jäi osalla vastaajista vähäiseksi eikä esimerkiksi hoito- ja

palvelusuunnitelmaa osattu hyödyntää kuntoutussuunnitelman rinnalla tai sitä vastaavana dokumenttina (kuva 8). Kotikuntoutuksen haasteista huolimatta noin 60 prosenttia vastaajista koki jaksamisensa omassa työssään hyvin tai erittäin hyvin. Sama osuus vastaajista koki myös viihtyvänsä työssään hyvin tai erittäin hyvin. Toisaalta merkittävä osa vastaajista koki stressiä ja uupumista työssään.

Vastaajat ilmoittivat keskeisiksi kehittämiskohteiksi kotihoidossa tarvittavat sisällölliset erityistarpeet (mm. muistikuntoutus, akuuttitilanteiden hallinta, ergonomia ja lääkehoito), yhteistyöhön liittyvät tarpeet (mm. ohjaustyö, neuvonta, viestintä ja yhteinen kirjaaminen) sekä työhön liittyvät hallinnolliset haasteet (mm. oman työnkuvan määrittely, selkiyttäminen ja rajaaminen). Oman työnsä kehittämiseen ja kotihoidon kuntoutusta edistävän muutoksen eteenpäin viemiseen vastaajat suhtautuivat myönteisesti. Kehittämistyöhön ja muutoksen aikaansaamiseen koettiin kuitenkin tarvittavan kaikkien yhteistä sitoutumista ja innostuneisuutta sekä vahvaa johdon tukea.

Yhteenvedona voi todeta, että uudet kotihoidon kentällä työskentelevät kuntoutustyöntekijät ovat monien haasteiden edessä sekä organisaatioiden rakenteellisten että työn sisällöllisten tekijöiden osalta. Uutena työntekijänä, ja usein oman ammattikuntansa ainoana edustajana, työskentely vaatii työntekijältä rohkeutta ja luovuutta. Kotihoidon perinteinen työkuulttuuri ja vakiintuneet tiimikäytännöt vaativat uudelta työntekijältä pitkäjänteisyyttä määrittellä oma roolinsa ja työtehtävänsä sekä kykyä yhteen sovittaa omia arjen käytäntöjen muun kotihoidon henkilöstön kanssa. Toisaalta kuntoutustyöntekijä uusine työmenetelmineen haastaa myös entiset työntekijät ja esimiehet pohtimaan nykyisen työn sisältöjä ja perusteita. Tämä mahdollistaa sen, että kotihoidon eri työntekijäryhmät yhdessä omaksuvat ja yhteen sovittavat asiakaslähtöistä ja toimintakykyä tukevaa työtapaa. Loppujen lopuksi asiakkaat läheisineen hyötyvät eniten kaikkien kotihoidon työntekijöiden yhdenmukaisista ja loogista toimintatavoista.

Tulevaisuudessa kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmien tulee tukea kuntouttavaa työtä niin, että kuntoutuksen ajat ja paikat sekä menetelmät ovat ohjelmissa konkreettisesti ja helposti esillä mahdollistaen tiedonkulun ja asiakkaiden kuntoutumisen ajantasaisen seurannan. Looginen esimiestyö; läpinäkyvät päätöksentekoprosessit sekä kollegiaalinen yhdessä tekemisen kuulttuuri edistävät toimintakykyä tukevan työtavan rakentumista, sisäistämistä ja vakiinnuttamista kotihoidon kentälle.

Lähteet

Keronen A. (2016). Ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutus ja toimintaterapia sen osana. Saarikan Karstulan henkilöstön kuntoutusnäkemys ja -osaamisen alku- ja seurantakartoitus vuosina 2015 ja 2016. Opinnäytetyö. Toimintaterapian koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Julkaisun pysyvä osoite: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016121320203>

Pikkarainen A. (2016). Ikääntyneiden kuntoutuspolun mallinnus. Esimerkkinä Perusturvaliikelaitos Saarikka ja Karstulan kuntoutusyksikkö. Keski-Suomen SOTE2020-hanke, raportti 8.4.2016. Luettavissa: http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/82240_looppullinen_ikaihminen_kuntoutuspolun_mallinnus_Aila_Pikkarainen_muokattu.pdf

Pikkarainen A. & Janhunen E. (2018). Kotihoidon kuntoutusammattilaisten osaamiskartoitus 4/2018. Kukoistava kotihoito -hanke & JAMK. Kirjallinen materiaali. Painamaton lähde.

2.3 Paljon palveluja tarvitsevat VIP-asiakkaat

Heidi Taskinen

Valtakunnalliset tutkimukset (Kuntaliitto 2015, Hujala & Lammintakanen 2018; Leskelä ym. 2013; Alahuhta ym. 2017) ovat osoittaneet, että paljon erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluiden kehittäminen on keskeistä näiden asiakkaiden sujuvien hoitoketjujen kannalta. Tutkimusten (Leskelä ym. 2013; VTV 2017; Ruohonen ym. 2016) mukaan 10 prosenttia sote-palvelun piirissä olevasta väestöstä aiheuttaa noin 70–80 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Suurin osa näistä asiakkaista on vanhuspalveluiden asiakkaita, jotka käyttävät monia palveluita. Keski-Suomessa tätä asiakasryhmää kutsutaan VIP-asiakkaiksi (Vaatii Intensiivistä Paneutumista).

”Paljon palveluja tarvitsevien palvelukokonaisuuteen tulee panostaa, koska nämä asiakasryhmät hyötyvät kaikista eniten eri palveluiden onnistuneesta yhteistoiminnasta ja tiedonkulusta (integraatiosta).”

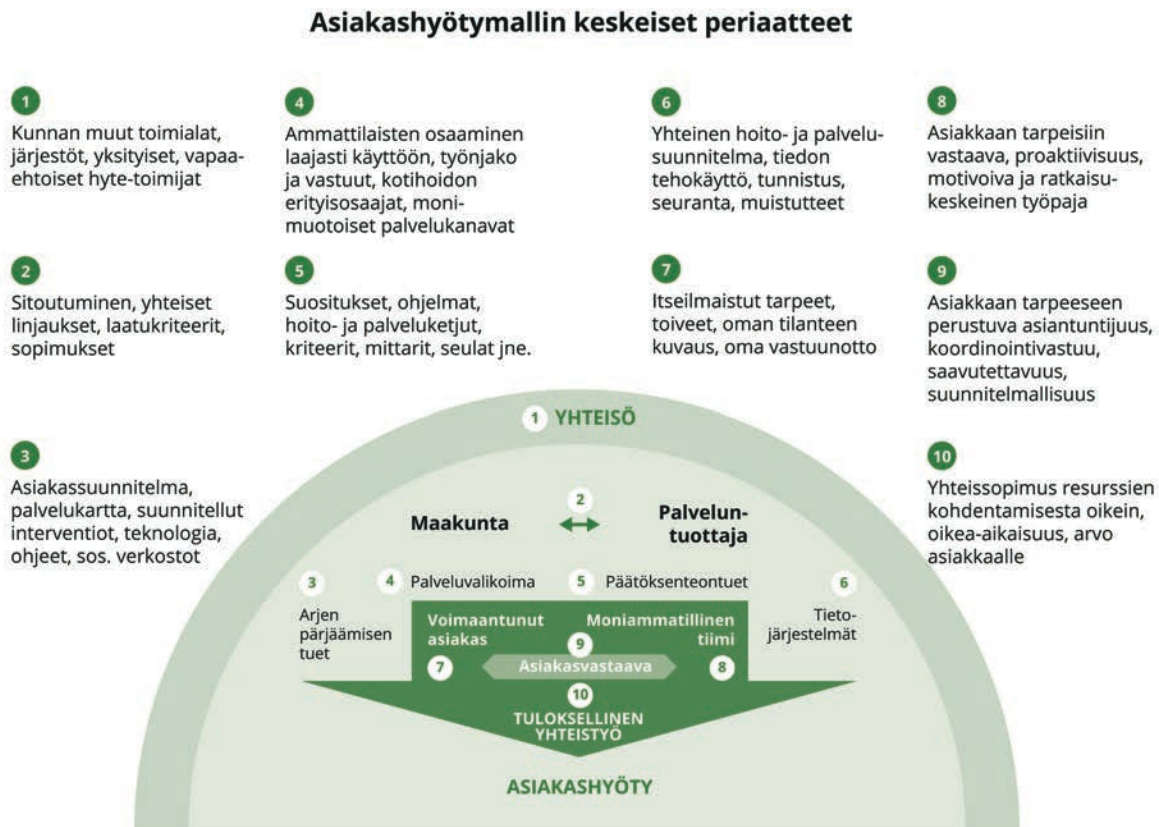
VIP-asiakkaiden tyypilliseksi haasteeksi muodostuu usein monitoimijainen palveluiden verkosto ja monialaisen yhteistyön puute. Täten VIP-asiakkaat hyötyvät eri toimijoita yhdistävistä toimintamalleista ja yhteistyöstä. Tällaisia toimintamalleja ovat mm. hoitoketjujen sujuvoittaminen sekä kotiutusprosessin ja akuuttitilanteiden toimintamallit. Kyseisissä toimintamalleissa kehittäminen ei kohdistu pelkästään kotihoidon toimintoihin, vaan niissä panostetaan palvelujärjestelmän eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja verkostoitumiseen asiakkaan polulla. Paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat myös usein hyötyvät nk. case managerin tai asiakasvastaavan tuesta. Kukoistava kotihoito -hankkeessa asiakasvastaavan toimintamallia on kehitetty osana keskitettyä, alueellista asiakas- ja palveluohjausta.

Paljon palveluja tarvitsevien palvelukokonaisuuteen tulee panostaa, koska nämä asiakasryhmät hyötyvät kaikista eniten eri palveluiden onnistuneesta yhteistoiminnasta ja tiedonkulusta (integraatiosta). Tästä näkökulmasta on tärkeää, että VIP-asiakkaiden palvelun tarvetta arvioidaan kokonaisvaltaisesti palveluista riippumatta. (Hujala & Lammintakanen 2018.) Nostamalla paljon palveluita käyttävät asiakkaat kehittämistyön keskiöön, saadaan monialaisesta ja monitoimijaisesta yhteistyöstä uusia ja innovatiivisia ideoita asiakkaan polun ja palvelukokonaisuuden kehittämiseen.

Asiakashyötymalli kehittämisen teoreettisena viitekehyksenä

Perusterveydenhuollossa käytetään usein terveyshyötymallia paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palveluprosessien kehittämisessä. Terveyshyötymallia on myös sovellettu sosiaalityössä (ks. Hämäläinen 2011), mutta julkaistua materiaalia terveyshyötymallin soveltamisesta vanhuspalveluihin tai kotihoitoon ei löydy. Keski-Suomessa SOTE2020-hankkeessa (2016) ja Rampe-hankkeessa (Koikkalainen ym. 2013) hyödynnettiin terveyshyötymallia kehittämisen teoreettisena viitekehyksenä. Kukoistava kotihoito -hankkeessa terveyshyötymallista käytetään käsitettä Asiakashyötymalli (kuva 9), jota sovelletaan paljon palveluja tarvitsevien VIP-asiakkaiden hoitoketjujen sujuvoittamisen

kehittämisen teoreettisena viitekehyksenä. Asiakashyötymallin pohjalta hoitoketjujen sujuvoittamisen kehittämisessä painotetaan kuutta osa-aluetta ja niihin keskeisesti liittyviä tekijöitä, jotka oikein toimiessaan tuottavat asiakashyötyä.



Kuva 9. Asiakashyötymallin keskeiset periaatteet. (muokattu terveysshyötymallista, ks. www.innokyla.fi, Tiikkainen)

Asiakashyötymallin keskiössä on aktiivisesti toimiva asiakas. Asiakkaan pärjäämistä ja hyvinvointia tukee asiakasvastaava, jolla on käytettävissään moniammatillisen tiimin osaaminen asiakkaan tarpeiden mukaan. Olemassa olevasta palveluvalikoimasta ja erilaisista arjen tuista (esim. teknologiat) valitaan asiakkaan tarpeita vastaavat tukimuodot. Valinnassa auttavat tietojärjestelmistä saatavat tiedot asiakkaan aikaisemmasta palvelutarpeesta ja toimintakyvystä sekä tietojärjestelmiin rakennetut päätöksentuet. VIP-asiakkaiden kohdalla päätöksenteon tukea tarvitaan erityisesti asiakkaiden tunnistamiseen. Asiakas- ja potilastietojärjestelmä voi esimerkiksi laskea asiakkaan aikaisemmat päivystyskäynnit ja osastojaksot ja hälyttää niiden asiakkaiden kohdalla, joilla raja-arvoksi sovittu lukumäärä ylittyy. VIP-asiakkaiden tunnistamiseen on kehitetty myös arviointityökaluja. VIP-asiakkaiden tunnistaminen ja tilanteeseen puuttuminen sekä eri sote-toimijoiden roolit asiakkaan polulla on huomioitu kotiutusprosessin kehittämisessä (ks. 3.9 Kotiutusprosessi).

Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuuksia on viime vuosina kehitetty erilaisten alueellisten hankkeiden toimesta (ks. Liljamo 2017; Oksman 2017; Ahola & Vainio 2017; Koikkalainen ym. 2013). Hankkeista saatuja tuloksia ja materiaalia on hyödynnetty palveluiden kehittämisessä laaja-alaisesti. Keski-Suomessa on tehty yhteistyötä paljon palveluita tarvitsevien hoitoketjujen sujuvoittamisen kehittämisessä muiden alueellisten hankkeiden (mm. Uusi sairaala -projekti, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallinnoiman Asiakas-

ja potilastietojärjestelmä -hanke, ODA-hanke) kanssa. Yhteistyön tavoitteena on ollut löytää synergiahyötyjä asiakkaiden eri palveluiden välille. Lisäksi kokemusasiantuntijat ovat tuoneet asiakkaan ääntä kuuluville kehittämisesä osallistamalla verkostotyöskentelyyn.

Keskiössä voimaantuva asiakas ja proaktiivinen moniammatillinen tiimi – tuloksellinen yhteistyö

Keskeisenä asiakkaan rinnalla kulkijana asiakasohjaaja, asiakasvastaavan roolissa

Lähteet

Ahola, H., & Vainio, S. (Toim.) (2017). Oikeita palveluita oikeaan aikaan palvelumuotoilulla: Miten vastaamme paremmin riskiryhmien palvelutarpeeseen? Parempia palveluita riskiryhmille -hanke 2013–2016. [Viitattu 12.8.2018] Saatavissa: <https://thl.fi/documents/974282/1449788/Oikeita+palveluja+oikeaan+aikaan.pdf/8b462f70-5d5c-435c-ab90-6efcc8af1088>

Alahuhta, M., & Niemelä, E. (2017). Paljon sosiaali- ja terveystalveluja käyttävien asiakkaiden palveluiden toteutuminen – työntekijöiden ja johtavien viranhaltijoiden haastattelututkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2017: 54: 6–17. [Viitattu 10.8.2018] Saatavissa: <https://journal.fi/sla/article/view/60620>

Hujala, A., & Lammintakanen, J. (2018). Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskioön. Kunnallissalan kehittämissäätiön Julkaisu 12/2018. [Viitattu 10.8.2018] Saatavissa: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluita-tarvitset-ihmiset-keskioon.pdf>

Hämäläinen, J., & Väisänen, R. (2011). PaKaste - Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveystalvelut - kehittämisk rakenne ja toimintamalli - Kainuun osahanke. Terveystalveluyöty malli sosiaalityön viitekehyksessä. Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2011, D:43 [Viitattu 11.8.2018] Saatavissa: <https://docplayer.fi/18528613-Terveystalveluyöty-malli-sosiaalityön-viitekehyksessä.html>

Koikkalainen, P., Ruoranen, M., Ahonen, T., Kuusinen A., & Kettunen T. (2013). Tavoitteena terveystalveluyöty ja osaamisen kehittäminen: RAMPE-hankkeen Keski-Suomen osahanke loppuraportti 2012 – 2013. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 130/2013. [Viitattu 11.8.2018] Saatavissa: <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B0AEE607B-EB41-45A0-859A-4522C615ACA6%7D/45350>

Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandstöm, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L., & Ylitalo-Katajisto, K. (2013). Paljon sosiaali- ja terveystalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 2013; 48:3163–3169. [Viitattu 10.8.2018] Saatavissa: <https://docplayer.fi/3294713-Paljon-sosiaali-ja-terveystalveluja-kayttavat-asukkaat-oulussa.html>

Liljamo, C. (2017). Paljon palveluja käyttävä asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. Pro Gradu tutkielma, Vaasan yliopisto. [Viitattu 10.8.2018] Saatavissa: <https://www.tritonia.fi/en/theses/abstract/7766/Paljon+palveluja+k%C3%A4ytt%C3%A4v%C3%A4+asiakas+sosiaali+ja+terveydenhuollon+integraatiossa+Tutkimuskohteena+Parempi+Arki-hanke>

Oksman, E., (2017) Parempi arki -hanke: Väli-Suomen Kaste-hanke 1.3.2015–31.10.2017. Loppuraportti. [Viitattu 10.8.2018] Saatavissa: https://www.innokyla.fi/documents/1911099/5505632/Parempi+Arki_loppuraportti.pdf/9157995f-a9f5-45f5-8a32-b318098d091d

Ruohonen, T., Kuoremäki, R., Soikkeli, J., Haapamäki-Siikanen, J., & Lehtiharju, M. (2016). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) ja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveystalveluyötykeskus (JYTE) -kuntien paljon sotepalveluita käyttävien hoitotoiminnan analysointi sekä kehittäminen. Loppuraportti. Agora Center. Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 11.8.2018] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/51199/978-951-39-6754-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SOTE2020-hanke. (2016). Keski-Suomen Sote 2020- hankkeen loppuraportti. Kaste-hanke. [Viitattu 10.8.2018] Saatavissa: http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/87020_hankkeen_loppuraportti.pdf

VTV Valtiotalouden tarkastusvirasto (2017). Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiotalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017 [Viitattu 10.8.2018] Saatavissa: <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>

2.4 Tiedolla johtaminen

Mikko Mulari

Kukoistavan kotihoidon tavoitteiden toteutumista voidaan mitata yhdessä asetettujen mittareiden avulla. Luotettavan, vertailukelpoisen ja ajantasaisen tiedon saatavuus on sekä arkijohtamisen että muutosjohtamisen peruspilari. Tietoa tarvitaan niin päätöksenteossa – mm. kehitystyön fokuoiminen olennaisimpiin kehityskohteisiin – kuin kehitystarpeen perustelemisessa ja sidosryhmille viestinnässä. Tietoa tarvitaan myös asetettujen tavoitteiden saavuttamisen seurantaan. Tietojohdaminen mahdollistaa toiminnan nykytilan tekemisen läpinäkyväksi. Toiminnan läpinäkyvyys on taas faktoihin perustuvan keskustelun edellytys.

Hankkeen alussa Keski-Suomessa oli tietojohdamisen osalta kehitettävää. Tiedon keräämiseen ja kirjaamiseen käytettiin paljon aikaa, mutta tuotetun tiedon hyödyntämiseen ei juuri ollut olemassa työkaluja. Johdolla, lähiesimiehillä ja muilla henkilöstöryhmillä kului huomattava määrä aikaa tietoaineistojen kaivamiseen ja jalostamiseen osaksi toiminnan seurantaa ja päätöksentekoa. Lisäksi jokaisessa kunnassa erikseen analysoitu tieto ei välttämättä ollut luotettavaa ja vertailukelpoista.

Kukoistava kotihoito -hankkeessa tietojohdaminen sisälsi seuraavia kokonaisuuksia:

1. Laaja lähtötilannekartoitus kotihoitoyksiköiden tilanteesta (ks. yhteenveto kuvassa 10 ja mittarit taulukossa 1)
2. Kuukausittain päivittyvät ydinmittarit (ks. taulukko 1)
3. Kotihoidon resursointilaskelmat
4. Riskityökalu
5. Kotihoidon, palveluohjauksen ja kuntoutuksen henkilöstön osaamiskartoitus
6. Osaamiskartoitusta ja kuntouttavan arviointijakson pilotin tuloksia on kuvattu myöhemmin tässä raportissa.
7. Kuntouttavan arviointijakson pilotin tulosten analyysi
8. Kustannus- ja tuottavuusanalyysit hankkeen lopussa sekä muu loppuarviointi

Lähtötilannekartoituksessa ulkopuolinen asiantuntijayritys arvioi kotihoidon toimintaa kysynnän, tehokkuuden, laadun, työhyvinvoinnin ja vaikuttavuuden näkökulmista oheisessa taulukossa 1 käytetyillä mittareilla. Hankkeen lopussa arvioitiin myös tuottavuutta täydentämällä kerättyä aineistoa tilinpäätöstiedoilla. Osaa lähtötilannekartoituksen mittareista päätettiin seurata myös hankkeen aikana. Jatkovaa seurantaa varten rakennettiin verkkopohjainen raportointityökalu, johon integroitiin Keski-Suomessa käytössä olevat potilastieto- ja työvuorojärjestelmät. Jatkuvassa seurannassa Keski-Suomen tuloksia oli mahdollista verrata laajasti myös muiden suomalaisten kotihoito- yksiköiden vastaavien mittarien tuloksiin.

Resursointilaskelmissa arvioitiin kunkin kotihoitoyksikön optimaalista henkilöstömäärää asiakastarpeen näkökulmasta. Tätä varten kerättiin tiedot mm. jokaisen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmista sekä työntekijöiden tehtäväkuvista. Riskityökalulla tarkoitetaan työkalua, joka ennustaa ketkä kotihoidon asiakkaat ovat todennäköisemmin siirtymässä kotihoidosta ympärivuorokautiseen asumispalveluun. Hankkeessa ulkopuolinen toimija toteutti

riskityökalun ja sitä pilotoitiin muutamassa yksikössä. Osaamiskartoitusta ja kuntouttavan arviointijakson pilotin tuloksia on kuvattu myöhemmin tässä raportissa.

Taulukko 1. Lähtötilannekartoituksen mittarit.

Osa-alue	Mittarit
Kysyntä ja taustatiedot	<ul style="list-style-type: none"> • Ikäihmisten määrän tulevaisuuden ennuste • Ikäihmisten eri palveluiden peittävyys • Kotihoidon asiakasmäärän ja -tuntien kehitys • Osto- ja tukipalveluiden käyttö • Yöaikaan kotihoitoa saaneiden asiakkaiden määrä • Asiakasrakenne palveluluokittain • Kotihoidon käyntejä kuukaudessa per asiakas • Kotihoidon käynnin kesto • Asiakkaiden jakautuminen toimintakykymittarien eri luokkiin • Kotihoidon palveluaika hoidon alkaessa ja päättyessä • Kotihoidossa aloittaneiden asiakkaiden toimintakykymittareilla • Asumispalveluihin siirtyneiden asiakkaiden palveluaika ja toimintakyky
Tehokkuus	<ul style="list-style-type: none"> • Työntekijöiden määrä • Sairaanhoidajien osuus työvoimasta • Kotihoidon välittömän työajan osuus (lähihoitajat ja sairaanhoidajat erikseen) • Työvuoron alun viive ennen 1. käyntiä • Aika työvuoron lopussa viimeisen käynnin jälkeen • Vuoron pisin yhtenäinen aika käyntien välillä • Työvuorojen alku- ja päättymisaika
Laatu	<ul style="list-style-type: none"> • Eri hoitajien määrä asiakkaalla 1kk aikana • Viiden tutuimman hoitajan käyntien osuus asiakkaan kaikista käynneistä 3kk aikana • Hoito- ja palvelusuunnitelmien toteutuminen
Henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> • Palkallisen kokonaistyöajan jakautuminen • Eri pituisten sairauspoissaolojen määrä • Ylityöpäivien määrä • Hoitajien vaihtuvuus • Matka-ajan osuus työajasta sekä siirtymän kesto
Vaikutta- vuus	<ul style="list-style-type: none"> • Erilaisten keskeytysten määrä: sairaala/tk, kuntoutus, läheisen hoito / loma, muu • Kotihoidon asiakkaiden hoitoepisodien ja -hoitopäivien määrä • Osastojakson kesto keskimäärin • Yleisimmät diagnoosit osastojaksoilla ja päivystyksessä • Päivystykseen ja päivystykselliseen osastohoitoon palaaminen • Palvelutuntien muutos kotiutumisen jälkeen

Osa-alue	Hankasalmi	Joutsa	Jyväskylä	Jämsä	Keuruu	Kinnula	Konnevesi	Laukaa	Luhanka	Multia	Muurame	Petäjävesi	Pihtipudas	Saarikka	Toivakka	Uurainen	Viitasaari	Äänekoski
① Sairauspoissaolot (v. 2016)	9 %	7 %	10 %	8 %	5 %	3 %	9 %*	8 %	4 %	9 %	5 %	8 %	11 %	7 %	3 %	7 %*	4 %	4 %
① Välittömän osuus (lh, 10-11/16)	54 %	45 %	48 %	47 %	48 %	48 %	35 %*	42 %	37 %	38 %	47 %	44 %	44 %	48 %	49 %	38 %*	42 %	44 %
Välittömän osuus (sh, 10-11/16)	38 %	25 %	37 %	38 %	32 %	33 %	22 %*	34 %	25 %	22 %	56 %	27 %	39 %	44 %	42 %	32 %*	25 %	26 %
① Aamun viive (lh)	0:20	0:25	0:36	0:29	0:28	0:29	0:35	0:32	0:08	0:20	0:44	0:24	0:37	0:27	0:19	0:33	0:56	0:31
Henkilöstön vaihtuvuus: osuus tammi-helmikuun hoitajista, jotka eivät työskennelleet koti-hoidossa marras-joulukuussa	17 %	28 %	27 %	22 %	19 %	20 %	-	32 %	0 %	36 %	21 %	24 %	21 %	29 %	27 %	-	10 %	-
Ylityöpäivien osuus työpäivistä (väh. 30 min yli suunnitellun)	16 %	13 %	6 %	7 %	5 %	12 %	9 %	6 %	10 %	10 %	5 %	7 %	7 %	14 %	12 %	1 %	0 %	5 %
① Hoidon jatkuvuus: 5 tutuimman hoitajan osuus käynneistä 3 kk aikana	73 %	72 %	60 %	60 %	70 %	91 %	51 %	79 %	92 %	58 %	92 %	76 %	82 %	81 %	70 %	65 %	73 %	72 %
① Keskeytyspäivät sairaalassa tai tk-vuodeosastolla (pvä/as/vuosi)	-	-	13,7	9,8	-	13,3	9,4	8,0	-	13,6	13,4	9,3	13,8	11,9	7,2	-	10,5	-
Toimintakykyarvioiden peittävyys 11/2016	87 %	9 %	70 %	28 %	0 %	3 %	0 %	58 %	4 %	63 %	14 %	19 %	2 %	83 %	80 %	8 %	2 %	61 %
ESH+PTH osastohoitoepisodien määrä vuodessa per asiakas	1,2	1,8	1,7	1,3	1,4	1,5	1,8	1,7	1,6	1,1	1,6	0,8	1,8	1,5	1,7	1,0	1,4	1,4
① Viikon sisällä päivystykseen palanneet kotihoidon asiakkaat*	22 %	27 %	23 %	19 %	14 %	12 %	21 %	15 %	21 %	15 %	7 %	11 %	15 %	17 %	23 %	29 %	17 %	24 %
① Ympäri vuorokautisen peittävyys, THL 2015 75v täyttäneet	15 %	7 %	10 %	9 %	9 %	12 %	17 %	15 %	9 %	12 %	-	13 %	11 %	11 %	15 %	12 %	14 %	10 %

*Tieto suuntaa-antava data-aineiston puutteiden takia



Kuva 10. Lähtötilannekartoituksen tärkeimpien mittarien tulokset kunnittain.

3

Hankkeessa kehitetyt toimintamallit

3.1 Palvelulupaus

*Anne-Mari Hakala***3.1.1 Toimintamallin tiivis kuvaus**

Palvelulupaus on maakunnan antama tahdonilmaisu ja lupaus asukkailleen siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käytännössä toteutetaan. Palveluiden minimitaso säädetään laissa, mutta maakunnat määrittelevät itse, millaisia ja minkä tasoisia sote-palveluita ne tarjoavat asukkailleen. Palvelustrategiaa ja -lupausta käsitellään maakuntalaki -luonnoksessa (35 §) ja laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (14§, 15§). STM:n palvelulupausmallin mukaan palvelulupaus koostuu kahdesta näkökulmasta: 1) asiakasnäkökulmasta ja 2) järjestämisnäkökulmasta. Asiakasnäkökulmasta palvelulupaus on sitä, miten kuntalainen voi vaikuttaa ja osallistua esim. palveluiden kehittämiseen. Järjestäjän näkökulmasta palvelulupauksella kuvataan se, miten mahdollistetaan kuntalaisten osallisuus, avoimuus ja yhteiskehittäminen. Kumpikin näkökulma sisältää viisi elementtiä, joita ovat saatavuus, saavutettavuus, laatu, vaikuttavuus sekä asiakkuusprosessi. Näitä viittä elementtiä tarkastellaan sekä asiakkaan että järjestäjän tavoitteiden näkökulmasta ja niiden synteessä muodostuu maakunnan tahtotila palvelulupauksesta.

