

Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa  
(TEAS) -hankkeen loppuraportti

## **Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki**

# KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija ja julkaisuaika</b>	Valtioneuvoston kanslia, 31.10.2017		
<b>Tekijät</b>	Merja Tepponen, Tarja Viitikko, Riikka Lehmus, Helena Heikkilä, Sanna Nurmiainen, Tuija Nummela, Timo Suhola, Katri Länsivuori, Mari Lehtonen, Leena Kaljunen, Kristiina Kapulainen, Jani Kanerva, Mika Immonen, Jouni Koivuniemi, Mika Mitikka, Mira Vidén, Katja Klemola, Matti Villikka, Vuokko Majoinen, Pirjo Vaittinen, Kristiina Helminen, Kaisu Laasonen, Minna-Maria Behm		
<b>Julkaisun nimi</b>	Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti.		
<b>Julkaisusarjan nimi ja numero</b>	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017		
<b>Asiasanat</b>	kuntoutus, kotihoito, asiakaslähtöisyys, teknologia, osaaminen, tietojohdaminen		
<b>Julkaisuaika</b>	Lokakuu 2017	<b>Sivuja</b> 106	<b>Kieli</b> suomi

## Tiivistelmä

Valtioneuvoston kanslia (VNK) on nimennyt julkisen sektorin tuottavuuden ja rakenteellisen uudistamisen yhdeksi painopistealueekseen. Tämän myötä käynnistettiin selvitystyö "Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa". Kotona asumisen tueksi tarvitaan uusia innovatiivisia ja kustannustehokkaita, asiakkaalle lisäarvoa ja elämänlaatua tuottavia malleja. Raportissa kuvattavan hankkeen päätavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten julkisen palvelutuotannon tuottavuutta ja vaikuttavuutta voidaan parantaa iäkkäiden palvelukokonaisuutta kehittämällä. Hankkeen tarkoituksena oli tuottaa yleistettävää tietoa kotona asumisen tukeen kustannusvaikuttavien mallien löytämiseksi ja integraatiota edistäviä pilottimalleja kokeiltavaksi erilaisiin ympäristöihin. Toteutuksesta vastasi konsortio: Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskeisiä elementtejä toimintamalleista: näyttöön perustuva ja kokeiluun tarvittava tieto sekä toiminnan mittaaminen, juurruttaminen ja levittämisen mallit. Viitekehyksenä esitettiin maakunta ja maakunnan eri toimijat. Kokonaisuudessa mallinnettiin asiakkaan tarpeiden mukainen, asiakaslähtöisesti integroitunut, luotettava kotihoito. Hankkeessa koottiin olemassa olevia toimintamalleja tukemaan kotona asumista, keskiössä asiakaslähtöinen integroitu palvelupolku ja kuntouttavat toimintamallit ja sisältäen arjen avun, teknologialla tuetut toimintamallit, kiireellisen hoidon ja turvallisuuden sekä osaamisen kehittämisen.

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2015 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

# PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare &amp; utgivningsdatum</b>	Statsrådets kansli, 31.10.17		
<b>Författare</b>	Merja Tepponen, Tarja Viitikko, Riikka Lehmus, Helena Heikkilä, Sanna Nurmiainen, Tuija Nummela, Timo Suhola, Katri Länsivuori, Mari Lehtonen, Leena Kaljunen, Kristiina Kapulainen, Jani Kanerva, Mika Immonen, Jouni Koivuniemi, Mika Mitikka, Mira Vidén, Katja Klemola, Matti Villikka, Vuokko Majoinen, Pirjo Vaittinen, Kristiina Helminen, Kaisu Laasonen, Minna-Maria Behm		
<b>Publikationens namn</b>	Förnyad servicehelhet – rehabiliterande hemvård och klientinriktat stöd för hemmaboende. Slutrapport om projektet Rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodeller för äldre (TEAS).		
<b>Publikationsseriens namn och nummer</b>	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 68/2017		
<b>Nyckelord</b>	rehabilitering, hemvård, klientinriktning, teknologi, kompetens, kunskapsbaserad ledning		
<b>Utgivningsdatum</b>	Oktober 2017	<b>Sidantal</b> 106	<b>Språk</b> finska

## Sammandrag

Statsrådets kansli (SRK) har fastställt den offentliga sektorns produktivitet och strukturomvandlingen inom den som ett av sina tyngdpunktsområden. I och med det inleddes utredningsarbetet Rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodeller för äldre. Som stöd för hemmaboende behövs nya innovativa och kostnadseffektiva modeller som skapar mervärde och livskvalitet för klienten. Huvudmålet med projektet som beskrivs i rapporten var att producera information om hur den offentliga serviceproduktionens lönsamhet och effektivitet kan förbättras genom att utveckla servicehelheten för äldre. Avsikten med projektet var att producera generaliserande information i syfte att hitta kostnadseffektiva modeller för stödet för hemmaboende, samt pilotmodeller som främjar integration att testas i olika miljöer. Ansvarigt för genomförandet var konsortiet: Södra Karelens social- och hälsodistrikt (Eksote), Villmanstrands tekniska universitet (LUT) och Yrkeshögskolan Saimaa (Saimia). I rapporten beskrivs verksamhetsmodellernas viktigaste element: evidensbaserad information som behövs för försök samt modeller för mätning, etablering och spridning av verksamhet. Som referensram beskrivs landskapet och dess olika aktörer. I helheten modellerades klientinriktad, integrerad och tillförlitlig hemvård enligt klientens behov. I projektet sammanställdes befintliga verksamhetsmodeller som stöd för hemmaboende utifrån en klientinriktad, integrerad servicestig och rehabiliterande verksamhetsmodeller inklusive hjälp i vardagen, teknologiunderstödda verksamhetsmodeller, brådskande vård samt utveckling av säkerhet och kompetens.

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2015 ([tietokayttoon.fi/sv](http://tietokayttoon.fi/sv)).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

## DESCRIPTION

<b>Publisher and release date</b>	Prime Minister's Office, 31.10.2017		
<b>Authors</b>	Merja Tepponen, Tarja Viitikko, Riikka Lehmus, Helena Heikkilä, Sanna Nurmiainen, Tuija Nummela, Timo Suhola, Katri Länsivuori, Mari Lehtonen, Leena Kaljunen, Kristiina Kapulainen, Jani Kanerva, Mika Immonen, Jouni Koivuniemi, Mika Mitikka, Mira Vidén, Katja Klemola, Matti Villikka, Vuokko Majoinen, Pirjo Vaittinen, Kristiina Helminen, Kaisu Laasonen, Minna-Maria Behm		
<b>Title of publication</b>	A renewing service entity – rehabilitative care at home and supporting the elderly in living at home in a customer-oriented manner. A final report on the 'Rehabilitative operating models in services for the elderly (TEAS)' project.		
<b>Name of series and number of publication</b>	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 68/2017		
<b>Keywords</b>	rehabilitation, home care, customer-orientation, technology, knowledge, information management		
<b>Release date</b>	October 2017	<b>Pages</b> 106	<b>Language</b> Finnish

### Abstract

The Prime Minister's Office has stated that the productivity and structural reform of the public sector is one of its main focuses. Because of this, a study entitled 'A rehabilitative operating model in services for the elderly' was started. In addition to supporting the elderly in living at home, new, innovative, and cost-efficient models are needed to provide added value and quality of life for the customer. The main objective of the project described in this report was to produce information on how the productivity and efficiency of public services can be improved by developing the overall provision of services for the elderly. The objective of the project was to produce generalisable information to find cost-effective models for supporting the elderly in living at home and pilot models that improve integration and can be tested in various environments. The project was implemented by the consortium of South Karelia Social and Health Care District (Eksote), Lappeenranta University of Technology (LUT), and Saimaa University of Applied Sciences (Saimia). The report describes the key elements of the operating models: information that is based on evidence and is necessary for testing the ideas in practice, as well as models for measuring, establishing and spreading the models. In the report, the South Karelia region and the various actors within it are used as the framework for the project. The project designed a home care model that responds to the customer's needs and is integrated in a customer-oriented manner, in addition to being reliable. The project combined existing operating models for supporting the elderly in living at home. It focused on a customer-oriented, integrated service path and rehabilitative operating models, including everyday support, technology-based operating models, urgent care, and the development of safety and competence.


This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2015 ([tietokayttoon.fi/en](http://tietokayttoon.fi/en)).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



# SISÄLLYS

<b>HANKKEEN KESKEISET KÄSITTEET .....</b>	<b>1</b>
<b>JOHDANTO .....</b>	<b>2</b>
<b>1. KOTIIN VIETÄVIEN PALVELUJEN KOKONAISUUS .....</b>	<b>3</b>
1.1 Kotiin vietävät palvelut maakunnallisessa monitoimijaisessa palvelukokonaisuudessa.....	3
1.2 Strategia ja visio päivittäisjohtamisessa.....	4
1.3 Kotiin vietävien palveluiden johtaminen, asiakkuuksien ja palvelukokonaisuuksien hallinta.....	9
1.4 Tietojohdamisen malli ja sote-tietopaketit.....	11
<b>2. INTEGROITU PALVELUPOLKU JA ASIAKKUUDEN JOHTAMINEN .....</b>	<b>19</b>
2.1 Toimintakykyisenä kotona – iäkkään palveluprosessi .....	19
2.2 Kotikuntoutus palvelupolun kaikissa vaiheissa .....	22
<b>3. ARJESSA SELVIYTYMISEN TUKEMINEN .....</b>	<b>30</b>
3.1 Järjestösektorin ja kotitalouksien kuntouttavat toimintamallit – kirjallisuuskatsaus .	30
3.2 Iäkkäiden elämänlaadun tukeminen, teemana arjen apu .....	33
3.3 Kokemuksia Postin ja Eksoten kotiapupalvelukokeilusta .....	37
3.4 Kokemuksia Arjen olohuone -toimintamallin pilotoinnista.....	40
3.5 Asumisen turvallisuus – kotihoitopainotteisen mallin riskeihin varautuminen.....	43
<b>4. KOTIHOITO 24/7 .....</b>	<b>50</b>
4.1 Päivystys olohuoneessa .....	50
4.2 Liikkuva päivystysyksikkö .....	52
4.3 Tehostettu kotisairaanhoido .....	55
<b>5. TEKNOLOGIALLA TUETUT TOIMINTAMALLIT .....</b>	<b>57</b>
5.1 Teknologialla tuetut kuntouttavat toimintamallit kotona asumista tukevissa palveluissa – kirjallisuuskatsaus .....	57
5.2 Teknologialla tuettuja malleja, Case-esimerkkejä.....	66
5.3 Hyvinvointiteknologian käyttöönotto ja muita levittämisen esimerkkejä .....	67



<b>6. KOTIHOIDON OSAAMINEN IÄKKÄÄN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMISESSÄ JA EDISTÄMISESSÄ.....</b>	<b>72</b>
6.1 Kotihoidon osaaminen – kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	72
6.2 Kotihoidon osaamiskartoitus ja osaamistyöpaja .....	76
6.3 Työntekijöiden teknologiaosaaminen ja toimintamallit.....	81
<b>7. HYVIEN KÄYTÄNTÖJEN LEVITTÄMINEN .....</b>	<b>83</b>
7.1 Palvelukehittämisen mallit – ideasta palvelutuotantoon ja laajempaan levitykseen	83
7.2 Vertaiskehittämisestä saatavan tiedon hyödyntäminen.....	84
7.3 Muita palvelukehittämisen ja levittämisen malleja .....	87
<b>8. YHTEENVETO .....</b>	<b>90</b>
<b>KIRJOITTAJAT.....</b>	<b>93</b>
<b>LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA .....</b>	<b>94</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>104</b>
LIITE 1. Taulukko 3. Järjestösektorin kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa - aineisto.....	104
LIITE 2. Taulukko 4. Kotitalouksien ja perheiden kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa -aineisto teemoittain .....	106

# HANKKEEN KESKEISET KÄSITTEET

## *Kotipalvelu ja kotihoito*

Sosiaalihuoltolain<sup>1</sup> mukaan kotipalvelun painopisteenä on toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen jokapäiväisessä elämässä selviytymisessä. Tarpeen mukaan järjestetään palveluja asioissa, joista asiakkaan ei ole mahdollista selviytyä itse. *Kotipalvelun tukipalveluina* järjestetään siivous- ja ateriapalveluja. Peseytymisessä avustaminen on osa kotipalvelua, mutta osallisuutta edistävänä tukipalveluna voidaan järjestää käyntejä yleiseen saunaan. Kodin ulkopuolella tukeminen voi olla asioiden hoidossa tukemista, myös internetissä. Läh-  
tökohtana on tukeminen toimissa, ei puolesta tekeminen.

Kotihoito sisältää 19 §:n mukaisen kotipalvelun ja terveydenhuoltolain<sup>2</sup> 25 §:n mukaisen kotisairaanhoidon. Huomattava osa säännöllisen palvelun asiakkaista käyttää sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. Kotipalvelu tukee, kun tarvitaan sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua arjen askareissa, kuten hygieniassa. Kotisairaanhoido tekee kotona sairaanhoidollisia toimia ja seuraa pärjäämistä. Hoitosuunnitelman mukaiset, pitkäaikaisen sairauden hoidon tarvikkeet sisältyvät hoitoon. Vaativaa sairaanhoitoa voidaan järjestää kotona. Myös omaisten tukeminen on osa työtä. Kotihoitopalvelut eli kotipalvelu ja kotisairaanhoidopalvelut perustuvat toimintakyvyn arviointiin ja palvelu- ja hoitosuunnitelmaan.

## *Kotihoidon käsite täydennettynä kotikuntoutuksella*

Kotikuntoutus sisältyy kotihoitoon. Sitä toteuttavat kotihoidon ja kuntoutuksen henkilöstö yhdessä. Kuntoutuminen on yksilöllinen prosessi, jonka tavoitteena on saavuttaa optimaalinen toimintakyky ja löytää keinoja selviytymisen tueksi. Painopiste on vahvasti ikääntyneiden palvelupolun varhaisessa vaiheessa. Kokonaistavoitteena on se, että kuntoutus on iäkkään tukena tarvittaessa kaikissa elämänkaaren vaiheissa.

Tässä hankkeessa kotihoito on jaoteltu seuraavasti: 1) *Ennakoiva kotihoito*: toimintakyky on lievästi heikentynyt ja sitä vahvistetaan palveluohjauksella ja -neuvonnalla, mutta kotona tarvittavaa hoivaa tai hoitoa ei vielä tarvita. 2) *Lyhytaikainen hoitava ja kuntouttava kotihoito*: toimintakyky on lievästi heikentynyt tai akuutisti huonontunut. Sitä vahvistetaan lyhytaikaisilla kuntouttavilla interventioilla, joihin osallistuu kotihoidon, keskitetyn kotiutuksen ja kuntoutuksen henkilöstö. Interventio voi olla myös kuntouttavien lähihoitajien tukikäynti tai arviointijakso, jonka aikana arvioidaan kotihoidon pitkäaikainen tarve. 3) *Pitkäaikainen kotihoito*: perustuu pitkäaikaiseen ja päivittäiseen tarpeeseen ja kirjattuun kuntoutumis- ja hoitosuunnitelmaan. Kuntouttavalla työotteella tuetaan toimintakyvyn ylläpitoon tai parantumiseen.

## *Teknologialla tuetut kotiin vietävät palvelut*

Teknologialla tuettujen palveluiden (virtuaalikäynnit ja -kuntoutus, sähköinen asiointi) avulla asiakkaan asumista tukeva tieto välittyy ajantasaisena eri toimijoiden käyttöön. Tieto on käytettävissä oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja oikealla toimijalla. Digitaaliset palvelut ovat osa palveluprosessia, jolla tuetaan hoitoa, osallisuutta ja kodin turvallisuutta. Ne mahdollistavat sähköisen asioinnin ja yhteydenpidon vuorokauden ajasta tai asuinpaikasta riippumatta asiakkaan, omaisen ja palveluntuottajien kanssa.

## *Kotiin vietävien palvelujen kokonaisuus*

Palvelukokonaisuus sisältää asiakkaan tarpeiden mukaiset sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palvelut, digitaaliset palvelut sekä arjen apua ja sosiaalista osallisuutta tukevat toiminnat.

<sup>1</sup> Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

<sup>2</sup> Terveydenhuoltolaki 1326/2010

# JOHDANTO

*Merja Tepponen, Eksote*

Iäkkäiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen keventäminen laitosvaltaisesta avopainotteiseen suuntaan on yhteisenä tavoitteena koko Suomessa. Muutosta on tapahtunut viimeisten vuosikymmenten aikana kaikkialla maassamme. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimuksessa<sup>3</sup> todetaan, että laitoshoidon on vähennetty, mutta kotiin vietävien palvelujen määrä ei ole vastaavasti lisääntynyt. Käynnissä olevan hallituksen kärkihanke iäkkäiden kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon tukemiseksi tavoitteena on tukea palvelurakenteen muutosta. Tässä raportissa kuvataan tutkimustiedon ja esimerkkien avulla kotona asumista tukevia ratkaisuja. Tietoa ja kokemuksia on kerätty kirjallisuudesta, tutkimuksista ja meneillään olevista kokeiluista tai kehittämishankkeista yhteistyössä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja palveluntuottajien kanssa. Hanke toteutettiin konsortiona, jossa mukana olivat Lappeenrannan teknillinen yliopisto (LUT), Saimaan ammattikorkeakoulu (Saimia) ja Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Socom Oy sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon ky (Eksote), joka hallinnoi hanketta.

Hankkeen päätavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten julkisen palvelutuotannon tuottavuutta ja vaikuttavuutta voidaan parantaa iäkkäiden palvelukokonaisuutta kehittämällä. Hankkeessa tuotettiin yleistettävää tietoa kotona asumisen tukeen kustannusvaikuttavien mallien löytämiseksi ja integraatiota edistäviä pilottimalleja kokeiltavaksi erilaisiin toimintaympäristöihin. Hankkeessa tuotettiin konkreettisia ehdotuksia kuntouttavista kotiin vietävien ja kotoa käsin saavutettavien palveluiden kustannustehokkaista toimintamalleista. Hankkeessa:

- määritettiin asiakaslähtöinen integroitu toimintatapa ja toimijoiden rooleja,
- rakennettiin kuvaa luotettavasta kotihoidosta teemojen kautta,
- kuvattiin esimerkkien avulla, miten vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa lisätään,
- kartoitettiin kotihoidopainotteiseen malliin liittyviin riskeihin varautumista ja
- kartoitettiin, millaista osaamista uudet toimintamallit henkilöstöltä edellyttävät.

Tutkimusalustana hankkeessa oli yksi maakunta, ja case-esimerkit kehitetyistä malleista on toteutettu yhden maakunnan alueella (Etelä-Karjala). Etelä-Karjala valikoitui tutkimusalueeksi, koska maakunnassa on rakenteellisesti integroitu sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut samaan organisaatioon (Eksote). Tämä palvelujen kehittäminen sekä palveluprosessien johtaminen ovat mahdollistaneet iäkkäiden ihmisten palvelurakenteen kehittämisen laitoshoidon vähentämisen, mutta samalla hyödyntäen uudenlaisia ratkaisuja kotona asumista tukemaan.

Kirjallisuuskatsauksissa yhteisenä tavoitteena oli kartoittaa, mitä edellytetään kotona asuvan ikäihmisen toimintakykyä ylläpitävältä ja edistävältä asuinympäristöltä, taloudelliselta ja sosiaaliselta tuelta, osaamiselta, teknologialta ja sen hyödyntämiseltä sekä järjestelmältä ja palvelujen järjestämiseltä. Hankkeen aikana on tehty selvityksiä ja haastatteluja, toteutettu työpajoja sekä levitetty malleja muun muassa erilaisten seminaarien ja oppaiden kautta.

---

<sup>3</sup> Kehusmaa 2016



# 1. KOTIIN VIETÄVIEN PALVELUJEN KOKONAISUUS

*Merja Tepponen, Katja Klemola, Matti Villikka, Eksote*

## 1.1 Kotiin vietävät palvelut maakunnallisessa monitoimijaisessa palvelukokonaisuudessa

### Maakunnan palvelustrategia

Maakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen perustuu palvelustrategiaan. Strategian laatiminen edellyttää vankkaa tieto- ja kokemuspohjaa maakunnan tai laajemman toiminta-alueen ominaispiirteistä, kuten väestömäärästä, alue- ja ikärakenteesta (huoltosuhte, syntyvyys, kuolleisuus, työlliset ja työttömät), alueiden käytöstä (palvelujen ja asumisen sijoittuminen, rakennuskanta), liikenneverkosta, palvelujen käytöstä (perus- ja erityistason sote-palvelut) sekä terveydestä ja sairastavuudesta. Oleellista on myös näyttöön perustuvan tiedon tunnistaminen ja hyödyntäminen. Lisäksi tarvitaan vahvaa eri toimijoiden osallistamista. Osallistamista tukee oikea-aikainen ja systemaattisesti toteutettu viestintä asiakkaille, omaisille, henkilökunnalle sekä toimijaverkostoille. Näiden ominaispiirteiden nykytilan tunteminen ja tulevaisuuden ennakointi varmistavat strategian osuvuuden ja tarpeisiin vastaavan laadukkaan toiminnan. Saatavaan tietoon ja maakunnan tahtotilaan perustuen määritellään palvelustrategiassa myös palvelujen hankintatavat ja osuudet toteutettavasta palvelusta: mitä palveluja maakunta tuottaa omana toimintana, mitä hankitaan ostopalveluina ja mikä osuus palveluista soveltuu hankittavaksi palveluseteleillä tai henkilökohtaisella budjetilla. Palveluverkon suunnittelussa digitaalisten ja liikkuvien palvelujen rooli osana palvelukokonaisuutta on olennainen osa strategiaa. Rakennemuutoksen onnistuminen edellyttää palvelujen sisällöllistä uudistusta ja iäkkäiden parissa toimivien osaamisen kehittämistä.

Väestön ikääntymisen myötä kansalaiset käyttävät entistä laajemmin eri palveluntuottajien tarjoamia palveluja. Heillä on yhtä aikaa useita tarpeita ja ongelmia, joita hoitavat samanaikaisesti useat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt ja muut toimijat, kuten erityisesti omaiset ja läheiset. Tämän vuoksi on tärkeää huomioida entistä enemmän asiakkaan saamien palvelujen kokonaisuutta ja lisäarvon tuottamista<sup>4</sup>. Palveluita järjestävän tahon on ymmärrettävä ikääntyminen nykytutkimuksen mukaisena ilmiönä, luotava tulevaisuusnäky ja tunnistettava kriittiset pisteet. Järjestäjän on arvioitava, vaikutetaanko nykyisillä ja suunnitelluilla toimilla riittävästi iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Onko tarjolla oikea-aikaista kuntoutusta? Onko kotiin vietävien palvelujen valikko osoitettu vaikuttavaksi, ja tuetaanko omais- ja läheisauttajia riittävästi? Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2017–2019 linjaa strategisia tavoitteita ikäystävälliselle palvelurakenteelle<sup>5</sup>.

Palvelujen saavutettavuus, digipalvelut ja ammattilaisten liikkuminen asiakkaan luo sujuvoitavat arkea. Yhdyskuntarakenteellisilla ratkaisuilla voidaan edistää hyvinvointia ja terveyttä. Palvelutuotannon tilaratkaisut synnyttävät myös säästöpotentiaalia silloin, kun ammattilaisten osaaminen on sijoitettu onnistuneesti palvelutarpeen näkökulmasta. Sosiaalista osallis-

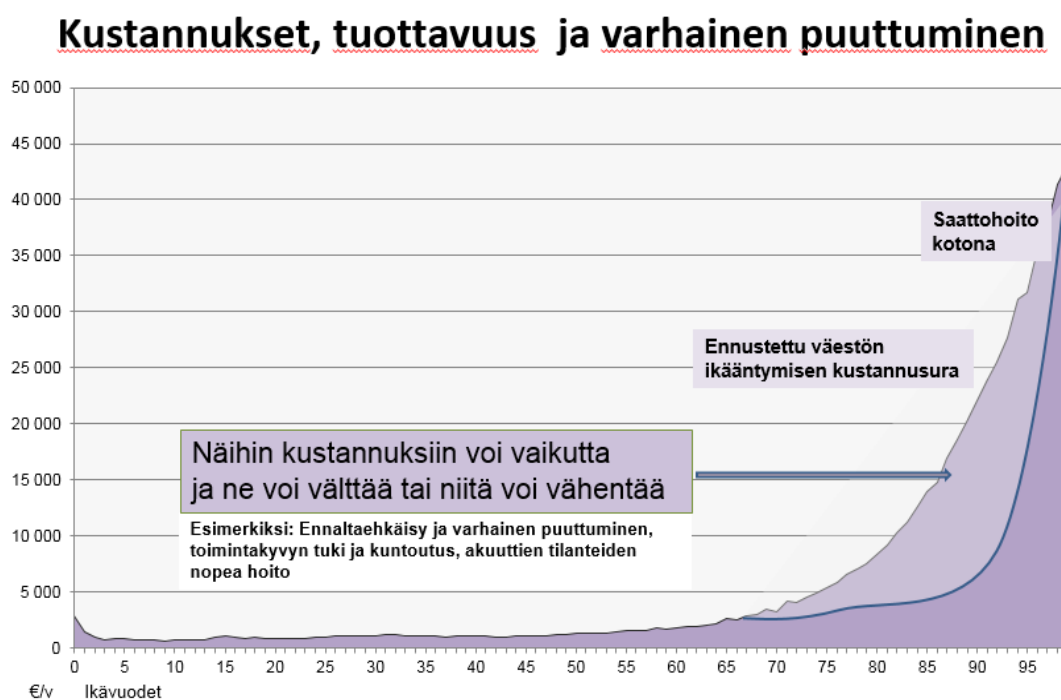
<sup>4</sup> Tepponen 2009

<sup>5</sup> STM 2017

tumista mahdollistava ympäristö ja yhteisöllisyyttä vahvistavat toimintamallit voivat osaltaan lisätä hyvinvointia ja tukea kotona selviytymistä<sup>6</sup>.

Varhainen puuttuminen, kotikuntoutus ja muu hyvinvoinnin tukeminen ehkäisevät kustannusten kasvua ikäihmisten kohdalla. Ennakoimalla ja oikea-aikaisella palvelujen kohdentamisella voidaan kustannuskäyrän nousua siirtää (kuva 1). Virtuaaliset ratkaisut tuovat tulevaisuudessa asukkaan palvelu- ja hoidontarpeen selvittämiseen apua. Ne mahdollistavat laajan ja moniammatillisen asiantuntijatuon, lisäävät henkilöstön osaamista ja tuottavat asukkaille matalan kynnyksen hakea apua oikea-aikaisesti.

### Kuva 1. Ikääntymisen vaikutus kustannuksiin ja tuottavuuteen; julkiset sote-menot asukasta kohden<sup>7</sup>, mukailtu



## 1.2 Strategia ja visio päivittäisjohtamisessa

Visio vastaa kysymykseen ”Minne suuntaamme?”. Se kertoo asioiden toivotun tilan tulevaisuudessa. Hyvä visio innostaa henkilöstöä. Visiota ei kuitenkaan ole olemassa ilman arvoja (kuva 2). Vision saavuttaminen edellyttää organisaatiolta strategisia tavoitteita ja asiakasläh- töisten näkökulmien painottamista. Sote-vision taustalla on halu uudistaa sosiaali- ja ter- veysalan vanhoja toimintamalleja ja rakenteita. Osaltaan se vastaa myös kestävyysvajee- seen ja väestön ikääntymisen seurauksena kasvavaan palvelutarpeeseen. Iäkkäiden palve- lutarpeeseen ja palvelujen kustannuskehitykseen on mahdollista vaikuttaa muuttamalla palvelurakennetta ja kehittämällä kotihoidon sisältöä. Keskeistä on painopisteen siirtämi- nen kustannuksiltaan edullisempiin, mutta vaikuttavuudeltaan tehokkaampiin palveluihin.

<sup>6</sup> Jolanki ym. 2017

<sup>7</sup> Pekuriinen 2017

Tällöin ehkäisevien palvelujen ja avopalvelujen osuus vahvistuu ja monipuolisten kuntouttavien toimintamallien käyttö lisääntyy<sup>8</sup>. Asukkaat osallistuvat jatkossa entistä vahvemmin aktiivisesti omaan hoitoonsa ja palvelujen tuottamiseen. On tärkeää, että henkilöstön osaminen tukee asiakkaiden toimintakykyä kaikilla palvelualueilla, erityisesti iäkkäiden palvelukokonaisuudessa, johon tarvitaan laaja-alaista uudistusta. Pelkästään sote-palveluiden muutos ei riitä, vaan tarvitaan laaja-alaista yhteistyötä kunnan muiden hallinnonalojen sekä toimijoiden kanssa, jotta uudistusta toteutetaan jokaisella taholla.

## Tutkimusalustana Etelä-Karjala

Tässä hankkeessa kuvataan kehitettyjä toimintamalleja toteutettuna esimerkinomaisesti yhden maakunnan alueella. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon ky (jatkossa Eksote) tuottaa terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä edistävät sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut maakunnan asukkaille. Kuntayhtymään kuuluvat kaikki maakunnan yhdeksän kuntaa: kaksi kaupunkia Lappeenranta ja Imatra sekä seitsemän asukasluvultaan pienempää kuntaa Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari, joiden asukasluku vaihtelee 3 076–5 245 välillä. Alueella on yhteensä noin 132 000 asukasta, joista yli 65-vuotiaita on 33 270 ja yli 75-vuotiaita noin 15 400. Vuonna 2016 asukkaista yli 65-vuotiaiden määrä vaihteli kunnittain 22–36 % välillä ja taajama-aste 45–97 % välillä<sup>9,10</sup>. Vuoteen 2040 maakunnan väestömäärän ennustetaan vähenevän voimakkaasti ja iäkkäiden, yli 65-vuotiaiden suhteellisen osuuden kasvavan<sup>11,12</sup>.

Eksoten perustamisen tärkeimmät lähtökohdat olivat palvelujen saatavuuden turvaaminen alueen kuntien taloudellisten mahdollisuuksien rajoissa. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi kunnat luopuivat kuntakohtaisesta palvelujen tuottamisesta. Palveluista tehdään vuosittain kuntien kanssa palvelusopimukset, jotka perustuvat väestön palvelutarpeeseen. Eksoten visio on ”toimintakykyisenä kotona” ja strategian mukaisesti tärkeänä kehittämiskohteena ovat asiakkaita osallistavat, kotona asumista tukevat palvelut hyödyntäen älyteknologiaa ja virtuaaliympäristöjä.

Nykyisen vision laatiminen perustui kahteen keskeiseen asiaan, jotka kuuluvat jokaisen elämään eli toimintakykyyn/toimintaan ja kotiin. Eksotessa visio ”toimintakykyisenä kotona” tarkoittaa kansalaisen (asiakkaan ja potilaan) aseman vahvistamista palvelujen tuottamisessa (kuva 2). Visio viestii kansalaisille, päättäjille ja henkilökunnalle uudistamisen tarvetta toimintamalleihin, palveluketjuihin ja rakenteisiin. Strategian taustalla on näkökulma, jossa ihmisen paras paikka on kotona, kotiin on helppo palata ja myös kotoa käsin palvelut ovat helposti saatavilla. Kaikki alueen sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteet ovat kaikkien eteläkarjalaisten käytössä, riippumatta kotikunnasta.

---

<sup>8</sup> Kinnula ym. 2015

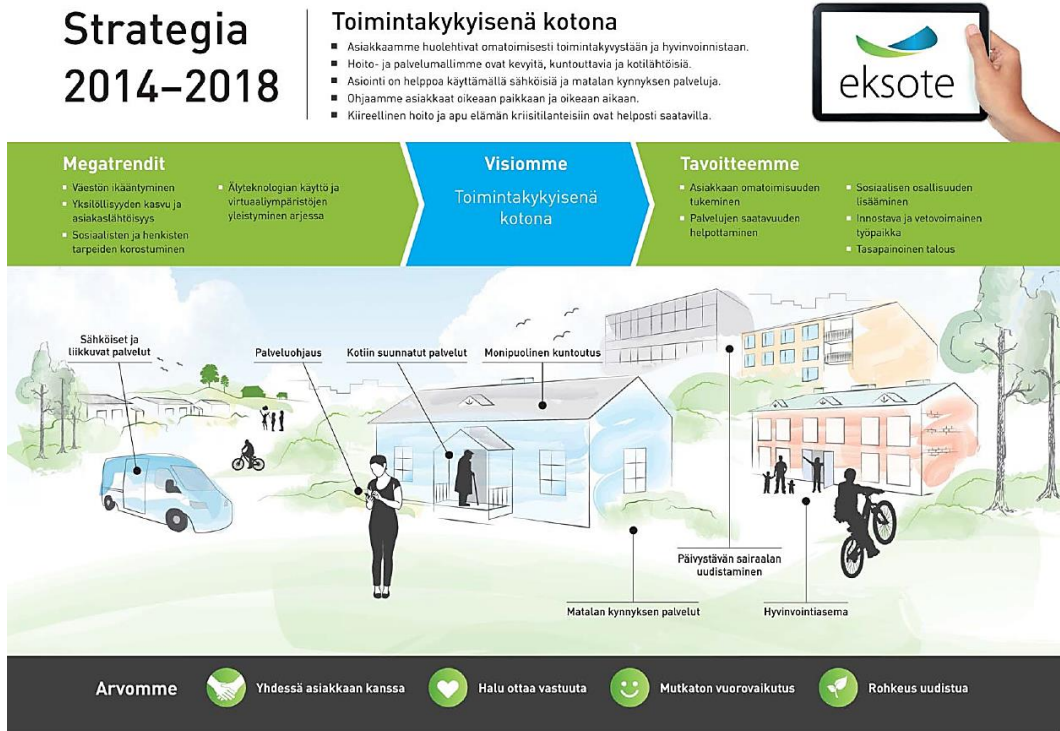
<sup>9</sup> Sotkanet 2016

<sup>10</sup> Kuntien avainluvut 2017

<sup>11</sup> Tilastokeskus 2013

<sup>12</sup> Aro 2017

## Kuva 2. Havainnekuva Eksoten strategiasta



Maakunnassa vanhuspalvelujen palvelurakennetta on kehitetty vähentämällä ympärivuorokautista, laitospaikkaa hoivaa ja panostettu kotona asumista tukeviin kuntouttaviin malleihin<sup>13</sup>. Kun Eksote käynnistyi asiakasmaksut ja erilaiset kriteerit yhdenmukaistettiin eri kuntien välillä. Käytössä oli jo alkuvaiheessa yhteinen terveydenhuollon potilastietojärjestelmä ja sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmä. Vanhus- ja terveysterveystoimet on organisoitu samaan vastuualueeseen. Hoivan tulosalue osana vanhus- ja terveysterveystoimia vastaa iäkkäiden ehkäisevistä palveluista, palveluohjauksesta, kotihoidon, asumispalvelujen ja laitoshoidon kokonaisuudesta. Palvelukokonaisuuteen on vahvasti integroitu myös kuntoutuksen, akuuttisairaalan, ensihoidon ja päivystyksen kokonaisuus. Vaikka palvelurakenne on jo varsin avopalvelupainotteinen, tarvitaan uusia kotona asumista tukevia ratkaisuja erilaisiin toimintaympäristöihin (esimerkiksi kaupunkiin, taajamiin ja haja-asutusalueille). Monitoimijaisia asiakkaita ja henkilöstöä osallistavaa toimintamallia on kehitettävä koko ajan jatkuvan parantamisen menetelmin. Periaatteena ”kehittäminen kuuluu kaikille ja jokaisella on kaksi työtä, oma työ ja oman työn kehittäminen”. Asukkaiden, asiakkaiden ja omaisten osallisuutta on parannettava periaatteella ”Mitä Erkki ja Elli Etelä-Karjalainen tästä ajattelisivat”.

Iäkkäiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne muodostuu palvelujen kokonaisuudesta, johon sisältyy ennaltaehkäisevää sekä toimintakykyä tukevaa palveluneuvontaa ja -ohjausta. Palvelurakenteen perustana on monialainen palvelutarpeenarvointi ja siihen perustuva asiakassuunnitelma, jota ohjaavat iäkkäiden omat tavoitteet. Palvelut voivat sisältää kotipalvelun tukipalveluja (esimerkiksi turvapalveluja tai kuljetuspalveluja), hoivaa, kotisairaanhoidon ja erityyppistä asumispalvelua. Myös omais- ja perhehoito ovat

<sup>13</sup> Hussi ym. 2017

osa kokonaisuutta. Samoin kuntoutus ja nopea akuuttisairauksien hoito ovat osa onnistunutta palvelukokonaisuutta. Taulukossa 1a on kuvattu yli 75-vuotiaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen vertailu Etelä-Karjalassa ja koko maassa vuosina 2010 ja 2015. Taulukkoon 1b on tiivistetty kotona asumista tukevan palvelurakenteen muutokset hankkeen aikana vuosina 2015–2017.

### Taulukko 1a. Yli 75-vuotiaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne Etelä-Karjalassa ja koko maassa – vertailua 2010 ja 2015

Väestö yli 75-vuotiaat, vertailua	Etelä-Karjala		Koko maa	
	2010	2015	2010	2015
Väestöstä, yli 75 vuotiaita, %	10,2	11,8	8,1	9,1
Asuu kotona, %	90,1	93,1	89,5	90,6
Säännöllisen kotihoidon piirissä, %	10,5	13,1	11,8	11,8
Asuu tehostetussa palveluasumisessa, %	4,1	5,2	5,6	7,1
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa, %	4,9	1,7	4,7	2,1
Saavat omaishoidon tukea, %	4,1	5,5	4,2	4,7

### Taulukko 1b. Kuvaus kotona asumista tukevasta palvelurakenteesta: vertailutilanne vuonna 2015 hankkeen alkaessa Etelä-Karjalassa ja vuonna 2017

Palvelurakenteen muutokset kotona asumista tukevissa ratkaisuissa		
	2015	2017
<b>Ennalta ehkäisevä toiminta</b>	Hyvinvointia edistävät kotikäynnit toteutettiin jokaisessa kunnassa 75-vuotiaille. Palveluneuvontaa ja ohjausta tarjolla.	Arjen olohuone -toiminta käynnistyi vapaaehtoisten ja järjestöjen kanssa (luku 3). Ryhmämuotoiset tilaisuudet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi käynnistyivät 2016. Terveystarkastuksia ja toimintakyvyn arviointia sekä kuntoutusta tarjotaan varhaisvaiheessa.
<b>Asiakasohjaus, palveluneuvonta ja palveluohjaus</b>	Iso apu -palvelukeskus, maakunnallinen asiakasohjaustoiminta käynnistyi. Saman katon alla on iäkkäiden ja vammaisten palveluiden sekä kuntoutuksen ammattilaisia neuvonnasta- ja ohjauksesta omaishoitoon sekä asumispalvelujen koordinointiin. ”Yhden luukun” -piste sekä arviointitiimit perustettu.	Maakunnallinen asiakasohjaus on keskitetty Lappeenrantaan ja Imatralle. Asiakasohjauksesta käynnistyy monialainen palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointiprosessi, jota tukee sähköinen alusta. ”Yhden oven” malli asiakkaalle, kotoa tai sairaalasta; tullaan samaan prosessiin.
<b>Asiakkaan integroitu palvelupolku</b>	Kotihoidon kuntouttava arviointijakso ja vastuuhoitaja-malli otettu käyttöön.	Asiakkaan integroitu palvelupolku kokonaisuudeksi asiakasohjauksen, palvelutarpeen arvioinnin, kuntoutuksen, kotihoidon, ensihoidon, geriatrisen keskuksen ja päivystyksen yhteistyönä (luku 2).
<b>Arjen apu</b>	Kotihoidon tukipalveluja ja arjen apua (esim. ateriapalvelut) tuottivat alueen kunnat ja yritykset.	Kehitettiin uusia malleja Postin, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa (luku 3). Kotihoidon turvallisuutta kehitettiin yhdessä pelastuslaitoksen kanssa.

<b>Kotihoidon hoiva ja hoito</b>	Kotihoito 24h/vrk, yöpartio ja päivätoimintaa jokaisessa kunnassa.	Kotihoitoa vahvistettiin siten, että se toimi jokaisessa kunnassa 24h/vrk (luku 4). Päivätoiminnan sisältöä kehitetty taiteen ja kulttuurin avulla.
<b>Akuutti ja Päivystysluontoinen apu</b>	Tehostetun kotisairaanhoidon tiimi jokaisessa kunnassa. Kotisaattohoito mahdollista.	Käynnistettiin päivystyksellisen avun parantamiseksi "Päivystys olohuoneessa" -toimintamalli (luku 4). Kotisaattohoito mahdollista.
<b>Kotikuntoutus</b>	Kuntouttavaa kotihoitoa tarjolla osassa kuntia. Toimintaa vahvistettiin.	Kotikuntoutusta vahvistettiin ja laajennettiin koko maakuntaan. Toimintamallia kehitettiin, muistikuntoutusta vahvistettiin (luku 2).
<b>Teknologia</b>	Toiminnanohjaus käytössä osassa kuntia. Turvapuhelinpalvelut yhdenmukaistettu maakunnassa. Pilotteja virtuaalisista kotikäynneistä. Kokeiltiin erilaisia ratkaisuja.	Teknologian käyttöä lisättiin (mm. paikantavat turvapuhelimet ja kotihoitoon integroitavat virtuaalikäynnit). Toiminnanohjaus laajennettiin kuntiin ja vahvistettiin järjestelmän optimointia. Omahoitajan käyntejä optimoitiin (luku 5).
<b>Muistisairaiden apu</b>	Alueella oli muistipoliklinikka; muistihoitajien ja geriatrien palveluja. Muistikoordinaattoritoiminta laajennettiin.	Muistipoliklinikan toiminta laajeni monialaiseksi geriatriseksi osaamiskeskukseksi (luku 2).
<b>Omaishoito</b>	Palvelusetelien käyttö laajennettiin sisällöltään ja koskemaan omaishoitoperhettä laajemmin.	Omaishoitajien kuntoutusta ja tukea sekä asiakasprosessia parannettiin. Tuki- ja valmennusjaksot käynnistettiin.
<b>Muut muutokset</b>	Imatra ei kuulunut Eksoten palvelukokonaisuuteen peruspalvelujen osalta. Osaamisen vahvistamista ja henkilöstön osallistamista kokeiltiin arvoverkko-työkalun ja työpajojen avulla. Kehittäjäasiakkaita ja vanhusneuvostot toiminnassa mukana. Maakunnallinen suunnitelma (VaPI 5§) valmistui 2015. Käynnistettiin vertaiskehittämisen seminaarit ja kutsuttiin mukaan muista maakunnista ja hoivayrityksistä.	Imatra liittyi mukaan 2016. Osaamista vahvistettu verkkokursseilla, työpajoilla, ketterillä kokeiluilla ja jatkuvan parantamisen PAJA-toiminnalla. Kehittäjäasiakkaita, kokemusasiiantuntijoita ja vanhusneuvostot ovat mukana toiminnassa. VaPI5§ päivitys ja arviointi käynnistyy. Vertaiskehittämisen seminaarit vuosittain. Mukana myös kansainvälinen vieras ja IT-yritysten edustajia.

Palvelurakennetta on tavoitteena edelleen muuttaa kehittämällä kotiin vietäviä palveluja niin, että vuonna 2020 yli 96 % 75 vuotta täyttäneistä voisi asua kotona. Tavoitteena on myös, että ympärivuorokautiseen hoitoon pääsee viiveittä. Tässä raportissa esitetyt mallit ovat jatkuvasti kehittyviä ja raportin kuvaukset ovat tilannekuva ajankohdan mukaan kuvattuna.

Myös valtakunnallisen 2016 käynnistyneen kärkihankkeen "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa" tavoitteena on lisätä terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia palveluja, monialaista kuntoutusta ja erilaisia asumisen vaihtoehtoja. Lisäksi tavoitteena on kehittää iäkkäiden ihmisten kotiin annettavien palvelujen määrää ja sisältöä. Teemoina ovat muun muassa: asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen, ikäihmisten perhehoidon lisääminen ja omais- ja perhehoitajien jaksamista tukevien käytäntöjen levittäminen ikääntyneen väestön osallistumista vahvistaen.

Päätavoitteena on se, että kaikissa maakunnissa muodostetaan integroitu iäkkäiden kustannustehokas palvelukokonaisuus ja luodaan ja kokeillaan asiakaspalveluohjauksen mallia (KAAPO) sekä luodaan ja juurrutetaan kotihoidon monipuolinen toimintamalli.

## 1.3 Kotiin vietävien palveluiden johtaminen, asiakkuuksien ja palvelukokonaisuuksien hallinta

### Kotihoidon integroitu palvelukokonaisuus

Kansallisten linjausten mukaan iäkkäiden palvelut muodostuvat kokonaisuudesta, jonka keskiössä ovat kotihoito, kuntoutumista edistävä toiminta ja ikäihmisen aktiivinen osallistuminen oman palvelun suunnitteluun ja toteutukseen. Tarpeenmukaisten ja ennakoivien palvelukokonaisuuksien johtamisen avulla on mahdollista ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä ja parantaa elämänlaatua. Palvelujen kokonaisuus sisältää alueellisesti (esimerkiksi maakunta) sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Kotihoito-asiakkaan palvelukokonaisuus on modulaarinen, ja se elää asiakkaan tarpeiden mukaan. Kokonaisuuteen kuuluu myös erilaisia tukipalveluja ja tukitoimia. Kokonaisuutta johdetaan jokaisella tasolla: asiakkaan, kotihoidon ja iäkkäiden palvelukokonaisuuden tasolla.

Erilaisille asiakassegmenteille tarvitaan erilaisia ratkaisumalleja ja palveluja. Aiemmissä tutkimuksissa ja kehittämishankkeissa on havaittu puutteita kotihoidossa. Palvelut ja hoitopolut ovat pirstaleisia<sup>14</sup>. Tarjotut palvelut eivät aina ole toivottuja<sup>15,16,17</sup>. Omaisten tuen saanti on usein riittämätöntä, ja he kaipaavat enemmän mahdollisuutta osallistua palvelukokonaisuuteen<sup>18,19</sup>. Kuntoutuksen resursointi ja toimintamallit eivät tue iäkkäiden kotona selviytymistä<sup>20,21</sup>. Kotihoidon piirissä on yhä enemmän apua tarvitsevia, monisairaita ja iäkkäitä, joiden toimintakyvyn muutokset tapahtuvat lyhyessä ajassa. On osoitettu, että tämän asiakasryhmän terveydentilan muutoksiin olisi reagoitava erityisen nopeasti<sup>22, 23</sup>.

Hoivantuottajien yksi keskeinen ongelma on kotiin vietävien palvelujen tuottaminen vuorokauden eri aikoina. Kotihoidossa on löydetty ruuhkahuippuja, joiden huomioiminen palvelukokonaisuudessa edellyttää uusia innovatiivisia ratkaisuja. Henkilöstön tehtäväkentän muutokset ja asiakkaiden palvelutarpeiden ja palvelurakenteen muutokset kasvattavat osaamistarpeita kotihoidossa. Kaikkien palvelujen tuottamisessa ei tarvita sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta. Tässä hankkeessa on kuvattu eri toimijoiden rooleja ja palvelukokonaisuuden rakentamista yhdeksi kokonaisuudeksi kokeillen myös muiden kuin sote-ammattilaisten roolia osana palvelukokonaisuutta (luku 3). Palvelujen järjestäjällä on vastuu asiakkuuksien hallinnasta ja palvelukokonaisuuden johtamisesta. Lähiesimiehellä, joka toimii johtamisjärjestelmässä lähimpänä käytäntöä, on keskeinen rooli strategioiden jalkauttamisen lisäksi myös prosessien ja kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämisestä<sup>24</sup>.

Kotona asumisia tukevat palvelut muodostuvat erilaisista osista, joita tuottavat useat palveluntuottajat. Asiakkaat ja omaiset hoitavat osan palveluista, tukipalveluja voivat tuottaa järjestöt ja yritykset. Hoivan ja hoidon kotiin järjestää julkinen tai yksityinen kotihoito. Akuuteissa tilanteissa tarvitaan päivystyksen apua ja lääkäripalvelut saadaan yleensä terveysasemilta. Teknologian tuottajat vastaavat usein omista palveluistaan. Palvelukokonaisuuden joh-

---

<sup>14</sup> Saarenheimo & Pietilä 2006

<sup>15</sup> Kalliomaa-Puha & Kangas 2015

<sup>16</sup> Kehusmaa 2006

<sup>17</sup> VaPI 980/2012

<sup>18</sup> Karhula 2015

<sup>19</sup> Kauppinen & Siifer-Kuhalampi 2015

<sup>20</sup> Finne-Soveri 2017

<sup>21</sup> Kehusmaa Vainio & Alastalo, 2016

<sup>22</sup> Finne-Soveri 2016

<sup>23</sup> Strandberg & Valvanne 2012

<sup>24</sup> Vähäkangas ym. 2012



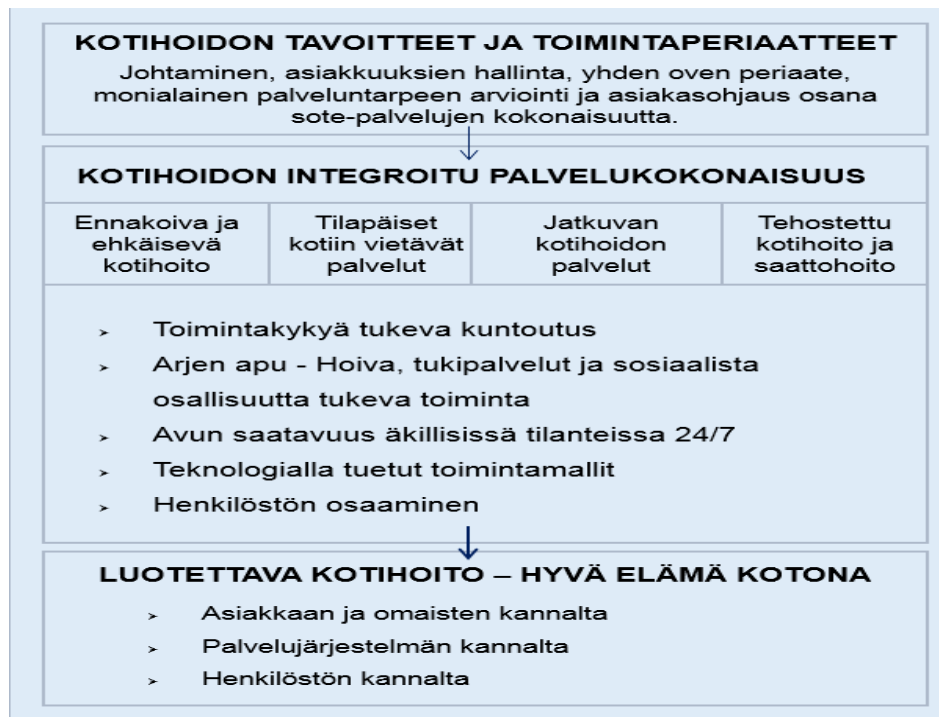
tamisen ymmärtämiseksi on nimettävä keskeisimmät johtamista tukevat osa-alueet, toimijoiden roolit ja työkalut. Niitä voidaan hahmottaa esimerkiksi kolmen tason avulla:

1. iäkkäiden palvelujen johtaminen maakunnallisessa kokonaisuudessa (strateginen taso),
2. kotiin vietävän palvelukokonaisuuden johtaminen organisaatiossa (operatiivinen taso) ja
3. yksittäisen asiakkaan integroitu palvelupolku (asiakkuuksien johtamisen taso).

### Ideaalimalli luotettavasta kotihoidosta hankkeen viitekehystenä

Kuvaan 3 on rakennettu ideaalimallia kotona asumista tukevan integroidun palvelutarjonnan muodostumisesta, luotettavasta kotihoidosta tämän hankkeen teemojen kautta. Teemoja ovat: integroitu palvelupolku ja asiakkuuden johtaminen (luku 2), arjessa selviytymisen tukeminen (luku 3), kotihoito 24/7 (luku 4), teknologialla tuetut toimintamallit (luku 5) ja kotihoidossa tarvittava osaaminen (luku 6) Tässä raportissa toimintakyvyn tukeminen ja kuntouttava toiminta ovat läpileikkaavia periaatteita.

### Kuva 3. Kotihoidon integroitu palvelukokonaisuus



Ideaalinen asiakkaan integroitu palvelupolku sisältää asiakasohjauksen, palvelujen koordinoimisen, monialaisen palvelutarpeen arvioinnin ja asiakassuunnitelmaan perustuvan palvelukokonaisuuden. Palveluja on tarjolla ympärivuorokautisesti viikon jokaisena päivänä. Palveluihin johtaa yksi ovi riippumatta siitä, hakeudutaanko niihin sairaalasta tai kotoa. Palvelujen integroinnilla on merkittävä rooli. Asiakkuuden hallinnan apuna ovat ICT-tuetut toimintamallit, palveluohjaajat, vastuutyöntekijät ja/tai omahoitajat.



## **lääkkäiden palvelukokonaisuuden johtaminen**

lääkkäiden palvelujen toiminnallinen muutos, kuten laitoshoidon purku ja avopalveluiden lisääntyminen ovat tuoneet kotihoidon toimintaan uusia haasteita. Myös kotihoidon toimintamallien muutoksen mittaaminen – panostaminen palvelutarpeen arviointiin ja kuntouttavaan arviointijaksoon, kuntouttava työote sekä asiakkaan palvelutarpeen mukaisen palvelun tuottaminen ovat luoneet tarpeita mittareille. Teknologian lisääntyminen ja kotihoidon toiminnanohjaus edellyttävät uutta näkökulmaa kotihoidon johtamiseen.

Vähintään kerran vuodessa organisaatiossa tulisi käydä läpi sen toiminta-ajatusta, arvoja ja visiota. Ovatko strategiset tavoitteet tasapainossa keskenään? Toimiiko henkilöstö arvojen mukaisesti ja tuntevatko työntekijät organisaationsa vision? Lisäksi on syytä säännöllisesti tarkastella, miten hyvin strategian tiedottamisessa on onnistuttu ja miten hyvin yksiköiden toimintasuunnitelmat tukevat strategisia tavoitteita. Mittareiden luominen on osa strategian vaikuttavaa toteutusta. Strategiset tavoitteet on määriteltävä siten, että mittarit voidaan kytkeä niihin. Mittareiden tulisi olla henkilöstön vaikuttavissa olevia (riittävästi käytännön työssä kiinni), muuten toimintaa tavoitteen saavuttamiseksi ei synny. Budjettiseuranta ja työtyytyväisyys eivät voi olla ainoita toimintaa ohjaavia mittareita. Mittareita tulee olla eri tasoilla (strateginen, operatiivinen ja asiakasryhmät, pysyviä, vaihtuvia): esimerkiksi budjettiseuranta on kaikille yhteistä. Palvelukokonaisuutta arvioidaan mittareilla kuukausittain, kvartaaleittain, puolivuositteittain ja vuosittain. Lisäksi seurataan esimerkiksi muutosmittareita. Seuraavassa luvussa kuvataan esimerkinomaisesti iäkkäiden palvelukokonaisuutta mittareiden ja sote-tietopakettien avulla.

### **1.4 Tietojohtamisen malli ja sote-tietopaketit**

Palvelukokonaisuuden johtamisessa merkittävä rooli on sillä tiedolla, joka saadaan integroimalla toiminta- ja taloustietoa sekä näyttöön perustuvaa kokemustietoa. Tietojohtamisen roolia avataan tässä hankkeessa Eksoten tietojohtamisen mallin avulla. Tieto sinällään ei vielä riitä, vaan on tiedettävä, mitä lisäarvoa tieto tuottaa sekä miten sitä voidaan hyödyntää kotona asumista tukevassa toiminnassa ja sen johtamisessa. Tapahtuiko se mitä tavoiteltiin? Muuttuiko toiminta? Millaisia taloudellisia vaikutuksia muutoksesta aiheutui? Tieto auttaa johtajia ja asiantuntijoita toiminnan tehokkuuden seuraamisessa ja parantamisessa sekä vaikuttavuuden arvioinnissa. Se voi lisäksi auttaa arvioimaan tulevaisuuden kysyntää, alueellista palveluvalikoimaa, eri palvelurakente- ja verkostovaihtoehtojen pitkän aikavälin kustannusvaikutuksia sekä ehkäisevien toimenpiteiden vaikutuksia. Arvon tuottamisella voidaan esimerkiksi järjestää etäpalveluja vastaanotto toiminnan sijaan, vähentää laitos- ja sairaalapaikkoja ja tehostaa kotikuntoutusta.

Organisaation johdolla on useita tietotarpeita, jotka voivat liittyä esimerkiksi asiakasanalyysiin, läpimenoaikoihin, vaikuttavuuteen, laatumittareihin, tuottavuuteen ja palveluverkkoon. Myös henkilöstöön, ennustamiseen ja simulointiin liittyvällä tiedolla on merkitystä johtamisen suunnittelussa ja kehittämisessä. Tietoja voidaan myös tehokkaasti käyttää operatiivisen toiminnan seurannassa ja ohjauksessa.

#### **Sote-tietopaketit**

Sote-järjestelmän kehittämisen tueksi on sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitetty uutta raportointimallia, sote-tietopaketteja (*entinen nimitys palvelupaketit*). Suomen itsenäisyyden juhlarahasto (Sitra) ja Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ovat vastanneet mallin kehittämisen ohjaamisesta. Eksote on ollut mukana pakettipilotoinnin ensimmäisessä ja toisessa

vaiheessa vuosina 2015–2017. Tietopaketti-raportoinnilla voidaan saada kattavaa ja samalla moniulotteista ja yksityiskohtaista tietoa. Paketit (tällä hetkellä 20 kappaletta) ovat ensisijaisesti järjestämistä vastaavien maakuntien ja palveluntuottajien sekä järjestäjien ja valtion välinen raportoinnin työkalu, jota on mahdollista käyttää seurantaan ja ohjaukseen. Tavoitteena on, että tällä tavoin sote-tiedon saatavuutta, vertailtavuutta ja raportointia parannetaan. Sote-tietopaketteja on kahdenlaisia, maakunnallisia ja kansallisia, joista ensin nimetty on järjestäjän vastuulla ja jälkimmäinen valtakunnallisesti koordinoitu.

