

**Kotihoito 2020:**  
10 askeleen ohjelma kotihoitoon



# YHTEYSTIEDOT

## Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymä

### Tarja Huttunen

Asumispalvelujen päällikkö  
PL 4 (Pohjolankatu 21), 74101 IISALMI  
Puh. 040 8304 304  
tarja.huttunen@ylasavonsote.fi

### Kirsi Lappalainen

Kotona asumisen tuen esimies  
PL 4 (Pohjolankatu 21), 74101 IISALMI  
Puh. 040 712 1065  
kirsi.lappalainen@ylasavonsote.fi

## Kalajoen kaupunki

### Anne Mäki-Leppilampi

Perusturvaohjaaja  
Kalajoen Sote- yhteistoiminta-alue  
Tohtorintie 4, 85100 KALAJOKI  
Puh. 044 4691 546  
anne.maki-leppilampi@kalajoki.fi

### Anne M Tavasti

Apulaisosastonhoitaja  
Vuodeosasto 2, Himangan palvelukeskus  
Kannuskyläntie 14, 68100 HIMANKA  
Puh. 06-8789306  
annem.tavasti@kalajoki.fi

## Mediverkko Hoivapalvelut Oy

### Harri Pomell

Liiketoimintajohtaja  
Paciuksenkatu 27, 00270 HELSINKI  
Puh. 0400 978 448  
harri.pomell@mediverkko.fi

## Peruspalvelukuntayhtymä Kallio

### Pirjo Matikainen

Hyvinvointipalvelujohtaja  
Vierimaantie 5, 84100 YLIVIESKA  
Puh. 044 419 5003  
pirjo.matikainen@kalliopp.fi

### Terttuirmeli Haapakoski

Hoito- ja hoivapalvelujen palvelujohtaja  
Vierimaantie 5, 84100 YLIVIESKA  
Puh. 044 419 5007  
terttuirmeli.haapakoski@kalliopp.fi

### Virpi Kamunen

palvelupäällikkö, kotihoito  
Suvannontie 85500 NIVALA  
Puh. 044 4195 024  
virpi.kamunen@kalliopp.fi

## Nordic Healthcare Group Oy

### Johan Groop

Projektipäällikkö  
Vattuniemenranta 2, 00210 HELSINKI  
Puh. 050 358 1610  
johan.groop@nhg.fi

### Anna Maksimainen

Projektipäällikkö  
Vattuniemenranta 2, 00210 HELSINKI  
Puh. 050 709 1309  
anna.maksimainen@nhg.fi

### Vesa Komssi

Toimitusjohtaja, NHG Consulting Oy  
Vattuniemenranta 2, 00210 HELSINKI  
Puh. 050 331 7978  
vesa.komssi@nhg.fi

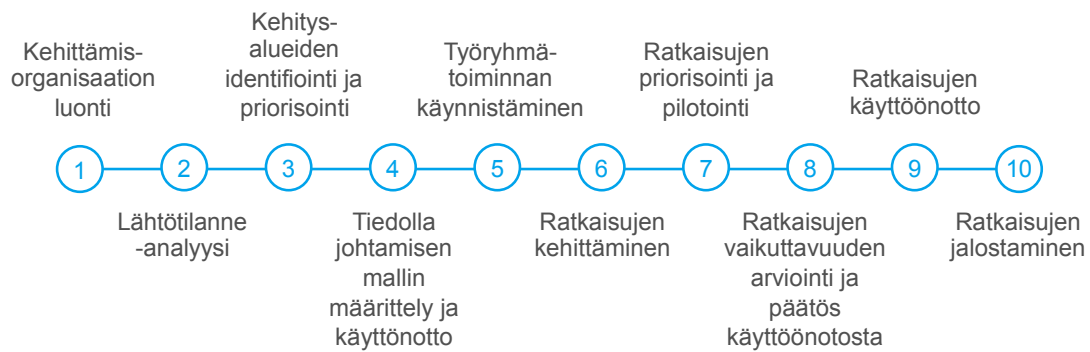


# TIIVISTELMÄ

Tulevaisuuden muutokset kuten väestön ikääntyminen lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta erityisesti kotihoidossa. Palvelurakennetta muutetaan laitospainotteisesta avopainotteiseksi, väestö ikääntyy ja on yhä monisairaampaa, kotihoidon henkilöstö eläköityy ja työvoiman saatavuus vaikeutuu. Nykytoimintatavoilla ei yksinkertaisesti ole mahdollista toteuttaa kotihoitoa enää vuonna 2020.

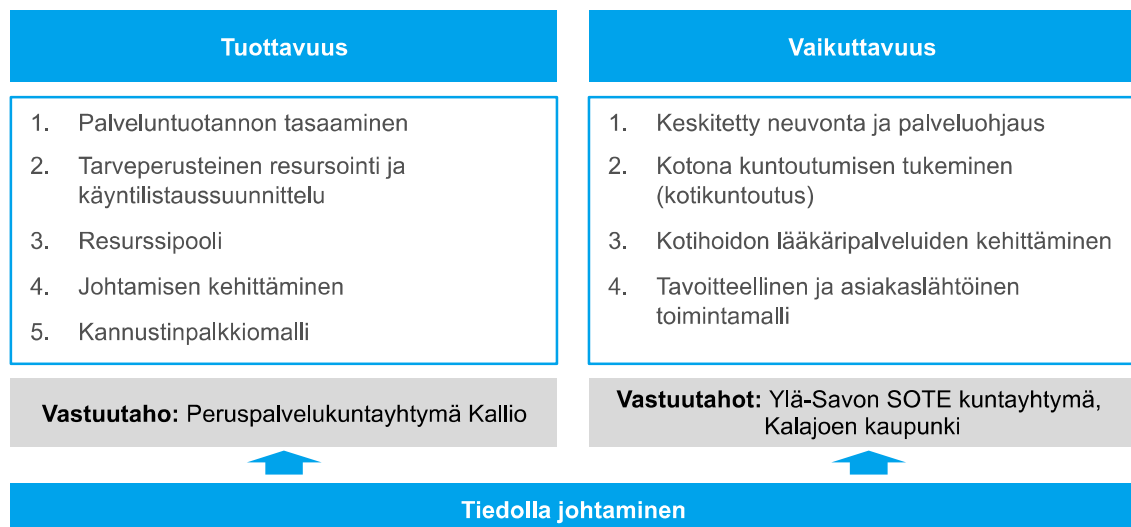
Kotihoito 2020 -hanke toteutettiin Tekesin rahoittamana kehityshankkeena huhtikuun 2012 ja maaliskuun 2014 välisenä aikana. Hanke toteutettiin yhteistyössä Kalajoen kaupungin, Peruspalvelukuntayhtymä Kallion, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän ja Mediverkko Hoivapalvelut Oy:n kanssa. Hankkeen asiantuntijatukena toimi Nordic Healthcare Group Oy (NHG). Hankkeessa kehitettiin kotihoitopalveluiden tuotanto- ja johtamismenetelmiä, edistettiin koko hoitoketjun yhteistyötä ja ohjattiin työpanoksia asiakkaalle arvoa tuottavaan välittömään asiakastyöhön. Tavoitteena oli tunnistaa, kehittää ja dokumentoida alalle parhaita käytäntöjä sekä luoda niistä monistettavia malleja, joiden avulla niitä voidaan helposti hyödyntää muissa kunnissa.

Kotihoito 2020 -hankkeen päätavoitteena oli luoda koko kotihoidon tavoitekentän kattava 10 askeleen ohjelma ja testata tämän ohjelman komponentteja käytännössä. Hankkeessa suunnitellun ja toteutetun 10 askeleen ohjelman askeleet ovat seuraavat (kuva 1):



**Kuva 1. 10 askeleen ohjelma**

10 askeleen ohjelman lisäksi hankkeessa kehitettiin ja pilotoitiin konkreettisia ratkaisuja kotihoidon tuottavuuden, vaikuttavuuden ja tiedolla johtamisen parantamiseksi (kuva 2).



**Kuva 2. Kotihoito 2020 -hankkeessa pilotoidut ratkaisut**

Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa pilotoitiin toiminnallisia ratkaisuja kotihoidon tuottavuuden ja palvelun laadun kehittämiseen. Yhdessä ratkaisut muodostavat uudenlaisen toimintamallin, joka mahdollistaa kotihoidon nykyresurssien entistä paremman ja asiakaslähtöisemmän hyödyntämisen. Uudella toimintamallilla haluttiin esimerkiksi vähentää lyhytaikaisten sijaisten tarvetta, sillä ne lisäävät kustannuksia ja asiakkaiden hoitajien vaihtelua. Lyhytaikaiset sijaiset lisäävät myös alttiutta hoitovirheille ja sitovat oman henkilöstön aikaa perehdytyksissä. Alustavien tulosten mukaan Kallion kotihoidon tuottavuus nousi 4 % vuodesta 2013 ja lyhytaikaisten sijaisten käyttö laski 34 %. Johdon näkemys oli kuitenkin, että merkittävimmät parannukset ovat odotettavissa vuoden 2014 aikana toiminnallisten muutoksien aiheuttaman murroksen asetettua.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän ja Kalajoen kaupungin alueella kehitettiin ratkaisuja kotihoidon vaikuttavuuden parantamiseksi. Ylä-Savossa toiminnan kehittämisen avulla on pystytty parantamaan paitsi muiden kotona asumista tukevien palveluiden myös erityisesti lääkäri- ja kuntoutuspalveluiden saatavuutta, lisäämään moniammatillista osaamista kotihoidossa ja tehostamaan yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Asiakkaiden palvelutarpeisiin on pystytty vastaamaan aiempaa kokonaisvaltaisemmin ja toimintaa on pystytty kohdentamaan ennaltaehkäisevämmäksi. Ennaltaehkäisevä ja kuntouttava sekä moniammatillinen toiminta on lisääntynyt merkittävästi myös Kalajoella tavoitteellisen toimintamallin avulla.

Data-analyysin perusteella on nähtävissä selkeä päivystyskäyntien lasku. Näin ollen toiminnan kehittämisellä on ollut oletettu vaikutus päivystyspalveluiden käyttöön. Toiminnan muutoksen vaikutus vuodeosastojaksojen ja siirtymien kehittymiseen on mahdollista todeta vasta pidemmällä aikavälillä. Kotihoitoon on myös tullut aiempaa vähemmän asiakkaita keskitetyn neuvonnan ja palveluohjauksen toiminnan käynnistymisen jälkeen.

Hankkeessa pilotoitiin myös uutta innovaatiomootori-konseptia, jossa yksityinen palveluntuottaja tukee kunnan palveluntuottajaa toiminnan kehittämisessä. Innovaatiomootori-konseptin ydin on yksityisen palveluntuottajan kyky testata uusia ratkaisuja ja toimintamalleja joustavammin ja nopeammalla syklillä ja jakaa kokemuksensa näistä julkisen palveluntuottajan kanssa. Mediverkko Hoivapalvelut Oy otti pilotin ajaksi vastuun kahden tiimin asiakkaiden kotihoitopalvelujen tuottamisesta Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa. Tämä mahdollisti yksityisen ja julkisen toimijan työtapojen vertailua ja hyvien käytäntöjen jakamista. Yhteistyö yletyi Kallion lisäksi Kalajoen kaupunkiin ja Ylä-Savon SOTE kuntayhtymään.

# SISÄLLYSLUETTELO

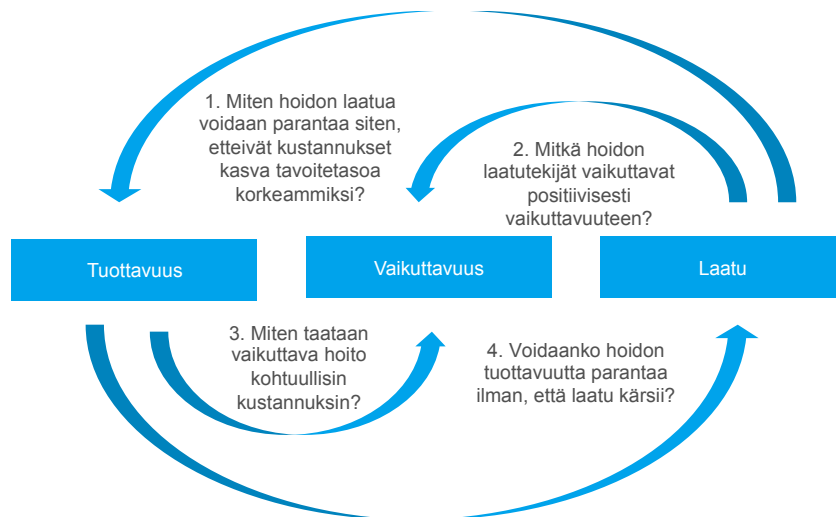
<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>10 askeleen ohjelma</b>	<b>6</b>
2.1	Kehittämisen organisaation luonti	6
2.2	Lähtötilanneanalyysi	7
2.3	Kehitysalueiden identifiointi ja priorisointi	9
2.4	Tiedolla johtamisen mallin määrittely ja käyttöönotto	9
2.5	Työryhmätoiminnan käynnistäminen	11
2.6	Ratkaisujen kehittäminen	12
2.7	Ratkaisujen priorisointi ja pilotointi	13
2.8	Ratkaisujen vaikuttavuuden arviointi ja päätös käyttöönotosta	13
2.9	Ratkaisujen käyttöönotto	14
2.10	Ratkaisujen jalostaminen	15
<b>3</b>	<b>Tuottavuus</b>	<b>16</b>
3.1	Palvelutuotannon tasaaminen	17
3.2	Tarveperusteinen resursointi ja käyntilistasuunnittelu	20
3.3	Resurssipooli	26
3.4	Johtamisen kehittäminen	32
3.5	Henkilöstön kannustinpalkkiomalli	34
3.6	Tulokset	37
<b>4</b>	<b>Vaikuttavuus</b>	<b>41</b>
4.1	Keskitetty neuvonta ja palveluohjaus	41
4.2	Kotona kuntoutumisen tukeminen (kotikuntoutus)	45
4.3	Kotihoidon lääkäripalvelut	48
4.4	Tavoitteellinen asiakaslähtöinen toimintamalli	50

# 1 JOHDANTO

---

Kotihoito 2020 -hanke toteutettiin Tekesin rahoittamana kehityshankkeena huhtikuun 2012 ja maaliskuun 2014 välisenä aikana. Hanke toteutettiin yhteistyössä Kalajoen kaupungin, Peruspalvelukuntayhtymä Kallion, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän ja Mediverkko Hoivapalvelut Oy:n kanssa. Hankkeen asiantuntijatukena toimi Nordic Healthcare Group Oy (NHG). Hankkeessa kehitettiin kotihoitopalveluiden tuotanto- ja johtamismenetelmiä, edistettiin koko hoitoketjun yhteistyötä ja ohjattiin työpanoksia asiakkaalle arvoa tuottavaan välittömään asiakastyöhön. Tavoitteena oli tunnistaa, kehittää ja dokumentoida alalle parhaita käytäntöjä sekä luoda niistä monistettavia malleja, joiden avulla niitä voidaan helposti hyödyntää laajemmin.

Useissa kunnissa on käynnissä hajanaisia kehityshankkeita, mutta koko kotihoidon tavoitekentän kattavaa, tietoon pohjautuvaa sekä yksityistä sektoria että uusia teknologiaratkaisuja hyödyntävää systeemistä kokonaistoimintamallia ei tällä hetkellä ole saatavilla. Kotihoito 2020 -hankkeen päätavoitteena oli luoda koko kotihoidon tavoitekentän kattava 10 askeleen ohjelma ja testata tämän ohjelman komponentteja käytännössä. Ohjelman avulla kunnat voivat nostaa kotihoitonsa tasolle, jolla se pystyy vastaamaan uuden vuosikymmenen haasteisiin (kuva 3).



**Kuva 3. Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja laadun sidonnaisuudet**

Ohjelma koostuu selkeistä askeleista, jotka kunnan tulee ottaa nostaakseen kotihoidon tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Ohjelman avulla mikä tahansa kunta voi varmistaa ikääntyvien ihmisten kotona selviämisen entistä pidempään nykyistä pienemmillä kokonaisresursseilla.

Hankkeen toteutus koostui hankkeen valmistelusta, nykytila-analyysistä ja ratkaisujen kehittamisestä, ratkaisujen käyttöönotosta ja vaikuttavuusanalyysien toteuttamisesta (kuva 4).



**Kuva 4. Kotihoito 2020 -hankkeen vaiheet**

Raportti muodostuu kolmesta luvusta. Ensimmäisessä luvussa esitetään Kotihoito 2020 -hankkeessa kehitettyä ja testattua 10 askeleen ohjelmaa. Toisessa luvussa esitetään ratkaisuja kotihoidon tuottavuuden kehittämiseen. Kolmannessa luvussa kuvataan ratkaisuja kotihoidon vaikuttavuuden parantamiseen. Toinen ja kolmas luku sisältävät myös Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa, Ylä-Savon SOTE –kuntayhtymässä ja Kalajoen kaupungissa saavutettuja tuloksia sekä käytännön kokemuksia ratkaisujen implementoinnista.



## 2 10 ASKELEEN OHJELMA

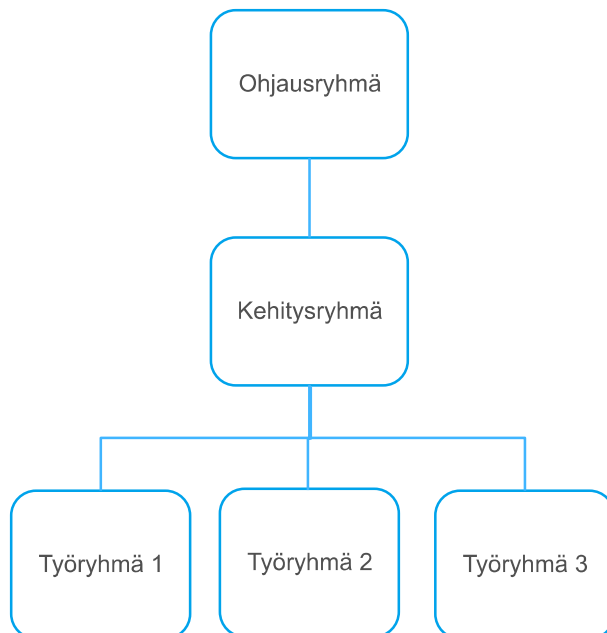
---

10 askeleen ohjelman tavoitteena on opastaa kotihoitoyksiköitä suunnittelemaan ja viemään läpi haastavia muutos- ja kehittämisprosesseja kotihoidon tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi. 10 askeleen ohjelman vaiheet ja askeleet on testattu ja validoitu Kotihoito 2020 -hankkeessa kolmessa suomalaisessa kuntaorganisaatiossa. Esitetyt vaiheet ja askeleet ovat hyvin geneerisiä, joten ne soveltuvat hyödynnettäväksi sellaisenaan lähes mihin tahansa kehittämishankkeeseen aihealueesta ja kehitysongelmasta riippumatta.

### 2.1 Kehittämisenorganisaation luominen

10 askeleen ohjelman ensimmäisenä askeleena on luoda organisatoriset puitteet kehitystyölle. Tämä vaihe määrittää suurelta osin sen, miten kehitystyöhön saadaan resursseja, miten kehitetyistä ratkaisuista voidaan tehdä päätöksiä ja miten ratkaisut saadaan jalkautettua toimintaan. Kriittistä ei niinkään ole, miten toiminta organisoidaan, vaan se, että seuraavista asioista on päätetty ja niiden mukaan toimitaan:

- Kuinka paljon kehittämistyöhön on käytettävissä resursseja (oma henkilökunta ja asiantuntijapalvelu- ja materiaaliostot)?
- Miten ja kuka priorisoi mihin kehittämispäätökset suunnataan?
- Kuka valmistele ratkaisut?
- Kuka päättää ratkaisujen käyttöönotosta?
- Miten tehdään päätökset vastuualuerajat ylittävissä ratkaisuissa?
- Miten ja minne ratkaisuista ja etenemisestä raportoidaan?



#### Ohjausryhmä

- Vanhuspalveluiden johdon edustajat, kehitysryhmän vetäjä, asiantuntijaedustus, muiden vastualueiden johdon edustus
- Vastaa kehitysalueiden priorisoinnista ja toteutussuunnitelmasta. Seuraa toteutuksen etenemistä.

#### Kehitysryhmä

- Kotihoidon johtoryhmän edustus, asiantuntijatuki, työryhmien vetäjät
- Kerää mm. tietopohjan ja suorittaa analyysit, koordinoi käytännön kehitystyötä työryhmissä

#### Työryhmät

- Kehitysryhmän jäsen työryhmän vetäjänä, kotihoidon henkilöstöä, asiantuntijatuki
- Taustatietojen kerääminen, ratkaisujen suunnittelu ja käyttöönoton tukeminen

Kuva 5. Kehittämistoiminnan organisaatiomalli



Perusvalinta kotihoidon kehittämisorganisaation suunnittelussa on se, että organisoidaanko kehittämistoiminta normaalin johtamisjärjestelmän ympärille vai erilliseksi kehittämisorganisaatioksi. Usein käytetty ratkaisu on luoda erillinen kehittämisorganisaatio, jossa on oma ohjausryhmä, kehitysryhmä ja työryhmä (kuva 5). Tässä tapauksessa erityisen tärkeää on suunnitella linkki kehittämisorganisaation ja normaalin johtamisjärjestelmän välille. Tulee esimerkiksi miettiä, voiko kehittämistoiminnan ohjausryhmä päättää keskitetyn palveluohjausyksikön käyttöönotosta vai tuleeko päätökset viedä vanhuspalveluiden johtoryhmään, sosiaali- ja terveystalouden johtoryhmään tai lautakuntaan saakka.

Vaihtoehtoinen tapa on rakentaa kehittämistoiminta suoraan osaksi normaalia johtamisjärjestelmää, jolloin ohjausryhmä on joko vanhuspalveluiden tai sosiaali- ja terveystalouden johtoryhmä, kehittämisryhmä on kotihoidon johtoryhmä ja työryhmät kotihoidon johtoryhmän alaisia ratkaisukohtaisia ryhmiä. Tämän mallin etuina on, että päätökset käyttöönotosta saadaan toteutettua helpommin ja sitoutuminen kehitettyihin ratkaisuihin on korkeampi koko johtoryhmässä kuin erillisen kehittämisorganisaation tilanteessa. Esimerkiksi Tampereella kotihoidon kehittäminen on siirretty erillisestä kehittämisorganisaatiosta osaksi kotihoidon johtoryhmää.

Kunnan oman kehittämisorganisaation tukena on havaittu hyödylliseksi käyttää ulkopuolista kotihoidon kehittämisen asiantuntijatukenä. Ulkopuolinen asiantuntija voi esimerkiksi tuoda kehittämistyöhön parhaita toimintamalleja muista kunnista, toteuttaa haastavat lähtötilanne- ja vaikuttavuusanalyysit ja tukea ratkaisujen suunnittelussa ja jalkauttamisessa.

## 2.2 Lähtötilanneanalyysi

Kehitystyöhön käytettävissä olevat resurssit ovat lähes poikkeuksetta rajalliset. Siksi on tärkeää, että nämä resurssit kohdennetaan toiminnan kannalta merkittävimpien asioiden kehittämiseen. Tällaisia asioita ovat ne, jotka edistävät suoraan organisaation kykyä saavuttaa tavoitteensa. Kotihoidossa tavoite voidaan määritellä seuraavasti:

*”Kotihoidon asiakkaat pystyvät elämään arvokkaasti ja mahdollisimman omatoimisesti omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.”*

Välttämätön edellytys tärkeimpien kehityskohteiden määrittämiselle puolestaan on objektiivisen tiedon tarkastelu toiminnan nykytilasta. Toiminnan läpinäkyvyys on kehitystyön onnistumisen ja hyvän toiminnan johtamisen lähtökohta. Siksi kehitystyön tulee käynnistyä perusteellisella lähtötilanneanalyysillä.

Kotihoidon tavoitteen saavuttaminen vaatii kolmea asiaa:

1. Palvelut ovat vaikuttavia – kyky saada aikaan toivottua tulosta, olipa tämä sitten asiakkaan kuntoutuminen, terveydentilan heikkenemisen hidastaminen tai elämänlaadun lisääminen
2. Palvelut ovat laadukkaita – palvelun laatu ei vaihtelee määritellystä tasosta ja tuotetaan asiakaslähtöisesti sitä mitä on luvattu
3. Toiminta on tuottavaa – kuntatalouden kestävyys ja hoitajien saatavuuden heikkeneminen edellyttävät, että nykyresurssit hyödynnetään mahdollisimman täysimääräisesti laadukkaiden ja vaikuttavien palvelujen tuottamiseen

On suositeltavaa, että lähtötilanneanalyysissä arvioidaan kaikkia kolmea osa-aluetta. Vaikuttavuuden mittaaminen on tunnetusti vaikeaa, erityisesti yksilötasolla, ja se näkyy usein vasta keskipitkällä tai pitkällä aikavälillä. Väestö- tai yksikkötasolla vaikuttavuutta on kuitenkin hieman helpompaa arvioida. Jos kotihoito onnistuu tehtävässään, kotihoidon asiakkaat käyttävät vähemmän muita sosiaali- ja terveystalouden palveluja. Kotihoidon vaikuttavuutta voidaan siis seurata sellaisilla mittareilla kuten kotihoidon asiakkaiden a) siirtymät raskaimpiin hoitomuotoihin b) päivystyksen käyttö ja c) vuodeosastojaksojen pituus ja määrä.

Laatua voidaan mitata monella tavalla, mutta yleisintä on seurata sitä kyselyiden tai haastatteluiden avulla. Mittaamiseen tarvittavan aineiston kerääminen on kuitenkin usein niin työlästä, että tällaisia mittareita ei voida seurata tarpeeksi tiheän välein. Siksi laadun mittaamisessa tulisikin keskittyä sellaisiin aspekteihin laadusta, jotka a) koetaan erityisen tärkeinä ja b) ovat mitattavissa asiakastieto- ja henkilöstöhallintojärjestelmiin kerättävän tiedon avulla. Esimerkkejä tällaisista mittareista ovat samaa asiakasta palvelevien hoitajien määrän vaihtelut sekä hoito- ja palvelusuunnitelmissa määritellyn palveluajan toteutuminen. Asiakkaan hoitajien liiallinen vaihtuvuus on perinteisesti yleisin kotihoidon asiakkaiden negatiivisen palautteen aihe ja siten asiakastytyväisyyden peruspilareita. Suunnitellun palveluajan toteutuminen puolestaan kuvaa prosessin laatua eli sitä, saako asiakas sen, mitä hänelle on luvattu.

Tuottavuuden mittaaminen on laadun ja vaikuttavuuden mittaamista suoraviivaisempaa. Tuottavuus tarkoittaa toiminnan tuotoksien ja näiden tuottamiseen tarvittujen panoksien suhdetta. Perinteisin tuottavuusmittari on kotihoidon tuntihinta eli välittömän asiakastuntien kustannus. Koska kotihoidon suurin kustannuserä on työvoima (noin 80-85 % kustannuksista), suurin vaikuttava tekijä kotihoidon tuottavuuteen on kotihoitoyksikön kyky hyödyntää nykytyövoimansa välittömien asiakastuntien<sup>1</sup> tuottamiseen. Siksi välittömän työajan osuus eli välittömien asiakastuntien osuus työajasta on yksi keskeisimpiä operatiivista toimintaa kuvaavia mittareita. Välittömän työajan lisääminen on myös laatutekijä. Asiakkaan tukeminen ja osallistaminen omaan hoitoonsa on hyvin vaikeaa ilman suoraa asiakaskontaktia.

Näiden mittareiden lisäksi voidaan seurata laajaa joukkoa muita indikaattoreita, jotka joko kuvaavat erilaisia aspekteja toiminnasta tai auttavat tulkitsemaan ja suhteuttamaan aikaisemmin mainittujen mittareiden tuloksia. Esimerkkejä tällaisista indikaattoreista ovat asiakkaiden toimintakykyymittarit (RAI tai Rava) ja työvuoron alkamisen ja ensimmäisen käynnin välinen viive sekä asiakastuntien päivittäinen vaihtelu (poikkeama) keskiarvoista.

On suositeltavaa, että lähtötilanneanalyysi aloitetaan kvantitatiivisella tarkastelulla, sillä se auttaa määrittämään nykyhaasteiden suuruusluokat. Näin muodostetaan nopeasti objektiivinen käsitys siitä, mitkä ovat toiminnan merkittävimmät haasteet.

Käytännössä törmätään usein siihen, että eri sidosryhmät kuten asiakkaat, hoitajat ja työnantaja näkevät toiminnan haasteet ja niiden merkitykset eri näkökulmista ja siten priorisoivat haasteet eri lailla. Esimerkiksi hoitajille kiireen lieventäminen on huomattavasti tärkeämpää kun kotihoitoyksikön tuottavuuden kehittäminen. Tyypillisesti eri sidosryhmät kokevat ongelmat erillisinä toisistaan riippumattomina haasteina. Todellisuudessa suurin osa organisaation haasteista pohjautuu kuitenkin muutamaa taustalla piileviin juurisyihin.

Esimerkki tällaisesta tilanteesta on kuvattu kappaleessa 3. Epätasainen palvelutuotanto heikentää samanaikaisesti tuottavuutta, laatua ja henkilöstön jaksamista. Juurisyöt epätasaisen palvelutuotannon takana ovat a) kotihoidon lähipalvelualueiden tai tiimien resursointi ei vastaa päivän tarvetta ja b) liiallinen keskittyminen matka-ajan minimoimiseen.

Sen sijaan että vähäiset kehitystyöhön käytettävissä olevat resurssit kohdennettaisiin juurisyiden – eli sairauden – määrittämiseen ja hoitamiseen, keskitytään usein oireiden (juurisyiden haittavaikutuksien) lieventämiseen. Tällaisissa tapauksissa ilmeiset ongelmat joko jäävät, tai siirtyvät toiseen paikkaan. Kun ongelmien juurisyöt poistetaan kaikki niiden aiheuttamat haasteet häviävät tai lieventyvät samanaikaisesti. Näin löydetään ratkaisuja ongelmiin, jotka palvelevat kaikkia sidosryhmiä.

Juurisyiden määrittelemiseksi kannattaa kvantitatiivisen analyysin (merkittävimpien haittavaikutuksien määrittely) jälkeen tarkastella ongelmien taustalla olevia syy-seuraussuhteita kvalitatiivisella loogiseen päättelyyn perustavalla analyysillä. Esimerkiksi: haittavaikutus D on looginen seuraus hoitajien käyttäytymisestä C, joka puolestaan johtuu siitä, että yritetään

---

<sup>1</sup> Asiakastunti – hoitajien asiakaskontaktissa vietetyn ajan yhteenlaskettu määrä, johon kuuluu asiakkaan luona tai hänen kanssaan vietettyä aikaa sekä asiakaskontaktit etäyhteydellä (puhelin- tai videokontakti). Tunnetaan myös välittömänä asiakastuntina, välittömänä työaikana ja palveluajana.

saada aikaiseksi B:n, säännön/ohjeen A:n takia<sup>2</sup>; matka-aikaa yritetään minimoida ajan säästämiseksi, koska hoitajilla on kiire ja matka-aika ei palvele asiakasta eikä työnantajaa.

## 2.3 Kehitysalueiden identifiointi ja priorisointi

Kehitystyö tulee kohdentaa niihin osa-alueisiin, joilla on keskeinen merkitys kotihoidon tuottavuuden, laadun ja/tai vaikuttavuuden näkökulmasta. Vertaamalla lähtötilanneanalyysin tuloksia oheisen kipupistetaulukon mittareiden suositustasoihin (taulukko 1) saadaan nopeasti yleiskuva nykytilanteesta.