Maakuntien palvelulupaus muodostetaan yhdessä kuntalaisten kanssa hyödyntäen asiakkaiden osallistumisen toimintamallia. Asiakkaan osallistumisen toimintamallissa (STM Palvelut asiakaslähtöiseksi -hanke) sekä järjestäjältä että palveluntuottajalta edellytetään asiakkaan suuntaan tiedolla osallistamista ja avointa viestintää. Asiakkaalla on oltava erilaisia kanavia ja keinoja vaikuttaa sekä osallistua maakunnan palveluiden järjestämiseen, päätöksentekoon ja palvelutuotantoon. Osallistumisen ja vaikuttamisen tulee tapahtua strategisella tasolla sekä asiakkaan aktiivisena osallistumisena kehittämissyhteistyöhön ja eri palvelutilanteisiin. Sisäasiainministeriö (Valtioneuvoston selonteko 2002) on jaotellut osallisuuden tieto-, suunnittelu-, päätös- ja toimintaosallisuuteen, jotka on kuvattu alla tarkemmin:

- Tieto-osallisuus liittyy kuntalaisten oikeuteen saada tietoa, kuntalaisten kuulemiseen ja kyselyihin vastaamiseen
- Suunnitteluosallisuus turvaa kuntalaisille oikeuden saada tietoa ajankohtaisista hankkeista ja osallistua kunnallisiin suunnitteluprosesseihin
- Päätösosallisuus tarkoittaa palveluiden käyttäjien päätösvaltaa palveluiden tuottamisessa
- Toimintaosallisuus liitetään kuntalaisten omaan toimintaan elinympäristössään

3.1.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Ikäihmisten yhdenvertainen palvelujen tarjoaminen kaikissa Keski-Suomen kunnissa vaatii yhteistä palvelulupausa. Kukoistava kotihoito -hankkeessa määritettiin ikäihmisten kotona asumisen tuen palvelulupaus. Määrittelyä tehtiin asiakkaiden näkökulmasta käyttämällä osallisuuden keinoina erilaisia kyselyitä, jotka kohdennettiin kuntalaisille, muistiasiakkaille ja kotihoidon asiakkaille. Lisäksi kotihoidon palvelujen myöntämisen kriteerit yhdenmukaistettiin kuntien yhteistyöllä. Palvelulupauksen määrittelyssä haluttiin saada näkyviin asiakkaan tuoma lisäarvo. Lisäarvoa selvitettiin kolmen eri kyselyn avulla. Tehtyjen kyselyjen tavoitteena oli saada vastauksia kysymyksiin siitä, mitkä asiat tukevat parhaiten ikäihmisten kotona pärjäämistä, mitkä seikat vaikuttavat palveluiden valintaan sekä mitä on hyvä kotihoito.

Kuntalaiskysely

Keväällä 2017 hankkeessa tehtiin Webropol -pohjainen kuntalaiskysely, joka oli avoinna kaikille kuntalaisille. Kyselyyn osallistui yhteensä 421 henkilöä, joista 40 prosenttia oli Jyväskylästä. Vastauksia saatiin kaikista kunnista. Vastaajista suurin ryhmä (58 %) olivat ikäihmisten omaiset tai läheiset.

Kuntalaiskyselyyn vastanneiden mielestä ikäihmisten kotona asumista tukevat parhaiten arkiaktiivisuus, sosiaaliset kontaktit sekä julkisen sektorin kotiin vietävät palvelut. Palveluiden valintaan vaikuttavat eniten mahdollisuus vaikuttaa palveluiden sisältöön ja aikatauluihin, palvelun hinta sekä yksilöllisyys.

Palvelulupauksen toteuttamisessa avoin palaute on merkityksellistä. Avoimen palautteen mukaan hyvä kotihoito on kiireetöntä ja yksilöllistä, ja että asiakkaalla sekä hänen läheisillään on mahdollisuus vaikuttaa hoidon suunnitteluun ja palveluihin. Kotihoidon kehittämiseen liittyen toivottiin huomioon otavan palvelun sisältöjen monipuolisuus, riittävä palvelun kesto ja tasa-arvoisuus.

Muistiasiakkaiden kysely

Yhteistyössä Keski-Suomen Muistiyhdistys ry:n kanssa muistisairaille ja heidän omaisilleen tehdyn kyselyn yhteenveto koottiin huoneentauluksi (kuva 11). Muistisairaana arkea parhaiten tukevat tekijät on kirjattu huoneentauluun, joka on julkaistu muun muassa Muistiliiton sivuilla (Halonen 2017).

Muistisairaahan hyvä kotihoito - yhteenveto kyselystä

Suomessa joka päivä sairastuu 36 henkilöä
► 14 500 vuodessa

Merkittävä muistin heikentyminen
93 000
 ja lievässä vaiheessa olevat
100 000 henkilöä

Keski-Suomessa
8000+ sairastunut
 ja uusia diagnooseja n. 500 vuodessa (v.2016)

Muistisairaudet lisäävät palvelutarvetta ja johtavat usein edetessään ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen.

-  **Kodinmakuista.**
 Muistisairaat toivovat voivansa elää mahdollisimman pitkään kotona tutussa ympäristössä niin, että tuki ja palvelut tuodaan kotiin.
-  **Yksilöllistä.**
 Muistisairaahan hyvä kotihoito lähtee sairastuneen yksilöllisistä tarpeista sairauden vaihe ja muut tilannetekijät (perhe, ympäristö) huomioiden.
-  **Arvioivaa.**
 Tilannetta (tukea, hoitoa, lääkitystä) arvioidaan ja huomioidaan muutosvaiheet.
-  **Turvallista.**
 Hoitajat ovat mahdollisimman tuttuja ja samoja. Sovituista asioista pidetään kiinni.
-  **Arkista ohjausta.**
 Pidetään kiinni rutiineista ja niistä asioista, jotka sujuvat, tuovat jatkuvuutta ja mielekkyyttä arkeen (esim. kotityöt yhdessä) ja linkittyvät elettyyn elämään. Turvataan ravinnon ja lääkityksen saanti.
-  **Aitoa.**
 Kotihoito on ystävällistä ja luottamuksellista (= pitkä hoitosuhde). Muistisairas aistii teeskentelyn ja kiireen.
-  **Kokonaisvaltaista ja kiireetöntä.**
 Muistisairas tarvitsee aikaa. Parempi olisi, jos muistisairaahan luona viipyisi yksi työntekijä pidempään kuin monta eri ihmistä eri asian kanssa.
-  **Yhteistyön tekemistä.**
 Yhteydenpito omaisten kanssa on erityisen tärkeää, jotta tieto kulkee ja omainen voi olla luottavaisella mielellä. Sovitaan eri osapuolten rooleista ja työnjaosta. Tiedonkulku työntekijöiden välillä tulisi myös varmistaa.
-  **Omaishoitajaa tukevaa.**
 Huomioidaan omaishoitajan mielipiteet, fyysinen ja henkinen hyvinvointi sekä tuentarpeet.

Yhteenveto koostuu Jyväskylässä, Joutsassa, Keuruulla ja Petäjävedellä muistisairaille ja heidän läheisilleen pidettyjen avoimien keskustelutilaisuuksien muistiinpanoista ja kyselyiden vastauksista (n=71).

Kuva 11. Halonen 2017: Muistisairaahan hyvä kotihoito - yhteenveto kyselystä.

Kotihoidon asiakaskysely (Kristiina Juntunen)

Kotihoidon asiakkaille (n=207) tehtiin puolistrukturoitu haastattelu toukokuussa 2017. Kyselyn vastausten perusteella asiakkaat pitivät asiakaslähtöisyyttä tärkeänä kotihoidossa. Tällä asiakkaat tarkoittivat sitä, että palvelut suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa, hinta vastaa laatua, ajoitus on asiakkaalle sopiva ja kotihoidon käyntien aikana on mahdollisuus puhua omista terveyteen, hyvinvointiin tai toimintakykyyn liittyvistä huolista. Vastausten perusteella toimintakykyä tukevaa kuntoutusta toivottiin lisää. Asiakkaiden mielestä tekijöitä, jotka parhaiten tukevat heidän kotona asumistaan ovat omaisten antama apu, julkisen sektorin kotiin vietävät palvelut sekä omat elämäntavat (mm. omaehtoinen liikunta, ravitsemus ja uni). Avoimessa palautteessa kiiteltiin kotihoidon ystävällistä ja hyvää palvelua sekä arvostettiin kuuntelevaa ja keskustelevaa henkilökuntaa. Kehittämisehdotuksissa toivottiin lisää arkea ja toimintakykyä tukevaa sekä yksinäisyyttä lievittävää toimintaa.

Kyselyn tarkemmat tulokset on raportoitu Vanhustyö-lehdessä (Juntunen, K., Hakala A-M & Saarman, E-L 2018).

3.1.3 Yhtenäiset myöntämisperusteet

Asiakkaiden yhdenvertaisuuden lisäämiseksi hankkeen asiakasohjaustyöryhmässä valmisteltiin Keski-Suomen I&O -muutosagentin johdolla alustavat maakunnalliset myöntämisperusteet kotihoitoon, kotihoidon tukipalveluihin, asumispalveluihin ja omaishoittoon. Myöntämisperusteiden valmistelussa oli mukana edustajia kaikista kunnista. Keski-Suomessa valmistelutyöhön osallistui palveluohjaajia, vanhuspalvelujohtajia, kotihoidon esimiehiä ja omaishoidon ohjaajia. Kuntien hyvin erilaisen lähtötilanteen sekä erilaisten kotihoidon kriteerien vuoksi, maakunnallisten myöntämisperusteiden käyttöönotolla tulee olemaan vaikutuksia asiakasohjauksen organisointiin, palvelutuotantoon sekä palvelurakenteeseen. Lisäksi käyttöönotossa tarvitaan vastauksia kysymyksiin, miten voidaan tukea ensisijaisesti kotona asumista, millä perusteella palveluja tullaan myöntämään, miten kuntouttavalla toiminnalla voidaan tukea kotona asumista, miten pitkään ja millä tuella asiakasta voidaan hoitaa kotona sekä missä vaiheessa asiakkaalle turvallisin vaihtoehto on tuettu ympärivuorokautinen asuminen.

Kukin kunta tekee yhtenäisten myöntämisperusteiden käyttöönotosta etenemissuunnitelman kesän ja syksyn 2018 aikana. Käyttöönotto pitää valmistella kunnissa hyvin, koska se vaatii päätöksentekoa ja mahdollisesti myös palvelurakenteen uudistamista. Jossain kunnissa käyttöönotossa on edetty jo asteittain, ja lisäksi valmistelua on tehty yhteistyössä yli kuntarajojen.

Edellä kuvattujen kyselytulosten ja yhtenäistettyjen palvelujen myöntämisen kriteerien pohjalta tehtiin Keski-Suomeen kotihoidon palvelulupaus. Palvelulupaus on kirjattu alustaviin maakunnallisiin kotihoidon myöntämisperusteisiin.

Keski-Suomen kotihoidon palvelulupaus

“Kotihoidon palvelut perustuvat sosiokulttuuriseen ihmiskäsitykseen, joka korostaa asiakkaan yksilöllisyyttä, heterogeenisyyttä ja voimavaroja. Asiakkaalla on mahdollisuus vaikuttaa kotihoidon käyntien sisältöön ja aikatauluihin omien toiveidensa ja tavoitteidensa pohjalta. Palvelu toteutetaan siten, että asiakas kokee kotihoidon käynnit kiireettömiksi. Asiakkaalla on oikeus saada tarpeidensa mukaista tukea asiakassuunnitelmassa määritellyn palveluajan ja sisällön mukaisesti.”

(Koivisto 2018, 4.)

Taulukko 2. Yhteenvedo palvelulupauksen hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan ääni tulee esille; mahdollisuus osallistua, vaikuttaa ja kehittää sekä vaatia/edellyttää (oikeudet, läpinäkyvyys, tietoisuus) • Asiakas saa tukea ja palveluja maakunnassa tasavertaisesti • Asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioidaan ja toimintakyvyn ylläpysymistä tai paranemista tuetaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tunnistaa asiakasnäkökulman palvelutarpeen selvittämisessä ja kotona asumisen tukemisessa • Saa yhtenäisistä myöntämisperusteista tukea päätöksentekoon 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakasnäkökulman huomioiminen palvelulupauksessa, strategiassa ja palveluiden kehittämisessä • Palveluiden painopisteen siirtyminen kotiin ja asiakkaan tarpeiden mukaiset palvelut • Kotona asumista tuetaan monimuotoisesti, jolloin asiakas pystyy asumaan aiempaa pidempään kotona → palveluiden kustannustehokkuus

3.1.3. Toimeenpano

Ikäihmisten kotona asumisen tuen palvelulupauksen määrittely käynnistyy sillä, että selvitetään asiakkaan oma näkökulma ja tuodaan esiin sekä asiakkaan, omaisten että kuntalaisten ääni. Tärkeää on selvittää, mitkä ovat asiakkaiden tarpeet ja odotukset, mikä tukee parhaiten asiakkaan kotona asumista ja mitä on hyvä kotihoito. Erilaisia osallisuuden mahdollistamisen keinoja ovat esim. kyselyt, asiakastilaisuudet ja osallistuminen kehittämistyöhön. Yhtenäisten maakunnallisten myöntämisperusteiden tekemisessä on selvitettävä ensin kuntien nykytila sekä se, millä kriteereillä palveluja eri kunnissa myönnetään. Myöntämisperusteiden valmistelutyössä on hyvä olla mukana edustajia kaikista kunnista, jotta eri näkemykset ja erikokoisten kuntien erityispiirteet tulevat huomioiduksi. Asiakaskeskeisen valmistelun tavoitteena on mahdollisimman itsenäinen asuminen tukemalla asiakkaan omia voimavaroja ja toimintakykyä. Maakuntatasolla valmistelun tavoitteena on taata palvelujen yhdenvertaisuus, saatavuus ja saavutettavuus asuinpaikasta riippumatta. Asiakkaiden osallisuutta ja näkemystä myöntämisperusteiden laatimiseen voidaan kartoittaa esimerkiksi pyytämällä myöntämisperusteiden luonnoksista kommentit vanhusneuvostolta tai kokemusasiantuntijoita.

Toimeenpanossa asiakasnäkökulman lisäksi tulee huomioida järjestäjän näkökulma (poliittinen toimeenpano). Asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen ja yhtenäiset myöntämisperusteet toimivat pohjana kotihoidon maakunnalliselle palvelulupaukselle. Maakunnan tulee päättää, mitä se lupaa ikääntyville kuntalaisille turvallisen kotona asumisen tukemiseksi, ja miten asiakas saa samat palvelut asuinpaikasta riippumatta.

Lähteet

Halonen U. (2017). Muistisairaat erityishuomioon kotihoidossa. Muistiliitto. Blogikirjoitukset. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/ajankohtaista/muistiliiton-blogi/blogikirjoitukset/muistisairaat-erikoishuomioon-kotihoidossa>

Juntunen, K., Hakala, A-M. & Saarman, E-L. (2018). Asiakkaan äänellä: mitä on hyvä kotihoito. Vanhustyö, 2:26-28.

Koivisto T. (2018). Keski-Suomen maakunnan Kotihoidon ja kotihoidon tukipalvelujen toimintaohje ja myöntämisen perusteet - Ehdotus. Kukoistava kotihoito -hanke.

STM. (2018). Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli – Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16/2018. Viitattu 1.8.2018. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM_r1618_Asiakkaiden%20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4

STM. (2018). Palvelulupaus-käsikirja maakuntien valmistelijoille. Helsinki: Innocorp Oy. Viitattu 1.8.2018. Saatavissa: <https://stm.fi/documents/1271139/3116043/Palvelulupaus-k%C3%A4sikirja+maakunnan+valmistelijoille/7c26501c-6683-4a68-8403-d7e4198f6b37/Palvelulupaus-k%C3%A4sikirja+maakunnan+valmistelijoille.pdf>

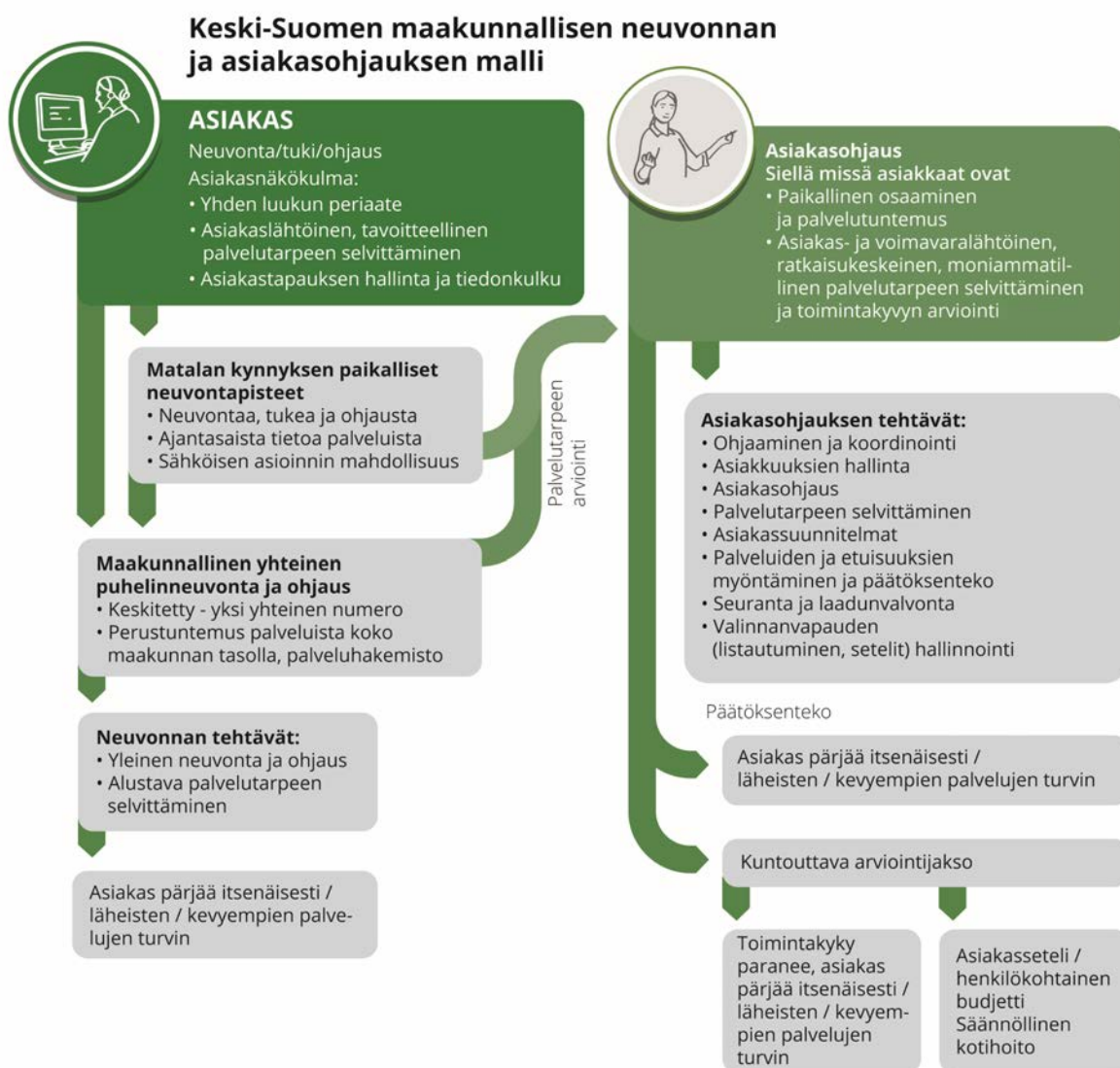
Valtioneuvosto. (2002). Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittämisestä. Viitattu: 1.8.2018. Saatavissa: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/selonteko/Documents/vns_3+2002.pdf

3.2 Keskitetty alueellinen asiakas- ja palveluohjaus (KAAPO)

Anne-Mari Hakala

3.2.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Keskitetty alueellinen asiakas- ja palveluohjaus takaa ikääntyneille mahdollisuuden saada tietoa, tukea ja palvelua helposti sekä luotettavasti yhdestä paikasta riippumatta siitä, missä he maakunnan alueella asuvat. Tarpeen vaatiessa ikäihmisen palvelutarve ja toimintakyky selvitetään monialaisesti ja luotettavia menetelmiä käyttäen. Asiakas- ja palveluohjaus tukee ikääntyneiden kotona asumista ja arjessa selviytymistä. Keinot valitaan asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan neuvonnan ja ohjauksen, ajantasaisen tiedon sekä palvelujen valikoimasta. Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen avulla ohjataan asiakasvirtoja sekä kohdennetaan palveluja eri asiakasryhmille perustuen moniammatilliseen palvelutarpeen selvittämiseen ja toimintakyvyn arviointiin. Toiminnan edellytyksenä ovat yhtenäiset toimintatavat ja -mallit, arviointimenetelmät sekä palvelut ja kriteerit niiden myöntämiseen. Keskeisessä asemassa on verkostomainen työskentelytapa sekä yhteistyö asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa.



Kuva 12. Keski-Suomen maakunnallisen neuvonnan ja asiakasohjauksen malli.

3.2.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Keski-Suomen KAAPO-malli kuvattiin yhteistyössä kuntien ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Työnmenetelmänä käytettiin työpajatyöskentelyä. Asiakasnäkökulmasta mallissa (kuva 12) on olennaista yhden luukun ja matalan kynnyksen periaate sekä asiakastapauksen hallinta. Asiakas saa neuvontaa ja ohjausta myös sähköisten kanavien kautta, keskitetysti yhdestä numerosta tai matalan kynnyksen pisteestä. Asiakkaan itsenäistä kotona asumista tuetaan ensisijaisesti oikea-aikaisella neuvonnalla ja ohjauksella, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan räätälöidyillä palveluilla ja tuella sekä toimintakyvyn tukemisella ja vahvistamisella.

Alustavan mallin pohjalta maakunnallinen ja moniammatillinen asiakasohjaustyöryhmä valmisteli Keski-Suomen maakunnallisen KAAPO-mallin, jossa keskitetty asiakas- ja palveluohjaus järjestetään maakunnallisena ja monialaisena toimintana. Toimintaan sisältyvät seuraavat osakokonaisuudet:

- Neuvonta ja ohjaus, myönnettyjen palveluiden järjestäminen sekä niiden laadun ja toteutuksen seuranta
- Palvelutarpeen selvittäminen käyttäen luotettavia, yhtenäisiä ja vertailukelpoisia arvioinnin välineitä ja menetelmiä (esim. kuntouttava arviointijakso, jonka aikana asiakkaan palvelutarve suhteessa toimintakykyyn arvioidaan hyödyntäen eri ammattilaisten asiantuntijuutta)
- Yksi yhteinen asiakassuunnitelma, joka laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Asiakkaan tavoitteet käydään läpi palveluun osallistuvien tahojen kanssa
- Palvelupäätösten tekeminen käyttäen yhtenäisiä asiakkaiden palvelutarpeeseen perustuvia palvelun myöntämisen kriteereitä
- Asiakkaiden osallisuuden ja valintojen tukemisen turvaaminen antamalla tietoa tuen ja palvelujen vaihtoehtoista

Kokonaisuudessaan Keski-Suomen KAAPO-malli sisältää:

- Maakunnallisen ikäihmisten neuvonnan ja asiakasohjauksen organisoinnin mallin
- Yhtenäisen palvelutarpeen selvittämisen ja toimintakyvyn arvioinnin mallin
- Maakunnalliset myöntämisperusteet (kotihoito, kotihoidon tukipalvelut, asumispalvelut ja omaishoito)
- Asiakasohjauksen osaamisen kuvaaminen osaamiskartoituksen pohjalta sekä neuvonnan ja asiakasohjauksen yhtenäiset tehtäväkuvat (Palveluntarjonta ja sen kohdentuminen, 2018)

Keski-Suomen ikäihmisten neuvonnan ja asiakasohjauksen lähtökohdan (kuva 12) mukaan asiakas ohjataan KAAPOon, jos kunnan tai sote-keskuksen toteuttama yleinen viestintä ja neuvonta eivät tue asiakkaan omatoimista kotona asumista riittävästi. Asiakasta tuetaan ensisijaisesti neuvonnan ja ohjauksen sekä kevyiden palvelujen avulla. Neuvonta- ja ohjausvaiheessa käytetään erilaisia työkaluja, kuten maakunnallista palveluhakemistoa. Tarvittaessa voidaan myös tehdä alustava palvelutarpeen arviointi sovittujen kohdennettujen kysymysten avulla sekä ohjata asiakas tarpeen mukaan palvelutarpeen selvittämiseen alueelliseen asiakasohjaukseen. Asiakkaan neuvonnan ja ohjauksen prosessit on tarkemmin kuvattu seuraavaksi.



Kuva 13. Keski-Suomen ikäihmisten neuvonnan ja asiakasohjauksen lähtökohta.

Asiakasohjausvaiheessa alueellinen asiakasohjaaja tekee kotikäynnin, jossa asiakkaan palvelutarvetta selvitetään ja toimintakykyä arvioidaan (asiakkaan tarpeen mukaan) moniammatillisesti. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa hyödynnetään tarvittaessa eri ammattilaisten käyttämiä arviointimenetelmiä. Asiakasohjaaja arvioi, mitä osaamista asiakkaan tilanteen selvittäminen vaatii ja hyödyntää tässä tarpeen mukaisesti asiakasohjauksen moniammatillista tiimiä (MATTI-tiimi). Asiakkaalle järjestetään arvioinnin pohjalta tarvittava tuki sekä räätälöidyt palvelut arjen sujumisen ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja vahvistamiseksi. Mikäli asiakkaalla on arvioinnin perusteella säännöllisten palvelujen tarve, hänelle myönnetään kuntouttava arviointijakso (ks. luku 3.3). Arviointijakson aikana asiakkaalle tehdään tarkempi palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi, jonka perusteella asiakkaalle myönnetään ja järjestetään hänen tarvitsemansa palvelut. Jos asiakkaalla on laaja palvelutarve, hänelle voidaan nimetä asiakasvastaava (case manager), joka toimii asiakkaan tukena ja antaa tarpeen mukaan tavanomaista intensiivisempää ohjausta (ks. luku 2.3). Asiakasohjaus toimii asiakkaan tukena tarpeen mukaisesti palvelutarpeen arvioinnissa, valinnanvapauden toteutumisessa, palveluiden järjestämisen ja toimintakyvyn tukemisen varmistamisessa sekä seurannassa ja palveluiden laadun valvonnan toteutumisessa. Lisäksi asiakasohjaus varmistetaan, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut valitsemansa palveluntuottajan toteuttamana.

KAAPO-malli sisältää neuvontaan ja asiakasohjaukseen selkeät, maakunnallisesti valmistellut työnkuvat ja yhtenäiset ammattinimikkeet. Tarvittavan osaamisen vahvistaminen ja kehittäminen voidaan varmistaa mm. hyödyntämällä hankkeessa tehtyä kuntien asiakas- ja palveluohjaustyötä tekevien osaamiskartoitusta ja sen tuloksia (Hakala 2018). Kartoituksen perusteella voidaan selvittää mm. asiakasohjaajien osaamisen nykytila ja kehittämisalueet. Asiakasohjaaja tarvitsee neuvonnassa ja ohjauksessa sekä palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakasvastaavan roolissa vahvaa osaamista arvioida asiakkaan palvelutarvetta. Asiakasohjaajan on osattava hyödyntää moniammatillisuutta asiakkaan tarpeiden mukaisesti sekä etsiä voimavaroilta lähtöisesti ja ratkaisukeskeisesti ratkaisuja asiakkaan tilanteeseen. Lisäksi

asiakasohjaajan täytyy osata hyödyntää maakunnallisesti yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin palveluja, toimia asiakkaan tukena esimerkiksi niin valinnanvapauden toteutumisessa kuin asiakkaan eri elämäntilanteissa. Keski-Suomessa tullaan edellyttämään, että KAAPO-mallissa asiakasohjaajilla on oltava vähintään AMK-tasoinen tutkinto.

