

Kehitetään ikäihmisten
kotihoitoa
ja vahvistetaan
kaikenikäisten
omaishoitoa

HALLITUKSEN
KÄRKIHANKE



Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon

Toimintamalli ja tietojohdamisen tunnusluvut

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 51/2018

Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon

Toimintamalli ja tietojohdamisen tunnusluvut

Vähäkangas Pia

Orava Marjo

Hammar Maria

Kivimäki Berit

Kirjoittaja:

Vähäkangas Pia

Orava Marjo

Hammar Maria

Kivimäki Berit

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN: 978-952-00-4007-9

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Helsinki 2018

Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö	12/2018	
Tekijät	Vähäkangas Pia, Orava Marjo, Hammar Maria, Kivimäki Berit		
Julkaisun nimi	Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon – Toimintamalli ja tietojohdamisen tunnusluvut		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 51/2018		
Diaari/hankenumero	STM/3328/2016	Teema	
ISBN PDF	978-952-00-4007-9	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4007-9		
Sivumäärä	62	Kieli	suomi
Asiasanat	Palveluohjaus, palvelutarpeen arviointi, toimintakyky, RAI		
Tiivistelmä	<p>Maantieteellisesti pitkän ja kapean Pohjanmaan maakunnan väestöpohja on noin 180000. Kaksikielisen Pohjanmaan väestö on terveempää, keski-ikä on korkeampi, koulutustaso on parempi ja työelämässä pysytään pitempään koko maahan verrattuna. Toisaalta palvelujen käyttö on runsaampaa.</p> <p>Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon tarkoituksena oli luoda maakunnallinen palveluohjauskeskus toimintamalleineen ja tunnuslukuineen. Hanke kuului kansalliseen kärkihankkeeseen "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O). Kehittämistyö toteutettiin I&O muutosagentin koordinoimana asiantuntijatyönä.</p> <p>Kehitetty palveluohjauksen toimintamalli sisältää kolme osiota: (1) yleinen informaatio ja neuvonta/ matalan kynnyksen ikäpiste, (2) kertaluontoinen palvelutarpeen arviointi ja palvelusuunnitelma sekä (3) pitempiaikainen/intensiivinen palveluohjaus ja Case managerin antama tuki. Palvelutarpeen arviointia ja -ohjausta toteuttaa ydintiimi, joka tarvittaessa konsultoi erityisasiantuntijoita. Palveluohjauksen työvälineinä toimii tarvepohjaiset, RAI tietoon perustuvat asiakassegmentit. Palveluihin ohjautumista seurataan ja arvioidaan RAI tunnusluvuin. Palveluohjauksen sisäisten tuotteiden ns. kuntahinnat vaihtelevat 30-600 euron välillä. Palveluohjaus on asiakkaille maksutonta.</p> <p>Tämä julkaisu on tapauskuvaus, jossa esitetään palveluohjauksen toimintamalli ja keskeisiä tietojohdamisen tunnuslukuja maakunnassa toteutetun I&O kehittämistyön näkökulmasta RAI tietoa hyödyntäen. Julkaisussa nostetaan esille myös kehittämistyön kriittiset pisteet ja kehittämishaasteet.</p> <p>Julkaisu on tarkoitettu kaikille, jotka ovat kiinnostuneita palveluohjauksesta ja RAI tiedon hyödyntämisestä siinä. Palveluohjauksen toimintamalli tunnuslukuineen on luotu, jotta se soveltuu Pohjanmaan maakuntaan ja on hyödynnettävissä RAI tietojohdamisen jatkokehittämissä maakunnassa. Kehitettyjen mallien valmiusaste vaihtelee.</p>		
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/ jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet	12/2018	
Författare	Vähäkangas Pia, Orava Marjo, Hammar Maria, Kivimäki Berit		
Publikationens titel	Österbottens servicehandledning i skick – Verksamhetsmodeller och nyckeltal för informationsledning		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 51/2018		
Diarie-/ projektnummer	STM/3328/2016	Tema	
ISBN PDF	978-952-00-4007-9	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4007-9		
Sidantal	62	Språk	finska
Nyckelord	Servicehandledning, bedömning av servicebehov, funktionsförmåga, RAI		
Referat	<p>Befolkningsunderlaget i det geografiskt smala och långsträckta landskapet Österbotten är cirka 180 000. Befolkningen i det tvåspråkiga Österbotten är friskare, har högre medelålder, har bättre utbildningsnivå och stannar kvar längre i arbetslivet än befolkningen i resten av landet. Användningen av tjänster är dock även större.</p> <p>Syftet med projektet Österbottens servicehandledning i skick var att skapa ett servicehandledningscenter i landskapet samt verksamhetsmodeller och nyckeltal. Projektet ingick i det nationella spetsprojektet Hemvård för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras (I&O). Utvecklingsarbetet genomfördes i form av sakkunnigarbete som samordnades av en I&O-förändringsagent.</p> <p>Den verksamhetsmodell för servicehandledning som utvecklades består av tre delar: (1) allmän information och rådgivning/seniorpunkt med låg tröskel, (2) en bedömning av servicebehovet och en serviceplan samt (3) långvarigare/intensiv servicehandledning och stöd av en case manager. Bedömningen av servicebehovet och servicehandledningen genomförs av ett kärnteam, som vid behov konsulterar specialsakkunniga. Som verktyg för servicehandledningen fungerar behovsbaserade kundsegment baserade på RAI-uppgifter. Hänvisningen till tjänsterna följs upp och utvärderas med hjälp av RAI-nyckeltal. De s.k. kommunala priserna på produkterna inom servicehandledningen varierar mellan 30 och 600 euro. Servicehandledningen är avgiftsfri för klienterna.</p> <p>Denna publikation är en fallbeskrivning, där det presenteras en verksamhetsmodell för servicehandledningen och viktiga nyckeltal för informationsledningen betraktat ur perspektivet av det I&O-utvecklingsarbete som genomförts i landskapet och med användning av RAI-uppgifter. I publikationen lyfts även fram kritiska punkter vid utvecklingsarbetet samt utvecklingsutmaningar.</p> <p>Publikationen är avsedd för alla som är intresserade av servicehandledning och av att utnyttja RAI-uppgifter inom den. Verksamhetsmodellen för servicehandledningen och tillhörande nyckeltal har skapats för att passa för landskapet Österbotten, och den kan användas vid det fortsatta utvecklandet av RAI-informationsledningen i landskapet. Hur pass färdigutvecklade modellerna är varierar.</p>		
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health	12/2018	
Authors	Vähäkangas Pia, Orava Marjo, Hammar Maria, Kivimäki Berit		
Title of publication	Improving case management in Ostrobothnia – An operational model and indicators for knowledge management		
Series and publication number	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 51/2018		
Register number	STM/3328/2016	Subject	
ISBN PDF	978-952-00-4007-9	ISSN (PDF)	2242-0037
Website address (URN)	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4007-9		
Pages	62	Language	finnish
Keywords	Case management, assessment of service need , functional capacity, RAI		
Abstract	<p>Geographically, the province of Ostrobothnia is long and narrow. Its population is approximately 180,000. When compared to the rest of the country, the population of this bilingual province is healthier, the mean age is higher, the level of education is better and people stay longer in working life. On the other hand, the use of services is higher.</p> <p>The aim of this project was to create a provincial case management centre including the necessary operating models and indicators. The project was part of the national key project "Home care for older people will be developed and informal care enhanced in all age groups" (I&O). The development work was implemented as expert work coordinated by the I&O change agent.</p> <p>The created operating model for case management contains three sections: (1) General knowledge and counselling/low threshold services for the elderly, (2) one-off service need assessment and a service plan, and (3) long-term case management and support provided by a case manager. Service need assessment and case management is provided by a key team that also consults specialists, when necessary. Case management tools include needs based customer segments based on Resident Assessment Instrument (RAI) data. RAI indicators are used to monitor and evaluate case management. In case management, the price for internal products varies from EUR 30 to EUR 600 per municipality. Case management is free of charge for customers.</p> <p>This publication is a case report. It describes the operational model for case management and key knowledge management indicators based on the I&O development work implemented in the province and the RAI data. The publication also focuses on the critical points and challenges of the development work.</p> <p>It is aimed at everyone interested in case management and the utilisation of RAI data in case management. The operational model for case management and the related indicators have been designed for the province of Ostrobothnia, and they can be used for further development of RAI knowledge management in the province. The readiness level of the created models varies.</p>		
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Distributed by/ Publication sales	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Sisältö

ESIPUHE	9
1 Johdanto	13
2 Pohjanmaan maakuntaprofiili	17
3 Palveluohjauksen kansalliset linjaukset ja lainsäädäntöä	19
4 Palveluohjauksen tunnuslukuja ja vaikutuksia	22
4.1 Tiedolla johtaminen	22
4.2 Palveluohjaus ja RAI tiedon käyttö	23
4.3 Palveluohjauksen vaikutuksia	26
5 Kansallinen KAAPO malli ja Pietarsaaren yhteistoiminta-alueen Helmi palveluohjausyksikkö	27
6 Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon -hanke	31
6.1 Tarkoitus ja tavoitteet	31
6.2 Kehittämisprosessit ja asiantuntijatyöryhmät.....	32
6.3 Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon - keskeiset tulokset.....	37
7 Pohjanmaan palveluohjauksen toimintamalli	39
7.1 Palveluohjauksen geneerinen malli.....	39
7.2 Matalan kynnyksen ikäpisteet - toiminta Pohjanmaalla	41
7.3 Kaksivaiheinen palveluohjaus	43
8 Palveluohjauksen tietojohtaminen	46
8.1 Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden palvelutarve ja palvelujen käyttö.....	47
8.2 Palveluohjaus ja palvelurakennekriteerit	50
8.3 Palveluohjauksen sisäiset tuotteet ja hinnoittelu Helmi palveluohjausyksikössä	51
9 Yhteenveto ja mallin jatkokehittämishaasteita	53
10 Suosituksia käyttöönottoon	56
Lähteet	59
Liitteet	61

ESIPUHE

Maakunnallisessa yhteensovitetussa palvelukokonaisuudessa tarkoituksena on luoda verkostomainen yhteistyömalli SOTE-uudistuksen valmistelijoiden, maakunnan kuntien ja kuntayhtymien, julkisten ja yksityisten palvelun tuottajien, järjestöjen, seurakuntien, muiden alueella työskentelevien tahojen sekä vanhusneuvostojen kanssa. Tarkastelussa keskeisellä sijalla ovat myös iäkkäiden asiakkaiden hoito- ja palveluketjut.

Palvelukokonaisuuden toiminnallisena tavoitteena on lisätä avointa yhteistyötä ikäihmisten kotona asumisen sekä omais- ja perhehoidon mahdollistamiseksi. Jokaiseen maakuntaan on tarkoitus muodostaa kärkihankkeen aikana iäkkäiden yhteensovitettu alueellinen palvelukokonaisuus, jossa kotihoito on aina ensisijaista. Kokonaisuuden määrittämisestä ja hyväksymisprosessista vastaa muutosagentti. Alueellisen kokonaisuuden pohjana voidaan hyödyntää hyviksi arvioituja ja/tai kehitettyjä olevia alueellisia malleja kotona asumisen sekä omais- ja perhehoidon mahdollistamiseksi.

”Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon” I&O hankkeessa on paneuduttu huolellisesti keskitetyn asiakas- ja palveluohjausmallin jalostamiseen maakuntaa varten, rakentaa osaltaan ikäihmisten palvelukokonaisuutta sekä kehittää työvälineitä ja tunnuslukuja tietojohdamisen tueksi. Valmistelussa syntyneet toimintamallit ovat käytettävissä nykymuotoisissa organisaatioissa sekä alueellisen sosiaali- ja terveystuollon järjestämissuunnitelman osana. Tämä on erityisen tärkeää, mikäli sote- ja maakuntauudistus ei etene valtakunnallisesti suunnitellun mukaisesti, vaan integraatio joudutaan toteuttamaan muulla tavoin.

Vaasassa 26.11.2018

Jukka Kentala
Sosiaali- ja terveystoimen toimialajohtaja, Vaasa
Sote muutosjohtaja, Pohjanmaa

Julkaisun kirjoittajat

Pia Vähäkangas, TtT, Pohjanmaan I&O muutosagentti vuosina 2017–2018,
sosiaali- ja terveysjohtaja Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto, THL:n erityisasiantuntija

Marjo Orava, TtM, ylihoitaja, Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto

Maria Hammar, YTM, sosionomi (amk), sote-koordinaattori, Pohjanmaa

Berit Kivimäki, YTM, johtava sosiaalityöntekijä, Vaasan kaupunki

*Kiitos kaikille Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hankkeeseen osallistuneille
työryhmille, asiantuntijoille, sidosryhmille ja yhteistyötahoille.*

Yhdessä jatkamme ikäihmisten palvelukokonaisuuksien kehittämistä.

Julkaisun käsitteet	Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon-hankeessa käytetyt käsitteet
Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon	Pohjanmaan maakunnan I&O muutosagentin koordinoima kehittämishanke 2017–2018
Asiakas/palveluohjaus	Asiakas- ja palveluohjaus ymmärretään rinnakkaisina käsitteinä laajassa tarkoituksessa. Palveluohjaus sisältää matalan kynnyksen informaation ja neuvonnan sekä palvelutarpeen arviointiin perustuvan palveluohjauksen. Palveluohjaus sisältää myös päätöksentekoa.
Ikäihminen ja iäkäs henkilö	Käsitteet ovat rinnasteisia ja tarkoittavat henkilöä, joka on täyttänyt 65 vuotta
Palvelu/hoitotarpeen arviointi	Systemaattisesti, luotettavin mittarein toteutettu toimintakyvyn, toimintaympäristön, terveydentilan, sosiaalisen verkoston ja muun arjen toimintaan vaikuttavan tekijän moniammatillista arviointia
RAI tieto	RAI järjestelmän tuottamia tunnuslukuja ja mittaritietoa asiakas-, organisaatio- ja maakuntatasolla
RAI tunnusluvut	RAI arvioinnin muuttujista tuotettu erillinen tieto tai laatuindikaattoritieto
RAI mittarit	Asiakkaan suoriutumisen tasoa kuvaava tieto, joka perustuu testattuun mittarin tuottamaan tietoon esim. CPS (cognitive performance scale)
Tietojohtaminen	Tunnuslukuihin perustuva johtaminen (strateginen ja operatiivinen)
Palveluohjauksen tiedolla johtaminen	Erityisesti palveluohjauksen tunnuslukuihin perustuva tiedolla johtaminen
Asiakassegmentti	Asiakasryhmittely, joka kuvaa tiettyä palvelutarvetta tai tietyistä palvelukokonaisuuksista hyötyvää ryhmää
Palvelukriteerit	Tunnusluku yhdistelmä tai mittaristo, joka mahdollistaa/oikeuttaa tiettyyn palveluun tai palvelukokonaisuuteen
Palveluohjauksen sisäiset tuotteet	Palveluohjauksen hinnoitteluperusteet. Sisäisen tuotteen hinta on laskettu suhteuttamalla palveluohjausyksikön toteutuneet suoritteet resurssien toteutuneeseen käyttöön. Asiakasryhmittely on huomioitu.
ISBAR	Kansainvälisesti suosittu menetelmä ammattilaisten käyttöön potilas- ja asiakasturvallisuuden parantamiseksi. Strukturoitu malli, joka järjestää olennaisen tiedon selkeään ja informatiiviseen muotoon asiakkaan siirtyessä palveluiden välillä.
Liikennevalomalli	Palvelutarpeen arvioinnin tunnistamisen työkalu palveluneuvonnan palveluohjaajalle. Strukturoitu malli, joka antaa herätteen siitä, milloin varsinaisen palvelutarpeen arvio tulisi tehdä. Kehitetty Ikä-Kaste hankkeessa.
Ikäihmisten palvelukokonaisuuden suunnitelma 2025	Pohjanmaan sote valmistelutyössä muutosjohtajien ohjauksessa vuonna 2017 tehty esitys suunnitelmasta Ikäihmisten palvelukokonaisuudesta vuodelle 2025
KAAPO	Keskitetty, alueellinen asiakas- palveluohjaus – toimintamalli (STM)
Palveluohjaaja	Sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka tehtäväkuvaan sisältyy palveluneuvonta, palvelutarpeen arviointi, palvelupäätökset ja palveluohjaus sekä palvelutarpeen uudelleen arviointi suunnitelman mukaisesti. Osaaminen tulee varmistaa soveltuvalla tavalla.
Case Manager	Hoidon ja palveluiden koordinaattori (sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö), joka tukee ja seuraa ja arvioi asiakkaan palveluiden toteutumista, tukee omahoitoa sekä toimii tarvittaessa yhteyshenkilönä eri palvelun toteuttajien välillä. Seuraa myös henkilökohtaisen budjetin asiakkaalle myönnetyn budjetin käyttöä.

1 Johdanto

Ikääntymiseen varautuminen ja ikäihmisten palvelujen kehittäminen ovat keskiössä, kun kehitetään kustannusvaikuttavia ja tarkoituksenmukaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita alueille, maakuntiin ja kansallisesti. Väestön ikärakenteen muutos suuntaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyötä kohti integroituja ja innovatiivisia palvelukokonaisuuksia ja toimintamalleja, joiden tarkoituksena on tukea väestön kotona asumista sekä edistää arjen toimintaa. Näiden palveluiden suunnittelussa ja toteuttamisessa on keskeistä se, miten ikäihmisten palvelukokonaisuus muodostetaan ja se, miten ikäihmisten palveluiden tarpeisiin vastataan. Lisäksi tärkeää on kehittää työvälineitä ja tunnuslukuja, joiden avulla voidaan seurata ja arvioida ikäihmisten palveluihin ohjautumista, palvelujen kustannusvaikutusta ja laatutasoa palveluja käyttävien, järjestävien ja niitä tuottavien näkökulmasta.