Moduuleihin rakentuvilla paketeilla voidaan muun muassa seurata palvelujen riippuvuussuhteita ja minimoida palvelujen osaoptimointia. Lisäksi tietopaketit auttavat tarkastelemaan kokonaisuuksia. Mallin vahvuus on, että se tuottaa vertailutietoa päätöksenteon tueksi. Esimerkiksi vertailemalla pakettien, toimintojen ja palvelujen kustannuksia alueittain tai tuottajittain, voidaan löytää ne kokonaisuudet, jotka vaativat muita enemmän kehittämistä. Sote-tietopaketit täyttävät useita raportoinnin kriteereitä, ja niitä on voitava vertailla kokonaisuutena maakunnittain ja valtakunnallisesti. Asiakkaat lasketaan mukaan vain kerran (vrt. <sup>25</sup>).

Integroitu toiminta luo kokonaan uudenlaisia mahdollisuuksia tiedon käsittelyyn. Tiedonhallinnan, toimintatapojen ja yhteistyön näkökulmasta on tärkeää selvittää ja määritellä toimijoiden tiedon tarpeet erilaisissa palvelutapahtumissa. Tämä onnistuu muun muassa kartoittamalla sidosryhmiä, teknisesti sidosryhmien järjestelmiin kirjaamia tietoja, olemassa olevaa hiljaista tietoa, sidosryhmien välillä olevia toimintaprosesseja ja niiden solmukohtia sekä mahdollisia, sidosryhmien välisiä tiedonsiirron ongelmia. Voidaan kysyä esimerkiksi, mitä olemassa olevaa tietoa tarvitaan ja mitä tietoa palvelutapahtumassa syntyy. Missä tietojärjestelmässä olemassa oleva tieto on tai mihin uusi tieto tallennetaan? Mitkä sidosryhmät syntyvät tietoa tarvitsevat? Mitä osaamista tarvitaan?

## **lääkäiden palvelukokonaisuus ja sote-tietopaketit: tarkastelua palvelujen järjestäjän, tuottajan ja asiakkaan näkökulmasta**

### *Sitran sote-tietopaketin mittarit*

Sote-tietopaketin mittarit ovat arviointivaiheessa ja niitä testataan keväällä 2017 testimaakunnissa. Tässä hankkeessa kuvataan tietojohtamisen roolia erilaisten mittareiden avulla esimerkinomaisesti kolmella tasolla: strategisen tason, operatiivisen tason ja asiakastason mittariston avulla.

Testimittareiden valinta pohjautuu sote-tietopakettikohtaisten asiantuntijoiden linjauksiin, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kokoamiin indikaattoreihin palvelujärjestelmän laadun ja vaikuttavuuden mittaamista kehitettäessä sekä kustannus- ja vaikuttavuustyöryhmän väliraportin linjauksiin. Mittareiden sote-tietopakettikohtaisessa valinnassa on pyritty näkökulmiin: palvelujärjestelmän toimivuus integraation näkökulmasta ja yleinen toimivuus, laatu, vaikuttavuus ja uudistumiskyky. Kustannusvaikuttavuus tulee sote-tietopakettikohtaisessa kustannus- ja toimintavertailussa mukaan ja yhdistyy esitettyihin mittareihin. Tarkastelu mahdollistaa näkymän, millä kustannuksilla laatu ja vaikuttavuus ovat syntyneet.

Mittareita on vaikea tarkkaan luokitella edellä kuvattuihin kategorioihin, koska mittarit menevät osin päällekkäin. Siksi esitystapa on sote-tietopakettihierarkian mukainen ja jaoteltu vain laatua (laatu sisältää järjestelmän toimivuuden), vaikuttavuutta ja uudistumiskykyä kuvaaviin mittareihin. Laatuindikaattorit tuottavat tietoa palvelujen käytöstä, hoidon ja palvelun tar-

<sup>25</sup> Sitra 2016

peenmukaisuudesta ja laadusta. Vaikuttavuusindikaattorit tuottavat pääosin tietoa palvelujen pitkällä aikavälillä tuottamasta terveyshyödystä. Mittareista osa onkin tulevaisuuden mittareita. Niiden osalta tarvitaan joko tallennuksen tarkentamista, asiakastietojärjestelmien strukturointia tai muuta määrittelyä. Osa mittareista vaatii kansallista päätöstä, mikä mitausmenetelmä otetaan käyttöön. Tällaisia ovat asiakastyytyväisyys sekä toimintakykyyn ja elämänlaatuun liittyvät mittarit. Eksoten osalta arvioitavana ovat hoito- ja hoivatietopaketin sekä kuntoutuksen sote-tietopaketin mittarit. Hoito- ja hoivatietopakettiin kuuluu koko pakeitin kattavia mittareita: asiakas- ja palveluohjaukseen, vanhusten terveydenedistämiseen, omaishoidon tukeen, kotiin vietäviin tai kotona asumista tukeviin palveluihin, ympärivuorokautiseen hoitoon sekä kuntoutus- ja akuuttiosastohoitoon liittyviä mittareita.

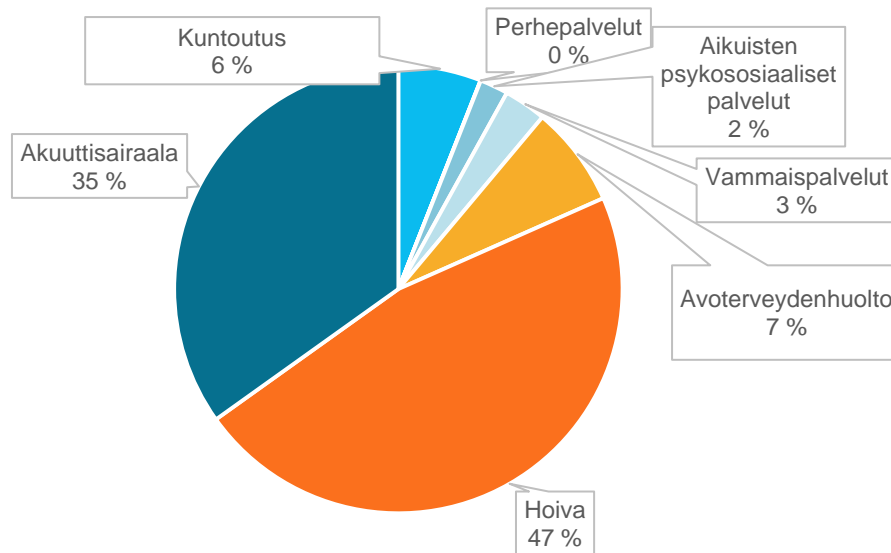
#### Mittareiden tulokset

Taulukossa 2. on esitetty iäkkäiden, yli 65-vuotiaiden kaikki heidän käyttämien sote-palvelujen kustannukset ja asiakasmäärät palvelualueittain Tämän ryhmän kustannukset ovat 50 % kokonaiskustannuksista, mutta 29 % palvelunkäyttäjistä ja akuuttisairaalan asiakkaista iäkkäiden ryhmä on 32 % kaikista asiakkaista. Kuvassa 4 on tarkasteltu yli 65-vuotiaiden käyttämien palveluiden kustannusten jakautumista eri palvelujen välillä. Kustannuksista lähes puolet 47 % muodostuu hoivan palveluista (ennaltaehkäisy, kotihoito ja asumispalvelut) ja 35 % kertyy akuuttisairaalan kustannuksista.

#### Taulukko 2. Iäkkäiden sote-palvelujen kustannukset ja asiakasmäärät Eksotessa vuonna 2015

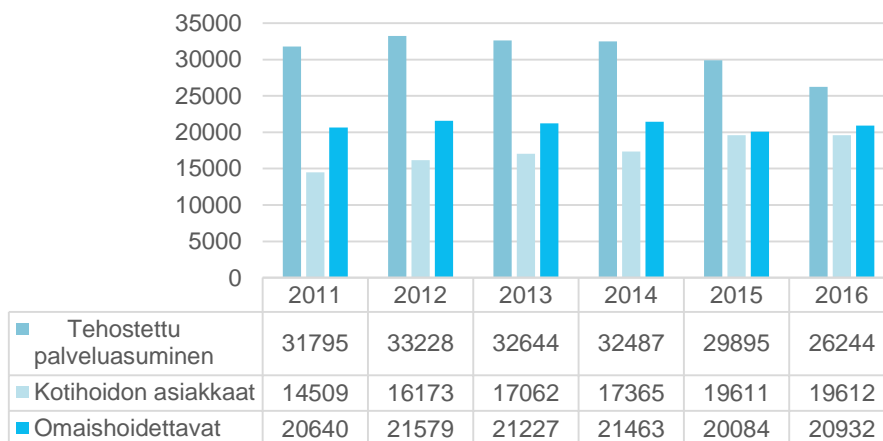
	Asiakas lkm (65+)	Kustannukset (65+)	Asiakas lkm yhteensä	Kustannukset yhteensä	65+- % (Asiakas lkm)	65+- % (kustannukset)
<b>Kuntoutus</b>	5 400	11 861 760	13 473	19 885 807	40 %	60 %
<b>Perhepalvelut</b>	514	49 841	25 287	28 889 620	2 %	0 %
<b>Aikuisten psykosos. palvelut</b>	1 695	4 062 154	13 032	36 677 280	13 %	11 %
<b>Vammaispalvelut</b>	760	6 076 139	1 829	26 900 972	42 %	23 %
<b>Avoterveydenhuolto</b>	20 965	14 409 605	70 347	36 441 518	30 %	40 %
<b>Hoiva</b>	11 533	92 889 981	13 658	99 151 786	84 %	94 %
<b>Akuuttisairaala</b>	18 294	69 267 940	57 578	149 753 003	32 %	46 %
<b>Yhteensä</b>	<b>30 444</b>	<b>198 617 420</b>	<b>104 556</b>	<b>397 699 987</b>	<b>29 %</b>	<b>50 %</b>

**Kuva 4. Yli 65-vuotiaiden asiakkaiden palvelujen käyttö Eksotessa vuonna 2015**



**Kuva 5. Hoivapalvelujen asiakkaiden kokonaiskustannukset ja kaikkien palvelujen käyttö vuosina 2011–2016 asiakasta kohden**

Toimintakulut per asiakas eri asiakasryhmissä (Sote-palvelut yhteensä)



Kuvassa 5 on havainnollistettu keskeisimpien iäkkäiden palvelujen käyttäjien (tehostetun palveluasumisen, kotihoidon ja omaishoidon asiakkaat) sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintakuluja asiakasta kohden vuodessa ajanjaksolla 2011–2016 Eksotessa. Suurimmat asiakaskohtaiset kustannukset ovat edelleen tehostetussa palveluasumisessa (26 244–33 228 €/v) vaikka trendi on ollut laskeva. Kotihoidon asiakkaiden kokonaiskustannukset ovat asiakasta kohden matalimmat (14 509–19 612 €/v). Kuluissa näkyy nousua, joka on tasaantunut

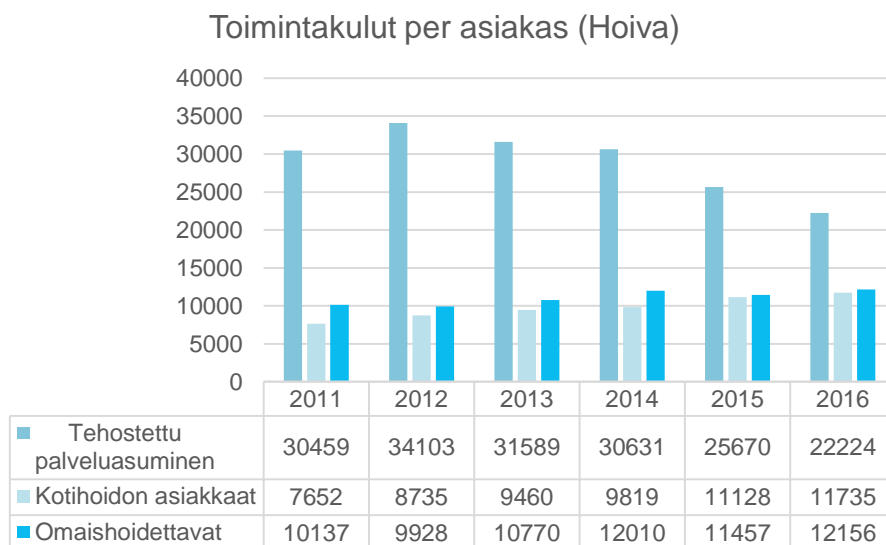
viimeisten kahden vuoden aikana. Kotihoito on ollut kehittämisen keskiössä ja se näkyy myös kustannuksissa. Vaikka omaishoito on ollut myös kehittämisen kohteena, ovat omaishoidon kulut pysyneet melko tasaisena vaihdellen 20 084–21 579 €/v.

Kuvissa 6a-e on kuvattu hoivapalvelujen asiakkaiden (tehostettu palveluasuminen, omaishoito ja kotihoito) hoivan ja muiden palvelujen (akuuttisairaala, vammaispalvelut, avoterveydenhoito ja kuntoutus) osuutta toimintakuluista (asiakas/vuosi). Kaikkien ryhmien asiakkaat tarvitsevat useita palvelukokonaisuuksia. Hoivapalvelujen kuluihin sisältyy tehostetun palveluasumisen hoitopäiväkulut, kotihoidon henkilöstö, matkakulut ja muut kotihoidon kulut sekä omaishoitoon palkkiot ja vapaapäiväkulut. Muiden kuin hoivapalvelujen osuus on suurinta kotihoidon ja omaishoidon asiakkailla, noin 37–40 % kokonaiskuluista. Tehostetussa palveluasumisessa muiden palvelujen osuus on pienin, noin 15 %.

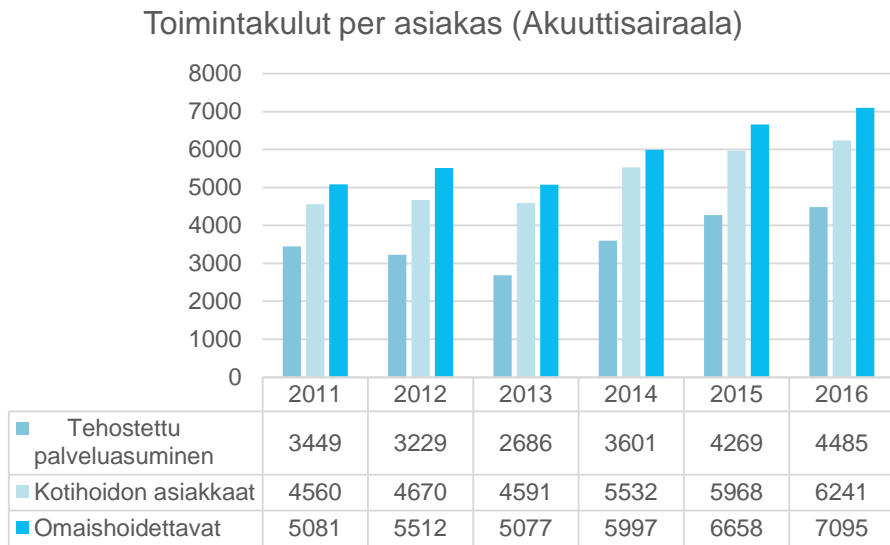
Sote-kulujen lisäksi myös esimerkiksi asumisen ja lääkehoidon kustannukset vaikuttavat yhteiskunnan ja asiakkaiden toimintakuluihin. Lääkehoidon kustannukset arvioitiin yhteisessä tutkimushankkeessa Kelan kanssa. 65 vuotta täyttäneiden lääkehoidon kustannukset Etelä-Karjalassa (Eksoten ja Kelan kulut yhteensä) ovat 18,5 miljoonaa euroa (kuva 7).

Tarkasteltaessa asiakaskohtaisia kokonaiskuluja erilaisilla palvelurakenteilla ja verratessa Eksoten rakenteen kustannuksia valtakunnalliseen rakenteeseen (taulukko 1 sivulla 7, vuoden 2015 tiedot), ovat sote-toimintakulut Eksoten (väestöpohja n. 132 000) palvelurakenteella noin 1,85 miljoonaa € vuodessa edullisemmat kuin valtakunnallisella keskiarvorakenteella. Lisäksi malliin sisältyy palveluja 15 asiakkaalle enemmän kuin vertailurakenteessa. Hoivapalvelujen osalta rakenne on kuluiltaan noin 3,5 miljoonaa edullisempi kuin valtakunnallinen rakenne. Jos vastaavan eron skaalaa koko Suomen mittakaavaan, laskennalliseksi eroksi syntyy kokonaiskuluissa noin 47 miljoonaa euroa/vuosi ja hoivapalvelujen osalta 138 miljoonaa euroa/vuosi. Lisäksi palvelujen piiriin mahtuisi noin 3 000 asiakasta enemmän.

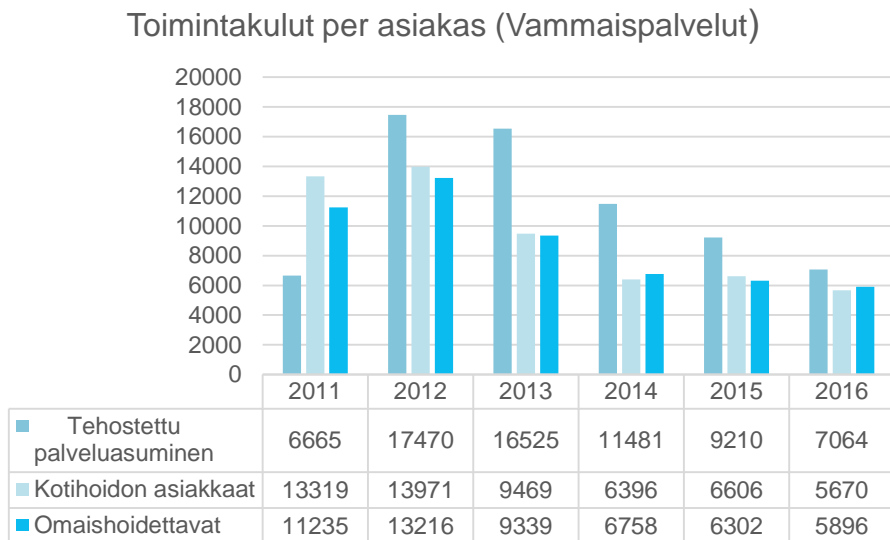
### Kuva 6a. Hoivapalvelujen asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset/asiakas 2011–2016 hoivapalveluissa



**Kuva 6b. Hoivapalvelujen asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset/asiakas 2011–2016 akuuttisairaalassa**

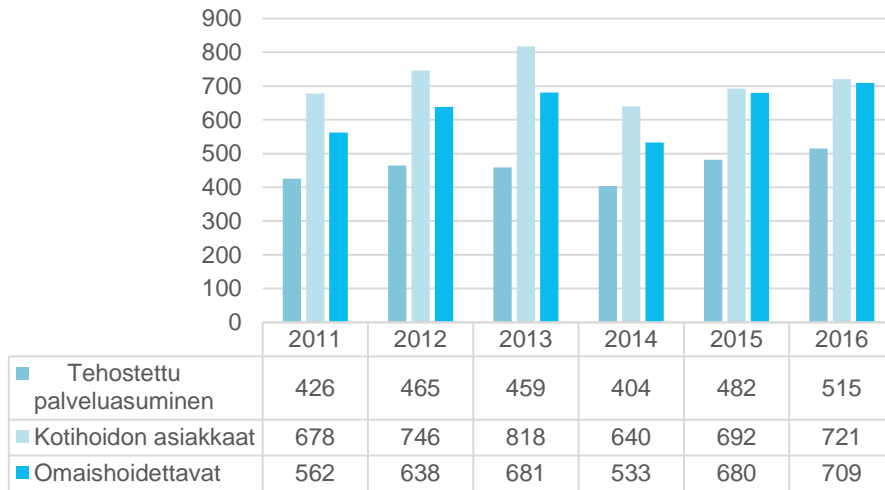


**Kuva 6c. Hoivapalvelujen asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset/asiakas 2011–2016 vammaispalveluissa**



**Kuva 6d. Hoivapalvelujen asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset/asiakas 2011–2016 avoterveydenhuollossa**

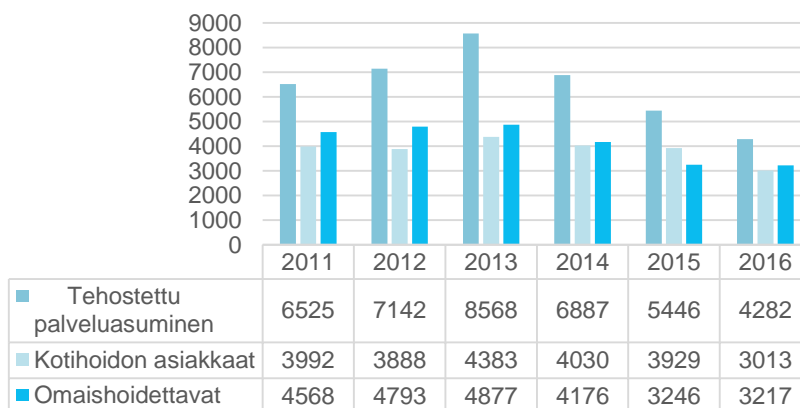
Toimintakulut per asiakas (Avoterveydenhuolto)



Kaikkia hoivan palvelumuotoja tarvitaan. Tärkeintä on löytää palvelurakenne, joka mahdollistaa palvelujen modulaarisen ja saumattoman integraation. Tiedon reaaliaikainen saatavuus, älykäs analytiikka ja palvelumuotoilu mahdollistavat jatkuvan palvelurakenteen uudistamisen. Jatkuvasti on arvioitava, millaisia muutoksia palvelurakenteeseen tarvitaan. Mitkä ovat iäkkäiden omat toiveet, millaista asiakassegmentointia tarvitaan kustannusvaikuttavan ja elämänlaatua parantavan palvelukokonaisuuden muodostamiseksi?

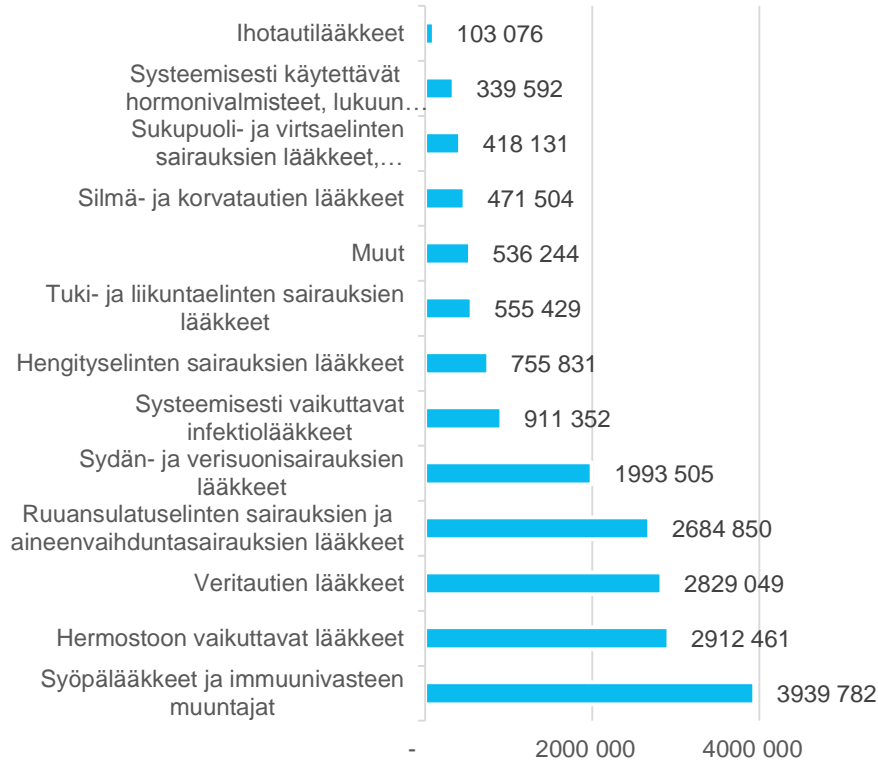
**Kuva 6e. Hoivapalvelujen asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset/asiakas 2011–2016 kuntoutuksessa**

Toimintakulut per asiakas (Kuntoutus)



## Kuva 7. Hoivan (laitoshoito, palveluasuminen ja kotihoito) asiakkaiden lääkehoidon kokonaiskustannukset (Eksote ja Kela)

Hoivan asiakkaiden lääkekustannukset (brutto), yht  
18,5 m€



Lisätietoa:

Kotona asumista tukevat palvelut 24/7 (2016). Video. Eksote.

<https://www.youtube.com/watch?v=hroF47ax164>

Klemola, K (2015). Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali- ja terveystalouksissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. Väitöskirja. LUT. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-265-859-3>

Klemola, K, Uusi-Ilkainen, J & Askola, T (2014). Sosiaali- ja terveystalouksien tietojohdamisen käsikirja. Sitra.

[https://media.sitra.fi/2017/02/27174607/Sosiaali\\_ ja\\_ terveystalouksien\\_ tietojohdamisen\\_ kas\\_ ikirja-2.pdf](https://media.sitra.fi/2017/02/27174607/Sosiaali_ ja_ terveystalouksien_ tietojohdamisen_ kas_ ikirja-2.pdf)

Sitra (2016). Sote-tietopaketti:

Tiivistelmä: <http://www.sitra.fi/julkaisu/2016/tiedosta-tekoihin>

Loppuraportti: <http://www.sitra.fi/julkaisu/2016/sote-tiedosta-tekoihin>

Käsikirja: <https://www.sitra.fi/julkaisu/2016/palvelupakettikasikirja>



## 2. INTEGROITU PALVELUPOLKU JA ASIAKKUIDEN JOHTAMINEN

*Tarja Viitikko, Riikka Lehmus, Eksote*

### 2.1 Toimintakykyisenä kotona – iäkkään palveluprosessi

#### Keskitetty asiakasohjaus asiakaslähtöisten palvelujen perustana

Keskitetyn asiakasohjauksen tavoitteena on iäkkään osallisuuden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tukeminen sekä ennakoitua tarvelähtöisesti. Palvelujärjestelmän näkökulmasta pyrkimyksenä on tuottaa taloudellisesti vaikuttavia palveluja, laajentaa palveluvalikoimaa ja samalla parantaa asiakkaan valinnanvapautta. Tähän tarvitaan koordinoitua, monialaista yhteistyötä ja palvelujen integrointia julkisen organisaation, kolmannen sektorin toimijoiden ja yritysten kanssa. Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus järjestetään maakunnallisesti/alueellisesti ja moniammatillisesti. Asiakkaan näkökulmasta keskeistä palveluohjauksessa on ”yhden luukun periaate”. Laatusuositus korostaa sitä, että asiakkaan ei tarvitse itse tietää, mitä ja mistä palvelua haetaan, vaan yksi yhteydenotto riittää. Keskitetyn ohjauksen tarkoituksena on sujuvoittaa palveluiden hakemista ja kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan. Toiminta sisältää neuvonnan ja ohjauksen, myönnettyjen palvelujen koordinaation sekä laadun ja toteutuksen seurannan<sup>26, 27, 28</sup>.

#### Etelä-Karjalan maakunnan alueen asiakasohjauksen malli, case Eksote

Keskitetyn asiakasohjauksen avulla hallitaan asiakkuuksia ja koko palveluprosessia (kuva 8). Palveluprosessin vaiheet ovat: palveluneuvonta ja -ohjaus, monialainen palvelutarpeen arviointi (sisältäen palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin ja kotiutuksen), kuntouttava arviointijakso sekä kuntouttava kotihoito. Uuden asiakkaan palveluprosessi käynnistyy yhdenmukaisesti, sisäänvalo on ”yhdestä ovesta”. Ensimmäinen yhteydenotto ohjataan yhteen palvelunumeroon tai kontaktointi asiakasohjausyksikköön, jossa keskitetysti arvioidaan, mitä ohjausta tai palveluja asiakas tarvitsee. Mikäli palveluneuvonta ja -ohjaus eivät riitä, asiakkaalle tilataan kotikäyntinä moniammatillinen palvelutarpeen arviointi. Lopputuloksena voidaan käynnistää tarpeenmukaisia tukitoimia tai kuntouttava arviointijakso (tarkempi kuvaus luvussa 2.2). Kuntouttavan arviointijakson jälkeen arvioidaan säännöllisen kotihoidon tarve ja tehdään päätös kotihoidon asiakkuudesta.

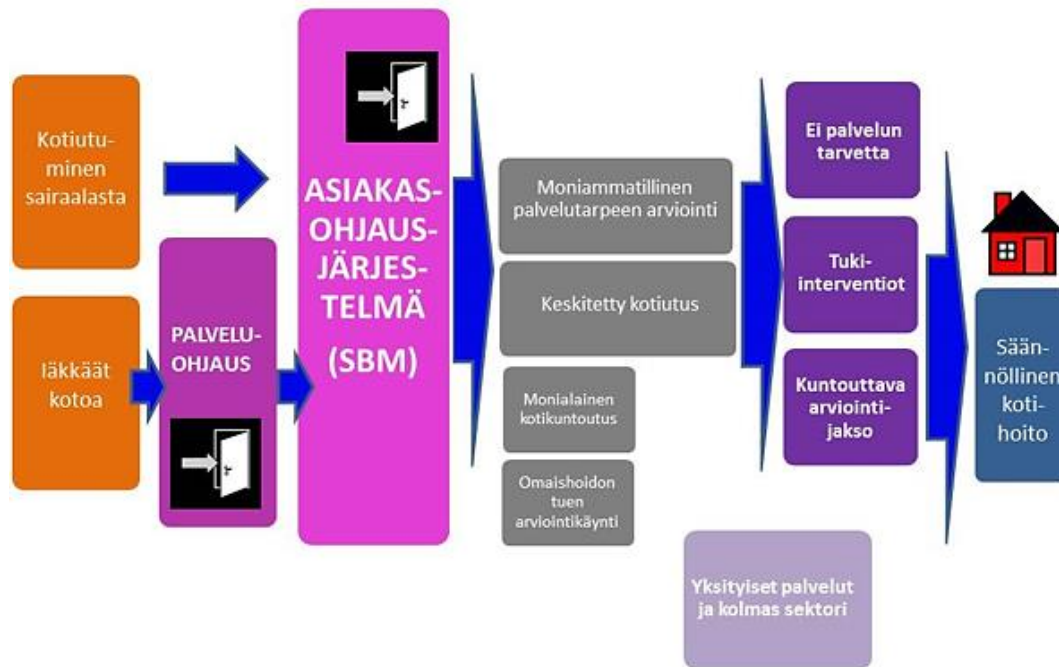
Keskitetyn asiakasohjauksen käytössä on sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä, jonka välityksellä asiakas ohjautuu tarpeensa mukaisesti palveluprosessissa seuraavaan vaiheeseen. Järjestelmä varmistaa asiakasasian viiveettömän käsittelyn ja vastuuhenkilön nimeämisen. Lisäksi järjestelmään kirjautuvat tiedot prosessin vaiheista ja tehdyistä toimenpiteistä sekä prosessin lopputuloksesta. Tarvittava ja oleellinen tieto asiakkaan tilanteesta on ammattilaisten käytettävissä, jolloin vältetään päällekkäisiltä toimenpiteiltä ja voidaan hyödyntää olemassa olevaa tietoa esimerkiksi asiakkaan toimintakyvystä. Järjestelmästä saatavien raporttien avulla pystytään seuraamaan prosessin kulkua ja vaikuttavuutta.

<sup>26</sup> STM 2017

<sup>27</sup> STM 2016

<sup>28</sup> Voutilainen ym. 2016

Kuva 8. läkkäiden palveluprosessi Eksotessa vuonna 2017



### Palveluneuvonta ja -ohjaus

lääkkäiden palveluneuvontaa ja -ohjausta toteutetaan ”matalan kynnyksen periaatteella” joko kunnan Hyvinvointiasemilla ja Iso apu -palvelukeskuksessa. Iso apu -palvelukeskus on ikäihmisten ja vammaisten maakunnallinen palvelukeskittymä ja asiakasohjausyksikkö. ”Matalalla kynnyksellä” tarkoitetaan helppoa ja sujuvaa asiointia eri palveluissa ja asiointikanavissa. Palveluneuvontaa ja -ohjausta annetaan puhelimitse, sähköisesti ja kasvokkain kohdatessa. Palvelutuokion tavoitteena on tuottaa ratkaisu asiakkaan ongelmaan tai tarpeeseen. Keskeistä on voimavaroja tukeva ja motivoiva kohtaaminen.

Palveluneuvonta- ja ohjaus koostuu tiedon jakamisesta tai etsimisestä sekä palveluihin tai palveluissa ohjaamista. Kohteena voivat olla organisaation omat palvelut, muut kuntien ja viranomaisten palvelut sekä kolmannen sektorin ja yritysten palvelut. Palveluohjaaja toimii ensikontaktina asiakkaan palveluprosessissa. Yksilöllisen tarveharkinnan ja alkukartoituksen perusteella hän voi käynnistää asiakkaan palvelutarpeen arviointiprosessin joko kiireellisenä tai kiireettömänä.

Iso apu -palvelukeskukseen on keskitetty ikääntyvien ja vammaisten neuvonta ja -ohjaus, palvelutarpeen arviointi, sosiaalityö, sosiaalihuoltolain ja vammaispalvelulain mukaiset tukipalvelut sekä omais- ja perhehoidon palvelut. Muita palveluja tai sieltä käsin koordinoituja palveluja ovat kotikuntoutus, veteraanineuvonta, tehostettu kotisairaanhoido, SAS-toiminta sekä muistikoordinaattorien palvelut. Yksityisille palveluntuottajille ja yrittäjille annetaan neuvontaa ja ohjausta yritys- ja palvelusetelitoimintaan liittyvissä asioissa.

Matalan kynnyksen vastaanotto toimintana tarjotaan terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palveluja. Käytössä on erityisesti ikääntyneiden tarpeisiin suunniteltu liikuntasali, jossa järjestetään ryhmäkuntoutustoimintaa erilaisille asiakasryhmille sekä yksilöohjausta liikkumiseen ja kuntosalilaitteiden käyttöön. Iso apu -palvelukeskuksessa on myös ”Toimiva huusholli” -esittelykoti, jossa asiakkailla, ammattilaisilla, opiskelijoilla tai vierailijoilla on mahdollisuus tutustua esteettömään asuntoon sekä apuvälineisiin ja teknologisiin ratkaisuihin.

lääkäiden terveyttä ja hyvinvointia edistävänä toimintana järjestetään ryhmämuotoisia tapaamisia, joissa annetaan tietoa muun muassa terveyden edistämiseen, liikunta- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen, asumiseen, kodin turvallisuuteen, sosiaalisiin verkostoihin ja osallistumiseen. Nämä tilaisuudet kohdennetaan tällä hetkellä 75-vuotiaiden ikäryhmälle.

## Palvelutarpeen arviointi

Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on parantaa iäkkään edellytyksiä asua kodissaan ja turvata tarpeenmukaiset, oikea-aikaiset ja riittävät palvelut. Samalla hyvinvointia ja terveyttä edistetään ehkäisevän neuvonnan ja ohjauksen avulla ja puututaan ennakoiden arjen selviytymistä uhkaaviin riskitekijöihin. Ikäihmisten palvelutarpeen arviointi koskee sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja, kuten koti- ja asumispalveluja, omaishoidon tukea, laitoshoidon sekä sosiaalihuollon erityislakien mukaisia palveluja, kuten vammaispalveluja, päihdehuollon palveluja ja toimeentulotukea. Palvelutarvetta arvioidaan tarvelähtöisesti ja kokonaisuutena, jossa huomioidaan julkisen, kolmannen sektorin ja yksityisten palvelutuottajien palvelutarjonta. Laaja-alaiseen palvelutarpeen arviointiin osallistuvat asiakkaan kannalta keskeiset asiantuntijat. Asiakkaan näkemys, toiveet ja mielipiteet ovat arvioinnin lähtökohtana.

lääkäiden palvelutarpeen arviointia on Etelä-Karjalassa kehitetty vuodesta 2012 alkaen. Lähtökohtana on ollut asiakkaalle tarjottavan arviointipalvelun laatu, yhdenmukaisuus ja tasavertaisuus koko maakunnan alueella. Palvelujärjestelmän näkökulmasta tavoitteena on ollut palvelurakenteen keventäminen ehkäisemällä raskaampien palvelujen (säännöllinen kotihoito ja ympärivuokautinen hoiva) tarvetta. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi toiminta on keskitetty ja vakioitu, mutta sitä tuotetaan lähellä asiakkaita. Keskeistä mallissa on kuntoutus ikääntyneen tukena palveluprosessin jokaisessa vaiheessa. Uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointi keskitettiin palvelutarpeen arviointitiimille vuonna 2014. Runsaan vuoden kokemuksen ja näytön pohjalta käynnistettiin keskitetyn kotiutuksen tiimi vastaamaan uusien asiakkaiden onnistuneesta kotiutumisesta (tarkempi kuvaus luvussa 2.2).

Laaja-alainen palvelutarpeen arviointi toteutetaan kiireellisyyden perusteella välittömästi tai 3-7 vuorokauden sisällä asiakkaan, omaisen tai viranomaisen yhteydenotosta. Arviointikäynnillä kartoitetaan asiakkaan toimintakykyä, terveydentilaa, asumista, asuinympäristöä, sosiaalisia verkostoja ja palvelujen saatavuutta sekä omaisten/läheisten osallistumista. Käynti tehdään moniammatillisena yhteiskäyntinä. Palveluohjaajan työparina on pääsääntöisesti fysioterapeutti, mutta tarvittaessa myös sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja tai muistikoordinaattori.

Keskeistä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa on ennakoida toimintakykyyn ja terveydentilaan kohdistuvat riskitekijät sekä tunnistaa asiakkaan voimavarat ja kuntoutumisen mahdollisuudet. Lisäksi arvioidaan apuvälineiden ja kodin muutostöiden tarvetta. Kotikäynnillä asiakas ja omainen saavat monipuolista ohjausta myös toimintakyvyn ylläpitämiseen ja ravitsemukseen. Mikäli käynnillä todetaan tarve kotihoidon palveluille, käynnistetään kuntouttava arviointijakso (4-6 viikkoa). Arviointijakson tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen paraneminen kuntoutumista tukevilla toimenpiteillä ja kuntoutuksen interventioilla. Arviointijakson aikana huomioidaan myös etäyhteyspalvelujen soveltuvuus. Kuntouttavan arviointijakson jälkeen tehdään moniammatillinen yhteispäätös yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa kotihoidon palvelujen jatkumisesta tai päättymisestä. Vastavasti ympärivuorokautisen hoidon ja asumisen tarve arvioidaan keskitetysti yhteistyössä SAS-toiminnan kanssa.

## Hyödyt ja tulokset

Keskitetty asiakasohjauksen toimintamalli, arvioinnin laaja-alaisuus ja moniammatillisuus ovat parantaneet asiakkaan saaman arviointipalvelun laatua ja tasavertaisuutta koko maakunnan alueella. Palvelut kohdentuvat oikea-aikaisesti ja asiakkaan tarpeisiin voidaan vastata paremmin. Palvelukokonaisuuden suunnittelussa huomioidaan koko palvelujärjestelmän tarjoamat mahdollisuudet.

Yhdistetty palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointi sekä kotikuntoutuksen moninaiset interventiot ovat tuoneet lisäarvoa asiakkaalle sekä parantaneet ikääntyneen arjessa suoriutumista ja turvallista kotiutumista.

Asiakkaan integroidun palvelupolun kokoamisessa keskeinen väline on asiakassuunnitelma. Hyvä asiakassuunnitelma lähtee asiakkaan tarpeista ja kokoaa asiakkaan itsensä asettamat tavoitteet arkea tukevaksi kokonaisuudeksi. Suunnitelma ohjaa onnistuessaan kaikkia palvelukokonaisuudesta vastaavia toimijoita, asiakkaita itseään, omaisia ja yksityisiä ja julkisia palveluntuottajia sekä järjestöjä toimimaan asiakkaan tavoitteita tukien.

Asiakassuunnitelma sisältää toimintakykysuunnitelman. Hyvä toimintakykysuunnitelma on laadittu monialaisesti yhteistyössä kuntoutujan kanssa. Siinä on kuvattu kuntoutujan toimintakyky huomioiden hänen terveydentilansa sekä toimintakykyyn ja/tai kuntoutumiseen vaikuttavat yksilö- ja ympäristötekijät. Suunnitelmassa on kirjattuna tavoitteet perusteluineen sekä kuntoutuksen toteuttamisen suunnitelma aikatauluineen.

## 2.2 Kotikuntoutus palvelupolun kaikissa vaiheissa

### Kotikuntoutus asiakkaan tukena palvelupolun kaikissa vaiheissa

Kotikuntoutusta on kehitetty Eksotessa osana kokonaisstrategiaa ja kotihoitoa vuodesta 2010. Kotikuntoutuksen prosessi on merkittävä osa asiakasprosesseja. Kotikuntoutus pyrkii olemaan mukana palvelupolun jokaisessa vaiheessa mahdollisimman varhain. Sen tavoitteena on mahdollistaa hyvä elämänlaatu ja itsenäinen kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään.

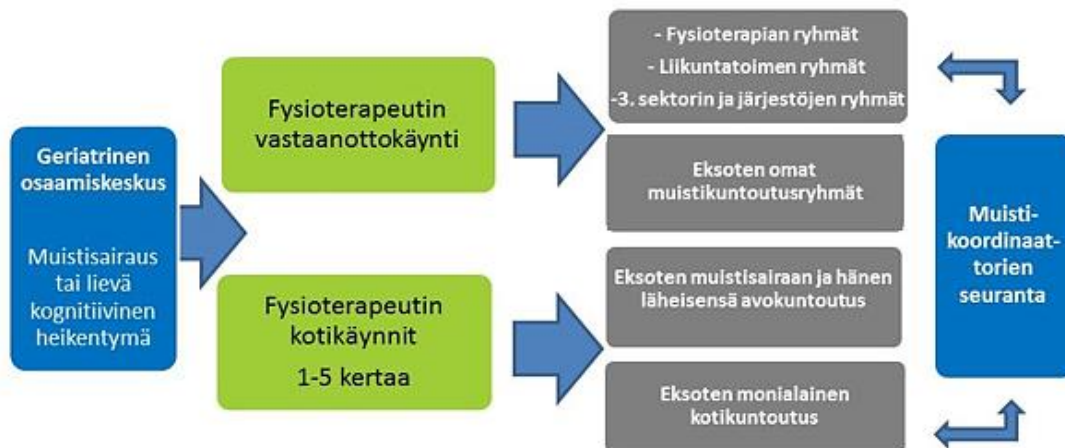
Kotikuntoutus tuottaa varhaisen puuttumisen palveluja tarjoamalla esimerkiksi lähivastaanottoa Iso apu -palvelukeskuksissa palveluohjauksen prosessin kautta. Näin kotona selviytymiseen ja asiakkaan toimintakyvyn heikkenemiseen voidaan puuttua varhain. Kotikuntoutuksen oma sähköinen ja puhelimitse tapahtuva palveluohjaus kansalaisille mahdollistaa myös varhaisen vaiheen ohjauksen ja tarvittavan kuntoutuksen. Hyvinvointiasemilta ohjautaan usein lääkäreiden, sairaanhoitajien ja palveluohjaajien kautta varhaisen vaiheen kotikuntoutusprosessiin.

Kotikuntoutus on merkittävä osa myös omaishoidon sekä muistikuntoutuksen varhaisen vaiheen prosessia. Esimerkiksi muistikuntoutuksen prosessi on käyty läpi Lean -prosessina ja sen tulemana diagnoosin saantia on nopeutettu sekä kuntoutukseen pääsyä on systemaattisesti varmistettu. Prosessi on toteutettu kevään 2017 aikana Eksoten omana toimintana. Muistiasiakkaan kuntoutuspolku on havainnollistettu kuvassa 9.

Kaikki omaishoidon tuen arviointikäynnit tehdään moniammatillisesti ja kotikuntoutuksen henkilöstö on niissä mukana. Molemmista prosesseista käynnistetään kotikuntoutuksen interventiot aina tarpeen mukaan. Omaishoidon arvioinnissa keskitytään paljon palveluohjaukseen ja tehdään pidemmän tähtäimen suunnitelmaa toimintakyvyn näkökulmasta. Myös

kodin esteettömyyden arviointi on keskeistä. Kuntatasolla tehdään järjestöyhteistyötä säännöllisesti terveyden edistämisen teemalla. Vapaaehtoisten ja vertaistoimijoiden toimintaa tuetaan liikuntaystävien kouluttamisella ja koordinoinnilla kaikissa kunnissa. Voimaharjoittele- sekä vertaisryhmiä järjestetään kaikissa kunnissa ikääntyneille, omaishoitajille ja muistikuntoutujille.

**Kuva 9. Muistiasiakkaan kuntoutuspolku Eksotessa vuonna 2017**



### Kuntoutustarpeen arviointi osana palvelutarpeenarviointia

Palvelutarpeen arvioinnin prosessi on keskeinen kotikuntoutuksen painopistealue tällä hetkellä. Kaikki palvelutarpeen arvioinnit tehdään moniammatillisesti ja näin taataan kuntoutustarpeen arviointi sekä asumisen esteettömyyden arviointi jokaiselle prosessiin tulevalle. Myös omaishoidon tuen arvioinnin prosessi sekä SAS-prosessi ovat moniammatillisia.

Kuntoutus- ja palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tehdään aina toimintakykysuunnitelma (entinen kuntoutumissuunnitelma) yhdessä kuntoutujan ja läheisten kanssa. Suunnitelman lähtökohdina ovat aina kuntoutujan arjen tavoitteet. Siihen kuvataan asiakkaan jäljellä olevaa toimintakykyä, voimavaroja ja omatoimisuutta sekä keinot kuntoutujan tavoitteiden saavuttamiseksi. Toimintakykysuunnitelmaan kirjataan myös läheisten osallistuminen. Niin suunnitelman laadintaan kuin sen päivittämiseen osallistuu kuntoutujan ja läheisten lisäksi kotihoito. Tavoitteet asettaa aina kuntoutuja itse. Tavoitteista halutaan mahdollisimman konkreettisia. Tavoitteiden saavuttamiseksi tärkeää on yhteistyö toimintaterapeutin, sairaanhoitajien, kotihoidon, kuntoutujan ja läheisten kanssa.

### Keskitetty kotiutus

Keskitetty kotiutus on yksi akuuteista palvelutarpeen arvioinnin toiminnoista (kuva 10). Toiminnalla turvataan sairaalasta kotiutuvien, uusina kotihoitoon tulossa olevien asiakkaiden kotiutuminen. Toiminta on aloitettu keväällä 2015 Eksoten omana pilotointina ja sen jälkeen laajennettu toimivaksi sekä Lappeenrannan että Imatran alueilla.

Keskitetyssä kotiutuksessa fysio- ja toimintaterapeutit muodostavat tiimin sairaanhoitajien ja kuntouttavien lähihoitajien kanssa. Laaja-alaisen, moniammatillisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakasta tuetaan selviytymään itsenäisesti kotona tai häntä tuetaan erilaisin

kuntoutuksen tukikäynnein. Tarvittaessa käynnistetään tilapäinen kotihoito eli neljästä kuu-teen viikon kuntouttava arviointijakso. Tämän aikana kuntouttavat lähihoitajat sekä fysio- ja toimintaterapeutit tukevat kuntoutujan omatoimisuutta sekä turvallisuudentunteen että toimintakyvyn parantumista. Usein kotiutumisen yhteydessä käynnistetään myös *moniammatil-linen kotikuntoutusjakso*, jos kuntoutustarvetta on enemmän. Mikäli kuntouttava arviointijakso käynnistetään, toimitaan silloin yhteistyössä kotihoidon vastuuhoitajan, sairaanhoitajan ja koko tiimin kanssa. Tavoitteena on asiakkaan osallistaminen arkeen, toimintakyvyn ja elä-mänlaadun parantuminen sekä palvelutarpeen vähentyminen. Arviointijakson päätteeksi tehdään yhteinen päätös (kielteinen tai myönteinen) säännöllisestä kotihoidosta. Tiimiä joh-detaan moniammatillisesti yhteistyössä Hoivan ja Kuntoutuksen kesken. Myös tulostavastuu on yhteinen.

## Kuntouttava arviointijakso

Säännöllisen kotihoidon aloittaminen vaatii aina *kuntouttavan arviointijakson* (kuva 10) en-nen päätöksen tekoa. Jakso käynnistyy lakisääteisellä palvelutarpeen arvioinnilla tai keskite-tyn kotiutuksen käynnillä. Arvioinnin perusteella suunnitellaan kotihoidon ja kuntoutuksen tarve yhdessä kuntoutujan ja läheisten kanssa. Jakso kestää enintään kuusi viikkoa. Se toteutetaan yhdessä kotihoidon kanssa. Jakson aikana tuetaan omatoimista selviytymistä arjessa. Jakson päätteeksi arvioidaan kotihoidon ja muiden palveluiden tarvetta moniamma-tillisesti yhdessä asiakkaan, läheisten ja kotihoidon kanssa.

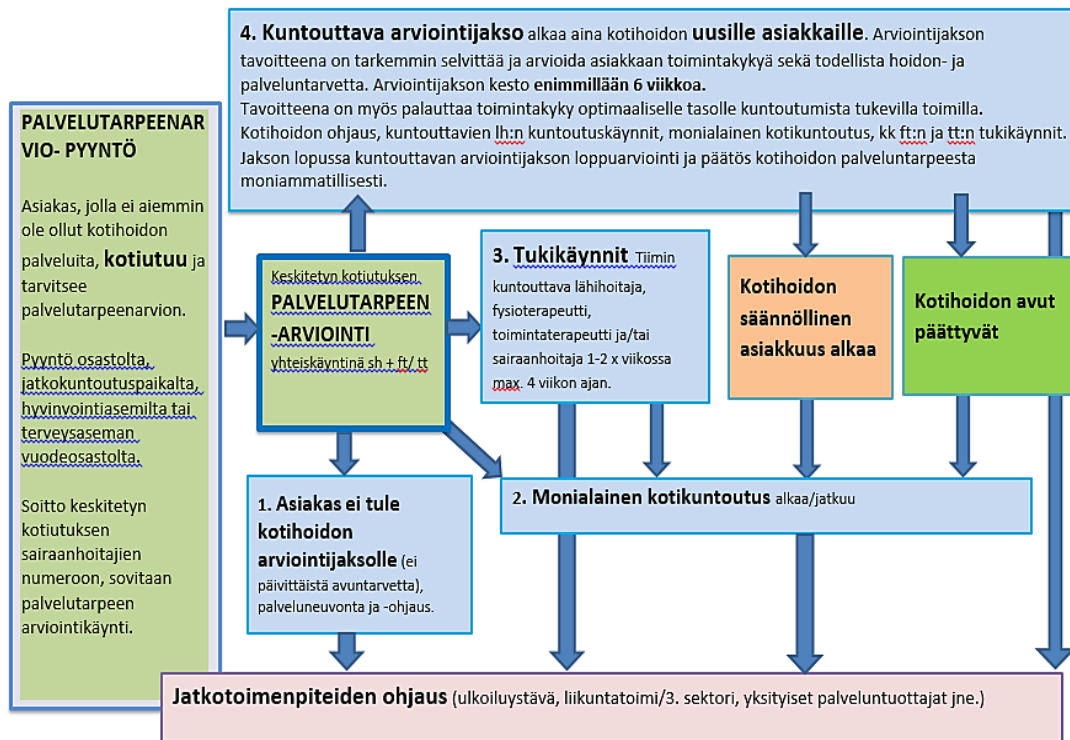
Kaiken keskiössä on päivittäinen konkreettinen avuntarve. Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja kuntouttava lähihoitaja tukevat asiakasta arjessa tarpeen mukaan asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. Asiakkaan luokse tehtävien käyntikertojen määrä vaihtelee tarpeen mukaan. Kuntoutustarve ei välttämättä ole aina fysio- tai toimintaterapiaa, vaan usein arkisten asioi-den harjoittelua liittyen esimerkiksi pukeutumiseen, aamupalan laittoon ja pesuihin. Arviointi-jakson jälkeen päätetään, tarvitseeko kuntoutuja kotihoitoa. Keskitetyn kotiutuksen tiimi arvioi tarvetta yhdessä kuntoutujan, läheisten ja kotihoidon kanssa. Tavoitteena on, että yli puolet kuntoutujista pärjää ilman säännöllistä kotihoitoa jakson jälkeen. Tällä hetkellä toteu-tuma on hieman alle 50 %. Kuntouttavien arviointijaksojen tuloksia on kuvattu kuvassa 11. Kuvassa on kuuden kuukauden kuntouttavat arviointijaksot syksyiltä 2016 Lappeenrannan kotihoidon alueilta. Otoksessa on 256 asiakasta, joista 112 asiakasta jäi säännöllisen koti-hoidon asiakkaaksi. Kaikki kotiutuvat eivät välttämättä aloita arviointijaksoa. Alkukartoituk-sen jälkeen voidaan todeta, että esimerkiksi fysioterapeutin ja kuntouttavan lähihoitajan tekemät kontrollikäynnit riittävät.

Tukijakson tai kuntouttavan arviointijakson päätteeksi moniammatillinen tiimi päättää yhteis-työssä asiakkaan ja tarvittaessa läheisten ja kotihoidon henkilöstön kanssa tarvittavasta tuesta. Kuntoutujan palvelutarpeen perusteella päätetään, tarvitaanko säännöllistä kotihoi-toa. Mikäli kotihoitoon päädytään, on sen tavoitteena tukea kotona selviytymistä. Kotihoidon palveluilla tuetaan asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista hän ei itse suoriudu. Kotihoidon tehtävänä on vanhusten, vammaisten, toipilaiden ja pitkäaikaissairaiden hoito ja palvelut siten, että eläminen kotona on mahdollista turvallisesti. Prosessi on kuvattu kuva-sa 10.

Organisaation näkökulmasta toiminnalla tavoitellaan todellisten asiakkuuksien tunnistamista sekä niiden keston lyhenemistä ja raskaiden palvelujen viivästymistä. Mittareina käytetään muun muassa asiakas- ja omaispalautetta, palvelujen euromääräistä käyttöä vuosittain, kotihoidon asiakkuuksien syntyä, avun tarvetta ja käyntien määrää.



**Kuva 10. Keskitetyn kotiutuksen prosessi**



### Monialainen kotikuntoutus

*Monialaisella kotikuntoutuksella* (kuva 10) tuetaan kotikuntoutuksen tarpeessa olevia kansalaisia kaikissa Eksoten prosesseissa. Tilastollinen painopiste on ikääntyneissä ja sairaalasta kotiutuvissa. Moniammatillinen kotikuntoutus toteutetaan kuntoutujan tarpeiden ja omien tavoitteiden mukaan. Ammatillisina toimivat fysio- ja toimintaterapeutit sekä kuntouttavat lähihoitajat. Tavoitteena on kuntoutujan omatoimisuuden sekä turvallisuuden tunteen tukeminen ja mahdollisimman itsenäinen selviytyminen kotona. Näiden tavoitteiden toteutuminen aikaansaa palvelutarpeen vähentymisen. Kuntoutus toteutetaan intensiivisesti keskimäärin 6 - 8 viikon ajan noin kolmesti viikossa kuntoutujan kotona ja lähiympäristössä. Monialainen kuntoutus on aloitettu Eksoten omana toimintana rakennemuutoksen myötä vuonna 2014.

### Kotihoidon koordinoiva toiminta

*Kotihoidon koordinoiva toiminta* on tärkeä osa-alue kotikuntoutuksessa. Uusien varhaisen puuttumisen mallien ansiosta uudet säännölliset kotihoidon asiakkuudet ovat vähentyneet.

Myös säännölliset asiakkaat tarvitsevat tukea. He ovat entistä pidempään kotihoidossa, joten heidän toimintakykyään pitää tukea säännöllisesti hoitajien ja tarvittaessa kotikuntoutuksen toimin. Kotihoidon koordinoivat terapeutit ohjaavat, perehdyttävät ja kouluttavat kotihoidon henkilöstöä. He huolehtivat kotihoidon asiakkaiden kuntoutus- ja apuvälinetarpeen arvioinnista sekä turvallisesta kotiutumisesta sairaalasta. Tällä toiminnalla tavoitellaan hy-

vää elämänlaatua ja turvallisuuden tunnetta, mutta myös ympärivuorokautisen hoidon tarpeen viivästyistä. Kotihoidon koordinoivaa toimintaa on tehty kehittämistyön alusta alkaen ja edelleen siihen on panostettu paljon. Kotihoidon ohjaaminen ja tukeminen on keskeinen osa kotiin tuotettavien palvelujen strategiaa. Toimintaa on kehitetty Eksoten omana toimintana.

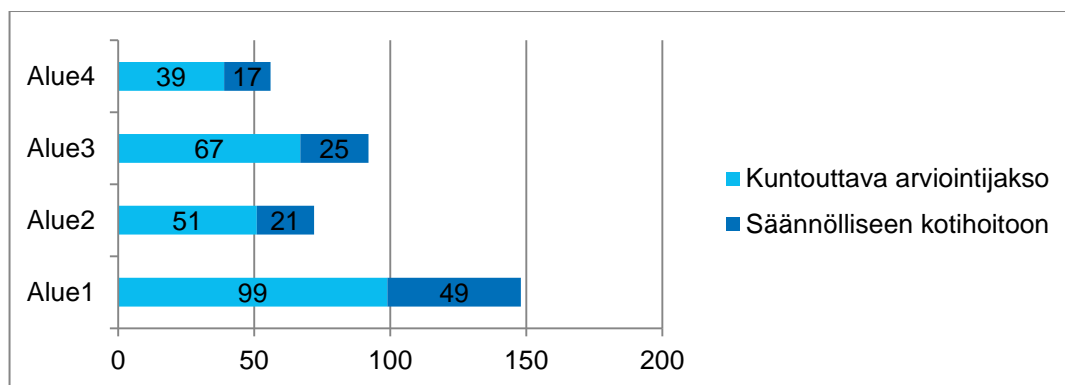
### Kotikuntoutuksen tavoitteet ja tulokset

*Kotikuntoutuksen* tavoitteena ja lähtöajatuksena on ollut alusta lähtien mahdollistaa kuntoutujan turvallinen sairaalasta kotiutuminen tai asuminen sekä vahvistaa häntä toimijana elämässään ja arjessaan. Toimintamallit on koottu kuvaan 12.