Taulukko 3. Yhteenveto KAAPO-mallin hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> Tietää, että voi tarvittaessa ottaa yhteyttä ikäihmisten palveluihin liittyen sähköisen asioinnin, keskitetyn maakunnallisen numeron tai lähellä olevasta matalan kynnyksen pisteestä Saa ajantasaista tietoa omahoidosta, etuuksista ja lähialueen palveluita Osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun, saa oman äänensä ja omat näkemyksensä sekä tavoitteensa esille Saa tasalaatuisia palveluja yhdenvertaisesti asuinpaikasta riippumatta (yhtenäiset myöntämisperusteet) Saa yksilöllisiä ja tarpeensa mukaisia palveluja arviointimenetelmien ja moniammatillisen arvioinnin avulla Saa tukea valinnanvapaudessa ja palveluntuottajan valinnassa 	<ul style="list-style-type: none"> Tuntee ja tunnistaa oman roolinsa osana laadukasta ja asiakaslähtöistä asiakas- ja palveluohjausta Tuntee tavoitteelliset asiakasprosessit ja tunnistaa oman työnsä liittymäkohdat hyvin toteutuvaan asiakasohjaukseen On asiakasohjauksen konsultaation ja tiedonvälityksen suhteen aktiivinen; erityisosaamisen hyödyntämisen mahdollisuus (MATTI-tiimi) Tuntee osaavansa ja hallitsevansa työnsä Tietää yhtenäiset myöntämisperusteet ja käyttää niitä sekä moniammatillista arviointia päätöksenteon tukena Voi seurata oman työn laatua ja vaikuttavuutta eri mittareilla Voi käyttää toiminnanohjausta ja sähköistä kalenteria työn suunnittelun tukena Voi käyttää työkaluna maakunnallista palveluhakemistoa; perustuntemus maakunnan palveluista Voi varmistaa tiedonkulun asiakkaan asioissa yhtenäisen tietojärjestelmän kautta 	<ul style="list-style-type: none"> Maakunnallinen organisoituminen; yhdenmukaiset toimintatavat, palvelut ja niiden myöntämisperusteet Asiakas- ja palveluohjaustyötä tekevien osaamisen tunnistaminen ja kehittäminen Neuvonnan ja ohjauksen sekä osaamisen vahvistaminen ja toimintakyvyn tukeminen → säännöllisten palveluiden tarve siirtyy Asiakasohjauksen henkilöstön moniammatillinen osaaminen, selkeät tehtäväkuvat ja asiakasprosessit → hyvä asiakastyön ja palvelun laatu, asiakastyytyväisyys, Varmistetaan että asiakas saa tarpeensa mukaista tukea ja palveluja Asiakkaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään; palvelurakenteen muutos Mittarit toiminnan laadun ja vaikuttavuuden sekä talouden seurannassa Yhtenäiset arviointimenetelmät; tieto asiakkaiden toimintakyvystä, maakunnallinen ja valtakunnallinen vertailtavuus

KAAPO-mallin valmistumisen jälkeen laadittiin etenemissuunnitelmapohja sen maakunnalliseen levittämiseen. Kunkin kunnan ja kuntaryhmittymän tuli suunnitella KAAPO-mallin käyttöönotto. Kunnat jaettiin hankkeen resurssipoolimallin mukaisesti (ks. luku 1.1. Tarvepohjainen toimintamalli). Tämän pohjalta muodostuivat myös kuntaryhmittymät, jotka tekevät yhteistyötä KAAPO-mallin valmistelussa sekä neuvonnan ja asiakasohjauksen toteuttamisessa.

Kunnat ja kuntaryhmittymät pilotoivat KAAPO-mallin osa-alueita oman etenemissuunnitelmansa aikataulun mukaisesti mallia samalla kehittäen. Maakunnallisen KAAPO-mallin kehittämistyön jatkuminen varmistetaan perustetun verkostotyöryhmän kautta, jossa kaikki Keski-Suomen kunnat (22 kpl) ovat mukana.

3.2.3 Toimeenpano

KAAPO-mallin suunnittelua ja valmistelua varten on suositeltavaa perustaa asiakasohjaustyöryhmä, jossa on osallistujia jokaisesta kunnasta (esim. palveluohjaajia, kotihoidon esimiehiä, palvelujohtajia, ESH:n ja PTH:n edustajia). Työryhmä valmistelee ensin maakunnallisen neuvonnan ja asiakasohjauksen mallin, hyödyntäen kunnissa ja muissa maakunnissa jo tehtyä kehittämistyötä sekä esimerkiksi laatusuosituksen edellyttämää kehittämistä. Jatkotyöskentelyssä työryhmä voi jakaantua alatyöryhmiin, jotka valmistelevat KAAPO:n eri osa-alueita. Jaottelu voi olla esimerkiksi seuraava:

- Neuvonnan ja asiakasohjauksen organisointi (mm. resurssit, prosessit, toimintamallit, sähköiset järjestelmät, työkalut, toiminnan laadun ja vaikuttavuuden mittarit)
- Yhtenäinen palvelutarpeen selvittäminen ja toimintakyvyn arviointimenetelmät
- Palveluiden myöntämisperusteet (kotihoito, kotihoidon tukipalvelut, asumispalvelut, omaishoito)
- Tehtävänkuvat ja osaaminen (tehtävät prosessin eri vaiheissa, kuntien asiakas- ja palveluohjaustyötä tekevien osaamiskartoitus osaamisen nykytilan ja kehittämisalueiden selvittämiseksi)

Kun KAAPO-malli on valmis, voidaan kunnat jakaa kuntaryhmittäin. Nämä ryhmät tekevät yhteistyössä etenemissuunnitelman KAAPO-mallin pilotoinnista ja käyttöönotosta. Etenemissuunnitelma sisältää seuraavat asiat:

- Nykytilan määrittely: miten neuvontaa ja ohjausta sekä palvelutarpeen arviointia toteutetaan kunnissa tällä hetkellä
- Tavoitteiden asettaminen: mitä täytyy kehittää, jotta päästään kohti maakunnallista mallia
- Etenemissuunnitelman laatiminen: KAAPO-mallin kehittämisen etenemisen toimenpidesuunnitelma osa-alueittain. Osa KAAPO-mallin kehitettävistä asioista vaatii päätöksentekoa; esim. asiakasohjauksen keskittäminen, rekrytointi, myöntämisperusteet ja kuntayhteistyön käynnistäminen.

Kuntien pilotointien ja kehittämistyön lisäksi KAAPO-mallin toteuttaminen vaatii maakunnallisen organisoitumisen ja kehittämistyön jatkumisen. Tätä varten perustetaan maakunnallinen verkostotyöryhmä, jossa on edustajia kaikista kunnista.

Maakunnallisesti kehitettäviä asioita ovat:

- Matalan kynnyksen pisteet alueellisesti
- Asiakasohjauskeskuksen ja alueellisen asiakasohjauksen perustaminen ja organisoiminen
- Keskitetty asiakasohjausnumero ja sähköinen ajanvarauskirja (tietojärjestelmä + toiminnanohjaus)
- Moniammatillisen MATTI-tiimin perustaminen
- Sähköisen asioinnin kehittäminen
- Yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä ja yhtenäiset kirjaamis- ja tilastointiohjeet
- Maakunnallinen palveluhakemisto ja palveluntuottajarekisteri
- Yhtenäisen palvelutarpeen arviointi ja toimintakyvyn arviointimenetelmien käyttöönotto
- Maakunnallinen osaamisen kehittäminen sekä ammattinimikkeiden ja työnkuvien yhtenäistäminen
- Neuvonnan ja asiakasohjauksen toiminnan laadun ja vaikuttavuuden seuranta (mittarien määrittely)
- Tarvittavat resurssit (neuvonta ja ohjaus, asiakasohjaus, asiakasvastaava, moniammatillinen tiimi)
- Maakunnan yhtenäisen hoidontarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmän käyttöönotto

Maakunnallisen tai kunnallisen neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet ovat:

1. **Nimeä** valmistelutyöryhmän jäsenet sekä käytettävissä olevat erityistyöntekijät (moniammatillinen osaaminen)
2. **Selvitä**, mikä on neuvonnan ja asiakasohjauksen nykytilanne, ja määrittele sen pohjalta kehittämisen tavoitteet
3. **Määrittele ja kuvaa** toimintamalli, prosessit ja toimintaohjeet
4. **Määrittele** mallin organisointitapa ja hallintomalli
5. **Tee toimenpidesuunnitelma**
 - Valitse tai kehitä käyttöön otettavat työkalut ja suunnittele niiden käytön osaamisen kehittäminen
 - Selvitä tarvittavat ja käytettävissä olevat resurssit sekä henkilöstön osaaminen
 - Selvitä toimitilat, it-järjestelmät ja muut toimintaympäristöön liittyvät asiat
 - Nimeä vastuulliset henkilöt (kuka tekee, mitä tekee, missä vaiheessa – asiakkaan oma rooli huomioiden)
 - Varmista, että toimintamallin käytössä tarvittavat työvälineet ja käytössä olevat teknologiset ratkaisut ja niihin liittyvä erityisosaaminen on olemassa/ käytettävissä
 - Määrittele toimintamallin arviointi ja seuranta alueella
 - Organisaation tavoitteet toimintamallille; millaisia vaikutuksia asiakasohjauksella on tai halutaan saada aikaan?
 - Millä muuttujilla toimintamallin hyötyjä ja vaikutuksia seurataan alussa – välillä –lopussa?
 - Toiminnan tulosten dokumentointi ja tilastointi
6. **Varmista** toimenpidesuunnitelman käytäntöönpano ja sen toteutuminen
7. **Tee** käyttöönoton jälkeisen arvioinnin suunnitelma

Lähteet

Hakala A. (2018). Keski-Suomen maakunnan ikäihmisten asiakas – ja palveluohjaustyötä tekevien osaaminen itsearvioinnin pohjalta. Opinnäytetyö. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Hänninen K. (2007). Palveluohjaus – Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Helsinki: STAKES, Valopaino Oy. Saatavissa:

<https://thl.fi/documents/470564/817072/Palveluohjaus+vauvasta+vaariin.pdf/161267ac-63ee-416e-a1de-cc8b2283ae31>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2018. (2017). STM. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa:

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.

Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Palveluntarjonta ja sen kohdentuminen. (2018). Keski-Suomi 2021. Saatavissa:

<http://www.ks2021.fi/uudistuksen-karkihankkeet/kotihoito/tyoryhmat/1-palveluntarjonta-ja-sen-kohdentuminen/>

STM. Näin koti- ja omaishoito uudistuu. Saatavissa: <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/kuvaus>

STM. Pirkanmaa: Kotona asumiseen arvoa neuvonnalla ja asiakasohjauksella. Saatavissa: <https://stm.fi/koti-ja-omaishoito/rahoitettavat-hankkeet/ikaneuvo>

3.3 Kuntouttava arviointijakso

Eija Janhunen, Jaana Paltamaa ja Aila Pikkarainen

3.3.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Kuntouttava arviointijakso on asiakasohjaukseen yhteyttä ottavien uusien asiakkaiden kotihoitoa edeltävä toimintamalli ja oleellinen osa heidän integroitua palvelupolkuun. Jakso on jatkoa sille asiakasohjauksen työlle, jossa herää huoli asiakkaan tilanteesta, tai jossa ei pystytä selkeästi määrittelemään, mitä, miten ja missä asiakkaan haasteet ovat. Tarkoituksena on saada kokonaiskuva asiakkaan arkisuoriutumisesta, arvioida hänen toimintakykyään ja elinympäristöään sekä toteuttaa tavoitteellinen ja suunnitelmallinen kuntoutusjakso yhteistyössä asiakkaan, hänen läheistensä ja kotihoidon kanssa. Jakso toteutuu mahdollisten tuki- ja kotihoitopalvelujen rinnalla tai sijasta.

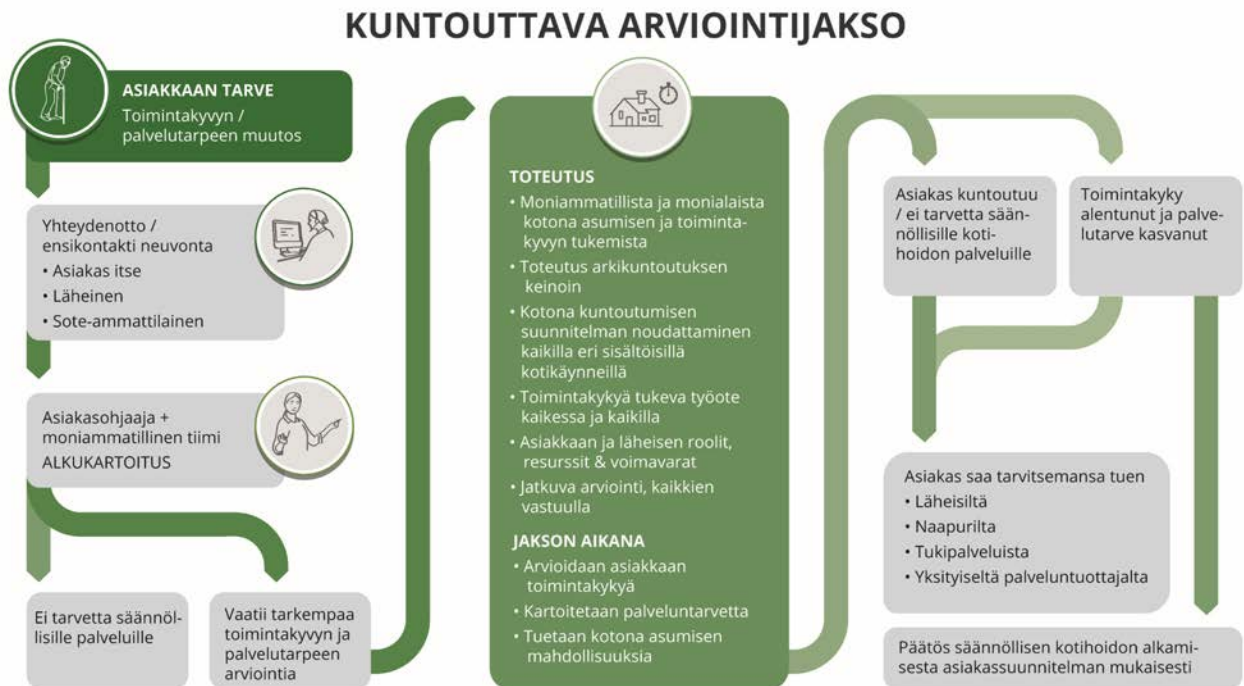
Kuntouttavan arviointijakson lähtökohtana on asiakaslähtöisyys ja ICF-viitekehyksen mukainen laaja-alainen näkemys toimintakyvystä (tarkemmin luvussa 2; Toimintamalleja ohjaavat periaatteet). Asiakas määrittelee itse ne toimintakyvyn osa-alueet, jotka ovat hänelle ensisijaisia hänen arkensa ja osallistumisensa sekä kotona asumisensa kannalta. (Autti-Rämö 2016; Pikkarainen, Pyöriä, & Savikko, 2016; Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017.) Ikääntyneiden asiakkaiden varhainen toimintakyvyn tukeminen edistää kotona pärjäämisen ja oman elämän hallinnan tunnetta sekä luo uskoa kotona asumisen jatkuvuuteen (vrt. Pikkarainen, Pyöriä, & Savikko, 2016). Moniammatillinen ja asiakaslähtöinen alkuarviointi käynnistyy matalalla kynnyksellä viiveettä ja saumattomasti sekä toteutuu kuntoutujan omassa toimintaympäristössä. Näin se tulee osaksi yksilöllistä tuen, hoidon ja hoivan integroitua palvelukokonaisuutta, jossa ikääntyneen oma rooli ja vastuu korostuvat. Tavoitteena on yksilöllisen ja merkityksellisen omassa kodissa asumisen mahdollistuminen (Kuntoutuksen uudistuskomitea 2017, 10.)

Toimintakykyä edistävä moniammatillinen kotihoito ei ole vain kotiin hoitamista, vaan se tukee yksilöllistä kotona asumista. Kuntouttava arviointijakso on aina enemmän kuin yksittäisiä sairaanhoidollisia hoitotoimenpiteitä, kotihoidon suorittamia tehtäviä tai perinteistä ammattilaisen ohjauksessa tapahtuvaa lääkinällistä kuntoutusta. Kuntouttava arviointijakso on parhaimmillaan aina vuorovaikutuksellista, ohjauksellista keskustelua, tiedon jakamista ja tavoitteellista harjoittelua yhteistoiminnallisesti asiakkaan, hänen lähipiirinsä ja kotihoidon henkilöstön kanssa. Jakson aikana asiakkaan rooli kasvaa ja ulkopuolisten toimijoiden rooli vähenee. Jakso on ennen kaikkea asiakkaan oman elämän arkista suunnittelua ja tukemista tulevaisuutta varten (ks. luku 2.1).

Kuntouttava arviointijakso on kestoltaan enintään neljän viikon pituinen. Se voidaan myöntää asiakasohjauksen ja moniammatillisesti tehdyn palvelutarpeen kartoituksen ja toimintakyvyn arvioinnin perusteella henkilöille, jotka eivät vielä ole säännöllisten kotihoidon palvelujen piirissä.

"Kuntouttava arviointijakso on parhaimmillaan aina vuorovaikutuksellista, ohjauksellista keskustelua, tiedon jakamista ja tavoitteellista harjoittelua yhteistoiminnallisesti asiakkaan, hänen lähipiirinsä ja kotihoidon henkilöstön kanssa."

Moniammatillisesti tehdyn arviointiprosessin avulla voidaan luotettavasti kartoittaa erilaiset toimintakykyyn ja terveydentilan yksilölliset vahvuudet ja riskitekijät suhteessa asiakkaan tarpeisiin, voimavaroihin sekä kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Arvioinnin perusteella suunnitellaan kuntouttavan arviointijakson konkreettiset tavoitteet ja arkikuntoutuksen toteutus menetelmineen yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Kuntouttava arviointijakso on aina edellytyksenä säännöllisten kotihoidon palvelujen alkamiselle, mutta sen rinnalla on tarvittaessa mahdollista aloittaa kiireellisesti tarvittavat palvelut.



Kuva 14. Kuntouttava arviointijakso -toimintamalli (Janhunen, Paltamaa ja Pikkarainen).

Kuntouttava arviointijakso jakautuu neljään vaiheeseen: ennen jakson aloittamista toteutuvaan ohjautumisvaiheeseen ja arviointi- ja tavoitteen asettamisvaiheeseen sekä varsinaiseen neljän viikon kuntoutusjakson toteutukseen, joka sisältää myös seuranta- ja päätösvaiheen (kuva 14). Kattava ja luotettava toimintakyvyn alkuarviointi on asiakaslähtöisen, tavoitteellisen ja vaikuttavan kotikuntoutus-jakson edellytys. Moniammatillisen alkuarvioinnin tulosten pohjalta laaditaan yhdessä asiakkaan (ja/tai läheisen) kanssa jakson tavoitteet, minkä jälkeen käynnistetään neljän viikon suunnitelmallinen toteutusjakso. Toteutusjakson aikana kaikki asiakkaan arkeen osallistuvat (läheiset, kotihoidon ja kuntoutuksen työntekijät, yksityinen ja kolmas sektorit) toimivat yhdessä asiakkaan kanssa toteuttaen hänen toimintakykynsä ja arkensa tukemista sovitulla tavalla. Jatkuva arviointi ja palautteen antaminen tukevat asiakaslähtöisten ja konkreettisten tavoitteiden saavuttamista. Ajantasaisella kirjaamisella voidaan seurata asiakkaan kuntoutumisen edistymistä sekä saavutettuja tuloksia. Mikäli kuntouttava arviointijakso keskeytyy, sen suunnitelmallinen toteuttaminen jatkuu asiakkaan tilanteen vakiintuessa.

Taulukko 4. Kuntouttavan arviointijakson vaiheet ja toteutuksen keskeiset sisällöt.

Kuntouttavan arviointijakson vaiheet	Toimintamallin keskeiset sisällöt kootun aineiston ja tulosten pohjalta
Ohjautumisvaihe	Asiakkaan (itse tai hänen edustajansa) ottaessa yhteyttä asiakasohjaukseen on asiakasohjaajan tehtävänä tunnistaa asiakkaan kertoman ja kokemuksen perusteella hänen tarpeet, toimintakyvyn alenemiseen liittyvät riskitekijät ja haasteet sekä yksilölliset voimavarat ja kuntoutumisen potentiaali. Ohjautumisvaihe sisältää tiedonjakamista, ohjaamista ja neuvontaa käynnistäen tarvittaessa moniammatillisen konsultaation ja arvioinnin sovittujen kriteerien perusteella.
Alkuarviointivaihe	Alkuarviointi toteutetaan asiakaslähtöisillä ja luotettavilla sekä näyttöön perustuvilla menetelmillä (WHODAS 2.0), joita täydennetään tarvittavilla yksilöidyillä arviointimenetelmillä. Arviointien tulokset kirjataan sovitusti seuranta varten. Tulokset käydään läpi yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa reflektoiden, jotta niiden perusteella voidaan tarkentaa ja konkretisoida asiakkaan kokemia yksilöllisiä tarpeita ja kuntoutumisen mahdollisuuksia asiakkaan itse määrittelemässä toimintaympäristössä.
Tavoitteen asettamis- ja suunnitteluvaihe	Ennen kuntouttavan arviointijakson käynnistymistä asetetaan konkreettiset ja yksilölliset kotona kuntoutumista tukevat tavoitteet yhdessä asiakkaan (ja omaisen) kanssa. Tavoitteet kuvataan asiakkaan haluamana muutoksena hänen toimintakyvyssään ja toimintaympäristössään (esimerkiksi tekemisen määrä, laatu, sisältö, paikka ja aika). Konkreettisen tavoitteen avulla valitaan arkikuntoutuksen menetelmät ja toteutustavat. Konkreettinen tavoite mahdollistaa seurannan ja kannustaa asiakasta omaehtoiseen toimintaan ja tekemiseen. Kuntouttavan arviointijakson ollessa tavoitteellinen ja suunnitelmallinen, kaikki jakson toteutukseen osallistuvat tietävät omat tehtävänsä osana asiakkaan kuntoutumisprosessia. Suunnitelma on kaikkien asiakkaan palveluihin osallistuvien toimijoiden tiedossa ja nähtävillä sovitusti.
Neljän viikon toteutusvaihe	Neljän viikon kuntouttava arviointijakso toteutetaan laaditun suunnitelman mukaisesti ja moniammatillisesti asiakkaan koti- ja lähiympäristössä (esim. päiväkeskus, intervallijakso, myös palveluasuminen). Asiakas on aktiivinen toimija jakson aikana saaden esimerkiksi ohjausta ja tukea omaisilta, läheisiltä, kotihoidolta ja erityistyöntekijöiltä sovitusti (esim. aamupalan valmistaminen /kotihoidon aamukäynti, ulkoilu/omaisen kanssa, kotijumppa aamuin ja illoin itsenäisesti). Päivittäinen toteutus kirjataan sovitusti, jotta toteutusta ja tavoitteiden saavuttamista voidaan seurata. Tarvittaessa tavoitteita ja toteutusta tarkennetaan ja muutetaan yhdessä asiakkaan kanssa jakson kuluessa tai toimintaa tehostetaan tavoitteita paremmin tukevaksi. Asiakkaan toimintakyvyn edistyessä päivittäisen kotikuntoutuksen sisällöt, keinot ja määrät sekä kestot sovitetaan hänen tilanteeseensa (asiakkaan rooli vahvistuu, kotihoidon rooli vähenee jne.). Jos kuntouttava arviointijakso keskeytyy (sairastuminen, hoitojaksot, matkat), kuntoutuksen toteutusta jatketaan heti, kun asiakkaan tilanne vakiintuu.

Seuranta- ja päätösvaihe	Tavoitteiden toteutumisen seuranta kuuluu kaikille kuntouttavan arviointijakson toteuttajille koko jakson ajan. Erityisesti ikääntyneiden terveyden- ja toimintakyvyn päivittäiset tilanteet vaihtelevat, jolloin hyvin käynnistynyt kuntoutusprosessi hetkellisesti pysähtyy tai taantuu, mutta myös palautuu nopeasti ennalleen. Seuranta- ja päätösvaiheessa huomioidaan erilaiset kuntouttavan arviointijakson vaiheet suhteessa asiakkaan sen hetkiseen kokonaistilanteeseen, voimavaroihin ja toimintaympäristöön. Kuntouttavan arviointijakson tulokset käydään läpi yhdessä asiakkaan ja asiakasohjaajan kanssa. Tulosten perustella sovitaan asiakkaan kanssa tarvittavien tukitoimien, kuntoutuksen, kotihoidon tai yksityisten palvelujen jatkumisesta suhteutettuna hänen tarpeeseensa. Mikäli palvelutarvetta ei ole, sovitaan seuranta-ajankohdista ja tapaamisista, sekä niissä käsiteltävien asioiden sisällöistä (kuka, milloin).
--------------------------	---

Palvelutarpeen selvityksestä ja toimintakyvyn arvioinnista sekä jakson toteutuksesta ja seurannasta vastaa kotihoidon henkilöstö. Jakson aikana arvioidaan mahdolliset tarvittavat tukipalvelut. Tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn kohentuminen ja sen myötä vähentynyt tai jopa poistunut palvelutarve. Mikäli kotihoidon tarve edelleen jatkuu, on sen tavoitteena tukea asiakkaan kotona pärjäämistä tavoitteellisesti ja asiakaslähtöisesti sekä mahdollisia uusia kuntoutumisen tarpeita tunnistaen (taulukko 4). Kotihoidon sisällölliset asiakkaan tavoitteet määrittyvät asiakkaan tarpeiden perusteella.

3.3.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Asiakaslähtöinen, tavoitteellinen ja suunnitelmallinen kuntouttava arviointijakso hyödyttää sekä asiakasta läheisineen että organisaatiota (taulukko 5). Seuraavaksi kuvataan hankkeessa suoritettuna kuntouttavan arviointijakson pilotointitutkimuksen perusteella esiin tulleet oleelliset toimintamallin käyttöönottoon liittyvät tekijät. Ohjautumisvaiheessa asiakasohjaajan tulee tuntea kuntouttavan arviointijakson toimintamalli ja ymmärtää sen merkitys osana asiakkaan palvelupolkua. Tässä vaiheessa voidaan aloittaa tarvittavat kiireelliset palvelut. Asiakasohjaaja tekee päätöksen moniammatillisen alkukartoituksen tarpeesta osana muuta palvelupäätöskokonaisuutta.

Käytettävien arviointimenetelmien tulee olla asiakaslähtöisiä. Asiakkaan tilanteen arvion tulee perustua huolelliseen toimintakykyarvioon ja asiakkaan oman näkemykseen. Alkukartoituksen perusteella päätetään kuntouttavan arviointijakson käynnistämisestä. Asiakastiedot tulee kirjata ajantasaisesti.

Olennaista on, että kaikki osapuolet tuntevat toimintamallin ja sen vaiheet pystyen osallistumaan tarkoituksenmukaisella tavalla neljän viikon jakson toteutukseen. Kuntouttavan arviointijakson yksilöllistä toteutumista (sisällöt, menetelmät) seurataan erilaisilla asiakkaan arkeen soveltuvilla tavoilla; päiväkirjat, lukujärjestykset ja lomakkeet. Kuntoutuksen toteutusajat, -tavat, -paikat ja vastuuhenkilöt tilastoidaan näiden pohjalta. Samalla huolehditaan seurannasta ja jatkuvasta arvioinnista. Kuntouttavan arviointijakson toteutus ei ole koskaan yhden osapuolen tai asiakkaan yksinomaisten vastuuna, vaan toteutuu asiakkaan kotihoidon ja erityistyöntekijöiden koordinoituna yhteistyönä asiakkaan tarpeista ja tilanteesta riippuen.

Kuntouttava arviointijakso -toimintamallin käyttöönotto edellyttää:

- Ohjautuminen; kuka, miksi, kehen, miten, tarpeet (ks. luku 3.2.)
- Ikäihmisten ja läheisten tieto ja oletukset kuntoutuksesta

- Yhteinen toimintakyky-käsite (ks. luku 2.1.)
- Moniammatillinen, yhtenevä arviointi (ks. luvut 2.1 ja 3.2.)
- Tavoitteen asettaminen: miten, missä, miksi, kuka, kenen tavoite
- Arkikuntoutuksen sisällöt, palvelumuotoilu
- Asiakaslähtöisyys; koko prosessi ja sen kaikki vaiheet, viiveet
- Henkilöstö, resurssointi, rutiinit, uudenlainen kulttuuri, asenne,
- Viestintä / kirjaaminen / tiedottaminen
- Johtaminen
- Kehittämisosaaaminen (ks. luku 2.2.)