Asiakas/palveluohjauksen avulla on mahdollista tarttua edellä kuvattuihin haasteisiin. Tarkoituksenmukainen palveluohjaus edesauttaa ikäihmisen omatoimista arjessa selviytymistä ja tukee omahoitoa. Asiakas/palveluohjaus lisää asiakkaan tietoa palveluista ja antaa asiakkaalle tukea palveluja koskevissa valintatilanteissa sekä auttaa häntä palvelujen vaikutusten seurannassa ja arvioinnissa. Kehittämällä palveluohjauksen asiakassegmenttejä voidaan ennakoida asiakkaiden palvelutarpeiden muutosta, ohjata asiakkaat tarpeita vastaaviin palveluihin ja arvioida saatuja tuloksia. (Vähäkangas ym. 2017, Kehusmaa ym. 2018)

Palveluohjaus edellyttää asiakkaan palvelutarpeen arviointia, jossa arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ja arjessa selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Asiakas on tässä aktiivinen osallistuja. Palveluohjauksella tulee olla käytössään työvälineitä ja tunnuslukuja perustetävän toteuttamiseksi. Palveluohjauksen tietojohdamisen tunnuslukujen avulla on mahdollista seurata ja arvioida palveluihin ohjautumista, palvelujen tuotantoa ja palvelujen laatutasoa.

Hallituksen kärkihankkeessa ”Kehitetään iäkkäiden kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa (I&O kärkihanke 2016–2018)” on kansallisella tasolla valmisteltu iäkkäiden palvelujen kokonaisuuksiin liittyviä ratkaisuja osana sote rakenneuudistusta (www.stm.fi/hankkeet/koti- ja omaishoito). Keskitetyn asiakas- ja palveluohjausmallin kehittämiseen

(KAAPO malli) on hankkeen puitteissa myönnetty valtionavustusta kolmeen maakuntaan (Pirkanmaa, Kymenlaakso ja Varsinais-Suomi:(www.stm.fi/koti- ja omaishoito/rahoitettavat hankkeet) yhteensä 5,6 miljoonaa euroa. Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hanke on toteutettu I&O muutosagentin koordinoimana asiantuntijatyönä 2017–2018 osana maakunnan Sote valmistelutyötä (www.stm.fi/koti- ja omaishoito/muutosagentit). Kehitetyt Pohjanmaan toimintamallit ovat sovellettavissa kuntiin ja kuntayhtymiin, mikäli sote-rakennemuutos ei kansallisesti etene suunnitellun mukaisesti.

RAI tiedon käytöllä on Pohjanmaalla pitkät perinteet. Pietarsaaren yhteistoiminta-alue, Mustasaari, ja Rannikkoseudun kuntayhtymän kunnat (paitsi Kaskinen) ovat hyödyntäneet RAI tietoa asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Maakunnan suurin kaupunki, Vaasa on ottanut RAI:n käyttöön viimeisen vuoden aikana koti- ja ympärivuorokautiseen palveluun. Palveluohjauksessa on pääosin Oulu Screener työväline käytössä.

Pohjanmaan maakunnan Sote valmistelutyö

Pohjanmaan maakuntavalmisteluun on osallistunut kaikki maakunnan kunnat paitsi Iso-kyrö, joka on siirtymässä Etelä-Pohjanmaan maakuntaan. Kruunupyy, joka kuuluu Pohjanmaan maakuntaan ja saa palvelunsa Keski-Pohjanmaalta Soitesta, on osallistunut sekä Pohjanmaan maakunnan Sote valmisteluun että Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon I&O kehittämistyöhön.

Pohjanmaalla 11 työryhmää työsti 2017 Sote muutosjohtajien koordinoimina Sote palvelujen ns. loppuraporttia maakuntaan (www.sinunpohjanmaasi.fi). Kyseinen loppuraportti sisälsi myös Sote ikäihmiset työryhmän työstämän suunnitelman ikäihmisten palvelukonaisuudesta. Työryhmä asetti vuodelle 2025 tavoitteeksi, että 75 vuotta täyttäneiden % osuus vastaavan ikäisestä väestöstä saavuttaa tavoitteen seuraavasti:

- Kotona asuu vähintään 94 %
- Tehostetussa palveluasumisessa (30.12) olleiden määrä tulee vähentyä vähintään kansallisen tason tavoitteen tasolle
- Pitkäaikainen laitoshoido lopetetaan

Työryhmä totesi esityksessään, että tavoitteiden saavuttaminen edellyttää maakunnassa kehittämistoimia ja palveluohjauksen toimintamallien uudistamista.

Pohjanmaan sote- valmistelutyö kohdentui syksyllä 2017 palvelustrategian ja palvelulupausten määrittämistyöhön. Strategiatyö nähtiin tärkeäksi, koska sen tehtävänä on ohjata maakuntasuunnittelua ja edesauttaa yhteisen päämäärän ja tavoitteiden rakentamista maakuntaan. Strategiatyö sisälsi väestölle tarkoitettuja osallistumisiltoja sekä

suomen- että ruotsin kielellä. Kehittämistyötä tehtiin keväällä 2018 palveluja järjestävän näkökulmasta. Työstettiin palveluohjausta, digitaalisia palveluita, laatua ja laadun arviointia sekä tutkimus-, innovaatio- ja kehittämispalveluita. Tuottajan näkökulmaa lähestytään jatkossa kehittämällä organisoitumismalleja ja johtamisjärjestelmiä sekä tekemällä strategian jalkauttamissuunnitelmia.

Pohjanmaan henkilökohtaisen budjetin (HB) palvelusetelikokeiluun (Palvelut asiakasläh- töisiksi – kärkihanke) kuuluvalla kokeilulla myönnettiin valtionavustusta vuodelle 2018 ja myöhemmin myös osittain vuodelle 2019. Kokeilussa kehitetään henkilökohtaisesta budjetista hyötyvän asiakkaan tunnistamisen työvälit mm. RAI- tietoa hyödyntäen ja Case Manager toimintamalleja HB asiakkaiden palveluohjaukseen yhteistyössä Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon-hankkeen kanssa. Kokeilun kohderyhmänä ovat paljon palveluja käyttävät henkilöt (55+) ja omaishoitajat.

”Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon” I&O hankkeen tarkoituksena oli luoda Pohjanmaan maakuntaan palveluohjauskeskus toimintamalleineen ja tunnuslukuineen osana edellä esitettyä ikäihmisten palvelukokonaisuuden suunnitelmaa (www.sinunpohjanmaasi.fi) ja Sote järjestämissuunnitelmaa (www.sinunpohjanmaasi.fi) Lisäksi tarkoituksena oli määrittää maakuntaan palvelurakennekriteeristö ja luoda yhteinen käsitys kuntoutumista edistä- vistä toimintamalleista erityisesti kotikuntoutuksen näkökulmasta. Palveluohjauksen tieto- johtamisen tunnuskarttaa kehitettiin RAI tietoa hyödyntäen.

Julkaisun tarkoitus

Tämä julkaisu on tapauskuvaus, jossa kuvataan iäkkäiden keskitettyyn palveluohjaukseen ja RAI tietojohdamiseen liittyvää kehittämistyötä yhtenä kokonaisuutena Pohjanmaan maakunnassa. Kehittämistyöstä on pyritty nostamaan esille myös niitä kriittisiä pisteitä ja kehittämishaasteita, joita jokainen, joka osallistuu palveluohjauksen kehittämiseen ja muutoksen johtamiseen, kohtaa tavalla tai toisella. Käsitteillä ikäihminen ja iäkäs henkilö tarkoitetaan yli 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Asiakkaalla tarkoitetaan palveluohjauksen tarpeessa olevia tai palveluja käyttäviä tai palveluja hakevia ikäihmisiä. Asiakkaan suunnitelmalla tarkoitetaan iäkkään henkilön asiakas-, palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.

Julkaisussa kuvataan Pohjanmaan maakunnassa kehitettyjä palveluohjauksen toiminta- malleja, asiakassegmenttejä, sisäisiä tuotteita ja tunnuslukuja sekä itse kehittämisproses- sia. Palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus käsitteillä tarkoitetaan laajaa palvelutarpeen arviointiin ja ohjaukseen sisältyvää kolmevaiheista kokonaisuutta (1) yleinen informaatio ja neuvonta/matalan kynnyksen ikäpiste, (2) kertaluotoinen palveluohjaus ja (3) pitempi- aikainen/intensiivinen palveluohjaus/case management. Suuri osa ikäihmisistä, jotka käyttä- vät matalan kynnyksen informaatio- ja neuvontapalveluja kuuluvat pääosin siihen ikäih- misten ryhmään, jolla ei ole erityisesti ikäihmisille tarkoitettujen säännöllisten palvelujen

tarvetta. Kertaluontoinen palveluohjaus ja intensiivinen palveluohjaus edellyttävät aina palvelu/hoitotarpeen arviointia ja kohdentuvat yleensä henkilöihin, joilla on eritasoista palvelutarvetta. RAI tiedosta on muodostettu palveluohjauksen tietojohdantamisen tunnuslukukartta, koska kyseessä on ensimmäinen versio, se vaatii vielä jatkotyöstämistä.

Julkaisu on Pohjanmaan maakunnalle hyödyllinen, sillä se nostaa esille toimintamalleja ja tunnuslukuja, joiden avulla RAI tiedon soveltamisessa päästään palveluohjauksessa kehittämisessä seuraavalle tasolle, jotta kehittämistyö voi jatkua myös vuosina 2019–2020. Julkaisu on hyödyllinen myös muille henkilöille ja organisaatioille, jotka ovat kiinnostuneita palveluohjauksen tunnusluvuista ja kehittämisestä RAI tietoa hyödyntäen.

Julkaisun alkuosa johdattelee kehittämishaasteisiin käyttäen tapausesimerkinä Pohjanmaan maakuntaa. Alkuosan maakuntaprofiilissa ja palveluohjauksen viitekehyksen kuvauksessa on hyödynnetty kansallisia tietovarantoja ja kuntakohtaista RAI tietoa, THL:n analyyseja, maakunnan sote- valmistelutyössä kerättyä maakuntakohtaista tietoa ja tutkimustietoa. Pohjanmaan I&O hankkeesta ja kehittämisprosesseista on tiivistelmä kappaleessa 6. Palveluohjauksen toimintamalli ja tietojohdantamisen tunnusluvut esitellään kappaleissa 7–8. Lopuksi pohditaan mallien käyttökelpoisuutta ja esitetään suosituksia.

2 Pohjanmaan maakuntaprofiili

Väestörakenne ja huoltosuhde

Pohjanmaan maakunta on maantieteellisesti katsottuna pitkä ja kapea. Maakunnassa asuu keskimäärin hieman vanhempi väestö maan keskiarvoon verrattuna. Ikärakenne vaihtelee kunnittain.

Maakuntien välisessä vertailussa Pohjanmaa kasvaa vuoteen 2040 mennessä viidenneksi nopeimmin (Tilastokeskus 2015). Yli 65 vuotiaiden määrä kasvaa Pohjanmaalla 18,7 % vuoteen 2030 mennessä, kun ennuste koko maassa on 28,3 %. Toisaalta Pohjanmaan väestön ikärakenne on epäsuotuisampi kuin koko maassa keskimäärin, koska väestöllinen huoltosuhde heikkenee. Erityisen epäsuotuisa ikärakenne on Suupohjan rannikkoseudulla. Pohjanmaan väestöllinen huoltosuhdeluku oli 66 (31.12.2017) ja koko maan vastaava luku oli 61. Maakunnassa on myös lapsirikkaita kuntia. Pohjanmaan väestön koulutus taso on kansalliseen tasoon verrattuna korkeampi. Väestö pysyy myös pitempään työelämässä. Työttömien määrä on kansalliseen tasoon verrattuna pienempi. (Sotkanet.fi).

Palvelujen käyttö

Väestöstä 49,6 % on ruotsinkielisiä, 44 % on suomenkielisiä ja 6,5 % väestöstä edustaa muita kieliryhmiä. Pohjanmaan maakunta on Manner-Suomen ainoa maakunta, jonka enemmistökieli on ruotsi. THL:n tekemän asiantuntija- arvioinnin (2018) mukaan Pohjanmaan väestön terveydentila on maan parhaita. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttö on runsaampaa ja erityisesti perusterveydenhuollossa hoitotakuun vaatimukset eivät kaikilta osin tänä päivänä täyty. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen nettokäyttökustannukset ovat Pohjanmaalla korkeammat verrattuna maan keskiarvoon. (Sotkanet.fi).

Ikäihmisten palveluissa Pohjanmaa on edennyt palvelurakenteen keventämisessä maan keskitason vauhdissa ja kotona asumisen tukemiseen on panostettu keskiverroksi. Kotihoitoa on kehitetty intensiivisen ja ympärivuorokautisen kotihoidon suuntaan. Kyseisiä

palveluita on tarjolla enemmän kuin koko maassa keskimäärin, myös omaishoidon tukea saavien osalta. Omaishoidon tuen kattavuustavoite on Pohjanmaalla valtakunnallisella tasolla. Vaikka nämä palvelut nostavat kotihoidon kustannusrasitetta, ne myös hidastavat raskaimpiin palveluihin siirtymistä. Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoitossa on maan keskivertoa. THL:n RAI vertailutiedon mukaan Pohjanmaan maakunnan kotihoidon asiakkaiden palvelutarve on hieman vähäisempää verrattuna Suomen keskiarvoihin. Toisaalta kotihoidon palvelut kohdentuvat maakunnassa useammin henkilöihin, jotka ovat yli 80 ja 85 vuotta täyttäneitä kuin Suomessa keskimäärin (www.thl.fi/RAIvertailutieto1_2018).

Palveluohjauksen lähtötilanne Pohjanmaalla

Palveluohjauksen kehittämistarpeiden määrittämiseksi tehtiin lähtötilanteen kartoitus kuntien palveluohjauksesta vastaaville henkilöille syksyllä 2017. Kartoituksen avulla selvitettiin palveluohjauksen toimintamallit, työvälineet, resurssit ja palvelukriteerit. Saatujen tulosten mukaan palveluohjaus toimi monessa kunnassa osana kotihoitoa. Palveluohjaajalla oli myös usein muita tehtäviä kuin palveluohjaukseen liittyviä tehtäviä. Palvelutarpeen arvioinnissa käytettiin monessa kunnassa RAI tietoa hyödyksi. Palveluohjauksen RAI työvälineenä oli suurimmaksi osaksi Oulu Screener. Todettiin myös, että Väli-Suomen Ikkaste II (2011–2013) hankkeessa mukana olleissa kunnissa oli RAI tietoon perustuvat palvelukriteerit määritelty kotihoitoon ja palveluasumiseen.

Koska Pietarsaaren yhteistoiminta-alueella toimi jo lähtötilanteessa keskitetty palveluohjauksen toimintamalli, päädyttiin kehittää mallin sovellus koko maakunnan käyttöön. Maakunnassa oli myös RAI osaamista, joten RAI tiedon yhdistäminen palveluohjauksen malliin oli luontevaa. Maakunnan RAI käytön kattavuus lisääntyi huomattavasti Vaasan kaupungin ottaessa RAI käyttöön syksyllä 2017. Hankkeen loppuvaiheessa 2018 myös Laihia aloitti RAI käyttöönoton, jolloin RAI käytön kattavuus oli Pohjanmaalla 85 %.

3 Palveluohjauksen kansalliset linjaukset ja lainsäädäntöä

lääkäiden palveluiden tarpeen moninaisuus ja toisaalta palvelurakenteen pirstaleisuus ovat aiheuttaneet sen, että iäkkäiden tarpeisiin ei vastata yhdenvertaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö nostaa palveluohjauksen keskiöön laatusuosituksessaan iäkkäiden palveluille vuosille 2017–2019. (STM 2017). Palvelurakenteiden ja sisältöjen uudistamisen tarve on ollut motiivina myös hallituksen kärkihankkeelle. Linjauksen mukaisesti palvelukokonaisuuden yhteensovittamisen perustana on keskitetty asiakas- ja palveluohjaus. (STM 2016)

Edellä mainittujen linjausten mukaan keskitetyn palveluohjauksen tehtävänä on *laadukas palvelutarpeen arviointi, iäkkään palvelukokonaisuuden koordinointi sekä sen vaikuttavuuden arviointi*. Laatusuosituksen mukaan palveluohjaus tulee järjestää helposti tavoitettavissa olevana matalan kynnyksen palveluna alueellisesti/maakunnallisesti laaja-alaisena ja monialaisena. Alueellinen, verkostomainen, keskitetty palveluohjaus mahdollistaa henkilöstön, kustannusten ja yhteisten linjauksien toteutumisen. Asiakkaalle keskitetty palveluohjaus näyttäytyy ns. yhden luukun toimintamallina, mikä tarkoittaa sitä, että asiakkaalle riittää yksi yhteydenotto, jonka jälkeen hänen tarpeensa selvitetään tarvittaessa monialaisesti. Asiakas voi myös hakeutua palveluun useita väyliä pitkin. (STM 2016, STM 2017.)