Taulukko kuvaa tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden keskeisimpiä mittareita. Laatumittareista keskeisin on viiden tutuimman hoitajan osuus asiakkaan käynneistä. Yli viiden eri hoitajan ei tulisi palvella samaa asiakasta Kuntaliiton suosituksen mukaan. Ideaalitapauksessa mittarin tulos olisi siis 100 %. Käytännössä kuitenkin huonokuntoisten, useampia kotikäyntejä päivittäin tarvitsevien asiakkaiden kohdalla suositustaso voi olla vaikea saavuttaa (lisää tuottavuusmittareista luvussa 3).

Kehitystyö tulee fokusoida sen asian kehittämiseen, jonka merkitys kotihoidon tavoitteeseen on suurin. Esimerkiksi johtuuko heikko laatu asiakasmäärien kasvusta yhdistettynä tehottomaan resurssikäyttöön? Yksikön kyky hyödyntää henkilöstöään täysimääräisesti on tällöin välttämätön edellytys laadukkaiden palveluiden tuottamiselle asiakaslähtöisesti. Tämän jälkeen tulee määritellä, mistä heikko tuottavuus johtuu ja mitkä ovat suurimmat rajoitteet nykyresurssien paremmalle hyödyntämiselle ja keskittyä näiden rajoitteiden poistamiseen. Kun yksi on poistettu, rajoite siirtyy uuteen paikkaan. Tällöin prosessi aloitetaan alusta.

## 2.4 Tiedolla johtamisen mallin määrittely ja käyttöönotto

Hyvä tavoitteellinen johtaminen vaatii objektiivista tietoa toiminnasta ja kehityksestä mittareiden jatkuvan seurannan kautta. Lähtötilanneanalyysin perusteella määritellään toiminnan päivittäisen johtamisen ja kehityksen seurannan kannalta keskeisimmät mittarit. Lisäksi päätetään näiden raportointifrekvenssistä eri johtamistasoilla: mitä mittareita tarkastellaan päivä- ja/tai viikkotasolla ja mitä mittareita pidemmällä aikavälillä.

Tiedolla johtamisen mallia määriteltäessä yksinkertaisuus ja suoraviivaisuus on tärkeää. On parempi keskittyä muutamaan mittariin ja näiden halutun tavoitetason selkeään viestittämiseen läpi organisaation. Ohjenuorana voidaan pitää 1-3 keskeisen mittarin valintaa. Tarvittaessa näihin voidaan yhdistää yksittäisiä indikaattoreita selkeyttämään mittarin tuloksia.

---

<sup>2</sup> Esimerkki työkaluista toiminnan syy-seuraus-suhteiden mallintamiseen ja analysoimiseen ovat ns. *loogiset ajatteluprosessit*. Nämä ovat peräisin *kapeikko-/rajoiteteorian*a tunnetusta jatkuvan kehityksen menetelmästä. Lisätietoa työkalujen hyödyntämisestä löytyy mm. seuraavasta lähteistä:

Goldratt EM, Eshkoli I, Brownleer J: *"Vain taivas on rajana"* (Suomenkielinen painos 2013)

Group J: *"Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care operations"* (Suomeksi: Kapeikkoteoria kenttäpalveluissa: kotihoidon tuottavuutta rajoittavat tekijät). Väitöskirja (Aalto-yliopisto 2012)

**Taulukko 1. Kipupistetaulukko. Kuinka kaukana kotihoitoyksikkö on näiden keskeisten mittarien suositustasosta?**

	MITTARI	SUOSITUSTASO	SELITE
Tuottavuus	Tuntihinta (€/h)	Alle 70 €	Kotihoidon kaikki kustannukset jaettuna välittömien asiakastuntien määrällä. Paikkakunnan yleinen hintataso vaikuttaa.
	Välittömän työajan osuus (%)	Lähihoitajat: yli 60 %* Sairaanhoitajat: yli 40 %*	Asiakastuntien osuus hoitotyöhön käytettävistä työajasta. Suurin yksittäinen vaikuttaja kotihoidon tuntihintaan.
	Ulkopuolisen työvoiman osuus (%) (sijaiset/ vuokratyövoima)	0 % (työtunneista tai kustannuksista) kunnes välittömän työajan tavoite toteutuu. Tämän jälkeen alle 5 %.	Sijaisten tai vuokratyövoiman käyttö lisää asiakkaiden hoitajien vaihtelua, alttiutta hoitovirheille ja kotihoidon kustannuksia. Ulkopuolisen työvoiman perehdytys vähentää myös oman työvoiman hoitotyöhön käytettävissä olevaa aikaa.
	Työvuoron aloituksen ja ensimmäisen kotikäynnin välinen viive (min)	Toiminnanohjausjärjestelmällä alle 10 min; ilman alle 20 min	Ruuhkahuiput määrittävät hoitajien vähimmäistarvetta koko työvuorolle. Eryteisesti aamuvuorossa ruuhkahuippu asettuu ensimmäisille työtunneille. Viivettä lyhentämällä voidaan paremmin vasta asiakkaiden aikakriittiseen tarpeeseen ja vähentää hoitajien kiirettä myös pienemmällä vuorovahvuudella.
Laatu	Viiden tutuimman hoitajan osuus asiakkaan käynneistä (%)	Keskimäärin yli 80 %	Viisi eniten asiakasta palvelleiden hoitajien osuus asiakkaan käynneistä (3 kk keskiarvo).
	Vastuuhoitajan osuus asiakkaan käynneistä (%)	Keskimäärin yli 33 %	Eniten asiakasta palvelleen hoitajan osuus asiakkaan käynneistä (3 kk keskiarvo). Tulisi olla asiakkaan vastuuhoitaja.
	Suunnitellun palveluajan toteutumisen (%)	Toteutuneiden asiakastuntien määrä poikkeaa korkeintaan +/- 10 % suunnitelmasta	Tiimin tai lähipalvelualueen toteutuneiden asiakastuntien poikkeama suunnitelluista asiakastunneista tulisi olla mahdollisimman pieni.
Vaikuttavuus	Siirtymät raskaimpiin hoitomuotoihin (%)	Alle 15 % säännöllisen kotihoidon asiakkaista per vuosi	Osuus asiakkaista jotka ovat siirtyneet palveluasumiseen tai laitoshiin. Osuus lasketaan keskimääräisen kuukausittaisen asiakasmäärän perusteella.
	Päivystyksen käyttö (käynnit/asiakas)	Alle 2 käyntiä per säännöllisen kotihoidon asiakas per vuosi	Keskimääräinen päivystyskäyntien määrä säännöllistä kotihoidon asiakasta kohden vuodessa.
	Vuodeosastojaksot (päivät/asiakas)	Alle 15 päivää per säännöllisen kotihoidon asiakas per vuosi	Keskimääräinen päivystyskäyntien määrä säännöllistä kotihoidon asiakasta kohden vuodessa.

\*Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM julkaisuja 2013:11)

Välittömän työajan osuus on esimerkki mittarista, jota tulisi tarkastella päivittäin käyntilistasuunnittelun yhteydessä muun muassa tarvittavan resurssimäärän määrittelemiseksi (lisää tästä löytyy kappaleesta 3.2. "Tarveperusteinen resursointi ja käyntilistasuunnittelu"). Välittömän työajan toteumaa seurataan puolestaan jälkikäteen. Toiminnanohjausjärjestelmät antavat useimmiten tiedon kunkin hoitajan suunnitellusta välittömän työajan osuudesta. Mikäli käyntejä lyhennetään tai osa käynneistä jää pois, toteuma on suunnitelmaa alhaisempi. Tämä on hyvin yleistä. Toteutunut välittömän työajan osuus onkin keskeisin mittari arvioitaessa yksikön kykyä hyödyntää nykytyövoimaansa. Toteutuneen välittömän työajan mittaaminen luotettavasti on kuitenkin työläämpää, joten mittaria harvoin seurataan työvuoro- tai viikkokohtaisesti.

Ulkopuolisen työvoiman (sijaisten tai vuokratyövoiman) käyttöä on useimmiten syytä välttää niin kustannus- kuin laatusyistä. Ulkopuolisen työvoiman käyttöä voidaan seurata viikkotasolla esimerkiksi työvuorojen määränä tai pidemmällä aikavälillä osuutena työvoimasta (kapasiteetista) tai kotihoidon henkilöstökustannuksista.

Vaikuttavuusmittarit reagoivat hitaasti muutoksiin toiminnassa, joten esimerkiksi vuoden tarkasteluväli on riittävä. Muutoksia asiakkaiden toimintakyvyssä RAI-mittausinstrumentilla arvioituna olisi suotavaa tarkastella puolivuositain. RAI-mittauksien peittävyys ylittää harvemmin 80 % asiakkaista (joskus jopa alle 40 %), joten yksikkötasolla mittarin luotettavuus kärsii. Laatumittarit ovat luonteeltaan sellaisia, että niiden mittaaminen on perusteltua kolmen kuukauden välein. Tiheämmällä tarkasteluvälillä työvoiman luonnollinen vaihtuvuus vääristäisi mittareiden tuloksia liikaa.

Mittareita valittaessa tulee miettiä, miten haluttu kehitys tai muutos on parhaiten mitattavissa. Joskus muutosta on vaikeaa seurata perinteisillä mittareilla. Esimerkiksi Kotihoito 2020 – hankkeessa Ylä-Savon SOTE –kuntayhtymän keskitetyn neuvonta- ja palveluohjausyksikön (OHJURIn) toimintaa haluttiin arvioida muun muassa sen tavoittamien asiakasmäärien perusteella. Tavoitteena oli muun muassa seurata, kuinka hyvin Ohjuri tavoitti kohderyhmänsä sekä miten toiminta kehittyi pilotoinnin aikana. Toiminnan seuranta toteutettiin seuraamalla OHJURIn asiakasvolyymien muutosta kuukausittain ja asiakasohjaajien työkuvan muutosta parin kuukauden välein. Seurannassa tarkasteltiin uusien ja ”vanhojen” asiakkaiden kontaktimääriä sekä kontaktien ajankohtia kysyntäpiikkien ja resurssitarpeen ennustamiseksi. Työajanseurannan avulla analysoitiin, millä tavalla palveluohjauksen keskittäminen vaikutti kotihoidon henkilöstön toimintaan, kun osa kotihoidon vastuulla aiemmin olleista tehtävistä siirtyi OHJURiin.

## 2.5 Työryhmätoiminnan käynnistäminen

Kehitystyön edellyttämä konkreettinen työskentely tapahtuu työryhmissä, jotka työskentelevät projektiryhmän alaisuudessa. Kompaktit, usein 3-10 hengen työryhmät rakentuvat sellaisille ratkaistaville asioille, jotka vaativat usein paljon lisäselvittely- ja kirjoitustyötä. Ylä-Savon SOTE:ssa esimerkiksi kunkin kolmen ratkaisun ympärille muodostettiin oma työryhmänsä, joka vastasi suunnittelusta ja työn eteenpäin viemisestä projektiryhmän ohjauksessa. Työryhmä kokoontui noin parin viikon välein ja raportoi projektiryhmälle kerran kuukaudessa järjestettävissä työpajoissa. Työryhmätoiminnan lisäksi pienempiä asiakokonaisuuksia on mahdollista delegoida niitä varten nimettävien pienryhmien vastuulle. Pienryhmissä on usein mukana 2-4 aiheen erityisasiantuntijaa, jotka vastaavat tehtävänantonsa mukaisen työn edistämisestä.

Työryhmien kokoonpano määräytyy ratkaistavana olevan kysymyksen perusteella. Työryhmissä kannattaa hyödyntää mahdollisuuksien mukaan sekä sisäisiä että ulkoisia asiantuntijoita. Työryhmissä on usein mukana paitsi hankehenkilöstöä myös kotihoidon henkilöstöä sekä tarvittaessa asiakkaita ja omaisia. Asiakkaita ja omaisia voidaan työryhmissä hyödyntää kokemusasiantuntijoina. Osallistamalla kotihoidon henkilöstöä ratkaisujen kehittämiseen varmistetaan mahdollisimman hyvin tarpeita vastaavat ja arkea tukevat ratkaisut. Työryhmän muodostaa usein niin sanottu ydinjoukko, jota täydennetään tarvittaessa muilla asiantuntijoilla. Työryhmään kannattaa kutsua mukaan aiheen kannalta kriittisiä toimijoita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Näin saadaan varmistettua riittävän laaja-alainen osaaminen ja samalla kehitettyä yhteistyötä eri toimijoiden välillä.

Johdon ja keskijohdon sitoutuminen työryhmätoiminnan tukemiseen on kriittinen menestystekijä lopputuloksen kannalta. Tähän kuuluu selkeän vision ja tulevaisuuden tahtotilan viestiminen työryhmälle ja siten työryhmän tehtävien ja työskentelyn tavoitteiden konkretisointi. Lisäksi johdolta vaaditaan resurssien käytön ohjaamista ja tarvittaessa resurssien vapauttamista kehittämistyöhön sekä riittävän mandaatin myöntämistä kehittämistyön eteenpäin viemiseksi.

Selkeä ohjeistus työskentelyyn sekä työn sisällöstä että resurssien käytöstä tukee tavoitteiden saavuttamista. Myös työn tuotosten kommentointi ja tarvittaessa ohjaus haluttuun suuntaan tukee halutun lopputuloksen aikaansaamista.

Työryhmien työskentelyssä on suositeltavaa hyödyntää ohjattua työpajatyöskentelyä.

## 2.6 Ratkaisujen kehittäminen

Ratkaisujen kehittämisen ensimmäinen vaihe pitää sisällään suunnitelmien laatimisen sekä konkreettisten tavoitteiden asettamisen ja toiminnan muutosten kautta odotettujen aikaansaatavien vaikutusten määrittämisen. Suunnitelmissa tulee tavoitteiden lisäksi määrittellä kehitystyön aikana toteutettavat toimenpiteet ja aikataulu sekä vastuut niiden toteuttamiselle. Aikataulussa tulee huomioida välietapit ja tarkistuspisteet, jotta kehitystyön seuranta toteutuu mahdollisimman systemaattisesti. Lisäksi tulee määrittellä, millä aikataululla asioita viedään päätöksentekoon. Suunnitelmien peilaaminen kunnalliseen päätöksentekoon on hyvä tehdä jo suunnitteluvaiheessa, jotta varmistetaan tarvittavien päätösten saaminen kehittämistyön tueksi ilman turhia viivästyksiä.

Ratkaisujen kehittämisen pohjaksi on hyvä selvittää ja arvioida kansallisia ja kansainvälisiä olemassa olevia hyviä käytäntöjä. Hyvien käytänteiden selvittämisen avulla voidaan jo tehdystä kehitystyöstä poimia parhaat ideat ja käytännöt ja kehittää jo hyväksi todettuja ratkaisuja omaan toimintaan soveltuviksi. Näin voidaan välttää päällekkäistä ja turhaakin työtä ja keskittyä olennaiseen eli ratkaisun kehittämiseen oman kunnan tarpeiden ja organisaation näkökulmasta. Hyvien käytänteiden selvittämisessä ja arvioinnissa kannattaa hyödyntää paitsi sekundäärisiä tietolähteitä (kuten internet ja erilaiset raportit ja artikkelit), myös primäärisiä tietolähteitä (kuten henkilöhaastattelut ja vierailut). Sekundäärisiin lähteisiin pohjautuva selvitystyö auttaa kartoittamaan laajasti erilaisia vaihtoehtoja ja ratkaisuja. Primäärinen selvitystyö puolestaan auttaa tarkentamaan yksityiskohtaisesti käsitystä jostain tietystä ratkaisusta. Molempia hyödyntämällä saadaan aikaiseksi kattava näkemys nykytilasta ja olemassa olevista ratkaisuksista kyseiseen kehitystarpeeseen sekä arvioitua parhaiksi katsottuja ratkaisuja ja niiden soveltamismahdollisuuksia omaan toimintaan.

Myös asiakkaita ja omaisia kannattaa hyödyntää asiantuntijoina ja osallistaa heitä kehitystyöhön järjestämällä esimerkiksi asiakaspaneelleita ja hyödyntämällä palvelumuotoilua. Palvelumuotoilun lähtökohta on palveluntuotannon kehittäminen käyttäjälähtöisesti. Prosessi alkaa käyttäjien käyttäytymisen ymmärtämisestä sekä havaittujen kehityshaasteiden tunnistamisesta. Haasteisiin pyritään löytämään ratkaisut yhdessä käyttäjien ja palveluntuottajien kanssa. Ketterän kehittämisen periaatteella konseptit viedään käytännön kokeiluiksi, joissa tiivis työryhmä kokeilee ja muokkaa konseptia siten, että lopulta löydetään optimaalinen tapa tuottaa palvelua.

Ratkaisuja kehitetään työryhmissä projektiryhmien ohjauksessa. Suunnittelutyö pitää sisällään uusien toimintamallien kuvaamisen muun muassa toiminnan sisällön ja prosessien näkökulmasta. Lisäksi laaditaan tarvittavat ohjeistukset muun muassa henkilöstölle ja muille sidosryhmille. Ratkaisujen kehittäminen edellyttää neuvotteluja eri sidosryhmien kanssa erityisesti vastuualueajat ylittävistä toimintamalleista silloin, kun halutaan löytää ratkaisuja asiakkaiden hoitoketjujen sujuvuuden parantamiseksi. Esimerkiksi Iisalmessa ja Kalajoella keskitetyn neuvonnan ja palveluohjauksen kehittäminen edellytti useita neuvotteluja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa yhteisten toimintamallien sopimiseksi muun muassa kotiutuskäytänteistä. Keskitetyn neuvonnan ja palveluohjauksen toimintamallin tarkoitus on tarjota ikäihmisille näiden kotona selviytymisen tueksi tarvitsemat tiedot ja palvelut, mikä edellyttää yhteistyötä hyvin laajan toimijaverkoston kanssa. Uuden toiminnan määrittelyn jälkeen ratkaisuja lähdetään pilotoimaan osana päivittäistä toimintaa. Pilotoinnin aikana toimintamallia kehitetään edelleen vastaamaan paremmin asiakkaiden, henkilöstön ja järjestelmän tarpeisiin.

## 2.7 Ratkaisujen priorisointi ja pilotointi

Merkittävä haaste kehitystyössä on fokuksen säilyttäminen. Mitä syvemmälle työryhmä pääsee ymmärryksessään nykyaikasteiden dynamiikasta ja haasteiden ratkaisujen suunnittelussa, sitä enemmän mahdollisia kehityskohteita tulee vastaan. Tässä kohdin kehitystyö suistuu usein raiteiltaan ja kehittämisfokus siirtyy sellaisille osa-alueille, joiden merkitys kokonaisuuden kannalta on merkittävästi pienempi. Siksi on hyvin tärkeää, että kehitystyössä fokus säilyy halutussa lopputuloksessa. Tavoitteellinen ote auttaa johdattamaan työtä oikeaan suuntaan, vaikka houkuttelevia sivuraiteita ilmestyisi matkan varrella.

Jos halutaan saada aikaan merkittäviä muutoksia, täytyy usein priorisoida kehitystyöhön liittyviä tehtäviä perustehtävänsä yli. Tämä on erityisesti hankalaa julkisissa organisaatioissa, joissa useimmat kehitystyöhön osallistuvat henkilöt tekevät sen osa-aikaisesti muun työnsä ohessa. Koska kehitystyö tähtää organisaation tavoitteen edistämiseen johdon on tärkeä varmistaa, että näillä henkilöillä on mahdollisuus priorisoida kehitystyötään.

On tiedostettava, että julkisen sektorin kehittämisen riippuvuus ulkopuolisesta hankerahoituksesta vaikeuttaa kehitystyön priorisointia. Tarjolla oleva rahoitus asettaa usein sisällön kannalta epäluonnollisia reunaehtoja kehitystyölle ja sen ajoittumiseen. Tämän seurauksena monessa kunnassa on useampia rinnakkaisia, mutta ajoituksellisesti päällekkäisiä kehityshankkeita. Samoja henkilöitä viedään samaan suuntaan. Johdon tehtävänä on silloin varmistaa, että fokus pysyy kotihoidon tavoitteen saavuttamisen kannalta merkittävimässä kehityskohteessa.

Monesti uusi toimintamalli koostuu monista osaratkaisuista. Tällöin törmätään usein tilanteeseen, jossa ratkaisuja pitää priorisoida. On parempi saada yksi ratkaisu suunniteltua ja pilotoitua kunnolla kuin monta puolivillaisesti. Esimerkkinä tästä voidaan mainita Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, jossa päätettiin priorisoida toiminnallisia muutoksia ja jättää henkilöstön kannustinpalkkiomallin käyttöönotto myöhempään ajankohtaan.

Ratkaisujen pilotointi lähtee pilottialueen valinnasta. Pilottialueen henkilöstöä tulee tiedottaa ja kuulla riittävän aikaisessa vaiheessa ja kouluttaa uuteen toimintamalliin ennen pilotin alkamista. Koulutus voi tapahtua luennonomaisena, mutta sen lisäksi tarvitaan asian läpikäymistä pienryhmässä, jotta varmistetaan henkilöstön ymmärrys ja sitoutuminen uuteen toimintamalliin ja siten onnistunut muutosprosessi. Muutoksen läpivieminen organisaatioissa on aina haastavaa, mutta hyvällä suunnittelulla se on mahdollista toteuttaa menestyksekkäästi. Koulutuksen ohella on varmistettava henkilöstön riittävä tuki ja resursointi. Uuden oppiminen vie usein aikaa, joten tiukasta resurssitilanteesta huolimatta kunnissa tulisi pyrkiä tarkastelemaan keinoja lisätä pilottialueen resursointia ainakin hetkellisesti uuden oppimisen edellytysten parantamiseksi. Tämä pätee erityisesti silloin, kun kyseessä on suuri tai useampi samanaikainen toiminnanmuutos. Pilottialueen henkilöstön edellytysten parantamiseksi tarvitaan laaja-alaista viestintää myös muille alueille, keskeisille sidosryhmille ja kuntalaisille.

## 2.8 Ratkaisujen vaikuttavuuden arviointi ja päätös käyttöönotosta

Pilotoinnin aikana ratkaisuja arvioidaan ja kehitetään edelleen niin kutsutulla iterointiperiaatteella. Arviointia tehdään sekä a) laadullisesti kotihoidon johtoa ja pilottialueiden henkilöstöä ja asiakkaita kuulemalla että b) kvantitatiivisesti seuraamalla tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehitystä tilastoanalyysien avulla. Esimerkiksi tuottavuutta kehittäviä ratkaisumalleja arvioidaan pääsääntöisesti tuottavuutta kuvaavien mittareiden muutoksilla (esimerkiksi välittömän työajan osuus) mutta rinnalla varmistetaan myös, että kehitystä ei ole tapahtunut laadun ja vaikuttavuuden kustannuksella esimerkiksi huomioimalla omahoitajuuden toteutuminen, asiakastyytyväisyys ja siirtymät kotoa ympärivuorokautiseen hoivaan.



Kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten mittareiden avulla varmistetaan kehityksen kokonaisvaltainen seuranta.

Pilotoinnin aikana henkilöstöä tulee kuulla ratkaisujen soveltuvuudesta ja osallistaa niiden edelleen kehittämiseen. Keinoina voidaan hyödyntää muun muassa sähköistä kyselyä, henkilökohtaisia haastatteluja tai pienryhmätapaamisia sekä niiden yhdistelmiä. Henkilöstön kokemuksia ja asiakaspalautetta pilottialueilla kannattaa kerätä säännöllisesti koko pilotoinnin ajan esimerkiksi 1-2 kuukauden välein.

Ratkaisujen vaikuttavuutta tulee arvioida suhteessa lähtökartoitusanalyysin tuloksiin ja kehitysalueille määriteltyihin tavoitteisiin. Tämä edellyttää uuden seuranta-analyysin toteutusta. Lisäksi vaikuttavuuden arvioinnissa voidaan pilottialueen toimintaa verrata alueisiin, jotka ovat pilotin ajan toimineet perinteisen toimintamallin mukaisesti. Tämä mahdollistaa konkreettisen muutoksen arvioinnin. Tuloksia tarkasteltaessa ja alueita vertailtaessa tulee kuitenkin muistaa, että ne voivat erota toisistaan merkittävästikin muun muassa asiakasvolyymitään, sairastavuudeltaan tai välimatkoiltaan, jotka kaikki vaikuttavat osaltaan toiminnan tuloksiin.

Toimintamallin validoinnin toteuttavat kotihoidon henkilöstö ja hankeorganisaation vastuuhenkilöt. Ratkaisumallien ensisijaiset arviointi- ja kehitysfoorumit ovat säännölliset projektiryhmän kokoukset, mutta päätöksiä tarvitsevat asiat tulee viedä ohjausryhmän kokouksiin. Validoidut tulokset juurrutetaan lopuksi osaksi organisaation päivittäistä toimintaa. Tarvittaessa ratkaisua ja toimintaa muutetaan piloteista kertyneiden kokemusten perusteella vielä ennen niiden laajempaa käyttöönottoa.

## 2.9 Ratkaisujen käyttöönotto

Kehityshankkeissa kehitettyjen toimintamallien ja ratkaisujen elinkaari tulee usein päätökseensä hankerahan loppuessa. Jotta toiminnan muutos saataisiin pysyväksi ja uudet ratkaisut implementoitua osaksi päivittäistä toimintaa, tulee jo hankkeen aikana osoittaa toteen näyttö uuden toiminnan vaikuttavuudesta ja sen kautta syntyvistä hyödyistä. Tämä tehdään kohdassa 2.8. toteutettavien arviointien avulla. Esimerkiksi asiakaspalautetta kannattaa seurata koko hankkeen ajan. Myös hyödyntämällä erilaisia seurantamenetelmiä saadaan kerättyä tietoa päättäjille päätöksenteon tueksi. Esimerkiksi lisäsalissa seurattiin hankkeen ajan kuukausittain sekä asiakasmääriä että –palautetta. Näin saatiin näyttö toiminnan toteutumisesta suunniteltuna matalan kynnyksen neuvontapisteinä. Lisäksi joka toinen kuukausi tehtyä työajanseuranta hyödynnettiin resursointilaskelmien pohjana seudullisen mallin luomisessa. Myös kotikuntoutuksen mallissa tulosten ja arviointien systemaattisen toteutuksen ja dokumentoinnin avulla pystyttiin osoittamaan näyttö toiminnan vaikuttavuudesta ja siten oikeutettua toiminnan jatkuminen myös hankkeen jälkeen.

Uuden palvelun levittäminen laajasti koko organisaatioon edellyttää siten ylimpien päättäjien tahtoa sekä usein myös lisäresursseja. Viimeisessä vaiheessa palvelun levittämisen kannalta keskeisille päättäjätahoille tulee laatia päätöksenteon tueksi myös suunnitelma (road map) palvelun levittämisestä laajempaan käyttöön. Suunnitelman tulee sisältää paitsi resurssilaskelmat myös koulutus- ja viestintäsuunnitelmat (mukaan lukien sisäinen ja ulkoinen viestintä).

Kuten ennen pilotointia myös laajamittaista käyttöönottoa tulee aina edeltää henkilöstön tiedottaminen ja kouluttaminen, joiden avulla luodaan edellytykset ratkaisujen käyttöönotolle eli varmistetaan henkilöstön ymmärrys siitä, mitä uudella toimintamallilla tavoitellaan, mitä uuden toimintamallin käyttöönotto konkreettisesti tarkoittaa ja mitä se edellyttää kotihoidon henkilökunnalta. Näin varmistetaan henkilöstön ymmärrys uuden toiminnan tärkeydestä ja sitoutuminen, kun henkilöstö ymmärtää oman roolinsa muutoksessa. Tiedottamisessa voidaan hyödyntää esimerkiksi sähköisiä uutiskirjeitä, intranettiä, ilmoitustaulua sekä avoimia henkilöstölle järjestettäviä infotilaisuuksia. Ennen laajempaa käyttöönottoa tulee järjestää riittävä määrä koulutustilaisuuksia koko henkilöstölle, jotta varmistetaan, että viesti saavuttaa mahdollisimman suuren osan henkilöstöstä.

Ratkaisujen laajamittaisesta käyttöönotosta tulee tiedottaa laajasti myös kuntalaisia ja muita sidosryhmiä. Tämä voidaan tehdä erilaisten tiedotteiden ja ohjeistusten, vierailukäyntien (sidosryhmät) ja mainosten avulla paikallismediassa (kuntalaiset).

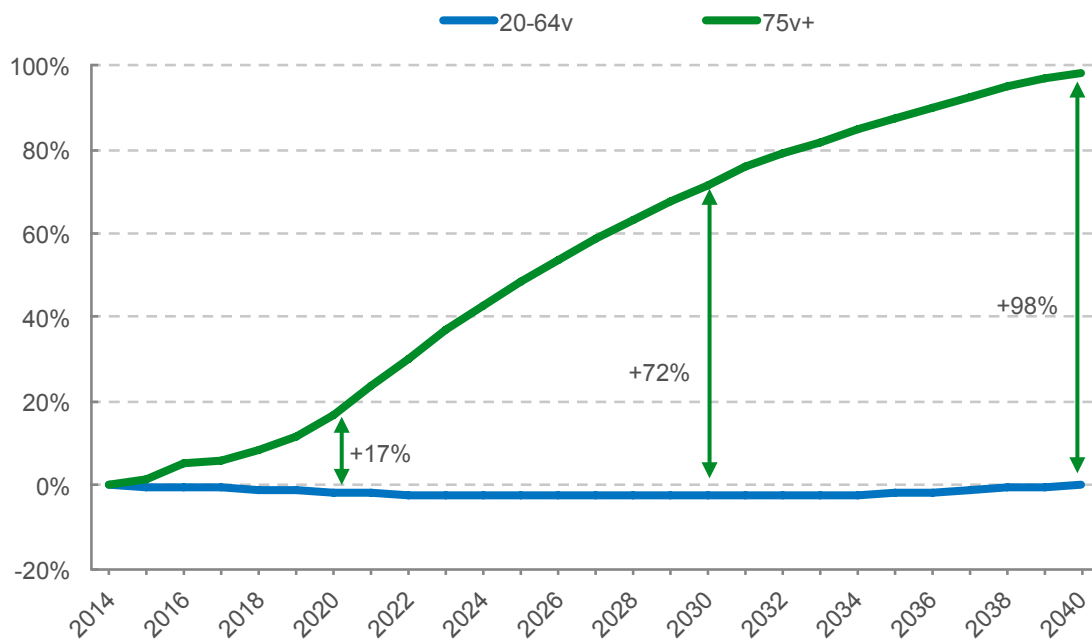
## **2.10 Ratkaisujen jalostaminen**

Laajasti käyttöönotettavien ratkaisujen ohjeistus tulee päivittää pilotoinnista kertyneen ymmärryksen, kokemusten ja ratkaisumallien kehittymisen pohjalta ennen laajamittaista jalkautusta. Toiminnan kehitystä seurataan myös laajamittaisen käyttöönoton jälkeen toteuttamalla säännöllisesti erilaisia tilastoanalyyskejä sekä keräämällä palautetta kenttätyöntekijöiltä ja asiakkailta sekä käymällä tuloksia läpi johdon tapaamisissa. Henkilöstön ja kotihoidon asiakkaiden ja/tai omaisten näkemyksiä on suositeltavaa kartoittaa säännöllisesti ja tarvittavia jatkotoimenpiteitä suunnitella niiden pohjalta.

Kohdassa 2.8. esitettyä toimintamallia on suositeltavaa noudattaa toiminnan arvioinnin ja käyttöön otettujen ratkaisujen edelleen kehittämisen perustana myös sen jälkeen, kun ratkaisu on jalkautettu osaksi vakiintunutta toimintaa.