Kuntouttavan arviointijakson käyttöönotossa tulee mahdollistaa kotihoidon toimintakäytänteiden jatkuva innovatiivinen kehittämistyö. Edellytyksenä on: 1) määrätietoinen ja pitkäjänteinen muutoksen ja kehittämistyön johtaminen, 2) hallinnollisten päätöksentekoprosessien läpinäkyvyys, joustavuus ja ketteryys, 3) toimintamallin jatkuva seuranta ja arviointi sekä 4) henkilöstön kannustaminen ja tukeminen.

Kotihoidon työntekijöiden osaamista toimintakyvyn arvioinnissa ja tukemisessa tulee lisätä (ks. luku 2.2.). Lisäksi toistaiseksi vähäisiä kuntoutustyöntekijöiden resursseja on osattava kohdentaa oikein. Fysioterapeutin ja toimintaterapeutin sekä muistihoitajan rooli on toimia työyksiköidensä kuntouttavan toiminnan kehittämisen asiantuntijoina tuoden kuntoutuksen näkökulmaa ja uudenlaista osaamista kotihoitotyöhön. Näin kuntoutusalan ammattilaiset voivat keskittyä omien asiakaskäyntiensä rinnalla hoitajien kanssa tehtäviin yhteiskäynteihin opastaen hoitajia mm. asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa ja tukemisessa, kuntoutuksen arkivaikuttavuuden huomioimisessa sekä asiakaslähtöisessä kirjaamisessa.

Taulukko 5. Yhteenvedo kuntouttavan arviointijakson hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Toimintakyvyn ja omatoimisuuden vahvistuminen, läheisverkoston resurssien tunnistaminen ja mukaan saaminen, usko omaan kotona asumiseen lisääntyy, omat voimavarat tunnistetaan ja otetaan käyttöön, palvelujen käyttö siirtyy, raskaampien palvelujen käyttö siirtyy, kuntoutuspalvelut monipuolistuvat ja yksilöllistyvät • Kirjaaminen ja viestintä lisäävät asiakkaan palvelujen laatua ja vaikuttavuutta lisääntyneen tiedonkulun myötä 	<ul style="list-style-type: none"> • Oman työn sisällön monipuolistuminen, työn keveneminen, työn mielekkyyden lisääntyminen, työtyytyväisyyden kasvu, sairauspoissaolojen väheneminen, henkilöstön vaihtuvuuden pienentyminen, tiedonkulun kehittyminen, vahvistuminen ja monipuolistuminen, tiimityön vahvistuminen, oman työn innovoinnin kasvaminen, osaamisen lisääntyminen, konsultaatio- ja yhteistoiminnan lisääntyminen, teknologisten ratkaisujen kokeilun mahdollistuminen, käyttöönotto 	<ul style="list-style-type: none"> • Kustannushyödyt: kotihoidon käyntimäärät ja kestot vähenevät, pth/esh/pkl käyntien muutokset, lääkekustannukset, muut tutkimukset, palvelujen peittävyys, yhdenvertaisuus, toimintakyvyn kehitys suhteessa palvelujen saatavuuteen, asiakastyytyväisyys, henkilökunnan pysyvyys, sitoutuminen, kehittämismyönteisyys, osaava ja innostunut (mm. sairauspoissaolojen väheneminen) • Tilastointi ja vaikuttavuuden seuranta, laatu, palvelujen

<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaiden tietoisuus kuntoutuksen mahdollisuuksista lisääntyy = osaavat hakea tietoa, vaatia palveluita ja motivoitua oman toimintakyvyn parantamiseen? • Oikeus yhdenvertaisiin kuntoutuspalveluihin, esim. viiveetön pääsy toimintakyvyn arviointiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Toiminnanohjausjärjestelmän kuntoutusosuuden vahvistuminen • Kuntouttavien interventioiden näkyväksi tekeminen • Kirjaamiskäytänteiden selkeytyminen ja vahvistuminen 	oikea-aikaisuus, riskien tunnistaminen ja -analyysi
---	---	---

3.3.3 Toimeenpano

Kuntouttava arviointijakso -toimintamalli on kiinteä osa asiakkaan palvelupolkua aina asiakasohjausprosessin alkuvaiheesta alkaen (ks. luku 3.2.). Toimintamallista tulee tiedottaa laajasti asiakkaita ja läheisiä sekä kaikkia asiakkaan palvelupolkuun liittyviä verkostoja. Kuntouttavan arviointijakson käyttöönotto edellyttää kaikkien osavaiheiden osaavaa ja laadukasta toteuttamista, jatkuvaa arviointia sekä niiden jatkokehittämistä määrätietoisella johtamisella.

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet (kunnat/maakunnat):

1. **Nimeä** vastuuhenkilöt, vastuutyöryhmän jäsenet sekä käytettävissä olevat erityistyöntekijät
2. **Määrittele myöntämiskriteerit** eli kenelle kuntouttava arviointijakso kohdennetaan ja millä perusteella jakso myönnetään
3. **Selkeytä ja sovi**, miten ohjautuminen jaksolle tapahtuu ja päätetään, kuka toimija tekee päätöksen mistäkin vaiheesta (esim. asiakasohjaus toteuttaa palvelutarpeen selvittämisen, tekee päätöksen kuntouttavasta arviointijaksosta ja kotihoidon sovittu tiimi vastaa alkuarvioinnista ja toteutuksesta)
4. **Varmista** että kuntouttavan arviointijakson toteuttamiseen on riittävät ja asiantuntevat resurssit ja että ne on huomioitu toiminnanohjausjärjestelmässä
5. **Varmista** että kirjaaminen on asiakaslähtöistä ja ajantasaista sekä tiedonkulku saumatonta
6. **Varmista** henkilöstön riittävä osaaminen ja järjestetään perehdytys ja koulutus
7. **Varmista** että toimintamallin toteutuksessa on käytössä tarvittavat työvälineet ja teknologiset ratkaisut sekä niiden käyttöön liittyvä erityisosaaminen
8. **Määrittele** toimintamallin käyttöönoton arviointi ja seuranta omalla toiminta-alueella
 - Organisaation tavoitteet toimintamallille; millaisia vaikutuksia kuntouttavan arviointijakson käyttöönotolla halutaan saada aikaiseksi?
 - Millä muuttujilla toimintamallin hyötyjä ja vaikutuksia seurataan alussa, välillä ja lopussa?
 - Kuntouttavan arviointijakson tulosten dokumentointi ja tilastointi
 - Menettelyt ja työkalut asiakaspalautteiden ja -kokemusten suunnittelussa, keräämisessä, ja hyödyntämisessä

Lähteet

Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. (2016). Kuntoutumisen prosessi. Julkaisussa Kuntoutuminen. Toim. I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-73.

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. In: P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. New York: Cambridge University Press. 1-34.

Janhunen E., Paltamaa J. & Pikkarainen A. (2018). Kuntouttava arviointijakso- toimintamalli. Kukoistava kotihoito-hankkeen aikana yhteistoiminnallisesti tuotettu toimintamalli. Painamaton lähde.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017). Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>>

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. (2016). Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa: Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Kustannus Oy Duodecim. 179-191.

3.4 Kotihoito 24/7

Anne-Mari Hakala

3.4.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Yhteiskunnalliset vaatimukset palvelurakenteen keventämiseksi ja lainsäädännön noudattamiseksi edellyttävät ympärivuorokautisten avopalvelujen järjestämistä. Tämä toteutetaan ikääntyneiden palveluissa järjestämällä kotihoitoa kaikkina vuorokaudenaikoina viikon jokaisena päivänä. Palvelun tuottaminen edellyttää, että kotihoidolla on valmiudet hoitaa yhä enemmän asiakkaita asiakkaan tarpeiden ja asiakassuunnitelman mukaisesti ympärivuorokautisesti kotiin annettuna. Asiakkaan turvallinen kotona asuminen edellyttää kotihoidolta mm. riittävästi resursseja, tarpeen mukaista osaamista ja turvallisuutta lisäävää teknologiaa. Ympärivuorokautinen palvelu on mahdollista järjestää usealla tavalla; näitä ovat kotihoidon palvelutuotanto, kotihoidon ja asumispalveluyksikön yhteistyö tai alueella toimivan lähihoitajakoulutuksen saanut yövartija. Muita keinoja ovat mm. ostopalvelut, yhteistyö- ja hankintamalli naapurikunnan kanssa tai tiivistetty yhteistyö ensihoidon kanssa.

3.4.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Ympärivuorokautisen kotihoidon palvelun järjestämisen paineet tunnistettiin jo vuonna 2016, jolloin maakuntavertailut osoittivat ympärivuorokautisen asumisen suuren määrän. Samassa yhteydessä havaintona oli myös se, että palvelutarjoama vaihteli kunnittain merkittävästi. Täten tavoitteeksi nostettiin kotihoidon toimintamallien ja palvelujen yhdenmukaistaminen ja kotihoidon tarjoaminen 24/7 maakunnalliseen soteen siirtymisen tueksi.

Koska kuntien lähtötilanne ja resurssit ovat erilaiset, kannattaa ympärivuorokautisen palvelun toteutukseen etsiä ja kokeilla vaihtoehtoisia tapoja. Jo toteutetut toimintamallit on syytä arvioida sekä kehittää niitä edelleen myös niissä kunnissa, joissa kotihoidon 24/7 palvelu on jo järjestetty.

Ympärivuorokautisen palvelun järjestäminen kannattaa aloittaa siten, että kukin kunta käy läpi omat palvelutietonsa ja tekee niiden pohjalta kehittämissuunnitelmat:

- Oman kunnan tämänhetkinen palvelurakenne ja laitoshoidon purkaminen tulevaisuudessa
- Vaihtoehtoisia tapoja järjestää kotihoito ympärivuorokautisesti ja kustannustehokkaasti
- Digitalisaation nykyistä tehokkaampi hyödyntäminen
- Asiakkaan turvallinen kotona asuminen
- Kotihoidon käyntien korvaaminen
- Asiakkaan aktiivisuuden seuranta
- Etäyhteys palvelutuotteena

Niiden kuntien, joissa kotihoito 24/7 ei ole vielä toteutunut, tulee käydä läpi edellä mainittujen tapojen lisäksi vaihtoehtoisia tapoja järjestää kotihoito ympärivuorokautisesti ja kustannustehokkaasti.

Esimerkkejä tällaisista vaihtoehtoista ovat:

- Kotihoidon oma toimintana (3-vuorotyö tai yöhoitajat erikseen)
- Ensihoidon hyödyntäminen
- Lähihoitaja-vartijamalli
- Lähi- tai naapurikunnan yöhoidon hyödyntäminen
- Palveluasumisen yöhoidon kanssa yhteistyössä
- Yksityisen toimijan käyttäminen/ ulkoistaminen
- Turvapalvelutoiminnan hyödyntäminen
- Digitaalisaation hyödyntäminen (esim. turvateknologia, kotihoidon käyntien korvaaminen, aktiivisuuden seuranta, etäyhteys)

Keski-Suomeen tehdyissä maakunnallisissa myöntämisperusteissa ympärivuorokautinen palvelu myönnetään asiakkaalle tarpeen ja laadittujen myöntämisperusteiden mukaisesti. Pääasiallisesti perusteena on asiakkaan säännöllinen yöaikainen hoidollinen tarve (esim. vaipanvaihto, wc-käynti, asentohoito). Yöhoitoa voidaan kuitenkin myöntää tilapäisesti esimerkiksi seurantajaksona kotiutumisen yhteydessä tai akuuteissa tilanteissa. Riskiryhmiin kuuluvilla henkilöillä yöhoito voi korvata raskaammat palvelut. Maakunnan palvelulupaus ja järjestämissuunnitelma asettavat raamit yöhoidon organisoinnille. Palvelujen järjestäjän tulee päättää, käytetäänkö maakunnan toimijoiden yhtenäistä koordinoitua (yksi ”päivystys”) ja yhteisten vasteaikojen luomista palvelun takaamiseksi. Palvelu voidaan järjestää myös yöpartiolla. Alueellisesti toimintaa voidaan järjestää hyödyntämällä moniammatillisia ja monituottajaresursseja (esim. hoitaja-vartija, tehostettu palveluasuminen, ensihoito, koulutus).

”Pääasiallisena perusteena on asiakkaan säännöllinen yöaikainen hoidollinen tarve (esim. vaipanvaihto, wc-käynti, asentohoito)”

Palvelun tavoitteena on, että asiakkaan saama kotihoito toteutuu 24/7. Hoidon jatkuvuuden ja tiedonkulun varmistamiseksi kotihoito ja yöhoito toteutetaan saman tiimin toimesta. Teknologisia ratkaisuja hyödynnetään mahdollisimman laajasti. Näitä ovat esimerkiksi etäkonsultaatiot, -monitorointi, hälytysjärjestelmät jne. Kotihoidon työyhteisöille järjestetään tuen saannin mahdollisuus asiakkaan palvelujen kiireellisyyden arviointiin sekä konsultaatiomahdollisuus hoitajille esim. puhelimitse tai etäyhteydellä. Tavoitteena on myös ennalta suunniteltujen tarkastuskäyntien korvaaminen ja/tai vähentäminen sekä asiakkaiden hoidon tarpeen oikea-aikainen tunnistaminen etäteknologian avulla. Osaaminen ja sen kehittäminen ovat olennainen osa ympärivuorokautisen kotihoidon toteuttamista. Henkilökunnalta tarvitaan hoidollista osaamista sekä arviointikykyä asiakkaan tilanteen tunnistamiseen, hoidon tarpeen arviointiin sekä sopivimman ratkaisun löytämiseen. Tässä voidaan hyödyntää myös moniammatillista tukea (ks. luku 3.10) tai kotipäivystys-mallia (ks. luku 3.8).

Toimintamallin käyttöönottoa edeltää juurruttamissuunnitelman laatiminen pilotoinnin pohjaksi ympärivuorokautisen kotihoidon organisoinnista ja teknologian hyödyntämisestä. Toiminnan käynnistämiseksi kannattaa hyödyntää yhteistyötä ensihoidon kanssa. Keinoina ovat yhteisten koulutusten järjestäminen suunnittelemalla ensihoidon roolia kotihoidon tukena.

Palvelun järjestämisen tarpeen perusteena tarvitaan tiedot asiakasvirroista. Niiden perusteella pienten kuntien tilanne voi olla erilainen kuin isommissa kunnissa. Yöhoitoa on mahdollista hankkia tarvittaessa suunnitelman mukaan esim. ostopalveluna yksityiseltä palveluntuottajalta, turvapalvelua alueella jo tuottavalta palveluntuottajalta tai naapurikunnasta.

Taulukko 6. Yhteenveto ympärivuorokautisen kotihoidon hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Turvallinen ympärivuorokautinen asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään • Mahdollisuus saada kotihoitoa tarvittaessa ympärivuorokautisesti • Kotiutuminen osastolta nopeammin • Yhtenäiset palvelun saannin perusteet 	<ul style="list-style-type: none"> • Osaamisen kehittäminen asiakastarpeiden mukaisesti • Erytisoaamisen hyödyntäminen kotihoidon tukena • Ympärivuorokautisen kotihoidon myöntämisperusteet päätöksenteon tukena 	<ul style="list-style-type: none"> • Kotihoito 24/7 kehittäminen vähentää ympärivuorokautisen asumisen tarvetta • Digitalisaation hyödyntämisellä voidaan lisätä turvallista kotona asumista ja korvata hoitajien käyntejä • Ympärivuorokautisen kotihoidon kehittäminen parantaa hoitoketjujen ja kotiutusprosessien sujuvuutta

3.4.3 Toimeenpano

Kotihoito 24/7 -toimintamallin käyttöönoton valmistelu käynnistetään järjestämällä työpajapäiviä, joissa on mukana edustajia kaikista kunnista ja useita työntekijäryhmiä. Keskeisiä tahoja ovat esimerkiksi asiakasohjaus, kotihoito, ensihoito, palveluasuminen, ESH ja PTH. Järjestäjävastuullinen taho lähettää kuntiin etukäteen alkutilannekartoituskyselyn. Kyselyssä kerätään tietoja muun muassa siitä, miten säännöllisen kotihoidon asiakkaiden yöhoito ja kotihoidon turvapalvelu on organisoitu, mitä toimivaa/kehittävää kunnassa on ympärivuorokautisen kotihoidon organisoinnissa, millä perusteilla yöhoitoa myönnetään, miten kotihoidossa on hyödynnetty digitalisaatiota (esim. turvateknologia, aktiivisuuden seuranta, etäyhteys, kuntoutus) sekä millaista osaamista ympärivuorokautisen hoidon järjestäminen vaatii. Mikäli mahdollista, selvitetään data-analyyseillä asiakasvirtoja ja asiakkaiden palveluntarvetta.

Alkutilanteen kartoituksen tulokset kootaan yhteen. Työpajoissa käydään läpi kartoituksen tuloksia ja valmistellaan seuraavia asioita:

- Yöhoidon myöntämisperusteiden laatiminen (täytäntöönpano vaatii päätöksentekoa)
 - kenelle ja millä perusteella yöhoitoa tulisi myöntää
 - miten yöhoito ja kotihoidon turvapalvelu tulisi organisoida ja järjestää? (olennaista ei ole, kuka palvelun tuottaa, vaan miten yöhoito ja kotihoidon turvapalvelu toteutuvat eli järjestämisen malli)
 - miten digitalisaatiota voi hyödyntää yöhoidon ja kotihoidon turvapalvelun järjestämisessä
 - mitä osaamista yöhoidon toteuttaminen vaatii

- Ympäri vuorokautisen kotihoidon vaihtoehtoisten tapojen läpikäyminen; kuntien erilaisten käytänteiden esille nostaminen, kootaan hyvät käytännöt
- Asiakasesimerkkien ja asiakkaan prosessin kautta kotihoidon 24/7 organisoinnin yhteistyö yli sektorirajojen (esim. maakunnallinen kotihoito 24/7, Kotipäivystys-toimintamalli ja Lääkärituki ja hoitajien vertaistuki);
 - mitkä ja miten asiat on oltava järjestettyinä käytännön toiminnan organisoinnin kannalta, että asiakas voi asua kotona turvallisesti 24/7 ilman turhia päivystyskäyntejä
 - miten kotihoidon toimintaa tulee kehittää asiakkaan kotona asumisen turvaamiseksi
 - mitä osaamista ja erityisosaamisen vahvistamista ja/tai hyödyntämistä tarvitaan kotihoidossa
 - kenen kanssa ja millaista yhteistyön kehittämistä vaaditaan, miten näitä edistetään kunnassa

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet:

1. **Nimeä** vastuuhenkilöt, vastuutyöryhmän jäsenet sekä käytettävissä olevat tahot
2. **Valmistele** yhteistyössä vastuutyöryhmän kanssa myöntämisperusteet: miten laajasti maakunnassa ympärivuorokautinen kotihoito järjestetään ja millä perusteella palvelu myönnetään.
3. **Kerää** taustatiedot nykytoiminnasta ja **tee** asiakasvirta-analyysit
4. **Sovi** toimintamallin suunnittelun menetelmistä, **suunnittele** yhteiset työpajat ja niiden ohjelma, **sovi** niiden järjestämisvastuusta.
5. **Kokoa** työpajojen tulokset
6. **Määrittele** toimintamalli ja **kuva** prosessit
 - **Muista** digitalisaation hyödyntäminen, resurssit ja vastuut, aikataulu, asiakkaiden ja omaisten osallistuminen, arvioinnin toteuttaminen
7. **Varmista** henkilöstön osaaminen:
 - **Tee** osaamiskartoitus ja sen pohjalta koulutussuunnitelma ja toteutus
8. **Varmista** että on toimintamallin käytössä tarvittavat työvälineet ja käytössä olevat teknologiset ratkaisut ja niihin liittyvä erityisosaaminen
9. **Sovi** seurannassa tarvittavat arviointimenetelmät ja -ajankohdat sekä kirjaamiskäytännöt
10. **Määrittele** toimintamallin käyttöönoton arviointi ja seuranta alueella
 - Organisaation tavoitteet toimintamallille: millaisia vaikutuksia 24/7 kotihoidolla halutaan saada aikaiseksi?
 - Millä muuttujilla toimintamallin hyötyjä ja vaikutuksia seurataan alussa, välillä ja lopussa?
 - Kotihoito 24/7 tulosten dokumentointi ja tilastointi
 - Menettelyt ja työkalut asiakaspalautteiden ja -kokemusten keräämiseen ja hyödyntämiseen kehittämisessä ja markkinoinnissa
11. **Vie** päätöksentekoa vaativat asiat perusturvalautakuntaan

Lähteet

Hellman, T. (2018). Tulevaisuuden kotihoito Laukaassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/143189/Opinnaytetyo_Hellman.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Keski-Suomen SOTE 2020 –hankkeen loppuraportti. (2016). Saatavissa:

http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/86694_HANKKEEN_LOPPURAPORTTI.pdf

Kukoistava kotihoito - Keski-Suomen ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus. (2016). STM. Helsinki:

Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2017/03/Kukoistava-kotihoito-hankesuunnitelma.pdf>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2018. STM. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa:

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja

terveyspalveluista. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Sirkka, T. (2018). Kunnan tilastoja. Hankasalmen kunta

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016). Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä.

Saatavissa:

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s86vBAA=®ion=szZ3tc7UMwQA&year=sy4rBwA=&gander=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>

3.5 Tehostettu kotikuntoutus

Eija Janhunen, Kristiina Juntunen, Jaana Paltamaa ja Aila Pikkarainen

3.5.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Tehostettu kotikuntoutus on uusi kotihoidossa käyttöön otettu toimintamalli, jossa moniammatillinen tiimi toteuttaa intensiivistä ja määräaikaista kuntoutusta esim. sairaalasta kotiutuville asiakkaille. Kuntoutusjakson kesto on neljästä kahdeksaan viikkoa. Tehostettu kotikuntoutus toteutuu asiakkaan kotona, kodinomaisessa ympäristössä tai hyödyntäen esimerkiksi intervallijaksoja. Tehostetun kotikuntoutuksen tavoitteena on asiakkaan heikentyneen toimintakyvyn vahvistaminen niin, että asiakkaan mahdollisimman omatoiminen ja itsenäinen kotona asuminen mahdollistuu. Tehostettu kotikuntoutus kohdennetaan erityisesti asiakkaille, joiden toimintakyky on äkillisesti heikentynyt, ja joilla on vielä selkeää kuntoutuspotentiaalia.

Tehostetun kotikuntoutuksen tavoitteena on, että asiakkaan toimintakyky palautuu vähintään heikentymistä edeltävälle tasolle, ja että asiakkaan luottamus kotona asumisen jatkumiseen vahvistuu. Kuntoutus keskittyy asiakkaalle merkityksellisiin ja päivittäisissä toimissa tarvittaviin taitoihin (Aspinal ym.2016) sekä myös taitoihin ylläpitää sosiaalisia suhteita. Intensiivisestä ja määräaikaisesta kuntoutuksesta hyötyvät lisäksi asiakkaat, joiden kohdalla tunnistetaan ennaltaehkäisevästi riski toimintakyvyn alenemiselle. Tehostettu kotikuntoutusjakso voidaan aloittaa, mikäli asiakkaalla havaitaan yksi tai useampi toimintakyvyn alenemisen uhkatekijä tai toimintakyvyn äkillinen aleneminen, jonka perusteella hänen kotona asuminsa on selkeästi vaarantunut.

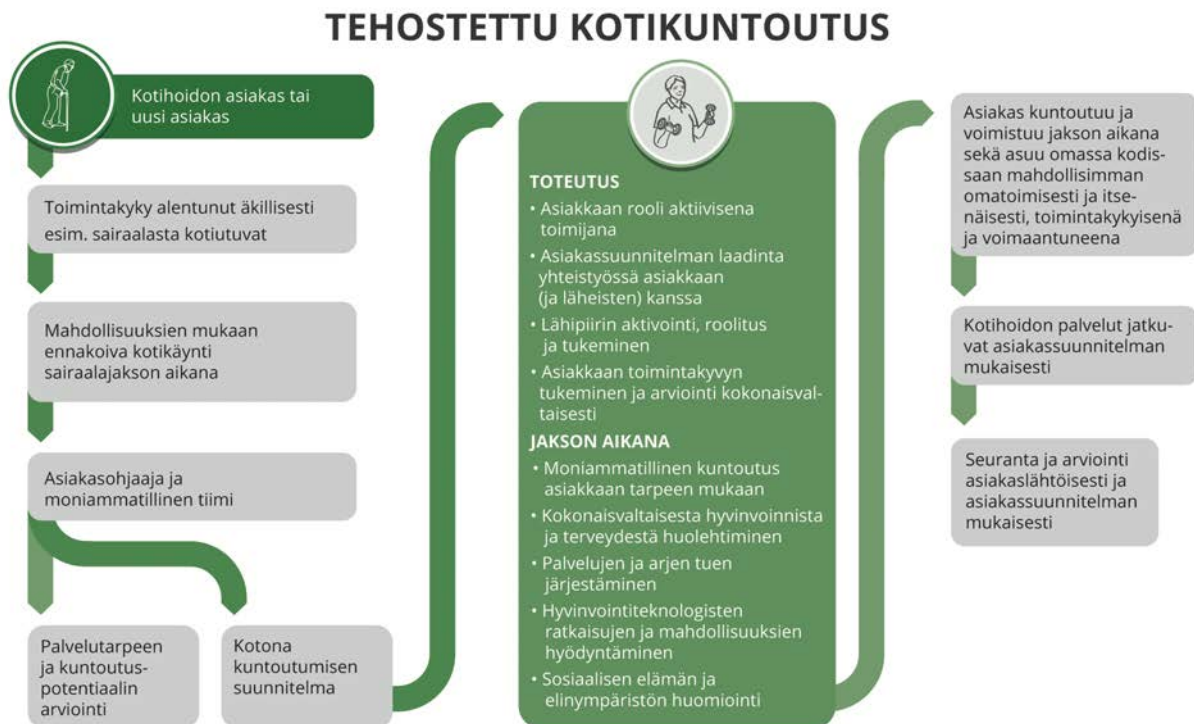
"Tehostetun kotikuntoutuksen tavoitteena on, että asiakkaan toimintakyky palautuu vähintään heikentymistä edeltävälle tasolle ja että asiakkaan luottamus kotona asumisen jatkumiseen vahvistuu."

Tehostettu kotikuntoutusjakso edellyttää, että asiakkaan toimintakyvyssä on odotettavissa paranemista, ja että asiakas on sitoutunut kuntoutumisensa edistämiseen. Lisäksi asiakkaan tulee kyetä määrittelemään omat arkiset ja konkreettiset tavoitteensa yhdessä ammattilaisten ja/tai läheistensä kanssa. Tavoitteita ei sidota diagnoosiin, ikään tai yksilöllisiin ruumiin/kehon toimintoihin (Aspinal ym. 2016). Kotikuntoutusjaksoa varten laaditaan kotona kuntoutumisen suunnitelma yhteistyössä asiakkaan (ja omaisten) kanssa huomioiden asiakkaan kuntoutuspotentiaali sekä voimavarat, huomioiden myös läheisten mahdollisuudet osallistua jakson toteutukseen. Ennen tehostetun kotikuntoutusjakson alkamista, asiakasohjaaja selvittää tarvittaessa moniammatillisen tiimin kanssa asiakkaan koti- ja toimintaympäristöön liittyvät haasteet ja mahdollisuudet sekä asiakkaan ja omaisen näkemykset kotona pärjäämisestä. Asiakkaan elämänhistoria, vahvuudet ja mielenkiinnon kohteet sekä muut toimintakyvyn vaikuttavat tekijät (esim. lääkitys, sairaudet) selvitetään ja huomioidaan jakson suunnittelussa.

Tehostettu kotikuntoutus perustuu aina asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin (Aspinal ym. 2016). Tehostetussa kotikuntoutuksessa toimintakyvyn parantumista tuetaan monipuolisilla lähestymistavoilla. Näitä ovat suoriutumiseen ja osallistumiseen liittyvien taitojen harjoittelu asiakkaan kanssa (esim. liikkuminen sisällä/ulkona, digitaaliset taidot, peseytyminen, ruuanlaitto ja ruokailu), kompensoivat menetelmät (esim. tukipalvelut, apuvälineiden ja

hyvinvointiteknologian käyttöönnotto, asunnonmuutostyöt), ruumiin/kehon toimintoja vahvistavat harjoitukset (esim. tasapainoa, lihasvoimaa tai liikkuvuutta lisäävät toiminnot) sekä ohjaus ja neuvonta eri elämän alueilla (esim. asiointi, harrastukset, ravitsemus ja turvallisuus).