Nykyinen lainsäädäntö ei määrittele palveluohjauksen käsitettä. Palveluohjauksen perustana on riittävässä laajuudessa tehty palvelutarpeen arviointi. Keveimmillään se on neuvontaa ja ohjausta, vaativimmillaan pidempiaikaista, intensiivistä ja monialaisen tiimin tukemaa. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, nk. vanhuspalvelulaki (2012/980) täsmentää Sosiaalihuoltolain (2014/1301) ja Terveystieteidenhuoltolain (2010/1326) säätämiä iäkkäiden oikeuksia palveluihin. Neuvonnasta, ohjauksesta sekä palvelutarpeen selvittämisestä ja arvioinnista on säädetty kaikissa kolmessa laissa; Vanhuspalvelulaissa hyvinvointia edistävästä palveluista ja palvelutarpeen selvittämisestä (§12, §15), Sosiaalihuoltolaissa neuvonnasta ja ohjauksesta sekä palvelutarpeen arviosta ja sen sisällöstä (§6, §36, §37), Terveystieteidenhuoltolaissa terveysneuvonnasta ja hoidon tarpeen arviosta (§13, §51, §52). Hallintolaissa (434/2003; §8) on myös

säädetty viranomaisen neuvontavelvollisuudesta ja ohjaaminen oikean viranomaistahon puoleen.

Laadukkaan palvelutarpeen arvion tulee sisältää yhtenäiset tunnusluvut ja toimintamallit, sisältäen luotettavat, näyttöön perustuvat menetelmät palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioimiseksi. Palvelut kohdennetaan yhteisten linjausten mukaisesti ja asiakkaan palveluiden valinnassa käytetään tukena eri asiakassegmenteille suunniteltuja palvelupaketteja. Palvelupaketteihin sisällytetään yhä enemmän myös palveluita tukevaa teknologiaa ja digitaalisia palveluita. Digitalisaatiota ja robotiikkaa tulisi laajasti kehittää Suomessa myös ikääntyneiden palveluissa, omahoidon ja kotona asumisen tuessa. (STM 2016, STM 2017.)

Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehdään asiakkaalle asiakassuunnitelma (Sosiaalihuoltolaki §39), palvelusuunnitelma (Vanhuspalvelulaki §16) tai hoito- ja palvelusuunnitelma (Terveystieteidenhuoltolaki §24). Asiakassuunnitelma sisältää asiakkaan ja ammattilaisen näkemykset palvelun tarpeesta, niihin vastaamisesta eri palveluin sekä sovittu työnjako eri toimijoiden kesken, huomioiden myös omahoidon osuus. Lait sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta (2000/812) ja potilaan asemasta ja oikeudesta (1992/785) edellyttävät myös, että asiakkaalle laaditaan suunnitelma.

Palvelupakettien sisällä palvelut räätälöidään yksilöllisesti, tavoitteena on tukea iäkkään omaa toimintakykyä ja osallisuutta. Kansallisten linjausten mukaan *palvelukokonaisuuksien koordinoinnilla* tarkoitetaan useiden eri samanaikaisten tai perättäisten palveluiden yhteensovittamista sosiaali- ja terveyspalveluiden eri tasoilla ja siirtymiä näiden välillä sekä palveluiden läpinäkyvyyden lisäämistä siten että niistä muodostuu asiakkaan tarpeisiin vastaava saumaton kokonaisuus. (STM 2016, STM 2017.) Lainsäädäntö muodostaa myös haasteen palveluiden yhteensovittamiselle. Yhteistyön velvoite palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluiden yhteen sovittamisessa on kirjattu Sosiaalihuoltolakiin, Vanhuspalvelulakiin ja Terveystieteidenhuoltolakiin. Samalla lainsäädäntö kuitenkin myös rajoittaa tietojen yhteiskäyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaskertomusten välillä, missä yhteinen sähköinen asiakassuunnitelma ei vielä ole mahdollista.

Keskitetty palveluohjausyksikkö seuraa ja varmistaa myönnettyjen palveluiden toteutumista. *Vaikuttavuuden seuraamiseksi ja keskitetyn palveluohjausyksikön toiminnan tukemiseksi* ja kustannusten seuraamiseksi on yhteisesti sovittava indikaattoreita ja tunnuslukuja. Palveluiden toteutumisen seurannan ja tiedolla johtamisen edellytyksenä ovat toimivat asiakas- ja potilastietojärjestelmät sekä digitaaliset toiminnanohjausjärjestelmät, joissa myös voidaan hyödyntää robotiikkaa. (STM 2016, STM 2017.)

Tiedolla johtamisen välineitä palveluohjauksen arvioimiseksi on kehitettävä lainsäädännön ja kansallisen ohjauksen keinoin. Palveluohjauksen laadun kehittämiseen tulee myös kiinnittää huomiota. Näyttöä vaikuttavista palveluohjauksen työmenetelmistä ei ole vielä

riittävästi. Palvelutarpeen arvion tukena asiakassegmentoinnissa suositellaan iäkkäiden kohdalla käytettävän esimerkiksi MAPLe 15 ryhmittelyä (Method for Assigning Priority Levels; Hirdes ym. 2008, Noro ym. 2011). Strukturoitu, arvioitavissa oleva ja asiakkaan omaa toimintakykyä vahvistavaa asiakassuunnitelmaa on kehitettävä sekä sisällöllisesti että teknisesti. Yhtenäisten toimintalinjojen ja tiedollisen tuen lisäksi monialainen palvelutarpeen arvio ja palveluohjaus edellyttää henkilöstöltä uudenlaista osaamista ja osaamisen tukea. (Vähäkangas ym. 2017.)

4 Palveluohjauksen tunnuslukuja ja vaikutuksia

4.1 Tiedolla johtaminen

Tietojohdaminen on tieteenala, jossa tarkastellaan erilaisten organisaatioiden toimintaan, johtamiseen ja kehittämiseen liittyviä ilmiöitä. Sote-tietojohdamisen haasteena on koota kokonaisuuksien hallintaan ja tilannekuvan muodostamista varten tietokokonaisuuksia integroituvista toiminnoista ja helpottaa näiden pohjalta tapahtuvaa toiminnan strategista johtamista (www.alueuudistus.fi).

Palveluohjauksen päätöksenteon perustaksi tarvitaan palvelutarvetta kuvaavaa tietoa sekä tunnuslukuja kuvaamaan ikäihmisen toimintakykyä, arjen toimintaa, terveydentilaa ja toimintaympäristöä. Kansallisesti yhteismitallisia ja systemaattisesti käytössä olevia palvelutarpeen arviointimenetelmiä ei tällä hetkellä ole. Suositeltavista toimintakyvyn arviointimittareista on saatavissa tietoa Toimia-tietokannasta (www.toimia.fi). Palvelutarpeen ja palveluohjauksen suositusta päivitetään tällä hetkellä. Työtä varten on perustettu Toimia.fi alatyöryhmä, jonka puheenjohtajana toimii LT, geriatrian dosentti ja tutkimusprofessori, Harriet Finne-Soveri. Tarkoituksena on saada suositus valmiiksi vuoden 2018 loppuun mennessä.

Organisaatio- ja maakuntatasolla tarvitaan tietoa palvelu- ja asiakasrakenteesta, palveluihin ohjautumisesta ja palveluiden/hoidon vaikutuksista. Tietoa tarvitaan palvelutarpeiden ennakointiin, palvelurakenteen suunnitteluun, resurssien kohdentamiseen, laatutason määrittämiseen ja arviointiin. THL on osana kansallista sote rakenneuudistusta kehittämässä maakuntatason arviointitietoa (THL 2018), jota voidaan hyödyntää edellä mainittuihin haasteisiin vastatessa. Esimerkkejä löytyy myös kehittämishankkeista, joiden avulla on luotu tiedolla johtamisen toimintamalleja ja tunnuslukuja (Klemola ym. 2014).

Tämän julkaisun lähestymistapa on tiedolla johtamisen näkökulma palveluohjausta korostaen. Koska Pohjanmaan maakunnassa on käytössä erilaisia tietojärjestelmiä ja erilaisia

kirjaamisen käytäntöjä palveluohjauksessa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ympäristössä kokonaisuutena, keskitytään tässä julkaisussa RAI tietojohdamisen tunnuslukujen sisällölliseen hyödyntämiseen. Koska kansallisia, systemaattisia tunnuslukupaketteja ei palveluohjauksen näkökulmasta vielä ole, pyrimme nostamaan esille uusia RAI tiedon ja tunnuslukujen soveltamismahdollisuuksia, joita Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hankkeessa on kehitetty. Sovellusten jatkojalostaminen edellyttää kuitenkin vielä lisätestausta.

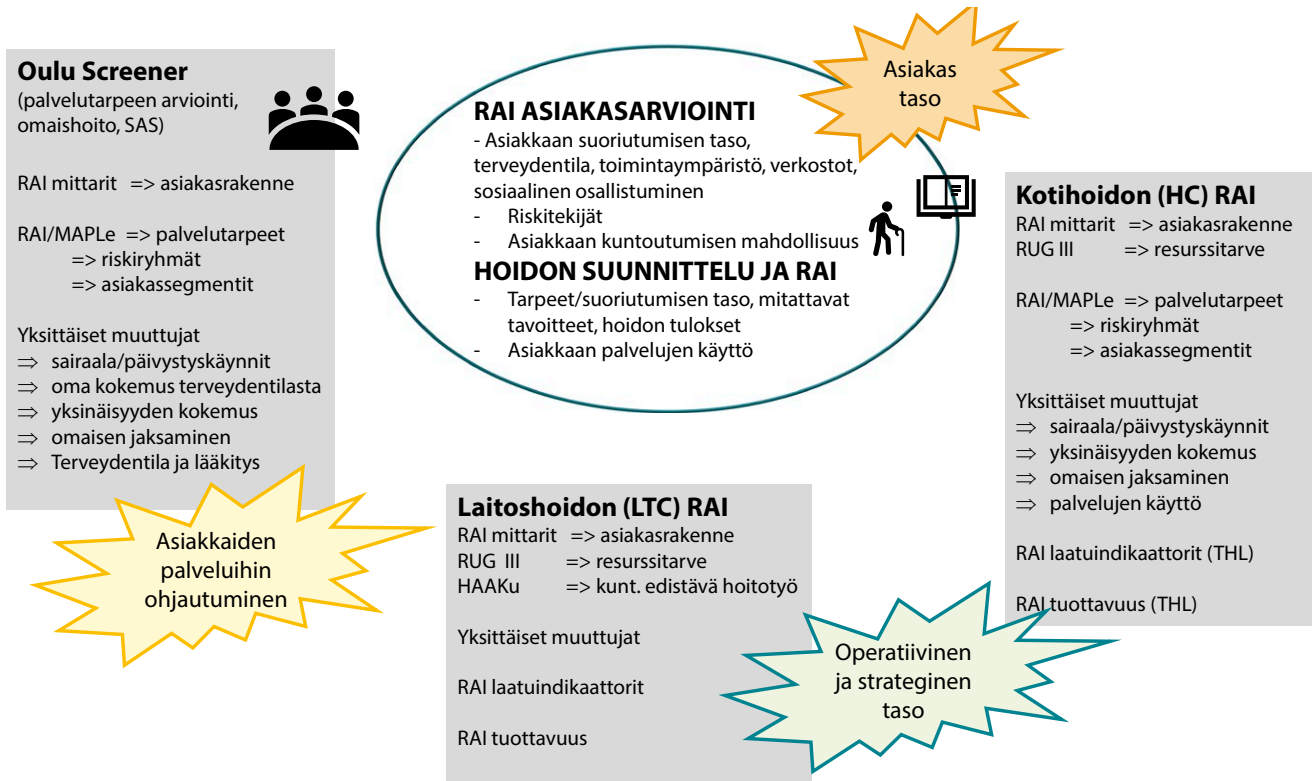
Hankkeessa on myös kehitetty menetelmiä palveluohjauksen sisäisen toiminnan seuraimiseksi. Esimerkkinä näistä ovat sisäiset tuotteet, joiden avulla on pyritty lisäämään palveluohjausyksikön läpinäkyvyyttä osana asiakkaan palvelukokonaisuutta. Sisäinen tuote kuvaa sitä resurssia, mikä on käytetty asiakaskohtaiseen palveluohjausepisodeihin. Samalla on pyritty saamaan tietoa palveluohjauksen intensiivisyydestä, jolloin voidaan tulevaisuudessa verrata sen vaikutuksia asiakkaan saamaan terveyshyötyyn eli palveluvalikoiman osuvuuteen.

4.2 Palveluohjaus ja RAI tiedon käyttö

Taustaa

RAI on organisaatioissa vapaaehtoisesti käytössä oleva järjestelmä, joka tuottaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä, arkielvytyemisestä ja palvelutarpeesta luotettaviksi todetuilla mittareilla (Hawes ym. 1995, Hirdes ym. 2008). Asiakastason tiedon lisäksi RAI tuottaa organisaatiotason laskennallista tietoa palveluja käyttävien palvelutarpeista, resurssien käytöstä ja hoidon/palvelun laadusta (Noro ym. 2005, Finne-Soveri ym. 2006, Heikkilä ja Mäkelä 2015) Palvelutarpeen arviointiin on kehitetty myös erityisesti sosiaalityöhön soveltuva RAI-arviointiväline (Finne-Soveri 2010). Lisäksi palveluohjauksen työvälineiksi on kehitetty tarvesegmenttejä (Vähäkangas ym. 2017).

Pohjanmaan kunnissa käytössä olevan Oulu Screener työvälineen (Vähäkangas ym. 2012) kysymyskokonaisuus muodostuu niistä kotihoidon RAI järjestelmän kysymyksistä, joiden avulla kootaan mittaritietoa ikäihmisen arjen toiminnasta, toimintakyvystä, terveydentilasta ja palvelutarpeesta. Oulu Screener työvälineeseen on lisätty muutama palveluohjauksen kannalta keskeinen kysymys (mm. kokemus terveydentilasta, alkoholin käyttö, palvelutarpeen arvioinnin jälkeiset jatkotoimenpiteet), jota ei löydy kotihoidon RAI kysymyspatteristosta. Oulu Screener työväline on käyttökelpoinen esimerkiksi lakisääteisen palvelutarpeen arvioinnissa, omaishoidon tuen tarpeen arvioinnissa ja ympärivuorokautisen asumisen tarpeen arvioinnissa. Lisäksi työväline soveltuu sairaalasta kotiutumisen yhteydessä toteutettavaan arviointiin (Vähäkangas ym. 2017).



Kuvio 1. Pohjanmaan RAI tiedon käyttöalueet

Asiakastason RAI tieto

Pohjanmaalla ikäihmisten palvelutarve arvioidaan RAI:ta hyödyntäen. Palveluohjaaja kirjaa kotikäynnillä arvioinnin tiedot tietokoneelle tai mobiililaitteelle. Kun arviointi on valmis järjestelmä tuottaa mittaritietoa elektronisessa muodossa asiakkaan suoriutumisen tasosta. Tulosten pohjalta käydään keskustelua asiakkaan kanssa toimintakyvystä, tilanteesta, odotuksista ja tavoitteista. Suoriutumisen tasoa kuvaavien mittaritietojen lisäksi saadaan tietoa asiakkaan palvelutarpeesta. RAI mittareista ja tunnusluvuista löytyy yksityiskohtaista tietoa www.thl.fi/rai

Ikäihmisen suoriutumisen taso esimerkiksi kognitio (lähimuisti, päätöksentekokyky, ymmärrettyksi tuleminen) ja fyysinen toimintakyky (mm. liikkuminen, hygienian hoito, wc, käynnit, syöminen) ovat yhteydessä siihen, millaisia tavoitteita asiakkaalle asetetaan, miten asiakas toteuttaa omahoitoa ja millaisia palvelukokonaisuuksia asiakkaalle rakennetaan. Terveydentilan vakaumus/epävakaumus vaikuttaa siihen, miten sote integroituja palveluja kootaan asiakkaan näkökulmasta toimivaksi kokonaisuudeksi. Ikäihmisen omat kokemukset tilanteestaan (yksinäisyys, terveydentila) ja läheisverkoston olemassaolo ovat tärkeitä elementtejä, jotka vaikuttavat koottavan palvelupaketin sisältöihin ja arjen toimintaan.

Asiakastason RAI tiedolla haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

- mikä on asiakkaan suoriutumisen ja arjessa selviytymisen taso
- mitkä ovat asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuudet, riskitekijät, voimavarat ja ongelmat
- onko asiakkaan tilanne muuttunut (huonontunut/säilynyt ennallaan/parantunut)
- millaisia tavoitteita voidaan asettaa, millaisia tavoitteita asiakas itse asettaa
- millaisin menetelmin on mahdollista saavuttaa tavoitteet, milloin arvioidaan tavoitteiden saavuttamista
- millainen kokonaissuunnitelma laaditaan ja tarvitaanko siihen moniammatillista osaamista
- kuka vastaa kokonaissuunnitelman koordinoinnista

Organisaatiotason RAI tieto

RAI tietoa voidaan käyttää operatiivisessa ja strategisessa johtamisessa. Operatiivisella tasolla voidaan hyödyntää RAI ohjelmistosta saatavia raportteja poikkileikkaus- tai aikasarjoina. Strategiseen päätöksentekoon tarvitaan RAI tietoa, jonka avulla organisaatio ja maakunta voi verrata omia tuloksia kansalliseen tasoon. Tätä RAI tietoa tuottaa THL puoli-vuosittain. Pohjanmaalla haetaan maakuntatasolla vastausta RAI tiedolla seuraaviin kysymyksiin:

- mitkä ovat palveluohjauksen, kotona asumista edistävien palvelujen ja ympärivuorokautisen asumisen kehittämishaasteet kunnissa ja maakunnassa
- miten resurssit tulee kohdentaa, jotta ne vastaavat ikäihmisten palvelutarpeita
- mitkä ovat ne keskeiset palveluohjauksen ja palvelutuotannon laadun tunnusluvut, joiden arvoja/tasoa seurataan ja arvioidaan systemaattisesti
- millaisia tuloksia tuottaa maakunnan parhaat käytännöt ja mitä niistä voidaan maakunnassa oppia
- miten maakunta sijoittuu kansalliseen tasoon verrattuna

4.3 Palveluohjauksen vaikutuksia

Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen on kansallisella tasolla painottunut pääosin toimintamallien ja tietojärjestelmien kehittämistyöhön. Palveluohjauksellinen työote ja case management on todettu kehittämishankkeissa hyödylliseksi sekä ammattilaisille että erityisen palvelun tarpeessa oleville asiakkaille eri kohderyhmissä, kuten psykiatriassa (Seppänen ym. 2008) tai perusterveydenhuollossa (Stokes ym 2015). Sen sijaan ikäihmisten palveluohjauksen kokonaisvaikuttavuudesta löytyy tietoa vähän.