### 3 TUOTTAVUUS

Kotihoidon tuottavuuden kehittäminen on välttämätön edellytys laadukkaiden ja vaikuttavien palvelujen turvaamiseksi kasvavalle määrälle asiakkaita. Vuosina 2014 - 2040 Suomen 75vuotta täyttäneiden kansalaisten määrän on ennustettu kaksinkertaistuvan samalla kun työikäisten määrä kuitenkin pysyy nykytasolla (kuva 6). Ikärakenteen muutoksen takia henkilöstöä ei ole varaa lisätä samassa suhteessa kysynnän kasvun kanssa. Jo nykyresurssien turvaaminen tulee olemaan haasteellista, kun työikäisten osuus väestöstä pienenee. Kehityksen myötä kuntien verotulot asukasta kohden laskevat, mutta myös hoitohenkilöstön saatavuus heikkenee.



**Kuva 6. Ikärakenteen ennustettu muutos Suomessa vuosina 2014-2040 (Tilastokeskus: SotkaNet 2014)**

Useimmilla kotihoitoyksiköillä on kuitenkin varaa kehittää samanaikaisesti tuottavuuttaan, palvelujen laatua ja henkilöstön työhyvinvointia. Tässä luvussa esitetään käytännön ratkaisuja kotihoidon tuottavuuden kehittämiseksi<sup>3</sup>. Ratkaisut ovat: 1) palvelutuotannon tasaaminen 2) tarveperusteinen resursointi ja käyttilistasuunnittelu, 3) resurssipooli, 4) johtamisen kehittäminen sekä 5) henkilöstön kannustinpalkkiomalli.

Neljä ensimmäistä ratkaisua pilotoitiin Kotihoito 2020 -hankkeen aikana Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kotihoidossa. Henkilöstön kannustinpalkkiomallia suunniteltiin, mutta sen käyttöönotto jäi hankkeen jälkeiselle ajalle.

Ratkaisujen taustalla olevaa tarvetta perustellaan ensin ratkaisukohtaisesti. Seuraavaksi kuvataan varsinaista ratkaisua, minkä jälkeen esitetään käyttöönoton keskeisiä vaiheita ja onnistuneen implementoinnin edellytyksiä. Ratkaisut ovat toisistaan riippuvaisia ja muodostavat jatkumon. Luvun lopussa käsitellään Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa saavutettuja tuloksia.

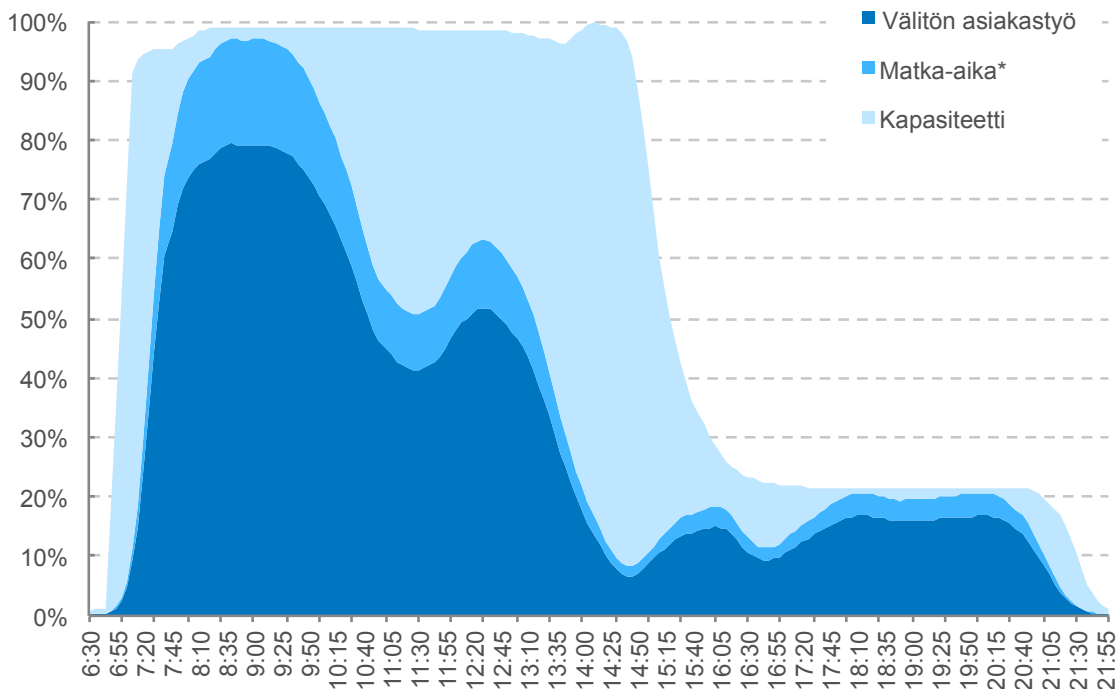
<sup>3</sup> Lisätietoa tässä kuvattujen ratkaisujen taustoista, perusteluista ja logiikoista löytää artikkelista: Groop J (2014): Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? *Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu* Nro 1. Suomen Kuntaliitto. Painossa.

### 3.1 Palvelutuotannon tasaaminen

Ruuhkahuippujen esiintyminen on yleinen ilmiö kotihoidossa (kuva 7). Ruuhkahuipulla tarkoitetaan käyntien kasautumista tiettyihin kellonaikoihin. Esimerkki tästä on kotihoidon aamupainotteisuus; merkittävä osa päivän välittömästä palveluajasta kohdentuu tyypillisesti kello 7.30-10 väliselle ajalle, jonka aikana työvoiman tarve on myös suurimmillaan.

Valtaosa kotihoidon merkittävimmistä haasteista kuten heikko tuottavuus, palvelulaatu ja työhyvinvointi johtuvatkin joko suoraan tai epäsuorasti ruuhkahuippu -ilmiöstä. Palvelutuotannon tasaaminen läpi työvuoron on siis välttämätön edellytys niin tuottavuuden kuin palvelun laadun ja henkilöstön työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Myös myöhemmin tässä luvussa kuvatut toiminnalliset ratkaisut tukevat kotihoitoyksikön kykyä tasata palvelutuotantoaan.

Prosenttia maksimikapasiteetista



\* Matka-aika on arviolta 12 % käytetystä työajasta

**Kuva 7. Välittömien asiakastyön ja hoitajakapasiteetin<sup>4</sup> jakautuminen päivän aikana Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa vuonna 2012**

#### 3.1.1 Tarve

Palvelutuotannon epätasaisuus aiheuttaa useita haittavaikutuksia:

1. Ruuhkahuippu lisää työvoiman tarvetta hetkellisesti esimerkiksi aamulla kello 8-9 välisenä aikana. Kun suurin osa hoitajista tekee käytännössä täysiä työvuoroja (työaika keskimäärin 7 tuntia 39 minuuttia/työvuoro), ruuhkahuippu määrittää tarvittavan vähimmäisvuorovahvuuden (hoitajakapasiteetin) koko työvuorolle.
2. Ruuhka-aikoihin kohdistuva palvelutarve kasvaa kotihoidon asiakasmäärän kasvaessa ja entistä huonokuntoisempien asiakkaiden pysyessä kotihoidon piirissä. Kustannuspaineiden ja hoitajien saatavuuden heikkenemisen myötä kotihoidon työvoimaa

<sup>4</sup> Hoitajakapasiteetti – Työvuorossa olevien hoitajien yhteenlaskettu työaika tunneissa mitattuna. Tunnetaan myös vuorovahvuutena

- ei kuitenkaan pystytä lisäämään samassa suhteessa ruuhka-aikojen kysynnän kasvun kanssa. Ruuhkahuiput rajoittavat siten kotihoidon kykyä vastata kysynnän kasvuun.
3. Ruuhkahuippu lisää hoitajien kiirettä ja heikentää työhyvinvointia. On yleistä, että jopa 40-50 % vuorokauden asiakastunneista tehdään noin 2-3 tunnin ruuhka-aikana. Työhyvinvoinnin heikkeneminen ilmenee usein korkeina sairauspoissaoloina (8-12 %), mikä pahentaa koettua kiirettä ja lisää ulkopuolisen aputyövoiman (sijaisten/vuokratyövoiman) tarvetta.
  4. Kiireen tunne johtaa suoritekeskeiseen toimintaan, jossa asiakkaan kohtaamisen ja kuntouttavan työtteen sijasta pyritään tekemään käynnin tehtävät mahdollisimman nopeasti. Tämän seurauksena toteutunut palveluaika (asiakastunnit) poikkeaa jopa 20-25 % asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaisesta suunnitellusta palveluajasta.
  5. Tällainen toiminta lisää alttiutta hoitovirheille heikentäen palvelun laatua ja vaikuttavuutta.
  6. Sairauspoissaolot lisäävät ulkopuolisen aputyövoiman tarvetta. Ulkopuolisen työvoiman käyttäminen lisää asiakkaiden hoitajien vaihtelua, mikä on kotihoidon asiakkaiden yleisin valituksen aihe. Paitsi että ulkopuolisen työvoiman käyttö nostaa kotihoidon kustannuksia, se lisää usein myös virheiden määrää ja sitoo kotihoitoyksikön omien hoitajien aikaa perehdytyksiin.
  7. Ruuhkahuippu ei kuitenkaan perustu pelkästään todelliseen asiakastarpeeseen, vaan moni nykykäytäntö johtaa ei-aikakriittisten<sup>5</sup> (aikaan sitomattomien) käyntien siirtymiseen ruuhka-aikoihin. Näitä ovat muun muassa liiallinen keskittyminen matka-ajan minimoimiseen (hoidetaan lähemmäs asuvat asiakkaat peräkkäin käyntien aikakriittisyydestä riippumatta) sekä vuorovahvuus, joka ei vastaa vuoron tarvetta. Näitä käsitellään myöhemmin käyntilistasuunnitelun yhteydessä.

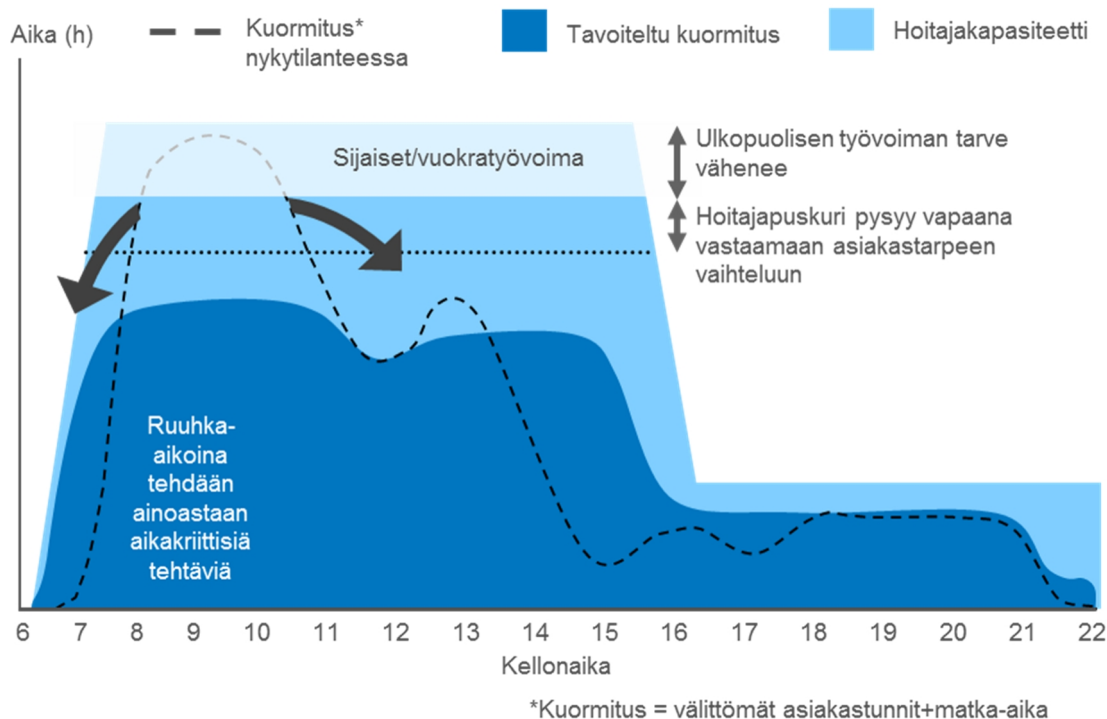
### 3.1.2 Ratkaisun kuvaus

Palvelutuotantoa tasataan varmistamalla, että ruuhka-aikoina tehdään vain aikakriittisiä tehtäviä (kuva 8). Keinot palvelutuotannon tasaamiseen ovat:

1. Ei-aikakriittisten aamukäyntien myöhäistäminen ja iltakäyntien aikaistaminen
2. Käyntien jakaminen kahtia siten, että ainoastaan aikakriittiset tehtävät tehdään ruuhka-aikana ja muut ruuhka-aikojen ulkopuolella
3. Käyntien aikaistaminen asiakastarpeen perusteella – näin saa enemmän aikaa aikakriittisten aamukäyntien tekemiseen.
4. Varmista, että aamuvuoro alkaa kello 7. Näin vältetään myös tilanne, jossa hoitajakapasiteetti aamu- ja iltavuorojen päällekkäisyyden takia on suurimmillaan aikaan, jolloin asiakastarve on pienimmillään.
5. Lyhennä työvuoron alkamisen ja ensimmäisen käynnin välistä viivettä. Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa aamun viive oli vuonna 2012 keskimäärin 29 minuuttia.
6. Pyri kohdentamaan osa-aikaisten, lyhennettyä työvuoroa tekevien hoitajien työvuoroja ruuhka-aikoihin ja lieventämään muiden hoitajien kuormitusta. Aikakriittisten tehtävien takia ruuhkahuippua voi olla vaikeaa poistaa kokonaan. Vältä siksi mahdollisuuksien mukaan tilanteita, joissa osa-aikaiset työntekijät ovat osan päivistä poissa kokonaan ja tekevät lopun ajasta täysiä työvuoroja. Joidenkin näkemysten mukaan tämä heikentää näiden työntekijöiden jaksamista samalla kun se lisää asiakkaiden hoitajien vaihtelua.

Kun palvelutuotanto tasaantuu ja nykytyövoimaa voidaan hyödyntää paremmin, riippuvaisuus ulkopuolisesta työvoimasta vähenee. Palvelutuotanto rauhoittuu – samat hoitajat tekevät enemmän välittömiä asiakastunteja, mutta rauhassa kävellen – jolloin hoitajat voivat toteuttaa suunniteltuja käyntilistoja ilman kiirettä keskittyen asiakkaan kohtaamiseen ja kuntouttavaan työtoteeseen tehtävien nopean suorittamisen sijaan.

<sup>5</sup> Aikakriittisyys – Tietyn kotikäynnin tai tehtävän aikasidonnaisuus. Aikakriittinen käynti on sellainen, jota pitää suorittaa lyhyen aikaikkunan sisällä, esim. kello 8.30-9, 13-14 tai 20-21 välisenä aikana. Ei-aikakriittinen käynti tai tehtävä on puolestaan vapaasti toteutettavissa mihin kellonaikaan tahansa kello 07-22 välillä.



Kuva 8. Palvelutuotannon tasaaminen<sup>6</sup>

### 3.1.3 Käyttöönotto

Palvelutuotannon tasaaminen alkaa kotihoiton käynnin aikaisten tehtävien aikakriittisyyden määrittelystä. Mitkä tehtävät ovat sairaanhoidollisista syistä (esimerkiksi Parkinson-lääkkeet ja paastokokeet), hoivallisista syistä (esimerkiksi tuki aamutoimessa) tai käytännön syistä (asiakkaan valmistaminen päivätoimintaan ja näytteiden toimittaminen laboratorioon) sidottuja tiettyyn kellonaikaan.

Käynnit koostuvat yleensä useammasta tehtävästä. Riittää, että yksi tehtävä on aikakriittinen, niin käynnistäkin tulee aikakriittinen. Siksi tulee välttää tilanteita, joissa käynnillä on yksi aikakriittinen tehtävä, joka pitää tehdä ruuhka-aikana, mutta neljä muuta ei-aikakriittistä tehtävää tehdään saman käynnin aikana käyntimäärän (ja matka-ajan) minimoimiseksi. Tällainen käyntimäärien ja matka-aikojen vähentäminen siirtää keinotekoisesti kysyntää ruuhka-aikoihin, jolloin tarvitaan entistä enemmän hoitajia samojen asiakkaiden ja palvelujen tuottamiseen.

Kun aikakriittisyyden kriteerit on määritelty, tulee kaikkien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia (HoPaSu) tarkistaa uusien kriteerien mukaisiksi. Tämä on iteratiivinen prosessi. Käytännön kokemusten perusteella ensimmäisellä tarkastuskierroksella ei olla useimmiten tarpeeksi kriittisiä ja tarkastuskierroksia sekä palvelutarpeen arviointia on tarpeellista tehdä riittävän usein.

Ei ole harvinaista, että hoitohenkilökunnan ensimmäinen reaktio on, että kaikki ei-aikakriittiset tehtävät jo olisi siirretty pois ruuhka-ajoilta. Tämä johtuu erityisesti juurtuneesta aamupainotteisesta toimintakulttuurista; aikaisemmin ei ole ollut tarvetta kriittisesti tarkastella eri tehtävien aikasidonnaisuutta. Tämän seurauksena monia asiakkaita on totuteltu aamukäynteihin,

<sup>6</sup> Hoitajapuskuri – Asiakastarpeeseen (välittömissä asiakastunneissa mitattuna) nähden ylimitoitettu vuorovahvuus, jonka avulla pyritään varmistamaan, että hoitajia olisi työvuorossa riittävästi myös silloin, kun suunniteltu vuorovahvuus ei toteudu hoitajien sairauspoissaolojen ja vuosilomien takia tai äkillisen asiakastarpeen ilmentyessä. Tunnetaan myös työvoimapuskurina.

vaikka palvelun tuottamiseen ruuhka-aikana ei ole hoidollista syytä. Kun asiakas tottuu saamaan palvelua tiettyyn aikaan, tätä voi myöhemmin olla vaikeaa muuttaa.

Tarkastelemalla ruuhkahuipun koostumusta – millaisia käyntejä ruuhkahuippujen aikana tehdään – voidaan tuoda läpinäkyvyyttä aikakriittisten käyntien jakautumiseen läpi päivän. Esimerkiksi Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa arviolta noin 25 % ruuhka-ajan asiakastunneista koostui ei-aikakriittisistä käynneistä (2012). Lähtötilanneanalyysin jälkeen aikakriittisyyden kriteerien määrittelyn yhteydessä suoritettussa tarkemmassa asiakkaiden HoPaSujen tarkastelussa huomattiin, että ruuhka-aikoihin oli suunniteltu myös melkoinen määrä ei-aikakriittisiä tehtäviä.

Kallion kotihoitoyksikkö perusti työryhmän, joka loi kriteerit tehtävien aikakriittisyydelle yhdessä asiakkaiden ja omaisten kanssa. Ohjeessa määriteltiin myös, mitkä tehtävät eivät ole aikakriittisiä. Dokumentti sisälsi myös ohjeet siitä, miten epäselviä tapauksia tulisi tulkita. Tämän jälkeen kaikkien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat tarkasteltiin ja aikakriittiset käynnit pyrittiin siirtämään pois ruuhka-ajoilta. Tarkastelun yhteydessä Kalliossa arvioitiin myös välillisiä tehtäviä. Tavoitteena oli miettiä, miten välillisiä tehtäviä voisi vähentää tai järjestää järjevimmin sekä identifioida mahdollisia hukkatöitä hoitajien turhan kuormituksen vähentämiseksi. Hukkatyöllä tarkoitetaan arvoa tuottamattomia tehtäviä tai toimintaa, josta asiakas ei hyödy eikä se ole henkilökunnan tai työnantajan edunmukaisia. Hukkatyö muodostuu siis rutiineista ja tehtävistä, jotka eivät suoraan eikä epäsuorastikaan 1) edistä asiakkaan kykyä pärjätä kotona, 2) tue kotihoitoyksikön mahdollisuuksia tuottaa palveluja (esimerkiksi matka-aika) tai 3) lukeudu kotihoidon lakisääteisiin velvollisuuksiin (esimerkiksi käyntitilastointi ja -kirjaaminen). Välillisten tehtävien vähentäminen on tärkeää osa palvelutuotannon tasaamisen mahdollistamista. Mitä vähemmän aikaa välillisiin toimistotehtäviin täytyy varata sitä vapaammin hoitajien työaikaa voidaan käyttää asiakastyöhön. Tarkastelun yhteydessä Kalliossa löydettiinkin tarkastelun yhteydessä jonkin verran rutiineja, jotka joko muodostivat hukkatyötä tai lisäsivät välillisiin tehtäviin tarvittavaa aikaa.

Tehtävien aikakriittisyyden määrittely ja näiden huomiointi asiakkaiden HoPaSujen tarkastelussa sekä välillisten tehtävien vähentäminen luovat edellytykset palvelutuotannon tasaamiselle. Palvelutuotanto ei kuitenkaan tasaannu ennen kuin käynnit suunnitellaan tasaisesti läpi päivän.

## 3.2 Tarveperusteinen resursointi ja käyntilistasuunnittelu

Laadukkaiden kotihoitopalvelujen tuottaminen vaatii palvelutuotannolta sujuvuutta, jotta hoitajat voivat rauhassa keskittyä asiakastyöhön. Sujuvan palvelutuotannon turvaamisen perusta ovat hyvät, realistiset käyntilistat. Hyvin suunnitellut käyntilistat ovat asiakaslähtöiset: priorisoidaan asiakkaiden todellisia tarpeita kuten käyntien aikakriittisyyksiä, minkä jälkeen huomioidaan asiakkaiden mahdollisia toivomuksia mahdollisuuksien mukaan kuten esimerkiksi käynnin ajankohta. Käyntilistojen realismi tarkoittaa, että hoitajille on määrätty sopiva määrä töitä (ei liikaa eikä liian vähän) ja matka-aikaa<sup>7</sup>. Käyntilistat ovat realistisia, kun välitöntä asiakastyötä käyntilistaa kohden kertyy tarpeeksi, mutta käyntilistat ovat hyvin toteutettavissa, rauhassa kotikäyntien suunniteltuja kestoja lyhentämättä.

Tässä kappaleessa kuvataan tiimin työvuorokohtaisen resursoinnin ja käyntilistasuunnittelun rooleja palvelutuotannon tasaamisessa.

<sup>7</sup> Välillisiin tehtäviin (toimistotehtäviin) varataan aikaa välittömän työajan tavoitteen kautta. Välittömän työajan tavoitetta määriteltäessä tulee huomioida toimistotehtävien määrä. Jos nämä pystytään tekemään asiakkaan luona teknologian avulla, välittömän työajan tavoite tulee olla korkeampi, koska välillisiin tehtäviin ei tarvitse varata niin paljon aikaa.

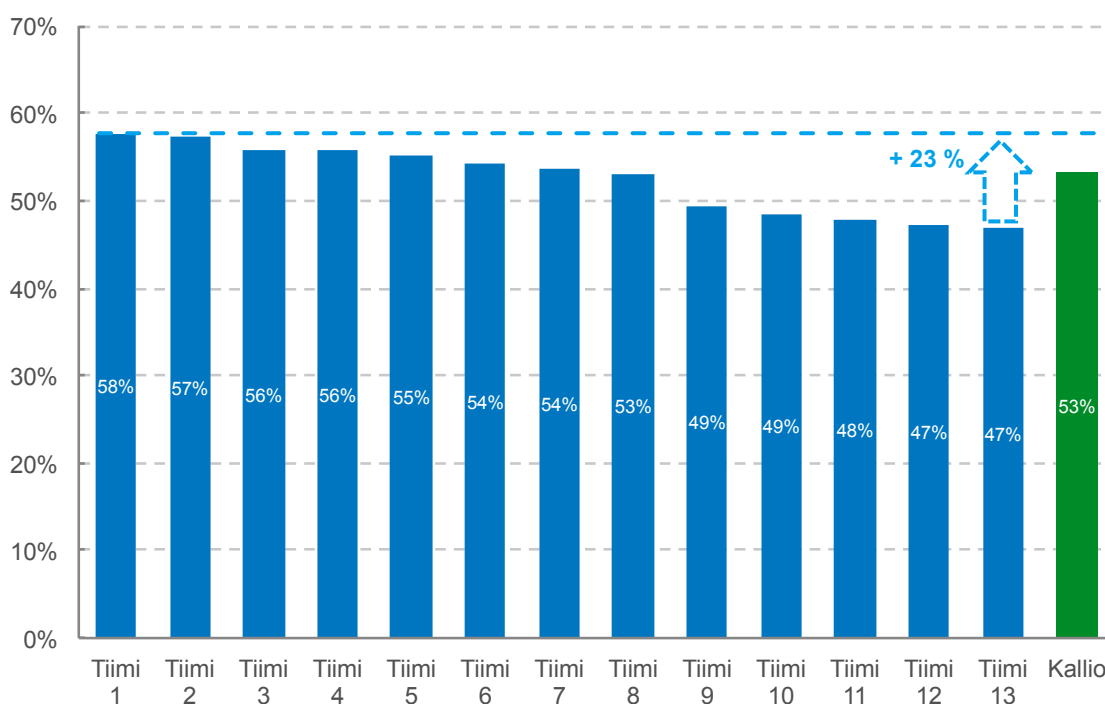


### 3.2.1 Tarve

Pelkästään tehtävien ja näistä koostuvien käyntien aikakriittisyyden määrittely ja näiden huomioiminen käyntilistasuunnittelussa ei riitä palvelutuotannon tasaamiseksi. Ruuhkahuippuja on käytännössä lähes mahdotonta purkaa, jos hoitajien vuorovahvuus<sup>8</sup> ei vastaa todellista asiakastarvetta.

Tämä on yleinen haaste, joka johtuu siitä, että lähipalvelualueen tai kotihoitotiimin vuorovahvuus perustuu perinteisesti vakansseihin. Vakanssien määrä ja jakautuminen alueittain tai tiimeittäin on useimmiten jääne historiallisesti kehityksestä. Työvoiman määrä on tämän vuoksi epätasapainossa alueen asiakastarpeeseen nähden, jolloin keskimääräinen kuormitus vaihtelee alueittain. Esimerkki välittömästä työajasta: Peruspalvelukuntayhtymä Kallion parhaassa tiimissä tehtiin noin neljänneksen enemmän asiakastyötä hoitajaa kohden kuin heikoimmassa tiimissä (kuva 9).

#### Lähi- ja perushoitajien välittömän työajan osuus



**Kuva 9. Hoitajakapasiteetin epätasapainon takia kuormitus vaihteli merkittävästi tiimeittäin (tilanne Kalliossa tammi-huhtikuussa 2012).**

Vakanssilähtöisyyden takia työvuoroon suunniteltu vuorovahvuus pysyy vakiona, vaikka asiakastarve vaihtelee päivästä toiseen. Asiakastarpeen ja siten asiakastuntien vaihtelu johtuu useammasta syystä, joista päälimmäisinä ovat uusien asiakkaiden tulo ja vanhojen asiakkaiden poistuminen kotihoidon piiristä sekä nykyasiakkaiden keskeytykset sairaalajakson ajaksi ja sairaalasta kotiutuminen.

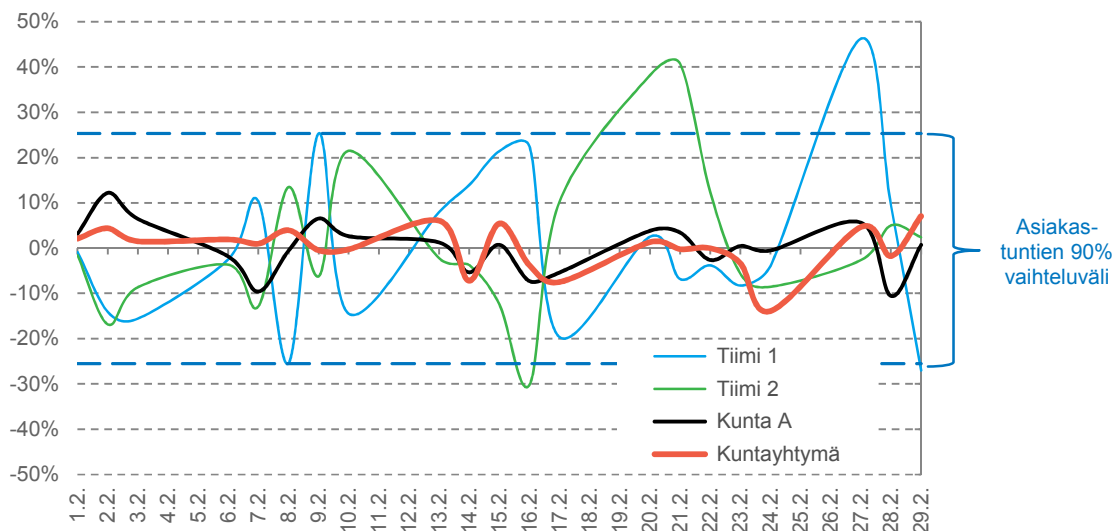
Kuva 10 esittää asiakastuntien vaihtelua (prosentuaalinen poikkeama) kuukauden keskiarvosta eri yksikkötasoilla. Kuvasta näkee, että asiakastuntien vaihtelu kuntayhtymä-tasolla on hyvin maltillinen. Kun tarkastellaan yhden kunnan<sup>9</sup> tilannetta, asiakastuntien vaihtelu on jo suurempi. Kyseisen kunnan tiimitasolla vaihtelu on jo huomattava (n. +/-25 %). Esimerkiksi tiimin 2 kohdalla asiakastunteja on yhenä päivänä kertynyt 30 % kuukauden keskiarvoa vähemmän, ja

<sup>8</sup> Työvuorossa olevien hoitajien yhteenlaskettu työaika tunneissa mitattuna. Tunnetaan myös vuorovahvuutena. Myös: *hoitajakapasiteetti*.

<sup>9</sup> Peruspalvelukuntayhtymä Kallio koostuu neljästä kunnasta: Ylivieska, Alavieska, Nivala ja Sievi.

enimmillään reilu 40% keskiarvoa enemmän<sup>10</sup>. Jos tällaisessa ympäristössä pyritään organisoimaan toimintaa vakituisella hoitajamäärällä, syntyy ongelmia. Välillä hoitajia on liian vähän ja välillä liikaa.

#### Arkipäivien asiakastuntien poikkeama keskiarvosta (%)



**Kuva 10. Asiakastuntien viikoittainen vaihtelu eri yksikötasoilla**

Tavoitteena on, että yksittäisten hoitajien kuormitus välittömän työajan osuudella mitattuna pysyisi sopivalla tasolla ja mahdollisimman tasaisena päivästä toiseen. Näin pyritään rauhoittamaan palvelutuotantoa ja vähentämään hoitajien kiireen tunnetta, joka pahenee, kun kuormitusero helppojen ja raskaiden päivien välillä on suuri<sup>11</sup>.

Jos asiakastarve vaihtelee viikosta, päivästä ja työvuorosta toiseen, myös vuorovahvuuden tarve vaihtelee (kuva 11). Tämä on hyvin tiedossa ja siksi pyritään tyypillisesti ylläpitämään eräänlaista työvoimapuskuria lähipalvelualueilla tai tiimeissä, jotta työvoimaa olisi riittäisi myös kiireellisimpinä päivinä. Tämä tarkoittaa kuitenkin, että useana päivänä on ylimiehitys. Toisaalta, kiireellisimpinä päivinä saattaa silti syntyä vajaamiehitystä sairaanhoitajien poissaolojen takia.