Kuva 15. Tehostetun kotikuntoutuksen toimintamalli (Janhunen, Paltamaa, Pikkarainen 2018)



3.5.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Tehostettu kotikuntoutus alkaa asiakkaan kanssa yhteistyössä tehtävällä kotikuntoutusjakson suunnittelulla. Asiakkaan itse määrittelemät tavoitteet ja asiakkaan voimavaroihin pohjautuva päivittäinen harjoittelu motivoi ja innostaa asiakasta tehostetun kotikuntoutusjakson aikana ja sitouttaa asiakasta jakson toteutukseen. Lisäksi tällä vahvistetaan mahdollisuutta aktiivisen elämäntavan ylläpitämistä myös jakson päätyttyä.

Yhteistyö ja yhteinen ymmärrys tehostetun kotikuntoutuksen tarkoituksesta ja tavoitteista ovat ensisijaisen tärkeitä, jotta myös läheiset voivat omalta osaltaan tukea asiakkaan kuntoutumista. Tästä tulee kuitenkin keskustella ja sopia etukäteen asiakkaan kanssa, sillä moni asiakas saattaa kokea, että tällä kuormitetaan liikaa läheisiä henkilöitä tai asiakas ei muusta syystä halua läheisten puuttuvan omiin asioihinsa. Lisäksi asiakkaiden ja heidän läheistensä tietämystä kuntouttavista menetelmistä on hyvä laajentaa kertomalla eri vaihtoehdoista ja toimintakyvyn positiivisesti vaikuttavista tekijöistä. Kotona pärjäämisen edistyessä on myös huolehdittava sosiaalisten kontaktien ylläpysymisestä, jottei asiakas eristäydy kotiinsa ja sen myötä tarvitse uusia sote-palveluita (Aspinal ym. 2016).

Tehostetun kotikuntoutuksen toteuttaminen mahdollistaa entistä paremmin kotihoidon henkilöstön moniammatillista yhteistyötä ja laajentaa toimintakyvyn tukemisen osaamista. Samalla myös työn mielekkyys lisääntyy, kun työ on tavoitteellista ja asiakkaiden toimintakyvyssä on nähtävissä selkeää muutosta parempaan. Asiakkaiden toimintakyvyn

parantuminen keventää myös työtä. Toimintamallista saadaan paras hyöty, kun työntekijät tuntevat mallin ja heidän osaamisensa tukee sen toteutusta käytännön asiakastyössä.

Taulukko 7. Yhteenvedo tehostetun kotikuntoutuksen hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Toimintakyky ja omatoimisuus lisääntyy ja elämänlaatu paranee • Mielekäs kotona asuminen mahdollistuu pidempään • Tapaturmien riski pienenee ja niitä voidaan ennaltaehkäistä • Toimintakyky palautuu optimaaliselle tasolle mahdollistaen aktiivisen toimijuuden omassa arjessa ja omassa elinympäristössä • Toimintakykyä tuetaan moniammatillisesti huomioiden asiakkaan yksilölliset tarpeet eri osa-alueilla • Koti toimintaympäristönä laajenee • Toimintakyvyn tukeminen tavoitteellista, suunnitelmallista ja asiakkaan omista tarpeista ja voimavaroista lähtevää • Asiakkaalla oma, aktiivinen rooli oman toimintakykynsä ylläpidossa, lisäten motivaatiota 	<ul style="list-style-type: none"> • Moniammatillinen yhteistyö lisääntyy tuoden uusia näkökulmia ja mielekkyyttä työn tekemiseen ja sisältöihin • Asiakastyö muuttuu tavoitteelliseksi, suunnitelmalliseksi ja asiakasta osallistavaksi • Asiakkaan toimintakyvyn parantuessa työn tuloksellisuus ja sen myötä työtyytyväisyys lisääntyvät • Toimintakyvyn kuvaaminen ja arviointi täsmentyy ja on laadukkaampaa • Asiakastyö kevenee asiakkaiden omatoimisuuden myötä • Kotikäyntien ja työtehtävien sisältö laajenee ja käy mielekkäämmäksi asiakkaan omatoimisuuden myötä 	<ul style="list-style-type: none"> • Palvelujen tuottamisen tarve vähenee • Käyntimäärät laskevat asiakkaiden pärjätessä vähemmillä palveluilla • Asiakkaiden omatoimisuuden myötä työ kevenee ja käy mielekkäämmäksi, näkyen työtyytyväisyyden kasvuna ja sairauspoissaolojen vähenemisenä • Laitokseen siirtymiset myöhentyvät • Sairaalajaksot lyhenevät • Tiedonkulku asiakkaan toimintakyvystä lisääntyy ja toimintakyvyn tukeminen jatkuu asiakkaan siirtyessä eri organisaatioiden välillä/ eri palvelujen piiriin • Toimintakyvyn arvioinnilla saadaan luotettavaa ja tilastoitavaa tietoa, jonka avulla voidaan osoittaa toiminnan taloudellisuutta

3.5.3 Toimeenpano

Tehostetun kotikuntoutus -toimintamallin käyttöönoton suunnittelu käynnistyy työryhmissä, joissa perehdytään toimintamallin prosessiin ja kartoitetaan sen toteuttamismahdollisuuksia olemassa olevilla resursseilla. Suunnitteluvaiheessa voidaan tehdä tutustumiskäyntejä tai konsultoida mentoreita, joilla on kokemusta tehostetun kotikuntoutuksen toteutuksesta. Suunnittelu ja kehittämistyön tulee aina olla moniammatillista ja se voi toteutua esim. kotihoidon henkilöstön yhteisissä kehittämissiltapäivissä tai työpajoissa.

Suunnittelu- ja kehittämistyön ohessa on tärkeää arvioida kriittisesti jo olemassa olevia ja toimivia tapoja edistää asiakkaan toimintakykyä sekä selvittää muita mahdollisuuksia kehittää entistä asiakaslähtoisempää toimintaa. Tehostettu kotikuntoutus perustuu aina asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja se vaatii henkilökunnalta osaamista käydä vuoropuhelua asiakkaan

kanssa hänen toiveistaan, tavoitteistaan ja odotuksistaan oman kotona pärjäämisensä ja arkielämänsä suhteen.

Tehostettu kotikuntoutus -toimintamallin käyttöönotosta on oleellista tiedottaa kotihoidon asiakkaille ja heidän läheisilleen sekä yleisesti alueen asukkaille ja muille verkostoille. Uuden toimintamallin käyttöönotto vaatii alkuvaiheessa koko kotihoidon henkilöstöltä malliin perehtymistä ja jatkossa sitoutumista sen noudattamiseen. Näin varmistetaan, että asiakkaan toimintakyvyn tukemisesta tulee systemaattista, tuloksellista sekä vertailukelpoista. Lisäksi tarvitaan kotihoidon kuntoutusammattilaisten ohjausta ja neuvontaa toimintakyvyn tukemisen suhteen muulle henkilöstölle. Jotta tehostettua kotikuntoutusta voidaan toteuttaa asiakaslähtöisesti, suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti, se edellyttää riittävästi sekä henkilöstö- että aikaresursseja.

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet:

1. **Nimeä** vastuuhenkilöt, vastuutyöryhmän jäsenet sekä käytettävissä olevat erityistyöntekijät
2. **Määrittele** myöntämiskriteerit eli kenelle tehostetun kotikuntoutuksen jakso kohdennetaan ja millä perusteella jakso myönnetään
3. **Kuvaa** tehostetun kotikuntoutusjakson prosessi
4. **Selkeytä ja sovi**, miten ohjautuminen jaksolle tapahtuu ja päätetään, kuka toimija tekee päätöksen mistäkin vaiheesta (esim. asiakasohjaus toteuttaa palvelutarpeen selvittämisen, tekee päätöksen tehostetusta kotikuntoutusjaksosta ja kotihoidon sovittu tiimi vastaa alkuarvioinnista ja toteutuksesta)
5. **Varmista** että tehostetun kotikuntoutusjakson toteuttamiseen on riittävät ja asiantuntevat resurssit ja että ne on huomioitu toiminnanohjausjärjestelmässä
6. **Varmista** että kirjaaminen on asiakaslähtöistä & ajantasaista ja tiedonkulku saumatonta
7. **Varmista** henkilöstön riittävä osaaminen ja **järjestä** perehdytys ja koulutus
8. **Varmista** että toimintamallin toteutuksessa on käytössä tarvittavat työvälineet ja teknologiset ratkaisut sekä niiden käyttöön liittyvä erityisosaaminen
9. **Määrittele** toimintamallin käyttöönoton arviointi ja seuranta omalla toiminta-alueella
 - Organisaation tavoitteet toimintamallille; millaisia vaikutuksia tehostetun kotikuntoutusjakson käyttöönotolla halutaan saada aikaiseksi?
 - Millä muuttujilla toimintamallin hyötyjä ja vaikutuksia seurataan?
 - Tehostetun kotikuntoutusjakson tulosten dokumentointi ja tilastointi
 - Menettelyt ja työkalut asiakaspalautteiden ja -kokemusten suunnittelussa, keräämisessä ja hyödyntämisessä

Lähteet

Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R.G. (2016). New horizons: Reablement-supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45(5): 574-578.

Janhunen E., Paltamaa J. & Pikkarainen A. (2018). Tehostettu kotikuntoutus -toimintamalli. Kukoistava kotihoito-hankkeen aikana yhteistoiminnallisesti tuotettu toimintamalli. Painamaton lähde.

3.6 Muistikuntoutus

Lea Jokela, Marianna Ikonen, Kristiina Juntunen, Pirjo Tiikkainen ja Eija Janhunen

3.6.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Muistikuntoutus on monialaisen kuntoutuksen erityisosaamisalue ja sitä toteutetaan osana kotihoitoa. Onnistuneen kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyssä, suunnittelussa ja toteutuksessa on muistisairaalla ja hänen omaisellaan keskeinen rooli (Pitkälä, 2010). Sujuva muistisairaahan hoito ja kuntoutus sisältävät oikea-aikaiset tukitoimet, joilla voidaan viivästyttää raskaampia palveluita. Oikea-aikaisilla kuntouttavilla toimilla mahdollistetaan omannäköinen, turvallinen ja mielekäs elämä muistisairaalle ihmiselle ja hänen omaiselleen. Muistikuntoutuksen keinoilla voidaan ennaltaehkäistä käytösoireita sekä omaisten uupumusta. (Eloniemi-Sulkava 2009, Pitkälä 2010.) Selkeä ja kaikkien tiedossa oleva muistisairaahan polku helpottaa niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin toimintaa. Kansansairauksien hyvä hoito sekä tietoisuuden lisääminen aivoterveystä ja elintapaohjaus ovat muistisairauksia ennaltaehkäisevää toimintaa. Ennaltaehkäisevät toimenpiteet jatkuvat läpi koko muistisairaahan asiakkaan polun, koska elintapoihin vaikuttamalla voidaan hidastaa sairauden etenemistä. (Ngandu ym. 2015.)

Muistisairauksien varhainen tunnistaminen on tärkeää, jotta hoito ja kuntoutus ovat oikea-aikaista. Kuntalaisten ja ammattilaisten osaamisen lisääminen muistisairauksien tunnistamisessa on olennaista. Muistisairauksien tunnistamista varhaisessa vaiheessa voidaan edistää muun muassa niin, että asiakas- ja potilastietojärjestelmiin liitetään herätteitä, jotka reagoivat ennalta määriteltäviin hälyttäviin merkkeihin (esim. perumattomat ajanvaraukset, paljon palveluja tarvitsevat vip-asiakkaat, huoli-ilmoitukset).

Muistisairauksien diagnosointi vaatii geriatriin ja muistihoitajan erityisosaamista ja tiivistä yhteistyötä. Jokaisella muistisairaalla on diagnoosin jälkeen oma nimetty muistikoordinaattori, joka koordinoi hoitoa ja kuntoutusta koko sairauden ajan. Muistikoordinaattoritoiminnan on todettu parantavan muistisairaahan ja omaisen elämänlaatua sekä mahdollistavan pidemmän kotona asumisen. (Pitkälä 2010.) Muistikoordinaattori tekee yhteistyötä geriatriin, asiakasohjauksen, kotihoidon, kolmannen sektorin ja kunnan HyTe (hyvinvointia ja terveyttä edistävän) -toiminnan kanssa. Muistikoordinaattori on myös mukana moniammatillisessa muistitiimissä. Tiimiin kuuluu vanhus- ja terveyspalvelujen eri yksiköiden henkilöstöä. Muistitiimin tehtävänä on kehittää muistityötä sekä varmistaa tiedon saatavuus sairastuneille ja omaisille esimerkiksi järjestämällä ensitietoa ja koulutusta.

"Jokaisella muistisairaalla on diagnoosin jälkeen oma nimetty muistikoordinaattori, joka koordinoi hoitoa ja kuntoutusta koko sairauden ajan."

Muistisairaahan henkilön kuntoutus käynnistyy yhteydenotolla asiakasohjaukseen, joka tekee asiakkaan ja omaisen kanssa ensiarvion tilanteesta. Yhteydenottajana voi muistisairaahan sijasta olla myös hänen omaisensa tai läheisensä. Mikäli tilanne niin edellyttää, asiakas etenee kuntouttavan arviointijakson alkuarviointiin. Muistikoordinaattorin asiantuntemusta hyödynnetään jo alkuarviointivaiheessa sekä myös kuntouttavan arviointijakson aikana.

Kuntoutuksen tavoitteena on muistisairaana oman toimintakyvyn ja voimavarojen ylläpitäminen sekä vahvistuminen, jotta kotona asuminen mahdollistuisi. Tarpeiden ja toiveiden kuuntelussa muistisairaana omainen toimii keskeisenä tulkkina. Muistisairaana kuntoutus on toimintakykyä ylläpitävää, sisältäen monipuolisia elintapoihin (uni, ravitsemus, liikunta), harrastuksiin, mielekkääseen arkeen ja sosiaalisiin suhteisiin kohdistettuja toimenpiteitä (Pitkälä, 2010). Kotihoidossa toteutuvassa muistikuntoutuksessa toimenpiteet valitaan sen mukaan, mitkä asiat muistisairas kokee merkitykselliseksi (kts. palvelulupaus). Myös omaiset ja läheiset tarvitsevat tukea ja kuntoutusta, koska vaikeat kognitiiviset ongelmat sekä niihin liittyvät psykososiaaliset arjen haasteet ovat yhteydessä suurempaan omaisten kuormittumiseen. (Juntunen ym.2018.) Muistikuntoutusta toteuttavat kaikki ne tahot, jotka ovat mukana muistisairaana ihmisen arjessa. Näillä tahoilla tulee olla tietoa muistisairauksista, muistisairaana elämän historiasta ja nykytilanteesta sekä riittävästi ajallisia resursseja kiireettömään kohtaamiseen. Rutiinien säilyminen ja jatkuvuus ovat tärkeitä muistisairaana toimintakyvyn ylläpysymisen kannalta.

3.6.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Muistisairaana asiakkaan polku sekä muistikuntoutuksen toiminta mallinnettiin kolmessa pilottikunnassa (kuva 16). Kehittämistyötä tehtiin moniammatillisessa työryhmässä yhdessä kuntien edustajien, Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Keski-Suomen Muistiyhdistys ry:n, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa.



Kuva 16. Muistisairaana asiakkaan polku (Jokela, Ikonen, Juntunen, Tiikkainen & Janhunen 2018)

Kunnissa on perustettu muistitiimejä ja kuvattu muistitiimin tehtäviä. Muistitiimien toiminta on lisännyt yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Pilottikunnissa on selkeytetty ja kirjattu muistihoidajan sekä muistikoordinaattorin työnkuvia. Käytössä on uusia toimintatapoja, jotka liittyvät muistisairauksien ennaltaehkäisyyn (apteekkipäivä), varhaiseen tunnistamiseen (terveystarkastukset) ja kuntoutukseen (toimintakykyä tukeva työote ja käyntiaikojen pidentäminen kotihoidossa). Pilottikuntien kesken on jaettu tietoa kokemuksista ja hyvistä käytännöistä sekä kotihoidossa tapahtuvan kuntoutuksen sisällöistä. Hyvän hoidon kriteeristöä (Anderson ym. 2016) on käytetty pohjana kehittämistyölle. Haastavan asiakkaan kohtaamisen - opas laadittiin ammattilaisille ja omaisille. Muistisairailta ja heidän omaisiltaan koottiin näkemyksiä ja kokemuksia hyvästä kotihoidosta. Saatua tietoa koottiin huoneentauluksi, joka on levitettävissä kaikkien tietoon ja käyttöön (kts. palvelulupaus).

Taulukko 7. Yhteenveto muistikuntoutuksen hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Oikea-aikainen ja yksilöllinen tuki ja kuntoutusta muistisairauden eri vaiheissa • Omaisten ja läheisten osallisuus osana kuntoutuspolkua vahvistuu • Ymmärrys asiakasta kohtaan lisääntyy • Osallistuminen merkitykselliseen arkeen ja tekemiseen omassa arjessa mahdollistuu • Asiakkaan aktiivisuustaso kasvaa • Voimavaroja tuetaan moniammatillisesti • Omaisten kykenee tukemaan toimintakyvyn säilymistä 	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilöstön osaaminen ja tietoisuus muistisairauksista ja -kuntoutuksesta lisääntyy • Asiakkaan kohtaaminen ja huomiointi käy luontevaksi • Yhteistyö eri tahojen välillä vahvistuu yli organisaatorajojen • Asiakkaan osallistamisen taidot lisääntyvät • Asiakkaan voimavarojen löytäminen ja hyödyntäminen toimintakyvyn tukemisessa helpottuu • Omaisten tietoisuus toimintakyvyn tukemisen mahdollisuuksista tukee ja helpottaa kotihoidon työtä 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaikissa organisaatioissa muistisairaiden hoidon ja kuntoutuksen toimintatavat yhteneviä ja näyttöön perustuvia • Ennaltaehkäistään ja siirretään raskaampien palveluiden tarvetta • Ennaltaehkäisevällä työllä vaikutetaan väestön muistiterveyteen • Varhaisella puuttumisella toimintakyvyn tukeminen aloitetaan ajoissa • Tiedottamisen myötä yleinen tietoisuus lisääntyy

3.6.3 Toimeenpano

Muistikuntoutuksen mallin kehittäminen käynnistyy sillä, että selvitetään ikäihmisten näkemys hyvästä kotihoidosta. Näkemystä käytetään määrittelytyön pohjana.

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet:

1. **Kartoita** kunnan muistialaan erikoistuneiden osaajien (muistihoitajat ja muistikoordinaattorit) määrä ja tarvittaessa käynnistetään tarvittaviin toimenkuvamuutoksiin liittyvä hallinnollinen muutos ja viedään päätettäväksi poliittiseen päätöksentekoon
2. **Kartoita** muistisairaana asiakkaan polkuun ja kuntoutukseen liittyvät olemassa olevat paikalliset käytännöt
3. **Arvioi** kehittämiskohteet hyvän hoidon kriteeristön (Anderson ym. 2016) avulla
4. **Valitse** kehittämiskohteet, nimetään niille vastuuhenkilöt ja toteuttajat sekä määritellään aikataulu
5. **Hyödynnä** kehittämistyössä kokemusasiantuntijoilta (muistisairailta ja omaisilta) saatavaa tietoa
6. **Varmista** muistisairaiden asiakkaiden kanssa työskentelevien ammattilaisten muistiosaaminen ja seurataan ja arvioidaan kehittämistyön toteutumista suhteessa Hyvän hoidon kriteeristöön (Anderson ym. 2016)
7. **Julkaise** kehitetyt käytännöt esimerkiksi kunnan kotisivuilla tai paikallislehtien välityksellä, jotta tieto olisi helposti saatavilla niin asiakkaille kuin ammattilaisillekin
8. **Tiedota** laajasti muistisairauksien varhaisen tunnistamisen hyödyistä sekä sen antamista mahdollisuuksista

Lähteet

Andersson, S., Husso, R., Nikumaa, H., Vuori, U., Okkonen, E. & Pohjanvuori, A. (2016). Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin, Muistiliitto Ry.

Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M., Pietilä, M., Savikko, N., Kautiainen, H., Tilvis, R.S. & Pitkälä, K.H. (2009). Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12): 2200-2208.

Jokela L., Ikonen M., Juntunen K., Tiikkainen P. & Janhunen E. (2018). Muistisairaana asiakkaan polku. Kukoistava kotihoito- hankkeen aikana yhteistoiminnallisesti tuotettu toimintamalli. Painamaton lähde.

Juntunen, K., Salminen, A., Törmäkangas, T., Tillman, P., Leinonen, K. & Nikander, R. (2018). Perceived Burden among Spouse, Adult Child and Parent Caregivers. *Journal of advanced nursing*, DOI: 10.1111/jan.13733.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä (2017). Muistisairaudet 2017, Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu,15.06.2018]. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#K1>

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H. & Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 385: 255–2263.

Pitkälä, K. (2010). Kuntoutus muistisairauksissa. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu,15.06.2018]. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01641>

3.7 Lääkehoidon kokonaisarviointi

Maria Mäkelä ja Anne-Mari Hakala

3.7.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Moniammatillisesti tehtävän lääkehoidon kokonaisarvioinnin tavoitteena on tunnistaa kotihoidon asiakkaan lääkityksen ongelmat ja ennaltaehkäistä väärästä lääkityksestä aiheutuva toimintakyvyn laskua. Lääkityksen tulee olla turvallinen, tehokas ja tarkoituksenmukainen ja sen tulee tukea asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä. Ikääntymisen ja monilääkityksen myötä lääkehoidon optimoinnin tärkeys korostuu. Moniammatillinen lääkehoidon kokonaisarviointi on tarkoitettu lääkärin työn tueksi auttamaan päätöksentekoa ja antamaan lisätietoa potilaan lääkehoidon onnistumisesta. Yhteistyön tulee tapahtua säännöllisesti osana tavanomaista hoidon suunnittelua.

Lääkehoidon arvioinnin asiantuntijan koulutuksen (LHA) ja Lääkehoidon kokonaisarvioinnin erityispätevyyden (LHKA) omaavilla farmasian ammattilaisilla on erityisosaamista monilääkitykseen ja iäkkäiden lääkehoitoon. Moniammatilliseen lääkehoidon arviointityöhön osallistuvat lääkäri, farmaseutti/proviisori ja sairaanhoitaja. Työssä hyödynnetään kaikkien osaamista ja työskennellään yhdessä tietoa toisille jakaen. Jokaisen ammattilaisen vastuut ja oikeudet toimia säilyvät.

3.7.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Kotihoitoon sovellettava moniammatillinen lääkehoidon kokonaisarviointi voidaan toteuttaa asiakkaan kotona tai vastaanotolla. Lääkehoidon kokonaisarvioinnin toteutuessa asiakkaan kotona, asiakasta on helppo pyytää ottamaan esille kaikki käytetyt lääkkeet tai valmisteet. Tällöin farmaseutti saa paljon tietoa asiakkaan todellisesta lääkityksestä ja siihen vaikuttavista muista valmisteista. Ammattilaisten, esimerkiksi lääkärin, vastaanotolla päästään tarkastelemaan myös asiakkaan potilastietoja. Farmaseutin, lääkärin ja sairaanhoitajan muodostama arviointitiimi kirjaa muutokset asiakassuunnitelmaan, jonka mukaisesti seurataan hoidon tavoitteiden toteutumista.

Lääkehoidon arvioinnissa korostuvat yhdessä tehty asiakassuunnitelma sekä sovitut lääkehoidon seurannan ja vaikutusten arviointimenetelmät. Sairaanhoitaja osallistuu lääkehoidon ja -muutosten toteutukseen ja suunnitteluun. Sairaanhoitaja varmistaa ja ohjeistaa muille lääkehoitoon osallistuville hoitajille lääkemuutosten toteutuksen ja arvioinnin. Hoitajien työssä korostuu vastuu lääkehoidon seurannasta ja arvioinnista kotihoidon arjessa. Heiltä saa myös tiimitapaamisessa arvokasta tietoa lääkehoidon onnistumisesta. Hoitajat toteuttavat myös hoidon seurannassa tarvittavat mittaukset ja kokeet.

Toimiakseen moniammatillinen malli edellyttää edellä nimettyjen ammattilaisten saatavuutta. Lisäksi tapaamiset tulee aikatauluttaa säännöllisesti toteutuviksi.

Asiakkaiden turvallisuudentunne lääkityksestä lisääntyy, kun he saavat tietoa lääkityksestään. Turvallisuuden tunnetta lisää myös se, että lääkehoidon arviointiin ja toteutukseen on kotihoidon henkilökunnan puolelta tarkasti paneuduttu. Tavoitteena on myös lisätä asiakkaan hoitoon sitoutumista farmaseutin avulla. Halutun vasteen saavuttamiseksi lääkkeitä tulee käyttää ohjeiden mukaisesti. Asiakkaan on helppo sitoutua lääkehoitoon, kun se on itselle sopiva ja

tarkoituksenmukainen. Usein ensimmäinen toimintakyvyssä näkyvä hyöty lääkemuutoksista on huimauksen väheneminen sekä väsymyksen ja sekavuuden poistuminen. Elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä ummetus, suun kuivuminen, väsymys tai unihäiriöt saattavat johtua vääränlaisesta lääkityksestä. Lisäksi ikääntyneiden kokonaislääkityksen tarkastamisella ja järjeistämällä voidaan säästää sekä asiakkaan että yhteiskunnan maksamissa lääkekuluissa.

3.7.3 Toimeenpano

Lääkehoidon kokonaisarviointi tulisi suositusten mukaisesti olla osa normaalia hoitokäytäntöä. Se tulisi tehdä ensimmäisen kerran heti palvelutarpeen ilmentyessä sekä vuosittain kaikille yli 75-vuotiaille monilääkityille. Huomionarvoista on, että lääkkeiden tulee olla tarkasti kohdistettuja: niiden määrällä ei sinänsä ole merkitystä, mutta jo muutaman lääkkeen vääränlainen kokonaisuus voi aiheuttaa ongelmia. Silti hyvin harkittu monilääkitys voi olla tarpeellinen ja turvallinen. Jatkuva moniammatillinen arviointi osana terveydenhuoltoa on osa tehokasta hoitokäytäntöä. (Merikoski et al. 2017.)

Yksin kotona ilman palveluita asuvat monilääkityt asiakkaat ovat erityisen alttiita mahdollisille lääkehaitoille. Neuvonnassa ja asiakasohjauksessa (ks. luku 3.2) tehdään ensiarvio ja kartoitus lääkityksen mahdollisesta vaikutuksesta heikentyneeseen toimintakykyyn ja palvelutarpeen heräämiseen. Arvion tekemiseen käytetään kirjattuja selkeitä ohjeita ja kriteerejä, joiden perusteella asiakas ohjataan moniammatilliseen lääkehoidon kokonaisarviointiin. Moniammatillisella MATTI-tiimillä on käytettävissään farmasian ammattilainen, jolla on LHKA-pätevyys tai vaadittava ammatillinen kokemus (AATE-työryhmä 2017) kliinisestä työstä.

Moniammatillinen lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään ennen kotihoidon kuntouttavan arviointijakson (ks. luku 3.3) alkua. Asiakkaalle tehtyjen lääkemuutosten pohjalta voidaan arvioida muutosten vaikutuksia kuntouttavan arviointijakson aikana osana asiakkaan toimintakyvyn arviointia. Samalla käydään tarkasti läpi myös käsikauppalääkkeet, luontaistuotteet ja ravintolisät. Ajantasainen lääkityslista päivitetään asiakkaan potilastietoihin sekä jatkossa OmaKantaan. Tämä helpottaa lääkehoidon kokonaisuuden hallintaa. Tärkeää on kuitenkin selvittää myös, mitä lääkkeitä asiakas todellisuudessa käyttää ja miten. Arviointijakson aikana eri terveydenhuollon ammattilaiset voivat olla helposti yhteydessä toisiinsa, mikä edesauttaa moniammatillista toimintatapaa. Tässä yhteydessä arvioinnin avulla pystytään havaitsemaan, jos lääkitys osaltaan aiheuttaa asiakkaan toimintakyvyn laskua. Yhteistyön ja seurannan tuloksena mahdolliset lääkehaittojen aiheuttamat ongelmat poistuvat ja kuntoutuksen toimenpiteet saadaan kohdennetuksi tarpeenmukaisella tavalla. Jos asiakas siirtyy säännölliseen kotihoitoon, hänellä on valmiiksi arvioitu tarkoituksenmukainen lääkitys, jonka vastetta hoitajien on helppo seurata. Koneelliseen annosjakeluun siirtyminen on mahdollista, kun lääkityksen soveltuvuus siihen on jo arvioitu.