Kuntoutuksessa keskeistä on ollut harjoitella kuntoutujalle tärkeitä päivittäisiä toimintoja ja taitoja sekä kannustaa kuntoutujaa osallistumaan arkeen aktiivisena toimijana. Kuntoutusjakson aikana on ohjattu ja tuettu myös läheisiä sekä tehty tiivistä yhteistyötä kotihoidon työntekijöiden kanssa. Kodinmuutostyöt, arjen ja liikkumisen apuvälineet sekä ohjaus ja neuvonta ovat olleet tärkeä osa turvallista kotiutumista ja asumista. Kotikuntoutuksen avulla on mahdollista parantaa kuntoutujien toimintakykyä ja samanaikaisesti vähentää palvelutarvetta (kuva 11). Tästä esimerkkinä on aktiivisen kotikuntoutuksen vaikutus keskitetyn kotiutuksen interventiojaksoilla sekä kuntouttavilla arviointijaksoilla.

Kun kotikuntoutuksen toimintaa käynnistettiin, käytiin tutustumassa toimiviin käytäntöihin, muun muassa toimintaterapeutti-fysioterapeutti -malliin Ruotsissa Boråsissa. Erilaisista malleistakin oppien ja niiden kokemuksia hyödyntäen sekä toimintaympäristöanalyysia hyödyntäen kehitettiin oma toimintatapa (kuva 12). Tausta-ajatuksena vaikutti Eksoten prosessiorganisaatio ja palveluita hajauttava strategia. Työpajoissa ja työkokouksissa sovittiin yhteistyöstä kotihoidon kanssa, muotoiltiin palvelu- ja toimintamallia ”Kehitä – Kokeile” -periaatteella. Viime vuosina kotikuntoutukseen on palkattu lisää fysio- ja toimintaterapeutteja. Myös kotihoito on sitoutunut kuntouttavaan työotteeseen koulutuksen, yhdessä tekemisen ja jatkuvan perehdytyksen avulla. Kotikuntoutuksessa työskentelee 35 henkilötyövuotta erilaisissa prosesseissa. Vuonna 2016 alueella tehtiin 11 000 kotikuntoutuksen käyntiä. Yhteisen palvelutarpeen arviointiprosessin ja kotikuntoutuksen toiminta on ollut erittäin vaikuttavaa. Keskitetyn kotiutuksen toiminta-alueilla uusien jatkuvien kotihoidon asiakkuuksien määrä on vähentynyt yli 50 % verrattuna aikaisempaan toimintatapaan.

**Kuva 11. Otos puolivuotisjaksosta Lappeenrannan keskitetyn kotiutuksen kuntouttavista arviointijaksoista syksyiltä 2016**





**Kuva 12. Kotikuntoutuksen toimintamallit vuonna 2017**

Varhaisen puuttumisen palvelut	Palvelutarpeen arvioinnin prosessit	Keskitetty kotiutus	Monialainen kotikuntoutus	Kotihoidon koordinointi
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ikääntyneiden lähivastaanotto</li> <li>•Omaishoitajien tuki ja kuntoutus</li> <li>•Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ja ryhmätilaisuudet</li> <li>•Muistisairaiden varhaisvaiheen tuki</li> <li>•Yhteistyö järjestöjen ja vapaaehtoisten kanssa (koulutukset, luennot yms.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Moniammatillinen palvelutarpeen arviointi kaikissa prosesseissa:</li> <li>•Lakisääteinen PTA</li> <li>•Keskitetty kotiutus</li> <li>•SAS-arviointi</li> <li>•Omaishoidon arviointiprosessi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Painoistena kotihoitoon tulossa olevien asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen</li> <li>•Moniammatillinen palvelutarpeen arviointi sairaalasta kotiututtaessa</li> <li>•Monialainen kotikuntoutus palvelutarpeen arvioinnin perusteella</li> <li>•Tarvittaessa kuntouttavan arviointijakson (4-6 vk) käynnistäminen ja tukeminen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kuntoutustarpeen arviointi</li> <li>•Kuntoutusjaksojen suunnittelu ja toteutus</li> <li>•Painopiste äkillisissä toimintakyvyn menetyksissä</li> <li>•Intensiiviset kuntoutusjaksot sekä ohjaus ja neuvontakäynnit</li> <li>•Jaksojen kesto 6-8 viikkoa, keskimäärin 3x viikossa</li> <li>•Tärkeää kotihoidon, omaishoitajien ja muiden yhteistyökumppanien tukeminen jakson aikana sekä kuntoutuksen jatkuvuus jakson jälkeen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kotihoidon säännöllisten asiakkaiden kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutusjaksojen suunnittelu sekä tilaus</li> <li>•Sairaalasta kotiutuvien säännöllisen kotihoidon asiakkaiden turvallinen kotiuttaminen.</li> <li>•Apuvälinearviot ja kodin muutostyöt</li> <li>•Hoitajien säännöllinen perehdytys, koulutus ja ohjaus</li> </ul>

### Vaikutusten arviointia

Panostus kotikuntoutukseen on tuottanut tulosta: Etelä-Karjalassa on pystytty merkittävästi leikkaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia muun muassa purkamalla laitoshoidon, ja samaan aikaan kehittämällä voimakkaasti kotiin vietäviä palveluita. On osoitettu, että henkilökuntaa kouluttamalla ja osaamista järkevästi kohdentamalla saadaan asiakkaan ja talouden kannalta paras lopputulos. Eksoten kotikuntoutuksessa on enemmän fysio- ja toimintaterapeutteja kuin muualla julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa Suomessa. Kotikuntoutukseen on palkattu 25 % näitä ammattiryhmiä aiempaa enemmän, mikä käytännössä on tarkoittanut noin miljoonan euron investointia. Tällä lisäyksellä, osaamisen keskittämällä ja prosessien integroinnilla kotihoidon uusien asiakkuuksien määrä on alentunut 56 %, mikä tarkoittaa noin 30 % eli kolmen miljoonan euron kustannussäästöä puolen vuoden seuranta-aikana.

On havaittu erityisen hyviä tuloksia saatavan arvioimalla kuntoutustarve riittävän aikaisessa vaiheessa. Kotikuntoutuksen tavoitteena on mahdollistaa turvallinen sairaalasta kotiutuminen sekä vahvistaa asiakasta toimijana arjessaan. Kuntoutuksessa harjoitellaan päivittäisiä toimintoja ja taitoja sekä kannustetaan osallistumaan arkeen aktiivisena toimijana. Kuntoutusjakson aikana ohjataan ja tuetaan myös läheisiä sekä tehdään tiivistä yhteistyötä kotihoidon kanssa, jos kuntoutuja on kotihoidon asiakas. Kodinmuutostyöt, arjen- sekä liikkumisen apuvälineet sekä ohjaus- ja neuvonta ovat tärkeä osa turvallista kotiutumista ja kotona asumisesta. Kotikuntoutuksen avulla toimintakyky parantuu ja palveluntarve vähentyy.

Kuvassa 13 esitetään kuntoutusjakson vaikutuksia tietojohtamisen mallin avulla vertaamalla asiakasryhmän (n=719) käyttämien sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräisiä kustannuksia kuusi kuukautta ennen ja jälkeen kotikuntoutuksen arviointijakson. Ne nousevat noin kuukautta ennen arviointijaksoa 2 088 eurosta 4 368 euroon kuukaudessa, mutta laskevat arviointijakson jälkeen 2 682 euroon kuukaudessa. Tulosten perusteella kuntoutusjakso on kannattava, kun toimintakyky paranee siten, että muiden sote-palvelujen tarve vähenee jakson jälkeen.

**Kuva 13. Vaikutusten arviointia**

## Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset/henkilö viisi kuukautta ennen ja jälkeen kotikuntoutuksen arviointijaksoa (n= 719)



ETELÄ-KARJALAN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRI

## Palvelutarpeen arvioinnin ja kotikuntoutuksen tulevaisuuden haasteet ja tavoitteet

Kotikuntoutuksen toimintaa on kehitetty viime aikoina vahvasti purkamaan päivystystä sekä turvaamaan nopea kotiutuminen akuuttisairaalaan. Fysio- ja toimintaterapeuttien toteuttamaa turvallista kotiutusta tullaan tekemään jatkossa myös viikonloppuisin.

Eksotessa on sähköinen prosessiohjelma, jota käytetään palvelutarpeen arvioinnissa, jatkohoidon järjestelyssä, kotihoidon asiakkuuksien hallinnassa ja pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon ohjaamisessa. Tarkoituksena on laajentaa ohjelman käyttöä myös omaishoitoon ja kuntoutukseen. Sen avulla on tarkoitus turvata asiakkaalle hyvä ja moniammatillinen palvelukokonaisuus sekä turvallinen kotiutuminen. Järjestelmä mahdollistaa myös entistä kustannustehokkaamman toiminnan. Case-manager -toiminnalla huolehditaan siitä, että jokaisella kuntoutukseen lähetetyllä asiakkaalla on oma vastuhenkilönsä. Järjestelmän avulla kotiuttavat yksiköt voivat tilata palvelutarpeen arvioinnin, keskitetyn kotiutuksen tai monialaisen kotikuntoutuksen valitsemanaan ajankohtana. Toiminnan kehittämisellä pyri-

tään vastaamaan nopean kotiuttamisen tarpeeseen eli mahdollistetaan turvallinen kotiutuminen jo samana päivänä. Myös apuväline- ja kodinmuutostyöprosessit saadaan järjestelmään, jolloin vastuuhenkilöt ovat tietoisia myös näistä muista kotiutumiseen ja turvalliseen asumiseen liittyvistä osa-alueista.

Järjestelmä helpottaa myös kuntoutuksen asiakkuuksien hallintaa. Se ilmoittaa jaksojen kestoista, kontrollikäynneistä, testauksista ja mittauksista. Se myös ilmoittaa asiakkuuden tilasta, esimerkiksi asiakkaan joutuessa sairaalaan. Se myös helpottaa kommunikoimaan muiden yhteistyötahojen ja toimijoiden kanssa, koska sen avulla ollaan tietoisia asiakkaan käynnissä olevista prosesseista.

Toimintakykymobiili otetaan käyttöön yhtä aikaa asiakasohjausjärjestelmän kanssa. Jatkossa sekä palvelutarpeen arvioinnin että kotikuntoutuksen arviointikäynnit toteutetaan ICF-pohjaisella mobiililla arviointityökalulla ja tieto saadaan kirjattua potilastiedon järjestelmään. Tämä säästää aikaa, jota mennyt käyntien kirjaamiseen. Tällä saadaan kerättyä myös uudenlaista arviointitietoa asiakkaista. Työkalun avulla asiakas pääsee entistä enemmän ja aktiivisemmin mukaan oman toimintakykynsä arviointiin. Kokeilun aikana työajan säästöksi saatiin 30 %.

Lisätietoa:

Klippa, J, Kvist, E, Tupitsa, M & Vaziri, A (2016). Toimivan kotiutumisen käytäntöjä ja elementtejä. Selvitys Kivelän monipuolisen palvelukeskuksen arviointi- ja kuntoutusosastolle. Metropolia.

[http://www.socca.fi/files/5822/Toimivan\\_kotiutumisen\\_kaytantoja\\_ja\\_elementteja\\_Jenni\\_Klippa\\_Elina\\_Kvist\\_Maarit\\_Tupitsa\\_Amanda\\_Vaziri\\_opinnaytetyo\\_Metropolia\\_amk.pdf](http://www.socca.fi/files/5822/Toimivan_kotiutumisen_kaytantoja_ja_elementteja_Jenni_Klippa_Elina_Kvist_Maarit_Tupitsa_Amanda_Vaziri_opinnaytetyo_Metropolia_amk.pdf)

Tepponen, M ym. (2016). Kotikuntoutuksen käyttöönoton käsikirja. Eksote.

[http://www.eksote.fi/eksote/julkaisut/Documents/eksote\\_kotikuntoutuksen\\_ka%CC%88sikirja\\_210x270mm\\_NETTI.pdf](http://www.eksote.fi/eksote/julkaisut/Documents/eksote_kotikuntoutuksen_ka%CC%88sikirja_210x270mm_NETTI.pdf)

Tepponen, M (2016). Asiakkaan ääni palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluiden toteutuksessa. Video. Eksote [https://www.youtube.com/watch?v=W-e4\\_0P8QIU](https://www.youtube.com/watch?v=W-e4_0P8QIU)

## 3. ARJESSA SELVIYTYMISEN TUKEMINEN

Arjessa selviytymistä tukevilla toimintamalleilla ja palveluilla tarkoitetaan tässä hankkeessa 1) sosiaalista yhteisöllisyyttä lisäävää toimintaa ja palveluja, esimerkiksi taiteen keinoja, 2) tukipalveluja, kuten ateriapalvelut, siivouspalvelut, kuljetuspalvelut ja 3) arjessa selviytymistä tukevaa hoiva-apua ruuhka-aikoina osana kotihoitoa. Arjen apua voivat olla toteuttamassa osallistujat itse (iäkkäät vertaistoimijat), kolmannen sektorin toimijat (esimerkiksi järjestöt), neljäs sektori (omaiset ja läheiset) ja yritykset, seurakunnat tai julkisen sektorin toimijat.

Hankkeessa kartoitettiin arjen apua kirjallisuuskatsausten ja selvitysten avulla. Selvityksissä kartoitettiin kotona asumiseen liittyviä avustavia tehtäviä (Suhola) ja toisessa kartoituksessa tarkasteltiin, onko kotihoidossa sellaisia tehtäviä, joita voisi tehdä joku muu toimija kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö (Nordic Healthcare Group oy, NHG). Aiemmissa hankkeissa (esimerkiksi Sakari-hanke, Eksote — Espoo) oli arvioitu kotihoidon ruuhkahuipujen tasoittamiseksi tarvittavia malleja.

Hankkeen aikana pilotoitiin Postin kotiapupalveluja ja Arjen olohuone -toimintamallia. Meillä on myös työttömille suunnattu kokeilu, jossa kootaan tekemätöntä ”silppu-työtä” suuremmiksi kokonaisuuksiksi.

### 3.1 Järjestösektorin ja kotitalouksien kuntouttavat toimintamallit – kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksissa kartoitettiin tietoa iäkkäiden kuntouttaviin palveluihin liittyvistä toimintamalleista kolmannen ja neljännen sektorin näkökulmasta.

#### Järjestösektorin kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa

*Mari Lehtonen, Leena Kaljunen, Socom*

Kolmannen sektorin osalta keskityttiin erityisesti toimintamallien ja palvelujen näkökulmiin. Tässä yhteydessä kolmannella sektorilla tarkoitetaan järjestöjä, yhdistyksiä ja vapaaehtoistoimintaa sekä niiden tuottamia ikäihmisille suunnattuja palveluja. Kolmatta sektoria koskevat haut tehtiin eri tietokannoista ajalta 2010–2016 syksyn 2015 ja kevään 2016 aikana. Syksyllä 2016 tehtiin täydentävä haku INCBIn PubMed-tietokannasta hakusanoilla ”third sector” AND ”support”. Poissulkukriteerinä olivat sopimattomuus iäkkään ihmisen tai hänen hoivaajansa toimintakyvyn ja tukemisen viitekehukseen. Lisäksi ulkopuolelle rajattiin toisten osatoteuttajien aihepiiriin kuuluvat tutkimukset. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset on esitelty taulukossa 3 (liite 1).

Kolmas sektori on nykyisin merkittävä iäkkäiden palveluntuottaja julkisen ja yksityisen sektorin rinnalla. Eräänä haasteena on koettu vapaaehtoistyöntekijöiden sitouttaminen järjestötyöhön. Vapaaehtoistyön johtamistavat sekä palkattujen ja vapaaehtoistyöntekijöiden suhde organisaatiossa vaikuttavat vapaaehtoistyön jatkamishalukkuuteen<sup>29</sup>. Järjestöt ovat monissa maaseutukunnissa merkittäviä palvelun tuottajia ja työllistäjiä. Järjestöiltä odotetaan panosta sosiaalisten verkostojen ja yhteisöllisyyden vahvistajina. Mikäli kolmannen sektorin odotetaan tuottavan sitoutumista, säännöllisyyttä ja pitkäjänteisyyttä edellyttävien palveluja, ei

<sup>29</sup> Medina Ruiz ym. 2016

tehtäviä voida edellyttää hoidettavaksi ilman korvausta, vaan tarvitaan palkattuja työntekijöitä myös järjestöissä. Suomessa on alueita, joissa julkiset palvelut eivät riitä eikä yritysmaailmalle palvelutuotannolle ole edellytyksiä. Järjestöjen palvelutoimintaa syntyy usein juuri tällaisiin tilanteisiin toiminnan heikon tuottavuuden, pitkien välimatkojen ja harvan asutuksen aiheuttamien tuotantokustannusten tai asiakkaiden vähäisen maksukyvyyn vuoksi.<sup>30</sup>

Kolmannen sektorin palveluja on järjestetty eri tavoin. Yhdessä Selviytymisen Tuki ry on yleishyödyllinen sosiaali- ja terveysalan palveluita tuottavat yhdistys, joka tarjoaa maksutonta palvelua esimerkiksi työnhajauksen ja harrastustoiminnan merkeissä. Vapaaehtoisapua voi tilata Verkko-puhelinpäivystyksen kautta. Avunvälitys perustuu kertaluontoisen avun malliin<sup>31</sup>. Monialainen ja sektoreiden välinen yhteistyö toteutuu esimerkiksi Kuveko-ammattillisessa yhteistyössä<sup>32</sup>. Kolmannen sektorin verkostot ovat ryhmittyneet verkostoiksi joko oman tai julkisen sektorin kanssa<sup>33</sup>. Kolmannelta sektorilta löytyy osaamista, joka olisi hyödynnettävissä ikäihmisten kuntoutuksessa.

Hankkeet ovat olleet merkittävässä roolissa uusien kolmannen sektorin toimintamallien suunnittelussa. Sininauhaliiton Järjestölähtöisten lähipalveluiden kehittämishankkeessa (2009–2013) kehitettiin malleja järjestölähtöiseen yhteistyöhön. Näitä olivat esimerkiksi etsivä vanhustyö, lähiyhteisön aktivointi yhdessä tekemiseen sekä yhteisöllinen kyläkahvila<sup>34</sup>. Vapaaehtoiset kumppaneiksi Vapari-hankkeen kehitettiin toimintamallia, jossa vapaaehtoiset toimivat hoivayrityksen kumppaneina. Mallissa vapaaehtoiset eivät osallistu varsinaiseen hoiva- ja hoitotyöhön, vaan ovat läsnä ja kohtaavat asiakkaat kiireettä ja aikaa arvostaen<sup>35</sup>.

Englannissa on kokeiltu mielenterveysongelmallisille iäkkäille suunnattua Flexible Care Service -mallia, joka voidaan toteuttaa kolmannen sektorin palveluna. Asiakkaiden monimuotoiset palveluntarpeisiin vastataan henkilökeskeisellä lähestymistavalla. Väestön ikääntyessä ja iäkkäiden monisairaiden määrän kasvaessa onkin tärkeää, että palvelujen suunnittelu kohtaa ikäihmisen yksilöllisen palveluntarpeen<sup>36</sup>. Kolmas sektori voi toimia julkisen terveydenhoidon kumppanina: Ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin ja edistämiseen kehitetyssä toimintamallissa yhteistyöjärjestöt toimivat voima- ja tasapainoharjoitteluun yhdistettyjä luovia menetelmiä käyttävien ryhmätapaamisten suunnittelussa. Järjestöt myös palkkasivat ryhmille vetäjät ja vastasivat niiden toteutuksesta. Ryhmissä iäkäs kartoitti itse tilannettaan ja asetti liikuntaan, ravitsemukseen ja sosiaaliseen verkostoon liittyviä tavoitteita. Tavoitteiden seuraamiseen ja toteuttamiseen hän sai tukea ryhmän jäseniltä ja ohjaajalta<sup>37</sup>.

## **Kotitalouksien ja perheiden kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa**

Neljännän sektorin näkökulmasta keskityttiin hakemaan tietoa iäkkäiden tuesta, arjen avusta sekä resursseista. Neljännellä sektorilla tarkoitetaan perhettä, läheisiä ja ystäviä sekä heidän tuottamaansa joko virallista tai informaalia (omaisten tai läheisten toisilleen antama apu) omaishoivaa. Haut tehtiin kahdesta eri tietokannasta ajalta 2010–2016 kirjastojen yhteistietokanta Melindasta hakusanoilla: omaiset JA hoiva, omaishoito, care, informal care. Haut tehtiin syksyllä 2015 ja keväällä 2016. INCBI:n PubMed-tietokannasta haettiin hakusanoilla: care, informal care, daily activities AND informal care AND support. Nämä haut tehtiin

---

<sup>30</sup> Pihlaja 2010

<sup>31</sup> Minkkinen & Kekki 2013

<sup>32</sup> Hietala ym. 2014

<sup>33</sup> Sunnari 2015

<sup>34</sup> Juntunen 2014

<sup>35</sup> Oravasaari & Järvensuu 2012

<sup>36</sup> Ryder 2015

<sup>37</sup> Heinonen 2011

keväällä 2016. Poissulkukriteerinä olivat sopimattomuus iäkkään ihmisen tai hänen hoivajansa toimintakyvyn ja tukemisen viitekehukseen. Lisäksi ulkopuolelle rajattiin toisten osatoiteuttajien aihepiiriin kuuluvat tutkimukset. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset jaettiin teemoihin: 1) palvelujärjestelmä ja palveluiden järjestäminen, 2) kustannusvaikuttavuus ja käytettävät resurssit, 3) arjen tuki: omaiset ja omaisyhteistyön kehittäminen, 4) kehittäminen ja toimintamallit, 5) sosiaalipoliittinen konteksti ja 6) Jatkotutkimusehdotukset. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset on esitelty teemoittain taulukossa 4 (liite 2).

Tutkimusten perusteella eräs tärkeimmistä ikäihmisen kotona pärjäämistä turvaavista tekijöistä olivat hyvinvoivat ja tukeen kykenevät omaiset sekä viralliset ja epäviralliset omaishoitajat. Omaishoitajat tarvitsevat arjessa voimavaroja sekä voimaannuttavia tekijöitä. Ikäihmistien palveluja järjestettäessä on tärkeää huomioida myös omaisen näkökulma. Palvelujärjestelmän kehittämisen kohteita on löytynyt omaisen ja läheisen osallisuuden vahvistamisessa<sup>38</sup>, yhdenvertaisuuden ja jaksamisen tukemisessa<sup>39</sup> ja kasvavaan palveluntarpeeseen vastaamisessa<sup>40</sup>. Sosiaalipalveluiden samanaikaisesti tapahtuva informalisoinen ja markkinoistaminen saattavat johtaa kansalaisten välisen eriarvoisuuden lisääntymiseen<sup>41</sup>. Epävirallisten omaishoitajien välillä syntyy uudenlaista epätasa-arvoa, kun julkisten resurssien saatavuus on helpompaa niille, joilla on jo ennestään resursseja tai jotka ovat omaishoitajastatuksen vuoksi palveluntarjoajaan verrattavassa asemassa<sup>42</sup>. Kansalaisen asema on erilainen riippuen siitä, missä kunnassa he asuvat. Olisikin mietittävä, millaisia työllisyys- ja sukupuolivaikutuksia omaishoidon vahvistamisella ja laajentamisella olisi sekä parannettava ihmisten mahdollisuuksia palkita itse hoitajiaan perinnönjaon kautta<sup>43</sup>.

Omaishoidon kustannusvaikuttavuus näkyy iäkkään vähenevässä palveluiden käytössä. Omaishoidolla ja vanhusten sosiaalipalveluihin panostamalla on voitu vähentää hoidon menoja<sup>44</sup>. Läheisten muistisairaana valvontaan käyttämä aika on poissa erityisesti kotihoidon palveluista<sup>45</sup>. Resurssien jakautuminen näkyi siinä, että huonokuntoiset ikäihmiset käyttävät eniten sekä informaalia hoivaa että julkisia palveluja. Korkean tulotason yhteys yksityisten palvelujen käyttöön on myös osoitettu. Kunnallisten palvelujen saaminen ja yksityisten palvelujen käyttö ovat yhteydessä informaalin avun saamiseen ja päinvastoin<sup>46</sup>.

On löytynyt viitteitä kotikuntoutuksen tehokkuuteen verrattuna perinteiseen kuntoutukseen<sup>47</sup>. Omaiset ovat kokeneet ohjatut ja strukturoidut keskustelut (Family Health Conversation) positiivisiksi tilaisuuksiksi tunnistaa paitsi perheenjäsenten ongelmat, myös löytää voimavarat ja mahdollisuudet<sup>48</sup>. Omaishoidontuen ulkopuolisten, informaalia hoivaa antavien omaisten yksilöllisiin tarpeisiin suunnattu toiminta vaatii tietoa siitä, mitkä voimavarat ja voimaannuttavat tekijät vahvistavat sisäisesti ja ulkoisesti jatkuvuutta sekä kykyä kohdata muutokset<sup>49</sup>. Muistelumenetelmä ja ryhmämuistelu voivat lisätä, sanoittaa ja kuvittaa vuorovaikutusta sekä saada aikaan osallisuuden ja vastavuoroisuuden kokemuksia<sup>50</sup>. On myös julkaistu

---

<sup>38</sup> Karhula 2015

<sup>39</sup> STM 2014

<sup>40</sup> Noro & Alastalo 2014

<sup>41</sup> Anttonen ym. 2012

<sup>42</sup> Häikiö & Anttonen, 2011

<sup>43</sup> Kalliomaan & Kangas 2015

<sup>44</sup> Kehusmaa 2014

<sup>45</sup> Lintula 2015

<sup>46</sup> Van Aerschot 2014

<sup>47</sup> Cochrane ym. 2016

<sup>48</sup> Dorel ja Sundin 2016

<sup>49</sup> Kaskiharju & Oesch-Börman 2015

<sup>50</sup> Hohenthal-Antin 2013

ikäpolvitoiminnon toimintaesimerkkejä<sup>51</sup>. Räätelöidyt Mindfulness-harjoitusmenetelmät vaikuttavat lupaavilta ei-lääketieteellisiltä terapiakeinoilta MCI-potilaille (mild cognitive impairment, lievä kognitiivinen heikkeneminen), ja potilaiden omaisten ja läheisten sitoutumista harjoitusohjelmaan on havainnointu osana pitkittäistutkimusta<sup>52</sup>.

Tutkittaessa keski-ikäisten kykyä ja halua toimia iäkkään omaisensa hoivaajana on havaittu, että informaali hoiva on aina läsnä hoivasuhteissa<sup>53</sup>. Työssäkäyvien omaishoitajien ja informaali omaishoitajien jaksaminen vaatii tukea ja ymmärrystä sekä työyhteisöltä, lähipiiriltä, yhteiskunnalta että kolmannelta sektorilta. Keskeinen haaste on, miten sairaiden, vammaisten ja ikääntyneiden hyvä hoito voidaan tulevaisuudessa järjestää kuormittamatta omaisia liikaa<sup>54</sup>. Taakkaa muistisairaana omaishoitajalle aiheuttavat päivittäiset toiminnot ja haastava käyttäytyminen, ja erityisesti naiset tuntevat kuormittuvansa<sup>55</sup>. Ikääntyneen muistisairaana omaishoitajat kokevat kuormitusta enemmän kuin omaishoitajat, joiden hoivattavalla on ainoastaan fyysisen toimintakyvyn puutoksia<sup>56</sup>. Informaalit omaishoitajat tarvitsevat tietoa siitä, miten käsitellä muistisairauden oireita, käytösongelmia ja mistä saada tukea muistisairaudesta eri vaiheissa<sup>57</sup>. Muistikysely läheiselle -lomakkeella voidaan selvittää läheisen arvio muistipotilaan muistista. Läheisen arvion on havaittu olevan tilastollisesti merkittävästi yhteydessä potilaan kognitiiviseen suoriutumiseen: Mitä heikompi kognitiivinen testisuoriutuminen oli, sitä merkittävämmäksi läheinen arvioi potilaan muistin heikentyneen<sup>58</sup>.

Koti keskeisimpänä toimintaympäristönä nousee esiin myös tutkimuksissa. Koti voi merkitä muistisairaalle toimintakykyä, toimijuutta ja hyvinvointia niissä rajoissa, jotka omaishoitaja määrittää ohjauksellaan, tuellaan ja hoivallaan<sup>59</sup>. Omaistaan hoivaavan henkilön osallistuminen sosiaaliin tapahtumiin koettiin suurimmaksi ongelmaksi, varsinkin jos hoivattavalla oli kognitiivisia häiriöitä<sup>60</sup>. Sijaishoito kotona voisi olla yksi mahdollisuus lisätä omaishoitajien lomapäivien toteutumista, mutta jatkotutkimuksessa tulisi vielä verrata kotona toteutetun ja kodin ulkopuolisen sijaishoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta<sup>61</sup>.

## 3.2 Iäkkäiden elämänlaadun tukeminen, teemana arjen apu

*Timo Suhola, Eksote*

### Kartoittava haastattelu asiakkaille ja toimijoille

Hankkeen ”Arjen apu” -osatavoitteessa selvitettiin sitä, onko iäkkäiden arjessa tarpeita, joihin vastaamalla elämänlaatua ja hyvinvointia olisi mahdollisuus kohentaa. Tavoitteena oli tehdä näkyväksi ikäihmisten jokapäiväisen elämän sisältöjä, jotka eivät kuulu julkisen palvelujärjestelmän velvoitteiden piiriin. Tavoitteena oli myös lisätä ikäihmisten elämänlaatua ja hyvinvointia sellaisten palvelujen osalta, jotka eivät ole päällekkäisiä perusprosessien kanssa, esimerkkinä yksinäisyyden lievittäminen keskusteluseuraa tarjoamalla tai arkinen apu kauppa-asioinnissa. Kartoitus toteutettiin keväällä 2015.

<sup>51</sup> Saarenheimo (toimi.) 2013

<sup>52</sup> Wong ym. 2016

<sup>53</sup> Knif 2012

<sup>54</sup> Kauppinen & Silfer-Kuhalaampi 2015

<sup>55</sup> Laporte ym. 2016

<sup>56</sup> Suqueira 2013

<sup>57</sup> Zwaansnijck ym. 2013

<sup>58</sup> Nortunen ym. 2015

<sup>59</sup> Kojo 2015

<sup>60</sup> Van Bruggen ym. 2016

<sup>61</sup> Salminen 2015



## Kartoitustapaaminen ja tarkentava tapaaminen

lääkäiden tarpeita kartoitettiin keskustelemalla Eksoten vanhusten palveluista eli Hoivasta vastaavien esimiesten ja työntekijöiden kanssa. Tapaamisen tavoitteena oli arvioida tilanne ja luoda menettelytavat käytännön toteuttamiselle. Kartoitustapaamisessa hahmotettiin tavoitteen reunaehdot ja jatkoprosessia. Tarkoituksena oli nostaa ikäihmisten arjen tarpeista esiin sisältöjä, jotka eivät ole kuuluneet julkisten palvelujen piiriin. Kyseisissä teemoissa tuli huomioida myös se, että ikäihmisten saattoi olla hankalaa hankkia niitä itse, esimerkiksi kolmannelta sektorilta.

Kohderyhmien osalta suoritettiin alustavaa luokittelua. Kohteeksi valikoituivat yli 75-vuotiaat eteläkarjalaiset. Kohteita tarkennettiin myös elinympäristön mukaan. Osa ikäihmisistä asui kotona, säännöllisen kotihoidon piirissä. Toinen merkittävä ryhmä olivat tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon piirissä olevat yli 75-vuotiaat. Omana ryhmänään esiin tuotiin omaishoidettavat, joista osa kuuluu kotihoidon asiakaskuntaan, mutta osa ainoastaan omaishoidon piiriin. Oleellisten erojen arjen avun tarpeissa arvioitiin liittyvän myös siihen, asuiko vanhus kaupungissa, kunnan taajamassa vai maaseudulla.

Tapaaminen tuotti konkreettisia avun tarpeita. Yhteenvedona sovittiin esiin nousseiden teemojen kokoamisesta yhteen. Tärkeänä pidettiin edustusta eri kohdeympäristöistä, asumismuodon ja maantieteellisen sijainnin suhteen. Myös työntekijöiden motivoitumista ja osallisuuden tunnetta korostettiin.

## Ideoista sisällöiksi

Seuraavaan tapaamiseen osallistuivat palvelupäällikkö, palveluohjaaja ja koordinaattoreita. Tavoitteena oli jatkaa ideointia sekä luoda konkreettisia toimintatapoja. Saadut ideat ja palautteet koottiin yhteen, jonka jälkeen niistä muodostettiin toiminnallisia sisältöjä, joista arvioitiin olevan apua ikäihmisten arjessa. Sisältöjä ovat esimerkiksi tekninen apu tai talkkariryöt (taulukko 5, taulukko 6). Toiminnallisten sisältöjen hahmottamisen jälkeen niistä muodostettiin ylemmän tason luokitteluja eli ulottuvuuksia, joilla tarkoitetaan samaan kategoriaan viitattavia sisältöryhmiä. Esimerkiksi tekninen apu ja talkkariryöt muodostavat avustamiseksi nimetyn ulottuvuuden.

## Taulukko 5. Arjessa auttavien potentiaaliset roolit

Potentiaaliset roolit			
Talkkari	Ystävä	Koollekutsuja	Apuhoitaja
Personal trainer	Muuttomies	Turvamies	Kotihengetär
Kuuntelija	Autokuski	Kokki	Harrastuskaveri
Avustaja	Nörtti	Kauppakaveri	Siistijä



## Taulukko 6. Arjen avun ulottuvuudet ja sisällöt

Ulottuvuus	Sisältö	Esimerkki
Läsnäolo	Yhteinen kahdenkeskinen aika	Keskustelu, kahvittelu, kodinhenki
Elämän merkityksellisyys	Voimaannuttava läsnäolo	Elämänkulun pohdinta ja mahdollinen dokumentointi, elämän leikekirja
Avustaminen	Tekninen apu	Taulut, lamput, naulakot, jne. Tietokoneet, telkkarit, puhelimet Facebook, Twitter, Skype ym. sovellukset
	Talkkarityöt	Lumityöt, lakaisut, nurmikot, puutarhatyöt
	Arjen rutiinit	Viikko- ja vuosisiivous, pyykit, mankelointi Asiointi, postitukset, siirtelyt, järjestelyt
	Juhlarutiinit	Juhlavalmistelut (siivous, tarjoilut, järjestelyt) Haudoilla käynti
Hyvinvoinnin edistäminen	Liikkuminen ja aktiivointi	Kävelyseura, liikuttaminen, innostaminen
	Terveet elämäntavat	Motivointi ruokailuun ja muiden rutiinien osalta
	Harrastustoiminta	Mukana esim. pilkkimässä tai puutarhassa
Yhteisöllisyys ja sosiaalinen toiminta	Yhdessäolo	Kokoontuminen viettämään aikaa, keskustelemaan, korttirinki, liiköörikesit, ym.
	Yhteiset tavoitteet ja projektit	Historiikkien koostaminen paikallisista kulttuureista ja ilmiöistä
	Yhteiset elämykset	Maakuntaretkeily, kyläkerrokset bussilla Yhteiset tapahtumaan osallistumiset tai niiden järjestämiset
	Yhteinen aktiivisuus	Kyllillä kiertävä kuntobussi
Kuljetukset ja liikkuminen	Yksin	Kauppa, asioita, terveydenhoito
	Yhdessä	Muutot, siirtelyt
Hoiva, hoito	Avustaminen	Ennakoivat toimenpiteet (esim. operaatio, saattoapu, jälkihoito, avun etsiminen)
Virtuaalipalvelut	Sähköinen läsnäolo	Seura, virikkeet, turva

Seuraavaksi sisältöjen ja ulottuvuuksien perusteella laadittiin tehtäväanalyysit, joiden avulla määriteltiin tehtävien suorittamiseksi tarvittavat yksilölliset osaamisalueet. Tällä tarkoitetaan sitä, että kukin ideoitu tehtävä pitää sisällään omanlaisiaan vaatimuksia. Näistä suoriutuakseen on toteuttajalla oltava tietynlaisia henkisiä, fyysisiä, muodollisia tai kokemuksellisia ominaisuuksia, yksilöllisiä valmiuksia eli kompetensseja. Edellä kuvattujen kompetenssianalyysien perusteella on nimetty joukko rooleja (tehtäväkuvauksia), joiden avulla on mahdollista operoida helpommin mahdollisissa rekrytointivaiheissa.

## Resurssitarpeen arviointi ja yhteenvetoa

Avustavissa tehtävissä tarvittavaa henkilöstöresurssia arvioitiin kuvaamalla maakunnan yli 75-vuotiaiden ihmisten avun tarpeita. Taustamateriaalien avulla (esimerkiksi palvelujen peittävyys Etelä-Karjalassa kunnittain) laadittiin koko maakunnan kattava arvio siitä, minkälaisiin voimavaroin tarpeet tulisivat huomioiduiksi siten, että ikäihmiset kokisivat saavansa konkreettista apua arkeensa. Laskelman perusoletukset olivat seuraavat:

Maakunnassa on 75-vuotiaita ihmisiä noin 15 000, ja heistä a) säännöllisessä kotihoitodossa on noin 12 % ja b) tehostetussa palveluasumisessa noin seitsemän prosenttia. Näin arvioiden yhteensä 20 % olisi 3 000 ikäihmistä. Jos heistä tukea tarvitsisi puolet, niin saavutettaisiin 1 500 yksilön määrä. Mikäli avuntarvitsijoille järjestettäisiin esimerkiksi kolme viikoittaista tunnin käyntiä, ja yksi ihminen (työtön) tekisi periaatteessa täyttä viikkoa, pystyisihän ehkä tehollisesti käyttämään 28 tuntia viikoittain kohtaamiseen. Näin 161 henkilöä työllistämällä saataisiin 1 500 vanhukselle apuja. Mikäli maakunnassa tarve on suurempi, saataisiin painokertoimiksi: Lappeenranta/Imatra 1,0 ja

maakunnat 1,25. Mikäli Lappeenrannassa olisi 7 500 yli 75-vuotiasta, heille kohdennettaisiin 75 henkilötyövuoden panos (1 %). Mikäli taas Luumäellä olisi 724 vastaavan ikäistä, heille kohdistuisi yhdeksän henkilötyövuoden osuus (1,25 %).

Laskelma arvioiduista resurssitarpeista tehtiin antamalla maakunnan keskustaajamille (Lappeenranta, Imatra) ja maakunnan äärikunnille toisistaan poikkeava painokerroin. Kerroin kuvaa kontaktitarpeen määrää. Oletuksena oli, että maaseudulla olisi hankalammin saatavilla virikkeitä ja palveluita. Tämän vuoksi arjen avun suhteellinen tarve olisi heillä suurempaa. Seuraavassa yhteenveto tarvearviosta:

- Noin 150 ihmisen työpanoksella toteutettavissa muutama kontaktikerta viikossa.
- Kohteena yksilö tai ryhmä. Toimintakontekstina koti, palvelutalo, päivätoiminta tai osasto ympäristöineen.
- Ryhmätoiminnoissa ”hyötysuhde” parempi.
- Maaseutu kunnissa tarve on suhteellisesti otettuna isompi (etäisyydet suurempia, palvelut kaukana, asumistiheys pienempi).

Esiin nostettuja ideoita esitettiin kokeiltavaksi käytännössä, sillä niiden arvioitiin edistävän ikäihmisten hyvinvoinnin myötä välillisesti myös työntekijöiden hyvinvointia. Tehtyjen löydösten perusteella syntyi jatkopohdittavaa:

- Millaisiin kokonaisuuksiin tehtävät voidaan luokitella? Minkälaiset ammatilliset vaatimukset tulisi täytyä (vrt. kompetenssianalyysi)? Miten perehdytys hoidetaan?
- Kuinka toiminta tulisi organisoida käytännössä? Kuka vastaa kuluista? Miten vastuut tai velvollisuudet toteutetaan? Kenen vastuulla on koordinointi?
- Kuka osoittaa kohteet, kuka toimijat? Miten toiminta synkronoidaan hallitusti olemassa oleviin prosesseihin (Eksote, yksityiset, kolmas sektori)?

Tuloksia hyödynnetään Yhdessä Yrittäen -hankkeen työllisyyskokeilussa, jossa on testattu niin sanotun tekemättömän työn, ”silpputyön” yhdistämistä kokonaisiksi työpäiviksi. Lappeenrannan kaupungilla tehtävät painottuvat toimisto- ja kiinteistöhuoltotehtäviin sekä ravintola-alalle ja Eksotessa kotihoidon- ja päivätoimintayksiköihin. Hankkeen kautta on rekrytoitu ikäihmisten palveluihin yhdeksän työntekijää. Hakijoita näihin palkkatukipaikkoihin oli yllättävän vähän, joten tavoitteeseen (15 rekrytoitua) ei päästy. Tällä hetkellä työyksiköt eli ”alustat” ovat: kotihoito (kaksi työntekijää), palveluasuminen (kaksi työntekijää), Iso apu - palvelukeskus (kaksi työntekijää), senioriasuminen (yksi työntekijä) ja päivätoiminta (kaksi työntekijää). Päivätoiminnassa oleville on myös saatu kotihoidon kautta omia asiakkaita, joiden luona hoiva-avustajat käyvät avustamassa arjen tukipalveluissa. Kotihoidon kehittäjäasiantuntijat ovat toteuttaneet kaikille rekrytoituille valmennuksen. Kotiapupalvelukokeilussa Postin kanssa määrittelytyötä jatkettiin NHG:n kanssa. Tuloksia on myös hyödynnetty Arjen olohuone -toimintamallin kokeilussa yhteistyössä Eloisa Ikä -ohjelman kanssa. Tässä raportissa esitetään tuloksia kahdesta kokeilusta, joista toinen kohdistuu yksittäisille kotona asuville ja kotihoidon piirissä oleville asiakkaille (Postin pilotti) ja toinen on ryhmämuotoinen toimintamalli (Arjen olohuone).

### 3.3 Kokemuksia Postin ja Eksoten kotiapupalvelukokeilusta

*Helena Heikkilä, Eksote*

#### Kotiapalvelu- ja asiakasprosessin kehittäminen

Posti Oy:n ja Eksoten kotihoidon kotiapupalvelukokeilun (kuva 14) tavoitteena oli löytää uudenlaisia toimintamalleja ikääntyneiden arjen avuksi ja päivittäisen kotona selviytymisen tueksi. Loppuvuodesta 2015 NHG teki selvityksen, mitkä kotihoidon palveluista olisivat siirrettävissä Postin kaltaisen toimijan tehtäviksi sekä arvioi toiminnan tehostamispotentiaalia Eksoten näkökulmasta. Selvitysprojekti jakautui ylitason profiilianalyysiin, kotihoidon toiminnan kenttäseurantoihin, henkilöstön haastatteluihin ja kysyntäanalyysiin. Potentiaalisiksi Postin kaltaisen toimijan suoritettaviksi asiakaskäynneiksi arvioitiin lähes puolet (49 %) kaikista kotihoidon asiakaskäynneistä ja yli puolet palvelutunneista (51 %), kun käyntejä rajattiin osaamisen ja käyntiajan perusteella. Osaamisen osalta rajattiin pois ne käynnit, joissa tarvitaan selkeästi hoivaosaamista tai käynnit, jotka suorittaa joku muu kuin niin sanottu perustyöntekijä. Käyntiajan perusteella rajattiin pois viikonlopun, arkipyhien sekä ilta- ja yöaikaan tehtävät käynnit. Selvityksessä arvioitiin potentiaalisten käyntien ja palvelutuntien siirrettävyyttä Postin kaltaisen toimijan toteuttamaksi haastatteluissa ja kenttäseurannassa kerättyjen tietojen perusteella. Pääosa kotihoidon hoitajien työajasta asiakaskäynneillä käytetään hygieniatehtäviin, lääkehoitoon ja ruokailuun liittyviin tehtäviin. Minimissään kuusi prosenttia ja maksimissaan 42 % käynneistä arvioitiin käynneiksi, joihin ei tarvita terveydenhuollon ammattilaista. Lähihoitajat arvioivat haastatteluissa, että 37 % tehtävistä ei edellytä terveydenhuollon koulutusta.

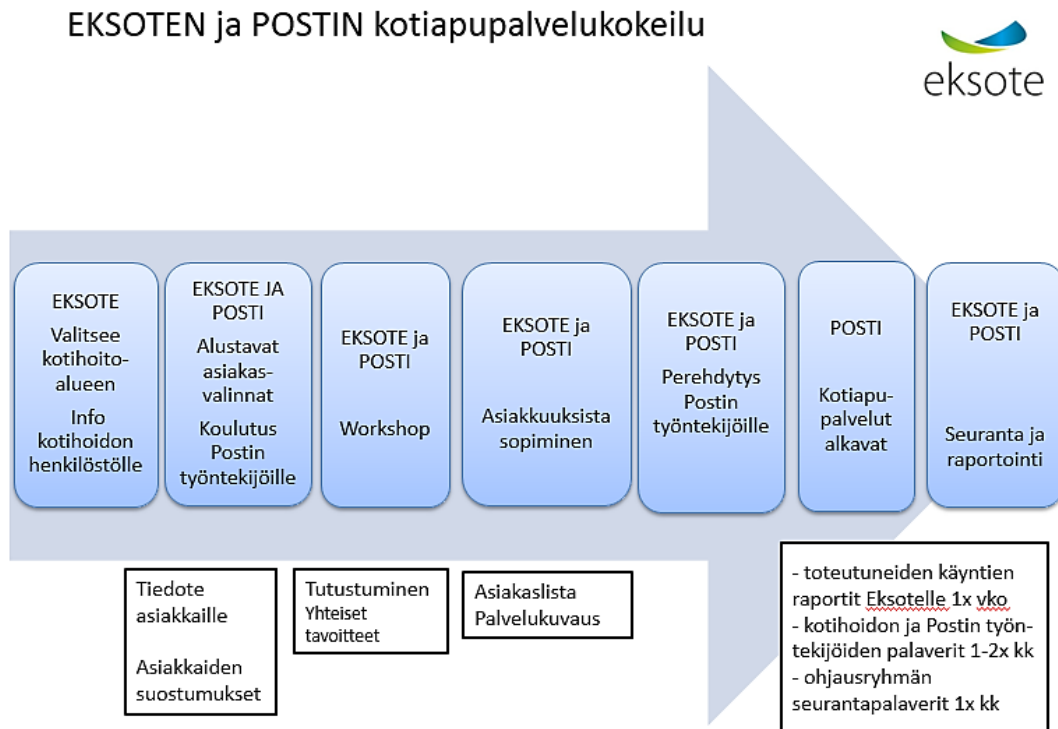
Kotiapupalvelukokeilussa testattiin vuoden 2016 aikana toimintamallia, jossa hyödynnettiin Postin henkilöstöä kotiapupalveluiden avustavissa tehtävissä. Kokeilussa mukana oleva Postin henkilöstö osallistui vapaaehtoisesti uusiin tehtäviin ja tarvittaviin koulutuksiin. Posti huomioi reittisuunnittelussa päiväkohtaisesti kokeiluun liittyvät tehtävät muiden tehtävien joukkoon. Postin henkilöstö antoi kotiapupalveluja kotihoidon asiakkaille hoitaen sovittun osan asiakkaiden palvelukokonaisuudessa. Alkuvaiheen tulokset olivat lupaavia, mutta kokeilulle sovittiin kuitenkin jatkoa vuoden 2017 loppuun monipuolisemman ja laajemman kokemuksen saamiseksi<sup>62</sup>.

#### Yhteistyössä kehittäminen - Asiakasprosessin kuvaus

Eksote valitsi kotihoitoalueet tai maantieteelliset alueet ja ehdotti yhteistyökokeilua Postille. Kotihoidon henkilöstölle järjestettiin alkuvaiheessa info- ja keskustelutilaisuudet yhteistyösuunnitelmista Postin kanssa. Kokeilu toteutettiin vuonna 2016 kolmessa eri maalaiskunnassa. Tavoitteena oli tukea asiakkaan kotona selviytymistä ja mahdollistaa palveluja haja-asutusalueille, joilla on vain vähän tarjolla yksityisten palveluntuottajien palveluja. Samalla pyrittiin helpottamaan kotihoidon vaikeaa henkilöstötilannetta. Kaikilla kolmella kotihoitoalueella oli ongelmia rekrytoida riittävästi ammattitaitoista henkilöstöä. Kun Postin työntekijät tekivät osan asiakkaiden kotikäynneistä, rekrytointitarve väheni siltä osin.

<sup>62</sup> Posti Group 2015

**Kuva 14. Kotiapupalvelukokeilu prosessina kuvattuna**



Kotihoidon henkilöstö teki alustavasti valinnat kokeiluun osallistuvista asiakkaista. Asiakkuuksista on sovittu Eksoten ehdotuksen pohjalta. Eksote on laatinut asiakaslistan, jossa on yksilöity asiakkaan tarvitsema palvelu ja palveluaika. Kokonaisvastuu asiakkaan hoidon kokonaisuudesta on kotihoidolla. Postin hoidettavaksi suunniteltiin ne käynnit, joiden toteuttamiseen ei tarvittu terveydenhuollon koulutusta.

Kotihoidon ja Postin työntekijöille on järjestetty yhteinen työpaja ennen toiminnan aloittamista. Yhteisessä tapaamisessa on esitelty Postin ja Eksoten toimintaa sekä tulevan yhteistyön sisältöä. Henkilöstölle on yhdessä keskustellen ja toimintaa suunnitellen mahdollistunut tutustumisen lisäksi käydä läpi uudenlaiseen toimintaan ja muutokseen liittyviä tunteita. Eri toimijoiden yhteistyön onnistumiseksi työntekijöiden on tärkeää tutustua ja löytää yhteinen tavoite työlle. Näissä tapaamisissa henkilöstö on löytänyt yhteisen tavoitteen ja yhteisen asiakkaan, kenen asioita yhdessä hoidetaan.

Eksote on järjestänyt Postin henkilöstölle ennen toiminnan alkua alueella perehdytyskoulutuksen, jossa on tutustuttu työtiloihin ja käytännönläheisesti käsitelty asiakkaan kohtaamista ja vuorovaikutusta, hygieniasaamista, kerrottu kotihoidon asiakkaan palvelutarpeesta ja yleistä ikäihmisten sairauksista, kuntoutumista edistävistä toimintatavasta sekä salassapidosta ja tietosuojasta. Koulutuksessa on käsitelty myös Eksoten arvoja ja strategiaa toiminnan perustana. Postin työntekijälle annetaan lyhyt kirjallinen perehdytysohje, jossa on myös yhteystiedot kotihoitoon sekä kuvaus tilanteista, joissa Postin työntekijän tulee olla yhteydessä kotihoitoon. Asiakkaista on laadittu palvelukuvaus, jossa on yksilöity asiakkaan käynnillä tehtävät palvelut. Postin työntekijä käy ensimmäisen asiakaskäynnin kotihoidon työntekijän kanssa. Koulutustarvetta seurataan ja koulutusta järjestetään tarpeen mukaan.

Postin palveluihin ohjattiin asiakkaita, joilla on useampi kotikäynti päivässä. Posti toteutti yleisemmin yhden päivittäisistä käynneistä ja tämä käynti korvasi kotihoidon tekemän käynnin. Asiakkailta kysyttiin suostumus siihen, että Posti hoitaa sovitun osan asiakkaan palvelukokonaisuudesta kokeilun aikana. Asiakkaat ja omaiset suhtautuivat myönteisesti kokeiluun, vain yksi omainen kieltäytyi.

Postin tekemät käynnit sisältävät pääasiassa ruokailuun liittyviä tehtäviä, kuten aterioiden kuljettamista asiakkaalle, aterian tarjolle laittamista ja ruokailussa avustamista. Tehtäviin sisältyy myös tiskaamista, keittiön ja jääkaapin siistimistä ja roskien vientiä. Tehtäviin on ollut helposti lisättävissä muitakin kodinhoidollisia tehtäviä. Asiakkaan kanssa yhdessä toimiminen, keskustelu ja läsnäolo ovat olleet tärkeä ja merkityksellinen osa käynnin sisältöä. Postin työntekijät ovat työskennelleet asiakaskäynneillä Eksoten kotihoidon arvojen ja tavoitteiden mukaisesti, asiakkaan kuntoutumista ja omatoimisuutta tukien.

Kotihoito on kirjannut kokeiluun osallistuvien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin Postin hoitaman osuuden palveluista. Postin työntekijä seuraa ja kirjaa asiakaskohtaisesti päivittäisen palvelun toteutumista ja mahdollisia poikkeamia palvelussa. Tiedot ilmoitetaan dokumentointia varten viikoittain kotihoidolle, joka tilastoi käynnit kotihoidonkertomukseen. Kokeiluun osallistuminen ei ole muuttanut palveluaikaa hoito- ja palvelusuunnitelmassa eikä hoitomaksua, vaikka Postin käynnille on voitu varata pidempi käyntiaika kuin vastaavalle käynnille kotihoidon henkilöstön tekemänä.

### **Yhteiset jatkotavoitteet**

Postin kaltaiselle toimijalle olisi siirrettävissä huomattavasti enemmän asiakaskäyntejä, jos työntekijä voisi antaa asiakkaalle valmiiksi annostellun lääkkeen ja avustaa asiakasta wc-käynneillä. Toistaiseksi Postin työntekijät eivät ole osallistuneet lääkehoitoon. Eksote edellyttää terveydenhuoltoon kouluttautumattomalta LOVE-lääkehoidon verkkokurssin MiniLoposion suorittamista valmiiksi annostellun lääkkeen antamiseksi asiakkaalle. Osa Postin työntekijöistä on kokenut hygieniahoidot ja asiakkaan avustamisen wc-käynneillä vaikeiksi toteuttaa. Parhailtaan Posti on järjestänyt henkilöstölleen MiniLop-lääkelupakoulutusta. Turvallisuuteen ja ergonomiaan liittyviä koulutuksia on myös suunnitteilla.

Yhteistyön sujumiseksi ja kehittämiseksi on koettu tarpeelliseksi järjestää viikoittain tai kahden viikon välein Postin ja kotihoidon työntekijöiden yhteistapaamiset, joissa käsitellään esiin nousseita asioita. Toimintaa seurataan myös kuukausittain ohjausryhmän seurantalavereissa, joissa on käyty läpi asiakastilanne alueittain, poikkeamat toiminnassa, palautteet ja kehittämisehdotukset.

Ensimmäisen vaiheen jälkeen Postin palveluja laajennettiin alkuvuonna 2017 tuetun asumisen yksikköön kaupunkiympäristöön. Tarkoituksena on testata toimintamallia, jossa kotihoidon hoitaja ja Postin työntekijä työskentelevät yhdessä noin 20 asiakkaan tukena. Asiakkaat asuvat useamman rivitalon muodostamassa vanhustentalo-yhteisössä, osa asunnoista on ryhmäasuntoja, joten välimatkat asiakkaiden välillä ovat pieniä. Hoitohenkilöstö huolehtii asiakkaille lääkehoidon ja hoidolliset toimenpiteet, Postin työntekijä auttaa asiakkaita päivittäisissä toimissa, ulkoilussa ja kodinhoidollisissa tehtävissä arkisin. Alkuvaiheen kokemukset toiminnasta ovat myönteisiä. Tavoitteena on lisäksi monipuolistaa Postin työntekijöiden tehtäväkuvaa jo nyt käynnissä olevilla alueilla ja löytää sitä kautta uusia keinoja tukea asiakkaiden toimintakykyä ja kotona selviytymistä. Lisäksi kokeilun jatkoajana tavoitteena on kohdentaa Postin antamia palveluja omaishoidon asiakkaille ja testata Postin tekemiä tervehdyskäyntejä ikääntyneille.

Posti laskuttaa palvelusta aikaperusteisesti asiakkaan luona käytetyn ajan mukaan. Matkakulukorvauksia ei ole laskutettu erikseen. Kustannustehokkuus paranee mitä pidempään matkaan palvelu kohdennetaan, ja jos Postin käynti korvaa kotihoidon tekemän käynnin. Hoitajilta on vapautunut työaikaa muuhun työhön asiakaskäynnin ja matka-ajan verran. Kustannustehokasta on myös se, että Postin palvelun avulla on voitu kohdentaa lisähenkilöstöä juuri kiire- ja kuormitushuippuihin.

Kotihoitotyölle on tyypillistä kiirehuiput aamupäivissä ja illoissa asiakkaiden suurimpien hoidon tarpeiden kohdentuessa niihin ajankohtiin. Eksoten kotihoidossa käyntien sisällöt on asiakaskohtaisesti tarkasteltu tiettyyn aikaan tehtäviin aikakriittisiin käynteihin ja väljemmin ajoitettuihin ei-aikakriittisiin käynteihin. Näistä muutoksista huolimatta aamupäivissä ja illoissa on kuormitusta ja asiakkaan oikea-aikainen palvelujen saanti voi vaikeutua. Kokeilussa Postin työntekijöiden työpanos on kohdennettu kuormittavimpiin aikoihin, jolloin kiirehuippu- ja voidaan vähentää ja asiakkaille mahdollistuvat palvelut oikea-aikaisesti.