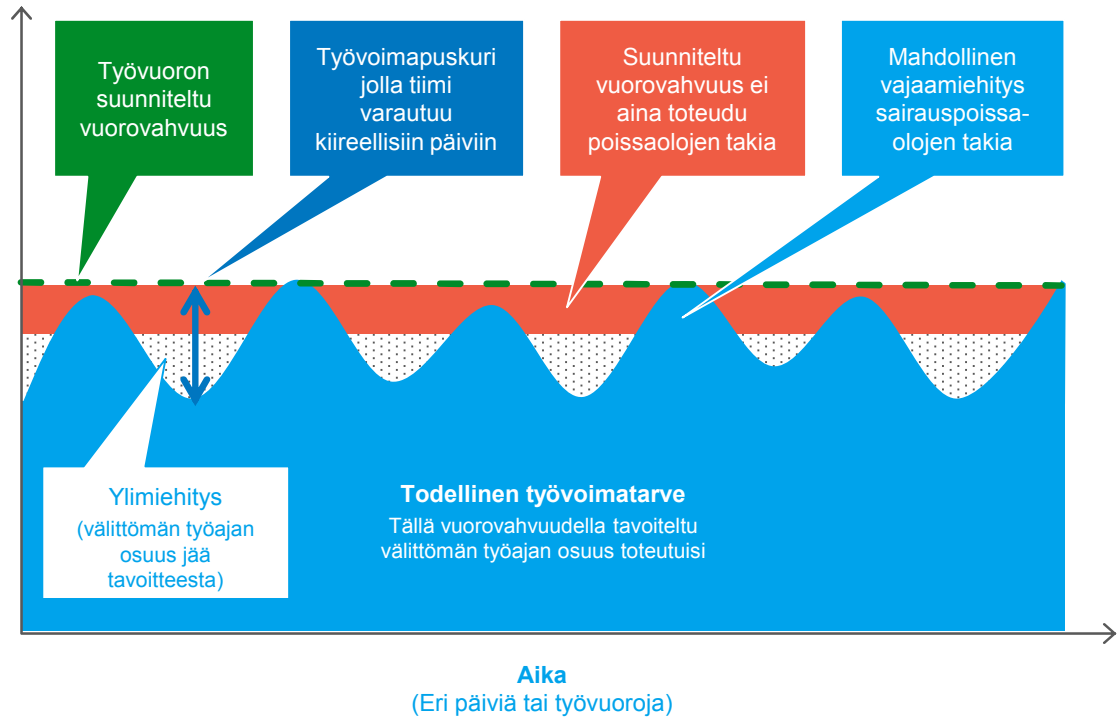
Jos lähipalvelualueella tai tiimeissä on ylimiehitys ja kaikille hoitajille jaetaan oma käyntilista, (hoitajakohtaisen kuormituksen tasaamiseksi) välittömän asiakastyön määrä per käyntilista jää tavoitteesta. Toisin sanoen ylimiehityksen mahdollistamaa työvoimapuskuria ei pysy vapaana, vaan se käytetään omalla alueella. Seurauksena tästä hoitajien liikkuvuus yli lähipalvelualue-/tiimirajojen rajoittuu eikä hoitajia pystytä kohdentamaan sinne, missä hoitajatarve kunakin päivänä on suurin.

Kuva 12 havainnollistaa perinteistä tarjontalähtöistä käyntilistasuunnittelua yhden kuvitteellisen tiimin aamuvuoron kautta. Kyseisessä vuorossa välitöntä asiakastyötä ei ole riittävästi täyttämään jokaisen vuorossa olevan hoitajan käyntilistaa. Kun työt kuitenkin tasavertaisuuden nimissä jaetaan tasan kaikkien hoitajien kesken, jokaisella hoitajalla on lyhyt lista (välittömän työajan osuus listaa kohden on ainoastaan 40 %). Tiimeissä on siis ylimiehitystä, mutta kun kaikkia hoitajia käytetään omassa tiimissä tarpeesta riippumatta, kukaan ei ole vapaa siirrettäväksi tiimeihin, joissa työvoiman tarve on suurempi. Näin työvoimapuskuria hukataan.

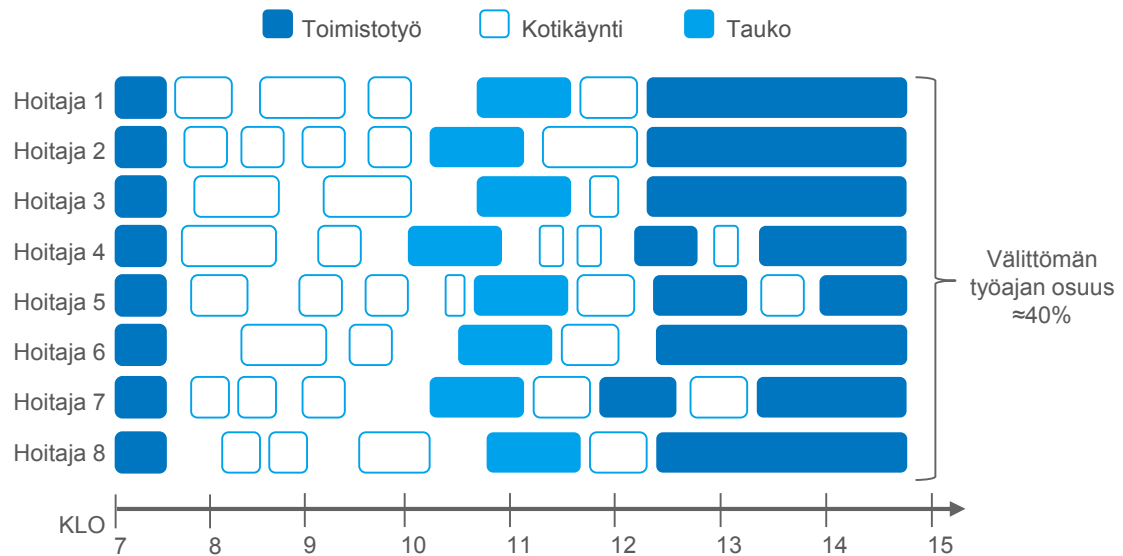
<sup>10</sup> Vaihtelu on tässä esimerkissä poikkeuksellisen suurta niin kyseisen kunnan kuin sen tiimien pienten kokojen takia. Vaihtelu pienenee kun yksikkökoko kasvaa.

<sup>11</sup> Tämä johtuu siitä, että koettu normaalitaso ei muodostu keskimääräisestä päivästä, vaan helpoista päivistä, jolloin jo tyypillinen päivä saattaa tuntua kiireiseltä, vaikka välittömän työajan osuus olisi pieni.

Vuorovahvuus (tunneissa)



Kuva 11. Hoitajien tarve vaihtelee asiakstarpeen mukaan, mutta suunniteltu vuorovahvuus pysyy vakiona.



Kuva 12. Tarjontalähtöisessä käyntilistasuunnittelussa käyntilistojen määrä perustuu käytettävissä olevaan hoitajamäärään.

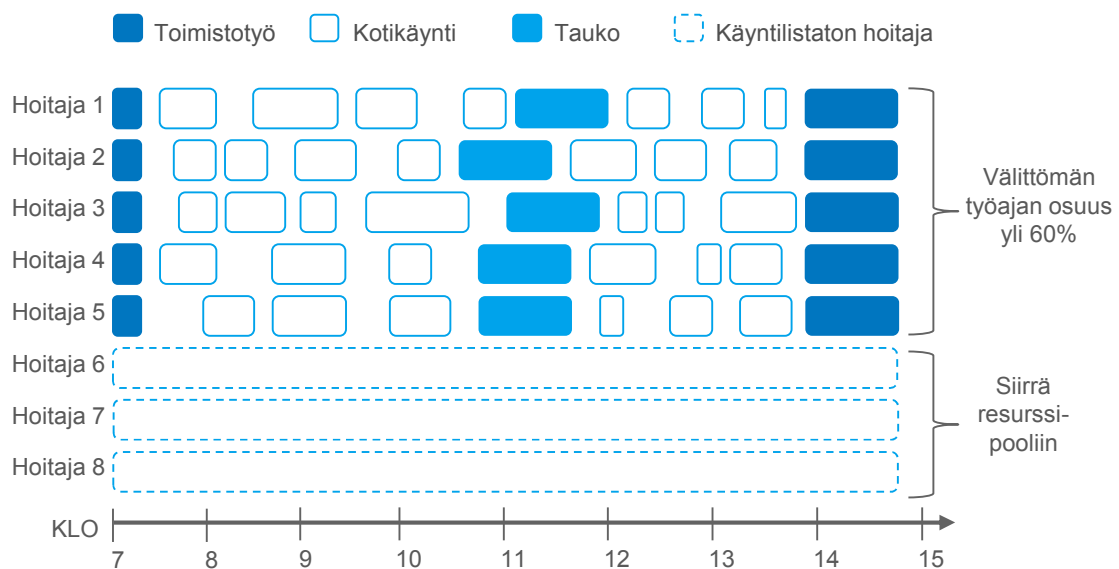
Esimerkissä kaikki hoitajat lähtevät toimistolta kentälle noin kello 7.30 aamulla. Lyhyiden listojen takia suurin osa käynneistä on jo suoritettu puolen päivän mennessä. Ilta päivän työt painottuvat toimistolle. Koska hoitajien listat olivat lyhyet, oli mahdollista suorittaa myös ei-aikakriittisiä

käyntejä ruuhka-aikana. Ruuhkahuippu syntyy siis, kun kaikki hoitajat käytetään omassa tiimissä siten, että samanaikaisesti on monta lyhyttä listaa. Tällöin, mitä alhaisempi asiakastarve on, sitä terävämpi ruuhkahuippu on. Tämän takia palvelutuotantoa on lähes mahdotonta tasata, jos tiimin vuorovahvuus tai käyntilistojen määrä ei vastaa tarvetta.

### 3.2.2 Ratkaisun kuvaus

Tarvekeskeinen käyntilistasuunnittelu alkaa välittömän työajan tavoitteen määrittelystä. Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa asetettiin sopivaksi lähi- ja perushoitajien välittömän työajan tavoitteeksi 65 % eli noin viisi tuntia välitöntä asiakastyötä per (täysi) työvuoro (7 tuntia 39 minuuttia), josta on vähennetty hoitajan tauot. Sairaanhoidajien välittömän työajan tavoite puolestaan oli 50 % eli noin kolme tuntia välitöntä asiakastyötä per työvuoro.

Käyntilistojen suunnittelussa jaetaan tämän jälkeen käyntejä eri hoitajien käyntilistoille siten, että välittömän työajan tavoite hoitajaa kohden toteutuu. Tiimin kuormituksen lähtötasosta riippuen tämä tarkoittaa, että osa hoitajista jää ilman käyntilistaa (kuva 13). Vapautuvat hoitajat siirretään resurssipooliin - ratkaisu, joka kuvataan seuraavassa kappaleessa.



**Kuva 13. Tarveperusteinen resursointi ja käyntilistasuunnittelu: asiakastarve välittömän työajan osuuden tavoitte määrittää käyntilistojen ja siten hoitajien määrän.**

Tarveperusteisessa resursointi- ja käyntilistasuunnittelumallissa kenttätyötä tekevien ("listallisten") hoitajien kuormitus pysyy sopivana ja tasaisena päivästä toiseen. Käyntilistojen ja siten hoitajien määrä puolestaan vaihtelee asiakastarpeen mukaan. Näin pyritään vähentämään hoitajien päivittäisistä kuormituseroista aiheutuvaa kiireen tunnetta.

Tarveperusteinen resursointi ja käyntilistasuunnittelu vaatii, että toiminta on läpinäkyvää eli että käyntilistasuunnittelua tekevällä henkilöllä on tietoa yksittäisten hoitajien suunnitellusta kuormituksesta. Lisäksi se edellyttää, että käyntilistat suunnitellaan uudelleen joka päivä asiakastarpeen muutoksien ja äkillisten sairauspoissaolojen huomioimiseksi.

Erialaisten suunnittelutyökalujen avulla voidaan parantaa toiminnan läpinäkyvyyttä ja nopeuttaa suunnittelua. Esimerkkejä tällaisista työkaluista ovat suuren suosion keränneet ja tällä hetkellä nopeasti leviävät kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmät. Toiminnanohjausjärjestelmien yhtenä keskeisimpänä hyötynä voidaan pitää kykyä sovittaa yhteen nopeasti (optimoida) kysyntää ja tarjontaa. Sekä asiakaskäynteihin että hoitajien osaamiseen ja liikkumiseen liittyy suuri määrä reunaehtoja, joita pitäisi huomioida käyntilistoja suunniteltaessa. Tämä tekee suunnittelun hyvin monimutkaiseksi. Toiminnanohjausjärjestelmän avulla työnjakaja pystyy hallitsemaan

suuremman määrän hoitajia ja käyntilistoja. Tämä vähentää sekä käyntilistojen osa-optimointia että suunnitteluun kuluvaan aikaa samalla kun käyntilistojen asiakaslähtöisyys ja laatu paranee.

### 3.2.3 Käyttöönotto

Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa otettiin ensin (syksyllä 2012) käyttöön NHG:n kehittämä yksinkertainen Excel-pohjainen suunnitteluratkaisu, niin kutsuttu ”omahoitaja-lista”-työkalu. Työkalu tuo läpinäkyvyyttä käyntilistasuunnitteluun antamalla työnjakajalle tiedon yksittäisten hoitajien kuormituksesta ja tiimin resurssitarpeesta. Omahoitaja-lista ei korvaa toiminnanohjausjärjestelmää kokonaan. Sen käyttöönotto oli kuitenkin perusteltu tarvepohjaiseen resursointi- ja käyntilistasuunnitelumalliin siirtymisen ja muun kehitystyön mahdollistamiseksi. Työkalun yksinkertaisuuden ja nopean implementointiprosessin ansiosta se oli helppo ottaa käyttöön.

Jo hyvin yksinkertaisten työkalujen käyttöönotto on suositeltavaa ensimmäisenä toimenpiteenä. Jo yksinkertaisilla ratkaisuilla voidaan saavuttaa paljon, ja ratkaisut auttavat yksikköä tottumaan uudenlaiseen toimintamalliin ja -kulttuuriin. On esimerkiksi huomioitava, että välittömän työajan osuus on asiakastuntien ja hoitajien työtuntien suhde. Tämä suhde ei suoraan muutu toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönnoton myötä. Se vain helpottaa ja nopeuttaa suunnittelua. Käytännön kokemuksista tiedetään, että toiminnanohjausjärjestelmä ei itsessään pysty tasaamaan palvelutuotantoa, jos vuorovahvuus ylittää tarpeen. Tämä johtuu siitä, että se hyödyntää kaikkia järjestelmään syötettyjä vuorossa olevia hoitajia. Esimerkkitapauksessa omahoitaja-listan avulla tiimin esimies pystyi paremmin seuraamaan henkilökunnan tarvetta. Ylimiehistilanteet tulivat läpinäkyviksi, jolloin listoja yhdistelemällä voitiin vapauttaa hoitajia toisiin tehtäviin. Lisäksi lista auttoi välttämään ulkopuolisen työvoiman palkkaamista tilanteissa, joissa tämä oli vältettävissä käyntilistoja muokkaamalla.

Heinäkuussa 2013 Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa aloitettiin käyntilistojen optimoinnilla varustetun toiminnanohjausjärjestelmän pilotointi. Järjestelmään liittyvä sovellus käyntilistojen suunnitteluun myös mobiili-ratkaisu, joihin työnjakaja ”julkaisee” hoitajien käyntilistat suunnittelun päätteeksi. Mobiili-ratkaisun avulla käyntilistointi voidaan suorittaa asiakkaan luona, mikä vähentää välilliseen toimistotyöhön varattavan ajan tarvetta. Lisäksi toiminnanohjausjärjestelmään on integroitu langaton ovenavauspalvelu, mikä helpottaa kotihoidon avainlogistiikkaa. Asiakkaiden oviin asennettiin uudet lukot, ja hoitajat pystyvät avaamaan niitä langattoman mobiili -laitteensa kautta. Yhdessä nämä ratkaisut mahdollistavat työvuoron aloittamisen kotoa tai asiakkaan luota, kun hoitajien ei enää välttämättä tarvitse tulla toimiston kautta hakemaan käyntilistaansa ja asiakkaiden avaimia<sup>12</sup>.

Toiminnanohjausjärjestelmän ansiosta käyntilistat voidaan suunnitella kokonaan uusiksi hyvin lyhyessä ajassa jokaisen työvuoron alussa, jolloin asiakastarve ja toteutunut vuorovahvuus ovat tiedossa. Perinteisessä mallissa, jossa käyntilistat suunnitellaan käsin tai joustamattomalla asiakastietojärjestelmään integroidulla aikataulusovelluksella, listojen muuttaminen työvuoron alussa on työlästä ja hidasta. Se pidentää myös työvuoron alkamisen ja ensimmäisen käynnin välistä viivettä. Raskaan suunnitteluprosessin seurauksena käyntilistat suunnitellaan usein useammaksi päiväksi tai jopa viikoiksi etukäteen eli paljon kauemmaksi tulevaisuuteen kuin mitä todellinen asiakas- ja resurssitarve on luotettavasti ennustettavissa. Jäykät käyntilistat tarkoittavat myös, että asiakkaalle tärkeitä asioita kuten asiakkaan hoitajien vaihtelun huomioimista ja priorisointia on vaikeampaa huomioida.

Perinteisessä mallissa on siis ennalta määrätty määrä käyntilistoja, joihin pitää löytää toteuttaja. Ensimmäinen luonnollinen seuraus tästä on, että ennalta suunniteltu käyntilistamäärä eikä todellinen asiakastarve määrittää suunnitellun vuorovahvuuden. Jos todellinen asiakastarve jää suunnitelmasta, hoitajien käyntilistat lyhenevät, mutta hoitajien määrä pysyy ennallaan. Toinen luonnollinen seuraus on, että käyntilistojen määrä ylimitoitetaan, jotta työvoima varmasti riittäisi äkillisen tarpeen ilmentyessä.

<sup>12</sup> Oletuksena on, että hoitajien ei tarvitse tulla hakemaan autoja toimistolta. Tilanteissa, joissa hoitajat liikkuvat kotihoidon autoilla, autojen logistiikkaa pitää ratkoa erikseen.

Toiminnanohjausjärjestelmä mahdollistaa nopean reagoinnin muuttuviin tilanteisiin. Näin käyntilistoja voidaan optimoida työvuorokohtaisesti vasta, kun asiakas ja hoitajatilanne on selvillä. Optimointi huomioi asiakkaan osoitteen ja matka-ajan lisäksi muun muassa asiakaskäyntien sallitut aikaikkunat (käyntien aikakriittisyydet), hoitajien pätevyysvaatimukset (esimerkiksi lähi- vai perushoitaja, mahdolliset pistoluvat tai erikoisosaaminen), asiakkaan hoitajien priorisoinnin sekä hoitajien liikkumistavan ja mahdollisia rajoitteita (esimerkiksi sukupuoli, allergiat kotieläimille, nostorajoitukset). Optimointi ratkaisee tämän hyvin monimutkaisen yhtälön varmistaen, että käynnit kohdennetaan optimaalisella tavalla käyntilistoille näiden laadun parantamiseksi. Mikäli käyntejä jää kohdentamatta käyntilistoille sen jälkeen, kun välittömän työajan osuus täyttyy kaikkien tiimin hoitajien käyntilistoilla, otetaan ylimääräinen lista käyttöön. Listan tekemiseen lainataan tällöin työntekijä resurssipoolista.

### Innovaatiomootori -konsepti

Kotihoito 2020 -hankkeessa kokeiltiin uutta innovaatiomootori –konseptia, jossa yksityinen palveluntuottaja tukee kunnan palveluntuottajaa toiminnan kehittämisessä. Innovaatiomootori –konseptin ytimessä on yksityisen palveluntuottajan kyky testata uusia ratkaisuja ja toimintamalleja joustavammin ja nopeammalla syklillä, ja jakaa kokemuksensa näistä julkisen palveluntuottajan kanssa.

Mediverkko Hoivapalvelut Oy otti kevään 2013 aikana vastuun kahden tiimin asiakkaiden kotihoitopalvelujen tuottamisesta Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa. Tämä mahdollisti yksityisen ja julkisen toimijan työtapojen vertailun ja hyvien käytäntöjen jakamisen. Esimerkkejä näistä hyvistä käytännöistä olivat:

1. Aamun ruuhkahuipun purkaminen; palvelutuotannon tasaaminen koko päivälle; tehtävien aikakriittisyyden jatkuva miettiminen ja käyntien sallittujen aikaikkunoiden päivittäminen, mm. asiakkaan kanssa neuvottelemalla
2. Töiden jakaminen tasaisesti eri viikonpäiville kuormituksen tasoittamiseksi (esim. asiakkaiden saunotus -käyntien jakaminen koko viikolle)
3. Käyntitilastoinnin ja –kirjaamisen tekeminen asiakkaan luona kannettavien tietokoneiden ja etäyhteyden avulla; toimistotyöhön tarvitaan vähemmän aikaa ja asiakasta osallistetaan
4. Haavahoitojen keskittäminen muutamille hoitajille hoidon laadun parantamiseksi
5. INR-mittareiden lisääminen logistiikan helpottamiseksi; säästää kilometreissä ja nopeutta verenohennuslääkkeen annostusten määrittämistä
6. Kauppatilauksien keskittäminen ja tilausprosessin virtaviivaistaminen
7. WC ja ruokailumahdollisuuksien järjestäminen eri maantieteellisille alueille, jotta hoitajien ei tarvitsisi palata toimistolle kesken työvuoron
8. Henkilöstön kannustinpalkkiomallin suunnittelussa huomioitavia asioita

Yksityisen ja julkisten toimijoiden yhteistyön keskeisimmäksi teemaksi nousi teknologian hyödyntäminen. Toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton valmistelussa ja sen käytössä otettiin oppia Mediverkon käytännön kokemuksista, niin Kalliossa kuin Tampereella. Tämä yhteistyö yletyi Kallion lisäksi Kalajoen kaupunkiin ja Ylä-Savon SOTE -kuntayhtymään. Kalajoella ja Ylä-Savossa kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä pilotoitiin erillisenä Kotihoito 2020 –hankkeesta riippumattomana kokonaisuutena.

## 3.3 Resurssipooli

Resurssipoolilla tarkoitetaan tiimien tai lähipalvelualueiden työvoimapuskurien keskittämistä. Perinteisessä toimintamallissa pyritään varmistamaan hoitajien riittävyttä myös kiireisimpinä päivinä sillä, että tiimin hoitajakapasiteettiin sisältyy pelivaraa. Näin syntyy tiimi- tai lähipalvelualuekohtainen työvoimapuskuri. Valitettavasti tämä käytäntö sitoo usein hoitajia väärään paikkaan väärään aikaan. Resurssipoolilla pyritään varmistamaan, että työvoimapuskuri pysyy vapaana, jotta hoitajat olisivat kohdennettavissa sinne missä tarve kussakin työvuorossa on suurin.

Resurssipoolimallilla on hyvin keskeinen rooli tuottavuuden kehittämisessä. Tässä kappaleessa kuvataan, miten resurssipoolimalli mahdollistaa tiimien tai lähipalvelualueiden tarvepohjaista resursointia ja siten myös palvelutuotannon tasaamista.

### 3.3.1 Tarve

Resurssipoolin tarve pohjautuu tiimin tai lähipalvelualueen 1) asiakastarpeen ja 2) hoitajien toteutuneen vuorovahvuuden merkittävään vaihteluun viikosta, päivästä ja jopa työvuorosta toiseen. Osa vaihtelusta on hyvin ennustettavissa kuten asiakkaiden suunnitellut intervallihoidot sekä hoitajien vuosilomat ja pitkään jatkuvat sairauspoissaolot. Lisäksi osa uusista asiakkaista ja poistuvista asiakkaista on tiedossa etukäteen. Merkittävä osa vaihtelusta ilmenee kuitenkin äkillisesti. Esimerkkejä tästä ovat asiakkaan äkilliset keskeytykset ja suuri osa hoitajien sairauspoissaoloista. Äkillisten keskeytyksien merkitys saattaa olla hyvinkin suuri, sillä äkilliset sairaalajaksot kohdentuvat todennäköisimmin raskashoitoisimmille paljon apua tarvitseville asiakkaille. Heidän käyntiensä jäädessä pois asiakastarve laskee merkittävästi. Sairaalaista kotiutuvien asiakkaiden ennustettavuuden pitäisi olla hyvä, mutta puutteellisen tiedonkulun vuoksi kotiutuvat asiakkaat käytännössä usein yllättävät kotihoidon.

Asiakastarpeen vaihtelun vuoksi myös tarvittava hoitajamäärä vaihtelee työvuorosta toiseen. Perinteisesti suunniteltu vuorovahvuus kuitenkin pysyy vakiona työvuorosta toiseen. Tämän seurauksena hoitajien määrä ei vastaa todellista tarvetta. Näin hoitajien kuormitus vaihtelee merkittävästi päivästä toiseen, jolloin välillä on vajaamiehitystä ja välillä ylimiehitystä. Vajaamiehitystä katetaan joko ulkopuolisella lisävulla – mikä lisää kustannuksia ja asiakkaan hoitajien vaihtelua, heikentää laatua ja syö hoitajien aikaa sijaisten perehdytyksissä – tai sitten poissaolevan hoitajan käynnit jaetaan työvuorossa olevien hoitajien kesken. Tämä johtaa usein käyntien kestojen lyhenemiseen – jolloin toteutunut palveluaika jää suunnitelmasta – ja hoitajien kiireen lisääntymiseen.

Ylimiehitystilanteissa hoitajia ei kohdenneta tehokkaasti muihin tiimeihin, missä tarve olisi suurempi. Jossain määrin hoitajia lainataan yli tiimirajojen, mutta toiminta on useimmiten hyvin pienimuotoista hoitajatarpeen vaihteluun nähden. Tämä on luonnollista, sillä kaikille tiimin hoitajille on etukäteen suunniteltu omat käynnit ja käyntilistojen uudelleensuunnittelu ylimääräisten hoitajien vapauttamiseksi on työlästä ja hidasta (varsinkin ilman optimointia varustettua toiminnanohjausjärjestelmää). Siksi sitä ei mielellään tehdä työvuoron alussa, kun toteutunut asiakastarve ja vuorovahvuus on selvinnyt. Lisäksi asiakkaiden keskeytyksistä johtuva käyntien poisjäänti kohdentuu harvemmin samalle käyntilistalle. Kun yksittäisiä käyntejä jää pois useammalta käyntilistalta, muutoksen aiheuttama ylimiehitys ei ole ilmeinen.

Koska asiakastarpeen ja sairauspoissaoloista johtuvan hoitajamäärän vaihtelua ei voida kokonaan poistaa, tarvitaan keino vaihtelun hallitsemiseen. Ratkaisu tähän on resurssipoolimalli.

### 3.3.2 Ratkaisun kuvaus

Resurssipooli mahdollistaa asiakastarpeen ja hoitajamäärän yhteensovittamista eli tiimin tarveperusteista resursointia. Keskittämällä tiimien työvoimapuskureita resurssipooliin edistetään hoitajien liikkuvuutta yli tiimi- tai lähipalvelualue rajojen. Huomionarvoista on myös, että työvoimapuskurin keskittäminen parantaa hoitajien saatavuutta. Sama määrä hoitajia takaa resurssipoolissa (yksikön koosta riippuen) noin kaksinkertaisen saatavuuden verrattuna tilanteeseen, jossa samat hoitajat ovat kiinteästi tiimeissään. Tämä on hyvin esimerkiksi jakelusta tunnettu ilmiö. Se johtuu muun muassa siitä, että asiakastarpeen vaihtelu erillisissä tiimeissä on paljon suurempi kuin poolin tasolla (vertaa kuva 10).

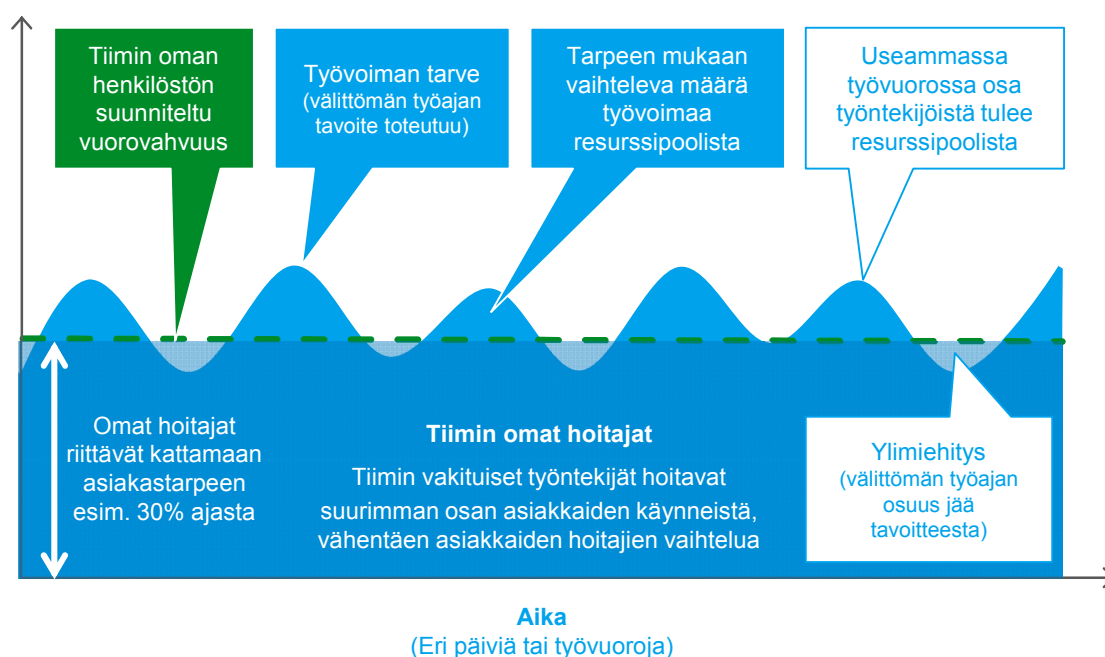
Resurssipoolimallia ei pidä sekoittaa perinteiseen monissa kotihoitoyksiköissä käytössä olevaan keskitettyyn varahenkilöstöjärjestelmään, vaikka toimintamallit muistuttavat toisiaan. Varahenkilöstöjärjestelmässä lähdetään vakansseista. Yksikköön palkataan muutamia työntekijöitä korvaamaan ainakin valtaosa ennalta tiedetyistä poissaoloista. Resurssipoolimallissa puolestaan tiimin henkilöstön mitoitusta lähestytään toisella tavalla. Lähtökohtana ei ole poissaolojen määrä, vaan tiimin tai lähipalvelualueen



vähimmäisvuorovahvuuden tarve, joka määräytyy asiakastarpeen vaihtelun perusteella. Varahenkilöstöjärjestelmässä lähdetään nykyresursseista ja resurssipoolimallissa asiakastarpeen vaihtelun määrittelemästä hoitajatarpeesta. Resurssipoolimallissa ei kateta pelkästään poissaoloja poolityöntekijöillä, vaan myös osa käyntilistoista sellaisina päivinä, kun tiimin oma vuorovahvuus ei riitä. Tiimin asiakastarpeen laskiessa tai poissaolevien työntekijöiden palatessa töihin poolityöntekijä siirtyy takaisin resurssipooliin.

Resurssipoolimallissa työvoima jakautuu kahteen ryhmään: tiimin vakituisiin omiin hoitajien sekä asiakastarpeen mukaan vaihteleviin poolihoitajiin (kuva 14). Vähimmäisvuorovahvuuden määrittelyssä tarkastellaan ensin asiakastarpeen vaihtelua yli ajan. Tämän jälkeen määritetään 1) sopivat välittömän työajan tavoitteet eri ammattiryhmille sekä 2) kuinka suuren osan ajasta (keskimäärin) tiimin tai lähipalvelualueen omat hoitajat riittävät kattamaan asiakastarvetta. Tämä muodostaa tiimin vähimmäisvuorovahvuuden, jonka alle ei koskaan mennä. Vähimmäisvuorovahvuus määritellään erikseen aamu-, ilta- ja viikonloppuvuoroille.