Moniammatillisen tiimin muodostavat lääkäri, kotihoidon sairaanhoitaja ja farmaseutti/proviisori, jolla on LHKA-pätevyys. Säännöllinen potilassuhde potilaan ja lääkärin välillä helpottaa päätöksentekoa ja lääkehoidon hallintaa. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö vakiintuu ja tehostuu, kun toiminta on jatkuvaa. Siksi paras ratkaisu on nimetyt kotihoidon lääkärit osana moniammatillista tiimiä. Tällöin kotihoidon henkilöstö saa lääkärin ja farmaseutin kanssa tehtävän säännöllisen yhteydenpidon avulla tukea työhönsä. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu joustavasti, kun farmaseutti jalkautuu organisaation sisällä eri tiimeihin. Tiimitapaamiset järjestetään säännöllisesti sovittuina aikoina.

”Lääkkeiden määrällä ei sinänsä ole merkitystä, mutta jo muutaman lääkkeen vääränlainen kokonaisuus voi aiheuttaa ongelmia”

Tavoitteena on, että farmaseutilla on pääsy tarvittaviin potilastietoihin, jotta tietoja ei tarvitse erikseen pyytää hoitajilta. Tarvittaessa lääkityksen muutosehdotukset kirjataan suoraan potilastietojärjestelmään. Kun asiakkaalle aloitetaan koneellinen annosjakelu, tulee myös kokonaislääkitys tarkistaa. Pelkkä reseptitietojen tarkistus ei riitä.

Koneellisessa annosjakelussa olevan asiakkaan lääkehoito tulee arvioida säännöllisesti (noin vuoden välein) moniammatillisen tiimin toimesta. Farmasian ammattilaisen asiantuntemus voidaan hankkia sairaala-apteekista, perusterveydenhuollosta, avohuollon apteekista tai lääkehoidon arviointipalveluja tarjoavasta yrityksestä: (STM et al. 2016.) Farmaseutin apua tulee hyödyntää nykyistä monipuolisemmin kotihoidossa muun muassa lääkitysturvallisuustyössä ja lyhyissä konsultaatioissa. Tämä tukee rationaalisen lääkehoidon toteutumista ja parantaa potilasturvallisuutta.

Moniammatillisen lääkehoidon kokonaisarviointi tulee ottaa kiinteäksi osaksi kotihoidon toimintatapoja. Näin on mahdollista tavoittaa suuri osa monilääkityistä asiakkaista, joiden toimintakyky on alentunut. Mahdollisimman varhainen lääkehoidon ongelmien ennaltaehkäisy tuo parhaan hyödyn pitkällä aikavälillä.

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet:

1. **Nimeä** vastuuhenkilöt, vastuutyöryhmän jäsenet sekä käytettävissä olevat erityistyöntekijät
2. **Päätä**, kenelle moniammatillinen lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään
3. **Selkeytä**, miten ohjautuminen arviointiin tapahtuu asiakkaan polun eri vaiheissa
 - Mm. **kuva** moniammatillisen lääkehoidon kokonaisarvioinnin prosessi sekä asiakasohjauksessa että kotihoidossa
4. **Määrittele** eri tahojen roolit moniammatillisessa lääkehoidon kokonaisarvioinnissa
5. **Sovi** kirjaamiskäytännöistä
6. **Varmista** henkilöstön osaaminen ja **järjestä** perehdytys ja koulutus
7. **Nimeä** vastuulliset henkilöt (kuka tekee, mitä tekee, missä vaiheessa – asiakkaan oma rooli huomioiden)
8. **Varmista** toimintamallin käytössä tarvittavat työvälineet ja käytössä olevat teknologiset ratkaisut ja niihin liittyvä erityisosaaminen
9. **Määrittele** toimintamallin käyttöönoton arviointi ja seuranta

- Organisaation tavoitteet toimintamallille; millaisia vaikutuksia lääkehoidon kokonaisarvioinnilla halutaan saada aikaiseksi
- Millä muuttujilla toimintamallin hyötyjä ja vaikutuksia seurataan alussa, välillä ja lopussa
- Moniammatillisen lääkehoidon kokonaisarvioinnin tulosten dokumentointi ja tilastointi

Lähteet

AATE-työryhmä: Haaponiemi H, Holmström A, Kiiski A, Kosola K, Passi S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Salonen A, Tiihonen M, Valkonen V. (2007). Lääkehoidon arvioinnin osaamistavoitteet farmaseuteille ja proviisoreille eri toimintaympäristöihin. *Dosis* 33(3):199-209.

Merikoski M, Jyrkkä J, Auvinen K, Enlund H, Kumpusalo-Vauhkonen A, Liukkonen T, Lämsä E, Tönnroos E, Mäntylä A, Räisänen J & Mäntyselkä P. (2017). Ikkäiden Lääkehoidon Moniammatillinen Arviointi (ILMA). Vaikutukset kotihoidon asiakkaiden lääkitykseen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä terveys- ja hoivapalveluiden käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:34. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3884-7>

Sosiaali- ja terveysministeriö; Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, KELA. (2016). Lääkkeiden potilaskohtaisen annosjakelun hyvät toimintatavat. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:1. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3692-8>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma. Valiraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Saatavilla: <http://stm.fi/documents/1271139/3206721/rationaalisen-laakehoidon-toimeenpano-ohjelman-valiraportti.pdf/96618d40-01b5-4564-b771-6ada687f9059>

Sosiaali- ja terveysministeriön Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelman ohjausryhmä K. Hämeen-Anttila, U. Närhi & H. Tahvanainen. (2018). Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:15. 44 s. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3915-8>

3.8 Kotipäivystys

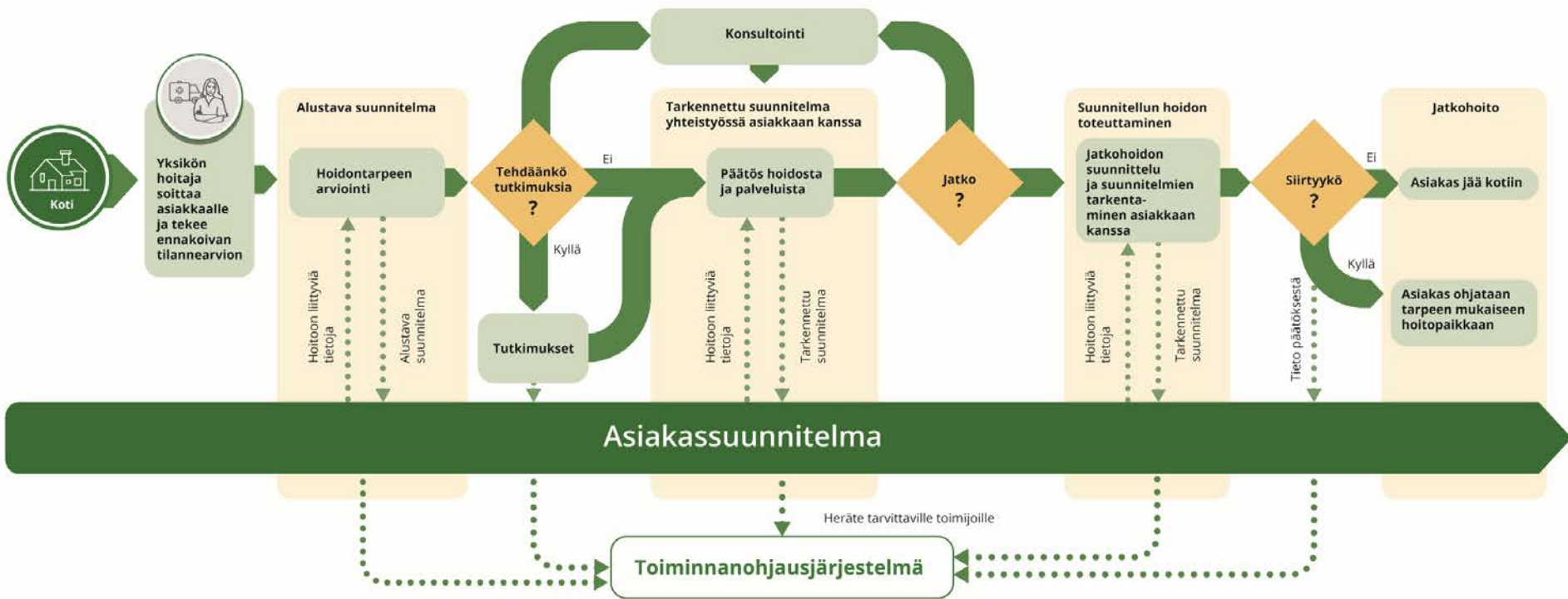
Suvi Manninen ja Riikka-Leena Leskelä

3.8.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Kotipäivystys-toimintamalli tuo kotihoidon asiakkaan kotiin sairaanhoidollista osaamista vuorokauden ajasta riippumatta. Kotipäivystyksen voi hälyttää paikalle hätäkeskus, mutta myös muu toimija, kuten kotihoidon työntekijä. Yksikön hoitajalla on mahdollisuus ottaa vieridiagnostisia tutkimuksia ja kartoittaa tarkasti asiakkaan terveydentilaa. Tutkimustuloksista keskustellaan asiakkaan kanssa, jonka jälkeen konsultoidaan etänä lääkäriä. Hoitaja voi lääkärin määräyksen perusteella esimerkiksi tehdä lähetteen laajempiin laboratoriotutkimuksiin tai aloittaa suonensisäisen antibiootin. Lääkäri antaa oman näkemyksen hoitajan ja asiakkaan yhdessä laadittuun jatkohoidon suunnitelmaan. Tavoitteena on, että asiakkaan tarve saadaan yhdellä kertaa hoidettua ja asiakkaalle ei synny tarvetta lähteä kotoa päivystykseen. Kotipäivystys ei korvaa ensihoitoa, vaan ennemminkin toimii sen rinnalla.

Keski-Suomen kunnissa toimintamallia on toistaiseksi toteutettu ensihoidon toteuttamana tukipalveluna kotihoidon asiakkaille ja kuntalaisille. Ensihoidon toteuttamaa kotipäivystystä voidaan kuitenkin toteuttaa vain niin, etteivät kotipäivystyskäynnit vaaranna ensihoitotehtävien suorittamista. Tämän vuoksi Keski-Suomessa on kehitetty toimintamalli, jossa kotipäivystystä toteuttaa siihen varta vasten varattu yhden hengen yksikkö. Se kummalla tavalla kotipäivystystä toteutetaan (ensihoidon vai siihen varatun yhden hengen yksikön kautta), riippuu alueen väestön tiheydestä ja muista tekijöistä. Asiakkaiden saama palvelu on kuitenkin molemmissa tapauksissa samanlainen kaikkialla maakunnassa.

Kotipäivystyksen prosessi on esitetty kuvassa 17. Yksikön toiminta lähtee asiakkaan tarpeesta, jonka on huomannut asiakas itse, lähiomainen, ammattilainen tai muu toimija. Yksiköstä otetaan aina yhteyttä asiakkaaseen ennen hänen kotiin menoa. Yhteydenotto on myös hoitajan työturvallisuuteen liittyvä asia – hoitajan ei esimerkiksi haluta menevän aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan luokse yksin. Kotipäivystyksen sujuva toiminta edellyttää, että yksiköllä sekä konsultoitavana olevalla lääkärillä on saatavilla ajantasaiset taustatiedot asiakkaasta. Lisäksi yksiköllä on hyvä olla mahdollisuus järjestellä jatkohoitoa tarvittaessa, esimerkiksi varata asiakkaalle aika terveysasemalle. Mikäli asiakas on siirrettävä sairaalaan ja hän tarvitsee siirron aikana seurantaa, siirretään hänet ambulanssilla. Kotipäivystyskäynnillä tehdyt hoitotoimenpiteet ja laaditut suunnitelmat tulevat myös kotihoidon tietoon asiakassuunnitelman kautta. Ideaalilanteessa käytössä on yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä ja sovitut yhteiset kirjauskäytännöt, joiden avulla ajantasainen tieto on kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien tiedossa. Vaihtoehtoisesti asiakassuunnitelman tiedot siirtyvät automaattisesti eri tietojärjestelmien välillä.



Kuva 17. Kukoistava kotihoito -hankkeen kotipäivystys prosessikuvaus (mukaillen Keski-Suomen Uusi sairaala -hankkeessa yhteisesti luotua QPR-prosessia).

3.8.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Kotipäivystyksen tarkoituksena on vähentää päivystyskäyntejä ja lyhentää osastojaksojen pituutta. Asiakkaan luokse tuodaan asiantuntemusta ja sairaalatasoista tutkimus-välineistöä, joka mahdollistaa tarkemman hoidon arvion tekemisen asiakkaan kotona kuin mitä kotihoito yksinään pystyisi tekemään. Kotona voidaan tehdä myös pieniä hoitotoimenpiteitä, konsultoida lääkäriä tai erikoisasiantuntijaa sekä laatia asiakkaan kanssa jatkohoidon suunnitelma.

"Kotipäivystyksen tarkoituksena on vähentää päivystyskäyntejä ja lyhentää osastojaksojen pituutta."

Toimintamallin vähentää ikäihmisen tarvetta sairaalakäynneille. Keski-Suomen alueella sairaalaan voi joillain henkilöillä olla jopa yli 150 kilometrin matka. Toimintamallin ansiosta ikäihmisen asiat hoituvat yhdellä käynnillä ja myös jatkohoito voidaan suunniteltu yhdessä hänen kanssaan. Jos osastohoitoa kuitenkin tarvitaan, on sitä toimintamallin avulla mahdollista lyhentää. Esimerkiksi, jos asiakkaan vointi sallii kotiutumisen, mutta hän tarvitsee suonensisäistä antibioottia kolme kertaa vuorokaudessa, voidaan kotipäivystys-mallilla tuoda palvelu asiakkaan kotiin.

Osastojaksojen välttäminen ja lyhentäminen on tärkeää, koska vuodelepo heikentää lähes kaikkia elintoimintoja ja on samalla riski ikäihmisen toimintakyvylle. Jo viikon vuodelepo vähentää lihasvoimaa useita kymmeniä prosentteja (Kelo, ym. 2015) ja vie ikääntyneen ihmisen alaraajojen lihasvoimasta 25 prosenttia ja luuston tiheydestä viisi prosenttia (Timonen, 2007). Pitkään jatkunut vuodelepo aiheuttaa painehaavoja ja laskimotukoksia ja jäykistää niveliä. Näiden lisäksi vuodepotilailla voi esiintyä masennusta ja sekavuutta. Hengitystoimintojen heikentymisestä johtuva alttius keuhkokuumeeseen sekä akuutit verisuonitukokset ovat tavallisimpia kuolinsyitä vuoteeseen jääneelle ikäihmiselle. (Tilvis ym. 2010.)

Kotipäivystyksen tyypisiä toimintamalleja on kokeiltu eri puolella Suomea ja niistä on hyviä kokemuksia. Hankasalmella kotipäivystys-toimintamalli on toiminut vuodesta 2016 alkaen ensihoidon tuottamana tukipalveluna. Toiminnan ansiosta kunnan asukkaita on muun muassa voitu kotiuttaa nopeammin osastolta kotiin. Vuonna 2017 oli yhteensä 161 sovittua ensihoidon toteuttamaa tehtävää 46 eri asiakkaalla. Näistä yli 65 -vuotiaita oli 35 asiakasta. Lisäksi kotipäivystyksellä on voitu vähentää sairaalahoidon tarvetta ja kuntalaiset ovat voineet olla kotona esimerkiksi suonensisäisen antibioottihoidon ajan. (Sirkka T. 2018.) Hankasalmella ja Joutsassa ensihoidolla on käytössä kotihoidon mobiilikirjaaminen, joka parantaa tiedonkulkua kotihoitoon ja siten myös asiakkaiden hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta.

Päijät-Hämeestä yhden hengen EVA-yksiköllä (Ensihoidon vastaanotto toiminta) on pyritty vähentämään päivystyskäyntejä: pilotissa toimintamalli koettiin hyväksi ja sen aikana havaittiin, että valtaosa käynneistä soveltuu yhden hengen hoidettavaksi. Myös Kuopiossa on pilotoitu yhden hoitajan kotisairaalayksikköä. (Junkala 2018). Eksotessa Päivystys olohuoneessa -toimintamallin avulla on myös onnistuttu vähentämään päivystyskäyntejä. Kolmen kuukauden 1.1.-31.3.2018 seurannan aikana Eksoten liikkuvilla yksiköillä oli 1714 tapahtumaa, joista ainoastaan 237 tapausta tarvitsi vuorokauden sisällä muuta palvelua yksikön käynnin jälkeen. Valtaosa asiakkaista pystyttiin siis hoitamaan kotona, eikä siirtymistä päivystykseen tarvittu. Päällekkäisten resurssien käyttöä ei seurantajakson aikana juurikaan ollut, ja asiakkaan luokse hälytettiin lähes aina oikea sekä tarpeenmukainen yksikkö. Liikkuvan yksikön kustannukset ovat

olivat noin 50 prosenttia ensihoitoyksikön kustannuksista. Yksikkö on tuottanut Eksotelle säästöjä vähentyneiden päivystyskäyntien ja hoitopäivien kautta. (Karppinen, 2018)

Taulukko 8. Yhteenveto kotipäivystyksen hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Asiantuntemus ja tutkimusvälineet tuodaan asiakkaan luokse • Asiakas välttyy turhilta päivystyskäynneiltä • Asiakas välttyy osastojaksolta tai osastojaksot ovat lyhyempiä • Asiakas välttyy sairaalassa saaduilta infektioilta ja riski toimintakyvyn laskulle pienenee • Asiakkaan asia hoituu kerralla 	<ul style="list-style-type: none"> • Osaaminen vahvistuu, kun opitaan toisilta • Muiden toimijoiden kuormitus vähenee • Yhteistyö kehittyy eri toimijoiden välillä • Hoitopolku yksinkertaistuu ja kontaktien/käyntien määrä vähenee 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhden hengen yksikön kustannukset puolet ensihoitoyksikköön verrattuna • Päivystyskäynnit vähenevät • Osastojen toiminnan sujuvoituminen – ne potilaat, jotka tarvitsevat hoitoa ovat osastohoidossa • Resurssit kohdentuvat oikein, ei turhia kontakteja

3.8.3 Toimeenpano

Kotipäivystys edellyttää joko yhden hengen yksikön perustamista tai yhteistyötä ensihoidon kanssa. Molemmissa tapauksissa toimiva kotipäivystys edellyttää hyvää yhteistyötä ja tiedonkulkua kotipäivystysyksikön, kotihoidon, päivystyksen ja hätäkeskuksen välillä sekä muiden toimijoiden esimerkiksi palveluasumisen. Lisäksi jatkohoitojen järjestäminen edellyttää mahdollisuutta yhteistyöhön terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa. Vahva ja luottamuksellinen lääkäriyhteistyö on edellytys toimivalle mallille.

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet:

1. **Tee** sopimus kotipäivystyksen tuottajan ja sairaanhoitopiirin välille mm. koskien lääkärikonsultaatioita
2. **Kehitä** hoitoketjua, jotta kotipäivystys löytää paikkansa eikä tuota päällekkäistä palvelua
3. **Luo** selkeä toimintamalli hälytysten ohjaamiselle (ensihoito vs. kotipäivystys) perustuen asiakassegmentointiin
4. **Rakenna** yhteistyötä kotipäivystyksen ja muiden sote-toimijoiden kanssa:
 - Yhteiset toimintatavat ja ymmärrys toisten työnkuvasta
 - Järjestelmällinen konsultointi sekä tiedonkulku ja -vaihto ammattilaisten välillä
 - Kirjaamiskäytännöistä sopiminen ja mahdollisuuksien mukaan kirjaaminen yhteiseen järjestelmään
 - Mahdollisuus yksiköllä järjestää asiakkaan jatkohoito (varata aikoja sote-toimipisteisiin)
5. **Rekrytoi tai kouluta** pätevä henkilöstö, jolla on laaja alueen palveluverkoston tuntemus

6. **Varmista** henkilöstön osaaminen niin kotipäivystyksessä, kotihoidossa kuin päivystyksessäkin
7. **Huolehdi** työntekijöille asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöoikeus
8. **Varmista** digitaalisten apuvälineiden käyttömahdollisuudet sekä hanki tarvittava diagnostiikkavälineistö
9. **Arvioi** toimintamallia eri ammattiryhmien näkökulmasta jatkuvasti ja kerää asiakaspalautetta järjestelmällisesti

Lähteet

- Junkala, H. (2018). Kotiin vietävien tukitehtävien mallintaminen ensihoitajien työnkuvaan. Ensihoidon ja kotihoidon moniammatillinen yhteistyö. YAMK-opinnäytetyö. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/142311/Junkala%20Hanna.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Karppinen, H. 2018. Liikkuvat päivystysyksiköt. Vaikuttavuusanalyysi ja tulokset. PP-esitys Eksote.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. (2015). Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sirkka, T. (2018). Hankasalmen kunta. Kunnan tilastoja.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (2016). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Timonen, L. (2007): Group-Based Exercise Training in Mobility Impaired Older Women. Effects of an Outpatient Multi-Component Training Program on Physical Performance, Mood, Functional Abilities and Social Welfare and Healthcare Costs After Acute Hospitalization. Kuopion yliopiston julkaisu D. Lääketiede 406. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0743-0/urn_isbn_978-951-27-0743-0.pdf

3.9 Kotiutusprosessi

Heidi Taskinen, Suvi Manninen ja Riikka-Leena Leskelä

3.9.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Asiakkaan jatkohoidon koordinointi ja kotiutusten haasteet ovat tunnistettu niin kansainvälisesti kuin valtakunnallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen siilomaisuus sekä tietojärjestelmät vaikeuttavat kotiutuksia monen muun tekijän ohella. Hoidon jatkuvuus vaatii onnistuakseen rajat ylittävää, tiedollista ja hallinnollista jatkuvuutta, jonka keskeisenä innovaattorina toimii asiakaslähtöisyys ja verkostomainen toiminta. (Ks. Kuusisto 2018.) Varhainen, ennakoiva ja systemaattinen jatkohoidon suunnittelu on ensisijaisen tärkeää, jotta asiakkaan kotiutuminen onnistuu. Huonosti suunniteltu jatkohoito vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja kasvattaa asiakkaan riskiä joutua uudelleen sairaalaan. Takaisin sairaalaan joutuminen on yksi keskeisistä hoidon laatua kuvaavista tekijöistä (ks. Hoitotyön tutkimussäätiö 2017). Ennakoiva jatkohoidon suunnittelu sekä yhdessä asiakkaan kanssa laadittu asiakassuunnitelma lisäävät kotiutuvan turvallisuuden tunnetta. (Shepperd ym. 2013; Koski 2017; Kuusisto 2018.)

"Varhainen, ennakoiva ja systemaattinen jatkohoidon suunnittelu on ensisijaisen tärkeää, jotta asiakkaan kotiutuminen onnistuu. Huonosti suunniteltu jatkohoito vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja kasvattaa asiakkaan riskiä joutua uudelleen sairaalaan."

Kotiutuksen toimintamallia ja vuodeosastoprosessia on kehitetty ja kuvattu Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä sekä alueen kunnissa. Sen vuoksi Kukoistava kotihoito -hankkeessa kotiutusprosessissa keskityttiin kahteen näkökulmaan: 1) tiedon kulun parantamiseen ja tietojärjestelmävaatimusten tunnistamiseen sekä 2) Kukoistava kotihoito -hankkeessa kehitettyjen toimintamallien nivomiseen kotiutusprosessiin (kuva 18). Oikean ja ajantasaisen tiedon saaminen kotiutusprosessin eri vaiheissa on yksi merkittävimmistä esteistä sujuvan kotiutuksen tiellä. Tästä syystä tiedon kulun parantaminen koettiin toimintamallin keskeiseksi kehitettäväksi asiaksi. Lisäksi Keski-Suomessa käynnissä oleva asiakas- ja potilastietojärjestelmän hankinta mahdollistaa uusien, tiedon kulkua merkittävästi parantavien toiminnallisuuksien huomioimisen tulevaisuudessa.



Kuva 18. Tiedon kulku kotiutusprosessissa ja toimintamallien linkittyminen kotiutusprosessiin.

Kun asiakas saapuu esimerkiksi päivystykseen tai osastolle, tehdään hoidon ja palvelutarpeen arvio yhdessä asiakkaan ja läheisen kanssa. Tässä vaiheessa on tärkeää, että vastaanottavalla henkilöllä on käytettävissään ajantasaiset tiedot mm. asiakkaan toimintakyvystä, kotiolosuhteista ja lääkityksistä. Palvelutarpeen arvion yhteydessä tunnistetaan asiakkaista ne, jotka tarvitsevat paljon palveluita (VIP-asiakkaat). Tämä voidaan toteuttaa nopeilla mittareilla, kuten esimerkiksi TRST:lla (Triage Risk Screening Tool, Triagen riskiarviointityökalu) tai ISAR:lla (Identification of Seniors At Risk; riskissä olevat ikäihmiset). VIP-asiakkaista lähtee heräte asiakasohjausyksikköön (ks. KAAPO) ja heille nimetään asiakasvastaava. Mikäli kyseessä on kotihoidon tai tukipalveluiden asiakas, lähtee tieto palveluiden tuottajille sekä asiakasohjaukseen siitä, että palvelu voidaan väliaikaisesti keskeyttää.

Hoidon- ja palvelutarpeen arvion jälkeen tehdään päätös palveluista. Kun kyseessä on kotihoidon uusi asiakas tai vastaavasti vanha asiakas, jonka palvelutarve on oleellisesti muuttunut, asiakasohjausyksikkö (KAAPO) ja tarvittaessa moniammatillinen tiimi ovat aktiivisesti mukana asiakassuunnitelman tekemisessä. Tässä vaiheessa arvioidaan asiakkaan kotiutumisen edellytykset (esimerkiksi apuvälinetarve tai kodinmuutostyöt) ja jatkohoitosuunnitelma. Uudelle kotihoidon asiakkaalle voidaan myös tarjota kuntouttava arviointijakso (ks. Kuntouttava arviointijakso) osastojakson jälkeen. Vanhalle asiakkaalle arvioidaan puolestaan tarve tehostetulle kotikuntoutukselle (ks. Tehostettu kotikuntoutus). Suunnitelman perusteella käynnistetään tarvittavat prosessit, kuten apuvälineiden organisointi.

Hoidon toteuttamisen aikana hoitoon osallistuvat tahot sekä asiakasohjaaja seuraavat toimintakyvyn kehittymistä. Tarvittaessa asiakkaalle tehdään lääkehoidon kokonaisarvio farmasistin tukemana (ks. Lääkehoidon kokonaisarvio). Asiakassuunnitelmaa päivitetään, jolloin kotihoito näkee tilanteen kehittymisen ja voi valmistautua vastaanottamaan asiakkaan takaisin kotiin. Asiakassuunnitelman päivitykset tulevat automaattisesti kaikkien olennaisten tahojen tietoon.

Kun asiakas siirtyy jatkohoitoon (esimerkiksi kuntouttavalle arviointijaksolle tai tehostettuun kotikuntoutukseen) tieto muuttuneesta palvelutarpeesta, päivitettyt lääkitystiedot, hoito-ohjeet sekä muut olennaiset tiedot tulee olla vastaanottavan tahon tiedossa. Lisäksi asiakasta ja hänen läheisiä on tiedotettu siitä, minne tarvittaessa voi olla yhteydessä.

Ideaalitulanteessa kaikilla toimijoilla yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä, jolloin ajantasainen tieto on helppo tuoda kaikkien tahojen käyttöön. Mikäli toimijoilla on erilliset järjestelmät, on rakennettava tapa, jolla tieto siirtyy järjestelmien välillä (esim. Kantaan siirtyvien yhteenvetöjen kautta).