Asiakkaan kotona selviytymisen tueksi tarvitaan terveydenhuollon hoidollisten palvelujen lisäksi arjen apuja päivittäisiin toimiin. Kotihoidolta on mahdollista siirtää avustavia tehtäviä toimijoille, joilla ei ole terveydenhuollon koulutusta. Eri toimijoiden välille tarvitaan kiinteää yhteistyötä ja palvelujen yhteistä suunnittelua, että palvelut voidaan antaa asiakkaalle joustavasti ja päällekkäisyyksiä välttäen. Kaikilla toimijoilla ei ole tarvetta päästä asiakkaan terveystietoihin. Hyvä yhteistyö edellyttää riittävää tiedonsaantia eri toimijoiden välille, vastuiden ja tehtäväjakojen selkiyttämistä ja helppokäyttöistä sähköistä viestikanavaa. Pilotin kokemuksia on tarkoitus hyödyntää jatkossa tukipalvelujen hankinnassa ja henkilökohtaisen budjetin suunnittelussa.

### **3.4 Kokemuksia Arjen olohuone -toimintamallin pilotoinnista**

*Sanna Nurmiainen, Eksote, Tuija Nummela, Saimaan amk*

#### **Arjen olohuone**

Arjen olohuone on kotona asuvien ikäihmisten tarpeisiin vastaava matalan kynnyksen kohtaamispaikka, jonka tavoitteena on osallisuuden, yhteisöllisyyden ja paikallisidentiteetin vahvistuminen sekä terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen. Arjen olohuone -toimintamallilla rakennetaan myös kumppanuutta eri toimijoiden eli Eksoten, seurakunnan, järjestöjen, yksityisten yritysten, oppilaitosten ja sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa.

Arjen olohuone edistää ikääntyneen arjessa selviytymistä sekä toimintakykyä vahvistamalla voimavaroja, elämänlaatua ja arjen hallintaa. Toimintamallin tarkoituksena on myös luoda uudenlaista kulttuuria, jossa ikäihmiset ovat itse toimijoina. Samalla luodaan kumppanuusmallia, jossa eri toimijat yhdessä osallistujien kanssa toteuttavat ikäihmisten tarpeista ja toiveista lähtevää toimintaa. Arjen olohuone toimii myös monialaisesti alueen oppilaitosten vanhustyön oppimispaikkana.

Idea yhteisestä ”arjen olohuoneesta” syntyi usean eri toimijan tutustuessa erilaisiin kansainvälisiin ja kansallisiin hyviin käytäntöihin ja tehtyyn kartoitukseen (Suhola), joilla asukkaiden ja erityisesti iäkkäiden osallisuutta ja toimijuutta voidaan lisätä. Eloisa ikä -ohjelmassa<sup>63</sup> tehdyn, järjestöjohtajille suunnatun kyselyn perusteella ikäihmisten psykososiaalisen hyvinvoinnin esteitä ovat osallistavan ja mielekkään tekemisen puute, ympäristön ja liikkumisen

<sup>63</sup> Eloisa ikä -ohjelma 2012–2017

hankaluus, yhteiskunnan kielteiset asenteet, yksinäisyys ja koetun elämänlaadun heikentyminen sekä palvelujen ja ennalta ehkäisevän toiminnan riittämättömyys<sup>64</sup>. Eri toimijoilla oli yhteinen tavoite, osallisuuden ja toimijuuden lisääminen, mutta toimintamalli puuttui.

Toiminta alkoi useiden toimijoiden yhteispalaverilla ja suunnittelulla alkuvuodesta 2016. Mukana oli edustajia vanhusneuvostosta, järjestöistä, Eloisa ikä -ohjelmasta, asukasyhdistyksestä, Saimaan ammattikorkeakoulusta, Sosiaalialan osaamiskeskuksesta (Socom) ja Eksotesta sekä vapaaehtoisina toimivia tai siitä kiinnostuneita henkilöitä.

Arjen olohuone -toimintamallin tarkoituksena oli mahdollistaa Etelä-Karjalan alueella asuville ikääntyneille omalla asuinalueella aktiivista, mielekästä ja monipuolista toimintaa ja muuttaa kohtaamispaikat niin sanotuiksi matalan kynnyksen tiloiksi, joissa osallisuus ja yhdessäolo toteutuisivat. Toimintamalli tarjoaa ikääntyville harrastusmahdollisuuksia, viriketoimintaa sekä mahdollistaa vertaistuen saamisen ja antamisen. Erityisesti ikääntyneiden riskiryhmiä tuettiin osallistumaan toimintaan. Palveluasumisen ympärillä on jo olemassa olevia voimavaroja, joita voitiin hyödyntää ikääntyneiden tukemisessa. Saimaan ammattikorkeakoulun tavoitteena on mahdollistaa sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille työelämälähtöistä toimintaa, joka tukee oppimista vastuulliseksi ammattilaiseksi.

Vapaaehtoiset ja vertaisohjaajat innostivat ikääntyneitä osallistumaan. Palveluasumisen yhteydessä olevia sopivia tiloja hyödynnettiin toiminnassa. Tavoitteina oli

- omatoimisuuden ja itsemääräämisoikeuden tukeminen,
- sisältöä ja tukea arkeen, tiedollista ja taidollista ohjausta ja neuvontaa,
- toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitäminen oman kodin läheisyydessä,
- infrastruktuuri, palvelut lähellä ihmistä,
- matalan kynnyksen toiminta ja palveluohjaus,
- sähköisten palveluiden hyödyntäminen, helposti saatavat palvelut,
- osallisuus ja kohtaamispaikkoja ikäihmisille eri asuinalueille sekä
- sosiaalinen yhdessäolo ja vertaistuki; ikäihmiset itse toimijoina.

Yhteisessä työpajatyöskentelyssä luotiin mallia, jolla toiminta voitiin käynnistää. Käytössä olevat resurssit olivat yhteinen työpanos ja yhteisiä tiloja käytössä. Koordinointivastuun otti Eksote. Sovittiin, että käynnistetään ikääntyneille suunnattu, kaikille avoin tapahtumasarja ”Arjen olohuone”. Tapahtumiin mukaan voi ottaa ystäviä, eikä ilmoittautumista tarvita.

Pilotointi käynnistyi neljässä kohteessa: Iso apu -palvelukeskukset (Eksote, Lappeenranta ja Imatra), senioritalo (Lappeenranta) sekä Ektan toimipiste (Etelä-Karjalan työ- ja asukastuyhdistys). Pilotointi-aika oli elokuusta joulukuuhun 2016. Toimipaikat antoivat ilmaiset tilat yhdistysten tai järjestöjen toimijoille.

Saimaan ammattikorkeakoulun sosiaalialan opiskelijat osallistuivat Arjen olohuoneen työpaikkojen suunnitteluun ja toteutukseen osana vanhustyötä käsitteleviä opintojaksojaan. Opetuksessa painotettiin seniori- ja vanhustyön menetelmäosaamista sekä menetelmien perusteita.

---

<sup>64</sup> Heinola & Helo 2012



ta. Opiskelijat keskittyivät muun muassa sosiokulttuurisiin menetelmiin, muistelutyöhön, aisti- ja taiteelliseen toimintaan, senioriliikuntaa sekä aktiivisuutta ja osallisuutta tukeviin menetelmiin. Toteutuksen jälkeen opiskelijat valmistivat töistään esityksen, ja ne käytiin läpi seminaarissa, loppuvuodesta 2016. Seminaariin osallistui opiskelijoiden lisäksi sosiaali- ja terveysalan lehtoreita, yhdistysten edustajia sekä hankkeen koordinaattori. Opiskelijoita oli ryhmissä neljästä seitsemään. Suullisen palautteen perustella opiskelijat olivat pitäneet osallistumisestaan ja roolistaan, vaikka heidän suuri määränsä sekä työpajojen lukuisuus aiheutti haasteita aikatauluille, koska osallistuminen oli sijoitettava pääasiassa lukujärjestykseen merkityille tunneille.

Toteutettuja työryhmiä vuonna 2016 olivat:

- 1) *Elämänkaarellinen tuolijumppa* Marttojen ja Sydänliiton kanssa,
- 2) *Senioreiden liikuntapäivä* Iso apu -palvelukeskuksessa, jossa järjestettiin liikuntapäivä sekä ohjattiin osallistujia ikäystävälliseen liikuntaan,
- 3) *Muistelupiiri kahvittelutuokiossa* Sammontorilla Etelä-Karjalan muistiyhdistyksen kanssa,
- 4) *Elämymatka muistojen tiellä*, voimavaraisuutta lisäävä sosiokulttuurinen työpaja Iso apu -palvelukeskuksessa,
- 5) *Tuolijumppa ja muistitehtäväohjaus* Iso apu -palvelukeskuksessa Etelä-Karjala Muisti ry:n kanssa sekä
- 6) *Taidekylpylä* (aistitoimintojen tukeminen käsillä tekemisessä) Iso apu -palvelukeskuksessa.

Pilotista tehtiin arviointi. Kokeilun aikana kerättiin tietoa kävijämääristä, tyytyväisyydestä, kustannuksista, kehittämisideoista ja mahdollisesta laajentamisesta tai toiminnan siirtämisestä muihin kohteisiin. Mittareiden avulla arvioitiin kannattavuutta suhteessa kuluihin ja hyötyihin. Hyödyt ovat jaoteltavissa lyhyen ja pitkän aikavälin tuloksiin, kuten tyytyväisyyteen ja palveluohjauksen saavutettavuuteen palveluasumisessa.

### **Keskeisiä kokemuksia toiminnasta**

- Tämän tyyppistä toimintaa tarvitaan; vastaa kotona asuvien ikäihmisten tarpeisiin.
- Toiminta tarvitsee vetäjän ja markkinointia tarvitaan. Onnistuminen edellyttää laaja-alaista kumppanuutta eri toimijoiden kesken.
- Myös toiminnan laajentaminen koko maakunnan alueella olemassa oleviin tiloihin edellyttää eri toimijoiden kanssa hyvin toimivaa kumppanuusmallia. Yhteiskehittäminen ja verkostoituminen luovat ideoita; iäkkäät osallisina kehittämisessä.
- Soveltuu toteutettavaksi olevissa ympäristöissä, ja se tuottaa toimijoille uudenlaisen tilan tuottaa tukea ikäihmisten osallisuuden ja arjen hallinnan vahvistamiseksi. Toiminnan sisältöjen tulee olla vahvasti merkitykselliseksi koettuja osallistujille.
- Toiminta voisi lisätä osallisuutta ja yhteisöllisyyttä myös palvelutalossa. Senioritalossa järjestetyssä tilaisuudessa kävijöistä oli noin puolet talon ulkopuolisia.
- Toiminnasta on löydettävissä malleja myös haja-asutusalueille.



- Toiminta voisi soveltua myös osaksi henkilökohtaista budjetointia.
- Toiminta on kustannuksiltaan edullista. Toteutus on mahdollista resursseja uudelleen kohdentamalla. Kustannukset koostuivat lehti-ilmoituksista, ohjaajan työajan käytöstä ja tilakuluista. Esimerkiksi avajaisohjelma järjestettiin vapaaehtoisvoimin.
- Lappeenrannassa järjestettiin 19 tapahtumaan, joissa osallistujia oli keskimäärin seitsemän. Imatran järjestettiin 13 tapahtumaa, joissa kävi keskimäärin viisi ikäihmistä. Kävijämäärään havaittiin vaikuttavan sen, mikä yhdistys oli vetovastuussa tilaisuudesta. Kävijät olivat pitkälti järjestöaktiiveja.
- Arjen olohuoneen tulisi olla kiinteä osa uudenlaista vanhustyön oppimisfoorumia ja ikäihmisten asumispalveluja suunniteltaessa.

Kehittäminen jatkuu Hyvinvoinnin tilat -hankkeessa, jossa ikääntyvät ovat yhtenä kehittämissuunnan kohderyhmänä.

### 3.5 Asumisen turvallisuus – kotihoitopainotteisen mallin riskeihin varautuminen

*Kristiina Kapulainen, Eksote, Kaisu Laasonen, Saimaan amk, Jani Kanerva, Etelä-Karjalan pelastuslaitos*

#### **Kotona asumisen mallin turvallisuusriskit ja niiden arviointi**

Eksote ja Etelä-Karjalan pelastuslaitos ovat tehneet aktiivista yhteistyötä kotona asumisen turvallisuuden parantamiseksi. Pelastuslaitoksen näkökulmasta maakunnan alueella on tapahtunut muutos riskiperusteisen toiminnan kohdentamisessa. Aiemmin toimintakyvyltään huonokuntoisimmat ikäihmiset asuivat laitosympäristöissä. Nykytilanteessa heistä osa asuu omissa kodeissaan alueilla, joille pelastustoimenpiteiden saaminen voi kestää ajallisesti kauan. Kotona asuminen lisää asukkaan vastuuta omasta turvallisuudestaan. Pelastuslaitos<sup>65</sup> asetetaan toimintavelvoitteita, jotka edellyttävät yhteistyötä asukkaan kanssa.

Turvallisuus on keskeinen iäkkäiden ihmisten kotona asumisen edellytys. Turvallisuuden kehittämiseen on panostettava entistä enemmän, kun kotona asuu nyt ja jatkossa toimintakyvyltään aiempaa heikompi ihmisiä. Turvallisuutta tulee tarkastella useasta eri näkökulmasta. Varmistaminen ja kehittäminen edellyttävät laajan toimijaverkoston yhteistyötä. Siihen kuuluvat viranomaistoimijoiden lisäksi omaiset ja läheiset, yksityiset palveluntarjoajat sekä kolmannen sektorin toimijat.

#### *Asumisturvallisuuden kolme riskiskenaariota*

Vuonna 2016 Eksote ja Etelä-Karjalan pelastuslaitos käynnistivät hankeyhteistyön (KAT-hanke) taustakartoituksella iäkkäiden kotona asumisen turvallisuuden parantamiseksi. Hankkeessa turvallisuutta sovittiin tarkasteltavaksi kolmen skenaarion kautta: *tapaturmat, tulipalot sekä sähkönkäytön ja -jakelun häiriöt*. Näissä tilanteissa asukkaille aiheutuu ongelmia, jotka vaativat sekä asukkaiden omia sekä viranomaisten asukkaille tuottamia toimenpiteitä. Samoin viranomaisten yhteistyön merkitys kasvaa. Teemat valikoituvat siksi, että niiden avulla kokonaisuutta voidaan tarkastella eri turvallisuustilanteissa yksilö-, yhteisö- ja

<sup>65</sup> Pelastuslaki 2011/379

yhteiskuntatasoilta yksittäisen tapaturman hoidosta laajoista häiriötilanteista selviytymiseen ja niistä palautumiseen.

Kehittämissyhteistyössä oli tavoitteena kehittää käytännöllinen yhteistoimintamalli ja käynnistää toimenpiteitä, jolla kotona asumisen turvallisuutta voidaan lisätä. Monissa tilanteissa edellytetään toimijoilta yhtäaikaista reagointia. Hankkeessa luotiin visuaalinen kuvaus siitä, miten olemassa olevaa tietoa voidaan käyttää ennustemallina. Kuvaus auttaa toimintojen suunnittelussa ja osaamistarpeiden esille tuomisessa. Yhteistoiminnassa on tärkeää pitää asukas keskiössä. Tapaturmia sekä sähkönkäytön ja -jakelun häiriöiden skenaarioita käsitellään tarkemmin KAT 2 -hankkeen jatkotoimenpiteissä sekä KAT 3 -hankkeessa. Ensimmäisessä vaiheistuksessa painopiste on ollut tulipaloissa.

*Tapaturmat* ovat tässä hankkeessa tarkasteltavista tekijöistä määrällisesti suurin iäkkäille sairaalahoitajaksoja ja kuolemantapauksia sekä kustannuksia aiheuttava syy. Vuosittain lähes 300 000 suomalaista kaatuu tai liukastuu. Näistä tapaturmista lähes puolet vaatii sairaalahoitoa tai käyntiä lääkärillä. Sataa tuhatta yli 65-vuotiaista henkilöä kohden tapahtuu noin 90 kuolemaan johtavia tapaturmaa vuodessa (taulukko 7). Haipro-ilmoitusten (uhka- ja vaaratilanneilmoitukset) mukaan Eksoten Hoivan tulosityksikössä ilmoitettiin vuonna 2016 yhteensä 1421 kaatumistapausta.

### Taulukko 7. Kuolleisuus ja sairaalajaksot tapaturmissa yli 65-vuotiailla (Sotkanet)

2015	Koko maa	Etelä-Karjala
Koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin liittyvät hoitajakset 65 vuotta täyttäneillä / 10 000 vastaavan ikäistä	392,5	343,2
Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalassa hoidetut 65 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä	2,8	2,3
Kuolleisuus tapaturmisiin kaatumisiin ja putoamisiin 65 vuotta täyttäneillä/100 000 vastaavan ikäistä	90	80

Terveydestä sekä toiminta- ja liikkumiskyvystä huolehtiminen on tärkein keino välttää tapaturmia ikääntyessä. Hyvä ravitsemustila on merkittävä osa toimintakyvyn ylläpitoa. Hoidon ja kuntoutuksen arvioinnissa on tärkeää kiinnittää huomiota kaatumiseen syihin, arvioida toimintakyky, asumisympäristö ja kokonaislääkitys sekä tehdä muutoksia elinympäristöön. Puuttamalla riskeihin voidaan ehkäistä tapaturmia ja niistä johtuvia kuolemantapauksia.

*Tulipaloissa* kuolee noin kolme ihmistä 100 000 asukasta kohden vuodessa<sup>66</sup>. Vuonna 2015 Suomessa tulipaloissa kuoli 27 yli 65-vuotiaista henkilöä, joista vain kuudella oli palovarointin<sup>67</sup>. Vuonna 2015 Etelä-Karjalan alueella menehtyi tulipalon seurauksena kolme henkilöä. Palontutkintaryhmä suoritti vuoden 2016 aikana 25 palontutkintaa. Määrää lisäsi vuoden 2016 aikana kesäkuussa aloitettu kumppanuusverkoston teematutkinta, jossa tutkitaan kaikki rakennuspalot niissä rakennuksissa, joissa asutaan tai yövytään. Lisäksi selvitetään Etelä-Karjalan alueella tuki- tai hoitolaitosrakennuksissa tapahtuneet läheltä piti-tilanteet sekä yksin asuvien vanhuksien kodeissa tapahtuneet rakennuspalovaarat.

<sup>66</sup> Pronto-järjestelmä

<sup>67</sup> SPEK 2015

Turvallisuudesta huolehtiminen ja ennakointi tarkoittavat toimenpiteitä ennen kuin palo on syttynyt. Tähän liittyvät muun muassa kouluttaminen, riittävästä asunnon siisteydestä huolehtiminen ja syttymisriskien poistaminen erityisesti keittiöistä, saunoista ja jätteen säilytyspaikoista, joissa tilastotietojen mukaan syttyy eniten paloja. Merkittäviä rakennuspalojen aiheuttajia ovat sähkölaitteet ja niiden käyttövirheet<sup>68</sup>, kuten ruuan unohtuminen liedelle, pyykin kuivaaminen saunassa tai vaurioitunut jatkojohto. Saunoja käytetään usein myös varastona, mikä lisää palokuormaa paikassa, jossa lämpötila voi nousta nopeasti korkeaksi. Syttymisen jälkeiseen hetkeen varaudutaan muun palovaroittimilla, sammuttimilla ja sammutuspeitteillä. Erityistilanteisiin Pirkanmaan Turvallisuusklusteri on kehittänyt huoneisto-kohtaisen automaattisen sammutuslaitteiston (asuntosprinkleristandardin SFS 5980).

Onnettomuusriskin arvioimisessa tulee huomioida muun muassa seuraavia tekijöitä. Miten iäkkäiden toimintakyky vaikuttaa alkusammutukseen ja avun hälyttämiseen? Miten poistuminen asunnosta voidaan varmistaa? Miten suuri ja millainen on tilassa olevan tavaran määrä eli palokuorma? Miten se lisää vaaratilanteiden riskiä? Miten palokuorma vaikuttaa palon leviämismahdollisuuksiin? Onko verkostolla yhteinen käsitys siitä, mitkä ovat kriittisiä kohteita, joihin apua on saatava nopeasti paikalle? Ohjaako toimintaa häiriötilanteen hoitaminen vai ennalta estäminen?

*Sähkönjakelun häiriöt* voivat aiheuttaa merkittäviä häiriöitä esimerkiksi kotien lämmityksessä ja valaistuksessa, ja aiheuttaa välillisesti esimerkiksi kaatumistapaturmia. Sähkönjakelun häiriöt voivat vaikeuttaa myös ruuan ja juoman saatavuutta sekä aiheuttaa toimintahäiriötä sähkölaitteissa. Hankkeessa on arvioitu, miten Lappeenrannan vuoden 2015 sähkönjakelun keskeytystietoa voitaisiin hyödyntää. Tulevaisuudessa pyritään hyödyntämään myös ennakkoivaa tietoa, kuten sääennusteiden varoituksia. Sähkönjakelun häiriöiden riskien selvityksessä kokonaiskuva muodostuu useista eri tarkastelukulmista. Millaisia akkuja terveysteknologisissa laitteissa käytetään, ja miten turvataan sähkön saanti niihin? Ovatko kotihoidon tuottajat tietoisia asiakkaista, jotka eivät saa pakkasen aikaan sähköä asuntoonsa? Miten kotihoito tai muut avun tuottaja saa yhteyden asiakkaaseen ja pääsee asukkaan luokse, jos myrsky on aiheuttanut häiriötilanteen alueelle? Miten asukas varautuu pitkiin sähkökatkosiin ja miten hän selviytyy niiden aikana? Miten voimme etukäteen poistaa riskejä asukkaiden kodeista?

## **Selvitykset, kartoitukset ja koulutukset**

*Asumisturvallisuuden* lähtötilanteen kartoittamiseksi Eksote ja pelastuslaitos toteuttivat 48 yhteistä kotikäyntiä keväällä 2016. Ne sisälsivät pääosin tapaturmiin ja paloturvallisuuteen liittyviä tekijöitä. Toiminnan pääpaino oli Lappeenrannassa ja Rautjärvellä. Kodeissa tarkasteltiin myös organisaatioiden toimintamalleja sekä keinoja arvioida ja parantaa asukkaan kodin turvallisuutta ennakoivin ja korjaavin toimenpitein.

Tietoa tapaturmien määristä kerättiin tilastoista<sup>69</sup>. Kustannusten arvioinnissa hyödynnettiin Eksoten kustannustietoja, joiden perusteella laskettiin arvio iäkkään kotona kaatumisen aiheuttaman hoidon ensimmäisen vuorokauden hinnasta. Tiedon keräämisessä haastateltiin henkilöstöä. Keskusteluja käytiin myös laatu- ja turvallisuuspäällikön kanssa Hai-pro-ilmoitusten (uhka- ja vaaratilanneilmoitukset) merkityksestä.

Turvallisuuskysymyksissä yksityiset palveluntuottajat voivat olla osalle ikääntyneistä ainoita kontakteja, jotka voivat tehdä turvallisuusriskien päivittäistä arviointia ja huolehtia asiakkaan

<sup>68</sup> Lepistö & Valkeinen 2013

<sup>69</sup> Sotkanet

turvallisuudesta. Heidän osaamisensa niin toimenpiteiden kuin asumisturvallisuuskortin käytön suhteen tulee päivittää. Samoin, tulee ylläpitää julkisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien osaaminen ja ottaa se osaksi toimijaverkoston työskentelymallia. Yhteiset arviointityökalut ja tiedonvälittämisen kanavat tulee olla kaikkien toimijoiden käytössä, jotta eri palveluntuottajien asiakkaat ovat tasavertaisessa asemassa turvallisuuden suhteen.

Kotikäynneistä saatujen tietojen ja muun tausta-aineiston pohjalta rakennettiin yhteistyössä kotihoidon ja muiden toimijoiden kanssa riskien kartoittamisen työkaluksi asumisturvallisuuskortin pilottiversio. Asumisturvallisuuskortti on keino kiinnittää arjessa huomio asukkaan kodin ympäristön asioihin. Ammattilaiset testasivat kortin pilottiversiota yli 75-vuotiaiden asukkaiden kodeissa. Testijakson lopuksi haastateltiin testajat ja kerättiin tietoa käyttökemuksista kortin käytöstä. Kortin sisällön luomiseen osallistui myös Lappeenrannan kaupungin ympäristöterveydenhuolto asumisterveyden näkökulmasta. Arvioinnissa kiinnitettiin huomiota vessaan, peseytymispaikkaan, talousveteen, siivousjärjestelyihin ja lämmitykseen. Toimintamallin työstäminen maakunnan alueelle käynnistyi yhteistoiminnan kautta. Siinä korostuvat turvallinen ja terveellinen asuminen. Yhteisellä suunnittelulla haetaan toimivia malleja asiakkaiden erilaisten tilanteiden parantamiseksi (esimerkiksi siivottomat asunnot).

*Paloturvallisuuden* arviointi oli keskeinen osa kotikäyntien sisältöä. Etelä-Karjalan pelastuslaitoksen onnettomuustilastojen mukaan olohuone, keittiö ja makuuhuone ovat syttymätiloina yleisimpiä. Kotikäyntihavaintojen perusteella sauna on myös tärkeä huomioida, koska saunatilat olivat monella varastoina. Kartoituksessa selvitettiin keskeisten paloturvallisuuden vaikuttavien tekijöiden tilannetta asukkaiden kodeissa ja toiminnassa, muun muassa avotulen, tulisijojen ja kynttilöiden käyttö, tupakointi, lieden ja sähkölaitteiden käyttö, sauna ja sen käyttö. Turvalaitteiden käytön ja huollon osalta selvisi, että kaikilla ei ollut palovarointinta, asukas ei huonon kuulonsa vuoksi kuullut hälytystä tai palovaroitin ei ollut toimintakuntoinen tai se ei ollut oikeassa paikassa. Poistumistiet ja niiden esteettömyys tarkastettiin. Rakennuksesta pitäisi joka hetki päästä poistumaan vähintään kahta kulkureittiä pitkin ilman avainta tai muuta oven avausvälinettä.

Tulipaloista tehtiin ennustemallikuva tapahtuneiden tilanteiden osalta Pronto-järjestelmään koottujen tietojen pohjalta. Tiedot koottiin viiden vuoden ajanjaksolta ja ne sisälsivät arviot tulipalon pääasiallisesta aiheuttajasta ja tulipalon syttymissyystä, palokuolemien määrän ensitiedon perusteella sukupuolen ja ikäluokkien mukaan jaoteltuna, syttymistilat ja palokuolemat huonetiloittain ja vuorokauden ajan mukaan jaoteltuna, rakennuspalot, palovaarat ja onnettomuustyytit vuorokauden ajan mukaan jaoteltuna. Huonekohtainen kartoitus kytetään osaksi palveluohjausta ja palvelutarpeen arviointiprosessia. Pelastuslaitos ja Eksoten edustaja järjestivät koulutusta ja osallistuivat yleisötilaisuuksiin, joissa kansalaisten tietoutta lisättiin. Myös ammattilaisille järjestettiin yhteisiä koulutustilaisuuksia. Teematutkinta jatkuu vuoden 2017 loppuun asti.

Toimintamallin kehitystyössä on varmistettava palovaroitinten toimintakunnosta ja huollosta, mikäli asukas ei itse pysty sitä hoitamaan. Samoin siitä, kuuleeko ja ymmärtääkö asukas ja miten asukas saa apua. Osaako hän tehdä hälytyksen, jos hänellä on turvaranneke? Osaako hän käyttää puhelinta ja soittaa 112 tai muuhun numeroon? Onko puhelimessa riittävästi virtaa ja se on käden ulottuvilla? Keskeistä on myös kuvata se, kuka vastaa edellä mainituista turvaamistoimenpiteistä.

*Sähkönjakeluhäiriöihin* liittyvissä riskien osalta tehtiin selvitystyö turvallisuuden parantamisesta digitaalisen tiedon hyödyntämisen avulla. Pääpaino oli terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä sisällöissä. Tavoitteena oli saada kokonaiskuvaa sähkönjakelun poikkeustilojen vaikutuksista kotona asuvien turvallisuuteen. Toisena tavoitteena oli löytää keinoja hyödyntää

olemassa olevaa dataa nopean kokonaistilanteen hahmottamiseksi ja tilanteeseen reagoimiseksi. Selvityksessä tehtiin yksilöhaastatteluja kotihoidon asiakkaille ja ryhmähaastatteluja vanhusneuvostojen jäsenille.

Kohderyhmässä haastateltujen vanhusten kotona asumisen riskitaso ei ollut tässä suhteessa kriittinen. Kuitenkin osalla toimintakyky oli alentunut ja toimintaympäristöstä löytyi turvallisuusriskejä, joiden merkitys korostuu sähkökatkostilanteessa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaina haastateltavien asumisen turvallisuuteen ja toimintakykyyn liittyvät palvelut vastasivat hyvin tarpeita asiakkaiden itsensä mielestä.

Digitaalisen tiedon hyödyntämiselvityksestä saadut tulokset:

- Tieto asiakkaiden kotona asumisen riskitilanteista voidaan luokitella ja kuvata kartalla.
- Tiedot voidaan visualisoida resurssi- ja logistiikkasuunnittelua varten karttanäkymässä hyödynnettäväksi toiminnanohjauksessa.
- Tiedot palvelevat myös varautumisessa ja kriisitilanteiden hallinnassa.
- Asiakkaan antama valtuutus esimerkiksi sähkönjakeluhäiriötiedon käytöstä on mahdollisuus hankkia tehokkaasti ja turvallisesti. Valtuutusten keruu voidaan hallita nykyisillä toimintaprosesseilla kotikäynneillä, hyvinvointiasemalla ja muissa asiakaskontakteissa.
- Data-analytiikan tuottama tieto on kytkettävissä toiminnanohjaukseen.

### **Asumisen turvallisuuden toimintamallin kehittäminen Etelä-Karjalassa – mitä konkreettista voidaan tehdä turvallisuuden parantamiseksi**

Toimintamallia rakennettaessa hyödynnettiin kartoitusten ja aiempien hankkeiden tuloksia (esimerkiksi PaloRAi -hanke, jossa kehitettiin kansainvälisen hoidon arviointi- ja seurantajärjestelmän (RAI) yhteyteen asukkaan poistumisturvallisuutta arvioiva EVAC-mittari<sup>70</sup>). RAI:n hyödyntämistä tulisi sisällöllisesti hyödyntää tehokkaammin asumisturvallisuuden parantamiseksi. Tapaturmariskin arvioinnissa asukkaan toimintakyky on tärkeä vaikuttava tekijä ja siksi yksi osa asumisturvallisuuskortin sisällöistä. Eksotessa kehitetään edelleen kotikuntoutusta, joka parantaa ikäihmisten toimintakykyä ja vähentää sitä kautta tapaturmien riskiä. Ravitsemustilanteen seuranta ja siihen kohdistuvat toimenpiteet ovat pääosin kotihoidon vastuulla.

Paloturvallisuuden edistämiseksi ja erityistilanteisiin varautumiseksi kokeillaan huoneisto-kohtaista sammutuslaitteistoa yhteistyössä Eksoten, Etelä-Karjalan pelastuslaitoksen, yrityksen ja kunnan kanssa. Kokeilussa arvioidaan laitteiston toimivuutta, hyötyjä, kustannuksia ja edelleen kehittämistä. Kokeilussa tutkitaan ja selvitetään myös huoneistokohtaisen ja siitä syntyvän riskitiedon käsittelymallin analysointi- ja tiedonsiirtokeinoja sekä valvonta- ja hälytysmallin luomista eri toimijoille.

---

<sup>70</sup> Björkgren ym. 2017

## Taulukko 8. Asumisen turvallisuutta lisäävät toimenpiteet

Arvioi asiakkaan ja omaisen kanssa  <b>(sote-toimijat, yrittäjät, 3. sektori, pelastustoimi)</b>	Toimintaympäristöön liittyvät tekijät ja toimenpiteet	Henkilökohtaiset välineet tai toimenpiteet	Viranomaisyhteistyö  Läheis- ja omaisyhteistyö
<p>Tapaturmat</p> <p><b>Ennakointi</b></p>	<p>Hiekoitus</p> <p>Näkyvä talonnumero</p> <p>Tavarankäytön vähentäminen sisällä ja ulkona, siivous</p> <p>Kodin pienet muutostyöt</p> <p>Kulkureitit, wc- ja peseytymistilat esteettömiksi</p> <p>Puhdas juomavesi Lämmin asunto</p>	<p>Liukuestejalkineet</p> <p>Turvapuhelin ja -ranneke</p> <p>Pienapuvälineet</p> <p>Toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen</p> <p>Erilaiset apuvälineet</p>	<p>Skenaariotyö kotona asumisen turvallisuudesta</p> <p>Skenaarion tulosten hyödyntäminen toimintamalliksi</p> <p>Yhteisen tiedon hallittu käyttö, digi-turvapalvelun suunnittelu, valtuutukset</p>
<p><b>Toimenpiteet avun saamiseksi</b></p>		<p>Turvapuhelimen ja rannekkeen käytön opastus Hätänumeron käytön opastus</p>	<p>Asumisturvallisuuskortin laadinta ja käyttöönotto; ympärille rakentunut toimijaverkostomalli</p> <p>Yhteistyö ympäristöterveydenhuollon kanssa (kotien siivottomuus)</p>
<p>Tulipalo</p> <p><b>Ennakointi</b></p>	<p>Toimiva palovaroin, huolto ja sijainti</p> <p>Häkävaroitin hankinta</p> <p>Sähkölaitteiden ja johtojen kunnon varmistaminen</p> <p>Uudet laitteet viallisten tilalle</p> <p>Poistumisturvallisuus</p> <p>Herätevirtojen seuranta/tarpeellisuus</p> <p>Erityistilanteissa huoneistokohtainen sammutuslaitteisto</p>	<p>Hälytysnumero kännykkään, turvaranneke, helppo saatavuus, kyky saada apua</p> <p>Tupakointi</p> <p>Pölyjen siivoaminen</p> <p>Tavarankäytön vähentäminen (palokuorma)</p> <p>Tulisijan käyttö</p> <p>Tulenkäyttötottumusten seuranta</p> <p>Nuohoukset</p> <p>Kyky poistua asunnosta (alle 3 min.), ovien auki saaminen, esteettömät kulkureitit</p>	<p>Koulutus, valmennus</p> <p>Naapureiden, omaisten ja asiakkaan yhteydenpito varmistaminen</p> <p>Yhteistyö 3. sektorin kanssa</p> <p>Kotihoidon tuki, arviointi palvelusuunnitelmassa ja toimenpiteet</p> <p>Tuki kodin muutostyöhön</p> <p>Jos ilmeinen riski tai vaara PeL 42 § mukainen ilmoitus</p>
<p><b>Toimenpiteet tulipalon syttyä</b></p>			
<p>Sähkönjakelun häiriöt</p> <p><b>Ennakointi</b></p>	<p>Vaarojen ehkäiseminen Varautuminen henkilöiden, omaisuuden ja ympäristön suojaamiseen</p> <p>Viranomaisten verkoston yhteistoiminta</p>	<p>Ruokaa (kotivara), vettä ja lääkkeitä muutamiksi päiviksi</p> <p>Taskulamppu</p> <p>Radio, pattereita</p> <p>Viestintälaitteet ja niiden käyttö</p>	<p>Erityistilanteissa huoneistokohtainen sammutuslaitteisto</p> <p>Henkilökohtainen pelastautumissuunnitelma</p> <p>Evakuointisuunnitelmat ja -tilat</p>
<p><b>Toimenpiteet avun saamiseksi</b></p>			

Asumisen turvallisuus on laaja ja moniulotteinen kokonaisuus. Esiselvityksen aikana korostui keskeisenä elementtinä riskienhallinta. Taulukossa 8 on kuvattu yhteenvetona asumisen turvallisuutta lisäävät toimenpiteet. On tärkeää, että riskitekijöihin puututaan varhaisessa vaiheessa. Tässä iäkkään ihmisen läheisverkosto on merkityksellinen. Samoin korostuvat tunnistamisen, arvioimisen, tiedon siirtämisen ja sen merkityksen elementit.

Asumisturvallisuuskortti ohjaa toimijoita turvallisuuden havainnointiin, puutteista ilmoittamiseen ja niiden korjaamiseen. Se sähköistetään vuosien 2017–2018 aikana. Asukasta ympäröivän toimijaverkoston käyttöön integroidaan sähköinen riskitiedon välitysmalli, joka tuottaa tietoa turvallisuusasioiden hoitamiseen ja tilannekuvan muodostamiseen. Malli edellyttää yhteistä tahtotilaa kehittämistyöhön alueellisesti sekä laajasti asukkaan, omaisen, sote-toimijan, pelastustoimen, yritysten ja järjestöjen välillä.

Toimintamallin kehittyminen edellyttää menetelmien yhteisiä kokeiluja, jotta jatkossa pystytään reagoimaan nopeammin muuttuviin ja monisyisiin tilanteisiin. Älykkään analytiikan kehittyminen mahdollistaa turvallisuuden kehittymisen uudelle tasolle. Asumisen turvallisuuden kehittämistä jatketaan kahdessa seuraavassa vaiheessa, joissa luodaan malli iäkkäiden ihmisten asumisturvallisuuden arviointityöskentelyyn ja koordinoitu toimijaverkostomalli. Lisäksi kuvataan, miten ennakoinnilla vaikutetaan asumisen turvallisuustasoon ja kansalaisen turvallisuuskokemukseen. Yhteistyötahoina ovat Eksote, Etelä-Karjalan pelastuslaitos, Pelastusopisto, Lappeenrannan Teknillinen Yliopisto LUT ja Saimaan ammattikorkeakoulu.

Lisätietoa:

Duodecim Oppiportti -verkkokurssi: Kaatumisen ehkäisy.

<http://www.oppiportti.fi/op/dvk00052>

Hakala, S & Id-Korhonen, A (2016). Omassa kodissa. Ikääntyneiden asuinolojen arviointimalli. Ympäristöministeriön raportteja 6/2016.

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160115/YMra\\_6\\_2016.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160115/YMra_6_2016.pdf?sequence=1)

[Kotitapaturma.fi](http://www.kotitapaturma.fi/) -hanke. Verkkosivusto. <http://www.kotitapaturma.fi/>

Lindström, P & Pärssinen, K (2015). Luumäen ja Savitaipaleen ikäihmisten osallisuuden ja toimijuuden edistäminen. Saimaan amk. <http://www.theseus.fi/handle/10024/94490>

Lounamaa, A, Matikainen, K & Kantorovitch J (toim.) (2013). Teknologioiden mahdollisuudet iäkkäiden tapaturmien ehkäisyssä. Työpaperi 6/2013. THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-770-7>

Pajala, S (2012). Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. THL.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL\\_Opas\\_16\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf?sequence=1)

Ympäristö.fi -sivusto. Esteettömyys ja asuntojen korjaaminen. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma 2013–2017. [http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden\\_asuminen/Esteettomyys\\_ja\\_asuntojen\\_korjaaminen](http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden_asuminen/Esteettomyys_ja_asuntojen_korjaaminen)

Kaatumisten ehkäisy (2017). Hotus. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/kaatumisten-ehkaisy>

Turvallisen vanhuuden puolesta. (2017) Suvanto ry ja Vanhustyön keskusliitto ry. Kotiturva-hanke, tietoa ikäihmisille kotona asumisen turvaksi.

[http://www.vtkl.fi/document/1/2319/8f1af95/Tietoa\\_ikaihmisille\\_kotona\\_asumisen\\_turvaksi.pdf](http://www.vtkl.fi/document/1/2319/8f1af95/Tietoa_ikaihmisille_kotona_asumisen_turvaksi.pdf)



## 4. KOTIHOITO 24/7

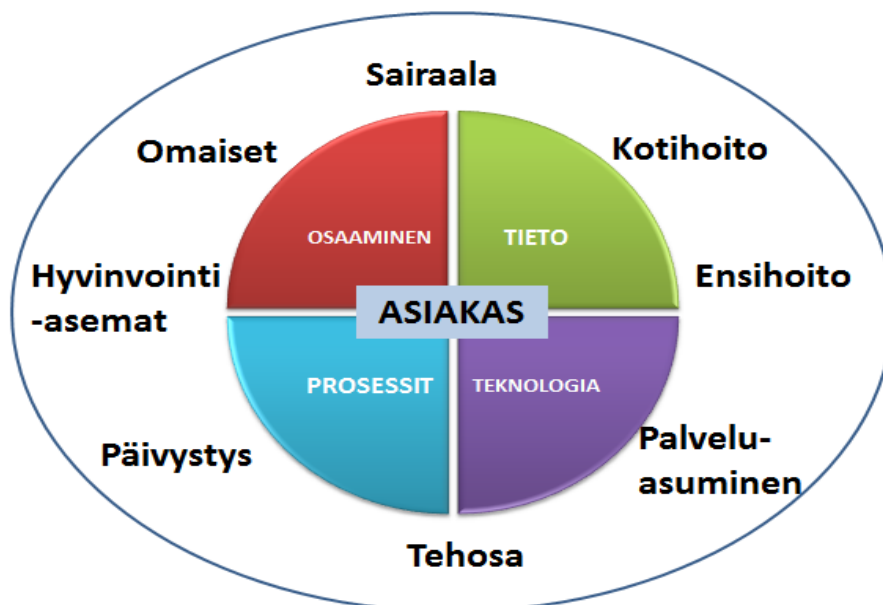
*Katri Länsivuori, Eksote*

### 4.1 Päivystys olohuoneessa

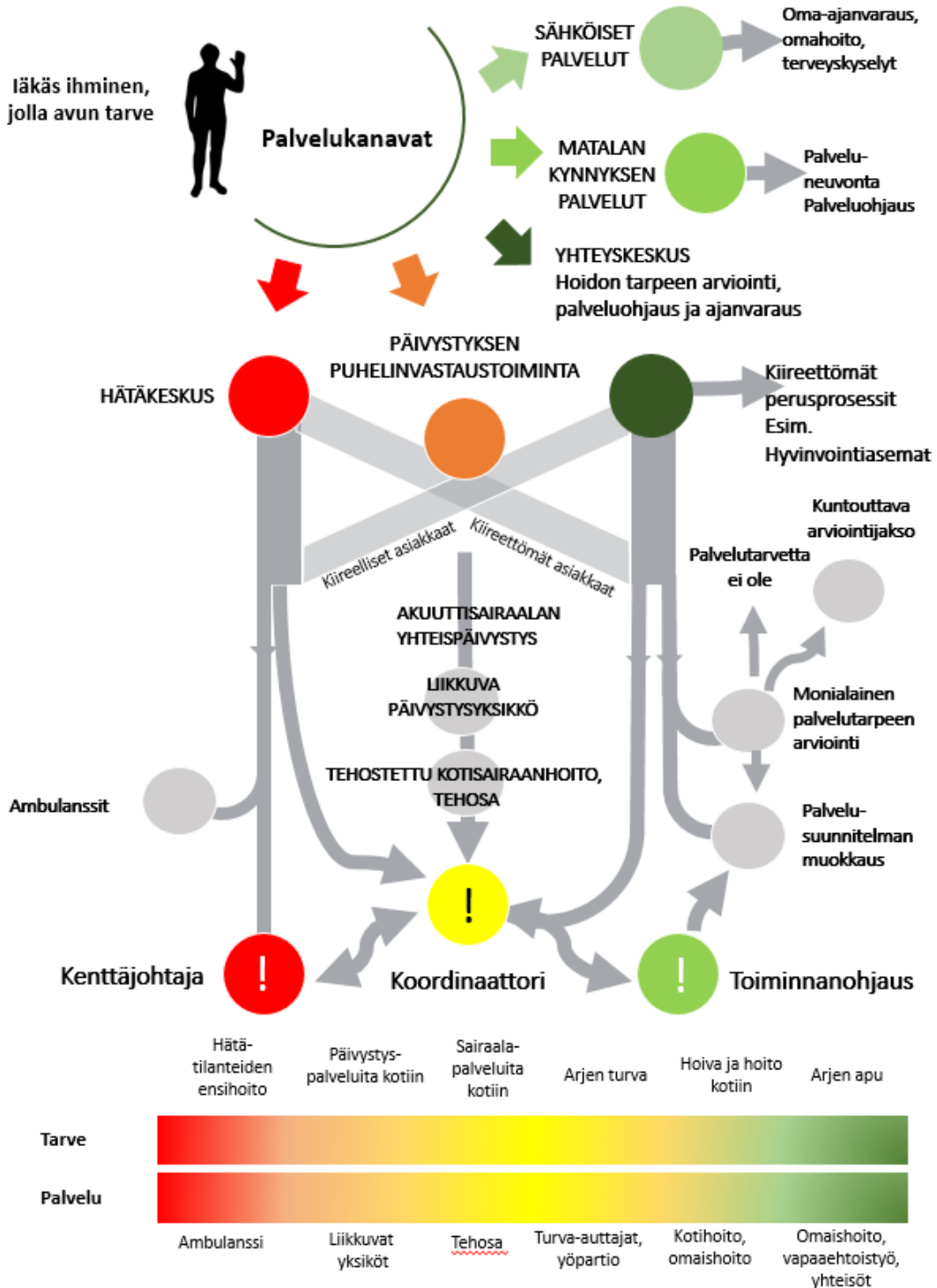
Vuoden 2015 joulukuussa aloitettu Päivystys olohuoneessa -projekti on ollut osa palvelurakenteen muutosta, jossa laitosvaltaista rakennetta on kehitetty avopainotteiseksi vahvistamalla kotiin vietäviä palveluja. Tavoitteena on ollut luoda kiireellisiin tilanteisiin toimintamalli, jossa yhdistyvät päivystys, ensihoito, tehostettu kotihoito sekä saattohoito. Tavoitteena oli myös kehittää yhteistyötä, koordinointia ja toiminnanohjausta (kuva 15, kuva 16).

Keskeisenä ongelmana on ollut vähemmän kiireellisten potilaiden ohivirtaus suoraan päivystykseen ilman ammattilaisen tekemää palvelutarpeen arviota. Kuitenkin näitä asiakkaita voidaan uudella tavalla toimintatavoilla ja teknologisilla ratkaisulla hoitaa turvallisesti ja kustannustehokkaasti heidän kotonaan. Sairaalan vuodeosastoilla on asiakkaita, jotka voisivat kotiutua palveluiden turvin nopeammin. Uudella toimintamallilla on mahdollista ehkäistä potilaan siirtymisen tarve päivystyksestä osastolle, esimerkiksi yöaikaisten lääkeinfuusioiden avulla. Kotiutuvia potilaita tulee tarkkailla entistä intensiivisemmin, jotta mahdolliset ongelmat voidaan ehkäistä ja hoitaa välittömästi. Seurannan ja tuen avulla pyritään välttämään niin sanotun pyörövi-efektin syntymistä.

**Kuva 15. Parannetaan yhteistyötä ja sujuvoitetaan palveluprosesseja**



Kuva 16. Avun ja hoidon koordinointi sairaalan ulkopuolella, Eksotessa 2017



Moniammatillisilla toimintamalleilla vähennetään päällekkäisten resurssien käyttöä ja toisaalta vältetään asiakkaan ”väliinpuotoaminen”. Tarvittavat asiakastiedot ja jatko-ohjauskanavat tulee olla nopeasti ja kootusti saatavilla, jolloin tilanteen arviointi on kokonaisvaltaisempaa. Prosessien, palveluiden ja tietojärjestelmien integraatio mahdollistaa

kansalaisille laadukkaat terveystalvet myös kotiin. Edellytyksenä on, että ammattilaisilla on tarvittavat tiedot käytössään ja tieto siirtyy eri palveluita tuottavien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä sekä omaisille.

Päivystys olohuoneessa -projektilla on ollut tavoitteena vastata näihin haasteisiin: 1) Kuinka tarpeettomia päivystyskäyntejä voidaan ehkäistä? 2) Kuinka kotiutumista voidaan tehostaa? ja 3) Miten kotiin vietäviä palveluita olisi tarkoituksenmukaisinta vahvistaa?

Päivystys olohuoneessa -toimintamallin edellytyksenä oli ensihoidon kehittyminen sairaankuljetuksesta osaksi terveydenhuollon palvelurakennetta. Ensihoidon osaaminen mahdollistaa laajemmat kotiin vietävät palvelut, koska ensihoitajilla on myös sairaanhoitajan koulutus. Etelä-Karjalassa ensihoitajan tehtävänkuvaa ja toimintamalleja on kehitetty voimakkaasti. Yli 40 prosenttia ensihoidon potilaista ei tarvitse kuljetusta sairaalaan, vaan palvelutarpeen arviointia. Kaikkiin ensihoidon tehtäviin ei ole kustannustehokasta tai tarpeellista käyttöä nykymallista ambulanssia.

Tulevaisuudessa tehokkain tapa tukea ja koordinoita sairaalan ulkopuolista toimintaa, on perustaa 24/7-toimintaperiaatteella toimiva tukikeskus, jossa toimisivat kiireettömien kotiin vietävien palveluiden koordinaattorit, konsultoitavat lääkärit ja tarvittaessa jalkautuvat liikkuvan palvelun yksiköt. Tukikeskuksen kautta toteutuvat kotikäynnin jälkeisestä hoidosta/palvelusta sopiminen ja yhteydenotto omaisiin sekä tilanneilmoitukset. Konsultaatiota tullaan kehittämään paitsi vakioimalla konsultaatiopiste ja konsultaatiomalli (ISBAR), myös digitaalisin apuvälinein (esimerkiksi kuvayhteys, monitoroidun tiedon siirto).

## 4.2 Liikkuva päivystysyksikkö

Yhtenä palveluna aloitettiin Etelä-Karjalassa maaliskuussa 2016 yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö, josta käytetään myös nimeä "Päivystys olohuoneessa" tai "Etelä-Karjala 371". Yksikkö sijoitettiin Lappeenrantaan. 2016 lopulla tehtiin selvitys pohjoisen alueen tarpeista liikkuvan päivystysyksikön toimintamallille. Maaliskuussa 2017 aloitti Eksoten pohjoisella toiminta-alueella toinen liikkuva päivystysyksikkö. Tämän yksikön asemapaikkana toimii Imatran pelastuslaitos.

Liikkuvissa päivystysyksiköissä työskentelee ympäri vuorokauden kaikkina viikonpäivinä lisäkoulutettu sairaanhoitaja, jolla on pitkä työkokemus päivystyspotilaiden hoidosta. Hoitaja pystyy arvioimaan hoidontarpeen, tutkimaan ja hoitamaan potilasta kotona. Liikkuvan päivystyksen hoitajalla on käytössään ensihoitoyksikön tutkimusvälineistö ja laajennettu lääkevalikoima sekä EKG- ja i-STAT -vieridiagnostiikkalaitteet. Hoitaja liikkuu toimintaan suunnitellulla farmariautolla. Mukana kulkee laaja vieridiagnostiikka: EKG, happisaturaatio, hemoglobiini ja methemoglobiini, kapnometri, verensokeri, ketoaineet, alkometri, virtsan stixaus, häkämittari, CRP, iStat (pikalaboratoriokokeet) ja ultraääni sekä toimiva konsultaatiopiste videoyhteyksineen.

Liikkuvalla päivystysyksikölle on nimetty käytännön toiminnasta vastaava kenttäjohtaja sekä lääketieteellisestä kehittämisestä ja konsultaatiotoiminnasta vastaava lääkäri. Yhteys lääkäriin mahdollistaa diagnoosin, lääkityksen, toimenpiteiden tekemisen ja asiakkaan jatko-ohjauksen kotoa käsin. Hoitaja voi ohjata asiakkaan Iso apu -palvelukeskukseen monialaiseen palveluntarpeenarvioon, aikuisten psykososiaalisiin palveluihin tai varata ajan perusterveydenhuollon lääkäriille.

Toimintamallin avulla pyritään estämään tarpeettomia päivystyskäyntejä sekä tehostetaan kotiutumista sairaalasta mahdollistamalla yökäiset seurantakäynnit ja lääkitykset asiak-

kaan ”olohuoneeseen”. Asiakas ei itse voi soittaa suoraan liikkuvaan yksikköön. Tehtävät yksikölle tulevat hätäkeskukselta tai toiselta ammattilaiselta. Yksikkö toimii kaikkien päivystyksellisiä asiakkaita kohtaavien ammattilaisten yhteisenä resurssina sairaalan ulkopuolella.

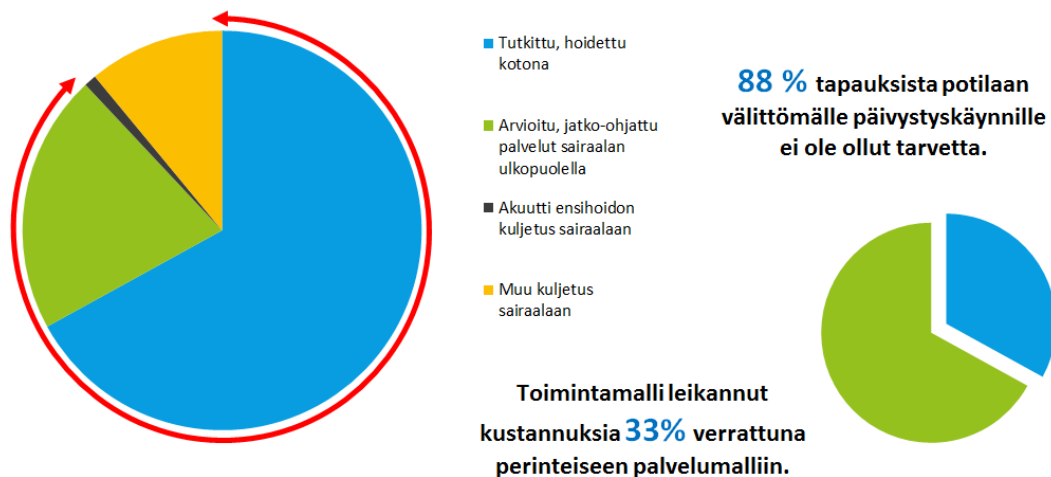
Jatkossa toimintamallia on tavoitteena kehittää yhteistyössä lääkehuollon, ravitsemusterapi-an, kotikuntoutuksen ja psykososiaalisten palveluiden kanssa sekä selvittää kirurgisten potilaiden kotiutumisen tuen mahdollisuuksia. Liikkuvan päivystyksen henkilöstölle on laadittu oma perehdytysuunnitelma ja valmisteilla on malli osaamisen hallintaan.

### Vaikuttavuuden arviointi ja seuranta

Uuden toimintamallin kehityksen sekä käyttöönoton osalta on olennaista seurata toteutuksen vaikuttavuutta (kuva 17). Yhden hengen liikkuvan palveluyksikön osalta seuranta tehtiin sekä laadullisten arviointikohteiden osalta että taloudellisesta kustannusten osalta. Kokonaisarviointi koottiin yhdestä kolmeen kuukauden välein vuoden 2016 aikana.

Puolen vuoden käytön perusteella on tehty kustannus-vaikuttavuusanalyysi. Laskentamallin pohjana on käytetty toteutuneita käyntejä, ja verrattu niitä aiempiin toimintamalleihin ja kustannuksiin. Ilman liikkuvaa yksikköä potilaan hoito olisi vaatinut ensihoidon käynnin, ambulanssikuljetuksen, päivystyskäynnin, sairaalassaoloa tai näiden yhdistelmän. 86 prosenttia yksikön tehtävistä toteutui ”olohuoneessa” tai jatko-ohjautui sairaalan ulkopuolelle. Laskennallinen kustannussäästö verrattuna perinteiseen toimintamalliin on 33 prosenttia. Kyselyiden perusteella toimintamalli on ollut asiakkaille ja ammattilaisille mieleinen ja vaikuttavuuden näkökulmasta tulokset ovat lupaavia.

**Kuva 17. Toimintamallin tuloksia liikkuvan päivystysyksikön ensimmäiseltä toimintavuodelta, 3/2016 – 3/2017**



Laadullisen vaikuttavuuden osalta arviointi keskittyi alkuvaiheessa yksikön henkilöstön osalta ensimmäisten toimintakuukausien kokemukseen, nopeisiin kehittämistarpeisiin sekä yksikön tehtävien ohjaamiseen ja ohjautumiseen. Myös sidosryhmien näkökulmasta tehtiin yksikön hyödyntämiseen liittyvää arviointia. Laadullisen vaikuttavuuden arviointia vahvistettiin hyödyntämällä Eksoten tietomallia, jonka avulla tehtäväkohtaisista tiedoista koottiin kuvaus toteutuneesta palvelumallista. Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoidon opiskelijat toteutti-

vat neljä opinnäytetyötä aihepiiristä vuoden 2016 aikana. Painopisteinä olivat laadullinen arviointi ja tulosten siirtäminen käytännön kehittämisen- ja jatkotutkimustarpeiksi.

Laadullisen arvioinnin tulokset vuodelta 2016 ovat positiivisia. Yksikköä hyödynnettiin enemmän ja monipuolisemmin kuin mitä ennalta arvioitiin. Merkittäviä puutteita henkilöstön osalta ei löytynyt. Tilanne oli samanlainen keskeisten sidosryhmien osalta. Positiivisena tuloksena voidaan pitää myös päätöstä investoida toiseen yksikköön vuonna 2017. Arviointi toi esiin kirjaamiseen liittyviä puutteita sekä sen kuormittavuutta tilanteessa, jossa kirjaamista tehtiin useaan järjestelmään. Henkilöstö oli alusta lähtien motivoitunut kehittämään toimintamallia. Asiakkaiden sekä omaisten tyytyväisyyttä seurattiin henkilöstön vastaanottaman palautteen osalta. Tarkempaa analyysia ei ollut tässä yhteydessä mahdollisuutta toteuttaa. Henkilöstön tuottamista näkökulmista poimittiin pysyväksi toiminnaksi esimerkiksi esisoihtoihin liittyvät toimenpiteet ennen kohteeseen menoa.

Uusien palvelumallien osalta saattaa käydä niin, että kustannuksia ei pystytä vähentämään, vaan kysyntä muuttuu uusien sisältöjen tullessa markkinoille. Yhden hengen palveluyksikön osalta kyse oli kuitenkin tarpeista, jotka olivat olemassa jo ennen yksikön käynnistämistä.