#### Vuorovahvuus (tunneissa)



**Kuva 14. Tarvepohjaisessa resursoinnissa tiimin työvoima koostuu omista hoitajista ja vaihtelevasta määrästä poolihoitajia.**

Jos määritellään, että oma työvoima riittää 30 % ajasta, niin useammassa työvuorossa tarvitaan (70 % ajasta) lisäapua poolista. Silti tiimissä on ylimiehitystä noin 29 % ajasta. Ylimiehitystä syntyy, kun asiakastuntien määrä suhteessa hoitajien työtunteihin ei riitä välittömän työajan tavoitteen saavuttamiseksi. Tässä oletetaan, että tiimissä ei ole poissaoloja. Kun poissaolot huomioidaan (noin 10 %), voidaan karkeasti arvioida, että lisäapua poolista tarvitaan noin 80 % ajasta, kun ylimiehitystä puolestaan on noin 19 % ajasta.

Resurssipoolin kokoa määritellään yksinkertaisesti nykyhenkilöstön ja minimivuorovahvuuden erotuksena. Mitä pienempi tiimin tai lähipalvelualueen oma vuorovahvuus (minimivuorovahvuus) on, sitä useammin asiakastunnit suhteessa työtunteihin riittävät välittömän työajan tavoitteen saavuttamiseksi, koska suurempi osa asiakastunneista katetaan vaihtelevalla työvoimalla. Tämä tarkoittaa samalla, että suurempi osa nykytyövoimasta siirtyy resurssipooliin, jolloin tiimissä on vähemmän pelivaraa. Tämä asettaa puolestaan kovemmat vaatimukset tiedonkululle resurssipoolin ja tiimin välillä sekä erityisesti resurssipoolin vaste-aikaan. Vaste-aika on nopeus, jolla resurssipooli pystyy reagoimaan tiimin tarpeeseen, eli aika tiedon vastaanottamisesta siihen, että poolityöntekijä on tiimin käytettävissä.

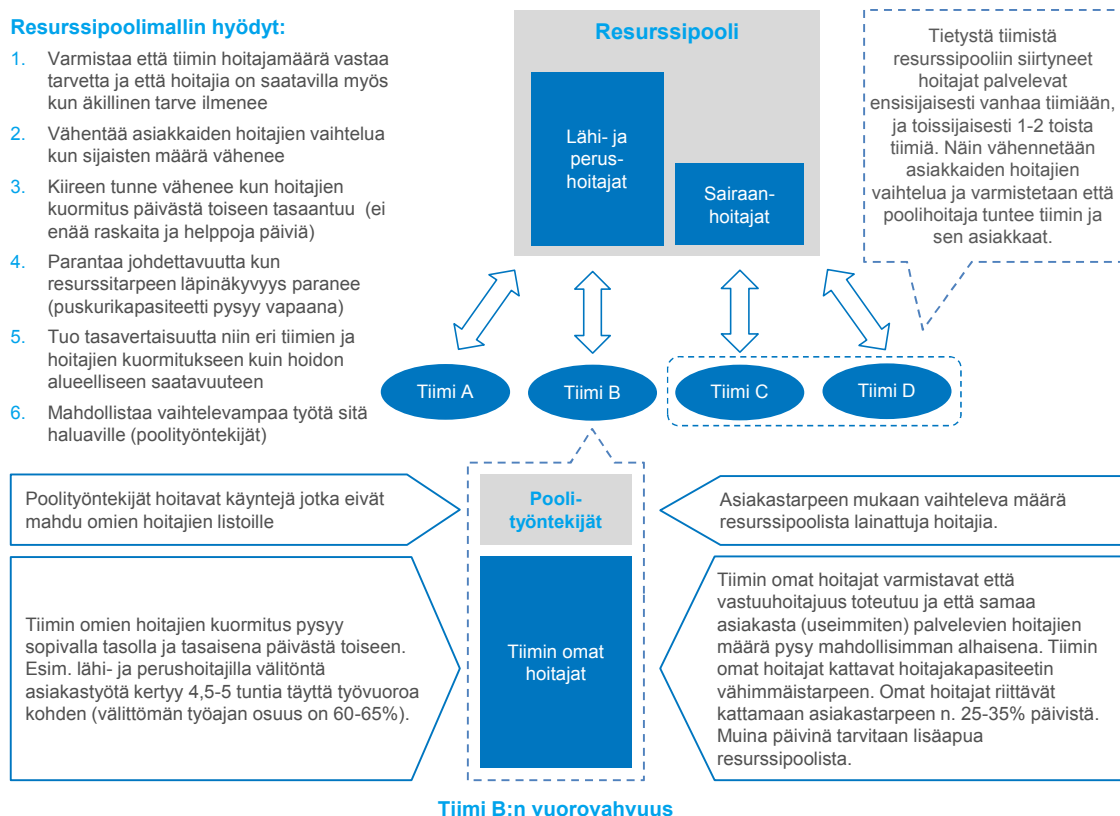
Resurssipoolimallin yhtenä tavoitteena on myös työvuorosuunnittelun yksinkertaistaminen. Tiimin työvuoroja suunniteltaessa ei tarvitse enää huomioida asiakastarvetta ja käyntilistojen määrää. Tiimit suunnittelevat työvuorot minimivuorovahvuuden mukaan. Mikäli asiakastarve näyttää, että tiimin omat työntekijät eivät riitä, otetaan käyttöön ylimääräisiä käyntilistoja, joita poolityöntekijät suorittavat. Resurssipoolissa puolestaan suunnitellaan työvuorot normaalisti käytettävissä olevan työvoiman perusteella. Ajan mittaan nähdään, missä työvuoroissa tarve poolityöntekijöille on suurempi, jolloin työvuoroja voidaan siirtää esimerkiksi päivävuorosta ilta- tai viikonloppuvuoroon.

Kuva 15 esittää resurssipoolimallin ylätasoa rakennetta. Resurssipoolin työvoima jaetaan ammattiryhmiin hoitajien osaamisen tai hoidon asettamien pätevyysvaatimuksien mukaan. Yksinkertaisin jako on 1) lähi- ja perushoitajat (niin kutsutut perustyöntekijät<sup>13</sup>) ja 2) sairaanhoitajat. Jako tehdään sen takia, että sairaanhoitajat voivat korvata lähi- ja perushoitajia, mutta lähi- ja perushoitajat eivät välttämättä saa tehdä kaikkia sairaanhoidollisia tehtäviä. Myös lähi- ja perushoitajat voidaan jakaa alaryhmiin osaamisensa perusteella (esimerkiksi pistoluvan omaavat lähihoitajat, haava- tai muistihäiriöiden hoitamiseen erikoistuneet hoitajat).

Resurssipooli varmistaa, että hoitajia on saatavilla äkilliseen tarpeeseen ja se vähentää ulkopuolisen työvoiman (sijaisten tai vuokratyövoiman) tarvetta. Lisäksi se vähentää hoitajien kokemaa kiirettä, kun tiimien yksittäisten hoitajien kuormitus pysyy tasaisempana päivästä ja työvuorosta toiseen (tarveperusteinen resursointi). Toimintamalli parantaa myös toiminnan johdettavuutta, sillä työvoimapuskurin ollessa läpinäkyvä tiedetään, missä vaiheessa ulkopuolisen työvoiman käyttö on ajankohtaista ja milloin ei ja missä vaiheessa lisähenkilöstön palkkaaminen on perusteltua. Tätä tehdään seuraamalla poolissa vapaana pysyvän työvoiman tarvetta. Kotihoiton kysynnän kasvaessa tiimien minimivuorovahvuutta lisätään, jolloin hoitajat alkavat siirtyä resurssipoolista takaisin tiimeihin. Jossain vaiheessa lähestytään pistettä, jolloin resurssipooli usein on lähes ”tyhjä”, vaikka tiimien välittömän työajan tavoitteet toteutuvat. Tällöin tiedetään, että lisähenkilöstön palkkaaminen on väistämätöntä palvelun laadun ylläpitämiseksi.

#### Resurssipoolimallin hyödyt:

1. Varmistaa että tiimin hoitajamäärä vastaa tarvetta ja että hoitajia on saatavilla myös kun äkillinen tarve ilmenee
2. Vähentää asiakkaiden hoitajien vaihtelua kun sijaisten määrä vähenee
3. Kiireen tunne vähenee kun hoitajien kuormitus päivästä toiseen tasaantuu (ei enää raskaita ja helppoja päiviä)
4. Parantaa johdettavuutta kun resurssitarpeen läpinäkyvyys paranee (puskurikapasiteetti pysyy vapaana)
5. Tuo tasavertaisuutta niin eri tiimien ja hoitajien kuormitukseen kuin hoidon alueelliseen saatavuuteen
6. Mahdollistaa vaihtelevampaa työtä sitä haluaville (poolityöntekijät)



**Kuva 15. Resurssipoolimallin kuvaus**

<sup>13</sup> Perustyöntekijä – yhteinen nimitys lähi-, perus- ja kodinhoitajille sekä kotivivustajille

Se, että resurssipoolissa on työntekijöitä ilman käyntilistoja, on ”positiivinen ongelma”. Näiden työntekijöiden työaikaa voidaan käyttää moneen eri arvokkaaseen tarkoitukseen, kunhan priorisoidaan, että resurssipoolin työntekijät ovat ensisijaisesti käytettävissä kenttätöihin tarpeen ilmaantuessa. Esimerkkejä arvokkaista tehtävistä ovat toiminnan kehitys tai jopa asiakkaalle ilmaisten kuntoutuskäyntien tekeminen. Tällaiset käynnit eivät lisää kotihoidon kustannuksia (hoitajien palkat on kiinteä kustannus, käytetään heidän työpanostaan tai ei) mutta ne parantavat toiminnan vaikuttavuutta, kun asiakkaat pysyvät parempikuntoisina kotihoidon piirissä pidempään. Kolmas vaihtoehto on järjestää henkilöstön lisäkoulutukset resurssipoolissa ja kierrättää. Neljä vaihtoehto on jakaa resurssipoolia esimerkiksi asumispalvelujen kanssa. Näin hoitajat saavat muun muassa laajempaa kokemusta hoitotyöstä.

Yksi haaste perinteisessä toimintamallissa on, että tiimien tai lähipalvelualueiden epätasaisesta resursoinnista johtuva kuormituksen tiimikohtainen vaihtelu voi johtaa asiakkaiden eriarvoisuuteen. Ongelma korostuu yksiköissä, joissa tiimit itse arvioivat asiakastarpeet ja tekevät asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat. On hyvin tiedossa, että SOTE-palvelujen saatavuus luo kysyntää. Siksi on hyvin todennäköistä, että kotihoidon piiriin on vaikeampaa päästä alueilla, joissa kotihoidon henkilöstön kuormitus on suurempi. Tarveperusteisen resursoinnin ja resurssipoolimallin avulla pyritään tasavertaistamaan niin yksittäisien hoitajien kuin tiimien ja kotihoidon saatavuutta.

Yksi asiakkaiden hoitajien vaihtelua lisäävä tekijä on joidenkin hoitajien luontainen halu lisätä työnsä monipuolisuutta. Jotkut ihmiset ovat turvallisuuden hakuja. Nämä hoitajat haluavat tiiminsä ja asiakkaidensa pysyvän samoina. Toisia taas häiritsee tällaisen toiminnan yksitoikkoisuus. He haluavat monipuolisuutta. Perinteisessä mallissa, jossa tiimissä on pitkään etukäteen suunniteltuja käyntilistoja, työn vaihtelevuuden lisääminen johtaa joskus käyntilistojen kierrättämiseen hoitajien kesken. Resurssipoolimalli mahdollistaa monipuolisempaa työtä sitä haluaville (poolityöntekijät) ja ”tutun ja turvallisen” työympäristön turvallisuuden hakisimmille (tiimin omat työntekijät).

### 3.3.3 Käyttöönotto

Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa resurssipoolimallin suunnittelu aloitettiin työpajatyöskentelynä esimiesten kesken keväällä 2013 noin puoli vuotta ennen toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoa. Kehitystyön alkuvaiheessa tavattiin kenttähenkilöstön edustajia ja kuultiin heidän näkemyksiään tämänhetkisistä haasteista. Tarvittavia muutoksia perusteltiin ja uutta toimintamallia esiteltiin ylätasolla henkilöstölle hyvin varhaisessa vaiheessa. Lisäksi järjestettiin asiakas- ja omaisilta, jossa keskusteltiin muun muassa käyntien aikakriittisyydestä ja palvelutuotannon tasaamisen tarpeesta.

Muutoksen johtamisen kannalta on tärkeää tiedottaa kehitystyöstä avoimesti ja hakea sidosryhmien tukea uusien toimintamallien kehittämiseen ja jalkauttamiseen. Näin helpotetaan ratkaisujen myöhempiä implementointia ja vältetään puutteellisesta tiedosta ja huhuista syntyviä väärinkäsityksiä kehitystyön tavoitteista. On äärimmäisen tärkeää, että jokainen osapuoli ymmärtää muutoksien tarvetta ja miten ratkaisulla pyritään kehittämään järjestelmää niin asiakkaiden, hoitajien kuin työnantajan näkökulmasta.

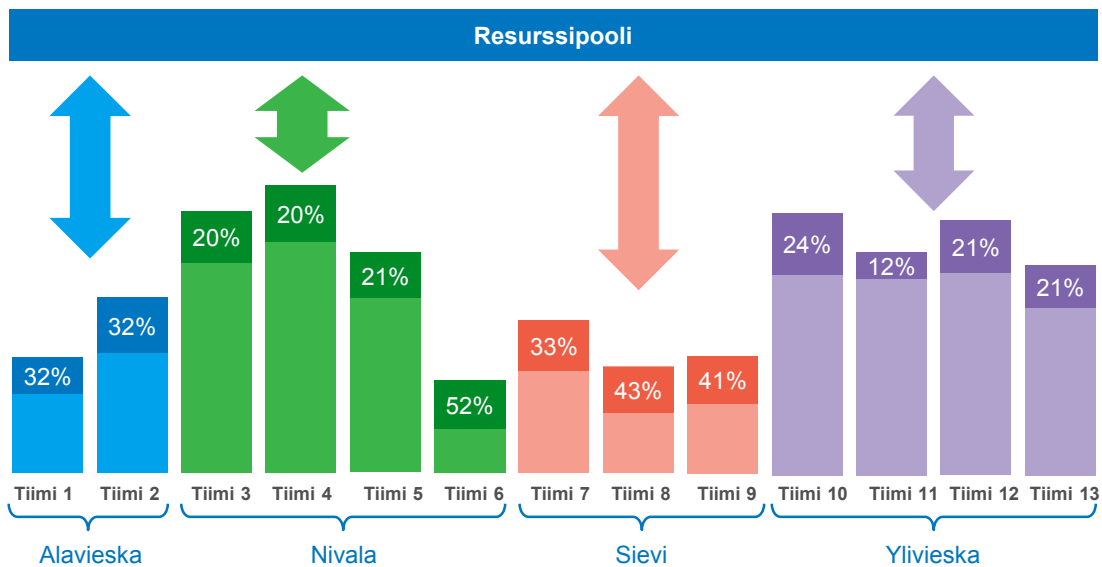
Resurssipoolimallin valmistelu koostui viidestä osittain rinnakkaisesta vaihteesta:

1. Toimintamallin ylätasoinen rakenteen ja toimintaperiaatteiden määrittely
2. Resurssipoolin tavoitellun koon määrittely – eri tiimeistä pooliin siirrettävien hoitajien määrän arviointi
3. Resurssipoolin käytännön toimintaperiaatteiden suunnittelu
4. Henkilökunnan rekrytoiminen tiimeistä resurssipooliin
5. Toimintamallin käyttöönotto

Ensimmäisessä vaiheessa määriteltiin resurssipoolimallin rakenteeseen liittyviä periaatteita ja linjauksia. Päädyttiin esimerkiksi keskitettyyn malliin, jossa resurssipooli on koko kuntayhtymän yhteinen erillisten kuntakohtaisten poolien sijasta. Lisäksi resurssipooliin valittiin esimies,

tarkasteltiin poolin optimaalista sijaintia ja yritettiin löytää toimitilat resurssipoolille toimitilat. Poolin tilojen löytäminen osoittautui läpi prosessin kestäväksi haasteeksi. Tärkeäksi menestystekijäksi paljastui tarve muuttaa poolityöntekijät fyysisesti toiseen toimipisteeseen. Kun poolityöntekijä jää vanhaan tiimiinsä, hänelle jaetaan automaattisesti käyntejä tarpeesta riippumatta. Tämä on sisäisten sijaisten perusongelma. Kotihoidon palvelupäällikön Virpi Kamusen mukaan ”on huomattu, että jos tiimeihin kohdennetaan sisäisiä sijaisia, niin heille keksitään kyllä työtä, jolloin ne eivät ole vapaita siirrettäviksi toisiin tiimeihin”. Lisäksi hoitajilla oli vaikeuksia murtaa vanhoja juurtuneita työtapoja ja irrottautua vanhasta esimiehestään, kun tilat pysyivät samoina.

Toisessa vaiheessa analysoitiin hoitajien vaihtelua yli ajan. Vaihtelu huomioiden tehtiin resurssintilaskelmat siitä, kuinka monta hoitajaa eri tiimeistä tulisi siirtää resurssipooliin. Yleinen periaate on, mitä enemmän asiakastunnit vaihtelevat, sitä enemmän resursseja pooliin tulisi siirtää. Tulos oli, että noin joka neljännen hoitajan tulisi siirtyä resurssipooliin. Eri tiimeistä pooliin siirrettävien hoitajien määrä on esitetty kuvassa 16. Palkkien korkeudet kuvaavat tiimien työvoiman määrää suhteessa toisiinsa. Esimerkistä näkee, että vaihtelu ja siten pooliin siirrettävien hoitajien määrä, on selkeästi suurempi pienissä tiimeissä. Tämän havainnon perusteella Peruspalvelukuntayhtymä Kallio päätti yhdistää muutamia tiimejä vaihtelun vähentämiseksi: Siirryttiin 13 tiimistä seitsemään tiimiin.



**Kuva 16. Suunnitteluvaiheen suositus resurssipooliin siirrettävän työvoiman osuudesta tiimeittäin**

Kolmannessa vaiheessa uuden toimintamallin toimintaperiaatteita tarkennettiin ruohonjuuritasolla ja pyrittiin ennakoimaan mahdollisia malliin liittyviä haasteita. Keskeisiä aiheita olivat toimintaohjeiden luominen ja eri tiimien käytäntöjen yhtenäistäminen. Ilman yhteisiä käytäntöjä ja perehdytystä poolityöntekijöiden on vaikea tehdä töitä uusilla alueilla. Ohjeet dokumentoitiin resurssipoolin käsikirjan muodossa. Käsikirja kuvasi muun muassa, miten poolityöntekijä tilataan tiimiin (tilausprosessi), kuka tilauksen saa tehdä, milloin ja millä perusteella. Esimerkiksi poolista saa tilata lisäapua vain, jos kaikkien tiimien hoitajien välittömän työajan osuus ylittää tietyn tason.

Neljännessä vaiheessa henkilökuntaa rekrytoitiin pooliin. Rekrytointi perustui pääosin vapaaehtoisuuteen, jonka lisäksi vanhat sisäiset sijaiset ja täyttämättömät vakanssit siirrettiin pooliin. Yhteensä pooliin siirrettiin lähtötilanteessa noin 17 hoitajaa eli hiukan tavoiteltua määrää vähemmän.

Peruspalvelukuntayhtymä Kalliolla otettiin käyttöön resurssipoolimalli kesäkuussa 2013. Lisää haastetta käyttöönottovaiheeseen aiheutti Mediverkon hankkeen aikana palveluiden asiakkaiden siirtyminen takaisin julkisen palvelutuotannon piiriin pilotin päätteeksi. Silti Peruspalvelukuntayhtymä Kallio pystyi vähentämään sijaisten käyttöä ja korvaamaan paitsi äkillisiä poissaoloja myös vuosilomia resurssipoolin avulla.

## 3.4 Johtamisen kehittäminen

Kotihoito 2020 –hankkeen yhtenä osatavoitteena oli parantaa kotihoidon tuottavuutta kehittämällä johtamismalleja. Johtamismallien laadukkaan toteuttamisen varmistamiseksi hankkeella haluttiin edistää hyvää johtamista ja esimiestyötä kautta koko organisaation.

Hyvän johtamisen tarve on ilmeinen kaikissa organisaatioissa. Se on yksi menestyvien organisaatioiden tunnuspiirteistä, joten siksi sen kehittämiseen kannattaa aina panostaa. Johdon ja henkilöstön luottamuksellinen suhde on johtamisen selkäranka. Se ansaitaan molemminpuolisen arvostuksen, kunnioittamisen ja hyvän käyttäytymisen perustalta. Henkilöstön luottamusta lisää ihmisten osaamisen ja kokemuksen aito huomioiminen työpaikan kehittämistoiminnassa.

Hyvä johtaminen on yksi keino julkisen sektorin uudistumiseen, tuottavuuden kasvuun ja työhyvinvoinin lisääntymiseen. Tuloksellisuus toiminnassa ja henkilöstön hyvinvointi eivät ole vastakkaisia vaan toisiaan tukevia tavoitteita julkiselle johtamiselle.

Nykyaikainen johtaminen edellyttää mittaamista, jonka avulla seurataan toiminnan kehittymistä ja varmistetaan, että kehittyminen on tavoitteiden mukaista. Tärkeätä on myös havaita ajoissa, mikäli toimenpiteet eivät vie oikeaan suuntaan, jolloin toimintaa pitää suunnitella uudelleen. Kotihoidossakin kokonaistuottavuuden mittarit kohdentuvat työn tuottavuuden lisäksi työkykyisyyteen, osaamiseen ja työilmapiiriin.

### 3.4.1 Tarve

Kotihoidon palvelutuotannon johtaminen vaatii ajantasaista ja faktapohjaista tietoa tuottavuudesta, laadusta ja vaikuttavuudesta kerättyinä oikein määriteltujen mittarien avulla (vertaa tiedolla johtamisen malli). Mittarit tuottavat tietoa, jonka avulla on mahdollista tarkastella koko kotihoitoa kokonaisuutena, yksittäistä palvelualueita, yksittäistä hoitajaa tai yksittäistä asiakasta. Tätä tietoa tarvitaan luotaessa kotihoitoon tiedolla johtamisen mallia, joka sisältää kotihoidon tuottavuuden, vaikuttavuuden ja laadun mittarit. Tavoitteiden asettamisen, mittaamisen ja mittareiden kehittämiseksi oli ilmeinen tarve.

On tärkeää, että henkilöstö osallistuu prosessien kehittämiseen ja saa työstään palautetta. Tämä edellyttää prosessin mittaamista. Mittareilla mitataan tuottavuuden perustekijöitä: tuottavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta. Yhtä tärkeätä on mitata henkilöstön työkykyisyyttä, työilmapiiriä ja osaamista suhteessa työn vaativuuteen. Mittarit kuvaavat yhteisen kehittämistoiminnan tuloksellisuutta, joka on henkilöstölle tutkimuksissa tärkeäksi todettua faktapalautetta.

Alkutilannetta kartoittaessa esiin nousi myös tarve vaikuttaa johtamisen ja esimiestyön asenteisiin. Tarvittiin osaamista ja rohkeutta data-analyysien tulosten hyödyntämiseen, tuottavuuden kysymysten esiin nostamiseen päivittäisen toiminnan johtamisessa sekä osaamista uusien seurantavälineiden käytössä. Myös vanhat ajattelumallit estivät uudistamista esimerkkinä hoitajien ajamiin kilometrien tarkkailu kokonaiskustannusten sijasta.

Tarpeita havaittiin myös johtamisen ja esimiestaitojen osaamisen kehittämisessä. Menestyminen kotihoidon esimiestyössä vaatii johtamisosaamisen ja muutosjohtamisen parantamista, perinteisten ajattelumallien ja toimintamallien muuttamista sekä uudenlaista johtajuutta, joka sisältää tulossuuntautuneisuuden, kokonaisuuteen vaikuttamisen ja oleelliseen keskittymisen lisäksi osallistamisen ja onnistumisen edellytysten luomista.

Esimiehen työn perusvaatimuksia ovat kotihoidon asioiden tuntemus ja kyky johtaa omaa aluetta tai tiimiä. Hyvä ammattiosaaminen ei kuitenkaan vielä merkitse sitä, että johtaja olisi hyvä esimies. Esimiestyöhön harjaannutaan koulutuksen ja kokemusten kautta. Erityisesti oikeudenmukaisuus ja vuorovaikutustaidot korostuvat esimiestaidoissa - niitä tarvitaan hyvän, kannustavan ja toisia huomioivan ilmapiirin luomiseen. Esimies johtaa omalla esimerkillään. Hyvä esimies muistaa kiittää hyvästä suorituksesta ja uskaltaa antaa palautetta muulloinkin kuin kehityskeskustelussa. Esimies on arjen työssä riittävästi läsnä ja tavoitettavissa ja työntekijöiden tukena.

### 3.4.2 Ratkaisun kuvaus

Tiedolla johtamisen malli ja sen toteuttamiseksi vaadittava tuottavuuden, vaikuttavuuden ja laadun mittaaminen oli osa suunniteltua ratkaisua. Johtamiseen ja esimiestyöhön haluttiin myös selkeä kytkentä organisaation strategiaan ja sen mukaisen toiminnan käytäntöön vientiin. Tavoitteellisuus ja tuloksellisuus haluttiin johtamisen keskeisiksi sisällöiksi.

Johtajuutta haluttiin korostaa ennen kaikkea muutosten sujuvan läpiviemisen työkaluna. Hyvällä johtamisella ja esimiestyöllä haluttiin vaikuttaa organisaation työhyvinvointiin, innostuksen luomiseen sekä työn merkityksellisyyden kokemuksen vahvistumiseen. Sopivina välineinä nähtiin myös laaja ja jatkuva viestintä ja sen kaksisuuntaisuuden tärkeys. Työntekijöille haluttiin antaa mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä ja tukea heitä väistämättömien reunaehtojen ymmärtämisessä.

### 3.4.3 Käyttöönotto

Ratkaisun käyttöönotossa välineinä toimivat esimiesten työpajat, henkilöstöinfot, laaja tiedottaminen sekä tavoitteiden ja kehitettävien asioiden vieminen mahdollisimman lähelle jokaista työntekijää. Tarvittavia muutoksia toiminnassa käytiin läpi jokaisen kanssa henkilökohtaisesti. Kommunikoinnin tavoitteena oli päätyä yhteiseen ymmärrykseen toiminnan kehittämistarpeista. Se edellyttää esimiesten ja työyksikön jäsenten avointa keskustelua, jossa jokainen on saanut tuoda esille omat näkemyksensä asian käsittelyssä.

Esimiesten kanssa tehtiin strategiaa ja sen mukaisia tavoitteita ja toimintaa tutuksi työpajoissa, ohjattiin keskittymään oleelliseen ja annettiin välineitä muutoksen johtamiseen. Ihmiset muuttavat toimintatapojaan, kun he ymmärtävät muutostarpeiden perusteet. Muutokset tehtiin yhteisissä kehittämisfoorumeissa. Muutosvastarinta poistuu tai ainakin vähenee, kun henkilöstö pääsee itse vaikuttamaan muutoksen sisältöihin. Toimeenpanon alkuvaiheessa huomattiin muutosvastarinnan selkeä lisääntyminen henkilöstön herätessä huomaamaan muutoksen suuruuden ja sen vaikutukset päivittäiseen työhön. Varsinkin huomion kiinnittäminen välittömän työajan lisäämiseen jopa merkittävässä määrin aiheutti paljon keskustelua ja jopa vastustusta. Osa hoitajista pelkäsi muutosten johtavan yhä kiireisempään työtahtiin, juoksemiseen paikasta toiseen ja huonoon laatuun. Näitä epäilyksiä ja väärinkäsityksiä poistettiin sekä tiedottamisella että henkilökohtaisilla keskusteluilla.

Henkilöstöinfoissa käytiin läpi hankkeen tavoitteet ja uusien toimintamallien logiikat, haettiin toiminnan ja käytäntöjen yhtenäistämistä ja korostettiin vastuullisuutta lain ja laatusuosituksen mukaisesta toiminnasta. Jokaista kannustetaan seuraamaan omaa suoritustaan laatutaulua avuksi käyttäen. Vanhoista ajattelutavoista ja käytännöistä poisoppimista tuettiin. Työntekijöiden kokemasta lisääntyneestä kontrollista pyrittiin luomaan kuva asianmukaisena ja tarpeellisenä osana tuloksellisesti ja laadukkaasti toimivaa kotihoitoa.

Resurssipoolin käyttöönotto muutti toimintaa myös johtamisen ja esimiestyön osalta. Kotihoidon ja resurssipoolin toiminnan yhtenä edellytyksenä on, että kotihoidon työyksiköiden toiminta on organisoitu perustiimeihin omahoitajamallin mukaisesti. Näin käytössä olevat resurssit voidaan kohdentaa suunnitelmallisesti, tehokkaasti ja oikea-aikaisesti. Lisäksi päivittäisen ja viikoittaisen asiakasvaihtelun hoitaminen tulee määritellä tietyille omahoitajalle/tiimille. Uusia asiakkaita voidaan ohjata perustiimiin omahoitajalle vasta asiakaspaikan vapauduttua. Esimiesten työjakoa ja uusia tehtäviä kuvattiin seuraavasti:

**Kotihoidon palveluesimiehen** tehtävä on organisoida toiminnanohjausjärjestelmää hyödyntäen asiakkaiden palvelu realistisesti ja todellisen asiakastarpeen mukaan sekä tarvittaessa tilata poolihoitaja puuttuvan resurssin sijaistukseen. Tehtäviin kuuluvat:

- Toiminnanohjausjärjestelmän käytien suunnittelu viikoksi kerrallaan
- Päivittäisten asiakaskäyntien ja muutosten organisointi toiminnanohjausjärjestelmään
- Kotihoidon omahoitajien ja tiimien toiminnan seurannasta ja arvioinnista huolehtiminen
- Työyksikön toiminnan perehdytyksen organisoiminen
- Tilausten tekeminen resurssipooliin
- Hankkii ehdotukset hoitajien vuosilomiin ja koulutuksiin sovittuun ajankohtaan mennessä

**Resurssipoolin esimies** vastaa henkilöstöresurssien oikea-aikaisesta kohdentamisesta alueelle. Hänen tehtäväkuvaansa kuuluvat myös seuraavat toimet:

- Rekrytoi henkilöstön kotihoitoon
- Tekee työ sopimukset
- Huolehtii perusperehdytyksen ja henkilöstön työsuhteeseen liittyvän perehdytyksen Kallion kotihoitoon
- Suunnittelee ja laittaa työvuorototeutumat palkanlaskentaan sekä kohdentaa palkat todellisen käytön mukaan työvuorajakson päätyttyä
- Vastaa poolihoitajien koordinoinnista
- Suunnittelee ja hyväksyy vuosilomat
- Hyväksyy koulutukset
- Toimii tarvittaessa palveluesimiesten varahenkilö
- Kehittää, uudistaa ja parantaa toimintaa kokonaisvaltaisesti

Esimiesten valmentamiselle erityisesti heidän uusissa rooleissa ja heidän osaamisensa lisäämiselle nähtiin selkeä lisätarve. Kotihoidon suoritustason kasvattaminen lisää myös esimiestyön vaatimustasoa. Esimiesten työssä onnistumista ja heidän työhyvinvointiaan on tuettava jatkuvasti selkeillä toimilla.