3.9.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Sujuvan hoitoketjun tavoitteena on varmistaa asiakkaan tarpeen mukainen hoitopaikka ja välttää asiakkaiden ns. turhia siirtoja. Jatkohoidon ennakoimattomuus ja suunnitteleamattomuus kuormittavat päivystyksiä ja vuodeosastoja eikä ammattilaisille muodostu kokonaiskuvaa asiakkaiden hoidosta. Yksi yhtenäinen asiakassuunnitelma luo selkeämmän kokonaiskuvan asiakkaan tarpeista, toimintakyvystä ja jatkohoidosta. Paljon palveluja tarvitsevien VIP-asiakkaiden kohdalla hoidon vaikuttavuus varmistetaan nimetyn asiakasohjaajan (ks. Kaapo 3.2) toimesta, joka koordinoi asiakkaan polkua ja palvelukokonaisuutta. Asiakkaan polulla ennakoitavuuden ja moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu niissä eri vaiheissa, joissa ammattilaiset jakavat tietoa ja osaamistaan

asiakkaan parhaaksi. Sujuva kotiutusprosessi lyhentää hoitajakson kestoja. Lyhyet hoitajakset ovat sairaalan kannalta kustannustehokkaita mutta tärkeitä myös asiakkaan toimintakyvyn säilymistä kannalta. Pitkä hoitajakso vaikeuttaa potilaan kotiutumista kotiin, missä asiakkaan on selvittävä itsenäisemmin kuin sairaalahoitossa. (Koski, 2017.) Onnistunut kotiutuminen ja oikein valittu jatkohoitopolku myös vähentävät asiakkaiden palaamista sairaalaan tai päivystykseen.

Turvallisen kotiutuksen edellytyksenä on kaikkien toimijoiden välinen sujuva yhteistyö, joka koostuu tarpeen mukaisesta ja oikea-aikaisesta tiedonkulusta, yhteisistä läpinäkyvistä toimintaperiaatteista ja kotiutumisen edellytyksistä ts. kriteereistä. Proaktiivisella ja moniammatillisella tiimityöllä, selkeällä vastuunjaolla ja pelisäännöillä sekä työntekijöiden konsultointi- että vertaistuen mahdollisuuksilla pystytään sujuvoittamaan palvelu- ja hoitoketjuja ja asiakkaiden siirtymisiä. (Ks. Koikkalainen ym. 2013; Koski, 2017.) Kotiutusten onnistumiseksi niin ammattilaisten kuin muiden toimijoiden tulee tunnistaa paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat ja ne, joilla voi olla haasteita kotona pärjäämisessä.

Asiakas nostetaan keskiöön ottamalla hänet aktiiviseksi osallistujaksi moniammatilliseen arviointiin ja hoidon suunnitteluun. Asiakkaan ja läheisten osallistuminen moniammatilliseen arviointiin ja hoidon suunnitteluun lisää asiakkaan tietoutta hoidon suunnittelusta ja sitouttaa asiakasta omahoitoon. Lisäksi asiakasta kannustetaan oman toimintakyvyn tukemiseen ja ylläpitoon mm. etsimällä asiakkaalle soveltuvia arjen tuen keinoja.

Case Jyväskylä

Jyväskylä on jalkauttanut yhden vanhuspalluiden palveluohjaajan terveyskeskussairaalan vuodeosastoille. Jalkautumisella terveyskeskussairaaloihin on haluttu tiivistää yhteistyötä, jotta asiakkaan kotiutus olisi sujuvampi. Tarkoituksena on ollut, että asiakkaan voimavarat ja toimintakyky huomioitaisiin paremmin kotiutuessa, jotta kotiutus olisi onnistunut. Palveluohjaajalle ohjautuu selvittelyyn ne asiakkaat, joiden kotiutuminen vaatii syvempää tarkastelua ja moniammatillista yhteistyötä sekä intensiivistä paneutumista tilanteeseen. Asiakkaan toimintakyvyn ja kotiolojen huomiointi on tärkeää, koska niillä on merkittävä vaikutus kotiutuksen onnistumiseen. Jalkautumisen aikana asiakasohjauksen tarvetta ja paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita on opittu paremmin tunnistamaan. Oikea aikaisen kotiutumisen tunnistaminen ja palveluiden oikea kohdentaminen on tärkeää, jotta asiakkaalle ei synny tarvetta palata sairaalaan. Jyväskylässä yhteistyö ammattilaisten, asiakkaiden ja läheisten välillä on lisääntynyt ja palveluohjaajan selvittelytyö on koettu tarpeelliseksi.

Taulukko 10. Yhteenveto kotiutusprosessin kehittämisen hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> Kotiutus tapahtuu oikea-aikaisesti, jolloin osastojakso jää niin lyhyeksi kuin mahdollista Jatkohoitoon siirtyminen on suunnitelmallista, ja kotona pärjäämistä tuetaan tarpeen mukaan, jolloin sairaalaan palaamisen riski pienenee Tiedon kulku toimijoiden välillä on sujuvaa, jolloin hoidon laatu paranee 	<ul style="list-style-type: none"> Selkeät, yhdenmukaiset toimintamallit helpottavat työtä Moniammatillinen tuki kasvattaa osaamista ja vähentää asiakasohjauksen, osastojen ja päivystyksen henkilöstön kuormitusta Henkilöstöllä ei kulu työaikaa asioiden selvittelyyn ja varmisteluun 	<ul style="list-style-type: none"> Sairaalahoidon kustannukset pienenevät Päivystyskäyntejä ja sairaalajaksoja tulee vähemmän, jolloin voidaan resursoida kotona pärjäämisen tukemista paremmin Hyvä ennakointi ja ajantasainen tieto vähentävät turhaa tekemistä

3.9.3 Toimeenpano

Jatkohoidon suunnittelu ja kehittäminen vaatii johtotason keskustelua eri toimijoiden kanssa sekä yhteistä näkemystä kehittämistarpeista. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden siilomaisuus ja eroavaisuudet eivät saa olla jatkohoidon koordinoinnin ja kehittämisen esteenä, vaan asiakkaan ja hänen tarpeidensa tulee olla kehittämisen keskiössä. Yhteisen näkemyksen sekä kaikkien olennaisten toimijoiden mukaan saaminen on haastavaa, mutta samalla myös edellytys toimintamallin onnistuneelle jalkautumiselle.

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet:

- Sitouta** sosiaalipalveluiden, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ensihoidon ja kolmannen sektorin toimijat yhteiseen toiminnan kehittämiseen
 - Sekä johtotaso, esimiestaso että työntekijätaso: johdolta tarvitaan vahva tuki, hyväksyntä ja sitoutuminen kehittämistyölle sekä uusien toimintamallien käyttöönotolle. Esimiehet ja työntekijät tekevät suuren osan kehitystyöstä ja uuden kotiutusprosessin jalkauttamisesta
- Varaa aikaa ja resurssia** yhteiselle kehittämiselle
- Nimeä vastuutaho**, joka koordinoi ja suunnittelee kehittämistä, järjestää tapaamisia sekä huolehtii asiasisällöstä ja tuotoksista
- Rakenna alusta** materiaalien ja tuotosten keräämiselle ja jakamiselle kehittämisen aikana
- Osallista asiakkaat** kehittämistoimintaan esim. asiakasraatitoiminnan, kokemusasiantuntijoiden ja systemaattisesti toteutettujen asiakaspalautteiden avulla
- Etsi yhteiset tavoitteet**, johon kaikki osapuolet voivat sitoutua: asiakkaiden paras
- Rakenna luottamusta** eri toimijoiden välillä. Toisiin tutustuminen ja yhteisen tavoitteen eteen työskentely auttaa
- Rakenna toimintamalli** ja tapa tiedon siirtymiselle toimijoiden välillä ja luo yhteiset kirjaamiskäytännöt

9. **Kytke muut toimintamallit ja palvelut** osaksi kotiutusprosessia (esimerkiksi kotona tapahtuva kuntoutus ja keskitetty asiakasohjaus)
10. **Huomioi paljon palveluja tarvitsevat VIP-asiakkaat** suunnittelussa ja kehittämisessä, koska he kerryttävät paljon kustannuksia ja heidän elämänlaatuaan voidaan merkittävästi parantaa suhteessa nykytilaan
11. **Suunnittele kehittämistoiminnan seuranta ja arviointi** samalla, jotta muutosten vaikutukset voidaan todentaa

Lähteet

Hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS) (2017). Kotiutusmenetelmien vaikuttavuus potilaan palaamiseen sairaalahoitoon kotiutuksen jälkeen. Näyttövinkki 4. Viitattu 5.9.2018.
<http://www.hotus.fi/system/files/Nayttovinkki-2017-4.pdf>

Koski, J. (2017). Sairaalasta kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 18.7.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf

Koikkalainen, P., Ruoranen, M., Ahonen, T., Kuusinen A. & Kettunen T. (2013). Tavoitteena terveyshyöty ja osaamisen kehittäminen: RAMPE-hankkeen Keski-Suomen osahankkeen loppuraportti 2012 – 2013. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 130/2013. [Viitattu 11.8.2018] Saatavissa:
<http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B0AEE607B-EB41-45A0-859A-4522C615ACA6%7D/45350>

Kuusisto A. (2018). Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Väitöstutkimus. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 6.9.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2707-1/urn_isbn_978-952-61-2707-1.pdf

Shepperd, S., Lannin, NA., Clemson, LM., McCluskey, A., Cameron, ID. & Barras, SL. (2013). Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Viitattu 18.7.2018
<http://cochranelibrary-wiley.com/wol1/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub4/abstract>

3.10 Moniammatillinen tuki (lääkärituki ja hoitajien vertaistuki)

Suvi Manninen, Heidi Taskinen ja Riikka-Leena Leskelä

3.10.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Kotihoidossa hoidetaan enenevässä määrin monisairaita asiakkaita. Kotihoidon asiakaskäynneillä kotihoidon työntekijät käyvät pääasiassa yksin. Moniammatillisen tuen toimintamallin tarkoituksena on antaa tukea kotihoidon työntekijöille asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa. Hankesuunnitelmassa toimintamallia käsiteltiin Lääkärituki ja hoitajien vertaistuki -mallina. Malli laajentui hankkeen aikana moniammatillisen tuen käsitteeksi, joka kattaa myös muilta ammattiryhmiltä saadun konsultaatiotuen.

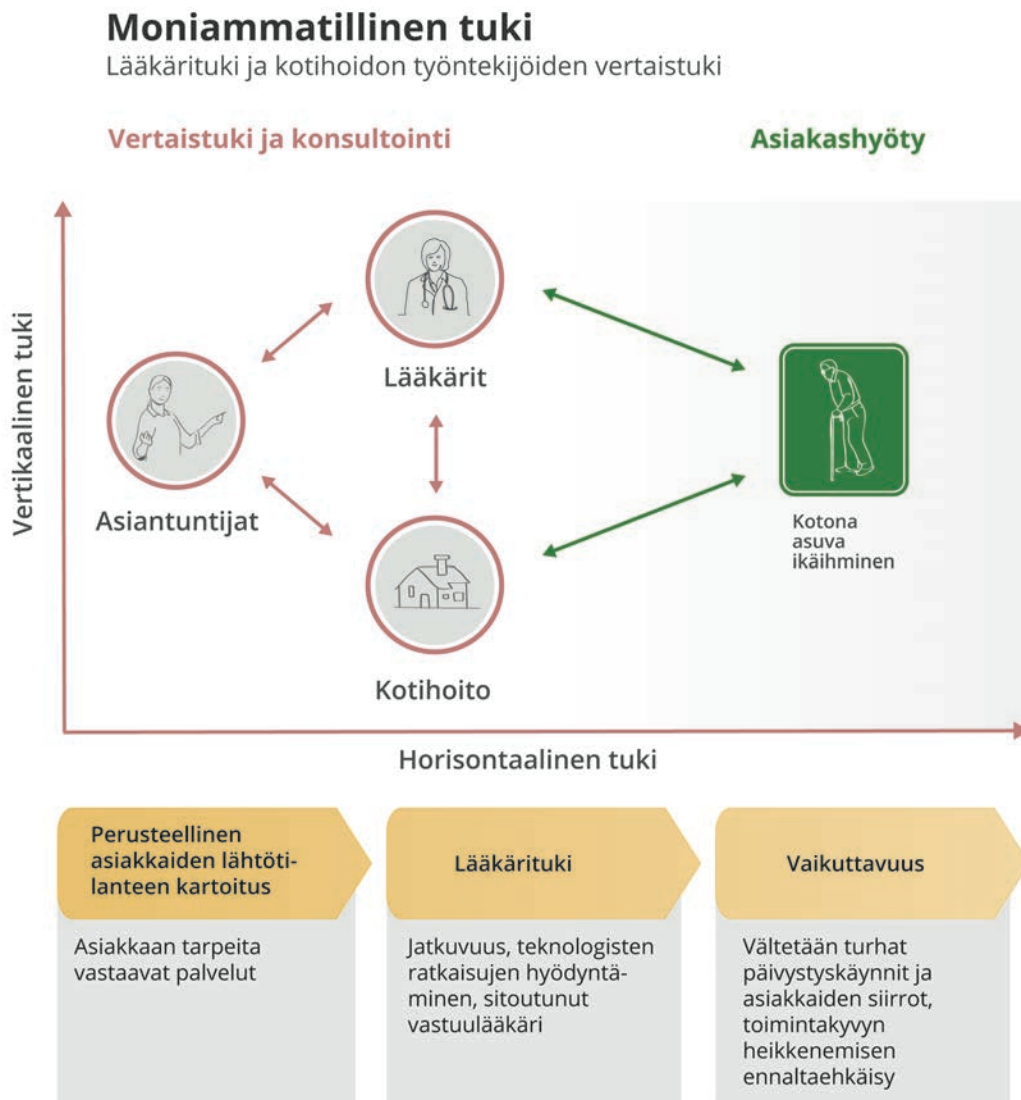
"Moniammatillisen tuen toimintamallin tarkoituksena on antaa tukea kotihoidon työntekijöille asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa."

Tuki voi olla "horisontaalista", eli saman ammattiryhmän tai toimintayksikön sisäistä vertaistukea, tai "vertikaalista", eli eri ammattiryhmien ja eri toimintayksiköiden välistä konsultointia. Vertaistuki tarkoittaa työntekijöiden välistä matalan kynnyksen tukea esimerkiksi kotihoidon sairaanhoitajalta, kotihoidon kuntoutuksen asiantuntijalta tai muilta organisaation asiantuntijoilta. Kotihoidon työntekijät saavat vertaistukea ensisijaisesti omasta tiimistä, etenkin kokeneemmilta kollegoilta. Haastavissa tilanteissa kotihoidon työntekijöiden on mahdollista saada lisätukea ja laajempaa osaamista käyttöön konsultoimalla ammattilaisia perus- ja erikoissairaanhoidossa. Nämä ammattilaiset voivat olla esimerkiksi lääkäreitä tai asiantuntijasairaanhoitajia, kuten diabeteshoitaja, reumahoitaja tai haavahoitaja. Konsultoinnissa hyödynnetään digitaalisia apuvälineitä ja yhteisiä asiakastietoja. Moniammatillisen tuen toimintamallissa (kuva 19) korostuu ammattilaisten välinen yhteistyö niin vertikaalisella kuin horisontaalisella tasolla asiakkaan pärjäämisen tukemiseksi.

Jotta konsultoitavat ammattilaiset pystyvät tukemaan kotihoidon työntekijöitä parhaalla mahdollisella tavalla, tarvitaan heidän kesken yhdessä sovitut periaatteet. Esimerkiksi konsultaatiotilanteessa on tärkeää, että lääkäriillä tai muulla ammattilaisella on käytössään riittävät tiedot asiakkaan taustasta ja tilanteesta. Tätä varten asiakkaan terveydentilasta ja toimintakyvystä on tehtävä perusteellinen alkukartoitus sovitun menetelmän mukaisesti, ja tiedot on pidettävä ajan tasalla. Parhaaseen tilanteeseen päästään, kun asiakkaalla on nimetty vastuulääkäri, joka tuntee asiakkaan asiat. Moniammatillisen tuen apuvälineenä akuuteissa tilanteissa voidaan käyttää erilaisia mittareita, joka mahdollistaa sen, että eri osapuolet puhuvat samaa kieltä. NEWS-pisteytys (National Early Warning Score = Aikaisen varoituksen pistejärjestelmä) on esimerkki tällaisesta mittarista. NEWS-pisteet perustuvat elintoimintojen arviointiin ja niiden tarkoituksena on tuottaa tietoa hoidon tarpeen arviointiin ja ikääntyneen henkilön voinnin muutosten ennakoitua (Karjalainen ym. 2018).

Kotihoidossa voi toimia eri ammattilaisia asiakkaiden tarpeiden täyttämiseksi, joten toimintamalli edellyttää avarakatseisuutta ja luottamusta niin oman ammattiryhmän kuin organisaation ulkopuolelle. Jokainen ammattilainen toimii asiakkaan tarpeiden ja yhdessä

sovitun asiakassuunnitelman mukaisesti sekä pyrkii hankkimaan asianmukaista asiantuntemusta asiakkaan parhaaksi.



Kuva 19. Moniammatillinen tuki ja asiakkaan hyöty

3.10.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

Ikääntyneen hoidon tarpeen arviointi on haasteellista, koska akuutisti sairastuneen ikäihmisen oireet voivat olla lääketieteellisesti epämääräisiä (esim. sekavuus, harhaisuus, kaatuilu). Taustalla voi kuitenkin olla vakava syy, kuten akuutti infektio, sydäntapahtuma tai aivoverenkiertohäiriö. Monisairastavuus, ikääntymisen aiheuttavat muutokset elimistössä ja toimintakyvyn heikkenemiseen liittyvä hauraus altistavat ikääntyneet työkäisiä enemmän akuuteille sairauksille. (Haapamäki et al. 2014.) Kotihoidon henkilöstön toimiminen yksin asiakkaiden luona haastaa työntekijöiden tietotaitoa. Toimiva vertais- ja lääkärituki auttaa työntekijän päätöksentekoa.

Parantamalla kotihoidon työntekijöiden moniammatillista tukea kehitetään kotihoidon työntekijöiden osaamista ja hoidon laatua. Kun asiakkaan terveydentilassa tai toimintakyvyssä

tapahtuu muutos ja kotihoidon työntekijällä on tähän liittyen mahdollisuus saada tukea muilta ammattilaisilta, voidaan nykyistä suurempi osa ongelmista ratkaista asiakkaan kotona. Tällä ehkäistään epätarkoituksenmukaisia päivystyskäyntejä ja jopa osastojaksoja. Varsinkin muistisairaille sairaalassaolo vaikuttaa negatiivisesti toimintakykyyn, jonka lisäksi he itse kokevat sairaalassa vietetyn ajan epämiellyttävänä ja stressaavana (Hynninen 2016). Vaikka kotihoidon työntekijät toimivat asiakkaan luona yksin, monisairaana asiakkaan tilanteen arviointi edellyttää kokonaisvaltaista osaamista. Toimivalla moniammatillisella tuella voidaan auttaa työntekijää päätöksenteossa ja vahvistaa myös ammatillista osaamista (Ks. luku Kotihoidon henkilöstön osaamiskartoitus.)

Vanhuspalveluiden lääkituksesta on hyviä kokemuksia eri puolelta Suomea. Porvoossa otettiin vuonna 2012 käyttöön kotihoitoon vastuulääkärin malli. Mallissa asiakkaille nimettiin vastuulääkäri, joka teki asiakkaille lähtökartoitukset. Lisäksi päivystävä lääkäri oli tavoitettavissa ympäri vuorokautisesti. Toimintamalli vähensi kotihoidon asiakkaiden päivystyskäyntejä ja kotihoidon asiakkaiden sairaalajaksoja vähensivät 35 prosenttia. (Kivimäki 2016). Vastaavanlainen vastuulääkärin malli on ollut käytössä Vaasassa tehostetussa palveluasumisessa. Toimintamalli vähensi päivystyskäyntejä ja sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon kustannuksia. Vaikka toimintamalli edellytti investointeja lääkitukseen, oli malli kokonaisuudessaan kustannuksia säästävä (arviolta 0,5 milj. € vuodessa). (Lindh 2015.)

Moniammatillisen tuen hyödyt eri toimijoiden näkökulmasta on tiivistetty taulukkoon 11.

Taulukko 9. Yhteenveto moniammatillisen tuen hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Saa asiantuntevaa apua paikan päällä tai etänä • Välttyy epätarkoituksen mukaisilta lääkäri- ja päivystyskäynneiltä sekä vuodeosastojaksoilta, jotka voivat heikentää toimintakykyä • Osaavampi henkilöstö; tukee toimintakykyä ja huomio mahdolliset muutokset ajoissa ja puuttuu niihin 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyödynnetään ja kasvatetaan työntekijöiden asiantuntemusta, mikä parantaa työhyvinvointia • Oman osaamisen vahvistaminen konsultoidessa asiantuntijoita, mikä vaikuttaa työhyvinvointiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyödynnetään henkilöstön osaamista • Vähennetään lääkäri- ja päivystyskäyntejä ja vuodeosastojaksoja • Kohdennetaan resursseja oikein

3.10.3 Toimeenpano

Monialaisen toimintamallin kehittäminen vaatii eri ammattilaisten ja sote-toimijoiden välistä verkostoyhteistyötä. Moniammatillisen tuen toimintamallia ei voida kehittää yksin, vaan kehittämisessä tulee olla mukana niin johtotasoa kuin sote-asiantuntijoita.

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet:

1. **Osallista ja sitouta** eri toimijat (kotihoito, lääkärit, päivystys, erikoissairaanhoidajat ja erityistyöntekijät PTH:ssa ja ESH:ssa) suunnitteluun
2. **Laadi osaamisprofiilit** tukemaan ammattilaisten ja asiantuntijoiden hyödyntämistä (ks. Kotihoidon osaaminen). Eri ammattilaiset ja sote-toimijat voivat hyödyntää profiileja moniammatillisen tuen kehittämisessä.
3. **Investoi** tarvittaessa vastuulääkärimalliin ja mahdollista lääkärituen saatavuus 24/7
4. **Laadi eri toimijoiden yhteistyönä toimintamallit**, miten ja missä tilanteissa eri ammattilaiset ja eri sote-toimijat voivat konsultoida toisiaan - matalalla kynnyksellä
5. **Ota käyttöön NEWS-pisteytys** tai vastaava terveydentilan arviointityökalu akuutteja tilanteita varten:
 - Varmista systemaattisella suunnittelulla ja yhtenäisillä linjauksilla asiakas- ja potilasturvallisuus,
 - Varmista osaaminen ja kouluta sairaanhoitajat käyttämään mittaria,
 - Hanki vaadittavat diagnostiset välineet (esim. verenpainemittari, kuumemittari ja saturaatiomittari)
 - Integroi työkalu asiakas- tai potilastietojärjestelmään, jos vain mahdollista
6. **Ratkaise** miten tiedon jakaminen toimijoiden välillä onnistuu
7. **Jatkokehitä** toimintamallia jatkuvan kehittämisen menetelmällä. Hyväksy ettei täydellistä mallia saavuteta kerralla.

Lähteet

Haapamäki, E., Huhtala, H., Löfgren, T., Mylläri, E., Seinelä, L. & Valvanne, J. (2014). Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. Kuntaliitto. Viitattu 5.7.2018. http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/paivystysartikkeli_ebook.pdf.

Hynninen, N. (2016). Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Oulu. Viitattu 5.7. 2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>.

Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Rantala, H. & Tirkkonen, J. (2018). Lääkärilehti. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. Viitattu 11.7.2018 <http://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?public=6cf51054acd41361903e086b728763b8#reference-13>

Kivimäki, T. (2016). Vanhusten palveluketju uudistui Porvoossa – kotihoito keskiöön. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 7 Kuntaliitto.

Lindh, M. (2015). Performance assessment of nursing home medical practice services. Diplomityö. Aalto-yliopisto, Sähkötekniikan korkeakoulu.

3.11 Tarvepohjainen toimintamalli

Mikko Mulari

3.11.1 Toimintamallin tiivis kuvaus

Tarvepohjainen toimintamalli on kotihoidon johtamisen menetelmä, jonka tavoitteena on varmistaa, että oikea määrä hoitajia on oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Mallin tavoitteena on parantaa samanaikaisesti kotihoidon tehokkuutta, laatua ja henkilöstön työhyvinvointia.

Tehokkuuden parantaminen tarkoittaa sitä, että hoitajien asiakkaiden luona viettämän työajan osuus kasvaa ja nousee kohti asetettua tavoitetasoa. Asetettu tavoitetaso vaihtelee kotihoitoyksiköittäin sekä henkilöstön ammattiryhmien välillä. Suomessa yleisenä asiakkaan luona vietetyn ajan tavoitetasona pidetään lähihoitajilla noin 60 prosenttia ja sairaanhoitajilla yli 40 prosenttia. Sopivan tavoitetason määrittelyyn vaikuttaa useita tekijöitä, kuten maantiede, yksikön koko ja sairaanhoitajien osuus työvoimasta sekä heidän eroihin sairaanhoitajien toimenkuvassa. Kotihoidon laatua parannetaan sillä, että asiakkaan luona käy vain rajallinen määrä eri hoitajia, ulkopuolisen tilapäistyövoiman käyttöä vähennetään ja, että asiakkaat saavat sovittun määrän palveluita eli heidän hoito- ja palvelusuunnitelmat toteutuvat. Suunnitellun palveluajan toteutuessa hoitajilla on aikaa asiakkaan kohtaamiseen sekä kuntouttavaan työöteeseen. Henkilöstön työhyvinvoinnin parantuminen näkyy mm. siinä, että lyhytaikaisten sairauspoissaolojen määrä vähenee ja hoitajat ovat motivoituneita työssään.

Tarvepohjaisen toimintamallin taustalla on kolme kotihoidolle tyypillistä haastetta: kotihoidon ruuhkahuiput, henkilöstön saatavuuden vaihtelu ja asiakkaan luona käyvien hoitajien suuri määrä.

Ruuhkahuipuissa merkittävä osa kotihoidon työtehtävistä ajoittuu muutamalle aikaisena aamun ja myöhäisen illan tunnille. Näinä aikoina hoitajien tarve on merkittävästi suurempi kuin muulloin päivän aikana. Koska hoitajia ei ole mahdollista palkata vain ruuhkahuippuihin ja heidän työvuoron ollessa ruuhka-aikaa pidempi, osa hoitajien työvuorosta sisältää vain vähän asiakastyötä. Tästä seuraa se, että henkilöstön työaika ei välttämättä kohdistu tehokkaasti työvuorojen aikana. Ruuhkahuiput eivät ainoastaan perustu todelliseen asiakastarpeeseen, vaan niiden taustalla on myös kotihoitoalueiden vakiintuneita toimintatapoja. Esimerkiksi matka-ajan vähentämisen liiallinen priorisointi hoitajien käyntilistojen suunnittelussa näkyy siinä, että lähekkäin asuvien asiakkaiden luona käydään peräkkäin. Osa asiakaskäynneistä on toki aikakriittisiä, eli tiettyyn aikaan sidottuja, kun taas osa käynneistä voi olla ns. ei-aikakriittisiä ja vapaammin aikataulutettavissa. Tähän liittyen on ollut myös tapana, että tietyt lääkkeet annetaan aina aamulla, vaikka ajankohtaa tärkeämpää olisi lääkkeiden annon säännöllisyys. Hoitajien matka-ajan priorisointi siirtää ei-aikakriittisiä käyntejä ruuhka-aikoihin, mikä puolestaan lisää ruuhka-ajan hoitajatarvetta. Vaikka matka-ajan lyhentämisellä pyritään tehostamaan hoitajien työajan käyttöä, vaikutus on päinvastainen: tarvitaan useampia hoitajia samojen käyntien suorittamiseen, koska samaan aikaan suoritettavia käyntejä on enemmän (Groop 2012; 2014).