Merkittävimpiä tehtäväryhmiä:

- Tehostetun kotisairaanhoidon (TeHoSa) muutoin tekemät hoitotehtävät, joille ei ole tekijöitä yöaikaan ja resurssit eivät riitä hoitamaan kaikkien kotiutettujen tarpeita.
- Arviointi- ja hoitotehtävät, joiden osalta asiakas päätyisi muuten päivystykseen, joko omalla kyydillä, taksilla tai ensihoitoyksikön kuljettamana.
- Hälytyskeskuksen välittämät D-kiireelliset tehtävät, joihin ensihoitokalusto ei muutoin riitä tai kiiretilanteiden osalta yksikköjä ei ole muuten saatavilla.
- Myöhemmässä vaiheessa myös sellaiset puhelimitse hoituvat tehtävät, joissa palveluntarvitsija on ammattilainen esimerkiksi hoiva- tai palvelukodissa. Näiden osalta vaihtoehtona on ensihoitoyksikön kutsuminen paikalle tai vierailu päivystyksessä.

Puhtaasti uutta kysyntää on vaikea osoittaa, mutta oletuksena on, että sellaista on jossain määrin syntynyt. Numeeriset arviot eivät kuitenkaan puolla näkemystä uuden kysynnän merkittävästä noususta. Yksikön toimintaa ohjattiin tehtävätyyppiohjeistuksilla, joita yksikkö voi ottaa vastaan ja toisaalta, joita yksikölle voidaan ohjata. Jo kahden kuukauden jälkeen päästiin tehtäväkokonaisuuteen, joka ei ole olennaisesti muuttanut muotoaan vuoden 2016 aikana. Ainoastaan hälytyskeskuksesta tulevien tehtävien määrässä on eroja kuukausittain, mutta kyse on lopulta muutamista prosenttiyksiköistä.

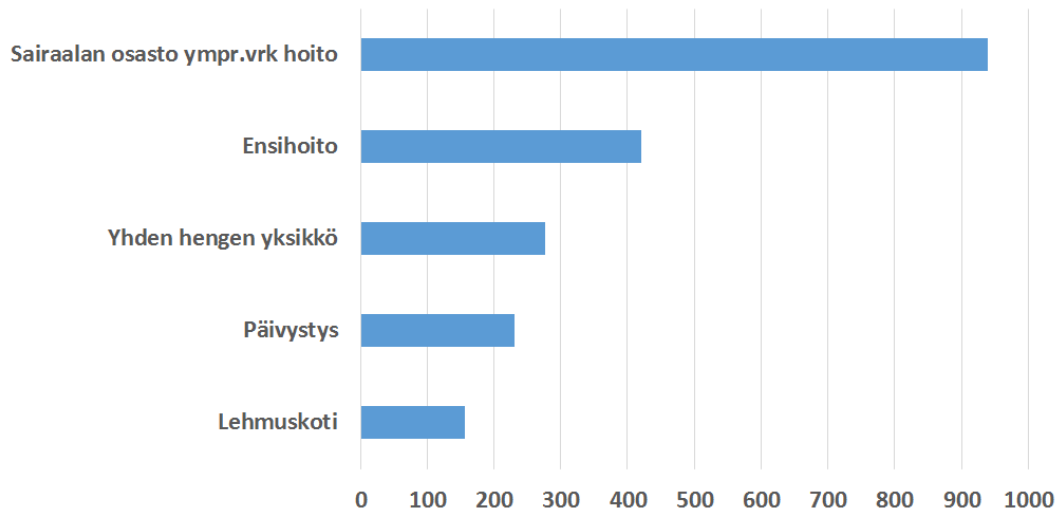
Taloudellisen vaikuttavuuden (kuva 18) analysoinnin vertailupohjaksi on otettu toimintakustannukset ilman yleiskustannusten kohdistamista. Myös poistojen osuudet jätettiin tarkoituksella pois. Laskelmissa huomioitiin vaihtoehtoiskustannukset. Laskelmat on laskettu 1) kevyimpien palvelumuotojen vaihtoehtoiskustannuksien mukaan, 2) vaativimpien vaihtoehtoiskustannuksien mukaan sekä 3) keskiarvo ääritapauksista. Erilaisille tehtäville laskettiin vaihtoehdot niin, että kevyimmät vaihtoehdot olivat päivystyskäynti, ensihoitoyksikön käynti tai edellä mainittujen yhdistelmä. Kalleimmista vaihtoehdoista valittiin tarkasteluun sairaalavuorokauden keskimääräinen hinta.

Vuoden 2017 tammikuun loppuun mennessä yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö oli suorittanut 2891 tehtävää. Kuukausikohtainen tehtävämäärä oli asettunut keskimäärin 380 tehtävään. Vuositasolla se tarkoittaa noin 4500 tehtävää, joka on merkittävästi enemmän

kuin yksikölle oli ennalta asetettu tavoitteeksi. Näistä tehtävistä noin 2/3 on edellyttänyt käyntiä kohteessa ja 1/3 on pystytty hoitamaan puhelimitse.

### Kuva 18. Vaihtoehtokustannukset eri suoritteille vuoden 2016 tietojen mukaan

#### SUORITEKUSTANNUKSET ERI YKSIKÖISSÄ €



Jatkokehityskohteena vaikuttavuuden osalta on määritetty laajempi palvelukäyttö niiden asiakkaiden osalta (potilaat), jotka ovat hyödyntäneet kyseisen yksikön palveluja. Lisäksi siirtyminen yhtenäiseen tietojentallennusjärjestelmään (Effic) mahdollistaa tietojen automaattisen raportoinnin erilaisilla kohderajauksilla. Yksittäisten kuukausien osalta tehtävämuutokset ovat olleet vähäisiä, jolloin vaikutus muuhun toimintaan sekä kysynnän käyttäytyminen nousee tärkeämpään rooliin. Seurantaa jatketaan edelleen vuoden 2017 osalta sekä Imatralla aloittaneen yksikön osalta. Näin voidaan myös verrata eri yksiköiden toimintaa, tehokkuutta sekä sisältöjen vaikuttavuutta suhteessa muihin palveluihin ja niiden kysyntään.

### 4.3 Tehostettu kotisairaanhoito

Tehostettu kotisairaanhoito (TeHoSa) on Eksoten liikkuva hoitoyksikkö ja osa Päivystys olohuoneessa -toimintamallia. TeHoSan toimesta erityisosaamista vaativaa hoitoa kotona on mahdollisuus antaa koko Etelä-Karjalan alueella tasavertaisesti asiakkaan asuinpaikasta riippumatta. Sen toiminnan tarkoituksena on lyhentää sairaalajaksoja mahdollistamalla nopeampi kotiutuminen tai ehkäistä kokonaan sairaalaan joutuminen. Kotiin vietävä palvelu on vaihtoehto osastohoidolle.

Sairaanhoitajat toteuttavat lääkärin määräämää hoitoa sekä hoidollisia arviointikäyntejä aikuisväestölle kaikkina viikonpäivinä (klo 8-21). TeHoSan hoitaja toteuttaa hoidon asiakkaan kotona tai terveysasemalla. TeHoSasta tehdään myös hoitoarviokäyntejä palveluasumisyrityksissä voinnin muuttuessa äkillisesti. Potilas voidaan siirtää tehostetun kotisairaanhoidon palveluihin suoraan päivystyksestä tai lääkärin vastaanotolta.

Esimerkkejä Tehosan palvelusta:

- hoidolliset arviokäynnit,
- äkilliset voinnin muutokset,
- lääkeinjektiot ja -infuusiot suonensisäisesti,
- haavahoidot,
- ennalta sovitut hoitotoimenpiteet sekä
- palliatiivinen eli oireenmukainen hoito ja saattohoito.

Ensihoidon, päivystyksen ja TeHoSan tulosyksiköt yhdistettiin keväällä 2017 samaksi tulosyksiköksi Akuuttisairaalan tulosalueelle. Integraation lähtökohtana oli toiminnallinen uudistus, jossa akuutteja päivystyspotilaita tutkivat ja hoitavat tahot ovat yhdessä. Kenttäjohtaja valvoo tilannekuvaa koko alueella ja kumpaakin resurssia hyödynnetään nopeastikin muutuvissa tilanteissa tarpeen mukaan. Käytännössä ensihoito avustaa suonensisäisessä antibiootihoidossa ja saattohoitopotilaiden yöaikaisessa hoidossa. TeHoSa puolestaan ottaa vastaan kiireettömiä arviointitehtäviä ensihoidon ruuhkatilanteissa. Päivystys olohuoneessa toimintamalli on tiivistänyt ensihoidon, tehostetun kotisairaanhoidon ja päivystyksen yhteistyötä.

Lisätietoa:

Päivystys tulee olohuoneeseen (2017). Sote- ja maakuntauudistus. STM. Artikkelit 2/17.  
[http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/paivystys-tulee-olohuoneeseen-1](http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/paivystys-tulee-olohuoneeseen-1)

Yhden hengen liikkuva päivystysyksikkö (2016). Tehy-lehti 5/2016.  
<http://www.tehylehtiarkisto.fi/lehti/20160510/#page/40>

Artikkeli teoksessa Kotisairaala (tulossa syksyllä 2017). Duodecim.



## 5. TEKNOLOGIALLA TUETUT TOIMINTAMALLIT

### 5.1 Teknologialla tuetut kuntouttavat toimintamallit kotona asumista tukevissa palveluissa – kirjallisuuskatsaus

*Mika Immonen, Jouni Koivuniemi, LUT*

#### Tavoite ja tutkimusprosessi

Tutkimuksessa selvitettiin teknologian hyödyntämisen nykytilaa ikäihmisten kotona asumista tukevissa palveluissa ja toimintamalleissa. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena hyödyntäen Scopus-tietokantaa. Lähdeaineiston hakulauseke muodostui kolmesta komponentista. Haku rajattiin 1) Ikäihmisiin (aging, older, elderly), 2) Kotona asumisen toimintaympäristöön (home care, health care, social care, integrated care), ja 3) Laajasti erityyppisten teknologioiden hyödyntämiseen (technology). Aikataulullisesti haku rajattiin vuosina 2010–2016 julkaistuihin tutkimuksiin. Näillä hakurajauksilla alustavaksi lähdeaineistoksi valikoitui 812 englanninkielistä tiedeartikkelia; haun toteutus keväällä 2016. Artikkelit käytiin läpi, päällekkäiset julkaisut poistettiin, ja artikkelien tiivistelmien perusteella varsinaiseen analyysiin valittiin 290 artikkelia. Tarkemmasta analysointivaiheesta rajattiin ulkopuolelle artikkelit, jotka eivät koskettaneet kotihoitoa tai kotona asumisen tukemista ja jotka eivät sisältäneet teknologian testausta ja/tai käyttöönottoa. Varsinainen analysointi toteutettiin nViVo-ohjelmalla.

#### Keskeisiä johtopäätöksiä

- a. *Aidot tarpeet ohjaamaan teknologian käyttö* – Teknologian hyödyntämisen lähtökohdana tulee olla aidot tarpeet (kuva 19)
- b. *Eroon teknologiasaarekkeista ja tukea palvelukokonaisuuksille* – Kotiympäristöön tarvitaan kokonaisvaltaista teknologiaymmärrystä ja ratkaisuja. Tällä hetkellä teknologia pirstoutuu liiaksi erillisiksi teknologiasaarekkeiksi. Teknologiaa hyödyntävien kotona asumista tukevien toimintamallien tulisi tukea laaja-alaisesti toiminnallisuuksia tai palvelukokonaisuuksia, jotka liittyvät sekä tapahtumien valvontaan, terveydentilan ennakkointiin, aktivointiin ja kuntoutukseen että etävastaanotto toimintaan (eli terveydentilan seuranta ja ennakkointi, sekä aktiivisuuden, päivittäisten rutiinien ja toimintakyvyn seuranta).
- c. *Kouluta asiakas käyttämään teknologiaa* – Asiakkaiden kouluttaminen teknologian käyttöön on keskeistä, jotta teknologia saadaan osaksi päivittäisiä rutiineja [Teknologian hyödyntämisen pitkäaikaisten positiivisten vaikutusten aikaansaamiseksi (muun muassa parantuneen sosiaalisen kanssakäymisen ja toimintakyvyn osalta) tulee kiinnittää huomiota asiakkaiden kouluttamiseen ja teknologian viemiseen osaksi päivittäisiä rutiineja.]
- d. *Avoin tiedonkulku* – Avoin päätöksenteko ja tiedonkulku tukevat teknologialla tuettujen toimintamallien käyttöönottoa [Teknologialla tuettujen kuntouttavien palveluiden organisoinnissa tulisi pyrkiä avoimeen päätöksentekoon ja tiedonkulkuun (kuntoutujan, hänen lähipiirinsä ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön välillä).]

- e. *Teknologian tulee olla helppokäyttöistä* – Teknologialla tulee tukea palvelujen helppokäyttöisyyttä [Palveluiden käytön tulee olla helppoa kaikille osapuolille, koettu tyytyväisyys edistää teknologialla tuettujen palveluiden käyttöä. Palveluiden saatavuudella on keskeinen rooli kotona asumisen tukemisessa (teknologia mahdollista saatavuuden kokemuksen tuottamisen uusilla tavoilla).]
- f. *Aktivoi yksilöitä ja yhteisöjä* – Tulevaisuuden hoitoprosessit tulisi suunnitella mahdollistamaan sekä yksilön aktivointi että yhteisöllinen aktivointi.
- g. *Sitouttamiseen ja motivointiin tarvitaan uusia keinoja* – Hoitoon sitoutumiseen ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseen on kehitettävä uusia toimintamalleja (muun muassa organisaatioiden prosessinohjaukseen että asiakkaan motivoimiseen).
- h. *Informaation hyödyntäminen on keskeistä* – Keskeinen kysymys etähoidon ja -hoivan osalta liittyy palveluprosessien tuottaman ja palveluissa tarvittavan informaation jakamiseen, säilyttämiseen – ja ennen kaikkea hyödyntämiseen.

## Kotiympäristö, asuminen ja teknologia

Kotiympäristöä tulee tarkastella kuntouttavien toimintamallien näkökulmasta päivittäisen asumisen, asukkaan kokemuksen ja toimintojen näkökulmista. Lisäksi kotia ympäristönä määrittelevät myös sen liittynät teknologiaan ja merkitykset työympäristönä hoitajille. Asumisen näkökulmasta koti on elinympäristö ja fyysinen toimintaympäristö, joka luo puitteet päivittäiselle toiminnalle ja asettaa samalla rajoitteita toimintakyvyn alentuessa. Tulevaisuudessa luotavien kuntouttavien toimintamallien yleiseksi tavoitteeksi tulee asettaa ikääntyvän asukkaan autonomisen toiminnan tukeminen. Käytännössä tämä tarkoittaa tukea päivittäisissä toiminnoissa ja kuntouttavia interventioita<sup>71</sup>, jotka on sovitettu yksilöllisesti kunkin asukkaan elämäntyyliin ja -rytmiin sopiviksi. Nykyinen virasto aikaan perustuva toiminta ei saa tulevaisuudessa kannatusta asiakkailta, koska ihmiset ovat tottuneet mobiileihin soveluksiin ja vapautteen valita palveluiden aika ja paikka<sup>72</sup>.

Yksilöiden asumiskokemukseen ja selviytymiseen ympäristössään vaikuttavat keskeisesti krooniset sairaudet, fyysisen ympäristön haastavuus ja tulevaisuudessa yhä enemmän kyky hyödyntää teknologiaa päivittäisissä toiminnoissa. Tätä kokonaisuutta tarkasteltaessa on palveluiden suunnittelun huomioitava seuraavia asioita. Keskeisimmät vaatimuksia määrittävät tekijät itsenäiselle asumiselle syntyvät kroonisten sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä palvelutarpeista, joiden tulee ohjata tulevaisuudessa entistä voimakkaammin palveluiden ja ympäristön suunnittelua<sup>73</sup>. Teknologian rooli tulevaisuuden tuetuissa asumismuodoissa on kahtalainen – palveluiden saatavuutta sekä turvallisuutta parantava ja hoitomyönteisyyttä lisäävä. Teknologialla tuettujen asumismuotojen on todettu aiemmissa tutkimuksissa vaikuttaneen saatavuuden kokemukseen vähentyneen matkustamistarpeen kautta<sup>74</sup>. Uudet teknologiaan perustuvat ratkaisut tulee kuitenkin suunnitella helppokäyttöisyys ja intuitiivisuus edellä, jotta halutut vaikutukset itsenäisyyden lisäämiseksi saadaan aikaan myös toimintakyvyltään rajoittuneiden käyttäjien keskuudessa<sup>75</sup>. Käytettävyyden parantamiseen tarvitaan myös lisää tutkimusta erityisryhmien osalta, jotta voidaan tunnistaa esimer-

<sup>71</sup> Leone ym. 2011

<sup>72</sup> Ellis ym. 2013

<sup>73</sup> Czaja 2016

<sup>74</sup> Hubers & Lyons 2013

<sup>75</sup> Falcó ym. 2013

kiksi käyttöliittymien suunnitteluun kohdistuvia erityisvaatimuksia kognitiivisten tai fysio-motoristen kykyjen vaihdellessa<sup>76</sup>.

Tarvittavat toiminnallisuudet kotona asumista tukevissa kuntouttavissa palvelumalleissa voidaan jakaa seuraaviin kategorioihin: 1) tapahtumien valvonta, 2) terveydentilan ennakointi, 3) aktivointi ja kuntoutus ja 4) etävastaanotto toiminta. Tapahtumien valvonta kattaa joukon reaktiivisia toimintoja, joilla pyritään vastaamaan, tai estämään, ei-toivottuihin tilanteisiin (kaatumiset, sairaskohtaukset) liittyviä ongelmia ja vähentämään avun viivästyminen syn-tyviä haittoja<sup>77</sup>. Valvontatoiminnot ovat tässä yhteydessä joukko antureita, verkkoteknologi-aa ja älykkäitä algoritmeja, jotka implementoidaan asukkaan kotiympäristöön<sup>78</sup>. Tulevaisuu- dussa voi olla mahdollista jopa parantaa fyysisen tilan toiminnallisuuksia suoraan aivoihin kytketyillä, ”new brain-computer interface (BCI)”, rajapinnoilla ja robotiikalla<sup>79</sup>. Käytännössä asukkaan valvonta ja seuranta vaatii palvelutarjonnan laajentamista perinteisen hoito- ja hoivapalvelujen ulkopuolelle, jolloin erityyppisiä toimintoja tulee tarkastella laajemmin kuin pelkästään terveydenhuollon kontekstissa<sup>80</sup>. Teknologioiden osalta on tarkoituksenmukais- ta tarkastella tulevaisuuden mahdollisuuksia myös asukkaan omistamien laitteiden näkö- kulmasta. Esimerkiksi kuntoutuksen osalta uudet peli- ja viihdelaitteet (muun muassa Wii family, Microsoft Kinect, Neurosky Mindwave) ovat hyödyllisiä motoriikan aktivoinnin näkö- kulmasta<sup>81</sup>. Etävastaanotto- ja videokonsultaatioiden soveltuvuutta tutkittaessa on havaittu, että vastaanottokäyntien vähenemisen lisäksi, myös asiakkaiden motivaation ja hoidon seu- rattavuus on parantunut. Vaikutus syntyy potilaan vastuuta omista toimista kasvattamalla ja palautejärjestelmiä kehittämällä interaktiivisemmiksi<sup>82</sup>. Seurannan toteutuksessa on kuiten- kin huomioitava eettiset ja yksityisyyden suojaan liittyvät kysymykset<sup>83</sup>.

Teknologialla tuettu asuminen vaikuttaa yksilön kokemuksiin 1) parantuneiden toiminnalli- suuksien ja 2) yhteisöön kuulumisen tunteen kautta. Tutkimuksissa on havaittu, että ikään- tyvät haluavat jatkaa asumistaan tutussa ympäristössä ja luotetussa ympäristössä, joka aiheuttaa kustannuspaineita ja uudistumisen tarvetta nykyiselle laitoskeskeiselle rakenteel- le<sup>84</sup>. Lisäksi, yksittäisiin koteihin hajautettu hoito aiheuttaa kuitenkin yksilölle mahdollisesti lisääntyntä eristäytyneisyyden kokemusta ja toiminnallisia haasteita, johon teknologia tuo ratkaisuja<sup>85</sup>. Toimintojen näkökulmasta ”älykäs”-tila on intuitiivinen, mutta kokemuksen kaut- ta se voi olla asukkaalle epämielinen teknisyys edellä toteutettuna<sup>86</sup>. Tutkimukset ovat osoit- taneet, että teknologialla tuetut hoitoprosessit lisäävät asiakastyytyvyyttä paremman oh- jauksen vuoksi<sup>87</sup>. Lisäksi henkilöiden kokemaa yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyttä voi vähen- tää teknologian mahdollistamien palvelujen kautta<sup>88</sup>. Teknologian vieminen osaksi päivittäi- siä rutiineja mahdollistaakin selkeästi osoitettavat positiiviset vaikutukset henkilöiden sosiaa- lisisessa kanssakäymisessä ja parantuneessa koetussa toimintakyvyssä<sup>89</sup>.

---

<sup>76</sup> Greenhalgh ym. 2013

<sup>77</sup> Gómez-Sebastià ym. 2016

<sup>78</sup> Yang & Hsu, 2012

<sup>79</sup> Sellers ym. 2010

<sup>80</sup> Armbrust ym. 2011

<sup>81</sup> Konstantinidis ym. 2015

<sup>82</sup> Crotty ym. 2014

<sup>83</sup> Olsson ym. 2012

<sup>84</sup> Jaschinski & Allouch, 2015

<sup>85</sup> Gabrielian ym. 2013

<sup>86</sup> Cho & Kim 2014

<sup>87</sup> Grant ym. 2015

<sup>88</sup> Ballantyne ym. 2010

<sup>89</sup> Ferreira ym. 2014

## Teknologian käyttötarkoitus, käyttöympäristö ja integraatio

Teknologialla tuettu asuminen tarkoittaa ympäristöjä, joissa anturit, laitteet ja multimedia luovat uusia toiminnallisuuksia päivittäisten toimien tueksi ja tarjoavat mahdollisuuden sosiaalisten verkostojen ylläpitoon etäyhteyksien kautta<sup>90</sup>. Etähoito ja -hoiva tulee taas käsittää edellisten toimintojen osajoukkona, jolla on oma selkeästi rajattu tarkoitus terveydenhuollon palvelutuotannossa. Erityisesti etähoito ja -hoiva ovat alustoja potilaan ja palveluntuottajan välisiin interaktioihin useilla eri tasoilla<sup>91</sup>. Kuntouttavien palvelumallien näkökulmasta tuetun asumisen palvelut kattavat useita tasoja lähtien yksilön terveydestä ja terveyden normeista aina palveluihin, joissa pyritään tukemaan terveysasenteiden ja käyttäytymisen positiivista muutosta<sup>92</sup>.

Valvontateknologiat voidaan karkeasti jakaa kahteen joukkoon: 1) kiinteisiin asennuksiin ja 2) mukana kuljetettaviin teknologioihin (wearables). Kiinteästi asennettavat valvontasovellukset luovat puitteet ”läsnä-älyyn”, ubiikkiin, teknologiaan perustuville sovelluksille, jotka ovat huomaamaton osa asukkaan ympäristöä tuottaen kuitenkin tarvittavat toiminnallisuudet<sup>93</sup>. Keskeinen osa ubiikeissa sovelluksissa ovat passiiviset anturiverkot, joiden tarkoitus on ainoastaan koota tietoa ympäristön tapahtumista<sup>94</sup>. Ikääntyvän asukkaan etävalvonta ja päivittäisten aktiviteettien seuranta perustuu osittain kiinteisiin antureihin<sup>95</sup>, mutta tulevaisuudessa mukana kuljetettavat seurantalaitteet tulevat yhä enemmän kytkeytymään osaksi järjestelmiä<sup>96</sup>.

Etähoitoon ja -hoivaan liittyvät teknologiat (Telehealth) voidaan määritellä erilliseksi ryhmäksi, joka on luotu terveydenhuollon tarpeisiin palvelemaan monitahoisia interventioita terveyden, mielenterveyden tai palvelujen saatavuuden parantamiseksi<sup>97</sup>. Etähoidon ja -hoivan interventiot voidaan karkeasti jakaa kolmeen eri ryhmään: 1) etäläsnäolon sovellukset (”telepresence”) kotihoidon tukena<sup>98</sup>, 2) itsehoito ja terveydenseuranta sairaanhoidon tukemana<sup>99</sup> ja 3) sosiaalisen median kanaviin perustuvat hoitokanavat<sup>100</sup>. Lueteltujen toimintamallien käyttöönotossa tulee huomioida erityisesti potilaan kouluttaminen ennen hoitajaksojen alkua ja tukikanavien rakentaminen hoitajakson ajalle, joka yhdistää mittaukset, hoitotoimenpiteet ja yleisen terveysneuvonnan<sup>101</sup>.

## Käyttäjryhmät teknologialla tuetuissa kuntouttavissa palveluissa

Keskeiset käyttäjryhmät teknologialla tuetussa kuntoutuksessa muodostuvat kuntoutujan itsensä, hoitohenkilökunnan, hoitoprosessiin perehdyttävien henkilöiden ja kuntoutujan sosiaalisen piirin ympärille. Ikääntyvistä kuntoutujista on tarkoituksenmukaista tunnistaa yksilöiden teknologiaorientoituneisuus, hoitoprosessin herkkyyks muutoksille ja yksilön yleinen kyky käyttää teknologiaa. Palveluprosessien sujuvuuden ja erityisesti interventioiden vaikutavuuden lisäämiseksi on ymmärrettävä myös virtuaalisten kuntoutusryhmien ja yhteisöjen merkitys ja tuettava myös omaishoidon toimintoja. Teknologialla tuetuissa kuntouttavissa

---

<sup>90</sup> Iliev & Dotsinsky 2011

<sup>91</sup> Huang & Hsu 2014

<sup>92</sup> Nef ym. 2015

<sup>93</sup> Al-Beiruti & Al-Begain 2014

<sup>94</sup> Rantz ym. 2013

<sup>95</sup> Ahanathapillai ym. 2015

<sup>96</sup> Yang & Hsu 2012

<sup>97</sup> Gellis ym. 2012

<sup>98</sup> Michaud ym. 2010

<sup>99</sup> Minatodani ym. 2013

<sup>100</sup> Huang & Hsu, 2014

<sup>101</sup> Black ym. 2014

palveluissa tulee tukea jaettava avointa toimintamallia päätöksenteossa, jossa kuntoutuja, perheenjäsenet ja terveydenhuollon ammattihenkilöt osallistuvat prosessiin<sup>102</sup>. Avoimen päätöksenteon ja teknologialla tuetun mallin yhdistämisellä voidaan saavuttaa kokonaiskustannussäästöjä, vaikka suorat hyödyt kuntoutuksessa olisivatkin vaikeasti arvioitavissa<sup>103</sup>.

Teknologialla tuetun kuntoutuksen vaikuttavuuden osalta keskeisiä yksilöstä nousevia tekijöitä ovat: 1) yleinen teknologian hyväksyminen (acceptance) ja 2) myöntyvyys tarjottua mallia kohtaan (compliance). Tutkimuksissa on havaittu, että yksilön asenteet yhdessä palvelutuottajan teknologian hyödynnettävyyttä rajoittavien prosessien kanssa synnyttävät merkittäviä esteitä tehokkaille palveluille<sup>104</sup>. Erityisesti kaikkein vanhimpien ikäsegmenttien kohdalla vähäinen kokemus ja puutteellinen tieto teknologian mahdollistamista toiminnoista vaikuttavat negatiivisesti asenteisiin, mikä on huomattavasti vähäisempää nuorempien ikäluokkien keskuudessa<sup>105</sup>. Koko kuntoutusjärjestelmän ja yleisen mielipiteen kautta tarkastellen teknologialla tuetut mallit tuleekin ottaa käyttöön vaiheittain, jolloin teknologia on siirtymävaiheen vaihtoehto - ei nykyisen palvelun välitön korvaaja<sup>106</sup>.

Asenteiden rakentumisesta, teknologian hyväksyntään, yksilötasolla vaikuttaa erityisesti henkilön kokemus toimintakyky, joka ohjaa käyttöhalukkuutta. Yleisesti voidaan todeta, että nuoremmat ja paremman toimintakyvyn omaavat henkilöt luottavat enemmän teknologiaan ja ovat samalla halukkaampia kokeilemaan uusia palvelumalleja<sup>107</sup>. Etähoidon ja -hoivan mallit näyttäisivät siksi sopivan myös ikääntyneemmille kompensoimaan toimintakyvyn alenemaa, jos asiakkaat valitaan oikein näihin kokeiluihin<sup>108</sup>. Erityisesti teknologiaa ymmärtävät yksilöt ovat potentiaalinen ryhmä terveydenhuollon etäsovelluksien käyttäjiksi, jos palvelu ylläpitää toimintakykyä, hyvinvointia ja itsenäistä elämää, sekä mahdollistaa sosiaalisten suhteiden ylläpidon. Terveydenhuollon ja kuntoutuksen sähköiset sovellukset ovat vielä kohtuullisen harvinaisia yksin asuvien keskuudessa, joka saattaa johtua pelosta menettää välitön ihmiskontakti teknologian korvaamana<sup>109</sup>. Potilaan ohjaamiseen ja koulutukseen liittyvissä ei-säännöllisissä kontakteissa on tosin saatu hyviä kokemuksia kuvallisten etäyhteyksien hyödyntämisestä, jolloin tapahtumien saatavuus on merkittävästi parantunut<sup>110</sup>.

Heikomman toimintakyvyn omaavien henkilöiden keskuudessa hoidon ja hoivan parantunut saatavuus on osoittautunut yhdeksi suurimmista hyödyistä, joka mahdollistaa yksilöiden pidemmän itsenäisen asumisen<sup>111</sup>. Kuntoutuksen etäpalvelumallit on koettu hyödylliseksi ja käyttökelpoisiksi työkaluiksi, jotka parantavat hoitajaksojen vaikuttavuutta, jos palvelujen käyttö on helppoa kaikille osapuolille<sup>112</sup>. Lääkehoidon osalta teknologialla tuetut mallit ovat tuoneet hyötyjä hoitosuunnitelman toteutumiseen ja päällekkäisten lääkkeiden aiheuttamien tapaturmien ehkäisyn kautta<sup>113</sup>. Lopuksi, kaikkia käyttäjäryhmiä koskien, potilaiden hyväksyntä ja koettu tyytyväisyys teknologialla tuettuihin malleihin riippuu: 1) suhteen laadusta

---

<sup>102</sup> Reeder ym. 2014

<sup>103</sup> Aanesen ym. 2011

<sup>104</sup> Bowles ym. 2011

<sup>105</sup> Bjørkquist ym. 2015

<sup>106</sup> Currie ym. 2015

<sup>107</sup> Steinke ym. 2014

<sup>108</sup> Claes ym. 2015

<sup>109</sup> Bjørkquist ym. 2015

<sup>110</sup> Banbury ym. 2014

<sup>111</sup> Finkelstein ym. 2011

<sup>112</sup> Wade ym. 2012

<sup>113</sup> Lapane ym. 2011

palvelutarjoajaan, 2) teknologian käytön helppoudesta, 3) henkilön asenteista, 4) havaituista vaikutuksista terveyteen ja toiminta kykyyn ja 5) tyytyväisyydestä koko palveluun<sup>114</sup>.

## Kuntouttava ja toimintakykyä ylläpitävä kotihoito

Palvelut teknologialla tuetussa kuntouttavassa kotihoidossa kattavat kaksi toimialuetta, jotka ovat terveydentilan seuranta ja ennakointi sekä aktiivisuuden ja toimintakyvyn seuranta. Teknologialla tuettu hoito soveltuu erityisesti tapauksiin, joissa seuranta toteutetaan pitkäkestoisesti ja/tai muutosten aikaansaaminen vaati potilaan aktivointia pitkän ajan yli. Teknologialla on sovellettu tukitoimintoihin ja kuntoutukseen joko 1) interaktiivisena ohjelstatyyppisenä tai 2) toimintoja aktiivisesti ohjaavana, käskyttävänä, toimintona, jotka molemmat ovat tuottaneet perinteistä paremman vaikuttavuuden<sup>115</sup>.

Terveydentilan seurannassa ja ennakoinnissa (managing health) on osoitettu selkeä tarve uusille tavoille tuottaa tietoa pitkän aikavälin muutoksista, jotka perustuvat toimintakyvyn arviointiin<sup>116</sup>. Signaaleja toimintakyvyn muutoksista voidaan tuottaa sekä reaaliaikaisen seurannan että potilashistorian kautta, tai edellisten yhdistelmänä<sup>117</sup>, joka mahdollistaa myös uusien tiedonhyödyntämistapojen tunnistamisen<sup>118</sup>. Lähtökohtana tulee olla, että uudet toimintakykymittarit luodaan standardeiksi, jotta terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat perustaa päätöksensä niiden varaan<sup>119</sup>.

Kohdehenkilöiden aktiivisuuden ja toimintakyvyn seuranta on tähän asti ollut terveydenhuollon ammattihenkilöiden keräämien tietojen varassa, jotka ovat perustuneet havaintoihin ja tarkistuslistoihin<sup>120</sup>. Uudet ratkaisut kuitenkin tarjoavat nykyään tapoja seurata asukkaan aktiivisuutta myös sisätiloissa<sup>121</sup>, joka mahdollistaa muutosten havaitsemisen aikaisemmin ja parantaa mahdollisuuksia ehkäiseviin toimiin<sup>122</sup>. Seurannan lähtökohta uusissa palveluissa on ihmisen normaalien päivärytmien tunnistaminen ja hälytysten generointi, jos käyttäytymisen muuttuu säännönmukaisesti<sup>123</sup>. Seuranta ei missään nimessä ole kuitenkaan täysin ongelmatonta mittausten luotettavuuden paranemisesta huolimatta<sup>124</sup>, koska koko ympäristön ja satunnaisten tekijöiden huomiointi aiheuttaa haasteita<sup>125</sup>.

## Teknologialla tuettujen toimintamallien vaikuttavuus terveyteen

### *Vaikuttavuus yleisellä tasolla*

Perinteinen toimintatapa terveydenhuollossa on nojannut potilaan ja ammattihenkilöstön välittömään kontaktiin toimenpiteiden aikana, joka luo perustan tilanteen arvioinnille<sup>126</sup>. Uudet teknologiaan perustuvat palvelut nojaavat ympäristön muokkaamiseen yksilöllä aktiiviseksi, joka tukee liikkumista toimintakyvyn rajoissa ja sosiaalisten suhteiden säilyttämistä<sup>127</sup>. Havainnoinnin osalta suurin muutos on yksittäisten seurantakäyntien muuttuminen jatku-

<sup>114</sup> Ricci ym. 2010

<sup>115</sup> Bayen ym. 2013

<sup>116</sup> Dadlani ym. 2010

<sup>117</sup> Li 2012

<sup>118</sup> Reeder ym. 2014

<sup>119</sup> Rantz ym. 2010

<sup>120</sup> Shoval ym. 2011

<sup>121</sup> Hussain ym. 2015

<sup>122</sup> Fafoutis ym. 2016

<sup>123</sup> Dasios ym. 2015

<sup>124</sup> Jalal ym. 2014

<sup>125</sup> Fan ym. 2015

<sup>126</sup> Lyons ym. 2015

<sup>127</sup> Randström ym. 2012

vaksi käyttäytymisen muutoksen arvioinniksi, joka kattaa fyysiset, kognitiiviset ja mielenterveyden muutokset<sup>128</sup>. Tutkimuksissa on löydetty positiivista evidenssiä etähoidon ja -hoivan suuremmasta vaikuttavuudesta terveyden yleiseen tilaan, joskin vaikutus on todettu osittain tapauskohtaiseksi<sup>129</sup>. Toisaalta, tutkimukset ovat osoittaneet teknologialla tuettujen palvelujen vähentäneen päivystyskäyntien määrää verrattuna perinteisiin prosesseihin<sup>130</sup>.

Teknologialla tuettu yhteisöllisyys näyttäisi parantavan myös yksilöiden turvallisuuden tunnetta, joka on ainakin osittain seurausta syrjäytymisen pelosta. Erityisesti hoitajaksoilta kotiuttamisen yhteydessä sosiaaliseen mediaan perustuva tuki voi olla ratkaiseva tekijä, jolla parannetaan yksilön koettua hyvinvointia ratkaisevasti<sup>131</sup>. Tulevaisuuden hoitoprosessit tulisikin suunnitella tämän vuoksi mahdollistamaan yhteisöllinen aktivointi, jonka on osoitettu olevan yksi tekijä kotikeskeisen kuntoutuksen onnistuneessa läpiviennissä<sup>132</sup>. Lisäksi pitkäaikaishoidon lisääntyneen tarpeen myötä on syntynyt myös taloudellinen ajuri malleille, jotka perustuvat yhteisöjen aktiiviseen hyödyntämiseen terveys- ja sosiaalisen tuen palveluissa itsenäisen asumisen tukena<sup>133</sup>.

### *Vaikutukset fyysiseen terveyteen ja mielenterveyteen*

Teknologialla tuettujen toimintamallien vaikuttavuudesta sekä fyysiseen että mielenterveyteen on saatu positiivista, joskaan ei täysin yksiselitteistä näyttöä. Molemmissa tapauksissa vaikuttavuutta on tutkittu yleisen toimintakyvyn lisäksi myös oireiden arviointiin keskittyvillä tavoilla.

Kotiin vietävä teknologia yhdessä kuntoutujan kanssa laaditun harjoitusohjelman kanssa tuottaa paremman vaikuttavuuden, kun sitä verrataan perinteiseen kuntoutukseen<sup>134</sup>. Etäkuntoutus yhdistettynä teknologiaan näyttäisikin olevan tehokas toimintatapa kotikäyntien korvaajana erityisesti harvaan asutuilla alueilla<sup>135</sup>. Teknologialla tuetut palvelut näyttäisivät myös vähentävän lyhyen aikavälin paluita hoitajaksoille<sup>136</sup> ja tukevan terapian vaikutusta kroonisten sairauksien hoidossa muun muassa diabetespotilailla<sup>137</sup>.

Mielenterveyden hoitoon liittyvissä palveluissa teknologialla tuetut palvelut toimivat läpi koko hoitoketjun alkaen ehkäisystä, varsinaisesta hoidosta päättyen jälkihoitoon<sup>138</sup>. Mielenterveyspalveluissa teknologian vaikuttavuudesta on ristiriitaista ja osittain puutteellista näyttöä, joka on riippuvainen potilaan kulttuuritaustasta<sup>139</sup>. Joissakin tutkimuksissa etähoidon on osoitettu vaikuttavan positiivisesti masennuspotilaiden oireisiin ja parantavan heidän sosiaalista toimintakykyään verrattuna perinteiseen tuettuun hoitoon<sup>140</sup>. Toisaalta mielenterveysongelmien hoidossa teknologialla tuettujen palveluiden käyttö on jäänyt merkittävän matalaksi, vaikka kynnys tulla sähköisten palveluiden piiriin on matalampi<sup>141</sup>.

---

<sup>128</sup> Wang ym. 2012

<sup>129</sup> Marek ym. 2013

<sup>130</sup> Gellis ym. 2012

<sup>131</sup> Hashi 2016

<sup>132</sup> Randström ym. 2012

<sup>133</sup> Callan & O'Shea 2015

<sup>134</sup> Linder ym. 2013

<sup>135</sup> Chumler ym. 2010

<sup>136</sup> Weintraub ym. 2010

<sup>137</sup> Weinstock ym. 2011

<sup>138</sup> Musiat ym. 2014

<sup>139</sup> Sheeran ym. 2011

<sup>140</sup> Gellis ym. 2012

<sup>141</sup> Musiat ym. 2014



## Tulevaisuuden näkymiä

### *Palveluiden järjestäminen ja suunnittelu*

Tulevaisuuteen visioissa kaavailtu kotikeskeinen ikääntyvien hoito ja teknologialla tuettu kuntoutus haastaa nykyiset terveydenhuollon prosessit sekä asiakkaan roolin, että palvelukanavan muutoksen kautta. Kotikeskeisessä hoidossa hajautuneesti sijoittuneet asiakkaat asettavat erityisvaatimuksia palvelujen tuotannon ohjaukselle, joka on perustunut keskitettyihin ratkaisuihin. Resursointihaasteiden vuoksi haastetaan myös perinteinen potilaan ja ammattihenkilöstön välittömään kontaktiin perustunut toimintatapa<sup>142</sup>. Suurimpana ratkaistavana ongelmana hajautetussa palvelujen tuotannoissa tulee olemaan hoitoon sitoutumisen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen<sup>143</sup>. Jatkuvuuden turvaamiseksi uusia toimintamalleja on kehitettävä sekä organisaatioiden prosessinohjaukseen että asiakkaan motivoimiseen, erityisesti tulosten viestinnän kautta.

Kotikeskeisten toimintamallien hyödyt koskevat erityisesti parantunutta sairauksien hoidon hallintaa ja lääkityksen kontrollointia ikääntyvillä asiakkailla<sup>144</sup>, joille liikkuminen on tuottanut esteen laadukkaan hoidon saamiseen ja mahdollisesti nostanut syrjäytymisriskiä<sup>145</sup>. Etäyhteyksiin perustuvalla palvelusuunnittelulla on tutkimuksissa havaittu vaikutuksia seuraaviin asioihin: 1) kroonisten sairauksien hoito ja vaikutukset toimintakykyyn, 2) tehostunut kotikuntoutus ja 3) parantunut tyytyväisyys ja tehokkuus. Kroonikkopotilaitten itsenäistä toimintakykyä voidaan parantaa toimintamalleja uudistamalla ilman henkilöstökustannusvaikutuksia<sup>146</sup>. Kuntoutusprosesseja uudistamalla vaikuttavuus paranee, kun palvelut saatetaan osaksi arjen toimintoja, joka on haaste erityisesti kaupunkien keskustojen ulkopuolella<sup>147</sup>. Erityisesti kuntoutuksessa henkilöstön tehokkuutta voidaan parantaa merkittävästi ilman, että asiakkaiden kokema laatu heikkenee, koska aikaa jää enemmän asiakkaan kohtaamiseen uudessa kanavassa<sup>148</sup>.

### *Palvelujen integraatio - Integrated care*

Huolimatta uusien palvelumallien lupaavista tuloksista hoidon vaikuttavuuteen on integroitujen palvelumallien lanseerauksessa vielä ratkaistavia haasteita sekä teknologian että organisaatioiden rajapinnoissa. Ikääntyville tuotetuissa palveluissa teknologioiden hyödyntämistä hidastaa uusien verkostojen monimuotoisuus, koska palvelut pitää sovittaa suurelle ja toisistaan poikkeavalle toimijajoukolle<sup>149</sup>. Organisaatiotasolla uusia teknologiaan perustuvia toimintamalleja on tarkasteltava niiden 1) kokonaisuhyötyjen ja -kustannusten, 2) käytettävyyden, 3) niiden tarjoaman uuden informaation ja 4) ammattihenkilöstön hyväksynnän näkökulmasta<sup>150</sup>. Lisäksi yksi keskeinen kysymys etähoidon ja -hoivan osalta liittyy palveluprosessien tuottaman ja palveluissa tarvittavan informaation jakamiseen ja säilyttämiseen.

Kotona asumista tukevissa, erityisesti reaaliaikaiseen tietoon perustuvissa, palveluissa erityyppiset tietojoukot tulisi yhdistää, koska informaation ajantasaisuus ja konsistenssi kaikille osapuolille on ratkaisevassa osassa vaikuttavaa palvelutuotantoa<sup>151</sup>. Käytännössä verkos-

---

<sup>142</sup> Lyons ym. 2015

<sup>143</sup> Tzavaras & Spyropoulos, 2013

<sup>144</sup> Reeder ym. 2013; Sorocco ym. 2013

<sup>145</sup> Gellis ym. 2012

<sup>146</sup> Hsu ym. 2010

<sup>147</sup> Muncert ym. 2011

<sup>148</sup> Crotty ym. 2014

<sup>149</sup> Georgiou ym. 2013

<sup>150</sup> Mei ym. 2013

<sup>151</sup> Lo ym. 2011

ton tulee kyetä sopimaan 1) kotijärjestelmien teknisestä toteutuksesta ja vaatimuksista, 2) toimijoiden pääsystä erityyppisiin tietovirtoihin ja 3) luomaan standardit rajapinnat eri organisaatioiden järjestelmille<sup>152</sup>. Teknologia mahdollistaa jo nyt suuren kattavan tiedon keräämisen, jolloin määrää tarkempi kysymys liittyy tiedon niukkuuden hallintaan kustannusten optimoimiseksi. Keskeisiä kysymyksiä järjestelmien implementointivaiheessa on merkityksellisten tarpeista lähtevien tietojen luokittelu, joka mahdollistaa luotettavan tiedon keräämisen<sup>153</sup>. Tiedon kattavuuden ja keskeisyyden tarkastelu luo pohjan tehokkaalle implementoinnille, koska silloin vähennetään 1) käyttöönoton haasteita, 2) yksityisyyden suojaan liittyviä haasteita ja 3) investointikustannuksia. Periaatteena tulisi olla vain merkittävän tiedon kerääminen ja järjestelmien laajennettavuuden varmistaminen tulevaisuuden tunnistamattomia tarpeita ajatellen.

**Kuva 19. Ikäihmisten, sote-alan asiantuntijoiden ja nuorten näkemys, mitä on hyvä elämä kotona (teknologiatyöpaja tulos)**



<sup>152</sup> Rocha ym. 2013

<sup>153</sup> Caulfield & Donnelly 2013

## 5.2 Teknologialla tuettuja malleja, Case-esimerkkejä

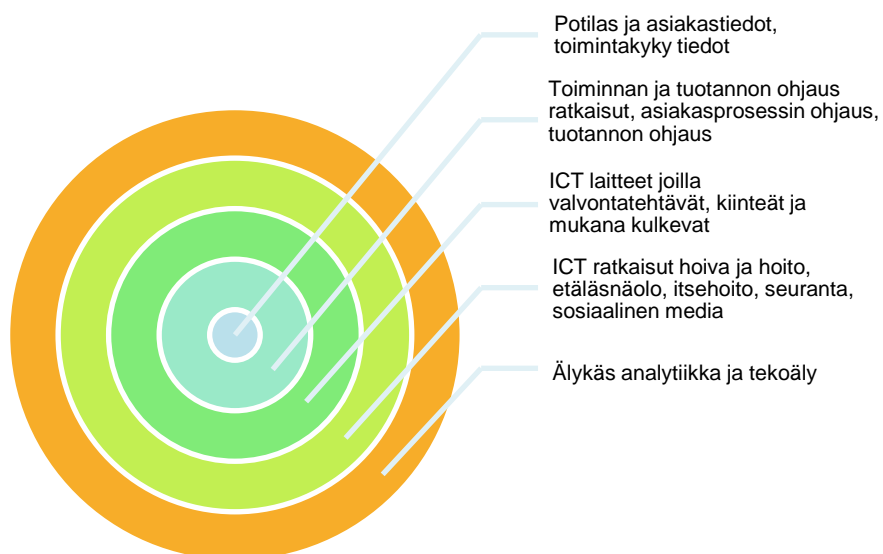
Merja Tepponen, Eksote

### Teknologia osana toimintaprosesseja

Kirjallisuuskatsaukseen perustuen kuvattiin teknologisten ratkaisujen kytkeytymistä toimintaprosesseihin (kuva 20). Ytimen muodostaa asiakkaan mukana liikkuva, paikasta riippumaton asiakas- ja potilastieto, joka on joustavasti asiakkaan ja hoitoon osallistuvan henkilöstön käytössä. Ydintä tukevat toiminnan- ja tuotannonohjauksen ratkaisut, jotka mahdollistavat asiakkaalle ja ammattilaiselle roolien mukaisen toimintamallin. Ohjelmat ohjaavat prosessia siten, että asiakkaiden prosessi etenee sovitusti. Ne kytkevät ammattilaiset tehtäviensä mukaisesti palveluprosessiin (esimerkkejä luvussa 2). Valvontateknologia toimii usein älykkäästi kotona, taustalla kiinteänä osana kotia niin, että sitä ei huomaa. Esimerkkeinä kosteussensorit tai turvaliesi, joka katkaisee virran automaattisesti. Asiakkaan mukana kulkevista turvavälineistä yleisin on turvapuhelin. Hoivaan ja hoitoon on kehitetty myös erilaisia välineitä, kuten etäläsnäoloa mahdollistavat virtuaaliyhteydet (luku 5.3 esimerkit).

Valtakunnallisessa iäkkäiden palveluja koskevassa laatusuosituksessa<sup>154</sup> tavoitellaan myös teknologisten ratkaisujen hyödyntämistä. Suosituksiin on nostettu muun muassa robotisaation hyödyntäminen henkilöstön työajan kohdentamisessa. Samoin asiakkaiden hyvinvointia ja sosiaalista toimintakykyä edistävien ratkaisujen käytön lisääminen korostuu, esimerkiksi videopuhelinyhteydet. Samoin turvateknologian hyödyntämisen tehostamiseksi suositellaan turva- ja elintoimintojen monitorointirannekkeiden käyttöä. Lääketurvallisuuden lisäämiseksi ja henkilökunnan työajan uudelleen kohdentamiseksi suositellaan käyttöön otettavaksi lääkkeiden koneellista annosjakelua. Johtamisen tehostamisessa tavoitellaan toiminnanohjausjärjestelmien hyödyntämistä työntekijöiden työajan kohdentamiseksi vahvemmin asiakastyöhön erityisesti kotihoidossa.

### Kuva 20. Teknologisten ratkaisujen kytkeytyminen toimintaprosesseihin



<sup>154</sup> STM 2017

## 5.3 Hyvinvointiteknologian käyttöönotto ja muita levittämisen esimerkkejä

*Mika Mitikka, Mira Vidén, Eksote*

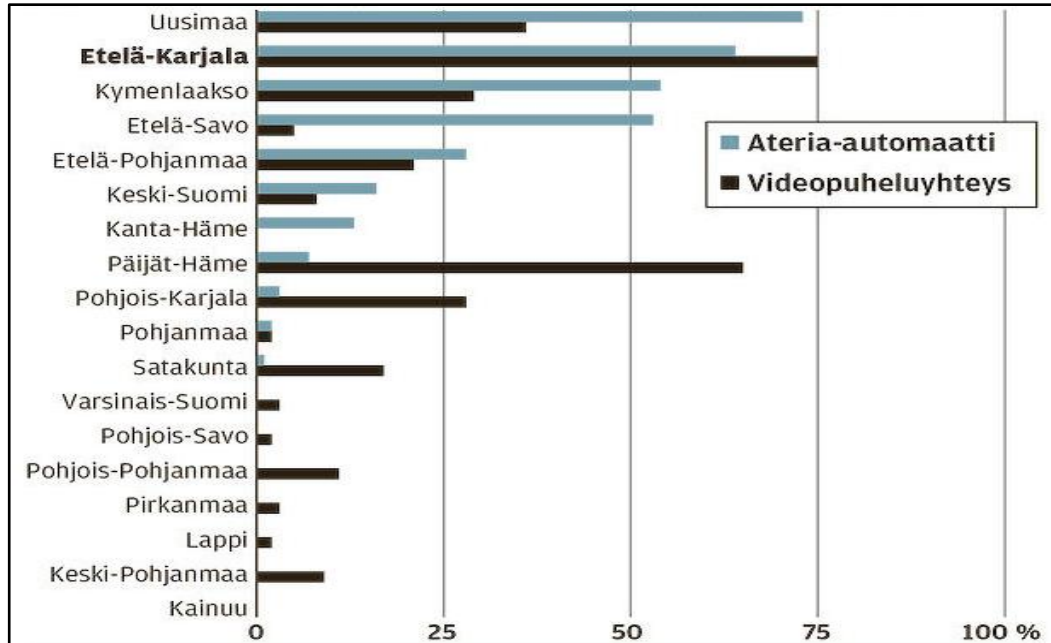
### Kotona-asumista tukeva teknologia Eksotessa

Etelä-Karjalassa keskussairaala, terveysasemat ja kotiin vietävät palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, joka mahdollistaa asiakkaan sujuvan teknologia-avusteisen hoitoketjun kotoa kotiin sekä jatkohoidon ja kuntoutuksen toteutumisen. Iäkkäiden asumisen tukemiseksi on kehitetty laaja valikoima palveluja, mutta niiden keskinäisessä koordinaatiossa on vielä kehitettävää. Keskeistä uusissa palveluissa on kotona asumista tukevan hyvinvointiteknologian hyödyntäminen. Kotona asumista tukeva teknologia voidaan jakaa henkilökunnan käyttämään, sen omaa työtä tehostavaan teknologiaan sekä kotona asumista tukevaan, asiakkaan kotona olevaan tai asiakkaan mukana kulkevaan teknologiaan.

Ikääntyneiden kotihoidossa on käytössä Tiera Hilikka -toiminnanohjauspalvelu, jonka avulla julkisen sektorin toimijat voivat suunnitella ja toteuttaa kotihoidon käynnejä kotona-asumista kokonaisvaltaisesti tukien. Järjestelmän käyttöönotto ja käyttäminen vaatii henkilökunnalta uudenlaista osaamista sekä asennemuutosta uuden toimintamallin toteuttamiseksi. Asiakkaan luona käy myös muita hoitoon ja/tai asiakkaan kotona-asumiseen vaikuttavia tahoja, joilla ei aina ole käytössään tietoa julkisen sektorin käynneistä. Tästä johtuen asiakkaan luona saattaa käydä lukuisia toimijoita julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. On mahdollista, että käynnit ajoittuvat samalle päivälle, jolloin asiakas joutuu odottamaan seuraavaa kontaktia pitkään. Tämä voi johtaa lisääntyneisiin turvahälytyksiin tai hakeutumiseen päivystykseen ilman todenperäistä syytä. Myös lähipiirin huoli voi lisääntyä, johtaen yhteydenottoihin julkisen sektorin toimijoihin. Tämän vuoksi olisikin tärkeää, että kotihoidon asiakkaalla, omaisilla ja muilla sidostahoilla olisi käytössään yhteinen sähköinen kalenteri ja/tai sähköinen viestivihko, joita käyttämällä eri toimijoiden käyntien organisoiminen kotona asumista tukeväksi on mahdollista.

Asiakkaan kotona aktiivisesti ja passiivisesti erilaista tietoa keräävät laitteet ja järjestelmät ovat yleistyneet viime vuosina. Niiden tuottaman tiedon saattaminen hyötykäyttöön on eräs ikääntyneiden kotona asumista tukevien toimien keskeisimmistä haasteista. Uuden teknologian käyttöönotto edellyttää myös kotona asumista tukevien palveluiden toimintamallien ja -kentän tarkastelua. Eri toimijoiden välisen tiedonkulun tehostaminen ja asiakkaan kotona tuotettavan tiedon hyödyntäminen nousevat keskeiseen rooliin. Huomiota tuleekin kiinnittää jo suunnitteluvaiheessa käyttäjäryhmien uudenlaisen osaamisen lisäämisen koulutuksella ja käytönaikaisella tuella, jotta haluttu hyöty uudesta tekniikasta saavutettaisiin. Eksote on panostanut viime vuosina voimakkaasti kotona asumista tukeviin teknologia-avusteisiin toimintamalleihin: ateria-automaatteihin, virtuaaliyhteyksiin ja paikantaviin GPS-turvarannekkeisiin. Tämä näkyy myös valtakunnallisella tasolla, jota THL on eri maakuntien välillä kartoittanut 2017 (kuva 21). Jatkossa Eksotessa huomiota tullaan kiinnittämään myös asiakkaan kotona tuotettavan tiedon tallentamiseen ja hyödyntämiseen, jota kehitetään erillisessä KODA-hankkeessa.

**Kuva 21. Kotona asumista tukevien ateria-automaattien ja videopuheluyhteyksien käyttöaste eri maakunnissa (palvelu käytettävissä %-ssa asiakkaiden palvelutuotannosta vastaavassa toimintayksikössä) (THL 2017)**



### **Virtuaalikäynnit ja GPS-turvaranneke kontaktimuotoina asiakkaiden kanssa**

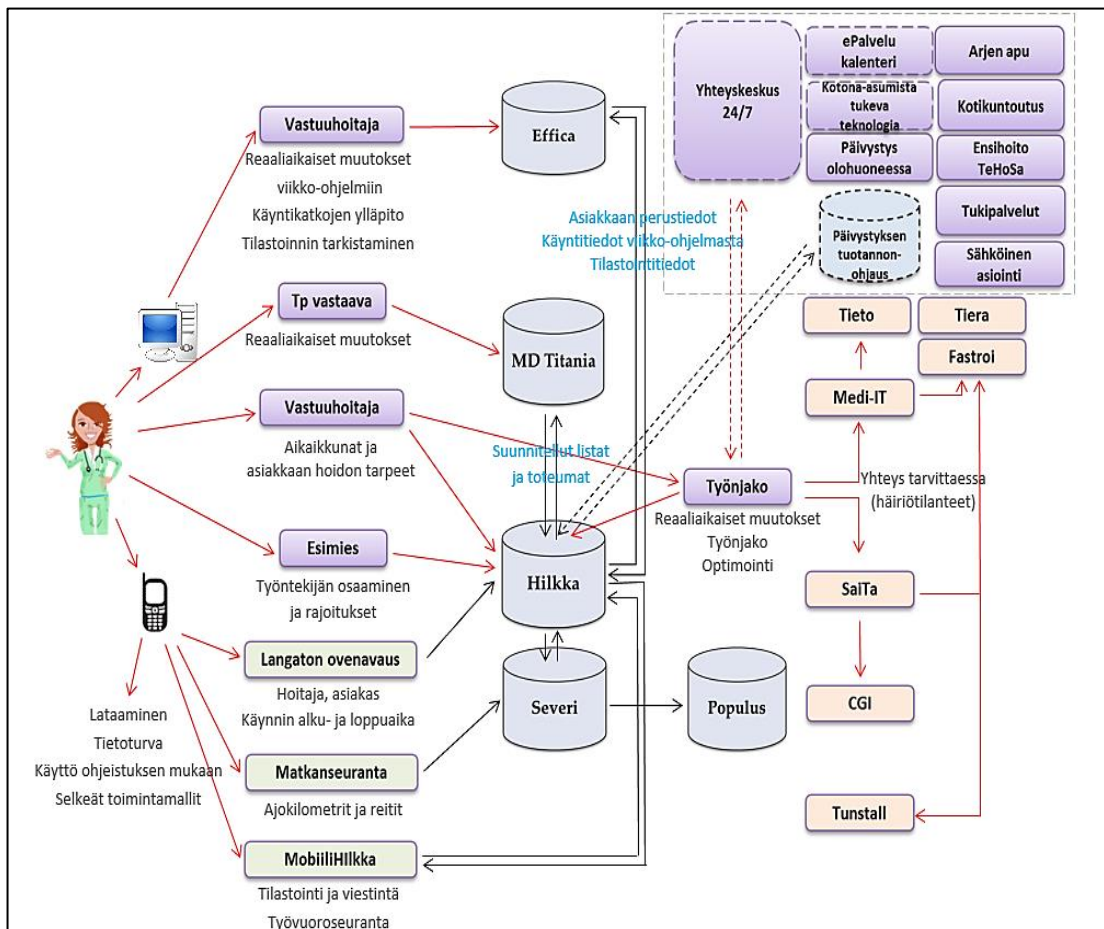
Uutena kontaktimuotona käynnistettiin virtuaaliyhteyksien käyttöä kotihoidon asiakkaiden kanssa SmartCare -hankkeessa. Asiakkaalle toimitettiin kotiin kosketusnäyttölaite, jossa oli ohjelmisto videoyhteyspuheluiden toteuttamiseksi. Samalla asiakkaiden omaisilla oli mahdollisuus saada videoyhteysohjelmisto asennettavaksi haluamalleen laitteelle (tietokone, tablet-laite tai älypuhelin) yhteydenpitoon kotona asuvan omaisensa kanssa. Omaishoidon asiakkailla oli mahdollisuus luoda yhteys myös muihin omaishoitoperheisiin/-pareihin. Näiden yhteyksien avulla tuettiin omaishoitajien jaksamista ja lisättiin sosiaalisia kontakteja; kotoa pois lähteminen lyhyeksikin ajaksi koetaan hankalaksi. Asiakkailla oli myös mahdollisuus olla yhteydessä omaishoidon palveluohjaajaan puhelinajan tapaan.