## 3.5 Henkilöstön kannustinpalkkiomalli

Kannustinpalkkiomallin hyödyntäminen on yksi tapa ohjata henkilöstön toimintaa ja käyttäytymistä haluttuun suuntaan. Kannustinpalkkiomallin ytimessä on henkilöstön palkitseminen hyvästä työstä määriteltäviin mittareihin nähden. Mittarit valitaan siten, että ne kuvaavat organisaation kykyä saavuttaa tavoitteensa. Käytännössä kotihoidossa on vaikeaa mitata yksikön kykyä saavuttaa tavoitetta yksiselitteisesti. Siksi mittarit valitaan suhteessa alatavoitteisiin. Nämä ovat esimerkiksi toiminnan tuottavuuden ja palvelun laadun parantaminen sekä vaikuttavuuden lisääminen. Kannustinpalkkiota ei pidä mieltää osaksi normaalia palkitsemismallia, jossa työntekijälle myönnetään jonkinlainen lisä peruspalkan päälle esimerkiksi työn haastavuudesta. Kannustinpalkkion tulee olla luonteeltaan sellainen, että se kannustaa tietynlaiseen toimintaan joka päivä.

Kannustinpalkkiomallit voidaan sosiaali- ja terveydenhuollon alalla karkeasti jakaa kahteen ryhmään: 1) suoriteperusteiset mallit ja 2) vaikuttavuusperusteiset mallit.

Suoriteperusteisessa mallissa kannustinpalkkiota jaetaan suoritteiden tavoitetason saavuttamisesta/ylittämisestä tai suhteessa suoritteiden määrään (esimerkiksi välittömän työajan osuus). Vaikuttavuusperusteisessa mallissa palkkiota jaetaan tulosmittareiden parannuksen perusteella (esimerkiksi kuolleisuus, raskaampaan hoitoon siirtyminen, päivystyksen käyttö). Vaikuttavuusperusteisten mallien haasteena on, että niissä käytettyjä mittareita on lähes mahdotonta yhdistää yksittäisten työntekijöiden suoritukseen. Siksi vaikuttavuusperusteisiä malleja käytetään lähinnä yksikkötasolla. Lisäksi vaikuttavuusperusteisten mallien haasteena on erotella kotihoitopalvelujen vaikutusta asiakkaiden hyvinvoinnin normaalista laskusta. Ennenjälkeen tilannetta seurattaessa pitää pystyä kontrolloimaan muutoksia asiakkaiden hoitoisuudessa. Tämä vaatii, että asiakkaiden toimintakykymittausten (esimerkiksi RAI) peittävyys on korkea, ja että mittaustulokset ovat ajan tasalla.



Mittareita valittaessa on tärkeää, että ne ovat sellaisia, joihin yksilö tai tiimi pystyy vaikuttamaan omalla toiminnallaan. Siksi suoriteperusteiset mallit ovat suositumpia henkilöstön palkitsemisessa. Vaikuttavuusperusteiset kannustinpalkkiomallit soveltuvat puolestaan paremmin palvelujen ulkoistukseen – yksityisen toiminnan kokonaisvaltaiseen suorituksen arvioimiseen – kuin palvelutuotannossa työskentelevien yksittäisten työntekijöiden kannustamiseen.

Kannustinpalkkiota voidaan jakaa monella eri tavalla kuten rahana, vapaapäivinä tai liikunta- ja kulttuuriseteleinä. Rahapalkkio on vaihtoehtoista selkeästi yleisin, sillä se on huomattavasti käytännöllisempi kuin liikunta- ja/tai kulttuuriseteleiden jakaminen. Ei-rahallisten kannustimien houkuttelevuudesta ollaan montaa eri mieltä. Vapaapäivät puolestaan ovat hankalia, sillä ne saattavat lisätä sijaisten tarvetta, mikä puolestaan heikentää palvelun laatua.

Kannustinpalkkiomallien perusajatuksena on useimmiten, että henkilöstölle jaetaan osa saavutetuista säästöistä (esimerkiksi 10-30 %). Säästöt voivat olla todellisia säästöjä, joita on monesti monimutkaisempaa todeta tai laskennallisia säästöjä. Toteutunut säästö lasketaan, kun tiedetään, paljonko säästöjä toteutuu. Viive suorituksen ja palkkion välillä saattaa olla suuri. Tämä asettaa haasteita. Jotta kannustin toimii, viive työn ja palkitsemisen välillä tulisi olla mahdollisimman pieni. Laskennallista säästöä voidaan huomioida huomattavasti lyhyemmällä syklillä, mutta se saattaa poiketa todellisista säästöistä. Laskennallista säästöä voidaan arvioida esimerkiksi vähentyneen työajan (pärjätään ilman sijaisia) ja tuntihinnan kautta. Haasteena tässä on, että toiminnan muuttuessa myös tuntihinta muuttuu. Tuntihinta puolestaan on arvioitavissa luotettavasti vain vuositasolla.

Kannustinpalkkiomallia suunniteltaessa määritellään taso, jolla mittareita seurataan ja kannustinpalkkiota jaetaan - palkitaanko yksilösuorituksia vai tiimitason suorituksia. Kannustin toimii paremmin yksilötasolla, mutta se rajoittaa samalla käytettävissä olevia mittareita. Esimerkiksi laatumittareita kuten asiakkaiden hoitajien vaihtuvuutta on vain järkevää tarkastella tiimitasolla.

Olenainen kysymys on myös, millä tavalla valittuja mittareita seurataan ja tavoitetasoa määritellään. Palkitaanko esimerkiksi parannuksesta ennen-jälkeen asetelmalla vai tavoitetason saavuttamisesta? Mikäli palkitaan parannuksesta, niin suositaan yksilöitä tai tiimejä, joiden lähtötaso on heikompi. Jos puolestaan palkitaan tavoitetason saavuttamisesta, niin täytyy päättää, halutaanko kannustaa vielä parempiin tuloksiin tavoitetason porrastuksella. Muuten riskinä on että tavoitetasosta tulee eräänlainen maksimitaso, jota hoitajien ei kannata ylittää.

Ohjenuora kannustinpalkkiomallin suunnittelussa on, että mallin tulisi olla mahdollisimman yksinkertainen ja suoraviivainen. Useampien mittareiden samanaikainen huomioiminen tekee kannustinpalkkiomallista helposti hyvin vaikeasti ymmärrettävän. Jos kohderyhmä ei ymmärrä kannustinpalkkiomallin logiikkaa, niin sen kyky ohjata toimintaa ja käyttäytymistä haluttuun suuntaan heikkenee. Varsinkin yksilötason kannustinpalkkiomalleissa tulee huomioida, että jo 1-2 mittariin perustuvan mallin seurannasta tulee laskennallisesti hyvin monimutkainen, kun kaikkia erityistapauksia huomioidaan.

On kuitenkin huomioitavaa että ”se, mitä mitataan, se saadaan”. Toisin sanoen mittareita ja kannustinpalkkiomallin rakennetta suunniteltaessa tulee pyrkiä varmistamaan, että kannustinpalkkiomallin mittareiden tulosten parantaminen ei johda toiminnan osa-optimointiin ja että vääränlaisella toiminnalla ei voida parantaa tuloksia.

### 3.5.1 Tarve

Tässä luvussa kuvattujen ratkaisujen jalkauttaminen on työläs, mutta välttämätön prosessi. Tuottavuus-ratkaisut ovat luonteeltaan sellaisia, että ne vaativat jokaisen työntekijän toiminnan muuttamista. Juurtuneista käytännöistä ja vanhasta toimintakulttuurista luopuminen on usein vaikeaa. Kannustinpalkkiomallin avulla tuetaan tavoitteellisen toimintakulttuurin jalkautumista ja kannustetaan henkilöstöä ”haluamaan” uutta toimintamallia isosta toimintakulttuurin muutoksesta huolimatta.

Kannustinpalkkiomallin keskeisenä tavoitteena on tärkeiden mittarien painottaminen. Se, että mittareihin kiinnitetään pienikin palkkio, auttaa usein henkilöstöä tiedostamaan aktiivisesti mitä halutaan kasvattaa samalla henkilöstön kiinnostusta mittareiden seurannasta.

Peruspalvelukuntyhtymä Kallion tavoitteena oli lisätä kannustinpalkkiomallin avulla henkilöstön tavoitteellisuutta, yrittäjämäistä toimintaa ja taloudellista ymmärrystä.

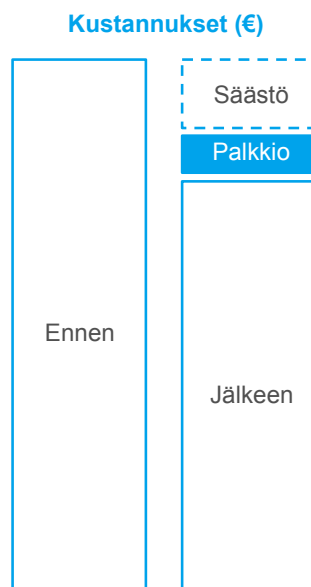
### 3.5.2 Ratkaisun kuvaus

Seuraavaksi kuvataan Kotihoito 2020 –hankkeessa Peruspalvelukuntyhtymä Kallion henkilöstölle suunniteltua kannustinpalkkiomallia. Kannustinpalkkiomallia ei vielä pilotoitu hankkeen aikana, vaan sitä on tarkoitus tehdä vuoden 2014 aikana. Tässä kuvattu kannustinpalkkiomalli saattaa siis vielä muuttua.

Kannustinpalkkiomalli on kaksivaiheinen suoriteperusteinen malli. Kannustinpalkkion suuruus perustuu toteutuneisiin säästöihin sijaisten käytössä mitattuna verrattuna edelliseen puolivuotisjaksoon. Toteutuneista säästöistä 15 % maksetaan henkilöstölle kannustinpalkkiona rahana (kuva 17).

Ensimmäisessä vaiheessa toimintaa tarkastellaan ja kannustinpalkkiota jaetaan tiimitasolla. Tämä mahdollistaa useampien mittareiden seuraamista samanaikaisesti. Näin pyritään välttämään tilannetta, jossa tuottavuutta parannetaan palvelun laadun kustannuksella. Ensimmäisen vaiheen kannustinpalkkiomallin tavoitteena on myös tukea yhteistä tiimihenkeä: *”yhdessä pääsemme parempiin tuloksiin”*. Toisessa vaiheessa kannustinpalkkiomallia on tarkoituksena laajentaa siten, että myös yksilöiden suoritukset huomioidaan erikseen.

Ensimmäisessä vaiheessa 15 % säästöistä jaetaan kolmelle parhaalle tiimille, siten että parhaiten suoriutunut saa 40 % jaettavasta summasta, toiseksi paras saa 25 % ja kolmanneksi paras 15 %. Resurssipoolitiimi palkitaan koko Kallion suoritustason perusteella siten, että heille kohdennetaan 20 % koko Kallion kannustinpalkkiosta. Tiimien vertailussa päämittareina ovat välittömän työajan osuus ja pieni sairauslomien määrä, jotka muodostavat yhteismittarin. Lisäksi tarkastellaan kolmea laatumittaria: suunnitellun palveluajan toteutuminen, asiakkaiden hoitajien vaihtuvuus ja voimassa olevien toimintakykyarviointien peittävyys. Laatumittarit toimivat siten, että tiimin päämittarista saa minuuspisteitä (määrätyn skaalan mukaisesti), mikäli laatumittareiden tavoitetasot eivät toteudu.



**Kuva 1.**  
**Kannustinpalkkion**  
**jakamisperuste**

Toisessa vaiheessa kannustinpalkkiomalliin lisätään henkilökohtainen taso, jolloin kuka tahansa tiimistä riippumatta voi saada kannustinta. Tällöin päämittaria tarkastellaan myös yksilötasolla. Tiimeille jaettavasta summasta esimies saa 20 % ja kenttähenkilöstö 80 %.

### 3.5.3 Valmistelu

Kallion kotihoidon johto ja NHG valmistelivat kannustinpalkkiomallia tammi-syyskuun 2013 välisenä aikana. Valmistelun yhteydessä haastateltiin ja tehtiin yhteistyötä eri sidosryhmien kanssa, joille myös vaihtoehtoisia malleja ja niissä käytettäviä mittareita esiteltiin. Mukana olivat hoitohenkilöstö, lähiesimiehet sekä Peruspalvelukuntyhtymä Kallion kuntayhtymähallitus. Lisäksi suunnitteluvaiheessa otettiin oppia Mediverkon kokemuksista kannustinpalkkiomallin hyödyntämisestä Tampereella.

Kannustinpalkkiomallin valmistelussa nousi esille erityisesti seuraavia asioita:

- Kannustinpalkkiomallin rakenne kannattaa pitää mahdollisimman yksinkertaisena.
- Mallissa käytettävien mittareiden täytyy perustua olemassa olevaan (tai helposti kerättävään) kvantitatiiviseen aineistoon (esimerkiksi asiakastieto- ja työajanseurantajärjestelmistä) ja mittarien taustalla oleva tieto pitää olla tarpeeksi luotettavaa. On monta tärkeätä asiaa (esimerkiksi hoitajien osaaminen tai asiakkaiden toimintakyvyn muutos), joista ei voida palkita, koska ne ovat joko vaikeasti mitattavissa tai tulokset ovat epäluotettavia.
- Mittareiden tulisi olla sellaisia, joihin eri työntekijät omalla toiminnallaan pystyvät vaikuttamaan joko suoraan (välittömän työajan osuus) tai epäsuorasti (sijaisten käyttö).
- Resurssipoolin työntekijöitä ei välttämättä kannata palkita suoraan suorituksista samoilla mittareilla, koska monet mittareista eivät ole perusteltuja kyseiselle työntekijäryhmälle.

Työryhmä tuli lopputulokseen, että rahapalkkio on vaihtoehdoista uskottavin (henkilöstön suosima vaihtoehto). Oli kannustinpalkkio raha tai muu vastaava (esimerkiksi kulttuuriseteli tai lomapäivä), sen enimmäismäärä tulee todennäköisesti aina olemaan pieni. Silti maksimaalisen ansaittavissa olevan kannustinpalkkion tulisi olla niin suuri, että sillä on kannustava vaikutus. Muutama kulttuuriseteli ei kannusta, kun taas useampien kulttuurisetelien jakaminen monen sadan euron edestä ei valmisteluryhmän mielestä tuntunut järkevältä vaihtoehdolta. Rahapalkkiota voidaan maksaa tasan suhteessa suoritustasoon, kun puolestaan muiden palkkioiden täytyy perustua porrastettuun malliin. Vaikka loma saattaisi olla yksi parhaimmista vaihtoehdoista, se saattaisi lisätä sijaisten käyttöä ja vaikuttaa kotihoidon kykyyn vastata asiakastarpeen kasvuun. Tulevaisuudessa voidaan harkita yhdistettyä mallia, jossa tiimitason kannustinpalkkio olisi liikuntaseteli ja henkilökohtaisella tasolla olisi rahapalkkio.

## 3.6 Tulokset

Seuraavaksi tarkastellaan Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kehitystyön alustavia tuloksia. Kokemukset uudesta toimintamallista ja siihen kuuluvista ratkaisuista olivat hyvin positiiviset. Muutoksen jalkauttaminen ja vanhoista rutiineista poisoppiminen toivat kuitenkin haasteita, joiden parissa kehitystyö jatkuu. Johdon näkemys oli, että merkittävimmät parannukset ovat odotettavissa vuoden 2014 aikana toiminnallisten muutosten aiheuttaman murroksen asetettua.

Alustavissa tuloksissa on kuitenkin nähtävissä positiivinen kehitys. Ennen-jälkeen asetelman vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi tuloksissa tarkastellaan pelkästään Kallion julkisen palvelutuotannon tuloksia.

### 3.6.1 Tuottavuus

Kallion kotihoidon tuottavuus kasvoi 4 % (2012→2013) tuntihinnan<sup>14</sup> laskun myötä<sup>15</sup>. Tuottavuuden parannus vaihteli kuntayhtymän kunnissa 0,2 prosentista 7,8 prosenttiin. Kallion isoimmassa kunnassa Ylivieskassa tuottavuus parani 5 %.

Tuottavuuden selkeä parannus jo näin varhaisessa vaiheessa on positiivista huomioiden, että vuonna 2013 tehtiin merkittäviä sijoituksia toiminnan kehittämiseen (esimerkiksi toiminnanohjausjärjestelmän pilotointi, toiminnan siirrot Mediverkon ja Kallion välillä sekä asiantuntijapalvelujen hankinta).

<sup>14</sup> Tuntihinta on asiakastuntien ja kotihoidon kokonaiskustannusten suhde

<sup>15</sup> Tuloksissa on huomioitu terveydenhuollon hintaindeksin muutos +1,8 % (Tilastokeskus: julkisten menojen kuntatalouden terveydenhuollon indeksi). Kuluttajahintaindeksin muutos oli samalla ajalla +1,5 %.

Merkittävimmät selittävät tekijät parannuksen taustalla olivat välittömän työajan osuuden lievä kasvu (1,9 %), sekä sijaistyövoimakustannusten lasku. Välittömän työajan osuuden kasvu oli merkittävämpi kunnissa, joissa tuottavuuden kasvu oli suurempi. Suurin kehitys oli Ylivieskan yhdessä tiimissä, jossa välittömän työajan osuus nousi 10,8 % (5,4 prosenttiyksikköä).

Välittömän työajan osuuden vielä merkittävämpää kasvua rajoitti osittain välittömien asiakastuntien määrän lasku vuodesta 2012 (1,6 %). Tämä johtuu siitä, että välittömän työajan osuus on asiakastuntien ja hoitajien työtuntien suhde. Valtaosa työvoimasta koostuu vakituisista työntekijöistä, joiden työpanos (työtunnit) on kiinteä. Asiakastarpeen laskiessa vakituinen työvoima pysyy samana, jolloin välittömän työajan osuutta on vaikeampaa lisätä.

Sijaiset koostuvat pitkäaikaisista ja lyhytaikaisista sijaisista. Pitkäaikaiset sijaiset ovat verrattavissa omiin työntekijöihin, sillä ne paikkaavat hoito-, vuorottelu- tai virkavapaista johtuvia poissaoloja. Pitkäaikaiset sijaiset voivat toimia asiakkaiden vastuuhoidajina, jolloin niiden vaikutus asiakkaiden hoitajien vaihteluun pitkällä aikavälillä on hyvin pieni. Lyhytaikaiset sijaiset puolestaan paikkaavat lyhytaikaisia sairaus- tai vuosilomista johtuvia hetkellisiä poissaoloja. Hoidon laadun varmistamisen ja kustannustehokkuuden kannalta juuri lyhytaikaisten sijaisten käyttöä tulee välttää. Lyhytaikaisten sijaisten osuus hoitajakapasiteetista väheni Kalliossa 34 %.

Asiakkaiden hoitajien vaihtuvuuden muutosta ei tässä vaiheessa voitu luotettavasti arvioida. Kahden tiimin asiakkaiden siirtäminen Mediverkolle pilotin ajaksi tarkoitti, että lähes kaikki näiden asiakkaiden hoitajista vaihtuivat siirtojen yhteydessä. Asiakkaiden hoitajien vaihtuvuus väheni kunnissa joihin tämä ei vaikuttanut.

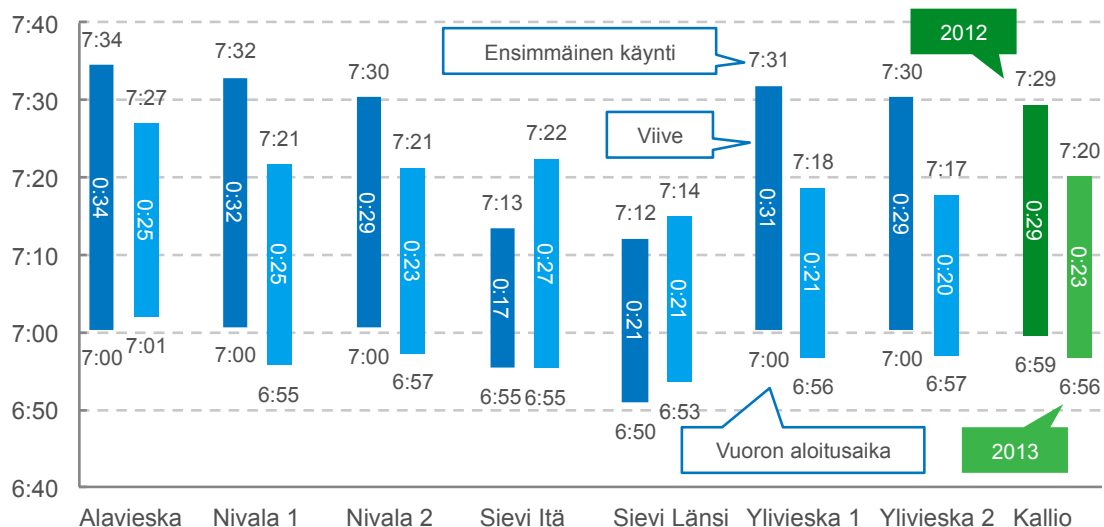
Sairauspoissaolojen osuus laski 1,1 prosenttiyksikköä.

Seuraavaksi tarkastellaan saavutettuja tuloksia toiminnallisesta näkökulmasta. Kehitys päivittäisessä toiminnassa mahdollistaa sekä tuottavuuden ja palvelun laadun tason nostamisen.

### 3.6.2 Palvelutuotannon tasaantuminen

Keskeisenä tavoitteena oli palvelutuotannon tasaaminen läpi päivän. Keinoina olivat ei-aikakriittisten käyntien tarkempi määrittely ja siirtäminen pois ruuhkahuipusta. Tämä tehtiin muun muassa lyhentämällä työvuoron alkamisen ja ensimmäisen käynnin välistä viivettä (kuva 18). Keskimääräinen viive lyheni kuusi minuuttia (21 %).

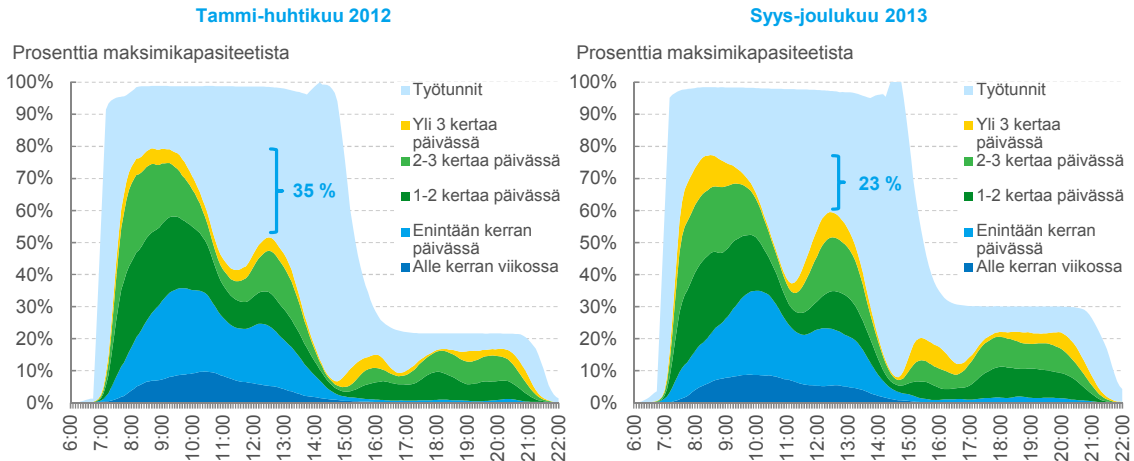
Työvuoron aloituksen ja ensimmäisen käynnin viiveen keskimääräinen muutos



Kuva 18. Työvuoron aloituksen ja ensimmäisen käynnin viiveen lyhentäminen: 1-4/2012 vs. 9-12/2013

Kuva 19 esittää palvelutuotannon jakautumista läpi päivän ennen kehitystyötä ja seurantajakson lopussa. Kuvassa näkyy myös, mistä ruuhka-aipeu koostu eli millaisia asiakkaita on palvettu eri kellonaikoina asiakkaiden käyntitiheyden mukaan. Alle kerran päivässä palvelua saavien asiakkaiden käynnit ovat harvemmin aikakriittisiä.

Kuvasta näkee että palvelutuotantoa onnistuttiin tasaamaan hieman. Ero aamun ja iltapäivän ruuhka-aipeujen välillä pieneni noin kolmanneksen (35 % → 23 %). Lisäksi on eroteltavissa muutos vähiten palvelua saavien asiakkaiden käyntien ajankohdassa. Painopiste on hieman myöhemmin.



**Kuva 19. Palvelutuotannon tasaantuminen ja ruuhka-aipeun koostumus (1-4/2012 vs. 9-12/2013)**

### 3.6.3 Resurssipooli

Resurssipooliin alettiin siirtämään työntekijöitä toukokuussa 2013. Resurssipoolissa oli enimmillään 11 työntekijää (syyskuussa 2013), mikä vastasi 14 % Kallion hoitajakapasiteetista (työtunneissa). Keskimäärin resurssipoolissa oli kymmenen työntekijää eli noin 11 % työvoimasta. Resurssipooliin siirrettiin tässä vaiheessa vain perustyöntekijöitä sairaanhoitajien jäädessä tiimeihin.

Tavoitteena oli suunnitteluvaiheen resursointilaskelmien perusteella, että resurssipooliin siirrettäisiin jopa 26 % lähtötilanteen työvoimasta: 15,5 täysipäiväistä perustyöntekijää – henkilömäärä saattaa olla isompi, mikäli pooliin siirrettäisiin osa-aikaisia – ja 4,5 täysipäiväistä sairaanhoitajaa. Resurssipooliin siirrettyjen hoitajien määrä jäi siis tavoitteesta. Tämä on ymmärrettävää, sillä henkilöstön rakenne muuttui sitä mukaan, kun yhdeksän hoitajaa siirtyi Mediverkolle pilotin ajaksi.

Se, että resurssipooliin ei siirretä tarpeeksi suurta osaa työvoimasta, aiheuttaa useampia haasteita:

1. Lähipalvelualueille tai tiimeille asetettu välittömän työajan keskimääräinen tavoite ei voi toteutua, koska työvoimaa on liikaa suhteessa asiakastunteihin.
2. On vaarana, että pooli välillä ”tyhjenee” kokonaan, jolloin tiimeihin ei ole saatavilla lisäapua, kun tarve ilmenee. Tämä vaarantaa tarveperusteisen resursoinnin ja käyntilistasuunnittelun toteutumisen. Ei voida luottaa, että resurssipoolin työntekijät riittävät vastaamaan hoitajatarpeen päivittäiseen vaihteluun. Luonnollinen reaktio tiimeissä on yrittää varautua kiireellisimpiin päiviin omalla hoitajapuskurilla, mikä puolestaan vähentää pooliin siirrettävissä olevien työntekijöiden määrää. Näin syntyy ”negatiivinen kierre”.
3. Resurssipoolin työntekijät alkavat pääosin paikata pitkäaikaisia poissaoloja. Tämä puolestaan lisää todennäköisyyttä, että resurssipooli on tyhjä, koska kaikki työntekijät ovat kentällä.

4. Jos tarveperusteinen resursointi ei toteudu – hoitajamäärä ei vastaa asiakastarvetta siten, että välittömän työajan tavoite toteutuu – niin palvelutuotantoa on vaikea tasata. Silloin asiakkaat tottuvat saamaan palvelua ruuhka-aikoina, mikä lisää työvoiman tarvetta.

Perupalvelukuntayhtymä Kallion yksi prioriteeteista jatkokehityksessä on resurssipoolissa olevien hoitajien osuuden lisääminen.

## 4 VAIKUTTAVUUS

---

Ikäihmisten palveluiden vaikuttavuuden parantaminen on keskeisessä roolissa, kun halutaan aikaansaada paitsi kustannushyötyjä myös terveyshyötyjä asiakkaille. Nykyisellään vaikuttavuuden haasteet liittyvät erityisesti kotihoidon asiakasta osallistavan toiminnan puutteeseen ja siihen, että oikea-aikaisten palveluiden sijaan ikäihmiset saavat apua kotona asumisen tueksi usein aivan liian myöhään.

Tarjoamalla asiakkaille oikea-aikaisesti ja yksilöllisesti heidän tarpeitaan vastaavia palveluita voidaan ylläpitää tai jopa parantaa toimintakykyä ja kotona selviytymisen edellytyksiä. Tavoitteena on ennaltaehkäistä ja myöhäistää raskaamman palvelutarpeen syntymistä eli säännöllisten palveluiden alkamista ja ympärivuorokautisiin asumispalveluihin siirtymistä.

Vaikuttavuuden todentaminen erilaisilla mittareilla on usein mahdollista vasta keskipitkällä tai pitkällä aikavälillä. Lyhyellä aikavälillä vaikuttavuutta voidaan arvioida esimerkiksi asiakastyytyvyyden perusteella. Lisäksi muutokset päivystyskäytössä kertovat lähes reaaliaikaisesti kotihoidon ja muiden kotona selviytymisessä tarvittavien tukitoimien onnistumisesta tai epäonnistumisesta. Esimerkiksi mikäli asiakas kokee saavansa tarvitsemansa tuen ja palvelut ja tuntee siten olonsa turvalliseksi kotonaan, hän ei hakeudu turhaan päivystykseen. Mikäli turvallisuuden tunne heikkenee merkittävästi, sen on usein havaittu johtavan tuen hakemiseen sieltä, mistä siihen on mahdollisuus kuten tässä tapauksessa päivystyksestä. Sen sijaan kotihoidon kehittämisen vaikutus vuodeosastojaksoihin ja siirtymisiin laitoshoidon ja palveluasumiseen voidaan tyypillisesti nähdä vasta pidemmällä aikavälillä.

Tässä kappaleessa on esitetty käytännön ratkaisuja kotihoidon vaikuttavuuden kehittämiseksi. Näitä ovat keskitetty palveluohjaus, uudenlaiset toimintamallit kotikuntoutukseen ja kotihoidon lääkitukseen sekä kotihoidon tavoitteellinen toiminta. Ratkaisuja pilotoitiin Kotihoito 2020 – hankkeen puitteissa Kalajoen kaupungissa ja Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän<sup>16</sup> toimesta lisälmen alueella.

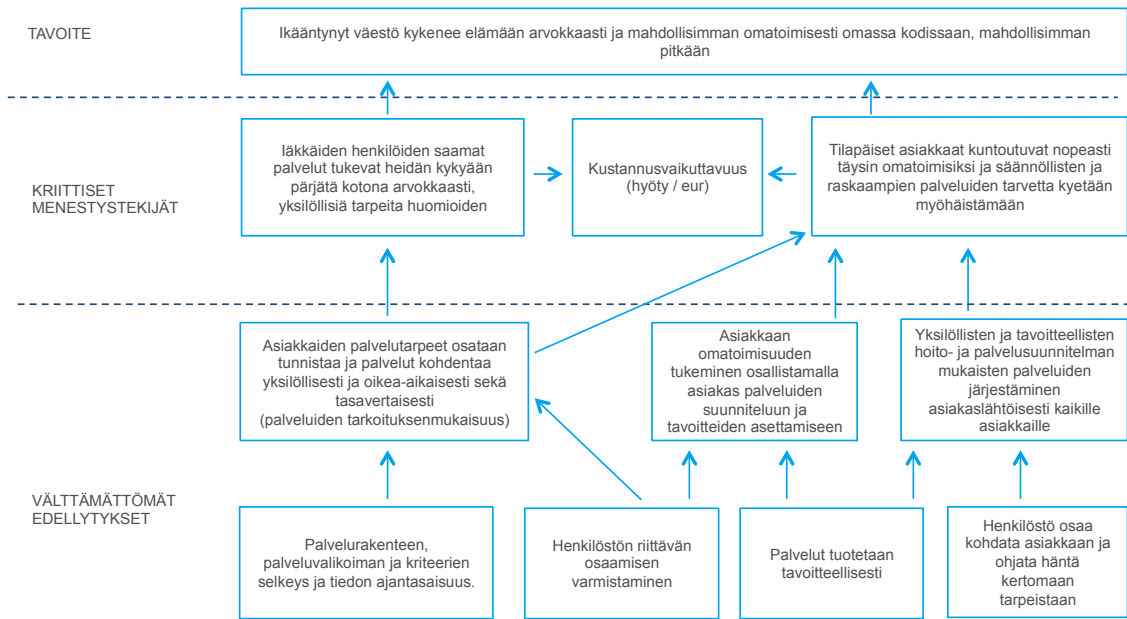
### 4.1 Keskitetty neuvonta ja palveluohjaus

Keskitetty neuvonta ja palveluohjaus kokoaa tiedon ja palvelut kaikkien ikäihmisten palveluiden osalta yhden luukun taakse. Toimintaa keskittämällä varmistetaan, että tarjolla on laaja-alaista osaamista ja tietoa, jonka avulla asiakkaalle pystytään järjestämään mahdollisimman kokonaisvaltainen tilannekartoitus ja apujen järjestäminen ja siten määritettyä mahdollisimman vaikuttava palvelukokonaisuus. Keskitetyn neuvonnan ja palveluohjauksen tavoitteena on tukea ikääntynyttä väestöä asumaan kotonaan arvokkaasti ja mahdollisimman pitkään (kuva 20). Tavoitteen saavuttaminen riippuu siitä, pystytäänkö ikäihmisille kohdentamaan oikeat palvelut oikea-aikaisesti oikeaan tarpeeseen ja onnistutaanko iäkkäitä henkilöitä osallistamaan ja siten sitoutumaan aiempaa paremmin omien palveluidensa suunnitteluun ja toteutukseen. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden tulee ohjata palveluita aiempaa vahvemmin, joten on tärkeää, että asiakas osallistuu palvelutarpeiden selvittämiseen oman elämänsä asiantuntijana.