Palveluohjaus on tyypillinen kompleksinen interventio, jonka vaikuttavuuden mittaaminen on haasteellista. CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) työvälineiden kehittämiseen liittyvissä tutkimuksissa on kuvattu systemaattisen, monialaisen palvelutarpeen arvioinnin asiakas- ja kustannusvaikutuksia. Palveluohjauksellisen työmenetelmän ja case managementin ansiosta on osoitettavissa hyötyjä asiakkaalle; esimerkiksi lisääntyneenä elämänlaatuna, koettuna terveytenä ja vähentyneinä päivystyskäynteinä tai sairaalajaksoina (Graham ym 2017, Stokes ym 2015, Gayatri 2013). Silti työmenetelmän käyttö saattoi johtaa kustannusten nousuun. Kustannusvaikuttavuuden arviointi on osoittautunut haasteelliseksi.

Palveluohjauksen (CGA työvälineiden käytön) kustannusvaikuttavuutta ei ole arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutena, vaan usein esimerkiksi ainoastaan terveydenhuollon näkökulmasta (Graham ym 2017, Stokes ym 2015). Taloudellisten vaikutusten kokonaisarviota tulisikin parantaa, mikä saattaa myös tuoda taloudellisen hyödyn näkyvämmäksi.

Palveluohjauksen (CGA) toimintamallit ja tiimit ovat tutkimusten mukaan myös hyvin heterogeenisiä. Osaaminen ja yhteensovittamisen mahdollisuudet vaihtelevat (Graham ym 2017). Keskitetty toimintamalli, missä varmistetaan riittävä osaaminen ja päätöksenteon tuki, todennäköisesti lisää myös palveluohjauksen vaikuttavuutta. Case management sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla on joka tapauksessa osoitettu hyödylliseksi (Somme ym 2012).

Ikäihmisten palveluihin ohjautumista on arvioitu hyödyntämällä RAI tietoa tarvesegmentoinnissa (Vähäkangas ym. 2017). MAPLe 15 ryhmittelyllä voitiin nähdä säännönmukaisuutta asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin hakeutumisessa sekä palveluihin ohjautumisessa puolen vuoden kuluttua palvelutarpeen arvioinnista. Kehusmaan ja kumppaneiden (2018) mukaan läheisavulla oli merkitystä ikäihmisen sairaalasta kotiutumiseen.

5 Kansallinen KAAPO malli ja Pietarsaaren yhteistoiminta-alueen Helmi palveluohjausyksikkö

KAAPO malli

Kansallinen, keskitetty asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli ns. KAAPO malli on toiminut viitekehyksenä I&O kärkihankkeen kokeilussa (Pirkanmaalla Ikäneuvo, Kymenlaaksoissa Ikäopastin ja Varsinais-Suomessa KomPassi). KAAPO on jalostunut eri maakunnissa hieman eri tavoin.

Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon- kehittämistyön lähtökohtana on ollut KAAPO malli. Tarkoituksena oli luoda toimintamallin maakunnallinen perusta sekä yhteiset käytännöt ja tunnusluvut. Lähtötilanteessa palveluohjauksen käytännöt vaihtelivat maakunnan kuntien välillä todella paljon. Koska Pohjanmaan kuntien ikärakenne ja väestömäärän vaihtelu (väestöpohjan vaihtelu 1600 – 67000) on suurta, vaihtelee myös palveluohjauksen kehittämishaasteet kuntien välillä. Suuremman väestöpohjan kunnissa on palveluja yleensä keskitetty, jolloin palveluohjaus on erillinen toiminto/toimija. Pienen väestöpohjan kunnassa on todennäköisempää, että palveluohjaajalla on myös muita tehtäviä palveluohjauksen rinnalla.

Koska Pietarsaaren yhteistoiminta-alueella on keskitetty palveluohjauksen toimintamalli ollut käytössä jo vuodesta 2010 (Helmi palveluohjausyksikkö), toimintamallin laajempi käyttöönotto oli luontevaa. Asiantuntijatyönä toimintamallia muokattiin, jotta se vastasi maakunnan tarvetta. Helmi palveluohjausyksikön kehittämisen viitekehyksenä on ollut Väli-Suomen Ikäkaste-hankkeissa (2009–2013) kehitetty KAAPO mallin esiaste.

Helmi palveluohjausyksikkö – taustaa ja toimintamalli

Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto tuottaa sosiaali- ja terveyspalvelut neljän kunnan alueelle (Pietarsaari, Luoto, Pedersöre ja Uusikaarlepyy). Alueen väestöpohja on 43 136 asukasta (2017). Helmi palveluohjausyksikkö tuottaa keskitettynä palveluohjausta iäkkäille koko yhteistoiminta-alueella. Palvelutarpeen arvio ja palveluohjaus toteutetaan pääosin kotikäynnin yhteydessä, tarvittaessa se voidaan aloittaa myös puhelimesta, sairaalasta kotiutumisen yhteydessä vuodeosastolla tai palveluohjauksen toimipisteessä. Toimipisteet ovat Pietarsaaressa ja Uusikaarlepyyssä.

Helmi yksikkö toimii matalan kynnyksen periaatteella. Ohjauksen intensiteetti kattaa sekä kevyen neuvonnan että vaativan ja intensiivisen palveluohjauksen. Helmin ydintiimissä on sosionomeja ja sairaanhoitajia. Usealla heistä on ylempi amk-tutkinto ja lisäksi leveä kokemus iäkkäiden parissa työskentelystä. Tiimissä on myös sosiaalityöntekijä. Tarvittaessa konsultoidaan muita asiantuntijoita, kuten fysioterapeuttia, geriatria tai mielenterveys- ja päihdepalveluiden palveluohjaajaa. Moniammatillista palveluohjausta vahvistaa vanhus- huollon, perusterveydenhuollon ja lähierikoissairaanhoidon yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä, mikä mahdollistaa yhteisen sähköisen asiakassuunnitelman. Asiakassuunnitelma on asiakkaan luvalla nähtävillä näiden kolmen toiminnon välillä. Helmi toimii integroidusti sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa.

Neuvonta ja ohjaus voi olla keveimmillään palveluneuvontaa, mikä ei edellytä asiakkaan tunnistautumista. Tunnistautuneelle asiakkaalle voidaan kuitenkin antaa yksilöllisempää ohjausta ja tästä syystä osa neuvontakontakteista toteutetaan näin. Neuvonnassa ja ohjauksessa käytetään apuna ns liikennevalomallia (taulukko 1), jolla pyritään tunnistamaan systemaattisemmin palvelutarpeen arviota tarvitsevat asiakkaat. Palvelutarpeen arvion yhteydessä käytetään Oulu Screener työvälinettä sekä sairaalasta kotiutumisen yhteydessä sovitettua ISBAR-mallin mukaista tarkistuslistaa. Yhtenäiset omaishoidon, kotihoidon ja palveluasumisen kriteerit tukevat tasavertaisen palveluohjauksen toteutumista.

Taulukko 1. Ikäihmisten riskitekijöiden tunnistaminen ns. liikennevalomallia käyttäen (Väli-Suomen Ikä-kaste 2011–2013, www.innokyla.fi)

Riskitekijät	Ei ongelmia	Jonkun verran ongelmia	Suuria ongelmia	
Koti- asumis- ja lähiympäristö (4 kysymystä)	vihreät vastaukset osoittavat pientä palvelutarvetta	Keltaiset vastaukset osoittavat lisäarvion tarvetta	Punaiset vastaukset osoittavat kohonneen palvelutarpeen riskiä	Palvelutarpeen arvio tehdään keltaisissa ja punaisissa tilanteissa
sosiaalinen toimintakyky, sosiaalinen tilanne (3 kysymystä)				
psykykinen toimintakyky (3 kysymystä)				
fyysinen toimintakyky, terveydentila (6 kysymystä)				
Kognitiivinen toimintakyky (3 kysymystä)				

Helmi palveluohjausyksikkö – hallinnollinen asema

Hallinnollisesti Helmi sijoittuu vanhushuollon tulosalueelle. Helmi on oma yksikkönsä, jolla on oma budjetti ja henkilöstövastuullinen lähiesimies. Palveluohjauksen prosessi on kuvattu ja sille on määritelty toimintaa kuvaavat mittarit. Yksikön toimintaa seurataan palvelutuotantona ja toimintakuluina.

Palvelutuotantoa kuvaavia keskeisiä tunnuslukuja ovat:

- Suoritteet, eli kontaktien määrä ja niiden intensiivisyys
- Palvelutarpeen arvioon päätyneiden asiakkaiden toimintakyky ja palvelutarve
- Resurssien käyttö/tuotteet

Toimintakulut syntyvät pääosin henkilöstökuluista sekä toimintaa tukevista kuluista (mm. vuokrat, tietojärjestelmät, hallintokulujen vyörytykset). Kontaktiksi lasketaan tunnistautuneet neuvontayhteydenotot ja palvelutarpeen arvioon ja palveluohjaukseen liittyvät asiakaskontaktit. Tällä hetkellä tunnistautumattomia neuvontapuheluita ei saada tilastoitua. Asia korjaantuu vuoden 2019 alusta. Kontaktien intensiivisyyttä arvioidaan palveluohjauksen sisäisten tuotteiden avulla. Palveluohjauksen erilaiset kontaktit on ryhmitelty seitsemäksi ns. kuntatuotteeksi. Tuotteen hinta määräytyy käytetyn ajan ja asiantuntijoiden lukumäärän mukaan. Tuotteen hinta kuvaa sitä kokonaiskustannusta, mikä kontaktiin on kulunut huomioiden myös muut toimintakulut. Tällä tavoin voidaan selvittää myös se, kuinka intensiivisiä palveluohjaustarpeita kunkin jäsenkunnan asukkaalla on sekä arvioida

palveluohjausyksikön toiminnan kannattavuutta. Asiakkaalle palveluohjaus on aina maksutonta.

Helmi yksikön palveluohjaajat ovat hyödyntäneet RAI:ta useiden vuosien ajan. RAI tieto on koottu kolmeen ryhmään:

- palvelutarpeen arviointi
- omaishoidon tuki
- ympärivuorokautisen asumisen hakeminen

Hankkeessa kehitetyn RAI tietojohdamisen tunnuslukukartan käyttökelpoisuutta on testattu Helmi palveluohjausyksikössä ja myös osittain muissa maakunnan kunnissa.

6 Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon -hanke

6.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon oli I&O muutosagentin koordinoima ja Pohjanmaan maakunnan asiantuntijatyönä toteutettu hanke (1.11.2016–31.12.2018), jolle valtionavustusta oli myönnetty 263 000 euroa.

Hankkeessa pyrittiin kehittämään palveluohjauksen toimintamalli osaksi ikäihmisten palvelukokonaisuutta. Samalla haluttiin avata keskustelu ikäihmisten palvelurakenteen kehittämiseksi ja luoda edellytykset ikäihmisten palvelujen strategisten linjausten tekemiseksi maakuntaan. Palveluohjausta kehittämällä pyrittiin porautumaan syvemmälle tiettyyn kehittämisteemaan ja löytämään kehitettävän teeman osalta yhteinen maakuntaa kattava näkemys ja tunnusluvut.

Pohjanmaan maakuntaan esitetty ikäihmisten palvelurakennetavoite vuodelle 2025 (kotona asuu 75 vuotta täyttäneistä 94 %) edellyttää maakunnassa uutta näkökulmaa ikäihmisten palveluiden rakennetta koskevaan keskusteluun ja suunnitteluun. Toisaalta Pohjanmaan terveemmän väestön keskimääräistä suurempi palvelujen käyttö edellyttää palveluihin ohjautumisen prosessien arviointia ja kehittämistä. Integroidulla, kuntoutumista edistävällä palveluohjauksella on tässä tärkeä rooli.

Palveluohjauksen kehittämisen pitkän aikavälin asiakaskohtaisten tavoitteiden saavuttaminen edellyttää kehitettyjen toimintamallien juurruttamista.

Pitkän aikavälin tavoitteet:

- Ikäihmisten palvelut ovat saatavilla maakunnan alueella yhtenäisin perustein ja yhteydensaantiin on tarjolla useita eri mahdollisuuksia
- Palveluohjauksen keinoin lisätään ikäihmisten tietoa palveluista, edistetään omahoitoa ja kotona asumista
- Asiakkaalla on yksi asiakassuunnitelma, jos tietojärjestelmät ja lainsäädäntö sen mahdollistavat

- Maakuntatason tunnuslukuja käyttämällä saadaan tietoa ikäihmisten palvelujen laadusta ja palveluihin ohjautumisesta, jonka avulla voidaan seurata, arvioida ja kehittää palveluja
→ palveluja käyttävillä on tieto palvelujen laatutasosta

Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hanke toteutettiin asiantuntijatyönä. Tavoitteeksi asetettiin seuraavat tavoitteet vuoden 2018 loppuun mennessä:

- Palveluohjauksen toimintamalli on määritelty
- Palveluohjauksen tietojohdamisen tunnusluvuista on maakuntatason esitys

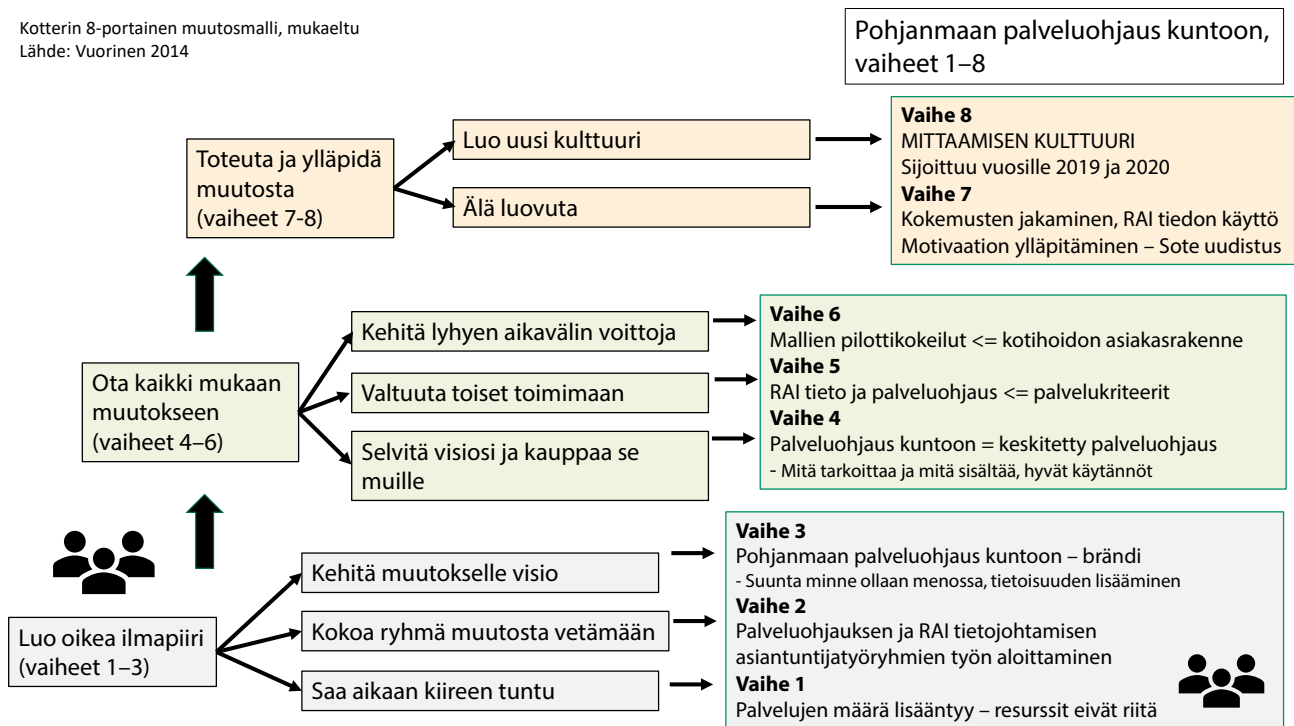
Tavoitteiden saavuttamiseksi perustettiin kaksi työryhmää *palveluohjauksen asiantuntijatyöryhmä ja RAI tietojohdamisen työryhmä*, joiden koordinaattorina toimi I&O muutosagentti. Sote ikäihmisten työryhmä toimi muutosagentin tukiryhmänä. Se vastasi edellä mainittujen alatyöryhmien valinnasta ja huolehti niiden maakunnallisesta kattavuudesta. Työryhmät testasivat toimintamallien käyttökelpoisuutta järjestämällä maakunnassa seminaareja ja työpajoja. Palveluohjauksen kehittämistyö toteutettiin integroituna osana Pohjanmaan maakunnan sote rakenneuudistuksen kehittämistä.

6.2 Kehittämispöessit ja asiantuntijatyöryhmät

Kehittämispöessi toteutettiin Kotterin muutosjohtamisen mallin (Vuorinen 2014) mukaisesti. Malli valittiin viitekehyykseksi, koska se on käytännönläheinen ja vie kehittämistyötä eteenpäin "leadership" ajatuksella. Tarkoituksena oli toimia käytännönläheisesti ottamalla palveluohjaajat mukaan kehittämispöessiin kaikissa vaiheissa. Palveluohjaajien rooli oli kaikissa kunnissa erittäin keskeinen ikäihmisten palveluihin ohjautumisen ja kustannusvaihtusten näkökulmasta.