Toinen hankkeessa käyttöön otettu kotona-asumista tukeva järjestelmä oli GPS-turvaranneke, joka toimii lähtökohtaisesti samalla tavalla kuin perinteinen turvapuhelin. Turvapuhelintoiminnon lisäksi GPS-turvarannekkeen taustajärjestelmässä voidaan käyttäjälle asettaa aluerajaus, jonka sisäpuolella henkilö voi liikkua vapaasti. Jos rannekkeen käyttäjä liikkuu määritellyn alueen ulkopuolelle, ranneke lähettää hälytyksen. GPS-rannekkeen avulla kotihoidon asiakkailla on mahdollisuus lievistä muistihäiriöistä huolimatta liikkua kodin ulkopuolella vapaammin ja turvallisemmin. Asiakkaat myös löydetään tarvittaessa, mikäli he eksyvät eivätkä löydä enää kotiinsa. Turvarajoja on mahdollista muokata myös kellonaikojen mukaisesti niin, että esimerkiksi yöllä hälytys tapahtuu heti kotoa poistuttua.

## Kotihoidon osaamisen muutostarpeet ja muuttuva työnkuva

Teknologian lisääntyminen kotona asumisen tukena on tuonut henkilöstölle uudenlaisia osaamistarpeita (ks. myös luku 6). Kuvassa 22 on esitetty esimerkkinä kotihoidon mobiili toiminnanohjausjärjestelmän integraatiot eri tietojärjestelmien ja toimijoiden välillä sekä käytönoton myötä muuttuvat henkilökunnan osaamistarpeet. Myös muut teknologia-avusteiset toimintamallit edellyttävät kotihoidon henkilökunnan, asiakkaiden ja heidän omaistensa sekä muiden mahdollisten sidostahojen kouluttamista ja opastamista teknologian käyttöön. Esimerkiksi virtuaalikäyntejä Eksotessa hoitaa nimetty ryhmä, mutta kaikilla työntekijöillä tulee olla riittävästi perustietoa laitteiden ja järjestelmän toiminnasta. Tietoa tarvitaan uuden toimintamallin tuomista mahdollisuuksista, sillä työntekijät tapaavat asiakkaiden omaisia sekä muita sidosryhmiä päivittäisessä työssään. Lisäksi henkilöstöllä tulisi olla valmiuksia nähdä ne potentiaaliset asiakkaat, joille virtuaalikäynti toisi selkeän hyödyn. Jos perustietämystä ei ole tai laitteistoa vastustetaan, ei uusia asiakkaita löydetä.

**Kuva 22. Esimerkki teknologia-avusteisen toimintamallin (kotihoidon mobiili toiminnanohjaus) kokonaisuudesta ja siihen liittyvästä hoitajan osaamistarpeen lisääntymisestä**





Kuten kotihoidon mobiiliin toiminnanohjauksenkin myös virtuaalihoivan laitteisto on helppokäyttöinen. Erityisosaamisen sijaan se edellyttää enemmänkin asenteen muutosta, halua ottaa uusi teknologia-avusteinen toimintatapa käyttöön. Hankkeessa havaittiin hoitajien, jotka suhtautuvat positiivisesti teknologiaan, ottavan uuden toimintamallin tehokkaammin käyttöön. Näillä hoitajilla korostui toiminnassaan myös ongelmanratkaisukyky. He olivat aktiivisesti mukana laitteiston asennuksissa sekä asiakkaan ja hänen omaistensa opastuksessa. Kehitettäessä virtuaalihoivaa edelleen, syntyy tarve ammattiryhmien tai tehtävänkuvien tarkastelulle ja uudistamiselle. Virtuaalikäyntejä ei ole mahdollista tehdä muiden kotikäyntien ohessa laitteistotarpeen vuoksi. Keskitettyjen käyntien myötä virtuaalipuheluiden ja toiminnan laatua voidaan kehittää. Kun asiakkailla on laitteita kotona, niitä kannattaisi hyödyntää monipuolisesti. Esimerkiksi asiakkaille tuotetut ohjelmalähettykset (kuntouttavat ohjelmat, muisteluhetket), keskustelupiiri tai yhteys lääkäriin kotihoidon hoitajan avustamana onnistuvat erinomaisesti myös virtuaalisesti. Virtuaalihoiva olisi mahdollista toteuttaa itsenäisenä toimijana, ryhmänä, joka aktiivisesti kehittää toimintaa ja tukee taustalla omalla työpanoksellaan peruskotihoidon työtä.

### **Omaiset aktiivisesti mukaan teknologian myötä**

Hankkeen aikana pyrittiin siihen, että mahdollisimman moni omainen ottaisi omaisliittymän käyttöönsä, jotta heillä olisi mahdollisuus hyödyntää videoyhteyslaitteistoa yhteydenpitoon. Asiakkaat ja omaiset hyödynsivät virtuaalisyhteyksiä monin eri tavoin. Käyttökokemusten perusteella havaittiin, että teknologia lisäsi turvallisuutta, kun omaisilla oli mahdollisuus nähdä kuvaa läheisestä ja tarvittaessa yhteys sai olla päällä pitkäänkin niin sanotusti taustalla. GPS-turvarannekkeet antoivat varmuuden, että läheinen oli löydettävissä, mikäli oli riski esimerkiksi muistisairaana katoamiseen.

Kehittämistyön aikana havaittiin, että teknologian avulla voidaan aktivoida omaisia mukaan läheistensä hoitoon ja kotona asumisen tueksi. Tämä edellyttää kuitenkin teknologian toimintavarmuutta kaikissa olosuhteissa. Jos haasteita toimintavarmuudessa on toistuvasti, eivät omaiset luota laitteistoon ja haluavat palata vanhaan toimintatapaan. Organisaatiolla tulee olla helposti saatavilla tuki omaisille ongelmatilanteita varten. Muutamat asiakkaat ja omaiset keskeyttivät laitteiden käytön SmartCare-hankkeen pilottijakson aikana. Syynä keskeyttämiseen olivat pääsääntöisesti yhteysongelmat, käytön haastavuus, laitteiden toimimattomuus tai se, että ongelmia ei saatu toimittajan taholta ratkaistua riittävän nopeasti.

Teknologian avulla voidaan siirtää kotihoidon aloittamisen tarvetta, kun palvelutarvetta arvioidaessa tarjotaan asiakkaalle ja hänen omaiselleen mahdollisuutta ottaa käyttöön videoyhteyslaitteisto yhteydenpitovälineeksi. Tällöin omainen voi huolehtia ja muistuttaa muun muassa ruokailuista ja lääkkeenotoista sekä valvoa näitä kuvayhteyden välityksellä. Parhaimmillaan teknologia-avusteisen kotihoidon toimintamallin käyttöönotto aktivoi paitsi asiakasta myös omaisia osallistumaan hoitoon enemmän, mikä parantaa asiakkaan elämänlaatua ja saattaa myös vähentää julkisen sektorin palveluiden tarvetta.

### **Asiakkaan kotona asumista tukevat toimintamallit**

Kotihoidossa teknologian tavoitteena on tukea kotona asumista. Teknologian tarjonta on nykyisin kirjavaa, ja julkisen sektorin näkökulmasta pidetään tärkeänä, että järjestelmistä saatava tieto on hyödynnettävissä asiakkaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Eksote on kehittämässä kotona asumista tukevan teknologian yhteisen alustan ja tietovarannon käyttöönottoa kansallisessa määrittelytyössä. Määrittelytyön pohjalta on erillisessä KODA-hankkeessa tarkoitus määrittää liitännä kansalliseen OmaKanta PHR -tietovarantoon sekä luoda pohja kotona asumista tukevan kansallisen ekosysteemin luomiseksi. Tietovarannon



kautta kotona tuotettu terveydentilaan ja päivittäiseen toimintakykyyn liittyvä data on valtuutusmenettelyllä käytettävissä kaikilla hoitoon osallistuvilla tahoilla. Toimintamallin tarkoituksena on aktivoida ja osallistaa asiakasta ja hänen läheisiään sekä parantaa eri toimijoiden välistä tiedonkulkua ja yhteistyötä.

### **Apuvälineet ja turvallisuutta tukevat tuotteet tutuksi – Case Arjen avut -tuoteseinä**

Erilaisia apuvälineen kaltaisia tuotteita sekä turvallisuutta lisääviä tuotteita on tarjolla runsaasti, mutta ongelmana on niiden vaikea löydettävyyttä. Kansalaiset voisivat hyötyä tuotteista erilaisissa elämäntilanteissa (kuten ikääntyneet, lapsiperheet). Päivittäistavarakaupassa on tarjolla runsaasti arkea helpottavia tuotteita, mutta usein tuotteet on kohdennettu tietyille käyttäjäryhmälle.

Eksote kehittää yhteistyössä päivittäistavarakaupan kanssa ”Arjen avut -tuoteseinää”, johon kootaan kaupassa tarjolla olevia tuotteita helpommin löydettäväksi. Tuoteseinälle tuodaan ajankohtaisia tuotteita, mutta myös niin sanotusti ajattomia tuotteita, kuten esimerkiksi palvaroitimia ja keittiön pienapuvälineitä. Ajankohdan mukaan päivittyviä tuotteita voisivat olla muun muassa talvella liukastumista ehkäisevät tuotteet. Eksote osallistuu uusien seinälle hankittavien tuotteiden etsintään ja päivittäistavarakauppa tarjoaa osaamistaan seinän ulkoasun ylläpitoon.

Kun tuoteseinäkonsepti on valmiina, voidaan kansalaisia ohjata tutustumaan tuotteisiin eri Eksoten toimipisteistä. Eksoten palveluohjaus saa tuoteseinästä tukea toimintakyvyn tukemiseen kansalaisten palveluohjaustilanteissa.

Lisätietoa:

Räpysjärvi, K (2017). Kotona asumista tukevan teknologian vaikutukset esimiestyöhön sote-sektorilla: Case Eksoten kotihoito. Diplomityö. LUT.  
[http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/134067/Diplomityo\\_Rapysjarvi\\_Katja.pdf?sequence=2](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/134067/Diplomityo_Rapysjarvi_Katja.pdf?sequence=2)

Ikäihmisille suunnattuun teknologiaan liittyviä julkaisuja:

Käkäte. Aihepiireittäin ikäihmisille suunnattuun teknologiaan liittyviä julkaisuja.  
<http://www.ikateknologia.fi/fi/julkaisuja.html>

Vanhustyön keskusliitto. SenioriSurf. <http://www.vtkl.fi/fin/kampanjat/seniorsurf/>

## 6. KOTIHOIDON OSAAMINEN IÄKKÄÄN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMISESSÄ JA EDISTÄMISESSÄ

### 6.1 Kotihoidon osaaminen – kuvaileva kirjallisuuskatsaus

*Pirjo Vaittinen, Kristiina Helminen, Kaisu Laasonen, Saimaan amk*

Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa -hankkeen yhdeksi tavoitteeksi oli kirjattu ”suppea katsaus kotihoidon henkilöstön osaamistarpeisiin”. Tavoitteeseen lähdettiin hakemaan vastausta keväällä 2016 kirjallisuuskatsauksella, jonka tuloksia hyödynnettiin Eksoten kotihoidon henkilöstön osaamiskartoituksen kyselyn laadinnassa.

Kirjallisuuskatsauksen tyyppinä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Sitä luonnehditaan yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Katsauksessa käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt<sup>155</sup>. Tähän kirjallisuuskatsaukseen on hyväksytty tutkimusartikkeleita, yliopistojen (gradu-väitös) ja ammattikorkeakoulujen (AMK-YAMK) opinnäytetöitä, hankeraportteja, selvityksiä ja kirjallisuuskatsauskoosteita.

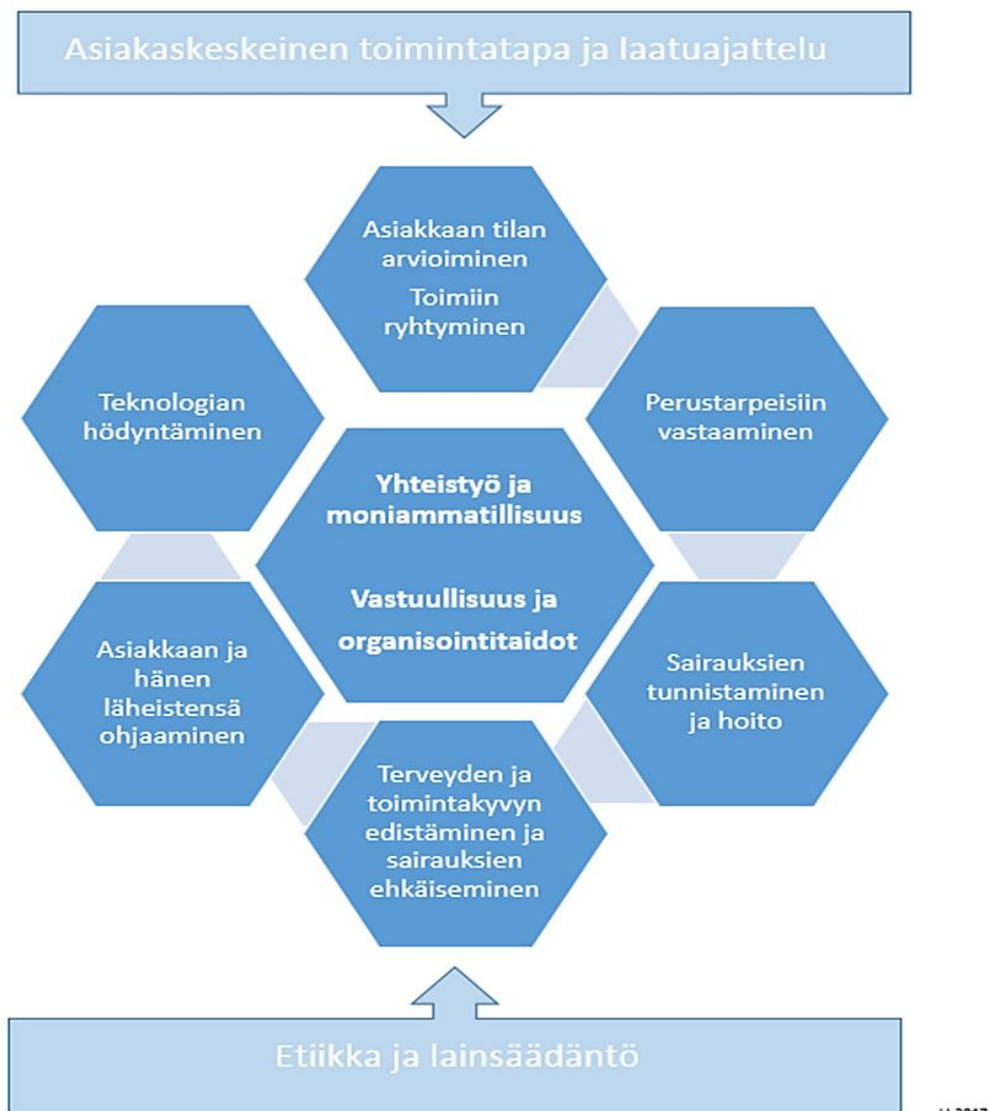
Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseksi asetettiin: Mitä edellytetään kotona asuvan ikäihmisen toimintakykyä ylläpitävältä ja edistävältä osaamiselta? Kirjallisuuskatsauksen aineisto haettiin tammi-maaliskuussa 2016 Nelli -portaalin kautta tarkennettuna monihakuna sosiaali- ja terveysalan aihealueelta. Tiedon hakua tehtiin myös Google Scholarin kautta. Aineiston haku tapahtui aikarajauksella 2010–2015 ja kielirajauksena oli englanti ja suomi. Hakusanoina käytettiin sanoja ”pätevyys”, ’osaaminen’, ’kompetenssi’, ’osaamistarve’, ’osaamiskartoitus’, ’moniammatillinen työskentely’, ’ikäntyneen hoito’, ’gerontologinen hoito’ ja ’kotihoito’ erilaisina kombinaatioina. Englanninkielisessä haussa hakusanoina käytettiin sanoja ’competency’, ’future competency needs’, ’competence profile’, ’knowledge’, ’attitudes’, ’skills’ ja ’home care’ tai ’home nursing’ erilaisina kombinaatioina.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi. Varsinainen analyysi käsitti aineiston ryhmittelyn ja käsitteellistämisen eli abstrahoinnin. Artikkelit, raportit tai opinnäytetyöt, jotka hyväksyttiin aineistoon (N=11), kirjattiin aputaulukkoon: tekijä tai tekijät, paikka, julkaisu vuosi, tutkimuksen tms. nimi, tarkoitus, aineisto ja aineistonkeruu sekä keskeiset tulokset pelkistettyinä. Nämä pelkistetyt tulokset muodostivat sen aineiston, joka analysoitiin induktiivisesti, jolloin aineiston luokittelu ja luokkien nimeäminen perustuivat aineistoista nouseviin havaintoihin. Tuloksista on tehty synteesi, jossa kuvataan osaamisalueita, jotka liittyvät kotona asuvan ikäihmisen toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan.

Kotona hoidettavan ikäihmisen toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä osaaminen muodostuu yhdeksästä osaamisalueesta: Asiakaskeskeinen toimintatapa ja laatuajattelu, etiikka ja lainsäädäntö, asiakkaan tilan arvioiminen ja toimiin ryhtyminen, perustarpeisiin vastaaminen, sairauksien tunnistaminen ja hoito, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen, asiakkaan ja läheisten ohjaaminen, teknologian hyödyntäminen, vastuullisuus ja organisointitaidot ja yhteistyö ja moniammatillisuus (kuva 23).

<sup>155</sup> Salminen 2011

**Kuva 23. Kotona hoidettavan hoitotyöhön liittyvät iäkkään toimintakykyä ylläpitävät ja edistävät osaamisalueet**



## Osaamisalueet ja niihin liittyvä osaaminen

### *Eettinen ja asiakaskeskeinen toiminta*

Työntekijän *asiakaskeskeiseen toimintatapaan ja laatuajatteluun* liittyvä osaaminen muodostaa vankan perustan ikäihmisten kotona tapahtuvalle toimintakykyä ylläpitävälle ja edistävälle toiminnalle. Kotona toteutuva hoito ja kuntoutus edellyttävät työntekijältä vanhuksen ja hänen elämänsä arvostamista sekä hyviä kohtaamis- ja ihmissuhdetaitoja. Palvelutilanteessa nämä taidot ilmenevät työntekijän asiakaspalvelutaitona ja palvelualltiutena. Hoito- ja kuntoutustoiminta käynnistyy asiakkaan tarpeiden ja toiveiden tunnistuksella, mikä edellyttää työntekijältä tilanneherkkyyttä, läsnäoloa ja kykyä kriittiseen ajatteluun. Työntekijän osaamista kuvaa vahva ammatillinen asenne, joka ilmenee huolehtivana ja vastuullisena toimintana asiakkaan osallisuuden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä. Työn-

tekijä omaa ammatillisen suhteen asiakkaaseen ja hallitsee tasapainoilun vahvan sitoutumisen ja ammatillisen etäisyyden välillä.

Asiakaskeskeisyyden ja laatuajattelun perustan muodostavat *etiikka ja lainsäädäntö* -osaamisalue. Tämän alueen osaaminen edellyttää asiakkaan oikeuksien, vanhustyön lakien, säädösten, määräysten ja standardien tuntemusta. Käytännön toiminnassa etiikka ja lainsäädäntö -osaamisalueen osaaminen ilmenee ammattietiikan hallintana ja eettisenä osaamisena. Tällöin työntekijän vastuullisessa toiminnassa on tunnistettavissa toimintaa ohjaavat eettiset arvot. Etiikka ja lainsäädäntö -osaamisalueeseen kytkeytyvät myös työntekijän osaaminen, jota hän tarvitsee keskustellessaan asiakkaan tai omaisten kanssa lakiasioiden liittyvistä asioista (esimerkiksi asiakkaan kykeneväisyys, itsenäisyys, oikeuskelpoisuus).

#### *Voimavara- ja asiakaskeskeinen toiminta*

*Asiakkaan tilan arvioiminen ja toimiin ryhtyminen* edellyttävät työntekijältä asiakkaan toimintakyvyn ja kognitiivisen tilan arviointiosaamista ja muutosten tunnistamisosaamista standardoiduilla välineillä ja testeillä (esimerkiksi MMSE, kellon piirtäminen). Asiakkaan tilan arvioimisen ja toimiin ryhtymisen keskeisenä tavoitteena on *asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen*. Toiminnan suunnittelu edellyttää asiakkaan jäljellä olevien voimavarojen ja toimintakyvyn eri ulottuvuuksien tunnistamis- ja hyödyntämisaamista. Työntekijän on kyettävä toimintaan, jolla hän vahvistaa asiakkaan elämänlaatua ja mielekkään arjen ylläpitämistä. Hänellä on oltava tietoa sekä sairauksista ja niiden ennalta ehkäisystä (esimerkiksi ravitsemusohjaus, infektioiden torjunta, tartuntatautien ehkäisy ja leviämisen estäminen, aivoterveystuen edistäminen), että asiakkaan turvallisuuteen liittyvistä asioista (muun muassa tapaturmien ennalta ehkäisy). Varsinaisessa toiminnassa työntekijän työskentelyä ohjaa vahva kuntouttava työote, joka ilmenee asiakkaan toimintakyvyn ja selviytymisen tukemisena, kuntoutumisen edistämisenä ja itsehoidon tukemisena.

Yhteistyö asiakkaan ja läheisten kanssa vahvistaa hyvää ja tavoitteellista toimintaa. Siksi *ohjaamiseen* liittyvä osaaminen on tärkeää. Työntekijän yhteistyötaitot, taito ottaa asiakas ja läheiset huomioon, osallistaa ja vastuuttaa heitä, korostuvat tällä osaamisalueella. Työntekijältä edellytetään myös riittävää sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuuden hahmottamista, jotta hän kykenee koordinoimaan ja toteuttamaan palveluohjausta, opastusta (esimerkiksi apuvälineiden hallinnassa) ja neuvontaa. Keskiössä on myös työntekijän taito ohjata ja opettaa asiakkaalle itsehoitoa. Ohjaamiseen liittyy myös psyykkisen tuen antamistaito esimerkiksi silloin kun asiakkaan tai läheisten kanssa keskustellaan odotettavissa olevista taudin etenemiseen liittyvistä muutoksista. Asiakkaan ja/tai läheisten kanssa keskustelun merkitys korostuu myös *asiakkaan perustarpeisiin vastaamisen* yhteydessä. Sekä asiakkaiden että läheisten arjen mielekkyyden ja elämänlaadun vahvistamisen kannalta on tärkeää sopia, kuinka toimitaan asiakkaan päivittäisissä elämisen toiminnoissa, kuten liikkuminen, kuljetukset, ostokset, syöminen, kotityöt ja hengelliset tarpeet. Näihin edellä mainittuihin perustarpeisiin vastaaminen edellyttää työntekijältä tulevaisuudessa yhä enemmän monikulttuurisuusosaamista ja suomalaisen kulttuurin tulkkaamista.

#### *Hoito ja hoiva*

Kotona asuvan ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen edellyttävät työntekijältä *sairausten tunnistamiseen ja hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen osaamista*. Tällä osaamisalueella korostuvat tietämys ikääntyneiden sairauksista, niiden hoidosta, hoitomuodoista, toimenpiteistä ja menetelmistä. Sairausten tunnistaminen ja hoito edellyttävät työntekijältä vankkaa tietoperustaa ikääntymisestä ja sen mukanaan tuomista normaaleista

vanhenemismuutoksista, jotta hän kykenee erottamaan normaaliuden sairaudesta. Kuvaan 24 on koottu kirjallisuuskatsauksessa esiin tulleita sairauden tunnistamiseen ja hoitoon liittyvää osaamista.

#### Kuva 24. Sairauksien tunnistamiseen sekä hoitoon liittyvät tiedot ja taidot

<ul style="list-style-type: none"> <li>• tietoa ikääntyneiden sairauksista ja niiden hoidosta, monisairaiden hoidon osaaminen</li> <li>• sairauksien varhaisten oireiden havaitseminen (esim. diabetes, neurologiset sairaudet, epilepsia, muistisairaudet)</li> <li>• ravitus ja nesteytysasioiden hallinta</li> <li>• potilaan käyttäytymisoireiden hallintaan liittyvät tiedot ja taidot</li> <li>• palliatiivinen hoito, saattohoito</li> <li>• huonokuuloisen ja heikkonäköisen ikääntyneen hoitotyö</li> <li>• jalkaterveyden edistäminen</li> <li>• ikääntyneen suun hoito</li> <li>• mielenterveys- ja päihdehoitotyö</li> <li>• kuntoutusosaaminen</li> <li>• akuutin ja kroonisen kivun hoitomenetelmät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hoitotyön prosessin hallinta</li> <li>• nimikkeistön käyttötaito</li> <li>• kliinisten hoitotoimenpiteiden osaaminen</li> <li>• manuaalinen ja digitaalinen verenpaine- ja syke- taajuusmittaus sekä tuloksen tulkinta</li> <li>• näytteiden ottaminen</li> <li>• haavahoito, painehaavojen hoito (suunnittelu, toteutus, arviointi ja kirjaaminen)</li> <li>• ensiapu</li> <li>• lääkehoidon suunnittelu, toteutus, arviointi ja kirjaaminen (lääkkeen antaminen, annostelu, injektiot, iv-nestehoidon toteuttaminen/kanylointi, iv-injektiot, verensiirtohoito, kipupumppuhoito, rokotteet, sivu- ja yhteisvaikutukset)</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Teknologian hyödyntäminen* on uusimpia osaamisalueita ikääntyneiden asiakkaiden kotona selviytymisen tukemisessa. Tämä osaamisalue pitää sisällään asiakastyössä uuden teknologian hyödyntämiseen (esimerkiksi henkilökohtaisten teknologisten apuvälineiden käyttö), sähköisiin asiakastietojärjestelmiin ja kirjaamiseen liittyvän osaamisen. Tällä osaamisalueella toivotaan tulevaisuudessa yhä enemmän innovatiivisten teknologiasovellusten käyttöönottoa, joiden kehittyminen tapahtuisi moniammatillisena yhteistyönä.

#### Moniammatillinen ja vastuullinen toiminta

*Yhteistyö ja moniammatillisuus sekä vastuullisuus ja organisointitaidot* ovat kotihoitoa toteuttavien työntekijöiden ydinosaamisaluetta. Erityisesti kotihoidossa olisi kehitettävä ja tehostettava moniammatillista yhteistyötä<sup>156</sup>. Arjessa yhteistyö tapahtuu asiakkaiden, omaishoitajien, läheisten, esimiesten, kollegoiden ja muiden terveysalan ammattilaisten kanssa. Yhteistyössä ja varsinkin moniammatillisessa yhteistyössä työntekijältä edellytetään kykyä tiedon siirtämiseen ja kirjaamiseen sekä esimerkiksi hoitotyön toimintojen delegointiin. Yhteistyöosaamiseen liittyy myös työntekijän henkilökohtaisia ominaisuuksia kuten luovuus ja joustavuus. Vastuullisuus ja organisointitaidot ovat perusta, jolle työntekijän itsenäinen työ-

<sup>156</sup> Hiltunen 2015, 38

kentely, oman työn organisointi, ongelmanratkaisukyky ja päätöksenteko-osaaminen rakentuvat. Työelämätaitojen (esimerkiksi rajojen asettaminen omaan työhön ja organisaation lupakäytäntöjen tunteminen) merkitys lisääntyy entisestään moniammatillisen työskentelyn vahvistuessa. Vastuullisuuteen liittyy myös työntekijän myönteinen asenne organisaation ja oman toiminnan kehittämiseen ja innovaatio-osaamisen jakamiseen, sekä työhyvinvointi- ja työyhteisöosaaminen. Organisoitaitoihin on kytkeytynyt vahvasti logistiset taidot, joilla tarkoitetaan kykyä suunnitella ja organisoida kotihoidon reitit. Nykyisin logististen taitojen harjoittaminen jää vähemmälle mobiilisovellusten käyttöönoton ja hyödyntämisen myötä.

## Jatkotyöskentely

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia eli osaamisalueiden osaamiskuvauksia käytettiin hyväksi kotihoidon henkilöstön osaamiskartoituksen kyselyn laadinnassa. Kysely laadittiin pääasiassa syksyllä 2016 moniammatillisessa suunnitteluryhmässä, jossa oli osallistujina esimiehiä ja henkilöstöä, kehittämysyksikön henkilöstöä ja Saimaan ammattikorkeakoulun opettajia. Kyselyllä kartoitettiin kotihoidon työntekijöiden omaa arviota osaamisensa tasosta suhteessa nykyisiin ja tuleviin työtehtäviin. Sähköiseen muotoon saatettu osaamiskartoitus toteutettiin kehittämysyksikön toimesta helmikuussa 2017 ja siihen vastasi 168 työntekijää (vastausprosentti noin 30). Kyselyn alustavia tuloksia esiteltiin maaliskuussa hankkeen työpajassa. Kyselyn tuloksissa näkyi muun muassa moniammatillisen yhteistyön ja teknologian hyödyntämisen osaamisalueilla osaamisvajetta. Näihin osaamisvajaisiin haettiin hankkeen työpajassa kotihoidon henkilöstön, esimiesten, kehittämysyksikön edustajien ja ammattiopiston ja -korkeakoulun edustajien kanssa korjausmahdollisuuksia sekä pohdittiin kyselyn tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä.

Kirjallisuuskatsauksen tiedon haun yhteydessä oli todella yllättävää huomata, kuinka vähän on viimeisten vuosien aikana tehty kotihoidon osaamiseen liittyvää tutkimusta<sup>157</sup>. Kuitenkin koko Suomen ja laajemmin myös läntisen Euroopan tavoitteena on keventää iäkkäiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta avopainotteiseen suuntaan ja pyrkiä tukemaan niin pitkään kuin mahdollista iäkkään ihmisen kotona selviytymistä. Tulevaisuudessa yhä useammin iäkkään ihmisen hoito toteutuu kotona ja se edellyttää työntekijöiltä monipuolista osaamista.

Jatkossa olisi hyvä selvittää myös ikääntyneen asiakkaan kotona selviytymistä tukevien arjen apu / tukipalvelujen tuottamisen osaamistarpeita. Näiden palvelujen merkitys lisääntyy entisestään ikääntyneen hyvän arjen ja elämän turvaamiseksi. Palvelujen tuottajat toimivat vaihtelevilla koulutuksilla ja siksi olisi tarpeen selvittää, minkälaista osaamista he tarvitsevat ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa.

## 6.2 Kotihoidon osaamiskartoitus ja osaamistyöpaja

*Tarja Viitikko, Vuokko Majoinen, Eksote*

Kotihoidon henkilöstön osaamista kartoitettiin sähköisellä kyselyllä helmikuussa 2017. Osaamiskartoituskysely lähetettiin kotihoidossa työskenteleville ammattiryhmille. Vastaajat arvioivat osaamisen tasoaan asteikolla 1-4, jossa arvio 4 oli paras. Lisäksi vastaaja pystyi valitsemaan vaihtoehdon ”en tarvitse työssäni”. Kyselyn lopussa vastaajalla oli mahdollisuus kertoa vapaasti missä asioissa hän itse koki tarpeelliseksi vahvistaa osaamistaan.

<sup>157</sup> Kirjallisuuskatsauksen lähdeluettelo esitetään osana raportin lähdeluetteloa

Kyselyn rakenne koostuu viidestä osa-alueesta, joiden katsottiin kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta olevan ydinosaamista asiakaskeskeisen ja luotettavan kotihoidon toteutuksessa. Osaamisalueiden sisältö jaoteltiin kahdesta neljään eri teemaan, joita kutakin pyydettiin arvioimaan yksittäisten kysymysten/väittämien perusteella. Osaamiskartoituskysely koostuu seuraavista osa-alueista:

### **1. Asiakkaan kohtaaminen**

- 1.1 Palveluohjauksellinen työote
- 1.2 Asiakaslähtöinen hoiva ja hoito

### **2. Kotihoidon asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen**

- 2.1 Ravitseminen
- 2.2 Asiakkaan ohjaaminen ja avustaminen henkilökohtaisen hygienian ja ihon hoidossa
- 2.3 Asiakkaan tukeminen kotona asumisessa
- 2.4 Asiakkaan kuntoutumisen tukeminen

### **3. Työ asiakkaan kotona**

- 3.1 Asiakkaan tutkiminen, mittaaminen, näytteenotto ja tulosten tulkinta
- 3.2 Hoitotoimenpiteet
- 3.3 Kotona asumista tukeva teknologia

### **4. Hoidolliset erityistilanteet**

- 4.1 Ikääntyneen asiakkaan hoitaminen
- 4.2 Äkilliset tilanteet, palliatiivinen ja saattohoito

### **5. Toiminta työyhteisössä**

- 5.1 Työyhteisöosaaminen
- 5.2 Moniammatillinen toiminta

Kyselyyn vastasi 168 työntekijää (vastausprosentti noin 30) Eksoten kotihoidon eri alueilta. Vastaajista suurin osa (noin 73 %) oli lähihoitajia, joka myös on suurin ammattiryhmä henkilöstörakenteessa. Sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia vastaajista oli yhteensä noin 20 %. Vastaajista yli puolet (56,5 %) oli iältään yli 45-vuotiaita ja vastaavasti myös yli puolet (57,8 %) oli työskennellyt hoiva/hoitotyössä yli 10 vuotta. Pitkään (yli 10 vuotta) työskennelleiden itsearvioitu osaaminen kaikkien osa-alueiden osalta oli keskiarvoltaan 3,1 (kuva 25).

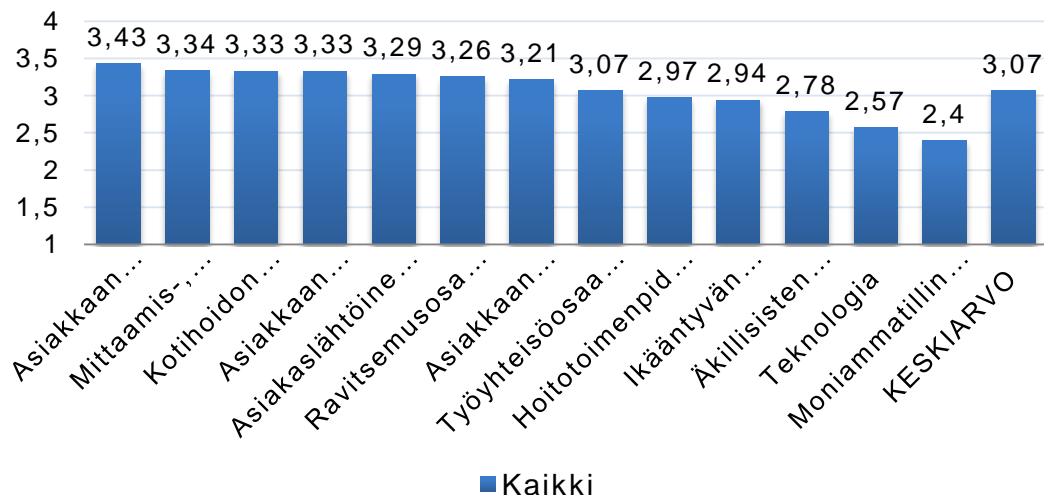
Osaamiskartoituksen aineisto muodostui laajaksi, sillä arvioitavia kysymyksiä/väittämiä osa-alueittain oli yhteensä 172. Kyselyn tuloksista valittiin keskeisimpiä havaintoja ja kehittämisen kohteita tarkempaan tarkasteluun sekä pohdittavaksi osaamistyöpajaan. Osaamiskartoituksen aineisto analysoidaan syvällisemmin opinnäytetyönä. Alustavasti arvioituna tulokset olisivat yleistettävissä, sillä vastaajien ikäjakauma on sama kuin kotihoidon työntekijöillä.

Osaamiskartoituskyselyn tulokset vahvistivat osittain olemassa olevia ennakkokäsityksiä kotihoidon henkilöstön osaamisvajeista muun muassa teknologiaosaamisen osalta. Huomionarvoista oli havaita yllättävän matalaksi arvioitua osaamista niissä asioissa, joihin koulutuksen ja perehdytyksen osalta on erityisesti panostettu, kuten äkillisten tilanteiden hallintaan ja moniammatilliseen yhteistoimintaan. Toisaalta tämä voi kertoa myös siitä, että kun tietoisuus mahdollisuuksista kasvaa, oma osaaminen tuntuu puutteelliselta. Tämä osoittaa jatkuvan koulutuksen sekä toimintamallien perehdytyksen ja kertaamisen tärkeyden.



Osaamiskartoituksen perusteella täydennyskoulutusta pitää suunnata osa-alueisiin, joilla itsearvioitu osaaminen jää matalaksi. Eräänä raja-arvona voidaan pitää osa-alueiden keskiarvoa, jonka alle jäävien osaamisalueiden osaaminen on keskiarvoa heikompaa. Itsearvioitua osaamista kartoittavan kyselyn osa-alueiden keskiarvot jäivät kaikilla vastaajilla alle keskiarvon (3,07) seuraavilla osa-alueilla: hoitotoimenpideosaaminen, ikääntyvän asiakkaan hoitaminen, äkillisten tilanteiden hallinta, teknologiaosaaminen ja moniammatillinen toiminta. Hoitotoimenpideosaamisen kohdalla pyydettiin arvioimaan laaja-alaisesti sairaanhoidollisia tehtäviä. Osa näistä tehtävistä kuuluu kotihoidossa sairaanhoitajan tehtäviin, joten tämä osaltaan selittää matalamman keskiarvon kyseisessä osiossa. Ikääntyneen asiakkaan hoitaminen osiossa korostuvat erityistilanteisiin liittyvät haasteet ja niiden tunnistaminen, kuten päihderiippuvuus, asiakkaan kognitiivisen tai psyykkisen tilan muutokset. Teknologiaosaaminen ja moniammatillinen toimintaosaaminen ovat matalimmalla työvuosista riippumatta kaikkien ammattiryhmien arvioinneissa.

**Kuva 25. Kotihoidon osaamiskartoitus, osa-alueiden keskiarvot**



Kuvassa 25 esitetään osa-alueiden eri kokonaisuuksien keskiarvot suuruusjärjestyksessä. Osa-alueita tarkasteltaessa viiden pääotsikon osalta (asiakkaan kohtaaminen, kotihoidon asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työ asiakkaan kotona, hoidolliset erityistilanteet ja toiminta työyhteisössä), voidaan nostaa seuraavia asioita vahvuuksina sekä osaamisen kehittämisen tarpeina.

Asiakkaan kohtaaminen osiossa kartoitettiin työntekijän osaamista palveluohjauksellisen työtavan sekä asiakaslähtöisen hoivan ja hoidon osalta. Vastaajat arvioivat osaamistaan vahvaksi empaattisen ja itsemääräämistä kunnioittavan toiminnan osalta. Lisäksi vastuullisuus, asiakkaan edun mukainen toiminta, tasavertaisuus asiakassuhteissa sekä toimintakykyä tukeva toiminta arvioitiin korkealle tasolle. Ammattieettisten ohjeiden hyödyntämistä omassa työssä pidettiin myös vahvana. Näyttää siltä, että vastuuhoidajuuden merkitys ja rooli asiakkaan ja omaisten tukemisessa on sisäistetty. Palvelujärjestelmäosaaminen on keskeinen palveluohjauksen ja asiakaslähtöisen toiminnan näkökulmasta. Asiakkaan taloudellisen tilanteen turvaamisessa keskeistä on perustietämys ja ohjaus muun muassa sosiaalietuuksista. Palveluohjauksellista osaamista kotihoidossa tulee edelleen vahvistaa.

Kotihoidon asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistämässä korostuvat myös ohjaus, motivointi ja avustaminen omatoimisuutta tukien. Ravitsemukseen, henkilökohtaiseen hygieniaan ja ihon hoitoon liittyvä osaaminen arvioitiin melko vahvaksi. Ravitsemukseen liittyvää osaamista onkin lisätty viime vuosina koulutuksen ja ravitsemusterapeuttien asiantuntemuksen avulla. Vastaajat arvioivat kuntoutumisen tukemiseen liittyvän osaamisensa melko korkealle tasolle. Tuloksellisen kuntoutustoiminnan osalta tavoitteiden kirjallinen asettaminen, seuranta ja arviointi ovat tärkeitä, ja näissä tulosten mukaan tarvitaan myös lisää osaamista. Lisäksi kotiympäristön arviointi toimintakykyä edistävänä ja apuvälineiden käytön ohjaus tarvitsevat osaamisen vahvistamista.

Kotona tehtävään työhön kuuluu hoidon osalta erilaisia hoitotoimenpiteitä, asiakkaan tutkimista, näytteenottoa, mittauksia ja tulosten tulkintaa. Näiden osalta perusosaamisen voidaan todeta olevan melko hyvää tasoa. Huomionarvoista tuloksissa oli varsin alhaiseksi arvioitu osaaminen muun muassa verenpaineen mittaamisessa manuaalisesti sekä haava- hoitoon liittyvien muutostarpeiden tunnistamisessa. Erilaisia mittareita osataan käyttää, mutta niiden tulosten tulkintaan ja hyödyntämiseen tarvittavaa osaamista tulee lisätä. Ylipäätään hoidon ja hoivan sekä toimintakyvyn arviointiosaaminen vaatii edelleen kehittämistä.

Keskeisimmät osaamisen vajeet ovat kotona asumista tukevan teknologian, erityistilanteisiin tai -asiakasryhmiin (päihde- ja mielenterveys, äkilliset tilanteet, palliatiivinen- ja saattohoito) sekä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvässä osaamisessa. Teknologiaosaamisen osalta parhaimmaksi arvioitiin turvahälytyslaitteet ja niiden käytön ohjaus. Huomattavia puutteita oli sähköisen asioinnin ohjauksessa, paikannuslaitteiden ja lääkehoitoon liittyvissä ratkaisuihin sekä etäyhteyksien käytössä ja ohjauksessa. Moniammatillinen yhteistoiminta ja muiden ammattilaisten hyödyntäminen oli näkyvää kotihoidossa työskentelevien ammattiryhmien keskinäisessä yhteistyössä (lähihoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti).

## Kotihoidon osaamistyöpaja

Kotihoidon osaaminen -kirjallisuuskatsauksen ja kotihoidon osaamiskartoituksen tulosten pohjalta toteutettiin maaliskuussa 2017 kotihoidon osaamistyöpaja. Osaamistyöpajaan ”*Miten osaamista pitää kehittää tukemaan ikääntyneiden kotona asumista*” osallistui kotihoidon henkilöstöä, esimiehiä, kehittämissyksikön edustajia sekä ammattiopiston ja -korkeakoulun edustajia. Osaamistyöpajassa esiteltiin kirjallisuuskatsauksen ja osaamiskartoituksen alustavia tuloksia. Tulosten yleistettävyyttä ja selitysmalleja pohdittiin yhteisessä keskustelussa ja työstettiin pienryhmätyöskentelyssä.

Työpajan tavoitteena oli tuottaa konkreettisia keinoja osaamisvajaiden poistamiseksi ja osaamisen kehittämiseksi. Yhteisen pohdinnan tuloksena työstettäviksi teemoiksi valikoituivat: 1) teknologiaosaamisen kehittäminen, 2) moniammatillisen yhteistyön lisäämiseksi tarvittavan osaamisen kehittäminen sekä 3) asiakkaan ja omaisen kohtaamisen ja vuorovaikutuksen parantaminen. Seuraavassa kuvataan tiivistetysti työpajassa esitettyjä näkemyksiä ja ratkaisuehdotuksia osaamisen kehittämiseen.

### 1) Teknologiaosaaminen

Teknologia kuuluu yhä merkittävämpänä osana ikääntyvän asiakkaan hoitotyöhön. Ammattilaisten asenteissa on havaittu olevan kehittämistä. Teknologiset ratkaisut tulee nähdä mahdollisuutena, ei uhkana tai ennalta toimimattomaksi tuomittuina.

Tarvitaan ymmärrystä ja tietoa teknologian hyödyntämisen mahdollisuuksista: mitä on olemassa, missä ja miten voidaan hyödyntää. Koulutuksen/perehdytyksen rooli on keskeinen. Hoitajan omaa vastuuta osaamisensa kehittämisessä pidettiin tär-

keänä. Hoitajan työtä ja toimintaa ohjaavat monet teknologiset järjestelmät, ohjelmat ja sovellukset. Näiden osalta perehdytyksen ja lähituen merkitys on keskeinen. Kotihoidon alueilla voisivat toimia nimetyt ja osaavat teknologiavastaavat henkilöstön lähitukena. Lähiesimiehen oma teknologiaosaaminen on myös tärkeää muutoksen eteenpäin viemisessä.

Oppilaitosten näkökulmasta on tärkeää tuntea kotihoidon toimintamallit. Teknologiaosaamisen kehittämisessä tulisi yhteistyötä oppilaitosten kanssa edelleen lisätä. Työntekijän osaamisen kehittämisessä voidaan hyödyntää oppilaitosten asiantuntemusta sekä oppimisympäristöä (simulaatioluokka, osaamiskartta tai oppimispuu).

## 2) Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön ja toiminnan kehittäminen nostettiin yhdeksi keskeisimmistä kehittämisen alueista. Aihetta työstettiin laajemmin koko kotiin vietävien palvelujen osalta, ei pelkästään kotihoidon. Näin ollen *moniammatillinen yhteistyö* -käsitteen tilalla voisi *monialainen yhteistoiminta* olla kuvaavampi käsite.

Keskeisiksi tekijöiksi nousivat strateginen osaaminen, palvelujärjestelmän tuntemus ja perehdytys. Nämä osa-alueet nivoutuvat tiiviisti toisiinsa ja ratkaisuehdotuksena esitettiin selkeän perehdytysmallin luomista. Perehdytysmalli rakentuisi yleisestä osiosta, joka sisältäisi organisaation strategian, visiot ja arvot. Asiakkaan palveluprosessi ja niihin liittyvät toimintamallit sekä kotihoidon toimintamallit olisivat keskeinen osa perehdytystä. Perehdytys voitaisiin toteuttaa niin sanottuna e-oppina Moodle -oppimisympäristössä. Ammatillisen perusosaamisen kehittämisessä mentorointia esitettiin osaksi perehdytysmallia. Perusosaamisen tavoitetasoksi kaikilla osa-alueilla asetettiin 3,5 (arviointiasteikolla 1-4).

Muita konkreettisia ratkaisuehdotuksia moniammatillisen yhteistoiminnan parantamiseksi olivat:

- moniammatilliset yhteistyöpalaverit kasvokkain, myös omaisten ja yhteistyökumppaneiden osallistuminen,
- case-oppiminen; asiakastapausten käsittely ammattilaisten kesken ja hyödyntäminen koulutuksessa,
- moniammatillisen yhteistyön kehittäminen simulaatioharjoitusten avulla,
- verkostokartan rakentaminen sekä
- luottamus ja arvostus ammattilaisten välillä.

## 3) Kohtaaminen ja vuorovaikutus

Asiakkaan ja omaisen kohtaamista ja vuorovaikutusosaamisen kehittämistä pohdittiin erityistilanteiden (muistisairaat, saattohoito) osalta sekä eri-ikäisten hoitajien näkökulmasta. Hyvän kohtaamisen ja vuorovaikutuksen lähtökohtana on ammattilaisen ystävällisyys, empaattisuus, välittäminen sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Luottamuksen ja yhteisen ymmärryksen aikaansaaminen myös ristiriitatilanteissa ovat tärkeitä. Tähän päästään avoimen keskustelun, kuuntelun ja tasavertaisen kumppanuuden keinoin.

Saattohoitoasiakkaiden kohdalla tarvitaan aikaa ja tilanneherkkyyttä kohdata asiakas ja läheinen. Ratkaisuksi ehdotettiin saattohoitoryhmän perustamista jokaiseen yksikköön eli tietyt hoitajat keskittyisivät saattohoitoasiakkaiden hoitoon ja heidän osaamistaan lisättäisiin. Myös muistisairaana asiakkaan kohtaamisessa korostuvat tutun hoitajan tärkeys tai mahdollisimman vähäinen vaihtuminen.

Työpajassa keskusteltiin eri-ikäisten hoitajien välisistä eroista asiakastyössä. Esitettyjen näkemysten mukaan vanhemmat hoitajat huomioivat kokonaisvaltaisemmin asiakkaan tilanteen ja siihen vaikuttavat asiat kun vastaavasti nuoremmat hoitajat keskittyvät enemmän toimenpiteisiin ja ”temppeihin”. Tätä ei voida yleistää, mutta kotihoidon sisältöä on kehitetty suoritekeskeisyydestä asiakaskeskeisyyteen.

Kyselyn tuloksista ilmeni kehittämistarpeita erityistilanteiden ja -ryhmien osalta, joten vuorovaikutusosaamisen kehittäminen on tärkeää erityisesti näiden asiakasryhmien kohdalla. Osaamisen kehittämiseksi ehdotettiin täydennyskoulutuksen ja työnohjauksen järjestämistä ammatillisuuden tueksi.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan kotihoidossa tarvitaan monipuolista ja laaja-alaista osaamista. Haasteellinen työkenttä ja asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen edellyttävät moniosaamista, jota syntyy erilaisten taitojen yhdistämisestä, yhteistyöstä ja moniammatillisesta toiminnasta. Osaaminen kasvaa ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa ja yhdessä tekemisen kautta. Vastuuhoitajan tukena on ammattilaisten verkosto, jolloin asiakkaan tarpeeseen voidaan tuottaa kokonaisvaltainen ratkaisu sekä tukea häntä tavoitteiden saavuttamisessa.

Kotihoidon kehittämisessä myös henkilöstö pitää yhtenä keskeisimpänä asiana oman osaamisensa kehittämistä. Tulevaisuudessa työntekijöiltä vaaditaan halua oppia uutta ja kykyä sopeutua uusiin tilanteisiin. Työntekijän riittävä ja oikeassa käytössä oleva osaaminen vähentää eettistä stressiä ja lisää työtyytyväisyyttä sekä organisaation kyvykkyyttä suoriutua tehtävästään. Organisaation strategia ja visio tulee näkyä jokaisen omassa tehtäväkuvas- sa ja konkreettisessa työskentelyssä.

## 6.3 Työntekijöiden teknologiaosaaminen ja toimintamallit

*Mika Mitikka, Eksote*

Uusien järjestelmien käyttöönotto ja käyttö edellyttävät sekä henkilökunnalta että lähiesimiehiltä osaamisen päivittämistä hoitotyön muuttuessa teknisempään suuntaan. Uudistuminen osana organisaatioiden arkipäivää vaatii myös uudenlaisista osaamista johtamisessa. Tekniikan sekä tietojärjestelmien kehittyminen ja käyttöönotto ovat luoneet teknologiaosaamisen tarpeen myös kotihoidon henkilöstölle. Nopeasti muuttuva työelämässä lähiesimiehet ovat uudenaikaisessa tilanteessa. He eivät ole vain muutoksen johtajia, vaan samalla myös muutoksen kohteina. Lähiesimiesten johtavat henkilöstöä tilanteissa, joissa heillä ei ole itselläänkään tarkkaa tietoa, miten uusien teknologia-avusteisten, kotona asu- mista tukevien, järjestelmien käyttöönotto vaikuttaa kotihoidon työhön. Samalla heidän tulee toimia suunnannäyttäjänä sekä luoda kommunikoiva ilmapiiri käyttöönottoproses- sien onnistumiseksi. Periaatteella ”kehittäminen kuuluu kaikille ja kaikilla on kaksi työtä: oma työ sekä oman työn kehittäminen” kotihoidon henkilöstö osallistetaan kehitystyöhön.

Kotihoidon on palkattu muutoskoordinaattoreita, jotka osallistuvat kotihoidon kehittämiseen myös teknologia-avusteisten toimintamallien osalta. Eksotessa on käynnistetty sisäinen palvelumuotoilun koulutus, josta valmistuneiden on tavoitteena olla mukana kehittämässä

kotihoidon palvelukokonaisuuksia. Kotihoidossa on tehty osaamiskartoitus, verkkoavoriikihikysely sekä järjestetty virtuaalityöpajoja, joilla on pyritty osallistamaan työntekijöitä sekä antamaan oman työn kehittämiseen työkaluja. Osaamiskartoituksen pohjalta on järjestetty tarvittavaa lisäkoulutusta. Verkkoavoriikihikyselyllä kartoitettiin näkemyksiä kotihoidon palvelujen kehittämisestä ja luotiin uusi kanava henkilöstön näkökulmien keräämiseen.

Digitalisaatio ja uudet teknologia-avusteiset toimintamallit edellyttävät kotihoidon henkilökunnalta uudenlaista osaamista. On tärkeää, että osaamistarpeiden kartoitusten pohjalta suunnitellaan ja käyttöönotetaan osaamisen hallinnan järjestelmä. Samanaikaisesti tulee tarkastella toimintaprosesseja sekä mallintaa ne uudelleen. Henkilökunnan mukanaolo prosessimallinnuksessa on tärkeää, jotta he sitoutuvat paremmin uusiin toimintamalleihin. Henkilökunnan kouluttamisen lisäksi huomiota tulee kiinnittää kaikkien sidosryhmien tiedottamiseen, sillä uudet toimintamallit vaikuttavat suoraan myös asiakkaisiin, heidän omaisiinsa ja muihin mahdollisiin sidostahoihin. Voidaan myös järjestää omaishoitajille valmennusta. On tärkeää myös tiedottaa kansalaisia uusista toimintamalleista.

Käyttöönottoa valmistellessaan lähiesimiehet tarvitsevat konkreettista tukea henkilökunnan kuulemisessa ja motivoimisessa. Tämä edellyttää johdon jalkautumista työyksiköihin. Yhteisissä tilaisuuksissa käsitellään tuntemuksia uusia toimintamalleja kohtaan, kootaan suoraa palautetta ja kehittämisajatuksia. Yhteiset palaverit mahdollistavat myös käyttöönottoon liittyviin äkillisiin ongelmatilanteisiin reagoinnin nopeasti.

Lisätietoa:

Mitikka, M (2015). Kotihoidon mobiilin toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoprosessin teoreettinen malli. Opinnäytetyö, YAMK. TAMK.  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101834/Mitikka\\_Mika.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101834/Mitikka_Mika.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveystalouden tuotannon DI-ohjelma (Sote-DI) (2016). LUT.  
<https://www.lut.fi/opiskelu/maisteriohjelmak/teknikan-maisteriohjelmak/tuotantotalous/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-tuotanto>

## 7. HYVIEN KÄYTÄNTÖJEN LEVITTÄMINEN

### 7.1 Palvelukehittämisen mallit – ideasta palvelutuotantoon ja laajempaan levitykseen

*Merja Tepponen, Eksote*

Hyvät käytännöt tarvitsevat tukea, mikäli toimintamalli halutaan levittää laajemmin. Strategia linjaa muutokselle suunnan, mutta sen vieminen käytäntöön edellyttää toimenpiteitä, joiden avulla strategia kytketään osaksi jatkuvaa toiminnan ja palvelujen parantamista. Käytäntöjen levittämistä edistää tutkiva ja kokeileva organisaatiokulttuuri.

Toimeenpanon välineitä ovat esimerkiksi *strategiset kehittämishankkeet ja kokeilut*. Niiden avulla voidaan edistää esimerkiksi uusien toimintamallien nopeampaa käyttöönottoa. Strategian toimeenpanossa johtamisella on vahva merkitys. Tarvitaan myös toiminnan kehittämisen menetelmiä. Toimintamallien nopeampaa jalkautusta edistää erilaisia käytäntöjä salliva työskulttuuri. Organisaatiokulttuuri, johtaminen, osaamisen vahvuudet ja kehittämiskohteet sekä kehittämisen tukirakenteet muokkaavat toimintamallien levittämistä.