Keskitetty neuvonta ja palveluohjaus parantaa myös asiakkaiden tasavertaista kohtelua, kun palvelutarpeen selvittäminen keskitetään aiempaa harvemmälle joukolle henkilöstöä, jotka tulkitsevat ja ymmärtävät palveluiden kriteerit samalla tavoin.

---

<sup>16</sup> Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä ympäristö- ja terveysvalvonnan palvelut jäsenkuntiensa lisälmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän asukkailla.



Kuva 20. Palveluohjauksen kokonaisuus ja toiminnan edellytykset

#### 4.1.1 Tarve

Kuten monessa Suomen kunnassa, myös Kalajoella ja Iisalmessa neuvonta ja palveluohjaus oli aiemmin hajautettu monen eri toimijan vastuulle ilman, että kenelläkään oli kokonaisvastuuta ikäihmisten palveluiden oikea-aikaisesta ja tarpeiden mukaisesta järjestämisestä. Neuvontaa ja palveluohjausta toteutetaan kunnissa muun muassa erillisissä neuvontapisteissä, terveysasemilla, osastoilla, kotihoidossa, SAS-yksikössä sekä lukemattomien muiden tahojen toimesta. Toiminnan hajanaisuuden seurauksena ikäihmisten toiveisiin, tarpeisiin ja tavoitteisiin vastaavan organisaatorajat ylittävän palvelukokonaisuuden rakentaminen oli haastavaa.

Neuvonnan ja palveluohjauksen hajanaisuus johtaa usein tilanteeseen, jossa ikäihmisiä ”pallotellaan luukulta toiselle”. Toiminnan hajanaisuuden ja tehtävien päällekkäisyyksien seurauksena voi syntyä katvealueita tai päällekkäisiä palveluita sisältäviä palvelukokonaisuuksia, jotka eivät vastaa asiakkaiden tarpeita. Ennaltaehkäisevien kevyiden palveluiden sijaan ikäihmisille tarjotaan usein vain perinteisiä julkisen sektorin korjaavia palveluita, jotka ajoittuvat liian myöhäiseen vaiheeseen, jolloin toimintakyky on jo merkittävästi heikentynyt. Tämä johtaa raskaiden palveluiden tarpeettoman suureen käyttöön ja preventiivisten varhaisen vaiheen palveluiden alihyödyntämiseen.

Paitsi vastuu myös osaaminen on hajautettu eri toimijoille. Kuitenkin erityisesti monisairaiden ja huonokuntoisten kotihoidon asiakkaiden määrän kasvu edellyttää laaja-alaista osaamista ja laajan tuottajaverkoston koordinoitua. Tämän vuoksi monessa kunnassa on merkittävä tarve tarjota palveluita yhden luukun periaatteella sekä lisätä moniammatillista osaamista ikäihmisten palveluissa.

#### 4.1.2 Ratkaisun kuvaus

Toimintatapoja uudistamalla saadaan käytettävissä olevat voimavarat kohdennetuksi paremmin ikääntyvän väestön tarpeisiin. Ennakoivilla toimilla ja varhaisella tuella voidaan edistää asiakkaan omatoimisuutta ja mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään.

Keskittetty neuvonta ja asiakasohjaus on prosessi, joka määrittää asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet ja niiden kanssa parhaiten yhteensopivat palvelut asiakaslähtöisessä vuorovaikutuksessa asiakkaan ja tarvittaessa omaisten kanssa. Palvelutarpeen selvittämisessä ja palveluntuotannon suunnittelussa keskitytään asiakkaan omien voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä todellisten tarpeiden ja toiveiden tunnistamiseen ja huomioimiseen.



Organisaation näkökulmasta toiminnan kehittämisen tavoitteena on käytettävissä olevien voimavarojen kohdentaminen siten, että rajalliset resurssit riittävät vastaamaan ikääntyneiden kasvavaan palvelutarpeeseen. Toimintamallin tarkoituksena on tarjota ikäihmisille keskitetysti tarvittavat tiedot ja palvelut tarjolla olevista kotona selviytymistä tukevista palveluista ja auttaa heitä löytämään mahdollisimman hyvin omia tarpeitaan vastaavat ja vaikuttavimmat palvelut.

Keskitetyn neuvonnan ja palveluohjauksen toiminnan suunnittelun pohjana ovat organisaation johdon määrittämät tavoitteet ja linjaukset, eli missä roolissa se tulee toimimaan osana alueellista palvelujärjestelmää. Esimerkiksi halutaanko neuvonnan ja asiakasohjauksen toimivan proaktiivisena ”case managerina” ja kunnan vastuutyöntekijänä asiakkaille, joka koordinoi asiakkaiden palveluidenkäyttöä. Tämä määrittää uuden toimintamallin sisällön ja toimintalogiikan asiakasrajausta, henkilöstöresursseja ja palveluvalikoimaa sekä valta-vastuukysymyksiä myöten. Case managerina toimiminen edellyttää aiempaa laajempia valtuuksia ja päätösvaltaa, joissakin tapauksissa jopa budjettivastuuta.

Ylä-Savossa asiakasneuvonta OHJURIn tehtäviin kuuluu palvelutarpeen selvittäminen, asiakkaan tarpeiden mukaisten palveluiden järjestäminen sekä hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevien palvelujen yhteensovittaminen ja koordinointi. Hoitotaho (mukaan lukien yksityiset) vastaa hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisesta sekä toimintakyvyn ja palvelutarpeiden muutosten seurannasta. Palveluvalikoima kattaa laajasti kotihoidon palvelut (mukaan lukien palvelusetelit), kotihoidon tukipalvelut (turvapuhelin, ateria, shl kuljetustuki), päivätoiminnan, omaishoidon tuen, SAS-työn, harkinnanvaraiset lyhytaikaiset hoitopaikat ja sotainvalidien palvelusetelin sekä kotiutusprosessien koordinoinnin.

Kalajoella palveluohjausta lähdettiin kehittämään enemmän neuvonnan näkökulmasta. Neuvontapiste VERKOn tehtäviin kuuluu neuvonta ja ohjaus, palvelutarpeen selvittäminen sekä palvelusuunnitelman laatiminen, palvelujen myöntäminen ja järjestäminen tiettyjen tukipalvelujen osalta uusille asiakkaille.

Palveluohjauksen tueksi on kunnissa koottu tietoa alueella toimivista yhdistyksistä ja järjestöistä sekä yksityisistä palveluntuottajista. Yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden palvelujen kartoittaminen palveluohjauksen tueksi mahdollistaa myös itsemaksettavien palveluiden hyödyntämisen osana asiakkaan palvelukokonaisuutta. Julkisirahoitteisesti tuotettuja lakisääteisiä palveluita tullaan tulevaisuudessa kohdistamaan yhä tiukemmin niitä eniten tarvitseville asiakkaille. Sekä Ylä-Savossa että Kalajoella on tunnistettu tarve uudistaa kotihoidon kriteereitä. Kalajoella kotihoidon ja kotihoidon tukipalvelujen palvelusisältö ja myöntämisen perusteet uusittiin ja ne astuivat voimaan 1.6.2013. Ylä-Savossa laadittiin hankkeen aikana alustavia suunnitelmia ja tunnusteluja sähköisen palveluntuottajaportaalien rakentamiseksi.

### 4.1.3 Käyttöönotto

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella keskitettyä uudenlaista toimintamallia pilotointiin lisälmen kaupungissa. Ennen pilotointia toteutettiin OHJURiin siirtyvän henkilöstön nimikevaihdos palveluohjaajasta asiakasohjaajaksi. Asiakasohjauksen koettiin terminä kuvaavan toiminnan luonnetta palveluohjausta paremmin. Asiakasta halutaan uuden toiminnan avulla tukea ja ohjata kokonaisvaltaisesti aiemman kotihoidon palveluihin kohdistuneen ohjauksen sijaan. OHJURiin valittiin neljä työntekijää, jotka toimivat toistensa työpareina. Työparin osaaminen muodostui sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon osaamisesta. Pilotoinnin aikana OHJURIn henkilöstö osallistui tiiviisti kehitystyöhön ja yhteistyökäytänteiden luomiseen muiden alueen sote-toimijoiden kanssa. Henkilöstö sai vaikuttaa muun muassa paitsi toimintamallin suunnitteluun myös oman työkuvansa laatimiseen.

Keskitetyn neuvonnan ja asiakasohjauksen käyttöönoton jälkeen lisälnessä matalan kynnyksen periaatteella on tavoitettu noin 150-200 uutta asiakasta kuukausittain<sup>17</sup>. Lisälnessä asiakaskontakteja tilastoitiin koko pilotoinnin ajan. Tilastoinnin avulla kartoitettiin asiakaskontaktien lukumäärää ja ajankohtaa sekä yhteydenoton sisältöä. Asiakasmäärien osalta

<sup>17</sup> Lisälnessä yli 65 vuotta täyttäneitä on noin 4 600, kun koko kuntayhtymän alueella heitä on lähes 9 000. Kalajoella 65 vuotta täyttäneitä on hieman yli 2 500 (Lähde SotkaNet)

seurattiin kokonaiskontaktien lisäksi ensikontaktien ja jatkokäsittelyyn liittyneiden kontaktien lukumääriä sekä sitä, kuka yhteydenottaja oli. Asiakkaiden sijaan yleisin yhteydenottajaryhmä ovat asiakkaan omaiset. Tilastoinnin avulla kerättyjä tietoja hyödynnettiin työn suunnittelun tukena ja mm. työn- ja resursoinnin suunnittelun pohjana. Tilastoinnin tulosten pohjalta yksikön aukioloaikoja ja henkilöstön paikallaoloa pystyttiin sopeuttamaan todelliseen tarpeeseen. Lisämallissa OHJURI oli pilotin ajan avoinna maanantaista torstaihin kello 9-16 ja perjantaisin kello 9-15 välillä. Tilastoitujen käyntiaikojen perusteella OHJURIn aukioloaikoja päätettiin seudulliseen malliin siirryttäessä lyhentää tunnilla ja varata tämä aika kotikäynteihin ja paperitöihin. Kalajoella tilastoitiin asiakkaiden yhteydenotot Neuvontapiste VERKON avajaisista lähtien. Yhteydenottoja tuli kuukausittain keskimäärin 50.

Pilotoinnin jälkeen toimintamalli jalkautettiin seudullisesti koko Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueelle. Asiakasneuvonta OHJURI vastaa jatkossakin keskitetysti koko kuntayhtymän puhelinneuvonnasta sekä yksikköön tulevien asiakkaiden neuvonnasta ja ohjauksesta. Lisäksi seutukunnissa tulee toimimaan asiakasohjaajia, jotka toimivat toistensa työpareina.

Kalajoella neuvontaa ja palveluohjausta tarjottiin pilotin aikana yhteensä 0,75 henkilötyövuoden verran, josta noin puolet kohdistui Kalajoelle ja puolet Himangalle. Neuvontapiste VERKOssa työskentelevät palveluohjaajat ovat koulutukseltaan lähihoitaja-sosionomi ja kotipalveluohjaaja. Neuvontapiste VERKKO on avoinna maanantaista torstaihin kello 9 -11, jolloin yhteydenotot ovat mahdollisia joko puhelimitse tai asioimalla joko Kalajoen tai Himangan neuvontapisteessä. Kalajoella toimintamalli on lyhyen pilotoinnin jälkeen jalkautettu käytäntöön koko Kalajoen sote –yhteistoiminta-alueella koskeväksi. Toiminnan käynnistyessä varauduttiin mahdolliseen neuvontatarpeen kasvuun ja tarvittavaan aukioloajan lisäykseen esimerkiksi viisipäiväiseksi.

#### 4.1.4 Saavutetut hyödyt

Uuden toiminnan vaikuttavuutta arvioitiin data-analyysin ja palautteen keräämisen avulla. Sähköinen palautekysely kohdennettiin lisämallissa kotihoidon henkilöstölle, sidosryhmille ja ikäihmisten neuvoston jäsenille. Lisäksi lisämallissa ja Kalajoella kerättiin palautetta suoraan asiakkailta. Lisämallissa asiakaspalautetta kerättiin puhelimitse haastatellen täyttämällä palautelomake yhdessä asiakkaan kanssa tai antamalla palautelomake mukaan asiakkaalle.

lisämallissa kerätyn palautteen mukaan asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa palveluun. Palautteen perusteella OHJURI on selkeyttänyt asiakkaiden hoitoketjuja ja tuonut palvelut saavutettaviksi yhdeltä luukulta. Asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin on voitu vastata sujuvasti, kattavasti ja moniammatillisesti keskitetyn palveluohjauksen yhteistyön myötä. Sidosryhmien kokemuksen perusteella OHJURI on selkeyttänyt palveluiden organisointia ja helpottanut yhteydenottoja sekä käytännön asioiden hoitamista ja siten tiivistänyt yhteistyökumppaneiden yhteistyötä. Lisäksi palvelutarpeen arvioinnin on koettu muuttuneen entistä tasapuolisemmaksi. Ohjurin käyttöönoton jälkeen huhtikuussa 2013 kotihoitoon tulevien uusien asiakkaiden määrä on tasaantunut ja vähentynyt hieman. Ennen huhtikuuta 2013 uusia asiakkaita ohjautui palveluihin keskimäärin 14 kuukaudessa, kun Ohjurin toiminnan käynnistyttyä uusia asiakkaita on ohjautunut kotihoidon palveluihin keskimäärin 13 kuussa.

Neuvontapiste VERKON asiakkailta palautetta kerättiin ohjaustilanteiden yhteydessä. Palautteen mukaan asiakkaat kokivat myönteisenä neuvontapisteen ja sen saavutettavuuden sekä saadun palvelun. Asiakkaat arvostivat paikkaa, jossa ”huolenaiheelle oli aikaa” ja ”käynnillä tai soitolla ratkesi monta kysymystä”. Kotihoidon henkilöstö ja muut sidosryhmät kokivat positiivisena, että palvelutarjonta täydentyi palvelupisteellä, jonne muun muassa huomaamansa palvelutarpeen kartoitukset ja tukipalvelujen pyynnöt pystyi osoittamaan keskitetysti. Samalla esimerkiksi tukipalvelujen myöntämisen koettiin nopeutuneen ja tasalaatuistuneen.

## 4.2 Kotona kuntoutumisen tukeminen (kotikuntoutus)

Kotihoito 2020 –hankkeessa kehitettiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän ja Vetrea Terveys Oy:n yhteistyössä uudenlainen kotona kuntoutumisen toimintamalli. Kuntoutuspalveluiden kehittämisen tavoitteena oli tarjota ennaltaehkäisevää kuntouttavaa tukea kotona asuvan ikäihmisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Kotihoidon asiakkaan kotikuntoutuksessa korostuu tiivis yhteistyö kotihoidon henkilöstön kanssa, sillä kokonaisuus tarvitsee rinnalleen varsinaisten kuntoutusinterventioiden lisäksi kotihoidon kuntouttavan ja toimintakykyä tukevan työotteen parhaiden ja pitkäaikaisten tulosten saavuttamiseksi.

### 4.2.1 Tarve

Kuntoutuspalveluita kotona selviytymisen tueksi on yleensä heikosti saatavilla ja niitä tarjotaan pääosin korjaavien palveluiden muodossa akuutin sairaalajakson yhteydessä. Monisairaiden ja huonokuntoisten kotihoidon asiakkaiden määrän kasvu kuitenkin lisää kotiin tarjottavien palveluiden tarvetta ja edellyttää laaja-alaista osaamista. Yleinen tutkimusnäyttö tukee varhaisvaiheen kuntoutusta, kun toimintakyvyn ongelmiin puututaan juuri silloin, kun muutos toimintakyvyssä ja terveydessä on tapahtumassa. Ikäihmisille haurastuva fyysinen toimintakyky on yksi suurimpia kotona selviytymisen haasteita, joten toimintakyvyn heikentymistä hidastamalla voidaan vaikuttaa asiakkaiden elämänlaatuun ja palvelutarpeen kehittymiseen. Toimintakyvyn laskun tapahduttua tarvitaan jo selvästi raskaampia toimenpiteitä, jotka vaativat suurempaa resursointia vaikuttavuuden aikaansaamiseksi.

Asiakkaiden oma-aloitteisuuden ja aktiivisuuden vahvistaminen ja tuki edellyttää laajan toimijaverkoston - kuten kotihoito, tukipalvelut, kuntoutus ja omaiset - ohjausta toimimaan yhteisten tavoitteiden suuntaisesti. Usein kotihoidossa tehdään paljon asioita asiakkaan puolesta ajanpuutteeseen vedoten. Tiukka aikataulu näkyy esimerkiksi siinä, että kotihoito ei odota, että asiakas tulee itse avaamaan oven tai hoitosuunnitelmassa määritellyt rappukävelyt jätetään toteuttamatta. Myös omaiset ovat usein tietämättömiä siitä, miten he omalla toiminnallaan voivat tukea läheistään.

### 4.2.2 Ratkaisun kuvaus

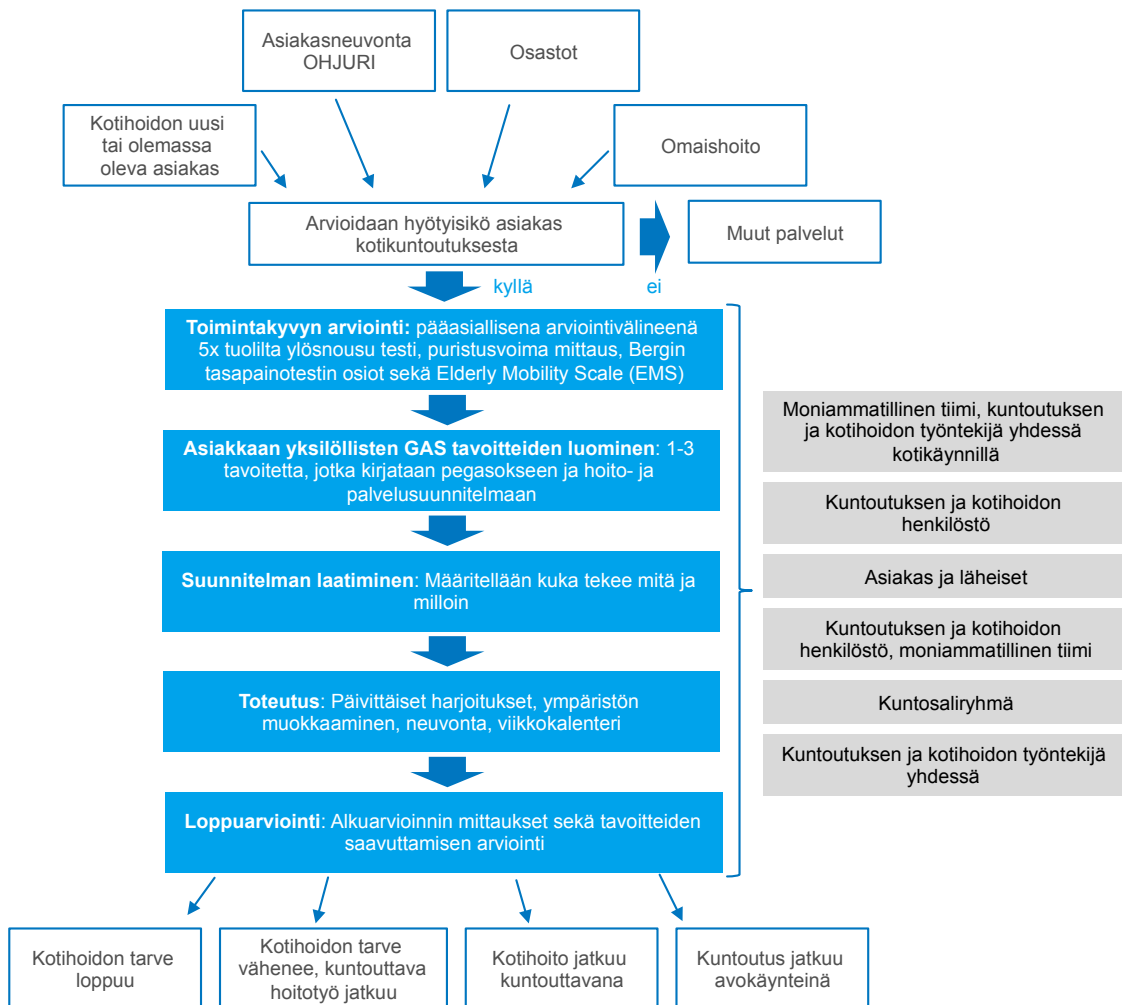
Kotikuntoutus on kuntoutuksellista tukipalvelua kotona asumisen tukemiseksi. Kotona kuntoutumisen kohteena ovat kotona asuvat ikäihmiset, joiden toimintakyvyssä on laskua tai ainakin sen uhka eri syistä johtuen (esimerkiksi kotikäyntien määrän lisääntyminen, akuutti sairastelu tai toistuvat käynnit päivystyksessä, terveystieteiden suuri käyttö). Tällaisen havaitessaan kotihoidon henkilökunta on uudessa toimintamallissa velvoitettu ilmoittamaan asiasta nimetyille yhteyshenkilöille.

Asiakkaalle laadittavassa kuntoutussuunnitelmassa toiminnan tavoitteet luodaan yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheisensä kanssa. Tavoitteet kirjataan mahdollisimman konkreettisina liittäen ne arkitoimintoihin. Tavoitteita voivat olla esimerkiksi yhtämittaisen kävelymatkan piteneminen 30 metriin, WC-käyntien itsenäinen onnistuminen ja niin edelleen. Tavoitteiden asettamisessa käytetään GAS –menetelmää<sup>18</sup>. Kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan toimintakykyä rajoittavat tekijät, kuntoutuksen tavoitteet ja toimenpiteet. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa sovitaan myös työnjaosta ja tavoitteiden seurannasta. Suunnitelman mukaiset toimenpiteet tai harjoitteet voivat tapahtua arkitoimintojen yhteydessä kotihoidon henkilöstön käynneillä, kuntoutushenkilöstön toimesta ja asiakkaan itsensä tekemänä. Mukaan voidaan ottaa omaisia ja läheisiä tai esimerkiksi kolmannen sektorin tahoja. Kuntoutussuunnitelma ohjaa ja velvoittaa kaikkia yhteistyötahoja.

Asiakkaat ohjautuvat kuntoutushenkilön toimintakykyarvioon asiakasneuvonta OHJURIn asiakasohjaajan, omaishoidon tuen palveluohjaajan, osastojen, kotihoidon työntekijöiden, alueella

<sup>18</sup> Kiresuk, Smith & Cardillo (1994) Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement.

toimivan kuntoutushenkilöstön ja alueen kotihoidon lääkärin tekemän palvelutarpeen arvioinnin perusteella (kuva 21). Asiakasvalinta perustuu kuntoutustarpeen arviointiin. Pilotin aikana koettiin haasteelliseksi löytää ne asiakkaat, jotka hyötyisivät kuntoutuksesta eniten.



**Kuva 21. Kotikuntoutuksen prosessi**

Päätöksen kotikuntoutukseen ottamisesta tekee toimintakykyarvion perusteella vastuusterapeutti itsenäisesti tai tarvittaessa yhteistyössä kuntoutusylilääkärin tai kotihoidon lääkärin kanssa. Kotihoidon lääkäri tekee tarvittaessa kotikuntoutuksen alkuvaiheessa asiakkaalle geriatrisen arvioinnin, jossa arvioidaan muun muassa lääkitys ja perussairauksien hoitotasapaino. Lääkäri määrittää tarvittavat terveydentilakontrollit tarpeen mukaan. Kotikäyntien yhteydessä kuntoutushenkilöstö tekee kodin muutostöiden arvioinnin ja arvioi kodin esteettömyyttä. Arviointi tehdään yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Kuntoutushenkilöstö kartoittaa myös asiakkaan apuvälineiden tarpeen.

Kotikuntoutuksen kesto arvioidaan ja määritellään tapauskohtaisesti. Kotikuntoutuksen vaihtoehtoina ovat a) kotikäyntinä suoritettava kuntoutus b) osallistuminen kuntosaliryhmään tai c) osallistuminen sekä kuntosaliryhmään että kotikäyntinä suoritettavaan kuntoutukseen. Lisäksi ratkaisuun liittyy tiiviisti kotihoidon henkilöstön kouluttaminen ja tukeminen noudattamaan hoitotyössä kuntouttavaa ja toimintakykyä tukevaa työtettä. Kotikäyntinä suoritettavaan kuntoutukseen kuuluu harjoitusohjelman (niin kutsutun viikkokalenterin) laatiminen asiakkaalle ja päivittäisten harjoitusten läpikäyminen.

### 4.2.3 Käyttöönotto

Kotihoito 2020 -hankkeen aikana kotikuntoutusta pilotoitiin lisälnessä yhdellä kotihoidon alueella. Pilotoinnin kohteeksi valittiin ensisijaisesti alueen kotona asuvat kotihoidon asiakkaat, joiden toimintakyvyssä oli havaittu laskua tai ainakin sen uhka eri syistä johtuen. Sopivia kuntoutujia seulottiin seuraavin kriteerein:

- Kotihoidon kotikäyntejä 1-3 kertaa/vuorokausi. Turvapuhelinasiakkaat kuuluvat myös tähän ryhmään, vaikka varsinaisia säännöllisiä käyntejä ei ole. Kaikkein huonokuntoisimpien kotona asuvien osalta ei kotona tehtävillä kuntoutustoimenpiteillä ole odotettavissa kotona asumisen lisääntymisen kannalta merkittävää hyötyä
- Toimintakyvyssä on tapahtunut laskua aiemmasta tai on ainakin sen uhka (esimerkiksi kotikäyntien määrän lisääntyminen, akuutti sairastelu tai toistuvat käynnit päivystyksessä, terveyspalvelujen suuri käyttö, muistioireiden vaikeutuminen, passiivisuus, apaattisuus ja niin edelleen)

Pilotoinnin aikana kotihoitoa ohjattiin kuntouttavaan hoitotyöhön ja hoitotyön kuvailevaan kirjaamiseen. Hoito- ja palvelusuunnitelmia kehitettiin tavoitteellisemmiksi jokaisen asiakkaan kohdalla. Näin toimimalla oli tavoitteena parantaa kotiin vietävien palvelujen laatua myös silloin, kun kyse ei ole varsinaisesta kuntoutuksesta. Pilotoinnin aikana järjestettiin henkilökunnalle mahdollisuus osallistua kuntouttavan hoitotyön koulutukseen, sillä kotona kuntoutumisen tukemiseen kuuluu olennaisesti kuntoutumista ja toimintakykyä tukeva työote. Lisäksi kotihoidon pilottialueen henkilöstöä koulutettiin kuntouttavaan hoitotyöhön järjestämällä pienryhmätapaamisia, joissa harjoiteltiin yhdessä toimintaterapeutin kanssa kuntoutussuunnitelmien laatimista ja käytiin läpi kuntouttavaa ja toimintakykyä tukevan työotteen toteuttamista case-asiakkaiden kautta.

Yhteensä hankkeen aikana vietiin läpi kaksi kolmen kuukauden mittaista pilottiryhmää. Ensimmäiseen pilottiryhmään osallistui 12 asiakasta, joista kolme keskeytti seurannan pilotoinnin aikana. Toisessa pilottiryhmässä oli mukana 10 asiakasta, joista kolme keskeytti seurannan pilotoinnin aikana. Kunkin ryhmän osallistujille tehtiin alkumittaukset, asetettiin niiden pohjalta yksilölliset tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa ja laadittiin konkreettiset keinot niiden saavuttamiseksi. Kuntoutusjakson jälkeen asiakkaalle tehtiin loppuarviointi ja mittaukset, joiden pohjalta laadittiin suositukset jatkotoimenpiteille. Fysio- tai toimintaterapeutti vastasivat kotihoidon kanssa toimintakykyarvio- ja testauskäynneistä.

Toiminta jalkautetaan seudulliseksi toimintamalliksi vuoden 2014 aikana. Jatkossa jokainen uusi asiakkuus arvioidaan ja ohjataan tarvittaessa kotikuntoutuksen piiriin. Tapauksissa, joissa kotihoidon asiakkuutta ei synny, arvioidaan myös kuntoutustoimenpiteiden mahdollisuudet ylläpitää ja parantaa toimintakykyä sekä tuodaan esille mahdollisuuksia osallistua esim. liikuntatoimen tai kolmannen sektorin toimintoihin. Kotihoidon henkilöstö ja omaishoidon tuen palveluohjaaja tuovat omalta osaltaan esille kuntoutustarpeita. Kotikuntoutuksen piiriin otetaan jatkossa myös sairaalahoidosta ja Vetrean kuntoutussolusta kotiutuvia asiakkaita.

Seudullisessa toiminnassa tavoitteena on, että kotona kuntoutumisen tukeminen toteutuu koko kuntayhtymän alueella lähipalveluna, josta vastaa paikallinen tiimi. Tiimiin kuuluu keskitetty asiakasneuvonta, kuntoutuksen henkilöstö (fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kuntohoitaja), kotihoidon työntekijä (omahoitajana) sekä tarvittaessa sairaanhoitaja. Kuntoutusylilääkäri ja muut erityistyöntekijät ovat tarvittaessa konsultoitavissa laitoskuntoutussolun kautta.

### 4.2.4 Saavutetut hyödyt

Helmikuussa 2014 toteutetun arviointikyselyn mukaan kuntoutuksen pilotointiin oltiin hyvin tyytyväisiä ja pilotointiin osallistuneet asiakkaat toivovat kuntoutuspalveluiden jatkuvan jatkossakin. Kuusi kahdeksasta kyselyyn vastaajasta aikoi jatkaa kuntoutusta myös jakson jälkeen. Suurin osa vastaajista koki kuntouttavan hoitotyön näkyneen myös kotihoidon henkilöstön toiminnassa.