Asiantuntijatyöryhmän jäsenten tehtäviin kuului kehittämistyöhön liittyvä viestintä alueellaan. Kehittämispöessi vietiin läpi jatkuvasti muuttuvassa Sote ympäristössä. Kansallisen Sote rakenneuudistuksen linjauksilla olisi ollut tärkeä merkitys hankkeen läpiviennille ja erityisesti kehittämistyön tavoitteiden asettamiselle. Kehittämistyössä päädyttiin panostamaan sellaisiin toimintamalleihin, jotka ovat soveltuvia ja liitettäviä maakuntamalliin mutta soveltuvat myös liikelaitos tai kuntayhtymä perustaisiin malleihin.

Kotterin 8-portainen muutosmalli, mukauttu
Lähde: Vuorinen 2014



Kuvio 2. Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon – kehittämisprosessin vaiheet Kotterin muutosjohtamisen mallia soveltaen.

Kuviossa 2 esitetyt vaiheet 1–5 sijoittuivat vuodelle 2017. Vaihe 6 sijoittui vuosille 2017–2018 ja vaihe 7 vuodelle 2018. Vaihe 8, jonka aikana luodaan uusi palveluohjauksen toimintakulttuuri, sijoittuu hankkeen jälkeiselle ajanjaksolle. Uuden kulttuurin luominen on perusedellytys toimintamallin juurtumiselle.

Vaiheet 1-3 Palvelujen määrä lisääntyy ja resurssit eivät riitä – JOTAIN PITÄÄ TEHDÄ

Todettiin, että ehdotetun palvelurakennetavoitteen saavuttaminen (94 % yli 75 vuotiaista asuu kotona 2020) edellyttää toimenpiteitä. Todettiin myös, että kotihoitoon ohjautuu asiakkaita, joilla on vähäinen palvelutarve ja jotka ehkä hyötyisivät toisenlaisista palveluista. Kotihoidon kliinisen hoidon laatuhaasteisiin vastaaminen edellyttää myös toimenpiteitä (www.thl.fi/raivertailukehittäminen 2018). Asiantuntijatyöryhmien tehtävänä oli palveluohjausta kehittämällä vastata edellä kuvattuihin haasteisiin.

”Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon” brändin avulla nostettiin esille palveluohjauksen merkitys. Samalla todettiin, että kehitetään palveluohjauksen yleinen toimintamalli ja määritellään siihen liittyvät osa-alueet. Koska I&O kärkihankkeessa pyrittiin kansallisesti

määrittelemään asiakas/palveluohjaukseen liittyviä käsitteitä, päädyttiin Pohjanmaalla siihen, että pysytään toistaiseksi käsitteessä palveluohjaus, jolloin kehittämistyössä päästiin eteenpäin.



Sote ikäihmiset työryhmän jäseniä koolla

Kuvio 3. Sote Ikäihmiset työryhmä toimi I&O muutosagentin tukena hankkeen ajan



Palveluohjauksen asiantuntija-
työryhmän jäseniä

RAI tietojohdaminen työryhmän
asiantuntijoita



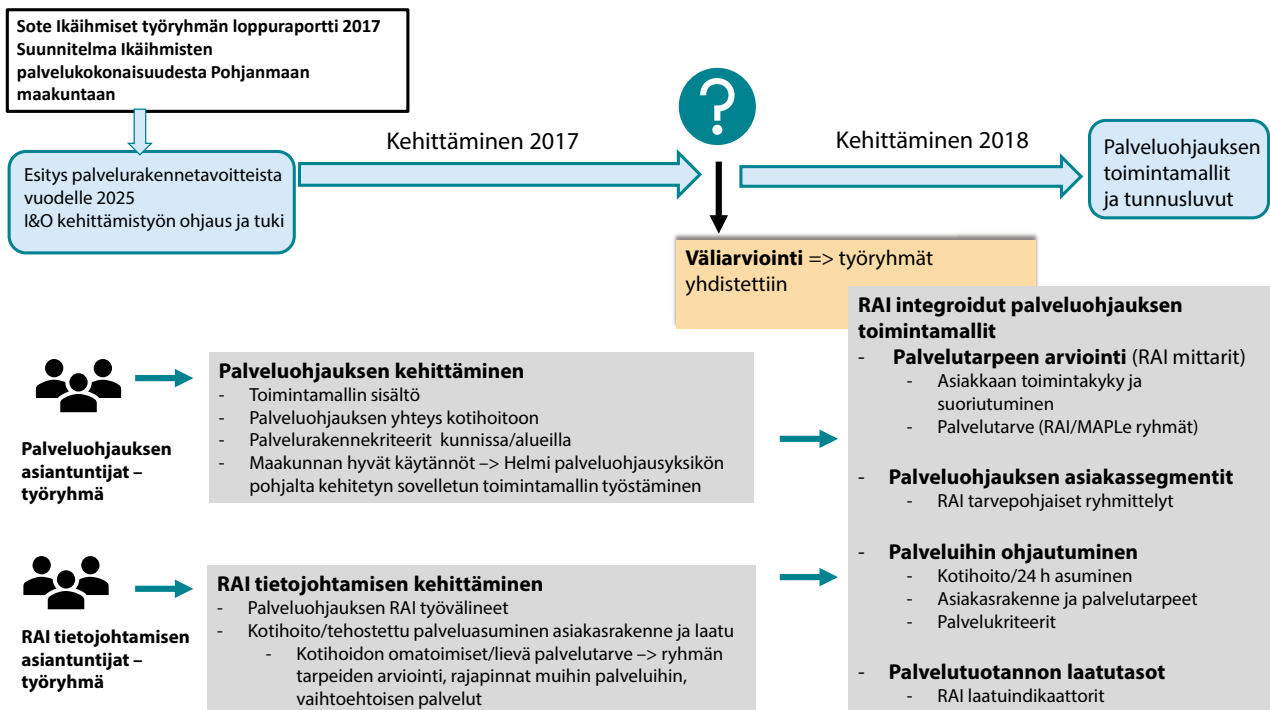
Kuvio 4. Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon alatyöryhmät

Vaiheet 4–6 Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon – TOIMINTAMALLIA RAKENTAMASSA

Asiantuntijaryhmät keskustelivat malleista, potentiaalisista tuloksista ja maakunnan erilaisista käytännöistä. Koska Helmi palveluohjausyksikön toimintamalli oli KASTE hankkeessa rakennettu malli, päädyttiin laajentaa maakuntaan sovellus siitä. Samaan aikaan syvennettiin ymmärrystä kotihoidon asiakasrakenteesta ja palveluihin ohjautumisesta RAI tietoa soveltaen.

Käytiin keskustelua tunnusluvuista maakunnan Sote-valmistelu-elimen (Sotevate) kanssa, joka työsti maakunnan tilastotietoa yhteistyössä THL:n kanssa.

Palveluohjauksen tietojohdamisen tunnuslukukartan sisältö hahmottui. Työryhmissä käytiin keskustelua maakunnan RAI tiedosta ja sovelluksista sen ympärillä. Todettiin, että oli tarkoituksenmukaista yhdistää alatyöryhmät yhdeksi kokonaisuudeksi ja tiivistää RAI osaamista palveluohjauksen näkökulmaan (kuvio 5).



Kuvio 5. Alatyöryhmien tehtävät ja työryhmien yhdistäminen

Asiantuntijatyöryhmien yhdistäminen edesauttoi RAI tunnuslukukartan kehittämistä. Samanaikaisesti syvennettiin Helmi palveluohjausyksikössä RAI osaamista ja paneuduttiin asiakassegmenttien ja palveluohjauksen tuotteistamiseen.

Vaihe 7 Älä luovuta – MITEN JAKSAA, KUN SOTEKAAN EI OLE VIELÄ MAALISSA?

Sote ja maakuntauudistuksen aikataulun pitkittyminen ja epävarmuus vaikutti asiantuntijoiden motivaatioon ja kehittämistöön keväällä 2018. Asiantuntijat tekivät palveluohjauksen kehittämistyötä oman työnsä ohessa, joten kehittämiseen kohdentunut työmäärä tuntui ajoittain suurelta. Vahvistusta haettiin yhdistämällä voimavaroja ja tiivistämällä yhteistyötä maakunnan henkilökohtaisen budjetin (HB) kokeiluhankkeen kanssa. Kyseisen hankkeen Case Manageri toimintamalli oli osa palveluohjauksen kokonaisuutta. Työpajatyöskentelyn avulla löydettiin uutta intoa työskentelyyn ja laajennettiin näkemystä palveluohjauksen kokonaisuudesta.



Tauolla työpajatyöskentelyn lomassa I&O hankkeen ja henkilökohtaisen budjetointi (HB) hankkeen tapaamisessa toukokuussa 2018 Replotin maisemissa

Kuvio 6. Työpajatyöskentelyllä haettiin lisäpotkua palveluohjauksen kehittämistyöhön.

Vaihe 8 MITEN SAADAAN AIKAISEKSI MITTAAMISEN TOIMINTAKULTURI?

Palveluohjauksen toimintamallin ja RAI tunnuslukujen avulla pyritään jatkossa lisäämään toiminnan läpinäkyvyyttä ja ennustettavuutta. Yhdistämällä RAI tunnuslukuihin kustannustietoja voidaan arvioida toiminnan kustannusvaikutuksia ja suunnata käytössä olevat resurssit tarkoituksenmukaisemmin verrattuna nykytilanteeseen.

Mittaaminen edellyttää luotettavien mittareiden käyttöä. Mittaaminen tulee jatkossa kohdentaa yhä enemmän asetettujen tavoitteiden saavuttamisen seurantaan ja arviointiin sekä asiakkaan näkökulmasta että palveluja tuottavan ja järjestäjän näkökulmasta. Kotona

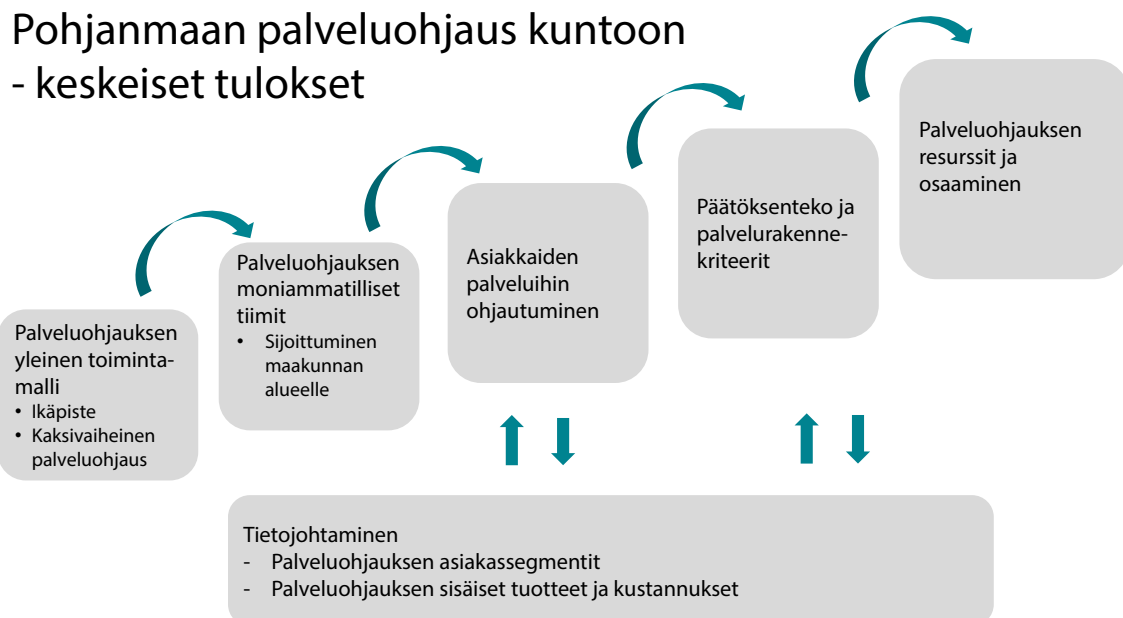
asumisen tukeminen tulee olla jatkossakin keskiössä. Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hankkeen jälkeen jatketaan RAI tietojohdamisen kehittämistä. Lisäksi panostetaan kuntoutumista edistävään näkökulmaan. Kehittämistyö toteutetaan olemassa olevin resurssien kuntien välisenä yhteistyönä.

Ylimaakunnallinen muutosagenttien yhteistyöryhmä

Palveluohjauksen toimintamallien kehittäminen tapahtui myös benchmarking periaatteita noudattaen yli maakuntarajojen (Pohjanmaa – Etelä-Pohjanmaa – Satakunta – Pirkanmaa) koko hankkeen ajan. Edellä mainittu neljä maakuntaa kattava agenttiverkosto kokoontui säännöllisesti. Kokouksissa käsiteltiin palveluohjaukseen liittyviä teemoja samalla tuustuen hyviin käytäntöihin, innovoiden ja sparraten.

6.3 Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon - keskeiset tulokset

Hankkeen keskeiset tulokset (kuvio 7) muodostuvat palveluohjauksen toimintamallista ja tietojohdamisen tunnusluvuista. Tuloksia on kuvattu kappaleissa 7 ja 8.



Kuvio 7. Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hankkeen tulokset

Palveluohjaus on osa-alue palvelukokonaisuuksien ja kustannusvaikutusten arvioinnissa. Tässä hankkeessa vaikutusten arviointi ei kuitenkaan ole ollut hankkeen painopisteenä. Vaikutusten arviointi edellyttää mallien käyttöönottoa mutta myös kehitettyjen tunnuslukujen laajempaa testausta yli maakuntarajojen.

7 Pohjanmaan palveluohjauksen toimintamalli

Hankkeessa kehitetyistä malleista osa on kehitysvaiheessa ja osa on pidemmälle työstettyjä. Aikataulun puitteissa mallit esitetään sellaisina kuin ovat tällä hetkellä (lokakuussa 2018), valmiusasteesta riippumatta. Julkaisun loppuosassa otetaan kantaa valmiusasteeseen ja siihen mitä mallien parantamiseksi olisi tarkoituksenmukaista vielä tehdä ja millä aikataululla. Vaikka mallit on laadittu siten, että ne soveltuvat Pohjanmaan maakuntaan, ne ovat käyttökelpoisia sellaisenaan tai sovellettuina myös muissa maakunnissa.

7.1 Palveluohjauksen geneerinen malli

Pohjanmaan palveluohjauksen geneerinen toimintamalli on esitetty kuviossa 8. Malli erottaa matalan kynnyksen ikäpisteessä toteutettavan informaation ja neuvonnan omaksi kokonaisuudeksi ja palvelutarpeen arviointiin perustuvan palveluohjauksen omaksi kokonaisuudeksi. ”Liikennevalot” edesauttavat tunnistamaan asiakkaan, jolla on palvelutarpeeseen vaikuttavia riskitekijöitä sekä ohjaamaan hänet palvelutarpeen arviointiin ja tarvittaessa palveluohjaukseen.

Mallin lähtökohdaksi on helppo yhteydenotto ja ns. ”yhden luukun periaate”. Tavoitteena on edistää ikäihmisten palveluihin ohjautumisen yhdenvertaisuutta ja turvata integroitu, moniammatillinen palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus sitä tarvitseville. Päämääränä on tukea ikäihmisten kotona asumista, edistää arjen toimintaa ja parantaa kuntoutumismahdollisuuden tunnistamista ja kuntoutumista.

Keskitetyn palveluohjauksen toimintamallin pääperiaatteena on tukea asiakkaan osallistumista ja vastuunottamista sekä kotona asumista ja arjen toimintaa tavoitteellisesti ja moniammatillisesti palveluohjauksen prosessin kaikissa vaiheissa.

KESKITETYN PALVELUOHJAUKSEN/ PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN TYÖVÄLINEET

Informaatio ja neuvonta/ikäpiste

- ”Liikennevalot”, riskien tunnistamisen työkalu
- ISBAR, tiedon siirron työväline

Palvelutarpeen arviointityypit (RAI työvälineet)

- Lakisääteinen sosiaalipalveluiden tarpeen arviointi
- Muu sosiaalipalveluiden tarpeen arviointi
- Omaishoidon tuen tarpeen arviointi
- Tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon tarpeen arviointi
- Sairaalasta kotiutuminen tai muu vastaava tarve
- Seuranta-arviointi - tavoitteiden saavuttamisen arviointi

Palvelutarpeen arvioinnissa hyödynnetään mm.: RAI mittaritietoa, RAI tunnuslukuja ja palvelutarvekuvaajia, [www-thl.fi/rai](http://www.thl.fi/rai)

7.2 Matalan kynnyksen ikäpisteet - toiminta Pohjanmaalla

Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hankkeen puitteissa matalan kynnyksen ikäpiste-toimintaa on suunniteltu osana palveluohjauksen kokonaisuutta. Ajatuksena on se, että ikäihmisistä suuri osa saisi avun ja tarvitsemansa tuen ikäpisteen tuottamien palvelujen avulla. Ikäpisteen suunnittelussa on hyödynnetty kansallisia kehittämishankkeita. Esimerkiksi Pirkanmaan Ikä-neuvohankkeen (2016–2018) tuloksissa todettiin, että 80–99 % yhteydenotoista matalan kynnyksen palveluihin vähensi raskaampien palvelujen käyttöä.