*Levittämistä edistäviä tekijöitä ovat*

- Kehittämistyön tarvelähtöisyys ja riittävät yhtymäkohdat organisaation perustoimintaan
- Perustoiminnan realiteettien ja resurssien huomioon ottaminen. Tiivis ja arkinen yhteys organisaatioon
- Johdon sitoutuminen kehittämistyöhön
- Systemaattinen ja koordinoitu kumppanuuden rakentaminen, henkilökohtaiset kontaktit, yhteinen näkemys ja tahto
- Varmistaminen, että kokeilu ilmenee toimintana

Palvelujen kehittämisessä voidaan toteuttaa laajuudeltaan ja sisällöltään erilaisia kokeiluja: *palvelukehityskokeilu, ajattelua ja toimintaa muuttava kokeilu, vaikutusta laajentava kokeilu tai tietoa tuottava kokeilu* (kuva 26). Kokeileva kulttuuri organisaatioissa edellyttää prosessia, jonka avulla kehitysideat suunnittelun ja testauksen kautta muotoillaan erilaisiksi palvelukehityskokeiluiksi. Taustaksi tarvitaan tutkittua tietoa. Tiedon kerääminen ja vaikutusten arviointi on tarpeellista kytkeä osaksi kehityskokeilua.

*Järjestöjen rooli palvelujen kehittämisessä, levittämisessä ja juurruttamisessa*

Erilaisten hankkeiden kautta on kehitetty toimivia malleja, joista osa on jo otettu käyttöön eri puolella Suomea. Voimaa vanhuuteen<sup>158</sup>, Eloisa ikä<sup>159</sup> ja Lähitorit<sup>160</sup> ovat esimerkkejä onnistuneesta kehittämisestä.

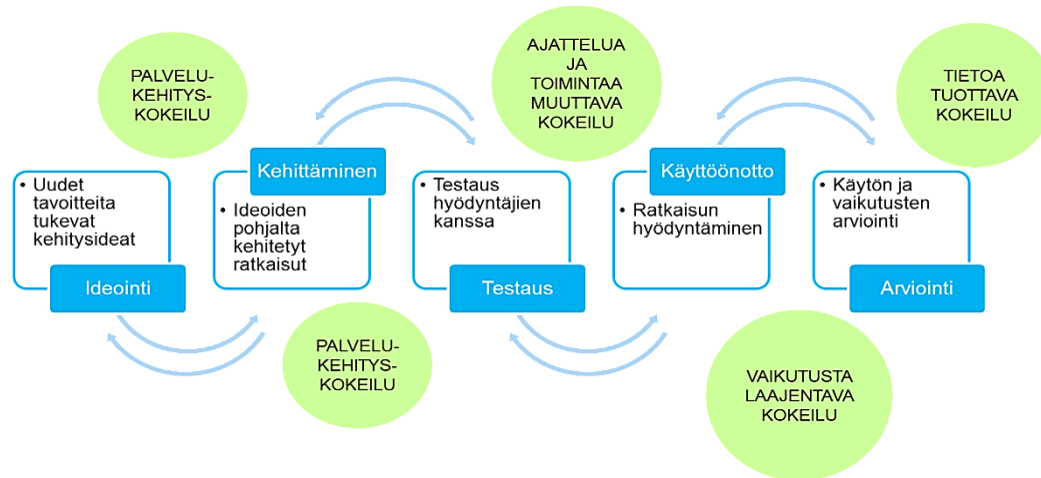
---

<sup>158</sup> Voimaa vanhuuteen -ohjelma

<sup>159</sup> Eloisa ikä -ohjelma 2012–2017

<sup>160</sup> Jolanki ym. 2017

**Kuva 26. Kokeilut kehittämisen eri vaiheissa KOHISE<sup>161</sup>-raportin mallia mukailien**



## 7.2 Vertaiskehittämisestä saatavan tiedon hyödyntäminen

*Mika Mitikka, Eksote*

Kansallisesti on olemassa useita vertaiskehittämisen verkostoja, joiden avulla voidaan yhdessä eri toimijoiden kanssa vertailla toimintamallien toimivuutta sekä operatiivisen tason toimintaa. Samalla saadaan tietoa esimerkiksi kustannusvaikuttavista malleista sekä niiden hyödyntämisestä ja kehittämisestä omassa organisaatiossa. Iäkkäiden palvelujen vertaiskehittämisen verkostoja ovat esimerkiksi RAI-vertaiskehittämisverkosto, jossa THL toimii vetäjänä. Mukana kansallisella tasolla on noin 50 % ympärivuorokautisista yksiköistä ja lähes 40 % kotihoidon yksiköistä. RAI-vertaiskehittämisverkosto mahdollistaa kansallisen vertailun lisäksi myös kansainvälisen vertailun RAI-instrumentteja käyttävien maiden välillä. Suurten ja keski suurten kaupunkien vertailukehittäjien vetäjänä toimii Kuntaliitto. Kuusikkokunnat on puolestaan Suomen suurimpien kaupunkien vertaisverkosto. Iäkkäiden palvelut ovat osana näitä vertailuja. Uusimpana tulokkaana kotihoidon vertailukehittämisen verkostoista on NHG:n koordinoima kotihoidon vertaiskehittämisen verkosto, jossa on 2017 mukana kaikkiaan 12 toimijaa yhteensä viidestäkymmenestä eri kunnasta.

### Case Eksote

Eksote on mukana useissa kansallisissa vertaiskehittämisen verkostoissa. Kotihoidon osalta Eksote (ennen vuotta 2010 Lappeenrannan kaupunki) on ollut mukana THL:n kansallisessa RAI-vertaiskehittämisverkoston toiminnassa jo vuodesta 2006. RAI-vertailukehittäminen mahdollistaa koti- ja pitkäaikaishoidon laatuindikaattoreiden seurannan sisäisesti toimintayksiköittäin sekä kansallisesti vertaiskehittämisessä mukana olevien organisaatioiden kesken. Se mahdollistaa myös parhaista käytännöistä oppimisen ja kotihoidon laadun kehittämiskohteiden tunnistamisen. Eksotessa toimii kaksi nimettyä RAI-pääkäyttäjää ja yksi RAI-tiedon laadullinen kehittäjä, joiden työkuvaan kuuluu käydä läpi kaksi kertaa vuodessa toimitettavien RAI-vertailutietokantaraporttien pohjalta jokaisen toimintayksikön nimetyt ke-

<sup>161</sup> Harjumaa ym. 2017



hittämispainopistealueet. Laadullista kehittämistä tukevat myös kaksi kertaa vuodessa järjestettävät kansalliset RAI-seminaarit sekä muu kehittämistä tukeva materiaali.

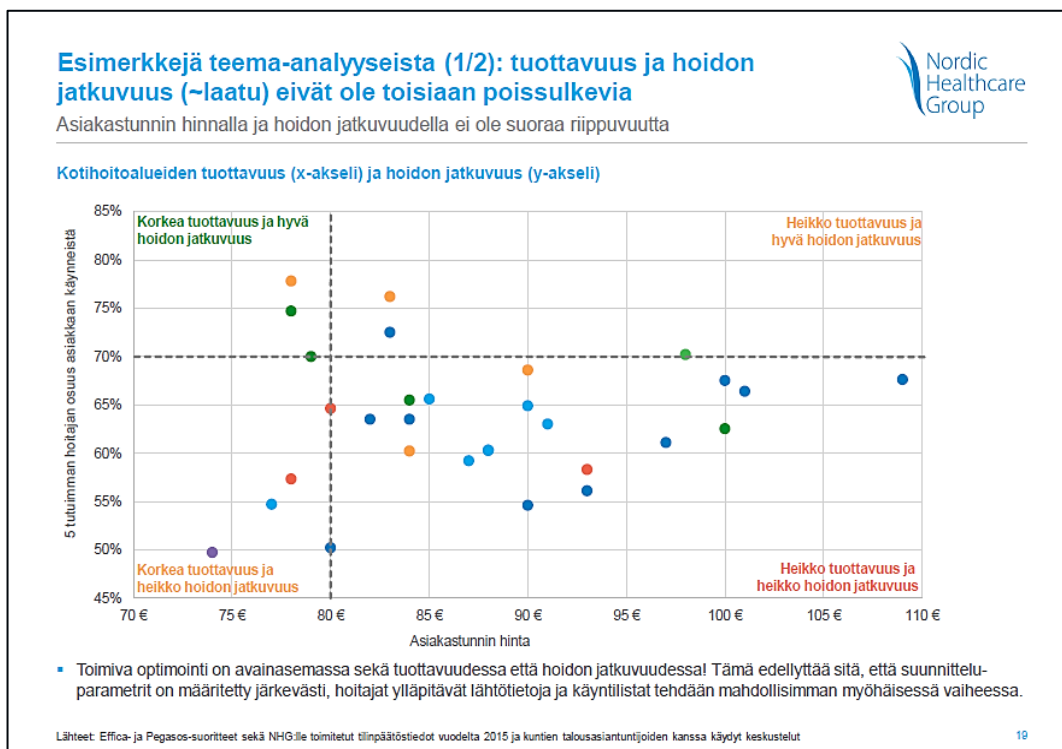
### Kuva 27. NHG:n kotihoidon vertaiskehittämisen perusmittaristo (NHG)

Kokonaisuus	Mittarit
<b>Tehokkuus ja toiminnanohjaus</b>	<p>Välittömän työajan osuus ammattiryhmittäin (sh ja lh)</p> <p>Välittömän työajan osuuden kehitys</p> <p>Aamun ja illan viiveet sekä työvuoron pisin tauko</p> <p>Työvuoron käyntimäärät</p> <p>Ruuhkahippu: palvelutuotanto kellonajoittain</p>
<b>Resurssit ja työhyvinvointi</b>	<p>Oman työvoiman henkilötyövuodet</p> <p>Sairauspoissaolot ja vuosilomat</p> <p>Sairauspoissaolojen kehitys</p> <p>Sairaanhoidtajien osuus työvoimasta</p>
<b>Asiakkaat ja palvelurakenne</b>	<p>Kysynnän muutos</p> <p>Väestönkasvu ikäluokittain</p> <p>Asiakkaat palveluluokittain (tuntia/kk)</p> <p>Palvelutunnit/asiakas</p> <p>Käynnit/asiakas</p> <p>Käynnin kesto</p> <p>Asiakkaiden hoitoisuus, RAI-jakauma</p> <p>RAI-arviointien peittävyys</p> <p>Toteutuneet palvelutunnit eri RAI-luokkien asiakkailla</p>
<b>Laatu</b>	<p>Hoidon jatkuvuus: samaa asiakasta hoitaneiden eri hoitajien lukumäärä</p> <p>Hoidon jatkuvuus: Tutuimman ja viiden tutuimman hoitajan osuus käynneistä</p>

Lisäksi Eksote on mukana NHG:n kotihoidon vertaiskehittämisverkostossa. Sen tarkoituksena on määrittää kotihoidon parhaita käytäntöjä ja verrata mukanaolevien organisaatioiden kotihoidon operatiivista suorituskykyä, kuten tuotettavuutta, resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä, laatua ja vaikuttavuutta. NHG:n vertailukehittämisen raportointi toteutetaan kaksi kertaa vuodessa. Lisäksi kehitteillä on reaaliaikainen online-työkalu, jonka avulla kerättyä dataa on mahdollista hyödyntää kotihoidon kehittämiseen lyhyelläkin aikajänteellä. Molemmista verkostoista saadaan toimintayksiköittäin hyödyllistä tietoa kotihoidon asiakkaista sekä operatiivisesta toiminnasta. Tämä mahdollistaa uudenlaisten toimintamallien kehittä-

misen ja jalkauttamisen kotiin vietävien palvelujen kentällä. Jokaisella vertaiskehittämiskierroksella toteutetaan perusmittaristo (kuva 27). Lisäksi jokaisella vertaiskehittämiskierroksella on osallistujien ja NHG:n yhdessä määrittämä vaihtuva teema, jota analysoidaan siihen liittyvien mittareiden kautta. Syksyn 2017 vertaiskehittämiskierroksella teema-analyysi on kotihoidon ja siihen liittyvien palvelukokonaisuuksien valinnanvapaus. Aiempia NHG:n kotihoidon vertaiskehittämisen verkoston teema-analyyssejä ovat olleet: kotihoidon tuottavuus ja kustannukset, arkivaikuttavuus ja asiakasrakenne sekä hoidon jatkuvuus. Esimerkki hoidon jatkuvuuden teema-analyysin mittarista on esitetty kuvassa 28.

### Kuva 28. Esimerkki NHG:n kotihoidon vertaiskehittämisen teema-analyysin mittaristosta (NHG)



Vertaiskehittämisen verkot tuottavat runsaasti kotihoidon toiminnan kehittämisessä hyödynnettävää tietoa. Tiedon hyödyntämiseen liittyy kuitenkin sen reaaliaikaisuuteen ja suoraan hyödynnettävyyteen liittyviä haasteita. Vertaiskehittämisestä saatava tieto ei pääsääntöisesti ole tällä hetkellä reaaliaikaista, vaan analysointiin kuluu useampi kuukausi, jolloin organisaation kotihoidon toimintaympäristö on ehtinyt jo mahdollisesti muuttua. Tämä tulee huomioida tiedon hyödyntämisessä. Huomiota tulee kiinnittää myös miten ja kenen toimesta vertaiskehittämisen tuottamaa tietoa hyödynnetään organisaation toiminnan kehittämisessä. Parhaita käytännöistä oppiminen tarkoittaa sitä, että hyväksi muualla koettuja toimintamalleja voidaan hyödyntää soveltaen myös muissa verkoston organisaatioissa niiden strategiset tavoitteet huomioiden. Eksotessa vertaiskehittämisen tuottaman tiedon hyödyntäminen on pitkälti hoivan esimiesten ja kehittämiskoordinaattoreiden vastuulla. Pääkäyttäjät käyvät RAI-vertaiskehittämisen raportit läpi kaksi kertaa vuodessa toimintayksiköittäin. Lisäksi jokaisella toimintayksiköllä on nimetty omat RAI-järjestelmän raporttien kautta seurattavat kehittämis-

kohteensa. NHG:n kotihoidon vertaiskehittämisen tuottamaa tietoa puolestaan hyödynnetään toimintayksiköiden välisessä ja sisäisessä kehittämistyössä. Lisäksi tietoa hyödynnetään Eksoten tiedolla johtamisen mallissa sekä raportoinnissa.

## 7.3 Muita palvelukehittämisen ja levittämisen malleja

*Merja Tepponen, Eksote*

### Case Eksote

Toimivien ratkaisujen levittäminen tarvitsee myös tukitoimia kuten aikataulutettua levittämisuunnitelmaa. Tämä edellyttää henkilöstön ja asiakkaiden osallistamista, kouluttamista ja jatkuvaa vuoropuhelua sekä virheiden sietämistä ja niistä oppimista. Levittämistä voidaan edistää myös tukihenkilöillä, kuten muutoskoordinaattoreilla. Maakunta on toiminut sopivan kokoisena ”kokeilualustana” ja yhteiskehittämisen mahdollistavana kokonaisuutena. Se on myös tuonut näkökulmaa maakunnan/alueen/kunnan mahdollisuutena toimia ”palvelualueena” aiemman ”talo- tai rakennusalueen” sijaan. Kokeiluja ja hankkeita on ollut erilaisia: palvelua kehittäviä ja toimintaa muuttavia sekä tietoa tuottavia että vaikutuksia laajentavia. Työpajojen, seminaarien, alustojen ja dokumenttien kautta mallia on levitetty maakuntaa laajemmin.

*Vertaisvierailut, työpajat, ketterät kokeilut, Case Eksote*

Palvelukehittämisessä ja uusien mallien levittämisessä kokeiltiin myös vertaisvierailuja eri organisaatioiden kanssa. Vierailuohjelma oli suunniteltu etukäteen, ja niille oli sovittu tavoitteet molemmille osapuolille. Vierailuista kerättiin palautteet. Kokemukset olivat myönteisiä: Molemmat osapuolet saivat tukea ja kehittämisohjeita toimintaansa. Vierailujen pituudet ovat vaihdelleet puolipäiväisestä tapahtumasta viikon mittaiseen jaksoon. Niitä on täydennetty esimerkiksi Skype-palavereilla.

Vuosittain järjestettiin myös uusien toimintamallien levittämistä edistävä seminaari. Osallistujia on ollut 50–150 henkilöä eri puolelta Suomea. Osallistujien palaute seminaareista oli positiivista, mutta samalla on saatu kehittämiskohteita omaan työhömmee. Osallistujat ovat lähettäneet palautetta myös jälkikäteen ja vuoropuhelua on jatkettu esimerkiksi sähköpostitse. Kotikuntoutuksen ja palvelutarpeen arvioinnin hyödynnettävyys omassa työyhteisössä on ollut keskeisin asia, josta on haluttu saada lisätietoa ja jatkaa keskustelua. Sekä kentän työntekijöiden konkreettisista esityksistä että strategian toimeenpanoon liittyvistä keskusteluista koettiin olevan apua oman työn kehittämisessä.

Esimerkki jälkikäteen tulleesta palautteesta:

*”Kiitos vielä selkeästä ja motivoivasta esityksestä. Lautakunta oli tyytyväinen ja luottamus oli nyt niin vahvaa muutossuunnitelmiiimme, että hyväksyivät uudet tuulet.”*

Kotikuntoutus ja asiakasohjauksen mallit ovat erittäin ajankohtaisia ja ne ovat levinneet varsin laajasti Suomessa jatkuvan parantamisen periaatteella. Jokainen maakunta tai alue on muokannut malleja oman toimintaympäristönsä mukaiseksi. Levittämistä on edistetty myös esimerkiksi kirjoittamalla ”Kotikuntoutuksen käyttöönoton käsikirja<sup>162</sup>”. Pohjoismaisen yhteis-

<sup>162</sup> Tepponen ym. 2016

työn kautta edistettiin hyvinvointiteknologian käyttöönottoa osallistamalla toimeenpanoa tukevan Connect-käsikirjan työstämiseen Oulun ja Pohjoismaisten kumppaneiden kanssa.

Monitoimijaiset asiakkaita osallistavat työpajat ovat olleet merkittävässä roolissa toiminnan kehittämisessä ja niitä käytetään hankkeiden tukena. Työpajoja on järjestetty yhteistyössä oppilaitosten, ammattikorkeakoulujen, yliopistojen, yritysten, järjestöjen, kokemusasiantuntijoiden, vanhusneuvostojen ja muiden toimijoiden kanssa. Vertaisohjaajat ovat olleet yksi keino edistää sähköisten palvelujen leviämistä.

Levittämisessä on hyödynnetty verkostoja, kuten terveystieteiden edistämiseksi Voimaa Vanhuuteen -verkostoa. Paikallisten hyvinvointiyritysten kanssa on yhteisten kehittämishankkeiden avulla rakennettu yhteisiä toimintaprosesseja (esimerkiksi kuva 26).

#### *Lean-kehittäminen*

Kuntoutuskeskus valitsi etenemisen malliksi Lean-filosofiaan perustuvan kehittämismallin ja sen systemaattisen jalkauttamisen. Jokaisella työntekijällä on kaksi työtä, oma työ ja oman työn kehittäminen. Jatkuva parantamista seurataan. Periaatteena on se, että prosessin toimivuus tuo tulokset. Johtamisessa korostuu johdon osallistuminen sekä esimerkillä johtaminen ja nöyryys. Ohjenuorana on ”Älä ole tyytyväinen nykytilaan, pysähdy ja korjaa, kysy viisi kertaa miksi”. Visualisointi ja työn tulosten näkyvyys ovat merkittävässä roolissa (kuva 29).

#### **Kuva 29. Kuntoutuskeskuksen toimintakyvyn edistämisen visualisointitaulu: Enemmän toimintakyky kuntoutujalle**



#### *Muutoskoordinaattorit*

Palvelurakenteen muutoksen tueksi nimettiin muutoskoordinaattorit. Vanhusten palvelujen vastualueelle muutettiin kahden esimiehen tehtäväkuvia siten, että he voivat tukea työyhteisöä, esimiehiä, omaisia ja asiakkaita toiminnan edellyttämien muutosten toimeenpanossa.

Ensimmäisenä aloittaneen muutoskoordinaattorin työpanos suunnattiin tukemaan laitoshoidon muutosta asumispalveluihin sekä toisen ja kolmannen kotihoidon toiminnan ja kulttuurin muutokseen.

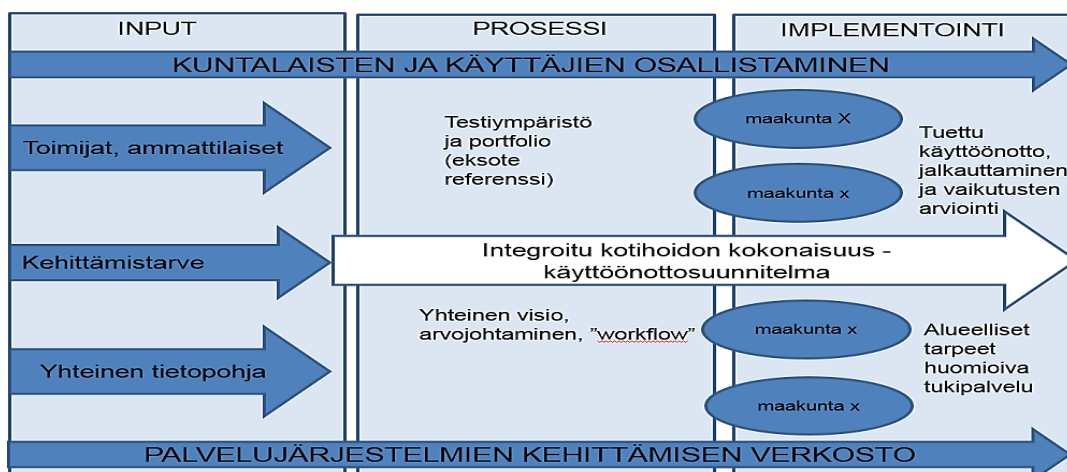
### Verkkokoulutukset

Verkkokoulutusta on käytetty yhtenä keinona uusien toimintamallien levittämisessä. Se on kustannustehokas, erilaisiin tarpeisiin joustavasti mukautuva osaamisen kehittämisen muoto. Täydennyskoulutuksia on laadittu yhteistyössä oman organisaation asiantuntijoiden kanssa. Materiaalin jakaminen on nopeaa ja sisältö on helppo päivittää. Eksotessa verkkooppimisolusta Moodle on ulkoverkossa, mikä mahdollistaa yhteistyön oppimateriaalin tuottamisen ja hyvien käytäntöjen jakamisen yli organisaatorajojen. Myös Innokylä (THL) on toiminut ”verstaana” ja levitysalustana.

Toimintamallien jalkauttaminen onnistuu yhdessä tekemällä. Valtakunnallisia mallien levittämisen mahdollistajia ovat myös hallituksen kärkihankkeet ja esimerkiksi Valtakunnallinen I&O -kärkihankkeisiin kuuluva muutosagenttiverkosta, joka kattaa koko maan.

Kuvassa 30 on hahmotettu palvelun kehittämisen vaiheita. Esimerkiksi on valittu kotona asumisen integroitu palvelukokonaisuus ja sen kehittämisen vaiheet maakunnallisessa/alueellisessa viitekehyksessä. Palvelujen kehittämisen tarpeet tulevat eri toimijoiden kautta: kansalaisilta, asiakkailta, ammattilaisilta, päättäjiltä, yrityksiltä, tiede- ja tutkimusyhteisöiltä. Tarpeet, ongelma ja tavoite toimivat lähtökohtina. Tarvitaan prosessi ja testiympäristö, jossa ne muotoillaan. Käyttöönoton ja jalkautuksen tukena toimivat esimerkiksi muutoskoordinaattorit tai PAJA-valmentajat. Asiakkaiden, yritysten, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa yhteinen verkostossa toimiminen rikastaa kehittämistä. Suora vertaisilta ja vierailijoilta tuleva palaute voi toimia signaalina toiminnan jatkuvassa parantamisessa.

**Kuva 30. Palvelujen kehittäminen vaiheet ja toimijat**



## 8. YHTEENVETO

*Merja Tepponen, Eksote*

Hankkeen päätavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten julkisen palvelutuotannon tuottavuutta ja vaikuttavuutta voidaan parantaa iäkkäiden palvelukokonaisuutta kehittämällä. Hankkeessa tuotettiin konkreettisia ehdotuksia kuntouttavista kotiin vietävien ja kotoa käsin saavutettavien palveluiden kustannusvaikuttavista toimintamalleista ja rakennettiin mallia tarpeiden mukaisesta luotettavasta kotihoidosta hankkeen teemojen kautta.

### **Keskeiset tulokset teemoittain**

#### *Palvelukokonaisuuden johtaminen*

- Kotona asumisen palvelukokonaisuus muodostuu asiakkaan tarpeisiin vastaavista palvelumoduuleista. Terveyttä ja toimintakykyä turvaavan kulttuurin ja palvelukokonaisuuden johtaminen tietojohtamista hyödyntäen edistää luotettavan kotihoidon rakentumista. Selkeät strategiset tavoitteet ohjaavat toimenpiteet haluttuun suuntaan. Mittaamisen ja visualisoinnin avulla toimenpiteet konkretisoituvat arjen tekemiseksi.
- Luotettava kotihoito rakentuu vuoropuhelussa eri toimijoiden kanssa. Asiakkaan tavoitteet ohjaavat verkostoa. Omaiset ovat keskeisin toimija. Järjestöt ovat merkittäviä toimijoita vahvistamassa toimijuutta ja sosiaalisia tukiverkostoja. Yritysten rooli korostuu palveluja tuottavana julkisen sektorin kumppanina.
- Iäkkäiden palvelukokonaisuuden johtaminen mahdollistaa palvelurakenteen muutoksen kustannusvaikuttavasti. Näin voidaan siirtää voimavaroja kuntoutukseen, varhaiseen ohjaukseen ja tukeen samalla hidastaen kustannusten nousua.
- Kustannusvaikuttavia malleja on mahdollisuus ottaa käyttöön organisaation omien päätösten perusteella siirtämällä resursseja toimintakykyä ja toiminnallisuutta tukeviin toimintoihin. Kustannusvaikuttavin tulos saadaan, kun integroitu palvelukokonaisuus kytketään mukaan muutokseen.
- Muutos tarvitsee vahvan tukirakenteen ja tekijöitä, jotka tukevat muutoksen onnistumista. Asiakkaiden, omaisten ja henkilöstön, johdon ja päättäjien vahva sitoutuminen ja osaamisen varmistaminen ovat keskeisiä. Myös vapaaehtoistoimijoiden rooli on tärkeä muutoksessa.

#### *Asiakaslähtöinen integroitu toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä palvelupolku*

- Keskitetty asiakasohjaus, ”yhden oven” -toimintamalli sekä monialainen palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus ovat edellytyksenä integroidun kuntouttavan palvelupolun muodostumiselle.
- Prosessien kehittämisen myötä asiakkaat saavat tasa-arvoisen arvion ja intervention kaikissa palveluissa. Näistä esimerkkinä ovat sairaalasta kotiutuminen, palvelutarpeen arviointi ja omaishoidon tuen arviointi.
- Kotikuntoutuksen kytkeminen kiinteästi ikääntyneen palvelupolun kaikkiin vaiheisiin tukee iäkkään kotona selviytymistä. Kotihoidon työntekijät ja omaishoitajat tarvitse-

vat tukea käytännön tilanteissa. On tärkeää tarjota toimintakykyä tukevaa toimintaa varhaisesta vaiheesta alkaen ja jatkaa sitä myös jatkuvassa kotihoidossa. Palvelupolkuun kuuluvat kaikkien toimijoiden tuottamat palvelut: arjen avusta erikoissairaanhoidon läheisten ja eri tuottajien toteuttamana.

- Tarvitaan asenteiden muutosta, osaamista ja uskoa siihen, että esimerkiksi muistisairaiden toimintakykyä voidaan tukea toiminnallisilla menetelmillä.
- Oikea-aikaisella, moniammatillisella palvelutarpeen arvioinnilla sekä kuntoutusinterventioilla asiakkaiden toimintakyky on parantunut ja palvelujen käyttö on saatu vähäisemmäksi. Jatkuvaan kotihoitoon tulevien uusien asiakkaiden määrä on merkittävästi vähentynyt.

*Arjen apu: Hoidollisten käyntien rinnalle tarvitaan nykyistä enemmän arjen apuun liittyviä kodinhoidollisia tukipalveluja.*

- Kotona asuvilla iäkkäillä on monenlaisia kodinhoitoon ja asuinympäristöön liittyviä tarpeita, joihin he tarvitsevat tukea ja tekijöitä. Ne eivät edellytä sosiaali- tai terveydenhuollon koulutusta.
- Arjen apu on muutakin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Arjen avun tueksi on tarjolla useita erilaisia kokeiltuja ja edullisia toimintamalleja, joita ovat kehittäneet muun muassa järjestöt ja eri toimijat. Tarvitaan kokeilevaa levittämisen kultuuria ja muutoksen johtamista sekä tilojen ja resurssien yhteiskäyttöä.
- Postin kaltaisen toimijan palvelun kohdistaminen kotihoidon kiirehuippuihin mahdollistaa asiakkaalle oikea-aikaisen palvelun. Hyvä, vaikuttava ja taloudellinen asiakaspalvelu toteutuu, kun toimijat löytävät yhteiset asiakkuudet ja yhteiset tavoitteet.
- Turvallisuutta voidaan parantaa eri viranomaisten välisellä yhteistyön sujuvoittamisella ja yhteisillä toimintamalleilla (sosiaali- ja terveys-, palo- ja pelastus- ympäristöviranomaisten) ennakoimalla riskejä, jotka vaikuttavat turvallisuuteen.

*Kiireelliseen hoitoon ja apuun mallinnettava toimintamalli, jossa yhdistyy päivystys (somaattinen, sosiaalinen), ensihoito, tehostettu kotihoito sekä saattohoito.*

- ”Päivystys olohuoneessa” on uusi kotiin vietäviä palveluita vahvistava toimintamalli, joka parantaa kotihoidon, ensihoidon, tehostetun kotisairaanhoidon ja päivystyksen yhteistyötä, ja vähentää näin päällekkäisten resurssien käyttöä. Moniammatillinen toimintamalli ja yhteinen tietopohja tekevät asiakkaan tilanteen arvioinnista kokonaisvaltaisempaa. Asiakas saa laadukkaita palveluita kotiin äkillisissä tilanteissa ja avun saanti helpottuu ympärivuorokautisesti. Tehostetun kotisairaanhoidon ja liikkuvan päivystyksen avulla mahdollistetaan nopeampi kotiutuminen esimerkiksi yöaikaisten lääkeinfuusioiden avulla. Seurannan ja tuen avulla pyritään välttämään asiakkaan siirtelyä palvelujärjestelmässä. Toimintamalli on kustannusvaikuttava.

*Läpileikkaavana teknologialla tuetut toimintamallit kotona asumisen tukena*

- Kotona-asumista tukeva teknologia kehittyy nopeasti. Kehityksessä mukana pysyminen edellyttää organisaatiolta alan tuntemusta ja systemaattista henkilökunnan kouluttamista, jotta teknologiasta saatava hyöty on osoitettavissa. Teknistyvä hoitotyö mahdollistaa myös uudenlaisten työtehtävien syntyminen kotihoitoon. Tämä si-



touttaa henkilökuntaa paremmin sekä luo kiinnostusta kotihoitotyötä kohtaan. Uutta asumista tukevaa teknologiaa käyttöönotettaessa tulee huomiota kiinnittää paitsi riittävään henkilökunnan, asiakkaiden, omaisten ja muiden sidostahojen kouluttamiseen ja opastamiseen myös toimintamallien uudistamiseen. Uudet teknologia-avusteiset toimintamallit, esimerkiksi virtuaalikäynnit ja paikantavat GPS-rannekkeet, ovat kustannustehokkaita ja parantavat elämänlaatua sekä mahdollistavat omaisten ja muiden sidosryhmien osallistumisen hoitoon perinteisiä malleja paremmin. Teknologisten ratkaisujen leviäminen edellyttää jatkossa teknologiaa ja toimintamalleja yhdistävää ja koostavaa kokonaisratkaisua.

- Yritysten ja kolmannen sektorin muodostamien verkostojen, osuuskuntien tai muulla tavoin organisoituneen yhteistyön avulla voidaan kehittää järjestelmiä, joissa nämä palvelutuottajat voivat laajentaa tarjontaansa kysynnän mukaan eri vuorokauden aikoihin sekä viikonloppuihin. Resurssien hallinnointi edellyttää yhteistä tietojärjestelmää tai vastaavaa portaalia, josta asiakas ja palvelun järjestäjä voivat löytää tuottajan tarjonnassa olevat palvelut.

#### *Kotihoidon osaamisen muutostarpeiden kartoitus ja esitykset osaamisen uudistamisesta*

- Kirjallisuuskatsauksen perustella kotihoidon osaamisesta on tutkimustietoa saatavissa niukalti. Tehdyssä osaamiskartoituksessa keskeiseksi osaamistarpeeksi todettiin teknologiaosaaminen ja moniammatillinen osaaminen. Työpajassa etsittiin ratkaisukeinoja osaamisen vajeisiin.
- Palvelujen kehittäminen on toiminnan muutosta. Muutos edellyttää johtamista. Yhdessä tekemällä saadaan parhaat tulokset. Jokaisella on oikeus ja velvollisuus osallistua kehittämiseen. Kokeiluilla ja rohkeilla toimintatapojen muutoksilla saatu aikaan konkreettisia muutoksia; innostava organisaatiokulttuuri sallii myös epäonnistumisen kautta oppimista.
- Koska yritykset tuottavat osan asiakkaiden tarvitsemista palveluista ostopalveluina tai ne hankitaan palveluseteleillä tai henkilökohtaisella budjetilla, on tärkeää pitää huolta siitä, että yritysten ja kolmannen sektorin henkilöstön osaaminen tukee asiakkaiden toimintakykyä niillä palvelualueilla ja -kokonaisuuksissa, joissa palveluja käytetään. Samoin on huomioitava tehtäväsiirtojen kautta tulevat lisääntyvät osaamisvaatimukset. Osaamisen todentaminen voi olla yksi palvelun laadun varmistamisen osa-alue ja palvelutuottajaksi pääsemisen kriteeri.
- Osaamisen lisääminen ja tasalaatuisuus vahvistavat myös asiakkaiden halukkuutta omakustanteisten palvelujen hankintaan. Tässä tarvitaan eri sektoreiden välistä yhteistyötä.

*”Jos haluat kulkea nopeasti, kävele yksin.*

*Jos haluat päästä pitkälle, kulje yhdessä toisten kanssa.”*

*(Afrikkalainen sananlasku.)*

## KIRJOITTAJAT

Heikkilä Helena, muutoskoordinaattori, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Helminen Kristiina, lehtori, Saimaan ammattikorkeakoulu

Immonen Mika, Lappeenrannan Teknillinen Yliopisto LUT

Kaljunen Leena, toimitusjohtaja, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom

Kanerva Jani, Etelä-Karjalan pelastuslaitos

Kapulainen Kristiina, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Klemola Katja, projektipäällikkö, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Koivuniemi Jouni, Lappeenrannan Teknillinen Yliopisto LUT

Laasonen Kaisu, tutkimuspäällikkö, Saimaan ammattikorkeakoulu

Lehmus Riikka, toimintayksikön esimies, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Lehtonen Mari, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom

Länsivuori Katri, projektipäällikkö, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Majoinen Vuokko, projektipäällikkö, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Mitikka Mika, IT palvelupäällikkö, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Nurmiainen Sanna, palveluohjaaja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Nummela Tuija, yliopettaja, Saimaan ammattikorkeakoulu

Suhola Timo, projektipäällikkö, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Tepponen Merja, kehitysjohtaja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Vidén Mira, projektikoordinaattori, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Vaittinen Pirjo, toimialajohtaja, Saimaan ammattikorkeakoulu

Viitikko Tarja, toimintayksikön esimies, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Villikka Matti, projektisuunnittelija, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

### Toimituskunta

Tepponen Merja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Viitikko Tarja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Laasonen Kaisu, Saimaan ammattikorkeakoulu

Behm Minna-Maria, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

# LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Aro, T (2017). Suomen väestö. Missä ja minkälaisia? Esitys. VTT 8.6.2017.

<https://www.slideshare.net/TimoAro/suomen-vest-miss-ja-minklaista>

Björkgren, M, Borg, F, Kokki, E, Mäkinen, L, Männikkö, S, Oksanen, T & Suoja, J (2017). PaloRAI ja EVAC-mittari. RAI-järjestelmän hyödyntäminen kotihoidon asiakkaiden palo- ja poistumisturvallisuuden arvioinnissa. Pelastusopisto. B-sarja: Tutkimusraportit 3/2017.

[http://www.pirkanmaanpelastuslaitos.fi/js/upload/1498822256\\_PaloRAI%20PO-julkaisu.pdf](http://www.pirkanmaanpelastuslaitos.fi/js/upload/1498822256_PaloRAI%20PO-julkaisu.pdf)

Eloisa ikä -ohjelma 2012–2017. Eloisa ikä – vuosista viisi! Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskouksen (STEA) Eloisa ikä -avustusohjelma 2012–2017. <http://www.eloisaika.fi/>

Finne-Soveri, H (2017). Muuttuva maailma, muuttuva vanhuus. Teema: Terveet aivot 100 v uotta.

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2017;133(2):215-9. <http://duodecimlehti.fi/duo13510>

Finne-Soveri, H (2016). Löytyykö monisairaalle vanhukselle kuntouttava hoitopolku sairaalasta kotiin? Ajassa – Tiedepääkirjoitus. Lääkärilehti 24/2016 vsk 71, s. 1739 - 1740

<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/loytyyko-monisairaalle-vanhukselle-kuntouttava-hoitopolku-sairaalasta-kotiin/>

Harjumaa, M, Laukkanen, M-L, Leväsluoto, J, Lähteenmäki, J, Nuutinen, M & Talja H (2017). Teke-mällä oppii — kokeilukulttuurista vauhtia sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamiseen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 32/2017. <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=18601>

Hussi, E, Mäkinen, E & Vauramo, E (toim.) (2017). Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. KAKS – Kunnallissalan kehittämissätiö. <http://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/06/ikaantyyva-vaesto-006-1.pdf>

Jolanki, O, Leinonen, E, Rajaniemi, J, Rappe, E, Räsänen, T, Teittinen, O & Topo, P (2017) Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47/2017.

<http://www.ymparisto.fi/download/noname/%7B9237F1AE-7A10-4097-8271-8A061A89FC77%7D/129184>

Kalliomaa-Puha, L & Kangas, O (2015). Yhteistä ja yksityistä varautumista – vanhusten hoivan tulevaisuus. Kalevi Sorsa säätiö. [http://sorsafoundation.fi/wp-content/uploads/2015/03/Yhteista\\_Web.pdf](http://sorsafoundation.fi/wp-content/uploads/2015/03/Yhteista_Web.pdf)

Karhula, M (2015). Omaisen ja läheisen näkemykset roolistaan palveluverkostossa.

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/88077/URNISBN9789515884923.pdf?sequence=1>

Kauppinen, K & Silfver-Kuhalampi, M (2015). Läheishoivan ja työssäkäynnin yhteensovittaminen: Kyselytutkimuksen tuloksia. Teoksessa Kauppinen, K & Silfver-Kuhalampi, M (toim). Työssäkäynti ja läheis- ja omaishoiva: Työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen. Sosiaalitieteen laitoksen julkaisuja, Nro 12, Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos, Helsinki, 21–75.

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158257/Omaishoiva\\_kirja.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158257/Omaishoiva_kirja.pdf?sequence=1)

Kehusmaa, S (2016). Etelä-Pohjanmaan maakuntaprofiili. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. I&O -kärkihankkeen esittely THL:lla 12.12.2016.

<https://sote.ep2019.fi/wp-content/uploads/sites/7/2017/06/Hankkeet-sivu-IO-agentti-IO-k%C3%A4rkihankkeen-toimintasuunnitelma-Etel%C3%A4-Pohjanmaa.pdf>

Kehusmaa, S, Vainio, S & Alastalo, H (2016). Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvallisiksi. Tutkimuksesta tiiviisti 13/2016. THL.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130822/URN\\_ISBN\\_978-952-302-688-9.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130822/URN_ISBN_978-952-302-688-9.pdf?sequence=1)

Kinnula, P, Malmi, T & Vauramo, E (2015). Miten sote-uudistus toteutetaan? Tutkimus. Kaks — Kunnallissalan Kehittämissätiö. <http://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/08/Miten-sote-uudistus-toteutetaan.pdf>

Kuntien avainluvut (2017). Tilastokeskus.

<http://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2017&active1=SSS>.

([https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/api/v1/fi/Kuntien\\_avainluvut/2017/kuntien\\_avainluvut\\_2017\\_viimeisin.px](https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/api/v1/fi/Kuntien_avainluvut/2017/kuntien_avainluvut_2017_viimeisin.px))

Pekurinen, M (2017). Suomalainen terveydenhuolto eurooppalaisessa vertailussa. Esitelmä, Martti Taljan juhlasymposium 20.2.2017.

Pelastuslaki 2011/379 (2011). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379>

Posti Group (2015). Eksoten kotihoidon profiiliin ja kysynnän analyysi.

Pronto (2016) Pelastustoimen resurssi- ja onnettomuustilasto PRONTO. Prontonet.fi — Tuotantoympäristö. Online-tilastot. <https://prontonet.fi/>

Saarenheimo, Marja & Pietilä, Minna (2006). Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Julkaisussa Eloniemi-Sulkava, U, Saarenheimo, M, Laakkonen, M-L, Pietilä, M, Savikko, N & Pitkälä, K (toim.). Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliiton julkaisuja, tutkimusraportti 14. Helsinki, 68–82.  
[http://www.vtkl.fi/document/1/1898/5efafa1/Omaishoito\\_yhteistyona\\_lakkaiden\\_dementiaperheiden\\_tukimallin.pdf](http://www.vtkl.fi/document/1/1898/5efafa1/Omaishoito_yhteistyona_lakkaiden_dementiaperheiden_tukimallin.pdf)

Sitra (2016). Sote-tiedosta tekoihin. Palvelupaketit raportoinnin työkaluna – ja mitä niillä voidaan seuraavaksi tehdä. Sitran selvityksiä 113. <https://media.sitra.fi/2017/02/27175232/Selvityksia113-2.pdf>

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sotkanet (2016). Sotkanet.fi. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

SPEK (2015) Tilastot. Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö. <http://www.spek.fi/Suomeksi/Ajankohtaista/Tilastot>

STM (2016). Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016–2018. Hakujulistus 6.5.2016. STM:n raportteja ja muistioita 2016:32. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap\\_2016\\_32.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap_2016_32.pdf)

STM (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. STM. Kuntaliitto. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1)

Strandberg, T & Valvanne, J (2012). Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. Ajassa – Pääkirjoitus. Lääkärilehti 3/2012 vsk 67, 132. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/riskivanhukset-tulisi-tunnistaa-paremmin/>

Sähkö palon syttymissyynä. Tutkimusraportti 1/2013. Tukes Turvallisuus- ja kemikaalivirasto. [http://www.tukes.fi/Tiedostot/sahko\\_ja\\_hissit/esitteet\\_ja\\_oppaat/sahko\\_palon\\_syttymissyyna.pdf](http://www.tukes.fi/Tiedostot/sahko_ja_hissit/esitteet_ja_oppaat/sahko_palon_syttymissyyna.pdf)

Tepponen, M (2009). Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet, no 171. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1301-1/urn\\_isbn\\_978-951-27-1301-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf)

Tepponen, M ym. (2016). Kotikuntoutuksen käyttöönotton käsikirja. Eksote. [http://www.eksote.fi/eksote/julkaisut/Documents/eksote\\_kotikuntoutuksen\\_ka%CC%88sikirja\\_210x270mm\\_NETTI.pdf](http://www.eksote.fi/eksote/julkaisut/Documents/eksote_kotikuntoutuksen_ka%CC%88sikirja_210x270mm_NETTI.pdf)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

VaPL (980/2012). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Voimaa vanhuuteen -ohjelma. Iäkkäiden terveysliikuntaohjelma. Ikäinstituutti Voimaa vanhuuteen – ohjelma. <http://www.voimaavanhuuteen.fi/>

Voutilainen, P, Noro, A, Karppanen, S & Raassina, A-M (2016). Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankessuunnitelma. STM:n raportteja ja muistioita 2016:41. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM\\_RAPORTTI.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1)

Vähäkangas, P, Niemelä, K & Anja Noro, A (2012). Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti 48/2012. THL. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90875>

Tilastokeskus (2013). Väestöennuste kunnittain 2012–2040 (2013). Suomen virallinen tilasto. Väestö 2013. [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yvrm\\_vaenn\\_2012-2040\\_2013\\_9843\\_net\\_p2.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yvrm_vaenn_2012-2040_2013_9843_net_p2.pdf)

## **Järjestösektorin kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa — kirjallisuuskatsauksen lähteet**

Heinonen, H (toim). (2011). Uusi toimintamalli ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin ja edistämiseen: yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kanssa. *Gerontologia* 25:1, 9. artikkeli.

Hietala, O, Mattila-Aalto, M, Lehtoranta, P, Henriksson, M, Saarinen, T & Sandelin I (2014). Kolmannen ja julkisen sektorin monialainen palveluyhteistyö kuntoutuksessa (KoJu). *Kuntoutussäätiön työselosteita* 45/2014.

Juntunen, A (toim.) (2014). Järjestölähtöiset lähipalvelut. Toimintamalleja käytännön työhön. Painotalo Kyriiri Oy. Helsinki.

Medina, RE, Marcos-Matás, G & Medina, TME (2016). Older volunteers' intention to remain in service in nonprofit organisations. *Psicothema* 28(3): 272–277.

Minkkinen, A & Kekki, K (2013). Ihmisiä-vapaaehtoisesti: Verkon vapaaehtoistoiminta Hervannassa 20 vuotta. Tammerprint. Tampere.

Oravasaari, T & Järvensuu, T (toim.) (2012). Vapaaehtoistoiminnan ja hoivayritysten kumppanuusmalli: Vapaaehtoiset kumppaneiksi (Vapari) -hanke. Laurean amk. Vantaa.

Pihlaja, R (2010). Kolmas sektori ja julkinen valta. Vammalan Kirjapaino Oy. Sastamala.

Rossi, G, Boccacin, L, Bramanti, D & Meda, SG (2014). *Active Ageing: Intergenerational Relationships and Social Generativity*. IOS Press, Amsterdam: 57- 68.

Ryder, E (2015). The Flexible Care Service: a third-sector service for older people with mental health needs. *British Journal of Community Nursing*, Volume 20, Issue 1.

Saarinen, T, Henriksson, M & Ala-Kauhaluoma, M (2012). Kuntoutus ja kolmas sektori: selvitys järjestöjen, yhdistysten ja säätiöiden työikäisille kohdennetuista kuntoutustoiminnoista. *Kuntoutus*; 35(3): 21 – 28.

Sunnari, M (2015). Näkemyksiä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välisistä verkostoista. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto, Viestintätieteiden laitos.

## **Kotitalouksien ja perheiden kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa — kirjallisuuskatsauksen lähteet**

Anttonen, A, Häikiö, L & Valokivi, H (2012). Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Tampere University Press.

Cochrane, A, Furlong, M, McGilloway, S, Molloy, DW, Stevenson, M & Donnell, M (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD010825. DOI: 10.1002/14651858.CD010825.pub2.

Dorell, Å & Sundin, K (2016). Becoming visible - Experiences from families participating in Family Health Conversations at residential homes for older people. *Geriatr Nurs*. Jul-Aug;37(4):260-5. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.015. Epub 2016 Mar 17.

Finne-Soveri, H, Kuusterä, K, Tamminen, A, Heimonen, S, Lehtonen, O & Noro, A (2015). Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Hiilamo, H & Hiilamo, K (2015). Hoivataistelu. Tekoja läheisten puolesta. Kirjapaja. Helsinki.

Hohenthal-Antin, L (2013). Muistellaan: luovat menetelmät muistisairaiden tukena. PS-kustannus.

Hyttinen, H & Teeri S (toim.) (2010). Senioripalvelujen kehittämisen hyvät käytännöt. Satakunnan amk. Sarja B, raportit 1/2010.

Häikiö, L & Anttonen, A (2011). Local Welfare Governance Structuring Informal Carer's Dual Position. *International Journal of Sociology and Social Policy* 31(3/4), 185–196.

Kalliomaa-Puha, L & Kangas, O (2015). Yhteistä ja yksityistä varautumista: vanhusten hoivan tulevaisuus. *Kalevi Sorsa-säätiö. Ecoprint. Tartumaa.*

KOHO-työryhmä, Kansallista omaishoidon kehittämisohjelmaa laativa työryhmä (2014). Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma: työryhmän loppuraportti. STM:n raportteja ja muistioita 2013:10. STM. Helsinki.

Karhula, M (2015). Omaisen ja läheisen näkemykset roolistaan palveluverkossa. Mikkelin amk A: Tutkimuksia ja raportteja – Research reports 99. TammerPrint Oy.

Kaskiharju, E & Oesch-Börman, C (2015). Rakkaus ei pysäytä vanhenemista: jatkuvuutta ja muutosta ikääntyvien omaishoitajien elämässä. *Ikäinstituutti. Helsinki.*

Kauppinen, K & Silfver-Kuhalampi, M (toim.) (2015). Työssäkäynti ja läheis- ja omaishoiva: työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen. Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2015:12. Unigrafia. Helsinki.

Kehusmaa, S (2014). Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Juvenes Print. Tampere.*

Knif, P (2012). Keski-ikäiset ikääntyvien omaistensa auttajina? Tutkimus sukupolvien välisestä informaalista hoivasta. *Jyväskylä University Printing House. Jyväskylä.*

Kojo, M (2013). Kodin merkitys muistisairautta sairastavalle miehelle: puolison näkökulma. Pro gradu. *Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteiden laitos.*

Laporte, UF, Heinrich, S, Wolf-Ostermann, K, Schmidt, S, Thyrian, JR, Schäfer-Walkmann, S & Holle B (2016). Caregiver burden assessed in dementia care networks in Germany: findings from the DemNet-D study baseline. *Aging Ment Health. May 12:1-12. doi: 10.1080/13607863.2016.1181713.*

Linnosmaa, I, Jokinen, S, Vilkkö, A, Noro, A & Siljander, E (2014). Omaishoidon tuki: selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. *THL Raportti 9/2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.*

Lintula, A (2015). Kotihoidossa olevien muistipotilaiden sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö. Pro gradu. *Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.*

Noro, A & Alastalo, H (toim.) (2014). Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seurantatilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. *THL Raportti: 13/2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.*

Nortunen, T, Nybo, T & Pulliainen, V (2015). Muistikysely läheiselle on toimiva menetelmä Alzheimerin taudin seulonnassa. *Psykologia 05/2015.*

Pesonen, H-M (2015). Managing life with a memory disorder: the mutual processes of those with memory disorders and their family caregivers following a diagnosis. *Juvenes Print. Tampere.*

Saarenheimo, M (toim.) (2013). Neljän polven treffit: ikäpolvitoiminnan opas. *Vammalan Kirjapaino Oy.*

Salminen, M (2015). Kotona toteutettu sijaishoito aikuisen omaishoitajan ja aikuisen omaishoidettavan kokemana. Pro gradu. *Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.*

Sequeira, C (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing. February. DOI: 10.1111/jocn.12108*

Simanainen, R (2015). Hoivaa tukeva teknologia työssäkävyn omaishoitajan tukena. Pro gradu. *Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.*

Surakka, J (toim.) (2012). SUFACARE- Supporting Family Caregivers and Receivers: omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa. *Arcada Publikation 4/2012. Arcada. Helsinki.*

Van Aerscht, L (2014). Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus: sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. *Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.*

Van Bruggen, S, Gussekloo, J, Bode, C, Touwen, DP, Engberts, DP & Blom, J (2016). Problems experienced by informal caregivers with older care recipients with and without cognitive impairment. *Home Health Care Services Quarterly, 35(1): 11-24.*



Van't Leven, N, de Lange, J, Prick, AE & Pot, AM (2016). How do activating interventions fit the personal needs, characteristics and preferences of people with dementia living in the community and their informal caregivers? *Clin Interv Aging*; 11: 383–395.

Välimäki, T (2012). Family caregivers of persons with Alzheimer's disease: focusing on the sense of coherence and adaptation to caregiving : an ALSOVA follow-up study. *Kopijyvä Oy. Kuopio*.

Wong, WP, Hassed, C, Chambers, R & Coles, J (2016). The Effects of Mindfulness on Persons with Mild Cognitive Impairment: Protocol for a Mixed-Methods Longitudinal Study. *Frontiers in Aging Neuroscience* 8(38), June.

Yeandle, S (2016). From Provider to Enabler of Care? Reconfiguring Local Authority Support for Older People and Carers in Leeds, 2008 to 2013. *Journal of Social Service Research*, 42:2, 218–232, DOI: 10.1080/01488376.2015.1129015.

Zechner, M (2010). Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. *Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere*.

Zwaanswijk, M, Peeters, JM, van Beek, AP, Meerveld, JH & Francke, AL (2013). Informal caregivers of people with dementia: problems, needs and support in the initial stage and in subsequent stages of dementia: a questionnaire survey. *Open Nurs J*; 7:6-13. DOI: 10.2174/1874434601307010006. Epub 2013 Jan 15.