Ensimmäisen pilottiryhmän asiakkaille asetetuista GAS-tavoitteista 69 % toteutui varsinaisella seurantajaksolla ja 86 % jatkoseurantajaksolla. Toimintakykymittarien kehitys vastasi pääosin GAS-tavoitteiden toteutumista: niillä joiden tavoitteet saavutettiin, havaittiin myös myönteistä kehitystä toimintakykymittareissa – ja päinvastoin. Liikuntaryhmään tai kuntosalille osallistuminen heijastui positiivisesti GAS-tavoitteiden saavuttamiseen varsinaisella seurantajaksolla. Mittaustulosten osalta esimerkiksi oikean ja vasemman käden puristusvoima kehittyi myönteisesti lähes kaikilla pilotointiin osallistuneilla. Toinen pilottiryhmä ei kuitenkaan yltänyt yhtä hyviin tuloksiin, vaan asiakkaille asetetuista GAS-tavoitteista toteutui varsinaisella seurantajaksolla vain puolet ja jatkoseurantajakson aikana 43 %. Myös toisessa pilottiryhmässä toimintakykymittarien kehitys oli pääsääntöisesti GAS -tavoitteiden toteuman mukainen. Mittaustulosten osalta kuitenkin esimerkiksi oikean ja vasemman käden puristusvoiman kehittyminen vaihteli merkittävästi asiakkain eikä kehityksessä ollut selkeää trendiä. Toisessa ryhmässä keskeyttäneiden määrä oli suurempi. Koska pilottikuntoutujien kokonaismäärä oli niin pieni (ensimmäisessä ryhmässä 12 ja toisessa 10) jää pilotoinnin tulosten tilastollinen merkitsevyys pieneksi.

Todennäköisesti toisen pilottiryhmän ryhmän tuloksia selittää suurimmaksi osaksi asiakasvalinta. Pilotti oli rajattu tietylle alueelle ja toiseen ryhmään valikoitui henkilöitä, joiden kuntoutustarve ei ollut niin selvästi asiakasrajausten sisällä. Usein kuntoutujien lähtötilanne oli niin hankala, että toimintakykyä ei kotikuntoutuksen keinoin oltu enää palautettavissa tai kuntoutujan oma motivaatio ei ollut riittävä. Tästä kertoo myös suuri keskeyttäneiden määrä. Asiakasvalinta tulee jatkossakin olemaan erittäin tärkeä kriteeri onnistumisen kannalta, johon panostetaan arviokäyntien yhteydessä.

## 4.3 Kotihoidon lääkäripalvelut

Kotihoidon lääkäripalveluiden kehittämisen tavoitteena oli luoda Ylä-Savon SOTE kuntayhtymälle seudullinen toimintamalli lääkärin resurssin kohdentamisesta kotihoitoon. Toiminnan kehittämisen tarkoituksena on lääkäripalveluiden saatavuuden varmistaminen oikea-aikaisesti, ennaltaehkäisevästi ja keskitetysti omalääkäritoimintana kotihoidon ja asiakasneuvonta OHJURIn tueksi. Lääkäripalveluiden avulla tarjotaan konsultaatiota, tutkimuksia ja hoitoa toimintakyvyltään heikentyneille kotihoidon ja asiakasneuvonta OHJURIn asiakkaille kokonaisvaltaisesti yhteistyössä muiden heitä hoitavien tahojen kanssa. Lääkäri toimii kotihoidossa osana moniammatillista tiimiä ja osallistuu aktiivisesti potilaan hoidon suunnitteluun ja porrastukseen.

### 4.3.1 Tarve

Kotihoidossa ja palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden lääkäripalvelujen saanti on yleensä terveyskeskuksen ajanvarauspalveluiden ja niukkojen kotisairaanhoidon lääkäriresurssien varassa. Kotihoidon ja palveluasumisen piirissä voi olla asiakkaita, jotka eivät ole vuosiin tavanneet lääkäriä saati, että heidän lääkelistansa olisivat ajantasalla. Lääkärin työpanosta ei ole juuri ollut saatavilla kotihoidossa eikä kotihoidon henkilöstöllä ole ollut suoraa keskusteluyhteyttä hoitavaan lääkäriin. Monisairaiden ja huonokuntoisten kotihoidon asiakkaiden määrän kasvu lisää tarvetta tuoda lääketieteellistä osaamista aiempaa tiiviimmin kotihoitoon. Hoidon vaikuttavuuden näkökulmasta lääkäripalveluilla on keskeinen rooli mm. turhien päivystyskäyntien välttämiseksi sekä asiakkaan oikean hoidon ja lääkityksen varmistamiseksi.

Toiminnan tavoitteena on tarjota kotihoidon lääkäripalvelua oikea-aikaisesti ja ennaltaehkäisevästi kotihoidon asiakkaille. Tavoitteena on ennakoida asiakkaan tilan muutoksia ja reagoida niihin nopeasti, jotta mahdollistetaan turvallinen kotihoidon jatkuminen. Yhtenä tavoitteena on vähentää päivystyskäyntien määrää, sillä päivystyskäynnit ovat aina kohtalaisen suuri rasitus toimintakyvyltään heikentyneelle ikäihmiselle. Lääkäripalveluiden kehittämisen avulla kotihoidon potilaiden hoitokehityksiä kehitetään aiempaa joustavimmaksi, sujuvimaksi ja katkeamattomaksi keskeisten yhteistyötahojen kanssa. Kotihoidon asiakkaille tarvitaan

säännöllisiä lääkäripalveluita (tarvittaessa kotiin tuotettuna) ja nimetty lääkäri, joka on perehtynyt asiakkaan asioihin.

### 4.3.2 Ratkaisun kuvaus

Ratkaisun tavoitteena on vahvistaa lääkärin roolia kotihoidossa niin kutsuttuna omalääkäritoimintana. Lääkärin roolia vahvistetaan keskittämällä nimetyn lääkärin kokonaistyöpanos pääosin kotihoitoon. Kotihoidossa toimiva lääkäri tuntee asiakkaat ja toimintaympäristön sekä hoitoketjun toimivuuden kokonaisuudessaan ja toimii kotihoidon, palveluohjauksen sekä kotona tehtävän kuntoutuksen tukena.

Uudessa toimintamallissa kotihoidon lääkärin tehtäviin kuuluu kotihoidon ja asiakasneuvonta OHJURIn konsultaatiot (kiireellinen ja kiireetön) sekä kiireelliset ja kiireettömät koti- ja vastaanottokäynnit, jotka kattavat myös lääkähoidon. Konsultaatiopalvelut sisältävät kiireellisen ja kiireettömän konsultaation esimerkiksi sairauksien hoidossa, kotiutustilanteissa, kuntoutusasioissa, asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa tai kun asiakkaan toimintakyky heikkenee yhtäkkiä. Lääkärikäynnit tapahtuvat terveyskeskuksen vastaanotolla tai asiakkaan kotona. Lisäksi lääkäri osallistuu tarvittaessa hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja tarkasteluun yhdessä asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Lääkäri osallistuu tarvittaessa myös SAS -työryhmään ja kotihoidon tiimitapaamisiin sekä hoidonporrastuksen suunnitteluun osana moniammatillista työryhmää. Lääkärin viikko-ohjelma laaditaan joustavasti, jotta se mahdollistaa kiireettömät ja kiireelliset asiakaskäynnit ja konsultaatiot.

Mikäli asiakas on terveydentilansa takia estynyt tulemaan vastaanottokäynnille tai käynti aiheuttaisi kohtuuttoman suurta rasitusta, tekee lääkäri kotikäynnin asiakkaan luokse. Tällaisia tiloja ovat muun muassa heikentynyt fyysinen toimintakyky ja muistisairaudet. Olennaista on, että käynnillä on mukana potilaan asioihin perehtynyt omahoitaja tai omainen. Kotikäynti tehdään aina, kun arvioidaan kotona selviytymistä. Kotikäynnillä lääkäri saa todellisen kuvan asiakkaan tilanteesta. Kiireettömiä kotikäyntejä ovat esimerkiksi perussairauksien takia tapahtuvat säännölliset vuosikontrollit, lääkitysarviot ja erilaiset todistuksia varten tehtävät arviointikäynnit (eläkkeensaajan hoitotuki, kuljetustuki, edunvalvonta, arvio jatkuvasta lääkitystarpeesta, kuntoutus). Kotihoidon lääkäri vastaa vuosikontrolleista niiden asiakkaiden osalta, joiden hoitovastuu ei ole millään muulla taholla (esimerkiksi erikoissairaanhoidossa). Lääkäri määrittää kontrollikäyntien tiheyden perustuen kansallisiin hoitosuosituksiin (esimerkiksi puolivuositain, kerran vuodessa, kahden vuoden välein).

Uusille kotihoidon asiakkaille järjestetään lääkärin ja kotihoidon sairaanhoitajan kotikäynti 2-4 viikon kuluttua palvelujen alkamisesta, jolloin asiakkaalle laaditaan sairauskohtainen hoitosuunnitelma, määritetään vuosi- ja laboratoriokontrollien tarve ja arvioidaan asiakkaan kotona pärjäämisen edellytyksiä. Käynneillä tehdään kokonaisvaltainen geriatrinen arvio.

Mikäli sairaanhoitaja havaitsee asiakkaan tilassa kiireellistä hoitoa vaativia muutoksia, konsultoi hän kotihoidon lääkäriä jatkohoidosta. Kiireellisen kotikäynnin perusteella asiakas voidaan tarvittaessa ottaa suoraan vuodeosastolle hoitoon. Näissäkin tilanteissa arvioidaan kuitenkin aina ensin, voidaanko asiakas hoitaa kotona lisäämällä kotihoidon resurssia ja/tai kotisairaalaan hyväksikäyttäen.

### 4.3.3 Käyttöönotto

Ratkaisun käyttöönotto on edellyttänyt kotihoitoon nimetyn lääkärin työnkuvan ja vastuiden selkeyttämistä sekä tarvittavien lääkäriresurssien kohdentamista kotihoitoon. Käyttöönotto ja jalkauttaminen edellyttivät laskelmia ja selvityksiä tarvittavan lääkäriresurssin määrittämiseksi ja käytettävissä olevan lääkäriresurssin oikein kohdentamiseksi kuten

- keitä asiakkaita lääkäri palvelee (loppuasiakas, kotihoidon henkilöstö, palveluohjaus, joku muu/mikä) ja
- miten/missä (vastaanotoilla, asiakkaiden kotona, palveluohjausyksikössä, etänä esimerkiksi etäteknologiaa tai puhelinkonsultaatiota hyödyntämällä) sekä
- missä asioissa/milloin (diagnoosi, raskashoitoisuus, tai muu sellainen) lääkärin kannattaa tehdä kotikäynti ja milloin pyytää asiakas vastaanotolle.

Ratkaisua pilotoitiin ottamalla uusi toimintamalli käyttöön kotikuntoutustoiminnan kanssa samalla kotihoidon pilottialueella. Toimintatapojen ja ohjeistusten perehdytys toteutettiin tiimipalaverien ja henkilöstöinfojen avulla. Pilottialueelle kohdistettiin pilotoinnin ajan noin 0,5 henkilötyövuotta lääkärin työpanosta. Pilotin aluksi lääkäri teki kontrollikäynnin kullekin kotihoidon asiakkaalle pilottialueella tehden näille kokonaisvaltaisen geriatrisen arvion ja käymällä läpi lääkelistat.

Vuoden 2014 alusta Kotihoito2020 -hankkeessa pilotoitua toimintamallia on lähdetty jalkauttamaan seudullisesti. Toimintamallin jalkauttamiseksi seudulliseksi pilottialueen lääkäri ja esimies ovat käyneet perehdyttämässä seutukuntien lääkäreitä ja muuta kotihoidon henkilökuntaa kotihoidon uuteen toimintamalliin. Toimintamallin ohjeistuksessa otetaan kantaa paitsi kotihoidon hoito-ohjeisiin myös vuosikontrollien toteutukseen. Lisäksi pilotoinnin aikana on laadittu lähetekäytäntö hoitajien käyttöön kiireellisiä hätätapauksia varten. Hoitajan lähete jalkautetaan ja otetaan käyttöön koko kuntayhtymän alueella myös yksityisten hoitajien ja hoitokotien puolella, ellei niillä ole olemassa omaa lähetekäytäntöä.

#### 4.3.4 Saavutetut hyödyt

Uudessa toimintamallissa kotihoitoon keskittynyt lääkäri tuntee asiakkaansa ja toimintaympäristön ja pystyy siten arvioimaan asiakkaan tilanteen aiempaa kokonaisvaltaisemmin. Näin toimimalla asiakas saa tarvitsemansa palvelut ja asiantuntijuuden, joiden avulla tuetaan asiakkaan kotona selviytymistä ja toimintakykyä. Lääkäripalveluita pystytään tarvittaessa tarjoamaan kotiin niille, joiden liikkuminen kodin ulkopuolella on hankalaa. Uuden toimintamallin avulla lääkäripalvelut on jalkautettu myös palveluasumisyksiköissä asuville.

Kotihoidon lisääntyneellä lääkärituella oletetaan olevan vaikutusta lyhyellä aikavälillä päivystyskäyntien määrän kehitykseen ja pitkällä aikavälillä vuodeosastojaksojen ja siirtymien kehittymiseen. Data-analyysin perusteella voidaan todeta, että pilottialueen asiakkaiden päivystyskäytössä on nähtävissä selkeä positiivinen muutos. Trendi vaikuttaisi olevan laskusuuntainen pilotin alkamisesta vuoden 2013 loppua kohden eli asiakkaat ovat hakeutuneet päivystykseen kotihoidon pilotin alkamisen jälkeen selkeästi aiempaa vähemmän. Pilottialueella tapahtunut muutos on merkittävin kaikista lisälmen kotihoidon alueista. Erityisesti käyntimäärän lasku näkyi oman erikoissairanhoidon päivystyskäyntien (-48,7 %) sekä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin päivystyskäyntien (-39,9 %) lukumäärissä, mutta käyntien määrä oli vähentynyt myös terveyskeskus-päivystyksen osalta.

Saadun palautteen perusteella hankkeen on koettu tehneen kotihoidon lääkärin työstä entistä näkyvämpää hoidon porrastuksessa. Lisäksi lääkärin työn sisällön ja työajan on koettu selkeytyneen ja ajansäästöä syntyneen konsultaatiokäytäntöjen kehittämisen avulla. Myös asumispalveluihin on pystytty kohdentamaan lääkärin työaika. Arviointikyselyn vastausten mukaan myös moniammatillinen hoitotyö on lisääntynyt ja henkilöstö pystyy paremmin hyödyntämään omaa asiantuntijuuttaan, kun mahdollisuus lääkärin konsultointiin ja kotikäyntiin luo turvallisuutta hoitotyöhön.

### 4.4 Tavoitteellinen asiakaslähtöinen toimintamalli

Kalajoen kaupungin päätöksissä kehitettiin tavoitteellisen kotihoidon toimintamalli osaksi asiakaslähtöistä toimintaa. Uusi toimintamalli edistää kotihoidon asiakaslähtöisyyttä ja toimintatapojen vaikuttavuutta ottaen huomioon kotihoidon asiakkaiden omat voimavarat. Tavoitteellisen kotihoidon toimintamalli perustuu asiakkaan toimintakykyä tukevaan ja edistävään



hoitotyöhön, kuntouttavaan työotteeseen ja kuvailevaan hoitotyön kirjaamiseen. Tavoitteellisen toiminnan ytimessä on se, että asiakas asettaa yhdessä omahoitajan kanssa omalle palvelukokonaisuudelleen yksilöllisen tavoitteen/tavoitteet ja määrittää tavoitteeseen pääsemiseksi tarvittavat yksilölliset keinot. Tavoitteiden tarkoitus on mahdollistaa yksilöllinen tuki iäkkään henkilön kannalta keskeisimmän tai keskeisimpien kotona selviytymisen uhkien ja haasteiden ratkaisemiseksi ja/tai ehkäisemiseksi.

#### 4.4.1 Tarve

Kotihoidon merkitys on noussut laitoshoidon purettaessa, mutta laitoshoitomainen toiminta näkyy yhä osittain kotihoidon arjessa. Kotihoito on vahvasti ylhäältä ohjattua eikä toiminnan ja ikäihmisten toimintakyvyn systemaattista seurantaa juuri tehdä. Kotihoidossa asiakaslähtöisyys ja palveluiden oikea-aikaisuus ei aina toteudu tasapuolisesti eikä ennaltaehkäisevää ja toimintakykyä tukevaa ja kuntouttavaa toimintaa pystytä toteuttamaan riittävässä määrin. Kotihoidon toiminta painottuu vahvasti rutiineihin, mikä estää kohtaamasta asiakkaita yksilönä yksilöllisine tarpeineen ja toiveineen. Näin ollen palveluita tarjotaan enemmän saatavilla olevien palveluiden kuin todellisten tarpeiden perusteella, mikä johtaa asiakkaan tarpeiden näkökulmasta puutteellisiin ja/tai turhiin palveluihin ja palvelukäynteihin.

#### 4.4.2 Ratkaisun kuvaus

Hankkeessa luotiin toimintamalli, jota hyödyntämällä kotihoidon asiakkaan toimintakykyä pystytään parantamaan tai vähintään ylläpitämään suunnitelmallisesti vaiheittain ”yksi askel kerrallaan”<sup>19</sup>. Toimintamallin tavoitteellisuus perustuu asiakkaan toimintakykyä tukevaan ja edistävään hoitotyöhön, kuntouttavaan työotteeseen ja kuvailevaan hoitotyön kirjaamiseen. Toimintamallin tavoitteena on tunnistaa asiakkaan omat voimavarat ja yksilölliset tarpeet, joiden pohjalta yksilölliset tavoitteet asetetaan yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa myös omaisen kanssa (kuva 22). Tarpeita tunnistettaessa ja tavoitteita asetettaessa on tärkeää pohtia, mitkä asiat ovat suurin uhka asiakkaan kotona asumiselle. Tavoitteita tunnistettaessa on keskeistä pureutua erityisesti laitoshoidon joutumisen uhkaaviin tekijöihin, kuten riittämätön ravitsemus, oikea lääkitys, kaatuilu, liikkumisvaikeudet, alavireisuus ja kipu.

Kotihoidon palveluketju	Palveluiden ja hoidon tarpeen määrittäminen	Hoidon suunnittelu		Hoidon toteutus	Hoidon arviointi
	<b>TUNNISTETAAN ASIAKKAAN VOIMAVARAT JA HOIDON TARPEET</b>	<b>ASETETAAN YKSILÖLLISIÄ TAVOITTEITA</b>	<b>LÖYDETÄÄN SOPIVAT TOIMENPITEET JA KEINOT</b>	<b>TOIMITAAN TAVOITTEIDEN SUUNTAISESTI</b>	<b>ARVIODAAN TULOKSIA SUHTEESSA TAVOITTEISIIN</b>
Kotihoidon toiminta	<p><b>Asiakkaaseen tutustuminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Historia &amp; elämäntarina</li> <li>– Fyysinen, kognitiivinen, psyykinen &amp; sosiaalinen tilanne sekä voimavaat</li> <li>– Sairaudet</li> <li>– Lääkitys</li> </ul> <p><b>Kartoituskeinot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rai-screener, RAI, RAVA, MMSE, GDS 15, tms. toimintakykymittarit</li> <li>– Havainnointi</li> <li>– Haastattelu</li> <li>– Muut toimintakykytestit</li> </ul>	<p>Tavoitteiden pitäisi olla</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Asiakkaan mahdollista saavuttaa</b></li> <li>– Konkreettisia</li> <li>– Realistisia</li> <li>– Yksilöllisiä</li> <li>– Arkikielisiä</li> <li>– Motivoivia</li> <li>– Myönteisesti määriteltyjä</li> <li>– Aikaan sidottuja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Otetaan kaikki keinot käyttöön.</b></li> <li>• Tavoitteisiin pyritään sopivilla toimenpiteillä</li> <li>– Lääkärin määräykset</li> <li>– Käypähoito-suositukset</li> <li>– Näyttöön perustuva hoitotyö</li> <li>– Kotihoidon käsikirja</li> <li>– Hyväksi havaitut käytännöt ja keinot</li> <li>– Oikeat työkalut</li> <li>– Keino -kortit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toteutetaan sovitut keinot päivittäisessä hoitotyössä</li> <li>• Kirjataan hoidon kannalta oleelliset asiat</li> <li>• Kuvaileva ja arvioiva kirjaaminen!</li> <li>• Kirjaukset kuvaavat asiakkaan vointia ja voinnin muutosta voimavara- ja lähtöisesti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tavoitteiden saavuttaminen</li> <li>• Hoitotyön tuloksia arvioidaan ja kirjataan säännöllisesti</li> <li>– Havainnointi ja haastattelu</li> <li>– RAI, RAVA, GAS,</li> <li>– Toimintakykytestit</li> <li>• Väliarvio</li> <li>• <b>Jatkohoidon suunnittelu</b></li> <li>• <b>Uusien tavoitteiden asettaminen</b></li> </ul>

#### Kuva 22. Tavoitteellisen kotihoidon viitekehys

Hoitotyö perustuu asiakkaan tarpeisiin sopiviin toimenpiteisiin ja keinoihin, jotka tukevat asiakkaan kotona selviytymistä (esimerkiksi asiakkaan osallistaminen kodin siivoukseen, sängyltä seisomaan nouseminen, porraskävely tai muu sellainen). Asetetut tavoitteet ohjaavat

<sup>19</sup>Esimerkiksi huonosti liikkuvan asiakkaan riskinä on jäädä helposti vuodepotilaaksi. Tällöin tavoitteeksi asetetaan nousta ensin itse sängyn laidalle istumaan, toiseksi nousta seisomaan ja kolmanneksi ottaa askelia kävellen tuetusti.

kotihoidon toimintaa ja tuloksia arvioidaan systemaattisesti suhteessa tavoitteisiin. Sekä asiakas että kotihoidon henkilöstö osallistetaan tavoitteelliseen palveluntuotantoon.

Tavoitteellisen hoitotyön toteuttamisen tukena hyödynnetään rakenteista kirjaamista. Rakenteinen kirjaaminen pohjautuu FinCC-luokitukseen, jota hyödyntämällä määritellään asiakaslähtöiset tarpeet, tavoitteet ja toiminnot tavoitteellisia hoitosuunnitelmia luotaessa. Hoitosuunnitelman mukaiset tiedot viedään Pegasos – potilastietojärjestelmän uusittuun hoitokertomukseen, joka pohjautuu rakenteiseen kirjaamismalliin eli FinCC:hen. Uusi hoitokertomus otettiin käyttöön 21.5.2013. Alla olevassa kuvassa on havainnollistettu, mitä uusi hoitokertomus Pegasos -ohjelmassa sisältää (kuva 23).

Hoidon päätavoite: Asiakkaan liikuntakyvyn ylläpitäminen				
Hoidon suunnittelu SHTaL			Hoidon toteutus SHToL	Hoidon arviointi SHTuL
Tarpeet	Tavoitteet	Suunnitellut toimenpiteet / keinot	Tehdyt toimenpiteet/ keinot	Arviointi
Aktiveetin muutos, Liikkuminen rajoittuminen; Portaiden nouseminen hankalaa. Asiakas ei pääse ulos.	Reisilihasten vahvistaminen sekä jalkavoimien lisääminen, jotta itsenäinen ulkona liikkuminen onnistuu 6kk kuluttua.	Aktiveettia edistävä toiminta: liikeharjoituksista huolehtiminen; Reisilihasten harjoitteet: omatoiminen siirtyminen sängystä keittiön ruokapöydän ääreen, päivittäinen tuolijumppa kodinhoitajan ohjaamana, viikottaiset porraskävelyharjoitteet omaisten valvomana	Aktiveettia edistävä toiminta: Liikeharjoituksista huolehtiminen. Päivän kirjaus: Asiakas onnistui viiden kerran tuoliltanousuissa 10 sekunnissa.	Tuoliltanousut onnistuvat kerta kerralta paremmin. Viimeviikolla aikaa kului samaan suoritukseen 16 s. Asiakas itse oli todella tyytyväinen ja motivoitunut.

Asiakkaan "huoneentaulun" sisältö

### Kuva 23. Kirjaaminen ja tavoitteiden asettaminen Pegasos –ohjelmassa

Uudessa toimintamallissa omahoitaja<sup>20</sup> on vastuussa tavoitteiden laatimisesta yhdessä asiakkaan ja asiakkaan nimeämän omaisen kanssa. Omahoitajaa tukee tavoitteiden laatimisessa sairaanhoitaja, joka toimii omahoitajan työparina. Tarvittaessa omahoitaja voi konsultoida myös kotihoitoon nimettyä kuntahoitajaa. Tavoitteellinen toimintamalli tarkoittaa kotihoidon hoitajille uutta toimintatapaa, jossa asiakkaat kohdataan selvästi aiempaa vahvemmin yksilöinä, joilla on oma roolinsa ja tehtävänsä toimintakykynsä ylläpitäjänä. Asiakkaille ja omaisille toimintamalli näkyy puolestaan osallistavampana työtapana hoitotyössä, jossa pyritään välttämään asioiden tekemistä asiakkaan puolesta. Hoitaja toimii asiakkaan tukijana, ohjaajana ja motivoijana. Laaditut tavoitteet kirjataan asiakkaalle näkyväksi ns. "huoneentaulun" muodossa, joka toimii samalla asiakkaalle ja hänen hoitoonsa osallistuville muistuttajana ja motivoijana.

<sup>20</sup> Omahoitaja on koulutukseltaan usein joko kodinhoitaja tai lähihoitaja

### 4.4.3 Käyttöönotto

Uusi toimintamalli pohjautuu Tampereella kehitettyyn tavoitteelliseen toimintamalliin. Mallin suunnittelussa on benchmarkattu Hollannin YES-ajattelua, jonka peruslähtökohta on asiakkaan voimavarojen hyödyntämisessä. Lisäksi toimintaa on verrattu Mediverkon toiminnassa käytössä olevaan tanskalaiseen ”hygga” -hoitamisen malliin, jossa asiakkaat huomioidaan yksilöllisesti heidän elämänkaarensa huomioiden.

Toimintamallin ensisijaisena työvälineenä hyödynnetään hoitosuunnitelmaa. Aiemmin kotihoidon käytössä oli erilaisia hoitosuunnitelmalomakkeita johtuen muun muassa kuntaliitoksista<sup>21</sup>. Tämän vuoksi hankkeessa nähtiin tarpeellisenä lähteä rakentamaan yhtenäistä lomaketta, joka palvelisi myös kotihoidon uusien asiakkaiden palvelu- ja hoidontarpeiden selvityksissä. Hoitosuunnitelmalomakkeeseen liitettiin tavoitteellinen osa, johon voidaan määritellä asiakkaan kanssa yhdessä suunniteltu hoito mukaan lukien tarpeet, tavoitteet, toimenpiteet ja arviointi.

Tarpeiden tunnistaminen ja asiakaslähtöisten tavoitteiden asettaminen vaativat tukea – samoin oikeiden tavoitteiden suuntaisten keinojen valinta. Käyttöönoton aikana järjestettiin useita pienryhmätapaamisia, joissa käytiin läpi tarpeiden tunnistamista, tavoitteiden asettamista ja keinojen valintaa hoitosuunnitelman toteuttamiseksi. Tavoitteiden asettamista asiakasnäkökulmasta harjoiteltiin todellisten asiakastapausten osalta ensin paperilla työryhmissä niistä keskustellen. Lisäksi hoitotyön kirjaamiseen ja kuvaamiseen järjestettiin kevään 2013 aikana koulutusta hoitotyön prosessista, omahoitajuudesta, rakenteisesta kirjaamisesta ja harjoiteltiin asiakaslähtöisten tavoitteiden laatimista hoitosuunnitelmiin.

Omahoitajille laadittiin hankkeessa uusi tehtävänkuvaus, jossa määriteltiin vastuut ja tehtävät. Kaikille säännöllisen kotihoidon asiakkaille nimettiin omahoitaja pilottitiimien alueilla. Lisäksi tarkennettiin sairaanhoitajan tehtävänkuvausta vastuullisena hoitajana tiimissä ja omahoitajan työparina. Uutta toimintamallia pilotoitiin Kalajoella kahden kotihoidon tiimin alueella yhteensä 30 säännöllisen kotihoidon piirissä olevan asiakkaan kanssa. Pääsääntöisesti pilotin asiakkaat asuivat vanhusten vuorataloissa.



**Kuva 24. Tavoitteellisen toimintamallin käyttöönotto**

<sup>21</sup> Kalajoen sote yhteistoiminta-alue aloitti toimintansa 2009 ja kuntaliitos Himangan kanssa toteutui 2010.

Tavoitteellisen hoitotyön käyttöönotto (kuva 24) edellytti ennen kaikkea asiakkaiden ja omaisten mukaan saamista. Toimintamallin käyttöönotossa haasteeksi koettiin asiakkaiden ja omaisten osallistaminen hoitotyön suunnitteluun, joten uuden toimintamallin ja tavoitteiden asettamisen periaatteiden läpikäymiseen asiakkaiden ja omaisten kanssa pyrittiin varaamaan riittävästi aikaa. Lisäksi järjestettiin erilliset tiedotustilaisuudet molemmissa pilottitieteissä.

Kotihoito 2020 –hankkeessa kehitetty toimintamalli on tarkoitus laajentaa vuoden 2014 aikana koko Kalajoen SoTe yhteistoiminta-alueelle hankkeen jälkeen.

#### 4.4.4 Saavutetut hyödyt

Tavoitteellisen hoitotyön malli mahdollistaa asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen ja tarpeiden ja omien voimavarojen huomioimisen kokonaisvaltaisesti osana hyvää hoitoa. Hankkeen aikana tiimityöskentely kotihoidon sisällä on tiivistynyt. Sairaanhoidajan ja omahoitajan työparityöskentely on koettu hyväksi yhteistyömalliksi monipuolisen osaamisen varmistamisen vuoksi. Omahoitaja toimii asiakkaan hoidon koordinaattorina suhteessa tarvittaviin palveluihin, mikä tuo hoitoon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Yhteistyötahojen (kuten omaiset, yksityiset palveluntuottajat ja kuntaorganisaation sisäiset yhteistyökumppanit) huomioiminen osana kokonaisvaltaista hoitoa on onnistunut aiempaa paremmin. Lisäksi ajattelutapaa on onnistuttu muuttamaan hoitohenkilökunnan suoritteista kohti asiakkaan omien voimavarojen hyödyntämistä.

Kerätyn palautteen perusteella asiakkaat ja heidän omaisensa kokivat tavoitteellisen hoitosuunnitelman laadintaprosessiin osallistumisen myönteisenä asiana. Hoidon tarpeet ja tavoitteet olivat asiakkaiden itsensä ilmaisemia, joten myös hoitosuunnitelmista tuli asiakkaiden näköisiä. Oman toimintakyvyn ylläpidon asiakkaat pääsääntöisesti ymmärsivät olevan kotona asumisen edellytys ja olivat siten motivoituneet suunnitelmien toteuttamiseen. Muistihäiriöisten asiakkaiden tavoitteellisuuden toteutuminen perustui omaisten ja hoitohenkilökunnan toimintaan. Tavoitteiden asettamisessa mukana olleen hoitajan suhde asiakkaaseen muuttui luottamuksellisemmaksi ja myös hoitajat sitoutuivat asiakkaidensa hoitoon vastuullisemmin. Omahoitajuus koettiin toimintamallin edellytyksenä kuten myös tavoitteellisen hoitosuunnitelman laadintaan varattava aika, mikä tulee huomioida työlistoja suunniteltaessa. Mallin vahvuutena nähtiin ”työnjaon selkiytyminen” eli jo hoitosuunnitelmaa laadittaessa pystyttiin määrittämään asiakkaan, omaisen ja hoitohenkilöstön roolit hoidon toteutuksessa.

Toimintamallin avulla on kotihoidon säännöllisiä käyntejä voitu jopa vähentää omatoimisuuden lisääntyessä. Pilotoinnin aikana yhden asiakkaan säännölliset käynnit voitiin jopa lopettaa kokonaan.