Ajatuksena on myös se, että yleistä informaatiota ja neuvontaa voitaisi tarjota fyysisten toimipisteiden (ns. ikäpisteiden) lisäksi puhelimitse ja erilaisina verkkopalveluina. Lisäksi ajatellaan, että ikäpisteen toimintaa voidaan toteuttaa haja-asutusalueilla tarvittaessa liikuvilla yksiköillä tai yhteistyössä kunnan tai järjestöjen kanssa heidän tiloissaan.

Pohjanmaan ikäpiste – toiminnan pitkän aikavälin tavoitteena on tuottaa matalan kynnyksen palveluja kuten yleistä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää informaatiota esimerkiksi palveluista, palveluihin hakeutumisesta, palveluihin liittyvistä maksuista ja yhteystiedoista. Asiakas tai hänen läheisensä voi olla yhteydessä ikäpisteeseen puhelimitse, chat-palvelulla tai käymällä toimipisteessä. Palvelutarpeen itsearvion voi tehdä myös verkossa.

Yleinen neuvonta ikäpisteissä ei edellytä tunnistautumista, asiakkuutta tai hoitosuhdetta ei synny. Sen tarkoituksena on tukea omahoitoa ja arjen toimintaa sekä ylläpitää toimintakykyä. Tunnistautuneelle asiakkaalle voidaan kuitenkin antaa yksilöllisempää neuvontaa ja tarvittaessa ohjata asiakas palveluohjauksen palvelutarpeen arviointiin. *Yksilöllinen neuvonta* on aina sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa.

Ikäihmisille annettavasta digituesta on huolehdittava riittävästi. *Digitalisoidaan julkiset palvelut* on hallitusohjelman yksi kärkihankkeista. Pohjanmaa on yksi Valtiovarainministeriön valtionavustusta saanut maakunta (Pohjanmaan digituen pilotti). Tavoitteena on pilottialueelle luoda digituen verkosto (kirjastot, sote-palvelut, muut julkiset palvelut, kolmas sektori, yritykset), joka vastaa erilaisten asiakkaiden digituen tarpeisiin. Digitukea voidaan joustavasti toteuttaa ikäpisteissä, liikkuvissa yksiköissä ja erilaisten itsepalvelunetipisteiden yhteydessä. Vaasassa Ikäkeskuksen tuottama Nettipiste Senjorin toimintamalli (www.vaasa.fi) on laajennettavissa Pohjanmaan maakuntaan.

MATALAN KYNNYKSEN IKÄPISTEEN TOIMINTAPERIAATTEET

- Matalan kynnyksen palveluihin hakeudutaan spontaanisti. Se on omaehtoista asiointia ilman ajanvarausta tai lähetettä
- Yhteydenottokanavia on useita; puhelin, chat, muut sähköiset kanavat
- Apua tai tukea voi helposti kysyä pieniinkin tarpeisiin
- Asiointikynnystä on madallettu sijainnilla ja mahdollisuudella asioida anonyymisti
- Aukioloajat on pidennetty ja sovitettu kohderyhmien tarpeisiin
- Palveluissa on vähennetty byrokratiaa tai byrokratiasta selviytymiseen saa apua ja tukea esimerkiksi lomakkeiden täyttämiseen
- Asiakas voi luottaa siihen, että hän saa asiantuntevaa neuvontaa ja hänelle tehdään tarvittaessa laajempi palvelutarpeen arvio (riskitunnisteet osoittavat lisäarvion tarvetta)

Maakunnan haasteena on erilaiset tietojärjestelmät ja digitaaliset työvälineet. Mallin jatko-työstäminen edellyttää Pohjanmaalla linjauksia, valintoja ja päätöksentekoa, jotka liittyvät tietojärjestelmiin mutta myös sote-digipalveluihin yleensä. Lisäksi haasteena on kehittää käytäntöjä, jotta ne sopivat niin kaupunki- kuin maaseuturakenteeseen. Hyte- ja ennaltaehkäisevien palvelujen riittävydestä sekä vapaaehtoistyön koordinoinnista on huolehdittava, jotta ikäpisteen kautta voidaan aidosti ohjata asiakkaita kevyempien palvelujen ja toimintojen piiriin. Pohjanmaalla on tärkeä käydä keskustelua palvelurakenteesta ja -verkostosta sekä ikäpiste-toiminnan sijoittumisesta siihen.

Mallin valmiusaste: Ikäpiste toimintamalli on suunnitteluvaiheessa

7.3 Kaksivaiheinen palveluohjaus

Palvelutarpeen arviointi ja ydintiimi

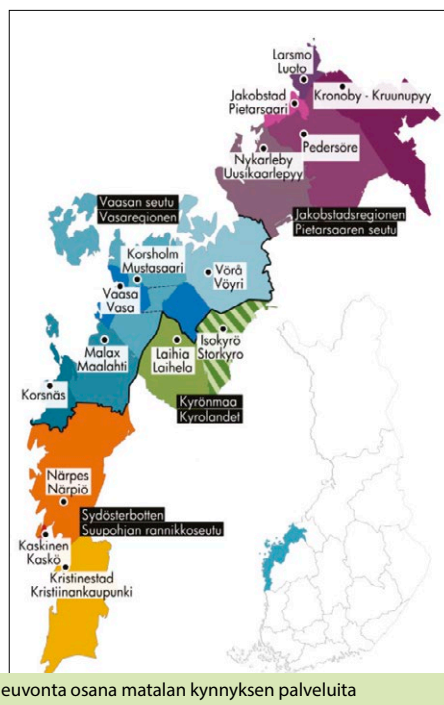
Palveluohjaus perustuu aina palvelutarpeen arviointiin. Se edellyttää yhteydenottoa. Asiakas tai läheinen voi olla yhteydenottaja. Toisaalta yhteydenotto palveluohjaukseen voi tulla esimerkiksi sairaalasta ikäihmisen kotiutumista suunniteltaessa tai terveyskeskuksen lääkärinvastaanotolta. Yhteys palveluohjaukseen voi syntyä myös matalan kynnyksen/ikäpisteen palvelujen kautta. Yhteydenotossa on mahdollista käyttää elektronisia järjestelmiä, puhelinta tai palveluohjauksen toimipisteiden palveluja esimerkiksi kasvokkain.

Moniammatillisen palveluohjauksen ydintiimi on se taho, johon yhteydenotto kohdentuu. Palveluohjauksen ydintiimi (kuvio 9) tekee kotikäynnillä palvelutarpeen arvioinnin RAI tietoa hyödyntäen. Ydintiimillä on tukenaan asiantuntijoita kuten esimerkiksi geriatri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti. Maakunnalliset ydintiimit toimivat verkostomaisesti hyödyntäen elektronisia järjestelmiä asiantuntijavaihtoon ja konsultointiin. Pohjanmaalla testataan henkilökohtaisen budjetoinnin kokeiluhankkeessa vuorovaikutteisen videoyhteyden käyttöä case managereiden välillä asiantuntijakonsultoinnissa. Tulokset ovat lupaavia ja antavat mahdollisuuksia kehittää työvälineitä laajemmin maakuntatason palveluohjaukseen.

Moniammatilliset palveluohjauksen tiimit

Tavoitteena - hyvä arki kotona

- **Moniammatillisia palveluohjauksen ydintiimejä on alueella 3-4**
 - Liikkuvat tiimit
 - Tiimien kokoonpano ja määrä on yhteydessä alueen väestöpohjaan ja väestörakenteeseen
 - Tiimit vastaavat palvelutarpeen arvioinnista, palvelupäätöksistä ja suunnitelmien tekemisestä
 - Ydintiimi määrittelee asiakkaalle vastuuhenkilön/case managerin
 - Palvelutarpeen arviointi tehdään RAI tietoa hyödyntäen
 - Ydintiimi toimii moniammatillisesti asiantuntijoita konsultoiden
- **Keskittetty palveluohjaus ja satelliitit**
 - Moniammatilliset ydintiimit sijoittuvat alueille keskitetysti, heillä on käytössään ns. satelliittitilat, jotka sijoittuvat palvelupisteiden yhteyteen (esim. sotekeskuksen yhteyteen)
- **Johtaminen**
 - Keskittetty
 - Tieto-, osaamisen ja asiantuntijuuden johtaminen korostuu
- **Palveluohjauksen vaikutusten seuranta ja arviointi**
 - Asiakkaan tilassa tapahtuneet muutokset ja arjessa selviytyminen
 - Asiakkaiden ohjautuminen palveluihin (järjestäjän näkökulma)
 - Tuotteet, asiakassegmentit, palvelutarpeet, (järjestäjän näkökulma)



Informaatio ja neuvonta osana matalan kynnyksen palveluita

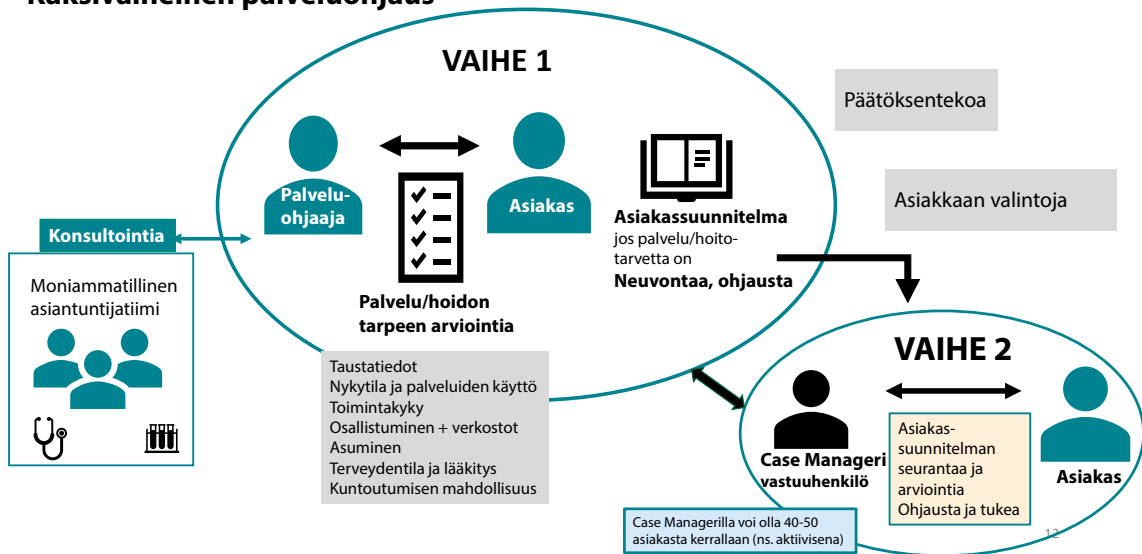
Kuvio 9. Palveluohjauksen tiimit Pohjanmaalla

Koska Pohjanmaan maakunta on maantieteellisesti pitkä ja kapea, on tärkeää sijoittaa palveluohjauksen ydintiimit siten, että kotikäyntejä tehtäessä välimatkat ovat kohtuulliset (korkeintaan 50 km yhteen suuntaan). Tästä syystä ydintiimejä tulisi maakunnassa olla noin 3–4. Fyysiseen sijaintiin vaikuttaa se, miten sote/perhekeskukset sijoittuvat alueelle tulevaisuudessa. Tiimejä johdetaan keskitetysti ja erityisasiantuntijat toimivat maakunnassa keskitetysti. Myös asiantuntijakonsultointi tapahtuu keskitetysti. Ydintiimin palvelu on lähipalvelua.

Palveluohjauksen vaiheet

Asiakas ohjautuu kaksivaiheeseen palveluohjaukseen, jos matalan kynnyksen palvelut kuten ikäpisteen tuottama informaatio ja neuvonta ei riitä tai asiakkaalla nousee esille keskustelussa sellaisia riskitekijöitä, joihin puuttuminen edellyttää laajaa, moniammatillista palvelutarpeen arviointia. Palveluohjauksen vaiheiden 1–2 toteuttaminen edellyttää aina asiakkaan palvelutarpeen arviointia (kuvio 10). Vaiheisiin sisältyy päätöksentekoa ja asiakkaan tekemiä palveluihin liittyviä valintoja. Mikäli asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin pohjalta päädytään siihen, että asiakkaalla ei ole palvelutarvetta palveluohjauksen vaiheessa 1 tehdään tästä kirjaus/päätös ja palveluohjauksen prosessi päättyy siihen. Omahoitoon tukemista ja neuvontaa toteutetaan kaikissa vaiheissa, tarvittaessa yhteistyössä ikäpisteen tai sen rajapintojen kanssa. Palvelukokonaisuuksien koordinoinnista, jos asiakkaalla on useita ja pitkäaikaisia palvelutarpeita ja palveluja/palvelukokonaisuuksia, vastaa case manageri (vaihe 2). Hän seuraa ja arvioi asiakkaan suunnitelman tavoitteiden saavuttamista ja palvelutarpeen muutosta. Hän on myös sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen verkoston koordinaattori.

Kaksivaiheinen palveluohjaus



Kuvio 10. Kertaluontoinen ja pitkäaikainen/intensiivinen palveluohjaus

KAKSIVAIHEINEN PALVELUOHJAUS JA RAI TIETO

Vaiheen 1 RAI tieto

Asiakkaan toimintakyky ja terveydentila

- kognitio, fyysinen toimintakyky, terveydentila ja lääkitys
- sosiaalinen verkosto, asuminen
- kuntoutumisen mahdollisuus ja palveluiden käyttö ja läheisapu
- riippuvuudet

Asiakkaan palvelutarpeet

- MAPLe 15 ja tarvesegmentit

Asiakkaan omat kokemukset ja tavoitteet

- kokemus terveydentilasta ja yksinäisyydestä
- osallistuminen ja tavoitteiden asettaminen

Asiakkaan tilanteen/toimintakyvyn muutokset ja kuntoutumismahdollisuudet

- onko tilanne parantunut, pysynyt ennallaan tai huonontunut
- uskooko asiakas kuntoutumisen mahdollisuuteen

Jatkotoimenpiteet

Vaiheessa 2 painopisteenä on asiakkaan suunnitelman tavoitteiden saavuttaminen, asiakkaan suoriutumiseen ja tilanteeseen liittyvä muutos, riskitekijöiden vähentäminen ja parhaan mahdollisen arjen toiminnan tason saavuttaminen. Vaiheessa 2 hyödynnetään samoja RAI mittareita ja tunnuslukuja kuin vaiheessa 1.

Mallin valmiusaste: Kaksivaiheinen palveluohjauksen toimintamalli on valmis käyttöönotettavaksi, mikäli keskitetty toimintamalli päätetään ottaa maakuntatasolla käyttöön.

8 Palveluohjauksen tietojohdaminen

Palveluohjauksen tietojohdamisessa tarvitaan tietoa, jonka pohjalta on mahdollista tehdä päätelmiä ikäihmisten palveluihin hakeutumisesta ja ohjautumisesta, palveluohjauksen asiakasrakenteesta ja asiakkaiden riskitekijöistä. Lisäksi tarvitaan tietoa ns. palvelupaketien vaikuttavuudesta ja asiakkaiden kuntoutumisesta kuten myös resurssien tarkoituksenmukaisesta kohdentamisesta ja palveluohjauksen kustannusvaikuttavuudesta. Edellä kuvattuihin haasteisiin on Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hankkeessa pyritty vastamaan RAI tiedon sovelluksia kehittämällä. Hankkeessa kehitetty tietojohdamisen RAI tunnuslukukartta on ensimmäinen maakunnallinen versio. Se vaatii vielä testausta. Lisäksi sen käyttö vaatii harjoittelua ja RAI osaamisen syventämistä sekä elektronisten laitteiden/tietojärjestelmien kehittämistä tietojohdamisen tarpeisiin.

Asiakasrakenteen, tarvesegmenttien ja palveluohjauksen sisäisten tuotteiden kehittämisessä hyödynnettiin Pietarsaaren yhteistoiminta-alueen Helmi palveluohjausyksikön RAI tunnuslukuja. Yksikkö toimi jo lähtötilanteessa hallinnollisesti erillään kotihoidon palvelutuotannosta, joten RAI tietojen saaminen oli mahdollista. Saatua tietoa verrattiin esimerkiksi Mustasaaren, Närpiön, Kristiinankaupungin ja Vaasan kaupungin RAI perustietoon. Hankkeen loppuvaiheessa RAI käytön kattavuus nousi Pohjanmaalla 85 %:iin.

Maakuntanäkökulmasta olisi tarvittu sekä ajantasaista RAI poikkileikkaustietoa että kansallista RAI vertailutietoa. Näiden tietojen yhdistäminen ja luotettavuuden turvaaminen sekä tulkinta oli hankkeessa käytössä olevilla resursseilla ja tietojärjestelmillä haasteellista. I&O muutosagentti on kantanut vastuun RAI tiedon sovellusten kokoamisesta exeltauukko-pohjaisesti yhteistyössä RAI tietojohdamisen työryhmän kanssa.