### **Teknologialla tuetut kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden kotona asumista tukevissa palveluissa – kirjallisuuskatsauksen lähteet**

Lo, C, Chang, Y, Chang, H & Dai, R (2011). Integration of Wireless Digital Information Services Possessing. *Journal of Next Generation Information Technology*, 2(3), 60–71. <http://doi.org/10.4156/jnit.vol2.issue3.5>

Aanesen, M, Lotherington, AT, & Olsen, F (2011). Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care. *Health Informatics Journal*, 17(3), 161–72. <http://doi.org/10.1177/1460458211409716>

Ahanathapillai, V, Amor, JD, & James, CJ (2015). Assistive technology to monitor activity, health and wellbeing in old age: The wrist wearable unit in the USEFIL project. *Technology and Disability*, 27(1,2), 17–29. <http://doi.org/10.3233/TAD-150425>

Al-Beiruti, N, & Al-Begain, K (2014). Behaviour modelling for detecting the onset of dementia using ambient intelligence. *International Journal of Simulation: Systems, Science and Technology*, 15(5), 1–10. <http://doi.org/10.5013/IJSSST.a.15.05.01>

Armbrust, C, Mehdi, SA, Reichardt, M, Koch, J, & Berns, K (2011). Using an autonomous robot to maintain privacy in assistive environments. *Security and Communication Networks*, 4(11), 1275–1293. <http://doi.org/10.1002/sec.253>

Ballantyne, A, Trenwith, L, Zubrinich, S, & Corlis, M (2010). “ I feel less lonely ”: what older people say about participating in a social networking website. *Quality in Ageing and Older Adults*, 11(3), 25–35. <http://doi.org/10.5042/qiaoa.2010.0526>

Banbury, A, Parkinson, L, Nancarrow, S, Dart, J, Gray, L, & Buckley, J (2014). Multi-site videoconferencing for home-based education of older people with chronic conditions: the Telehealth Literacy Project. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(7), 353–9. <http://doi.org/10.1177/1357633X14552369>

Bayen, UJ, Dogangün, A, Grundgeiger, T, Haese, A, Stockmanns, G, & Ziegler, J (2013). Evaluating the effectiveness of a memory aid system. *Gerontology*, 59(1), 77–84. <http://doi.org/10.1159/000339096>

Bjørkquist, C, Ramsdal, H, & Ramsdal, K (2015). User participation and stakeholder involvement in health care innovation – does it matter? *European Journal of Innovation Management*, 18(1), 2–18. <http://doi.org/10.1108/EJIM-08-2013-0081>

Black, JT, Romano, PS, Sadeghi, B, Auerbach, AD, Ganiats, TG, Greenfield, S, ... Ong, MK (2014). A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition - Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 124. <http://doi.org/10.1186/1745-6215-15-124>

Bowles, KH, Hanlon, AL, Glick, HA, Naylor, MD, O'Connor, M, Riegel, B, ... Weiner, MG (2011). Clinical effectiveness, access to, and satisfaction with care using a telehomecare substitution intervention: a randomized controlled trial. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 540138. <http://doi.org/10.1155/2011/540138>



- Callan, A, & O'Shea, E (2015). Willingness to pay for telecare programmes to support independent living: results from a contingent valuation study. *Social Science & Medicine* (1982), 124, 94–102. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.002>
- Caulfield, BM, & Donnelly, SC (2013). What is Connected Health and why will it change your practice? *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 106(8), 703–7. <http://doi.org/10.1093/qjmed/hct114>
- Cho, ME, & Kim, MJ (2014). Characterizing the interaction design in healthy smart home devices for the elderly. *Indoor and Built Environment*, 23(1), 141–149. <http://doi.org/10.1177/1420326X14521229>
- Chumbler, NR, Rose, DK, Griffiths, P, Quigley, P, McGee-Hernandez, N, Carlson, KA, ... Hoenig, H (2010). Study protocol: home-based telehealth stroke care: a randomized trial for veterans. *Trials*, 11, 74. <http://doi.org/10.1186/1745-6215-11-74>
- Claes, V, Devriendt, E, Tournoy, J, & Milisen, K (2015). Attitudes and perceptions of adults of 60 years and older towards in-home monitoring of the activities of daily living with contactless sensors: an explorative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 134–48. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.010>
- Crotty, M, Killington, M, van den Berg, M, Morris, C, Taylor, A, & Carati, C (2014). Telerehabilitation for older people using off-the-shelf applications: acceptability and feasibility. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(7), 370–6. <http://doi.org/10.1177/1357633X14552382>
- Currie, M, Philip, LJ, & Roberts, A (2015). Attitudes towards the use and acceptance of eHealth technologies: a case study of older adults living with chronic pain and implications for rural healthcare. *BMC Health Services Research*, 15(1), 162. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0825-0>
- Czaja, SJ. (2016). Long-term care services and support systems for older adults: The role of technology. *The American Psychologist*, 71(4), 294–301. <http://doi.org/10.1037/a0040258>
- Dadlani, P, Sinitsyn, A, Fontijn, W, & Markopoulos, P (2010). Aurama: caregiver awareness for living independently with an augmented picture frame display. *AI & SOCIETY*, 25(2), 233–245. <http://doi.org/10.1007/s00146-009-0253-y>
- Dasios, A, Gavalas, D, Pantziou, G, & Konstantopoulos, C (2015). Hands-On Experiences in Deploying Cost-Effective Ambient-Assisted Living Systems. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 15(6), 14487–512. <http://doi.org/10.3390/s150614487>
- Eldib, M, Deboeverie, F, Philips, W, & Aghajan, H (2016). Behavior analysis for elderly care using a network of low-resolution visual sensors. *Journal of Electronic Imaging*, 25(4), 41003. <http://doi.org/10.1117/1.JEI.25.4.041003>
- Ellis, EV, Gonzalez, EW, & McEachron, DL (2013). Chronobioengineering indoor lighting to enhance facilities for ageing and Alzheimer's disorder. *Intelligent Buildings International*, 5(sup1), 48–60. <http://doi.org/10.1080/17508975.2013.807764>
- Fafoutis, X, Tsimbalo, E, Mellios, E, Hilton, G, Piechocki, R, & Craddock, I (2016). A residential maintenance-free long-term activity monitoring system for healthcare applications. *EURASIP Journal on Wireless Communications and Networking* (1), 31. <http://doi.org/10.1186/s13638-016-0534-3>
- Falcó, JL, Vaquerizo, E, Lain, L, Artigas, JI, & Ibarz, A (2013). Aml and deployment considerations in AAL services provision for elderly independent living: the MonAMI project. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 13(7), 8950–8976. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84891446788&partnerID=tZOtx3y1>
- Fan, X, Huang, H, Qi, S, Luo, X, Zeng, J, Xie, Q, & Xie, C (2015). Sensing Home: A Cost-Effective Design for Smart Home via Heterogeneous Wireless Networks. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 15(12), 30270–92. <http://doi.org/10.3390/s151229797>
- Ferreira, S, Torres, A, Mealha, Ó, & Veloso, A (2014). Training Effects on Older Adults in Information and Communication Technologies Considering Psychosocial Variables. *Educational Gerontology*, 41(7), 482–493. <http://doi.org/10.1080/03601277.2014.994351>
- Finkelstein, SM, Speedie, SM, Zhou, X, Potthoff, S, & Ratner, ER (2011). Perception, satisfaction and utilization of the VALUE home telehealth service. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(6), 288–92. <http://doi.org/10.1258/jtt.2011.100712>
- Gabrielian, S, Yuan, A, Andersen, RM, McGuire, J, Rubenstein, L, Sapir, N, & Gelberg, L (2013). Chronic disease management for recently homeless veterans: a clinical practice improvement program to apply home telehealth technology to a vulnerable population. *Medical Care*, 51(3 Suppl 1), S44-51. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31827808f6>

- Gellis, ZD, Kenaley, B, McGinty, J, Bardelli, E, Davitt, J, & Ten Have, T (2012). Outcomes of a telehealth intervention for homebound older adults with heart or chronic respiratory failure: a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 52(4), 541–52. <http://doi.org/10.1093/geront/gnr134>
- Georgiou, A, Marks, A, Braithwaite, J, & Westbrook, JI (2013). Gaps, disconnections, and discontinuities--the role of information exchange in the delivery of quality long-term care. *The Gerontologist*, 53(5), 770–9. <http://doi.org/10.1093/geront/gns127>
- Gómez-Sebastià, I, Moreno, J, Álvarez-Napagao, S, Garcia-Gasulla, D, Barrué, C, & Cortés, U (2016). Situated Agents and Humans in Social Interaction for Elderly Healthcare: From Coaalas to AVICENA. *Journal of Medical Systems*, 40(2), 38. <http://doi.org/10.1007/s10916-015-0371-7>
- Grant, LA, Rockwood, T, & Stennes, L (2015). Client Satisfaction with Telehealth in Assisted Living and Homecare. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 21(12), 987–91. <http://doi.org/10.1089/tmj.2014.0218>
- Greenhalgh, T, Wherton, J, Sugarhood, P, Hinder, S, Procter, R, & Stones, R (2013). What matters to older people with assisted living needs? A phenomenological analysis of the use and non-use of telehealth and telecare. *Social Science & Medicine* (1982), 93, 86–94. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.036>
- Hashi, I (2016). Case Management Promotion of Social Media for the Elderly Who Live Alone. *Professional Case Management*, 21(2), 82–7. <http://doi.org/10.1097/NCM.000000000000138>
- Hsu, MH, Chu, TB, Yen, JC, Chiu, WT, Yeh, GC, Chen, TJ, ... Li, YCJ. (2010). Development and implementation of a national telehealth project for long-term care: a preliminary study. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 97(3), 286–92. <http://doi.org/10.1016/j.cmpb.2009.12.008>
- Huang, YC & Hsu, YL (2014). Social networking-based personal home telehealth system: A pilot study. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5(4), 132–139. <http://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.05.004>
- Hubers, C, & Lyons, G (2013). New technologies for the old: Potential implications of living in later life for travel demand. *Transport Policy*, 30, 220–228. <http://doi.org/10.1016/j.tranpol.2013.08.005>
- Hussain, M, Ali, T, Khan, WA, Afzal, M, Lee, S, & Latif, K (2015). Recommendations service for chronic disease patient in multimodel sensors home environment. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 21(3), 185–99. <http://doi.org/10.1089/tmj.2014.0028>
- Iliev, I, & Dotsinsky, I (2011). Assisted living systems for elderly and disabled people: A short review. *International Journal Bioautomation*, 15(2), 131–139. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-80051988404&partnerID=tZOtx3y1>
- Jalal, A, Kamal, S, & Kim, D (2014). A depth video sensor-based life-logging human activity recognition system for elderly care in smart indoor environments. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 14(7), 11735–59. <http://doi.org/10.3390/s140711735>
- Jaschinski, C, & Allouch, SB (2015). An extended view on benefits and barriers of ambient assisted living solutions. *International Journal on Advances in Life Sciences*, 7(1–2), 40–53. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84937847081&partnerID=tZOtx3y1>
- Konstantinidis, EI, Antoniou, PE, Bamparopoulos, G & Bamidis, PD (2015). A lightweight framework for transparent cross platform communication of controller data in ambient assisted living environments. *Information Sciences*, 300(1), 124–139. <http://doi.org/10.1016/j.ins.2014.10.070>
- Lapane, KL., Hughes, CM, Daiello, LA, Cameron, KA, & Feinberg, J (2011). Effect of a pharmacist-led multicomponent intervention focusing on the medication monitoring phase to prevent potential adverse drug events in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(7), 1238–45. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03418.x>
- Leone, A, Diraco, G, & Siciliano, P (2011). Detecting falls with 3D range camera in ambient assisted living applications: a preliminary study. *Medical Engineering & Physics*, 33(6), 770–81. <http://doi.org/10.1016/j.medengphy.2011.02.001>
- Li, KF (2012). Smart home technology for telemedicine and emergency management. *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing*, 4(5), 535–546. <http://doi.org/10.1007/s12652-012-0129-8>
- Linder, SM, Rosenfeldt, AB, Reiss, A, Buchanan, S, Sahu, K, Bay, CR, ... Alberts, JL (2013). The home stroke rehabilitation and monitoring system trial: a randomized controlled trial. *International Journal of Stroke : Official Journal of the International Stroke Society*, 8(1), 46–53. <http://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2012.00971.x>

- Lyons, BE, Austin, D, Seelye, A, Petersen, J, Yeagers, J, Riley, T, ... Kaye, JA (2015). Pervasive Computing Technologies to Continuously Assess Alzheimer's Disease Progression and Intervention Efficacy. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7(JUN), 102. <http://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00102>
- Marek, KD, Stetzer, F, Ryan, PA, Bub, LD, Adams, SJ, Schlidt, A, ... O'Brien, AM (2013). Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. *Nursing Research*, 62(4), 269–78. <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318298aa55>
- Mei, YY, Marquard, J, Jacelon, C, & DeFeo, AL (2013). Designing and evaluating an electronic patient falls reporting system: perspectives for the implementation of health information technology in long-term residential care facilities. *International Journal of Medical Informatics*, 82(11), e294-306. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.03.008>
- Michaud, F, Boissy, P, Labonté, D, Brière, S, Perreault, K, Corriveau, H, ... Létourneau, D (2010). Exploratory design and evaluation of a homecare teleassistive mobile robotic system. *Mechatronics*, 20(7), 751–766. <http://doi.org/10.1016/j.mechatronics.2010.01.010>
- Minatodani, DE, Chao, PJ, & Berman, SJ (2013). Home telehealth: facilitators, barriers, and impact of nurse support among high-risk dialysis patients. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 19(8), 573–578. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84899770960&partnerID=tZOTx3y1>
- Muncert, ES, Bickford, SA, Guzik, BL, Demuth, BR, Bapat, AR, & Roberts, JB (2011). Enhancing the quality of life and preserving independence for target needs populations through integration of assistive technology devices. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 17(6), 478–83. <http://doi.org/10.1089/tmj.2010.0206>
- Musiati, P, Goldstone, P, & Tarrier, N (2014). Understanding the acceptability of e-mental health--attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. *BMC Psychiatry*, 14(1), 109. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-109>
- Nef, T, Urwyler, P, Büchler, M, Tarnanas, I, Stucki, R, Cazzoli, D, ... Mosimann, U (2015). Evaluation of Three State-of-the-Art Classifiers for Recognition of Activities of Daily Living from Smart Home Ambient Data. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 15(5), 11725–40. <http://doi.org/10.3390/s150511725>
- Olsson, A, Engström, M, Skovdahl, K, & Lampic, C (2012). My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 104–12. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00916.x>
- Randström, KB, Asplund, K & Svedlund, M (2012). Impact of environmental factors in home rehabilitation--a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe facilitators and barriers. *Disability and Rehabilitation*, 34(9), 779–87. <http://doi.org/10.3109/09638288.2011.619621>
- Rantz, MJ, Scott, SD, Miller, SJ, Skubic, M, Phillips, L, Alexander, G, ... Back, J (2013). Evaluation of health alerts from an early illness warning system in independent living. *Computers, Informatics, Nursing : CIN*, 31(6), 274–80. <http://doi.org/10.1097/NXN.0b013e318296298f>
- Rantz, MJ, Skubic, M, Alexander, G, Popescu, M, Aud, MA, Wakefield, BJ, ... Miller, SJ (2010). Developing a comprehensive electronic health record to enhance nursing care coordination, use of technology, and research. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(1), 13–7. <http://doi.org/10.3928/00989134-20091204-02>
- Reeder, B, Chung, J, Le, T, Thompson, H, & Demiris, G (2014). Assessing older adults' perceptions of sensor data and designing visual displays for ambient environments. An exploratory study. *Methods of Information in Medicine*, 53(3), 152–9. <http://doi.org/10.3414/ME13-02-0009>
- Reeder, B, Demiris, G, & Marek, KD (2013). Older adults' satisfaction with a medication dispensing device in home care. *Informatics for Health & Social Care*, 38(3), 211–22. <http://doi.org/10.3109/17538157.2012.741084>
- Ricci, RP, Morichelli, L, Quarta, L, Sassi, A, Porfili, A, Laudadio, MT, ... Santini, M (2010). Long-term patient acceptance of and satisfaction with implanted device remote monitoring. *Europace : European Pacing, Arrhythmias, and Cardiac Electrophysiology : Journal of the Working Groups on Cardiac Pacing, Arrhythmias, and Cardiac Cellular Electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 12(5), 674–9. <http://doi.org/10.1093/europace/euq046>
- Rocha, A, Martins, A, Freire Junior, JC, Kamel Boulos, MN, Vicente, ME, Feld, R, ... Rodriguez-Molinero, A (2013). Innovations in health care services: the CAALYX system. *International Journal of Medical Informatics*, 82(11), e307-20. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.03.003>

Sellers, EW, Vaughan, TM, & Wolpaw, JR (2010). A brain-computer interface for long-term independent home use. *Amyotrophic Lateral Sclerosis : Official Publication of the World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases*, 11(5), 449–55. <http://doi.org/10.3109/17482961003777470>

Sheeran, T, Rabinowitz, T, Lotterman, J, Reilly, CF, Brown, S, Donehower, P, ... Bruce, ML (2011). Feasibility and impact of telemonitor-based depression care management for geriatric homecare patients. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 17(8), 620–6. <http://doi.org/10.1089/tmj.2011.0011>

Shoval, N, Wahl, HW, Auslander, G, Isaacson, M, Oswald, F, Edry, T, ... Heinik, J. (2011). Use of the global positioning system to measure the out-of-home mobility of older adults with differing cognitive functioning. *Ageing and Society*, 31(5), 849–869. <http://doi.org/10.1017/S0144686X10001455>

Sorocco, KH, Bratkovich, KL, Wingo, R, Qureshi, SM, & Mason, PJ (2013). Integrating care coordination home telehealth and home based primary care in rural Oklahoma: a pilot study. *Psychological Services*, 10(3), 350–352. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84897122068&partnerID=tZOtx3y1>

Steinke, F, Bading, N, Fritsch, T, & Simonsen, S (2014). Factors influencing trust in ambient assisted living technology: A scenario-based analysis. *Gerontechnology*, 12(2), 81–100. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84901278478&partnerID=tZOtx3y1>

Tzavaras, A, & Spyropoulos, B (2013). Development of a low-cost wireless monitoring system supporting the continuity of medical care of the patient at home. *Conference Proceedings : ... Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Annual Conference, 2013*, 5191–4. <http://doi.org/10.1109/EMBC.2013.6610718>

Wade, R, Cartwright, C, & Shaw, K (2012). Factors relating to home telehealth acceptance and usage compliance. *Risk Management and Healthcare Policy*, 5, 25–33. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84864447906&partnerID=tZOtx3y1>

Wang, S, Skubic, M, & Zhu, Y (2012). Activity density map visualization and dissimilarity comparison for eldercare monitoring. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine : A Publication of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, 16(4), 607–14. <http://doi.org/10.1109/TITB.2012.2196439>

Weinstock, RS, Brooks, G, Palmas, W, Morin, PC, Teresi, JA, Eimicke, JP, ... Shea, S (2011). Lessened decline in physical activity and impairment of older adults with diabetes with telemedicine and pedometer use: results from the IDEATel study. *Age and Ageing*, 40(1), 98–105. <http://doi.org/10.1093/ageing/afq147>

Weintraub, A, Gregory, D, Patel, AR, Levine, D, Venesy, D, Perry, K, ... Konstam, MA (2010). A multi-center randomized controlled evaluation of automated home monitoring and telephonic disease management in patients recently hospitalized for congestive heart failure: the SPAN-CHF II trial. *Journal of Cardiac Failure*, 16(4), 285–92. <http://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.12.012>

Yang, CC, & Hsu, YL (2012). Remote monitoring and assessment of daily activities in the home environment. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 3(3), 97–104. <http://doi.org/10.1016/j.jcgg.2012.06.002>

## Kotihoidon osaaminen — kuvailevan kirjallisuuskatsauksen lähteet

(\* merkityt ovat olleet mukana kirjallisuuskatsauksessa)

\* Bing-Jonsson, PC, Bjørk, IT, Hofoss, D., Kirkevold, M & Foss, C (2014). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing*.

\* De Vlieghe, K, Milisen, K, Wouters, R, Scheepmans, K, Paquay, L, Debaillie, R, Geys, L, Okerman, F, Van Deuren, I & Dierckx de Casterlé, B (2011). The professional self-image of registered home nurses in Flanders (Belgium): a cross-sectional questionnaire survey. *Applied Nursing Research* 24, 29–36

\* Hiltunen, P (2015). Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa — katsaus kehittämistarpeisiin. *Hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS)* 30.3.2015.

\* Kinnunen, S (2013). Kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan osaamiskartta. *YAMK-opinnäytetyö*. Savonia.

- \* Kirvesniemi, T & Sundström A (2014). Alueellisen kotihoidon osaamiskartoitus. Etelä-Kymenlaakson yhteenveto. Kymenlaakson AMK.
- \* Kuusela, M, Hupli, M, Johansson, K, Routasalo, P & Eloranta, S (2010). Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. *Hoitotiede* vol 22 (2), 96–107.
- \* Morgan, DG, Kosteniuk, JG, O'Connell, ME, Dal Bello-Haas, V, Stewart, NJ & Karunanayake, C (2015). Dementia-related work activities of home care nurses and aides: Frequency, perceived competence, and continuing education priorities. *Educational Gerontology*. ISSN: 0360-1277 (Print) 1521-0472 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/uedg20>
- \* Piltonen, U (2013). Toimintamalli kotihoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi. YAMK-opinnäytetyö. Oulun seudun amk.
- \* Taipale-Lehto, U & Bergman, T (2013). Vanhuspalveluiden osaamistarveraportti. Raportit ja selvitykset 2013:14. Opetushallitus.
- \* Tarhonen, T (2013). Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- \* Turjamaa, R (2014). Iäkkäiden ihmisten yksilölliset voimavarat ja niiden huomioiminen kotihoidossa. Väitös. *Hoitotiede*. Itä-Suomen yliopisto
- Salminen, A (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62, julkisjohtaminen 4, Vaasa.



## LIITE 1. Taulukko 3. Järjestösektorin kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa -aineisto

Tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi	Aineistot, menetelmät, otos	Keskeiset tulokset
Heinonen, H (toim.) (2011). Uusi toimintamalli ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin ja edistämiseen: yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kanssa	Tavoitteena oli luoda riskihenkilöiden tunnistuksen, hoitoonohjauksen ja seurannan malli, joka soveltuisi käyttöön osana terveysasemien toimintaa. Tavoitteena oli vahvistaa yhteistoimintaa terveystoimen kanssa sekä kehittää terveyttä edistävä toimintatapa. Tarkoituksena oli parantaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tutkimusjoukkona 300 yli 70-vuotiasta terveyskeskuksen asiakasta, jotka ovat fyysisen toimintakyvyn menettämisen riskissä, mutta eivät säännöllisen kotihoidon piirissä.	Terveystoimijat koulutettiin riskitunnistukseen testien avulla. Potilastietojärjestelmään luotiin pohjat mittaritietojen tallentamiseksi. Saatuja tietoja voidaan hyödyntää vaikuttavuuden arvioinnissa ja potilastyössä. Otetaan käyttöön yksilöllähtöinen tavoitteellinen, terveyttä edistävä toimintatapa. Voima- ja tasapainoharjoitteluun liitetään luoviin menetelmiin perustuvat ryhmätapaamiset. Ikääntyvä kartoittaa tilannettaan sekä asettaa omista tarpeistaan lähteviä tavoitteita sekä seuraa tuettuna niiden toteutumista.
Hietala, O ym. (2014). Kolmannen ja julkisen sektorin monialainen palveluyhteistyö kuntoutuksessa (KoJu-hanke)	Tarkoituksena oli tutkia ja kehittää kansalaisjärjestöjen toimijoiden sekä julkisen sektorin kuntoutuksen palvelujen yhteistyötä sekä edistää yhteistyövalmiuksia kuntoutuspalveluiden tuottamisessa ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. Tarkoituksena oli hahmottaa sekä edellytyksiä että esteitä. Aineistona järjestöjen haastattelut N=24 ja 159 asiakirjaa	Kuntoutuja/vertais-/kokemusasiiantuntija eli Kuveko-ammattilinen yhteistyö.
Juntunen, A (toim.) (2014). Järjestölähtöiset lähipalvelut Toimintamalleja käytännön työhön	Sininauhaliiton Järjestölähtöisten lähipalveluiden kehittämishankkeessa (2009–2013) tehtiin yhteistyötä eri toimijoiden kanssa ja kehitettiin malleja järjestölähtöiseen työhön.	1. Ovensuukysely lähipalvelutarpeiden kartoituksessa 2. Etsivä vanhustyö 3. Päiväkeskuksen käynnistäminen 4. Lähipalvelu päihde- ja mielenterveys-työssä 5. Sosiaalinen isännöinti 6. Vertaistukikoulutus 7. Lähiyhteisön aktivointi 8. Yhteisöllinen kyläkahvila
Ruiz, M ym. (2016). Older volunteers' intention to remain in service in non-profit organisations	Analysoitiin organisaatioiden tukea ikääntyneille vapaaehtoisille sekä tyytyväisyyttä tehtäviin ja vapaaehtoistyössä jatkamiselle. Selittävinä tekijöinä tyytyväisyys johtamiseen ja organisaation sekä vapaaehtoisten välinen suhde. Otoksena 172 yli 60-vuotiasta (Murcian alue).	Tyytyväisyys johtamiseen näyttäytyy tärkeänä ennusteena vapaaehtoistyön jatkamiselle. Tuloksissa on tärkeä yhteys siihen, miten organisaatioissa vapaaehtoistyötä johdetaan ja millainen on palkattujen työntekijöiden ja vapaaehtoistyöntekijöiden suhde.
Minkkinen, A & Kekki K (2013). Ihmisiä vapaaehtoisesti: Verkon vapaaehtoistoiminta Hervannassa 20 vuotta	Katsaus järjestön toimintaan. Haastateltu perustajaa, ohjaajia sekä asiakkaita	Yhdessä selviytymisen tuki YSTI ry on sosiaali- ja terveysalan erityispalveluita tuottava yhdistys, jossa on mukana n. 50 vapaaehtoista. Vapaaehtoiset pyrkivät antamaan aikaa ja apua, sekä tuottamaan maksutonta palvelua ja vertaistukea muun avun rinnalle.
Oravasaari, T & Järven- suu, T (toim.) (2012). Vapaaehtoistoiminnan ja hoivayritysten kumppanuusmalli: Vapaaehtoiset kumppaneiksi (Vapari) -hanke	Vapari-hanke on ollut Tekesin Innovaatiot sote-palveluissa -hanke, jossa tavoiteltiin kumppanuuteen perustuvia arvoverkostohankkeita. Kantavana ajatuksena on asiakaslähtöisyys. Kehitettiin vapaaehtoisten, hoivayritysten ja tutkijoiden yhteistyönä malleja, joissa vapaaehtoiset toimivat yrityksen kumppaneina.	Yhteistyön tavoitteena on ollut hyödyttää hoivakodin asiakasta. Periaatteena ollut, että vapaaehtoiset eivät osallistu hoiva- ja hoitotyöhön, vaan ovat läsnä siten, että heillä on mahdollisuus kohdata asiakkaat kiirettä ja arvostaen. Vapaaehtoisilla ja hoivatyöntekijöillä on molemmilla roolinsa hyvinvoinnin toteutumisessa.

Pihlaja, R (2010). Kolmas sektori ja julkinen valta	Tutkimuksessa selvitettiin, millaisena toimijana 3. sektori nähdään maaseutukunnissa nyt, kun kunta- ja palvelurakenne on muuttumassa ja väestö ikääntymässä.	Maaseutukunnat odottavat järjestöiltä panosta sosiaalisten verkostojen ja yhteisöllisyyden vahvistajana. Taloudellinen merkitys korostuu. Poliittinen puhe tuo 3. sektorin esille palvelujen tuottajana. Järjestöt ovat merkittäviä työllistäjiä. Roolin vahvistumista ei pidetä realistisena. Tehtävien kasvua jarruttaa rahoituksen epävarmuus, ikääntyminen ja toimijoiden määrä. Järjestöt nähtiin vapaaehtoistyön paikkana. Kilpailua suurempi ongelma on tuottajien vähäisyys tai ettei tuottajia ja kilpailua ole lainkaan.
Rossi, G ym. (2014). Active Ageing: Intergenerational Relationships and Social Generativity	Tavoitteena on: 1) vaikuttaa aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen solidaarisuuden edistämiseen täytöntöönpanossa ja poliittisessa neuvonnassa. 2) Mahdollistaa tiedon levitys ja verkostoituminen. 3) Ylläpitää osallisuutta ja tiedonjakoa aktiivisesta ikääntymisestä, vapaaehtoistyöstä sekä solidaarisuudesta portaalin kautta. 4) Tietoisuuden kasvattaminen aktiivisesta ikääntymisestä. 5) Aktivoida aktiivisen ikääntymisen ja ylisukupolvisen toiminnan harjoituksia.	1) Syventää ymmärrystä ikääntyneen vapaaehtoistyöntekijän roolista ja osallistumisesta saavuttaakseen paremmat ikääntymisen olosuhteet. 2) Organisoitua tietoa aktiivisesta ikääntymisestä 3) Mahdollistaa pääsy aktiivista ikääntymistä ja ylisukupolvista toimintaa koskevaan tietoon.5) Lisätä toimintamallien näkyvyyttä.6) Mahdollistaa yhteistyötä ja verkostoitumista. 7) Ylläpitää dialogia sidosryhmien välillä. 9) Hyödyntää kokemusta ja maksimoida vähenevien resurssien hyötyjä.
Ryder, E (2015). The Flexible Care Service: a third-sector service for older people with mental health needs	Ennusteen mukaan v. 2030 Englannissa joka 5. henkilö on yli 65-vuotias. Ikääntyvät ihmiset ovat monisairaita. On tärkeää, että palvelujen suunnittelu kohtaa yksilöllisen palvelutarpeen. Tarkasteltiin Flexible Care Servicen mahdollisuuksia; mielenterveysongelmalliselle ikääntyvälle suunnattu resurssi. Case-tutkimuksen viitekehyksenä Department of Health:in käyttämä kuuden C:n menetelmä (care, compassion, competence, communication, courage and commitment).	Osoitetaan, miten 3. sektorin palvelut, kuten Flexible Care voi tarjota henkilökeskeistä lähestymistapaa täyttääkseen asiakkaiden monimuotoiset palvelutarpeet. Viitekehyksellä esitetään myös toimintamallin tarjoajilta vaadittavia taitoja.
Sunnari, M (2015). Näkemyksiä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välisistä verkostoista	Tutkimusympäristönä on sosiaali- ja terveysalan julkisen, yksityisen ja 3. sektorin toimijoiden kenttä Kuopion alueella. Aineistonkeruu tapahtui haastattelemalla jokaiselta sektorilta kahta henkilöä. Menetelmänä oli puolistrukturoitu haastattelu. Analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä avointen kysymysten osalta.	Ilmenee tutkittujen verkostojen vahva nivoutuminen sote-alalla tehtävään asiakastyöhön ja palveluihin. Verkostot ovat pitkäaikaisia ja organisaatiolähtöisiä. Ne ovat ryhmittyneitä: julkisella sektorilla korostui VAT sisäiset verkostot, yksityisellä sektorilla taas kumppanuussuhde ja 3. sektorilla keskinäiset verkostot joko oman tai julkisen sektorin kanssa. Verkostoissa ilmenee sosiaalista pääomaa. Tiedon kulun sujuvuus koetaan merkittäväksi verkoston toiminnalle.



## LIITE 2. Taulukko 4. Kotitalouksien ja perheiden kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa -aineisto teemoittain

Tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi	Aineistot, menetelmät, otos	Keskeiset tulokset
<b>PALVELUJÄRJESTELMÄ JA PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN</b>		
Finne-Soveri, H ym. (2015). Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi	Aineisto kerättiin 4-6/2015 Webropol-kyselynä kunnista. Lisäksi hyödynnettiin Muistiliiton barometrien aineistoja v. 2005 ja 2010 sekä kansallista RAI-tietokantaa (THL). Analyysiin sisällytettiin 135 kuntaa, joista 70 kuului kuntayhtymään tai yhteistoiminta-alueeseen. Peittävyys oli 44 % mahd. vastaajatahoista ja 44,8 % Manner-Suomen kunnista.	Viimeksi kuluneen 10 vuoden aikana havaittavissa oleva kehitys oli pääasiassa toivotun suuntaista, vähäistä tai kohtalaista, ja tapahtunut laajalla rintamalla. Kehittämiskohteet olivat kotona-asumisen ja vaikuttavan hoidon kannalta kriittisillä alueilla ja niitä tunnistettiin kymmenen.
KOHO-työryhmä STM 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma: työryhmän loppuraportti	Linjataan omaishoidon kehittämisen strategiset tavoitteet ja kehittämistoimenpiteet. Ohjelma kattaa toimeksiantosopimukseen perustuvan sopimusomaishoidon ja muun omaishoidon	Huomiota kiinnitetään omaishoitajien aseman vahvistamiseen, yhdenvertaisuuteen ja jaksamisen tukemiseen. Laki sopimusomaishoidosta korvasi nyk. lain omaishoidon tuesta.
Karhula, M (2015). Omaisen ja läheisen näkemykset roolistaan palveluverkossa	Teemahaastattelu, n=15.	Omaisen ja läheisen osallisuus ei toteudu optimaalisella tavalla. Osallisuuden vahvistaminen vaatii kehittämistä. Voidaan soveltaa luotaessa toimintamalleja, jotka edistävät läheisten osallisuutta sekä ammattilaisten välistä yhteistyötä.
Linnoosmaa, I ym. (2014). Omaishoidon tuki: selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012	Aineisto kerättiin vuodenvaihteessa 2012–2013 Manner-Suomen ja Ahvenanmaan kunnista (n=336), joista 227 (68 %) vastasi. Vastaukset kattoivat 66 % omaishoidettavista ja 63 % omaishoitajista.	Koottu tietoa omaishoidon tuen toteutumisesta ja kehittämistarpeista kunnissa ja verrattu nykytilaa aiempien kyselyiden tuloksiin.
Noro, A & Alastalo, H (toim.) (2014). Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013	Tilanne ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa: teemoina ikäihmisten palveluiden käyttö ja kustannukset, ikääntyneen väestön toimintakyvyn ja palvelutarpeen kehityslinjat, kuntien ja palveluntuottajien tilanne ja valvonnan haasteet. Aineistona ennen VaPa-lain voimaantuloa 5/2013 suoritettua kunta- ja toimintayksikkökyselyä, valtakunnalliset rekisteritiedot ja väestötutkimustiedot.	Ikääntyneiden terveys ja toimintakyky ovat kohentuneet. Toimintarajoitteet ovat yleisiä. Laitos- ja kotihoitoon sekä tukipalvelut ovat vähentyneet. Ikääntyneiden määrän kasvu johtaa kasvavaan palveluiden tarpeeseen. Vanhempien ikäryhmien tarpeet palveluasuminen on lisääntynyt. Omaishoidon tuen asiakkaiden määrä on kasvanut. Kustannusseuranta osoittaa samaa kehityssuuntaa.
Yeandle, S (2016). From Provider to Enabler of Care? Reconfiguring Local Authority Support for Older People and Carers in Leeds, 2008 to 2013	Ikääntyvien ja hoivaajien tuen kehitys Iso-Britanniassa (Leeds). Tarkastellaan hoivan muutoksia aikana, jolloin vaikuttavat resurssivajaus sekä uusi jaottelu hallintotapaan. Aineistona olevien dokumenttien, tilastojen ja tutkimusten avulla korostetaan muutosten vaikutusta palvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen ja toimijoiden näkökulmaan. Analyysin viitekehys: sosiaalisen laadun teorit.	Tilastot osoittivat ikääntyneille suunnattujen palvelujen laskua 5 v. aikana, jolloin kunnissa pyrittiin mobilisoimaan asukkaita ja kehittämään palveluja. Vaikka osallistuminen ja konsultaatio vaikuttivat positiivisesti i saamaan tukeen, tarvitaan lisätutkimusta osoittamaan, ovatko muutokset riittäviä suojaamaan budjettileikkauksilta.
<b>KUSTANNUSVAIKUTTAVUUS JA KÄYTETTÄVÄT RESURSSIT</b>		
Kehusmaa, S (2014). Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus	Aineisto kerättiin Kelan Ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen (IKÄ-hanke 2002–2007) yhteydessä ja sitä täydennettiin THL:n Hoitoilmoitusrekisterin tiedoilla terveyspalvelujen käytöstä ja Kelan etuusrekisterien tiedoilla.	Omaishoito laskee merkittävästi hoidon menoja. Toteutettu vanhojen heikkokuntoisten ihmisten ryhmämuotoinen laitospäätyminen ei osoittautunut kustannusvaikuttavaksi. Panostamalla vanhusten sosiaalipalveluihin on mahdollista vähentää terveyspalvelujen käyttöä ja menoja. Työnjakoa vanhusten pitkäaikais- ja terveydenhuollon välillä tulisi tarkastella uudelleen.
Lintula, A (2015). Kotihoidossa olevien muistipotilaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö	Haastattelututkimus, 182 säännöllisen kotihoitoon piirissä olevaa muistipotilasta ja heidän läheistään. Kuvattiin 1) millaisia palveluita ja kuinka paljon kotona asuvat ikääntyneet muistipotilaat käyttävät, 2) kuinka paljon läheiset viettävät aikaa	Läheisten käyttämä aika muistipotilaan hoitamiseen, avustamiseen ja valvontaan oli yhteydessä muistipotilaan vähäisempään palveluiden käyttöön. Läheisen käyttämä aika vähensi kodinhoitajan palveluita.

<p>Van Aerschot, L (2014). Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus: sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön</p>	<p>kotona asuvan ikääntyneen muistipotilaan kanssa sekä 3) mitkä tekijät ovat yhteydessä ikääntyneen muistipotilaan käyttöön sosiaali- ja terveyspalveluihin. Selvitettiin asettuvatko vanhukset taloudellisten ja sosiaalisten resurssiensa perusteella eriarvoisiin asemiin tarvitessaan hoivaa. Aineisto: v. 2010 Tampereella ja Jyväskylässä kerättyä kyselyaineistoa ja v. 2011 Pirkanmaan alueella tehtyjä haastatteluja, monimetodisuus. Vastausprosentti oli lopulta 72 (n=1436)</p>	<p>Eniten muistipotilaan vähäisempään palveluiden käyttöön oli yhteydessä läheisen muistipotilaan valvontaan käyttämä aika. Hoivaan, apuun ja palveluihin liittyvä eriarvoisuus on yhteydessä sekä taloudellisiin että sosiaalisiin resursseihin. Informaalia apua saavat eniten huonokuntoiset vanhukset. Julkiset palvelut kohdistuvat eniten tarvitseville, huonokuntoisille ja yksinasuville vanhuksille. Hoivan tarpeita selittävät taustatekijät ovat yhteydessä yksityisten palvelujen käyttöön. Yhteys on korkealla tulotasolla ja yksityisten palvelujen käytöllä.</p>
<p><b>ARJEN TUKI: OMAISET JA OMAISYHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN</b></p>		
<p>Cochrane, A ym. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults</p>	<p>Tarkastellaan aikarajoitetun kotikuntoutuksen (max 12 vk) vaikutusta ylläpitää tai parantaa yli 65-v. ikäihmisten toiminnallista itsenäisyyttä verrattuna kotona hoidettaviin tai laitospaikkajonossa oleviin. 2 tutkijaa arvioi itsenäisesti tutkimuksia. Tutkimusten tekijöihin otettiin tarvittaessa yhteyttä.</p>	<p>Viittaavia todisteita siitä, että kotikuntoutus voisi olla tehokkaampaa toimintakyvyn parantamisessa kuin perinteinen hoiva. 2 vuoden seurantajaksolla kotikuntoutusta saaneet joutuivat hieman epätodennäköisemmin tehostetun palvelun piiriin. Tällä voi olla vaikutusta kotija terveydenhoidon kustannuksiin. Lisätutkimusta tarvitaan.</p>
<p>Dorell, Å &amp; Sundin, K (2016). Becoming visible - Experiences from families participating in Family Health Conversations at residential homes for older people</p>	<p>Perheenjäsenten kokemukset osallistumisesta kuntoutuskeskusteluihin (Family Health Conversations) ikäihmisten palvelukodeissa. Seuranta tehtiin 6 kk keskustelujaksoon osallistumisesta. Seuranta toteutettiin ryhmähaastatteluna, joihin osallistui 22 kuntoutuskeskusteluihin osallistunutta perheenjäsentä. Analysointi: kvalitatiivinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Tilaisuudet koettiin lohdullisina, toivat esille kunkin henkilökohtaiset kokemukset ja auttoivat kommunikoimaan tehokkaammin. Avoimuus perheen kesken oli lisääntynyt uuden strukturoidun keskustelumenehtelmän ansioista. Perheenjäsenet tunnistivat toistensa ongelmat sekä voimavarat paremmin.</p>
<p>Hiilamo, H &amp; Hiilamo, K (2015). Hoivataistelu. Tekoja läheisten puolesta</p>	<p>Tarinoita suomalaisilta, jotka ovat hoitaneet omaa aikuista läheistään.</p>	<p>Tarinoissa toistuivat kamppailu ja taistelu, jotka on poimittu kirjan lukujen nimiksi. Samalla ihmisen kantaa raskaampien vaiheiden yli pyyteetön lähimmäisenrakkaus ja halu auttaa.</p>
<p>Kaskiharju, E &amp; Oesch-Börman, C (2015). Rakkaus ei pysäytä vanhenemista: jatkuvuutta ja muutosta ikääntyvien omaishoitajien elämässä</p>	<p>Ikäinstituutin VKKK-kysely (n=77 helsinkiläistä). Haastattelussa 23 ikääntyvää omaishoitajaa, etusijalla ovat subjektiiviset kokemukset ja kuvaukset. Keskityttiin omaishoidon tuen sopimuksen ulkopuolisten iäkkäiden ihmisten elämäntilanteisiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa heidän elämäntilanteistaan sekä tunnistaa voimaannuttavia ja hyvinvointia heikentäviä tekijöitä ja kehittää yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvaa toimintaa.</p>	<p>Tietoa syistä toimia omaishoidon tuen sopimuksen ulkopuolisina hoitajina. Jatkuvuuden ja elämänjärjestyksen peruskiviksi muotoutuivat aineelliset, mitattavat voimavarat ja ei-mitattavat voimaannuttavat tekijät. Niitä oli sekä hoitajalla että hoidettavalla, osa oli yhteisiä. Tekijät vahvistivat sisäisesti ja ulkoisesti jatkuvuutta sekä kykyä kohdata muutokset.</p>
<p>Kauppinen, K &amp; ja Silfver-Kuhlampi, M (toim) (2015). Työssäkäynti ja läheis- ja omaishoiva: työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen</p>	<p>Hoivaajien haastattelut, n=34.</p>	<p>Jaksaakseen työssäkäyvät hoivaajat tarvitsevat tukea ja ymmärrystä sekä työyhteisöltä, lähipiiriltä, yhteiskunnalta että 3. sektorilta. On tärkeää huomioida yksilölliset tarpeet. Ongelmana näyttäytyi byrokratia ja terveydenhuollon palvelujen saaminen hoidettavalle. Haaste on, miten sairaiden, vammaisten ja ikääntyneiden hoito voidaan järjestää kuormittamatta omaisia liikaa. Monet suhtautuivat kriittisesti teknisiin apuvälineisiin; pelkona inhimillisten kontaktien korvautuminen tekniikalla. Keski-ikäisten suhtautumista omaishoivaan kuvattiin perinteiseksi, yksilölliseksi tai yhteisölliseksi. Informaali hoiva on läsnä puhuttaessa hoivasuhteesta. Sitä kuvataan elämänkulun käsitteen avulla. Arvioitiin julkisen sektorin informaali omaishoivalta odottamia suunnitelmia ja saavutuksia. Käsiteltiin kapa-</p>
<p>Knif, P (2012). Keski-ikäiset ikääntyvien omaistensa auttajina? Tutkimus sukupolvien välisestä informaalista hoivasta</p>	<p>Haastattelut, N=12.</p>	

<p>Kojo, M (2013). Kodin merkitys muistisairautta sairastavalle miehelle: puolison näkökulma</p>	<p>Toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusotteella. Tutkimukseen osallistuivat keskivaikeaa Alzheimerin taudin tyyppistä dementiaa sairastavien miesten puoliset (N=9), jotka tavoitettiin muistikoordinaattoreiden avulla. Aineistonkeruumenetelmänä oli postitettu kysymyslomake. Avoimet kysymykset liittyivät psyykkisen toimintakyvyn teemoihin. Saatua aineistoa lähestyttiin induktiivisesti.</p>	<p>siteettia ja tahtoa toimia omaishoitajina sekä suhteitaan. Kuvaus kodin merkityksestä. Puolison kokemus muotoutui: kodista miehen toimijuuden mahdollistajana, omaishoitajuuden luonteesta suhteessa miehen sairauteen sekä kodin ja omaishoitajuuden luomasta hyvinvoinnin tunteesta. Koti merkitsee puolison mukaan miehelle toimintakykyä, toimijuutta, ja hyvinvointia niissä rajoissa, jotka omaishoitaja, puoliso, määrittää.</p>
<p>Pesonen, H-M (2015). Managing life with a memory disorder: the mutual processes of those with memory disorders and their family caregivers following a diagnosis</p>	<p>Tarkoituksena oli kehittää aineistolähtöinen teoria, joka kuvaa muistisairaiden ja omaishoitajien elämänhallinnan prosesseja ja muistisairausdiagnoosin jälkeen. Laadullisen pitkittäistutkimuksen aineisto kerättiin 2006–2009 syvähaastattelemalla (n=40) sekä sairastuneita (n=8) että omaisia (n=8). ja analysoitiin jatkuvan vertailun analyysimenetelmällä.</p>	<p>Tulokset täydentävät hoitotieteen tietoperustaa perheiden kokemuksista ja elämänhallinnan keinoista muistisairausdiagnoosin varmistumisen jälkeen. Tuloksia voidaan hyödyntää sekä hoitotyössä tuettaessa muistisairaita ja heidän perheitään että koulutuksessa.</p>
<p>Laporte, U ym. (2016). Caregiver burden assessed in dementia care networks in Germany: findings from the DemNet-D study baseline</p>	<p>Kuvataan DCN-verkoston käyttävien kotona asuvia dementiapotilaita hoitavien informaalien omaishoitajien (N=536) taakkaa. Kartoitettiin DCN-verkoston käyttävien eroja tekijöissä. Tutkimus oli osa Saksan DCN-keskusten monitieteistä arviointia. Poikkileikkaustiedot kerättiin haastattelemalla ihmisiä, joilla oli dementia ja hoivaajiaan. 13 DCN:ää oli edustettuna, standardoidulla kyselylomakkeilla. Aineiston perusteella voitiin todeta 4 DCN-hallintotyyppiä, joita käytettiin monimuuttu- ja-analysissä.</p>	<p>Elämisen päivittäisen toiminnot, haastavat käyttäytymiset ja hoitajien ominaispiirteet sekä hoivaajien ja muistisairaiden välinen suhde aiheutti lievää tai kohtalaista taakkaa. Naiset tunsivat olevansa kuormittuneempia, mutta osoittivat henkilökohtaista kehitystä. Eri DCN-hallintotyypeissä ei havaittu eroja. Huomiota olisi kiinnitettävä naisiin ja puolisoitensa omaishoitajiin, jotka tarvitsevat tukea.</p>
<p>Sequeira, C (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers</p>	<p>Toteutettiin kahden ryhmän välillä: toisessa oli fyysiseltä toimintakyvyltään heikentyneiden ja toisessa dementiapotilaisen hoivaajia. Aineisto kerättiin kyselyllä, jossa kartoitettiin sosiodemografisia, kliinisiä ja ympäristöön liittyviä tietoja. Mukana oli erilaisia testejä. Otoskoko oli 184 yli 40-vuotiaasta omaishoitajaa, joista 83 hoivasi muistisairasta.</p>	<p>Ikääntyneiden muistisairaiden hoivaajat ovat haavoittuvampia korkean taakkansa vuoksi. Taakka koetaan suhteessa vaikeuksiin ja tyytyväisyyden tunteen laskuun.</p>
<p>Simanainen, R (2015). Hoivaa tukeva teknologia työssäkäyvän omaishoitajan tukena</p>	<p>Aineisto (N=22) kerätty v. 2014, fokusryhmä-, pari- ja yksilöhaastattelut. Työsuojelurahaston rahoittama, Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksella 1.1.2014–30.6.2015 toteutetusta tutkimus- ja kehitystoimintahankkeesta: "Työssäkäynnin ohessa tapahtuva läheis- ja omaishoiva – työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen, hyvien työpaikkakäytäntöjen kehittäminen".</p>	<p>Valvontaan painottuvat keinot koettiin kumppanuussuhteelle ristiriitaisina. Työn ja omaishoidon yhdistämisen tukena näyttivät vallitsevilta kasvokkaiset ja puhelinteknologian vuorovaikutuskäytännöt, työelämässä myös sähköiset ajanhallinta- ja etätyökäytännöt. Jaksamista punnitessa päätöksissä korostui hyvinvointi. Työn rinnalla tapahtuvan hoivan tukena teknologiaa tulee lähestyä laajasti ja osapuolten toimintavalmius-kysymyksenä.</p>
<p>Van Bruggen, S ym. (2016). Problems experienced by informal caregivers with older care recipients with and without cognitive impairment</p>	<p>Väestöperusteisen havainnointitutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa informaaliensa omaishoitajien kohtaamat ongelmat ja niiden laajuus. Osalla omaishoidettavista oli kognitiivisia häiriöitä, osalla ei. Kyselyyn vastasi 2704, vähintään 75-vuotiaan omaishoitajaa. Lomakkeessa oli 23 kysymystä ongelmista ja vaikeuksista</p>	<p>Asteikolla 0-23 mediaani koskien ongelmia oli 12. Informaalit omaishoitajat kokivat monenlaisia ongelmia, joista haasteet osallistua yhteisiin tapahtumiin nousi korkeimmalle. Ongelmien vaikutus nousi, jos hoitavalla oli kognitiivisia häiriöitä.</p>
<p>Zwaanswijk, M ym. (2013). Informal caregivers of people with dementia: problems, needs and support in the initial stage and in subsequent stages of dementia: a questionnaire survey</p>	<p>Tavoitteena on selvittää eroja dementiaan alkuvaiheen ja myöhemmän vaiheen hoivattavien (1) informaaliensa omaishoitajien hoidon järjestämisessä kokemissa ongelmista, (2) dementiapotilaiden ammattiavun käytössä, (3) informaalin omaishoitajan ylimääräisen ammatillisen tuen tarpeesta. Tiedot kerättiin Alankomaiden kansallisen dementiaohjelman puitteissa. Artikkelin perustuu 1494 epävirallisen hoitajien kyselytutkimukseen (9/2007–12/2008).</p>	<p>Suurin osa (98–99 %) informaaleista omaishoitajista koki vaikeuksia, riippumatta sairauden vaiheesta. Myöhemmän vaiheen omaishoitajat kokivat vaikeuksia sosiaalisten verkostojen ylläpidossa. Suurin osa (87–94 %) potilaista sai ambulatoorisesta hoitoa. Tukea pitäisi olla saatavilla koko sairauden ajan. Informaalit omaishoitajat tarvitsevat tietoa miten käsitellä oireita, käytösongelmia, eri vaiheista sekä tuesta.</p>

## KEHITTÄMINEN JA TOIMINTAMALLIT

Hohenthal-Antin, L (2013). Muistellaan: luovat menetelmät muistisairaiden tukena	Esitellään päivittäisessä elämässä toteutettavia toimintamalleja. Tavoitteena on lisätä, sanoittaa ja kuvittaa vuorovaikutusta, tuoda iloa, saada aikaan osallisuuden ja vastavuoroisuuden kokemuksia.	Omaishoitajille osoitettu tuki, heidän osallisuutensa ja merkityksen korostaminen. Lisäksi ryhmämuistelun toteutuksesta ja toiminnan arvioinnista on selkeä toimintamalli.
Hyttinen, H & Teeri, S (toim) (2010). Senioripalvelujen kehittämisen hyvät käytännöt	Raportti Senioripalvelujen kehittämishanke (SENTTERI, 2008–2010) tuloksista. Omaishoidon muuttuva rooli palvelujärjestelmässä. Omaishoitajien tuen kehittämis-kohteet -tutkimuksen näkökulma.	Hyvät käytännöt ja palveluohjaus arjen tukena-projekti (CARERI 2007–2010). Perheiden tukeminen koulutusohjelmassa. Lähellä tuki – 3. sektori omaishoitajien voimavarana. Läheisen arvio potilaan muistista oli yhteydessä kognitiiviseen suoriutumiseen: mitä heikompi kognitiivinen testisuoriutuminen oli, sitä merkittävämmäksi läheinen arvioi muistin heikentymisen. Tulokset osoittavat kyselyn erottelevan Alzheimer-potilaat verrokeista ja subjektiivisia muistivaikeuksia kokeneista. Parhaiten ryhmät toisistaan erotteli läheiskyselyn muistiosa kokonaisuutena. Suomalaisen läheismuistikyselyn käyttö osana seulontaa on perusteltua.
Nortunen, T ym. (2015). Muistikysely läheiselle on toimiva menetelmä Alzheimerin taudin seulonnassa	Selvitettiin Muistikysely läheiselle -lomakkeen toimivuutta Alzheimerin taudin tunnistamisessa. Aineisto: 79 henkilöä, joista 25:llä todettiin Alzheimerin tauti, 35:llä jokin muu muistisairaus tai lievä kognitiivinen heikentyminen ja 19:llä subjektiivinen muistivaikeus ilman muistisairautta. Kontrolliryhmä: 34 tervettä verrokkia. Läheinen arvioi muistin heikentymistä läheismuistikyselyllä. Tehtiin CERAD-tehtäväsarja osana neuropsykologista tutkimusta. Läheiskyselyn erottelukykyä tutkittiin ROC-analyysin ja käyräanalaisien pinta-alan (AUC) avulla.	8 erilaista toimintaesimerkkiä eri puolilta Suomea ja erilaisilta elämäntilanteilta.
Saarenheimo, M (toim.) (2013). Neljän polven treffit: ikäpolvitoiminnan opas	Opaskirja on laadittu Vanhustyön keskusliiton Elämäkulkua ja ikäpolvet -hankkeessa 2011–2013. Ikäpolvitoimintaan johdattelevia ja sen toteuttamista kuvaavia kirjoituksia.	Tukimalliston kehittäminen edellyttää, että vältetään yksinkertaista kuvaa tilanteesta. On tärkeää, että edellytykset ja mieltymykset otetaan huomioon. Kyse on prosessista, jossa tuki räätälöidään. Omaishoitaja on subjekti. Turvallisuus ja elämänlaatu paranevat, kun omaishoitajiin suhtaudutaan arvostaen ja he saavat tunnustusta ja tilannetta helpotetaan tukitoimilla.
Surakka, J (toim.) (2012). SUFACARE- Supporting Family Caregivers and Receivers — Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa	Sufacare-hankkeen päämääränä helpottaa omaishoitajien työtaakkaa ja edistää hyvinvointia ja vähentää sosiaalista eriarvoisuutta. Tarkoitus pitkittää kotona asumista. Kehitetään järjestelmää. Postikysely omaishoitajille Suomessa N=602 ja Virossa 580. Omaishoitajien haastattelu Suomessa 101 ja Virossa 448. Suomessa 35 ympäristön ja fyysisen toimintakyvyn kartoitusta. Suomessa kustannustehokkuusanalyysi v.2010–2011.	3 teemaa tärkeitä, jotta 1/3 toimenpiteestä voisi olla sopiva: "elämäntapa", "erillään tai yhdessä" ja "(menehtyn) toiminnan merkitys". Pleasant Events -ohjelma ja the Exercise and Support Intervention keskittyvät päivittäisten harrastusten tai toiminnan rakenteen tarjoamiseen. Exercise and Support Intervention painotti liikunnan tarvetta ja jaettava toimintaa. Occupational Therapy käsitteli tarvetta omatoimisuuteen ja fyysisten toimintojen ylläpitämiseen. Tekijät voivat lisätä interventoiden ihmiskeskeisyyttä.
Van't Leven, N ym. (2016). How do activating interventions fit the personal needs, characteristics and preferences of people with dementia living in the community and their informal caregivers?	Tarkasteltiin 3 interventio-ohjelman sopivuutta muistisairaiden ja informaaliin omaishoitajien tarpeisiin, piirteisiin ja mieltymyksiin. Kohteena olivat: he Pleasant Events Program, the Exercise and Support Intervention for People with Dementia and Their Caregivers, and Occupational Therapy. Otoksille kunkin ohjelman osallistujista tehtiin semi-strukturoidut haastattelut. Otoksena 34 hoivattava-hoitaja-paria ja 19 ammattilaista. Analyysissä käytettiin jatkuvan vertailun metodia.	Räätälöidyt mindfulness-harjoitusohjelmat vaikuttavat lupaa-vilta ja mahdollisilta eiläketieteellisiltä terapiakeinoilta MCI-potilaille ja mahdollisesti ehkäiseviltä toimintatavoilta Alzheimerin hoidossa.
Wong, WP ym. (2016). The Effects of Mindfulness on Persons with Mild Cognitive Impairment: Protocol for a Mixed-Methods Longitudinal Study	Tarkasteltiin kvantitatiivisesti, voivatko mindfulness-harjoitukset parantaa kognitiivisia kykyjä, psyykkistä terveyttä sekä päivittäisissä askareissa toimimista MCI-potilaille. Sitoutumista ohjelmaan, ryhmien vuorovaikutusta, kokemuksia ja hyötyjä sekä odotuksia ja ongelmia havainnoitiin kvantitatiivisesti. Mixed method-pitkittäistutkimus: 1 v.kuluttua seuranta. Intervention käyttö ennen ja jälkeen. Mittarit: Montreal Cognitive Assessment, masennusta mittaava ahdistus ja stressi-asteikko, Freiburg Mindfulness Inventory ja Bayer Activities of Daily Living Scale. Osallistuva havainnointi ja semistrukturoidut haastattelut seurantavaiheessa.	

## SOSIAALIPOLIITTINEN KONTEKSTI

Anttonen, A ym. (2012). Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa — vanhushoivapolitiikka	Kansalaisuutta ja palvelujärjestelmän muutosta havainnollistavana materiaalina käytetty CaSo-tutkimusryhmän hankkeissa tuotettuja aineistoja ja tutkimustuloksia.	Sosiaalipalveluiden informaloiminen ja markkinoistaminen saattaa johtaa kansalaisten välisen eriarvoisuuden lisääntymiseen. Sosiaalipo-
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

kan muutos ja arkinen hoivavastuu	Meta-analyysi palvelujen, asiakkuuden ja kansalaisuuden muutoksesta jo raportoitujen tutkimustulosten pohjalta.	liittisissä linjauksissa korostetaan kansalaisen vastuuta, valintojen tekemistä ja osallistumista.
Häikiö, L & Anttonen, A (2011). Local Welfare Governance Structuring Informal Carer's Dual Position	23 informaalin omaishoitajan haastattelua.	Epäviralliset omaishoitajat jakavat vastuun kunnan kanssa ja näyttävät sekä palveluntarjoajina että palvelun käyttäjinä. Epävirallinen hoito koostuu julkisen ja yksityisen vastuun yhdistelmästä. Syntyy epätasa-arvoa.
Kalliomaa-Puha, L & Kangas, O (2015). Yhteistä ja yksityistä varautumista: vanhusten hoivan tulevaisuus	Vanhushoivapalveluiden tuotanto ja rahoitus ikääntyvässä Suomessa-projektin neuvotteluna, joiden tavoitteena on luoda jaettu ymmärrys hoivan tarpeista ja niihin vastaamisen tavoista ja keinoista. Väitöskirjan erillisartikkeleiden aineisto muodostuu hoivaajien ja hoivan tarvitsijoiden haastatteluista.	Ongelmana: toimintaa ehdollistaa liiaksi kunnan budjetti. Kansalaisten asema on erilainen. Millaisia vaikutuksia omaishoidon vahvistamisella olisi. Hoivaajien jaksamisen tukea on kehitettävä. Olisi parannettava mahdollisuuksia: palkita itse hoitajaan perinnönjoon kautta esim. muuttamalla työhyvityssääntöjä tai määrittelemällä rintaperillisten asema. Kuvattu informaalin hoivan kytkeytymistä julkisiin ja sosiaalipoliittisiin järjestelmiin. Tarkastelee yhteyksiä vuorovaikutuksena, jota kutsuu neuvotteluksi. Erittelee informaalin hoivan suomalaisia sosiaalipoliittisia järjestelmiä ja arvioin merkitystä. Toimijoiden välisten neuvotteluiden tavoitteena on muodostaa ymmärrys siitä, millainen tarve on sekä miten ja kuka siihen vastaa. Hoivaajien tai hoivan tarvitsijoiden todennettava hoivan tarve.
Zechner, M (2010). Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa	Informaalin hoivan toimijoiden yhteyksiä sosiaalipoliittisiin järjestelmiin tarkastellaan neuvotteluna, joiden tavoitteena on luoda jaettu ymmärrys hoivan tarpeista ja niihin vastaamisen tavoista ja keinoista. Väitöskirjan erillisartikkeleiden aineisto muodostuu hoivaajien ja hoivan tarvitsijoiden haastatteluista.	
<b>JATKOTUTKIMUS-EHDOTUKSET</b>		
Salminen, M (2015). Kotona toteutettu sijaishoito aikuisen omaishoitajan ja aikuisen omaishoidettavan kokemana	Teemahaastattelu, 9 omaishoitajaa ja 4 omaishoidettavaa.	Kotona toteutettu sijaishoito saattaa olla yksi mahdollisuus lisätä omaishoitajien lomapäivien toteutumista. Se on sekä omaishoitajien että omaishoidettavien näkökulmasta kannatettava sijaishoitomuoto. Jatkotutkimuksena olisi hyödyllistä verrata kotona ja ulkopuolella toteutetun sijaishoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta.
Välimäki, T (2012). Family caregivers of persons with Alzheimer's disease : focusing on the sense of coherence and adaptation to caregiving : an ALSOVA follow-up study	ALSOVA (n=241) on prospektiivinen randomoitu interventiotutkimus, jossa tarjottiin psykososiaalista kuntoutusta interventiona Alzheimerin tautia sairastaville henkilöille ja heidän omaishoitajilleen. 3 v. seurannassa analysoitiin tutkimuksessa olevien 94 puoliso-omaishoitajien tiedot. Aineistona lisäksi omaishoitajien kirjoittamia päiväkirjoja (n=83).	Koherenssin tunne heikkenee läheisen sairauden myötä ja varhaiskuntoutuksella tätä ei voida estää. Jatkotutkimusta tarvitaan tunnustamaan haavoittuva ryhmä omaishoitajia. Tuloksia voidaan käyttää omaishoitajien tukimuotojen kehittämisessä.



VALTIONEUVOSTON  
SELVITYS- JA TUTKIMUS-  
TOIMINTA

[tietokayttoon.fi](http://tietokayttoon.fi)

ISSN 2342-6799 (pdf)  
ISBN 978-952-287-456-6 (pdf)  
ISBN 978-952-287-455-9 (nid.)