Asiakastarpeen ja henkilöstön saatavuuden vaihtelulla tarkoitetaan sitä, että kotihoitotiimien asiakastarve ja käytettävissä oleva henkilöstömäärä eivät kohtaa. Asiakastarpeen vaihtelu johtuu äkillisistä muutoksista asiakkaiden terveydentilassa, asiakkaiden sairaalajaksoista (kotihoidon ns. keskeytykset) sekä uusista ja poistuvista asiakkaista. Hoitohenkilöstön

saatavuuden vaihtelu johtuu puolestaan pitkälti hoitohenkilöstön sairauspoissaoloista – erityisesti äkillisistä poissaoloista, joita kotihoidossa on paljon. Hoitajien työvuoroja ei tyypillisesti suunnitella keskitetysti koko kotihoitoyksikölle, vaan ne suunnitellaan joka tiimissä tai lähipalvelualueella erikseen. Työvuorolistaa on suunniteltava kolmen viikon ajanjaksolle siten, että se on valmis viikko ennen työvuorajakson alkamista. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tiimin tai lähipalvelualueen hoitajatarvetta ennustaan pahimmillaan jopa neljää viikkoa etukäteen. Tuloksena on, että työvuorossa on harvoin juuri oikeaa määrää hoitajia: tarpeeseen nähden tiimissä ja lähipalvelualueella on välillä vajaamiehitys ja välillä taas ylimiehitys. Vajaamiehitys koetaan henkilöstön ja asiakkaiden parissa hyvin vahvasti. Ylimiehitys sen sijaan ei ole tällä tavoin läpinäkyvää, sillä kukaan hoitaja ei jää ilman asiakastyötä: kevyimpinä päivinä hoitajilla on vain vähemmän asiakkaita käyntilistalla, mutta käyntilistojen määrä pysyy usein lähes muuttumattomana. Tämä johtaa siihen, että hoitajia on vaikea siirtää tiimistä toiseen korvaamaan mahdollisia vajaamiehitystilanteita. Hoitajia kyllä lainataan alueiden välillä, mutta ei riittävässä määrin vaihtelun nähden. Koska tavoitteena on varmistaa, että hoitajia on riittävästi myös kiireellisimpien päivien tarpeeseen, työvuorolistaan jätetään usein hieman ”pelivaraa”. Vaikka kotihoitoyksikössä olisi työvuoron asiakastarpeeseen nähden riittävästi henkilöstöä, jossain tiimeissä esiintyy lähes joka työvuorossa vajaamiehitystä, koska käytettävissä olevat hoitajat ovat väärässä paikassa väärään aikaan. Kotihoitoyksikön pelivara ei tällöin ole käytettävissä siinä, missä sitä eniten tarvitaan. (Groop 2014.)

Asiakkaalla käyvien eri hoitajien suuri määrä johtuu usein vakiintuneista tavoista, joilla kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmiä käytetään. Jos esimerkiksi ison kotihoitoalueen kaikki käynnit optimoidaan yhtenä kokonaisuutena, järjestelmä saattaa ehdottaa asiakkaan käyntien toteuttajaksi suurta määrää eri hoitajia. Toisaalta optimaalisen henkilöstömäärän ylläpitäminen pienillä kotihoitoalueilla on haastavaa ja pienet ja haavoittuvat hoitoringit tarvitsevat tuekseen vahvan resurssipoolin. Lisäksi useat toiminnanohjausjärjestelmät eivät anna riittävästi palautetta käyntilistojen suunnittelijalle siitä, miten hyvin hoidon jatkuvuus hänen suunnittelemissa käyntilistoissa toteutuu. Näin ollen suunnittelija ei osaa kiinnittää huomiota asiakkaalla käyvien hoitajien vaihtuvuuteen.

Tarvepohjaisen toimintamallin ratkaisu kotihoidon haasteisiin on ruuhkahuippujen purkaminen, resurssipooli- ja liikkuvien hoitajien mallit sekä toiminnanohjausjärjestelmien optimointiperiaatteiden uudistaminen.

Ruuhkahuippujen purkaminen tapahtuu määrittelemällä ensiksi aikakriittiset ja ei-aikakriittiset kotihoidon työtehtävät ja päivittämällä hoito- ja palvelusuunnitelmat vastaamaan näitä kriteereitä (Groop 2012; 2014). Päivittäminen tarkoittaa käytännössä sitä, että aamun ja illan ruuhka-aikaan tehdään vain asiakkaan tarpeen kannalta välttämättömät tehtävät ja kaikki muu siirretään iltapäivään ja alkuiltaan. Näitä ei-aikakriittisiä tehtäviä saattavat olla esim. erilaiset hygieniaan liittyvät työt. Tarvittaessa osa ruuhka-ajan pitkistä (noin yli 45min) käynneistä voidaan pilkkoa kahteen osaan, siten, että ei-aikakriittiset tehtävät siirretään toiselle käynnille ruuhka-ajan ulkopuolella. Ruuhkahuipun hallinnassa auttaa myös se, että ns. ”aamun viivettä”, eli viivettä työvuoron alkamisesta ensimmäiselle käynnille, lyhennetään. Aloittamalla työvuoro asiakkaan luona tai siirtämällä tehtäviä toisiin ajankohtia, aamun viivettä voidaan lyhentää noin

15-20 minuuttiin. Näin hoitajien aikaa hyödynnetään käytettäväksi paremmin aikakriittisiin aamutehtäviin. Kun hoito- ja palvelusuunnitelmat on päivitetty, on työnjaossa vielä huolehdittava siitä, että lähihoitajien käyntilistoilla on tavoitteiden mukainen ja realistinen määrä asiakastyöaikaa. Keski-Suomessa kunnat asettivat tämän ns. välittömän työajan tavoitteeksi pääsääntöiseksi lähihoitajilla 60 prosenttia ja sairaanhoitajilla 40 prosenttia työajasta.

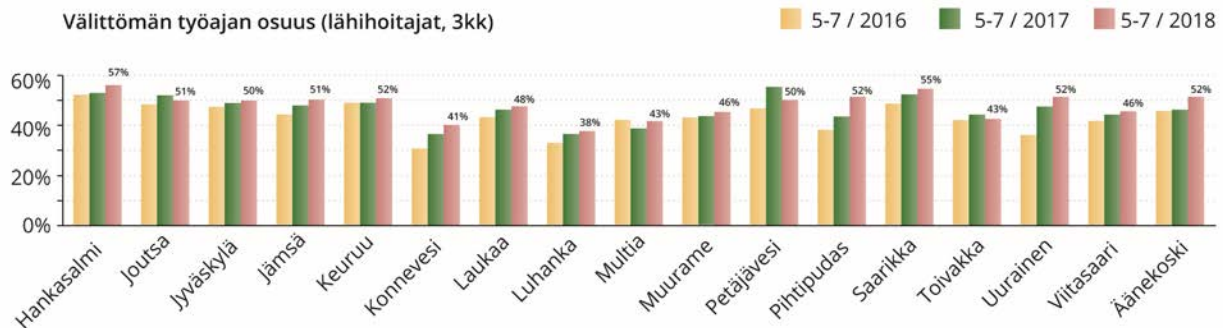
Resurssipoolin ja liikkuvien hoitajien mallin tarkoituksena on irrottaa osa kotihoitoalueiden henkilöstöstä pooliin tai liikkuviksi hoitajiksi. Tämä mahdollistaa sen, että nämä hoitajat työskentelevät eri vuoroissa aina niillä alueilla, joissa tarve lisähenkilöstölle on suurin. Alueille aikaisemmin kohdennettu ”pelivara” (ns. työvoimapuskuri) keskitetään siis yhteiseen resurssipooliin, kun taas liikkuvien hoitajien mallissa tiettyjen hoitajien sijoittuminen eri alueille päätetään vasta juuri ennen työvuoron alkua. Tarkoituksena ei ole, että kukin kotihoitoalue pärjäisi vain omilla hoitajillaan, vaan alueen hoitajamäärää täydennetään tarpeen mukaan resurssipoolista tai liikkuvista hoitajista. (Groop 2012; Mulari 2013.) Resurssipoolin ja liikkuvien hoitajien mallin ero on siinä, että resurssipooli on oma itsenäinen yksikkönsä kotihoidossa, jolla on oma esimies ja usein myös omat tilat. Toimintamalli eroaa perinteisestä varahenkilöstöstä siinä, että sen tavoitteena ei ole saada jokaiselle kotihoitoalueelle ennalta sovittua ja vakiintunutta määrää hoitajia työvuoroon. Sen sijaan kunkin alueen tarvitsema hoitajien määrää täydennetään asiakastarpeen pohjalta aina kussakin vuorossa. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi pyritään siihen, että poolihoitajat ensisijaisesti palvelisivat vain tiettyjä alueita, joiden toiminta ja asiakkaat ovat heille tuttuja.

Optimointiperiaatteiden uudistaminen tarkoittaa käytössä olevan kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän käytön ja optimoinnin taustatietojen muokkaamista niin, että asiakkaan luona käyvien eri hoitajien määrä pysyy kohtuullisena. Tavoitteena on, että käyntilistoja optimoitaessa käyntejä jaetaan vain pienen hoitoringin (5-10 hoitajaa) kesken. Kotihoitoalueet pilkotaan järjestelmässä pienempiin hoitorinkeihin, jotka vastaavat oman maantieteellisesti pienen alueen asiakkaista. Näin toiminnanohjausjärjestelmä pakotetaan tuottamaan sellaisia ratkaisuja, joissa pieni määrä eri hoitajia tekee valtaosan yhden asiakkaan käynneistä. Hoitoringin sisällä jokaiselle asiakkaalle määritetään omahoitaja sekä 2-4 varaomahoitajaa. Samalla työvuorosunnittelua uudistetaan siten, että se pohjautuu hoitorinkeihin. Toimintamallin tehokkuus varmistetaan sillä, että hoitorinkien vahvuudet suunnitellaan tarkasti etukäteen, ja että tarvittaessa resurssipoolilla tai liikkuvien hoitajien mallilla täydennetään hoitoringin vahvuutta jokaisessa vuorossa. Iltavuoroissa asiakaskäynnit optimoidaan tarvittaessa kahden hoitoringin välillä, jotta esim. parikäynnit saadaan toteutettua. Poolihoitajille ja liikkuville hoitajille määritetään noin viisi ensisijaista hoitorinkiä, joissa he työskentelevät. Tällöin hoitorinkien omien hoitajien ollessa poissa, heitä paikkaavat mahdollisimman tutut poolihoitajat.

3.11.2 Tulokset hankkeessa ja odotettavat hyödyt

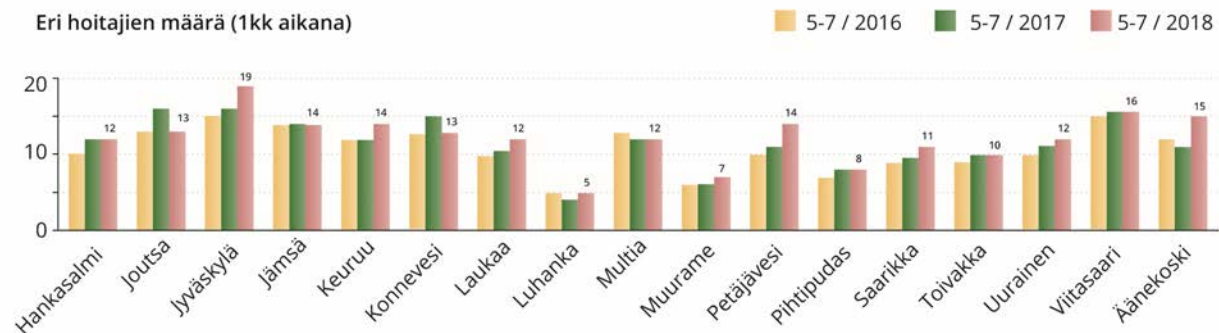
Tarvepohjaisen toimintamallin periaatteita on otettu käyttöön hankkeen aikana. Tämä on tapahtunut eri kotihoitoyksiköissä eri tavoilla ja eri asioita korostaen. Kaikissa yksiköissä määriteltiin aikakriittisyyden kriteerit ruuhkahuippujen purkamiseksi ja valtaosassa yksiköistä asiakassuunnitelmia myös muutettiin kriteerien pohjalta. Pienissä yksiköissä olemassa olevia varahenkilöstöjärjestelmiä muutettiin liikkuvien hoitajien mallin periaatteiden mukaisesti. Jyväskylään, Äänekoskelle, Saarikkaan sekä Keuruulle perustettiin resurssipoolit.

Kotihoidon tehokkuus, eli hoitajien asiakkaiden kanssa käyttämä osuus työajasta (ns. välittömän työajan osuus), on parantunut Keski-Suomessa keskimäärin kuusi prosenttia. Tehokkuus parani yhteensä 80 prosentissa kotihoitoyksiköistä (kuva 20). Tehokkuuden parantuminen on näkynyt myös osassa yksiköistä vähentyneenä ostopalveluiden käyttönä.



Kuva 20. Kotihoidon välittömän työajan osuuden kehitys kahden vuoden aikana. Välittömän työajan osuudella tarkoitetaan osuutta työajasta, jonka hoitajat käyttävät kontaktissa asiakkaaseen

Merkille pantavaa on se, että tehokkuuden lisääntymisen lisäksi myös hoidon jatkuvuus on parantunut tai pysynyt ennallaan useassa kotihoidon yksikössä (kuva 21). Esimerkiksi Joutsassa, Konnevedellä, Luhangassa, Pihtiputaalla ja Viitasaarella asiakkaan luona ei ole käynyt enempää hoitajia, vaikka alueen yksiköiden tehokkuus on lisääntynyt. Hankkeen tuloksena myös maakunnalliset erot kotihoitoyksiköissä ovat tasaantuneet ja esimerkiksi toiminnan tehokkuustavoitteet ovat yhtenäistyneet.



Kuva 21. Kotihoidon hoitajavaihtuvuuden kehitys kahden vuoden aikana.

Esimerkkejä uuden toimintamallin käyttöönoton tuloksista:

- **Laukaa** otti tarvepohjaisen toimintamallin käyttöön lokakuussa 2017. Tämän jälkeen kotihoidon tehokkuus lisääntyi niin merkittävästi, että kunta pystyi tarjoamaan nykyisellä henkilöstöllä kotihoidon käyntejä myös yöaikaan. Samalla kotihoidon ostopalveluiden käyttö vähentyi merkittävästi (noin -40%), kun taas sairauspoissaolot ja hoidon jatkuvuus (asiakkaalla käyvien eri hoitajien määrä) pysyivät ennallaan.
- **Pihtipudas** otti uuden toimintamallin käyttöön loka-marraskuussa 2017. Kotihoidon tehokkuus parani tämän jälkeen noin 24%, lähihoitajien välittömän työajan osuuden kasvaessa 40-45 prosentista noin 50-55 prosentin tasolle.

Taulukko 10. Yhteenveto tarvepohjaisen toimintamallin hyödyistä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation ja talouden kannalta.

Asiakas	Henkilöstö	Organisaatio ja taloudellisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas saa sen kotihoidon palveluajan, joka hänelle on palvelusuunnitelmassa luvattu • Käynnit toteutuvat sovitun kestoisin • Asiakkaan luona käyvien eri hoitajien määrä vähenee, jolloin hoidon jatkuvuus paranee 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajille suunnitellut käyntilistat pitävät: päivän aikana tulee vähemmän yllätyksiä, koska ennakoimattomat työtehtävät keskitetään pooli- tai liikkuville hoitajille • Riippuvuus lyhytaikaisista sijaisista vähenee • Kuormituserot tasaantuvat kotihoitoalueiden välillä 	<ul style="list-style-type: none"> • Kotihoito pystyy toteuttamaan suuremman määrän käyntejä ja/tai palveluaikaa vähemmällä henkilöstöllä, jolloin samalla rahalla saadaan enemmän • Pystytään vastaamaan kasvavaan asiakastarpeeseen tulevaisuudessa ilman lisäresursointia

3.11.3 Toimeenpano

Tarvepohjainen toimintamalli on suuri muutos perinteiseen kotihoitoon. Toimintamallilla voidaan kyseenalaistaa monia kotihoidon vanhoja ja itsestään selvyyksinä pidettyjä käytäntöjä. Esimerkiksi yksittäisten hoitajien toiminnan tehostaminen, esim. matka-aikaa vähentämällä, johtaa usein osaoptimointiin. Kun käyntilistat ovat optimaalisia yksittäisten hoitajien näkökulmasta, kollektiivinen (systeemitason) tehokkuus kärsii. Tarvepohjaisen toimintamallin käyttöönotto edellyttää merkittävää muutosta kotihoidon ajattelutapaan, joten siitä viestimiseen sekä muutoksen juurruttamiseen on panostettava. Onnistuminen edellyttää lisäksi muutoksen riittävää resursointia ja henkilöstön osallistamista muutoksen suunnitteluun. Muutoksen resursoinnin tarve kasvaa merkittävästi kotihoitoyksikön koon kasvaessa. Hankkeessa muutosta tuettiin asiantuntijatuella, joka käsitti mm. uudistuksen suunnittelun ja vaiheistamisen, eri kotihoitoalueiden ja resurssipooliin tai liikkuviksi hoitajiksi siirtyvien hoitajamäärän arvioinnin, esimiesten muutosjohtamisvalmennuksia sekä uusien toiminnanohjausperiaatteiden toteuttamisesta käytössä oleviin järjestelmiin.

Toimintamallin käyttöönoton keskeiset vaiheet:

1. **Päätä** toimintamallin tavoitteet ja hyväksytä ne yksikkösi johdossa. Tavoitteet liittyvät tyypillisesti tehokkuuteen, hoidon jatkuvuuteen ja työhyvinvointiin
2. **Nimeä** uudistukselle vastuuhenkilö eli projektipäällikkö
3. **Määritä** aikakriittisyyden kriteerit eli pelisäännöt sille, missä aikaikkunoissa eri asiakastyötehtävät toteutetaan ja mitkä tehtävät eivät ole aikakriittisiä
4. **Käy läpi** hoito- ja palvelusuunnitelmat aikakriittisyyden uusien kriteerien perusteella ja muokkaa suunnitelmia. Muista viedä muutokset sekä potilastieto- että toiminnanohjausjärjestelmään. Kommunikoit muutoksista asiakkaiden ja omaisten kanssa
5. **Valitse** perustetaanko resurssipooli vai liikkuvien hoitajien malli. Sovi mahdollisista yhteistyöjärjestelyistä kotihoitoalueiden välillä ja esim. muiden vanhuspalveluiden kanssa. Harkitse esim. turvapuhelinhälytyskäyntien keskittämistä pooliin kaupunkialueilla

6. **Määritä** alueille jäävä ja pooliin siirtyvä hoitajien määrä. Sovi myös siirtykö pooliin lähihoitajien lisäksi sairaanhoitajia. Hyödynnä tässä tarvittaessa ulkopuolista osaamista
7. **Yhtenäistä** työvuorot poolin ja kotihoitoalueiden välillä
8. **Uudista** käyttilistojen suunnittelu. Luo toiminnanohjausjärjestelmään 5-10 hoitajan hoitoringit maantieteellisten alueiden pohjalta ja tarkasta omahoitajuudet & varaomahoitajuudet siten, että kullakin asiakkaalla on 2-4 varaomahoitajaa. Päivitä myös järjestelmän optimointikriteereitä ja taustatietoja niin, että järjestelmä huomioi eri hoitajien määrän minimoinnin mahdollisimman kattavasti hoitorinkien ja omahoitajuuksien pohjalta (jos tämä on mahdollista järjestelmässä)
9. **Sovi** realistinen aloituspäivä, joka on sama päivä kuin työvuorajakson ensimmäinen maanantai.
 - Varmista että työvuorot suunnitellaan toiminnan alkaessa hoitorinkien pohjalta
10. **Toteuta** henkilöstösiirrot alueilta pooliin ja tarvittaessa rekrytoi lisää hoitajia. Näiden muutosten toteuttaminen saattaa vaatia YT-neuvotteluita tai -kuulemisia, joten aikatauluta tämä etukäteen
11. **Käynnistä** toimintamalli ja seuraa aktiivisesti sen tavoitteiden toteutumista sekä reagoi poikkeamiin

Käyttöönoton onnistumisessa on tärkeää osallistaa kotihoidon hoitajia ja henkilöstöjärjestöjen edustajia uudistuksen suunnitteluun. Näin uuden toimintamallin suurimmat kompastuskivet saadaan karsittua pois ennen, kun niitä käytännössä toteutetaan. Kannusta myös hoitajia itse keksimään keinoja, joilla uudistuksen tavoitteita voidaan saavuttaa. Käyttöönoton sisältäessä myös asiakassuunnitelmien ja toiminnanohjausjärjestelmän parametrien muokkaamista, kannattaa näihin vaiheisiin varattava riittävästi aikaa.

Lähteet

Groop, J. (2012). *Theory of Constraints in field service: Factors limiting productivity in home care operations*. Doctoral dissertations, Aalto-yliopisto.

Groop, J. (2014). *Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 1*. Suomen Kuntaliitto.

Mulari, M. (2014). *Kysynnän ja tarjonnan yhteen sovittaminen kotihoidossa: tarvepohjainen resursointimalli*. Diplomityö, Aalto-yliopisto.

Yhteenveto tuloksista

Mikko Mulari ja Johan Groop

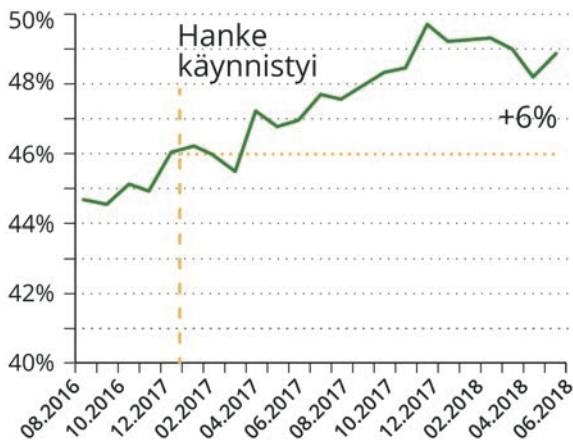
Kukoistava kotihoidon tavoitteena on varmistaa, että maakunnassa on asiakaslähtöinen, vaikuttava ja kustannustehokas kotihoito ympärivuorokautisesti (24/7). Tämä tarkoittaa sitä, että kotona pärjäämistä tukevat palvelut ovat yhdenvertaiset, vaikuttavat, asiakaslähtöiset ja laadukkaat. Lisäksi palvelutuotanto on kustannustehokas ja toimiva: resurssit kohdentuvat parhaalla mahdollisella tavalla ja arjen toiminta on sujuvaa.

Tässä käsikirjassa esitettyjen toimintamallien odotettuja ja osin jo toteutuneita hyötyjä ovat:

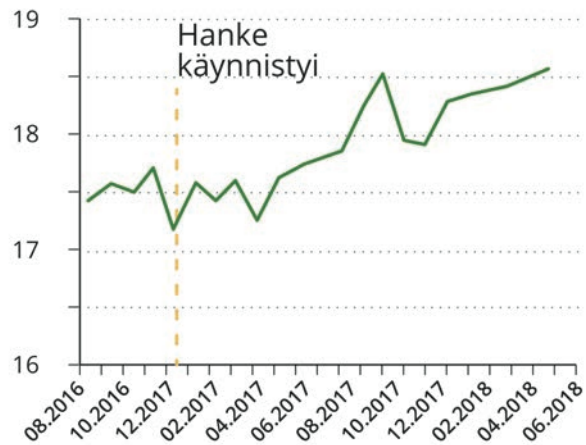
- **Palvelulupaus:** ikäihmisen kannalta yhdenvertainen palvelujen tarjoama maakunnassa
- **Keskitetty alueellinen asiakas-/palveluohjaus (KAAPO):** ikäihminen ohjautuu juuri hänelle parhaiten soveltuvien palveluiden piiriin, jotka on suunniteltu yhdessä ammattilaisten kanssa
- **Kuntouttava arviointijakso:** ikäihmisen toimintakyvyn ja omatoimisuuden vahvistuminen eli kotona pärjääminen sekä tarvittavien kotihoidon käyntien määrän väheneminen
- **Kotihoito 24/7:** ikäihmisen turvallinen ympärivuorokautinen asuminen omassa kodissaan
- **Tehostettu kotikuntoutus:** ikäihmisen toimintakyvyn nopeampi paraneminen kotona, tapaturmariskin pieneneminen, sairaalajaksojen lyhentymisen ja kotihoidon käyntien määrän väheneminen
- **Muistikuntoutus:** oikea-aikainen yksilöllinen muistisairaana kuntoutumista vahvistava tuki sairauden eri vaiheissa, joka ennaltaehkäisee kansantautien leviämistä
- **Lääkehoidon kokonaisarviointi:** ikäihminen saa tarvitsemansa lääkkeet, turvallisuudentunne omasta lääkityksestä lisääntyy ja lääkekulut vähenevät
- **Kotipäivystys:** ikäihmisen tarpeeton päivystyksessä käynti vähenee, apu saadaan kerralla ja päivystykseen ohjautuu vain välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat
- **Kotiutusprosessi:** ikäihmisen kotiutus tapahtuu toimintakyvyn kannalta oikea-aikaisesti, jatkohoitoon siirtyminen sairaalasta on suunnitelmallista ja sairaalajakson kesto lyhentyy
- **Moniammatillinen tuki:** ikäihminen saa asiantuntevaa apua, epätarkoituksenmukaiset päivystyskäynnit vähenevät ja henkilöstön osaaminen vahvistuu
- **Tarvepohjainen toimintamalli:** kotihoidon henkilöstöä on oikea määrä oikeassa paikassa oikeaan aikaan ja asiakkaan käynnit toteuttaa mahdollisimman tuttu hoitaja

Hankkeessa mukana olleiden Keski-Suomen kotihoitoyksiköiden tehokkuus on parantunut hankkeen aikana kuusi prosenttia, mikä vastaa yli kahden miljoonan euron laskennallista säästöä (kuva 22). Asiakkaan luona vietettyjen palveluajan määrä kasvoi hankkeen aikana myös noin kuusi prosenttia (kuva 23) ja kasvaneeseen tarpeeseen onnistuttiin vastaamaan ilman vastaavaa henkilöstölisäystä. Palveluajan kasvu johtui erityisesti siitä, että asiakasrakenne on muuttunut aiempaa raskashoitaisemmaksi. Tavoitteiden mukaisesti, kotihoito on pystynyt vastaamaan asiakkaiden palveluntarpeeseen heidän kotonaan.

Kotihoidon asiakastyöajan osuus hoitajien työajasta on pitkällä tähtäimellä lisääntynyt lähes kaikissa Keski-Suomen yksiköissä. Ennen hanketta vain 3/17 kotihoitoyksiköstä pääsi yli 50 prosentin välittömän työajan osuuden (lähi- ja sairaanhoitajat yhteensä) ja 4/17 yksiköstä taso oli alle 40 prosenttia. Hankkeen lopussa kaikki yksiköt pääsivät vähintään noin 40 prosentin tasoon ja näistä 10/17 kotihoitoyksikköä yli 50 prosentin tasoon.



Kuva 22. Kotihoidon lähi- ja sairaanhoitajien välittömän työajan osuuden kehitys.



Kuva 23. Asiakkaan saaman kotihoidon keskimääräisen palveluajan/kk kehitys.

Hankkeen aloittaessa kotihoidon asiakastyötunnin hinta oli noin 74 euroa/tunti ja vaihteluväli kunnittain 60-101 euroa/tunti. Tuntihinta on laskenut hankkeen aikana arviolta keskimäärin 76 eurosta 72 euroon (1/2017 → 6/2018). Kokonaiskustannuksissa (kotihoito + kotihoidon asiakkaiden muu palvelukäyttö) on hankkeen jälkeen vielä noin 9,6 miljoonan euron kehittämisen mahdollisuus (kotihoidon oma toiminta 5 milj. € ja keskeytykset 4,6 milj. €), kun tuottavuutta verrataan Suomen edullisimpiin julkisiin yksikköihin. Kotihoidon hyvä tuottavuustaso Keski-Suomessa ei tarkoita sitä, että sairauspoissaoloja olisi erityisen paljon muuhun Suomeen verrattuna tai että hoidon jatkuvuus olisi heikkoa.

Kotihoidon keskeytysten määrä on vähentynyt 11/15 kotihoitoyksikössä vuoden aikana. Kotihoidon asiakas on vuoden kuluessa noin 17 päivää keskeytyksellä, joista yhdeksän päivää hän on sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Pääsääntöisesti epätoivottavien sairaala- ja tk-keskeytysten määrä on vähentynyt kahdeksassa yksikössä, pysynyt ennallaan neljässä ja lisääntynyt kolmessa yksikössä. Myös sairaala- ja terveyskeskuskeskeytysten uusiutuminen yhden kuukauden sisällä eli ns. pyöröovi-ilmiö on vähentynyt.

Kotihoidon sairauspoissaolojen määrä on lisääntynyt kymmenessä yksikössä, pysynyt ennallaan neljässä yksikössä ja vähentynyt kolmessa yksikössä kahden vuoden aikana. Asiakkaalla yhden kuukauden aikana käyvien eri hoitajien määrä on lisääntynyt kahdeksassa yksikössä ja pysynyt ennallaan yhdeksässä yksikössä.

Nopeasti saavutetut hyvät tulokset rohkaisevat jatkamaan hyvin alkanutta kehitystyötä myös jatkossa.

Lähteet

Nordic Healthcare Group Oy, Kukoistava kotihoito -hankkeen loppuarviointi, 9/2018.