RAI PALVELUOHJAUKSEN TIETOJOHTAMISEN TUNNUSLUKUKARTAN PÄÄTEEMAT

Tunnusluvut esitetään keskiarvoin, jakaumin ja prosentein osana toimintasuunnitelmaa ja sen seuranta ja arviointia

Palveluohjaukseen ohjautuneet asiakkaat - taustaa

- Hakeutumisen syyt ja palvelu tarpeen arvioinnin tyypit ja tehdyt toimenpiteet
- Keski-ikä, sukupuoli ja asuminen/yksin asuminen

Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden lähtötilanne ja palvelutarve

- Kognitio, fyysinen toimintakyky ja terveydentilan vakaus
- Asiakkaan kokemukset (yksinäisyys, terveydentila) ja sosiaalinen tilanne
- Palvelutarvetta kuvaavat MAPLe ryhmät
- Asiakkaan tilanteessa tapahtuneet muutokset (viimeisen 90 vrk:n aikana)

Aikaisempi palvelujen käyttö ja läheisverkosto

- Sairaalassa olo, päivystyspalvelujen käyttö
- Läheisapu, omaishoito, muu mahdollinen palvelu

Tarvesegmentit ja sisäiset palvelutuotteet

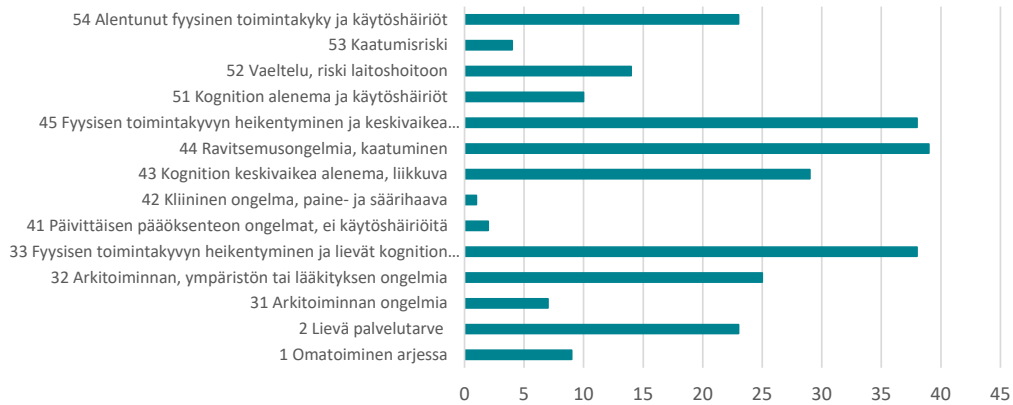
- Tarvesegmentit
- Palveluohjauksen sisäiset tuotteet ja resurssien käyttö

Seuravaksi esitetään poimintoja (kuviot 11-14 ja taulukko 2) palveluohjauksen tietojohdamisen tunnuslukukartasta käyttämällä esimerkkinä Helmi yksikköä. Aineisto on kerätty RAI ohjelmistosta tiettyinä poikkileikkausajankohtana (18.6.2018)

8.1 Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden palvelutarve ja palvelujen käyttö

Helmi palveluohjausyksikön arviointeja oli yhteensä 268 kyseisenä ajankohtana. Näistä palvelutarpeen arviointeja oli 75, omaishoidon tuessa arviointeja oli 171 ja ympärivuorokautisen asumisen hakua varten oli tehty 22 RAI arviointia.

Helmi palveluohjausyksikkö, n = 268



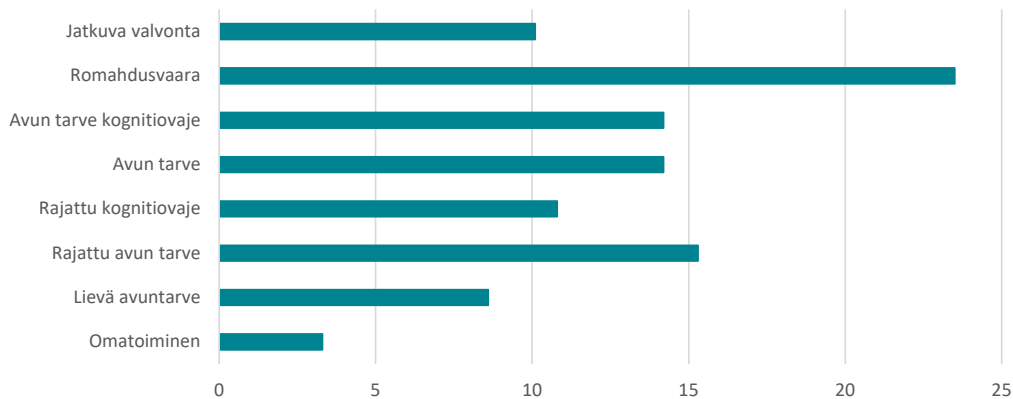
Kuvio 11. Asiakkaiden palvelutarve (poikkileikkaus 18.6.2018) MAPLe 15 mukaan.

Tulosten mukaan palvelutarpeen arvioinnissa olleilla asiakkailla oli:

- ravitsemusongelmia ja kaatumista (14,6 %)
- kognition ja fyysisen toimintakyvyn haasteita (14,2 %)
- melko hyvä kognitiivinen toimintakyky mutta alentunut fyysinen suoriutuminen (14,2 %)

Kun asiakkaat ryhmiteltiin tarvesegmenttien mukaan avun tarve huomioiden (kuvio 12), nähtiin, että palvelutarpeen arvioinnissa olleista asiakkaista melkein joka neljäs kuului ryhmään *romahdusvaara*. Kyseiseen ryhmään kuuluvilla oli ravitsemusongelmia tai kaatumista, kognition alenemaa ja käytöshäiriöitä tai kohonnut riski joutua laitoshoitoon.

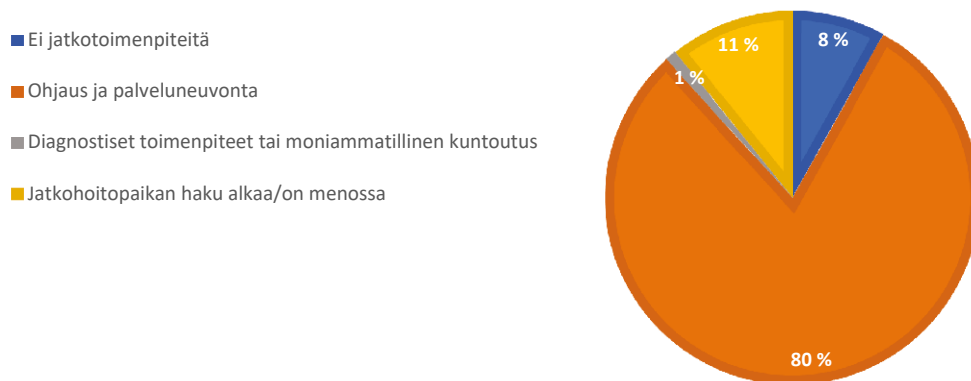
Helmi palveluohjausyksikkö (n = 268), %



Kuvio 12. Asiakkaiden tarvesegmentit (poikkileikkaus 18.6.2018).

Suurin osa Helmin yksikössä palvelutarpeen arvioinnissa olleista asiakkaista sai ohjausta ja palveluneuvontaa (kuvio 13). Vain harvalle oli tehty arvioinnin jälkeen diagnostisia tai moniammatillisia kuntoutustoimenpiteitä. Asiakkaista 11 %:lle oli aloitettu jatkohoitopaikan haku.

HELMI PALVELUOHJAUSYKSIKÖ (N = 268), %



Kuvio 13. Helmi palveluohjausyksikön asiakkaiden palveluihin ohjautuminen (poikkileikkaus 18.6.2018)

Taulukko 2. Vähintään kerran viimeisen 90 vrk:n aikana sairaalassa tai päivystyksessä olleet Helmi yksikön asiakkaat (poikkileikkaus 18.6.2018, RAI ohjelmiston tieto)

Poikkileikkaus 18.6.2018	Asiakkaat (%), jotka ovat olleet sairaalahoitossa yön yli viimeisen 90 vrk:n aikana vähintään kerran	Asiakkaat (%), joilla oli vähintään yksi päivystyskäynti viimeisen 90 vrk:n aikana
Helmi palveluohjausyksikön asiakkaat, n= 268	32 %	22 %

Palvelutarpeen arvioinnissa olleista asiakkaista noin joka viides oli käyttänyt päivystyspalveluja vähintään kerran viimeisen 90 vrk:n aikana. Luku on suurempi verrattuna esimerkiksi Helmi palveluohjausyksikön alueen kotihoidon asiakkaiden sairaala- ja päivystyskäyntien vastaavaan lukuun (www.thl.fi/rai_1_2018). Helmi palveluohjausyksikön tulokset nostavat esille romahdusvaara ryhmään liittyviä jatkokehittämishaasteita.

Mallin valmiusaste: Palveluohjauksen tietojohtamisen RAI tunnuslukukartta on sisällöltään testattavissa maakunnassa. Tunnuslukukartan tuottaminen elektroniseen muotoon vaatii vielä jatkotyöstämistä.

8.2 Palveluohjaus ja palvelurakennekriteerit

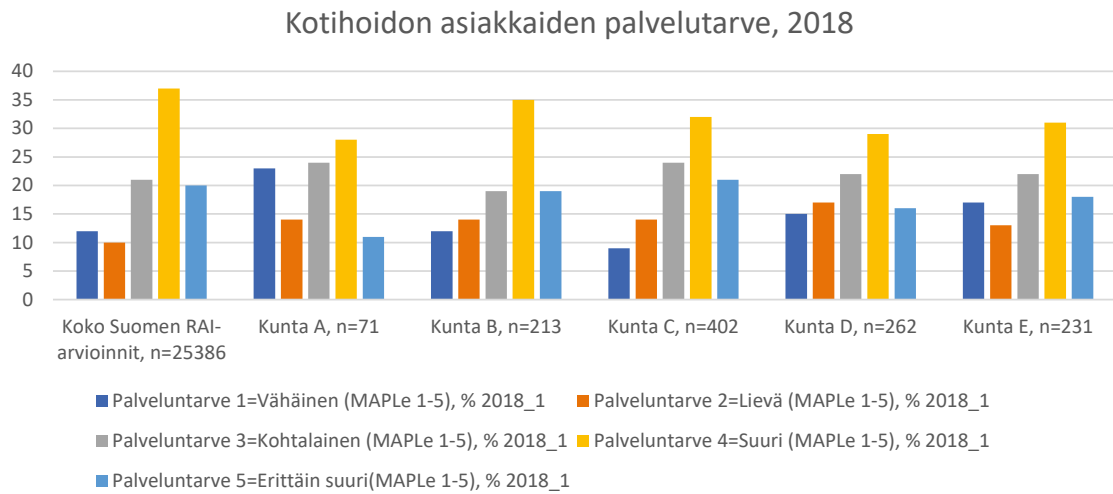
Koska Pohjanmaan alueella on pääsääntöisesti RAI tietoon perustuvat lautakuntien päättämät palvelurakennekriteerit jo tällä hetkellä käytössä, pohditaan tässä kappaleessa MAPLe ryhmittelyä ja erityisesti MAPLe 3 raja-arvoa ja sen merkitystä kotihoitoon ohjautumisen näkökulmasta.

Pohjanmaan haasteena on luoda sellaiset palveluohjauksen käytännöt, jotka tukevat ikäihmisten omahoitoa ja ohjaavat tarkoituksenmukaisesti palveluihin nykyisten kriteerien pohjalta. Lisäksi haasteena on ne kotihoidon asiakkaat, joilla jo on kotihoidon palveluita ja heidän palvelutarpeensa on niin vähäistä, ettei se täytä asetettuja kriteerejä. Vähäisen palvelutarpeen ryhmään kuuluvista asiakkaista osa hyötyisi kotihoidon sijaan vaihtoehtoisista palveluista. Erityisen tärkeitä ovat ne vaihtoehtoiset palvelut, jotka edistävät ikäihmisen liikkumista ja kävelykykyä.

Säännölliseen kotihoitoon ohjautumisen raja-arvona on maakunnassa käytetty MAPLe arvoa 3. Jos MAPLe luku on kolme tai enemmän on todennäköistä, että asiakkaalle myönnetään kotihoito. Raja-arvo 3 kuvaa niitä asiakkaita, joilla on vähintään *kotiympäristöön tai lääkitykseen liittyviä ongelmia tai vaikeuksia aterioiden valmistamisen suhteen tai heillä on ADL ongelmia.*

Palveluohjaajan on tärkeä tunnistaa MAPLe 3 raja-arvoon liittyvät palveluohjauksen haasteet. Tiivis yhteistyö kotihoidon kanssa voi johtaa tilanteeseen, jossa asiakkaat ohjautuvat kotihoitoon myös silloin, kun kotihoito ei ole tarkoituksenmukaisin ratkaisu esimerkiksi kotiympäristön ongelmia ratkaistaessa. Arkisuoriutumisen ongelmiin voi löytyä ratkaisuja esimerkiksi kotikuntoutuksen menetelmin, jolloin esimerkiksi säännöllisen kotihoidon palveluilta voidaan välttyä. Toisaalta kotihoito voi olla hyödyllinen asiakkaalle, vaikka hän ei täytä kotihoidon kriteerejä (MAPLe 2). Näissä tilanteissa palvelun ja intervention vaikutusten seuranta ja arviointi sekä laaditun suunnitelman päivittäminen, kun tavoitteet on saavutettu, on keskiössä.

Kotikuntoutukseen tulee ohjautua erilaisin kriteerein kuin kotihoitoon. MAPLe 3 raja-arvo ei kerro riittävästi kotikuntoutuksen tarpeesta tai asiakkaan kuntoutumismahdollisuudesta.



Kuvio 14. Pohjanmaan kuntien kotihoidon asiakkaiden palvelutarpeet MAPLe ryhmittäin (www.thl.fi/raivertailutieto 1_2018)

Yleisellä tasolla arvioituna voidaan kuvioista 14 nähdä, että Pohjanmaan alueella (kunta A-E) kotihoidon asiakkaista noin 30 % ei täytä kotihoidon kriteerejä (MAPLe raja-arvo 3). Vähäisen ja lievän palvelutarpeen asiakkaita on Pohjanmaalla enemmän kuin Suomen kotihoidossa keskimäärin. Kuvion mukaan näyttää myös siltä, että alueella/kunnassa C on onnistuttu parhaiten asiakkaiden kotihoitoon ohjauksessa.

RAI tunnuslukukartta on palveluohjaajan työväline. Sen tarkoituksena on turvata palvelua hakevan asiakkaan yhdenvertainen kohtelu koko maakunnan alueella. Tunnuslukukartan tarkoituksena on myös auttaa palveluohjaajaa tunnistamaan riskiasiakkaat, ennaltaehkäistä palvelutarpeen lisääntymistä ja tukea asiakkaan kuntoutumista.

RAI tunnuslukukartan ja palvelukriteerien lisäksi maakunnassa on tärkeä määritellä kotona asumista tukevien palvelujen kokonaisuus kuten myös palveluohjausyksikön rooli suhteessa julkiseen ja yksityiseen palvelutuotantoon.

8.3 Palveluohjauksen sisäiset tuotteet ja hinnoittelu Helmi palveluohjausyksikössä

Palveluohjauksen sisäisten tuotteiden kehittämistyön lähtökohtana on ollut erilaiset asiakastarpeet ja niihin vastaaminen yleisen neuvonnan, palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen keinoin. Lisäksi lähtökohtana on myös ollut se, että asiakkaan tarpeiden kartoittamisessa tarvitaan moniammatillisen tiimin osaamista ja asiantuntijakonsultointia.

Sisäiset tuotteet ovat rakennettu siten, että ne vastaavat kaksivaiheisen palveluohjauksen malliin (kuvio 8). Tuotteiden hinnoittelu perustuu palveluohjauksen asiakasmäärään (suoritteet) ja vaativuuteen (asiakassegmentit) sekä palveluohjauksen resurssien käyttöön (palveluohjaajien määrä ja työpanos) ja näihin liittyvään kustannuslaskentaan (toteutuneet kustannukset).

Tuotteisiin on sisällytetty yhdensuuntainen 50 kilometrin ajomatka. Helmi palveluohjausyksikkö tuottaa sekä kevyemmän palvelun/ikäpiste tyyppistä palvelua (NePo), palvelutarpeen arviointia (PTA) että intensiivistä palveluohjausta (CM). NePo tuotteiden hinta vaihtelee 30–70 euron välillä. Palvelutarpeen arvioinnin tuotteet vaihtelevat 100–600 euron välillä ja Case Management tuotteet 150–350 euron välillä.

Hinnat ovat tässä vaiheessa suuntaa antavia. Niihin liittyviä laskelmia tulee jatkossa vielä tarkentaa ja testata. Tuotteiden kehittelyyn osallistui Helmi palveluohjauskeskuksen palveluohjaajat, esimiehet ja talouspäällikkö yhdessä I&O muutosagentin kanssa.

Helmi palveluohjauskeskuksen sisäiset tuotteet



Tuotteiden hinnat muodostuvat palveluohjauksen kokonaiskustannuksista ja vyyrytetystä kustannuksista

Ajomatka 50 km (yksisuuntainen matka) sisältyy tuotteen hintaan

NePo TUOTE 1,

Perustason HyTe neuvonta ja ohjaus

NePo TUOTE 2,

Perustason Sote neuvonta ja ohjaus

PTA TUOTE 1,

Palvelutarpeen arviointi (Oulu Screener)
Palveluohjaajan kotikäynti
- Pta + dokumentointi/asiakassuunnitelma (yhteensä n. 2h)

PTA TUOTE 2,

Palvelutarpeen arviointi (Oulu Screener + muu mittaristo)
Palveluohjaajan + asiantuntijan kotikäynti
- Pta + asiakassuunnitelma/dokumentointi + palvelujen koordinointi (yht. n. 3-4h)

PTA TUOTE 3,

Palvelutarpeen arviointi (Oulu Screener + muita mittareita)
Kotikäynnillä konsultoidaan useita asiantuntijoita
- Pta + asiakassuunnitelma/dokumentointi + konsultointia ja palvelujen koordinoitua (yht. n. 5h)

CM TUOTE 1,

Palvelujen yhteensovittamiseen liittyvä asiakaskohtainen ohjaus, kun kyseessä on laaja-alainen yhteensovittettava tarve ja jossa palvelutarve/hoitotarve on jo arvioitu. (yhteensä n. 2h)

CM TUOTE 2,

Asiakastason seuranta ja arviointi (esim. palveluseteli, yksityiset palvelut)

CM TUOTE 3,

Asiakastason seuranta ja arviointi – vaativa, moniammatillinen taso, intensiivinen palveluohjaus

NePo = neuvonta ja ohjaus
PTA = palvelutarpeen arviointi
CM = Case Management

Asiantuntijakonsultointi toteutetaan sisäisenä tai ulkoisena ostopalveluna - sisällytetty "PTA tuote 3" ja "CM tuotteen 3" hintaan

Kuvio 15. Helmi palveluohjausyksikön sisäiset tuotteet.

Mallin valmiusaste: Sisäisten tuotteiden käyttöönotto edellyttää testausta laajemmalla aineistolla.

9 Yhteenveto ja mallin jatkokehittämishaasteita

Tämä julkaisu on syntynyt osana Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon hanketta. Julkaisussa on kuvattu kehitettyä palveluohjauksen toimintamallia ja tietojohdamisen tunnuslukuja. Julkaisu turvaa palveluohjauksen kehittämistyön jatkuvuuden Pohjanmaan maakunnassa riippumatta käyttöönotettavasta organisaatio/maakuntamallista. RAI on maakunnassa ollut pitkään käytössä, joten RAI osaamista ja motivaatiota kehittämistyöhön on jo ennestään. Tarkoituksena on jatkaa hankkeen loputtua RAI tietojohdamisen kehittämistä kuntien omien resurssien puitteissa.

Tämän julkaisun eräänä pyrkimyksenä oli tuoda esille **uusia RAI sovelluksia ja käyttömahdollisuuksia ns. palveluohjauksen tietojohdamisen tunnuslukukartta** palveluohjauksen johtamisen työvälineeksi. Vaikka tunnuslukukartan kehittämistyö ei ole loppuun saatettu, voidaan todeta, että tunnuslukukartasta on ollut hyötyä jo sellaisenaan RAI tietojohdamisen työryhmyöskentelyssä hankkeen aikana. Tunnuslukukartasta on hyötyä myös palveluohjauksen käytännön työssä.

Tunnuslukukartan avulla on todettu, että:

- Palveluohjauksen asiakkailla on kliinisiä haasteita/romahdusvaara, joihin puuttamalla ja tunnistamalla voidaan vähentää ikäihmisten palvelutarvetta ja raskaampiin palveluihin ohjautumista
- Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakasrakenne on hieinan kevyempi Suomen keskiarvioihin verrattuna, vaikka palvelurakennekriteerit ovat Pohjanmaalla sangen tiukat. Tämä tuottaa palveluohjaukselle haasteita jatkossa kuten myös vaihtoehtoisten ja hyte palvelujen kehittämistyölle
- Kotihoidon laadun epäkohtiin liittyvät kehittämishaasteet kohdentuvat kliiniseen hoitoon ja kuntoutumiseen. Näihin puuttuminen edellyttää henkilöstöresurssien uudelleen kohdentamista ja osaamisen kehittämistä

Jatkokehittämishaasteena on saattaa RAI tunnuslukukartta sellaiseen elektroniseen muotoon, jotta se on helposti saatavilla ja jotta se palvelee palveluohjauksen tarpeita mutta myös operatiivista ja strategista johtoa maakuntatasolla.

RAI tunnuslukukartan lisäksi julkaisussa kuvataan **palveluohjauksen toimintamalli**, jonka tarkoituksena on turvata:

- Laadukas palvelutarpeen arviointi ja päätöksenteko
 - Informaatio ja neuvonta perustuu tarpeeseen ja on helposti saatavissa erilaisin yhteydenottokeinojen avulla
 - ”liikennevalot” auttavat tunnistamaan ikäihmisen, jolla on palvelutarvetta lisääviä riskitekijöitä
 - Palvelutarpeen arviointi tehdään luotettavia mittareita käyttäen (Pohjanmaalla RAI)
 - Palvelutarvetta ja palveluja koskeva päätöksenteko perustuu palvelu/hoitotarpeen arviointiin ja tarvittaessa moniammatilliseen keskusteluun, jossa asiakas on aktiivinen osallistuja
 - Päätöksenteko ja siihen liittyvä palvelujen myöntämisprosessi perustuu palvelurakennekriteereihin
- Iäkkään palvelukokonaisuuden koordinointi
 - Ikäihmiset, joilla on palvelutarve ja joille laaditaan tavoitteellinen suunnitelma saavat tarvittaessa case managerin ohjausta ja tukea. Case manageri seuraa ja arvioi suunnitelman tavoitteiden toteutumista ja palvelutarpeen muutosta
 - Case Manageri toimii moniammatillisen verkoston koordinaattorina
 - Moniammatillisella palveluohjauksen tiimillä on verkot mm. päivystykseen, sairaalaan, kotihoitoon, palveluasumiseen, kotikuntoutukseen kuten myös muihin palveluihin tuottaviin tahoihin ja kuntien tuottamiin palveluihin
- Ikäihmisten palvelukokonaisuuksien vaikuttavuuden seuranta ja arviointi
 - Palveluihin ohjautumista seurataan ja arvioidaan tunnusluvuin
 - Palveluiden asiakasrakennetta ja laatutasoa seurataan ja arvioidaan tunnusluvuin
 - Palveluohjauksen sisäistä toimintaa seurataan ja arvioidaan sekä johdetaan

Keskitetyn palveluohjauksen toimintamallin käyttöönoton edellytykset

Mallin maakuntatason käyttöönotto edellyttää *palveluohjauksen prosessien erottamista kotihoidon prosesseista*. Haasteena on mallin käyttöönotto niiden kuntien alueella, jossa väestöpohja on pieni ja palveluohjaajalla on palveluohjauksen lisäksi muita tehtäviä.

Käyttöönotto edellyttää myös *palveluohjaajien osaamisen varmistamista* ja moniammatillisen palvelutarpeen arvioinnin osaamisen kehittämistä. Tarvitaan *täydennyskoulutus*, jossa punaisena lankana on moniammatillisen ohjausosaamisen ja palveluohjauksellisen ja kuntoutumista edistävän työotteen vahvistaminen. Tämän lisäksi palveluohjaajalla tulee olla leveää tietämystä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja – valikoimasta sekä tunnuslukujen käytöstä.

Uuden toimintatavan käyttöönotto vaatii lisäksi henkilökunnalta *asennemuokkausta* ja yhteisten käytäntöjen sisäistämistä. Ensisijaisena tulee olla asiakkaan voimavarojen tunnistaminen, riskeihin puuttuminen, ennaltaehkäisy, omahoidon ja kotona asumisen edistäminen sekä osallistamisen tukeminen. Toissijaisena on palveluihin ohjaaminen. Riittävä koulutus ja perehdytys sekä *johtamisosaaminen* ovat edellytys onnistumiselle.

Jatkohaasteet

Pohjanmaan palveluohjaus kuntoon kehittämistyö on toteutettu asiantuntijatyönä pilottiyksiköiden avulla. Jatkohaasteena on keskustelun avaaminen palveluja käyttävien ikäihmistien kanssa. Toimintamallista ja sen periaatteista on tärkeä keskustella. Myös yhden luukun periaatteesta on tärkeä tiedottaa.

Asiakassegmenttien ja palvelupakettien välinen suhde on yksi jatkokehittämisen suunnista. Palvelupaketit voivat koostua useista elementeistä. Palveluohjauksen rooli palveluiden toteutumisen ja vaikutusten seurannassa ja laadun valvonnassa tulee jatkossa avata myös tarkemmin. Palveluohjauksen ns. itsenäinen rooli on tärkeä niissä tilanteissa, kun palvelu toteutetaan palvelusetelillä tai muina ostopalveluina.

Mallissa on nostettu esiin työkaluja keskitetyn palveluohjauksen tietojohdamisen tueksi. Jatkossa on tärkeä käydä keskustelua keskitetyn palveluohjausyksikön johtamismallista. Johtamisessa korostuu verkostot, asiantuntijuus, integraatio, monialainen, sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus ja palvelu/hoitoketjuajattelu.

Ratkaistaessa palveluohjausyksikön hallinnollista sijoittumista sosiaali- ja terveydenhuollon (mahdollisesti maakunnan laajuudessa) organisaatiossa on huomioitava saumattomien yhdyspintojen syntyminen erityisesti perusterveydenhuollon lääkäri- ja hoitajapalveluihin, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuspalveluihin. Jatkossa tulee myös panostaa palveluohjauksen prosessien kehittämiseen palveluohjauksen ja perusterveydenhuollon palvelujen integroimiseksi. Tässä hankkeessa edellä mainittuun ei ole ollut resursseja.

10 Suosituksia käyttöönottoon

Tässä kappaleessa keskitytään muutamaankin keskeiseen käyttöönottoon liittyvään suositukseen. Uuden toimintamallin käyttöönotossa panostetaan yleensä paljon resursseja lähtötilanteen analyysiin, jolloin uuden toimintamallin käyttöönoton päämäärä ja muutoksen läpivienti jää vähemmälle huomiolle. Toisaalta kehittämistyö toteutetaan usein ryhmätyönä, jolloin innovaatiot ja asiantuntijuus jää vähemmälle.

Keskitetyn palveluohjauksen toimintamallin käyttöönotto edellyttää uuden asiakaslähtöisen toimintakulttuurin käyttöönottoa ja palveluohjauksen osaamisen lisäämistä. Moniammatillinen, kuntoutumista edistävä palveluohjaus on palvelutarpeen arviointiin perustuvaa asiakkaan osallistumista ja voimavaroja korostavaa sekä kotona asumista edistävää toimintaa. Se on siirtymistä pois byrokraattisesta, virkamiesmäisestä, professioita korostavasta päätöksentekokoneistosta kohti asiakaslähtöistä, tavoitteellista, mitattavaa ja tarveharkintaista, verkostomaista toimintaa.

Suositus 1

Laadi mitattavat tavoitteet, joihin maakuntatasoisella palveluohjauksella pyritään.

Pohjanmaalla yli 75 vuotiaiden kotona asuvien määrän lisääminen 94 %:iin vuoteen 2025 tarkoittaa sitä, että:

- Matalan kynnyksen ikäpisteet toimivat maakunnassa vähintään perhe/sote keskusten yhteydessä. Ikäpisteet tunnistavat varhaisessa vaiheessa riskiasiakkaat ja ennaltaehkäisevät ikäihmisten laajempaa palvelutarvetta sekä tukevat arjen toimintaa ja kotona asumista
- Palvelutarpeen arviointi tehdään systemaattisesti kaikille palveluja hakeville luotettavia mittareita käyttäen
- Asiakkaiden kuntoutumismahdollisuudet tunnistetaan, mennään asiakkaan voimavarat edellä. Säännöllisiin palveluihin ohjautuminen on toissijaista ja tarpeisiin perustuvaa

Suositus 2

Laadi konkreettinen suunnitelma, jonka avulla saavutat tavoitteet

- Määritellään ne kriittiset tekijät, joiden avulla keskitetyn palveluohjauksmallin käyttöönotto voidaan aloittaa; resurssit, vastuut, työnjako, aikataulut
- Määritellään organisointimalli ja mihin palveluohjausyksikkö sijoituu palvelukokonaisuudessa.
- Palveluohjauksen toimintamallin operationalisointi edellyttää sen avaamista prosessiksi. Prosessissa määritellään palveluohjauksen vaiheet ja työnjako eri toimijoiden välillä, myös rajapinnat erityisesti hyte-toimintaan.
- Varmistetaan henkilöstön osaaminen yhteisillä täydennyskoulutuksilla ja perehdytyksillä. Sovitaan päätöksenteon tuen työvälineistä ja niiden systemaattisesta hyödyntämisestä.
- Varmistetaan, että palveluohjauksesta ja muutosprosessista vastuullisilla on riittävä kyky/osaaminen seurata ja arvioida toiminnan muutosta käyttöön otettavien tunnuslukujen avulla.
- Etsitään asiakkaan osallisuutta tukevia työmenetelmiä

Suositus 3

Laadi tunnusluvut ja mittarit, joiden avulla arvioidaan tavoitteiden saavuttamista

Pohjanmaalla ikäihmisten palveluihin ohjautumista seurataan mm. RAI tunnusluvuin vähintään kolmesti vuodessa (toimintasuunnitelman ja talousarvioin toteuman seurannan kanssa rinnan).

- RAI/MAPLe palvelutarveryhmittelyn avulla tunnistetaan asiakkaiden palvelutarve. Kiinnitetään huomiota erityisesti lievän palvelutarpeen asiakkaisiin ja tuetaan heidän omahoitoa ennaltaehkäisevin toimin
- RAI/CPS ja ADL – alentuneen kognition ja heikentyneen fyysisen toimintakyvyn syyt tunnistetaan ja laaditaan tavoitteellinen, kuntoutumista edistävä suunnitelma arjen toiminnan tueksi
- RAI/CHESS – epävakaan terveydentilan vaikutus arjen toimintaan tunnistetaan, puututaan syihin ja tuetaan parhaan mahdollisen toimintakyvyn ja terveyden saavuttamista.
- Kuntoutusinterventioiden tuloksia seurataan ja arvioidaan tunnusluvuin systemaattisesti
- Määritellään, millä tavalla seurataan matalan kynnyksen palveluiden toteutumista ja vaikuttavuutta asiakkaan arkiselviytymiseen

- Määritellään toimintakustannuksia kuvaavat indikaattorit
- Asiakkaan osallisuuden toteutumista ja asiakaskokemusta seurataan tunnuslukuin säännöllisesti

Suositus 4

Määrittele palveluohjauksen rooli osana ikäihmisten palvelukokonaisuutta ja maakuntatason sote integraatiota

- Laaditaan maakuntatason palveluohjauksen rooli/vastuu/, jotta saadaan näkyväksi moniammatillinen palveluohjaus silloin, kun ikäihminen kotiutuu sairaalasta, käy päivystyksessä tai perusterveydenhuollon vastaanotolla tai käyttää muita vastaavia palveluita.
- Varmistetaan geriatrian, sosiaalityön ja tarvittaessa muu asiantuntijuus ja roolit.

Suositus 5

Määrittele muutosjohtamisen menetelmät, joita käyttämällä muutos toteutetaan suunnitelman mukaan

- Perustetaan muutosta ohjaava tiimi ja valtuutetaan muutoksen tekemiselle
- Valitaan sopivat prosessin kehittämisen ja seurannan työvälineet (esim. Lean-menetelmät)
- Valitaan viitekehys muutosjohtamiselle; Pohjanmaan hankkeessa hyödynnettyä Kotterin mallia voidaan käyttää, jos keskitetystä palveluohjausmallista Pohjamaalle tehdään päätös.

LÄHTEET

- Ellis G., Garder M., Tsiachristas A., Langhorne P., Burke O., Harwood RH., Conroy SP., Kircher T., Somme D., Saltvedt. I., Wald H., O'Neill D., Robinson D., Shepperd S. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9.
- Finne-Soveri H., Björkgren M., Vähäkangas P., Noro A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Raportti. Helsinki. Stakes.
- Finne-Soveri H. 2010. SosiaaliporrasRAI – hanke 2007-2009: Gerontologisen sosiaalityön porrastettu palvelutarpeen arviointi. Tutkimuksia, Helsinki, Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto
- Gayatri S., Kumar M.N., Klein R. 2013. Effectiveness of Case Management Strategies in Reducing Emergency Department Visits in Frequent User Patient Populations: A Systematic Review. The Journal of Emergency Medicine 2013. Vol 44, issue 3.
- Hawes C., Morris J.N., Phillpis C.D., Mor V., Fries B.E., Nonemaker S. 1995 Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). The Gerontologist 35, 172-178
- Hirdes J.P., Ljunggren G., Morris J.N., Frijters D., Finne-Soveri H., Gray L., Björkgren M., Gilgen R. 2008. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. BMC Health Services Research 8, 277.
- Hirdes J.P., Poss J.W., Curtin-Telegdi N. 2008. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. BMC medicine 6,9.
- Heikkilä R., Mäkelä M. 2015. Onnistuminen – RAI vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Raportti 9. Helsinki. THL
- Kehusmaa S., Mäkelä M., Heikkilä R. 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa – tarpeet ja palveluratkaisut. Tutkimuksesta tiiviisti 2018_14. THL
- Klemola K., Uusi-Illikainen J., Askola T. 2014 Sosiaali- ja terveystieteiden tietojohdamisen käsikirja. SITRA, Helsinki.
- Noro A., Jeffrey W.P., John P.H., Finne-Soveri H., Ljunggren G., Björnsson J., Schroll M., Palmi V.J. 2011. Method for Assigning Priority Levels in Acute Care (MAPLe -AC) predicts outcomes of acute hospital care of older persons – a cross-national validation 11.
- Noro A., Finne-Soveri H., Björkgren M., Vähäkangas P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus: RAI järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki. Stakes.
- Pohjanmaan maakunnan sote palveluiden järjestämissuunnitelma 2018. www.sinunpohjanmaasi.fi
- Pohjanmaan sote- työryhmien loppuraportit. 6.6.2017. www.sinunpohjanmaasi.fi
- STM 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 – 2019. STM 2017:6

- STM 2016. Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hanke-suunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:4.
- Seppänen A., Mainio A., Mankila P., Saloranta J. 2008. Palveluohjaus on käyttökelpoinen menetelmä psykiatriassa. Suomen lääkärilehti 2008 (63):17
- THL 2018. Tiedosta arviointiin tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali ja terveystalot Pohjanmaa
- Somme D., Trouve H., Dramé M., Gagnon D., Couturier Y., Saint-Jean O. 2012. Analysis of case management programs for patients with dementia: A systematic review. Alzheimer's & Dementia. 2012 vol 8 iss 5.
- Stokes J, Panagjoti M., Alam R., Checkland K., Cheraghi-Sohi S., Bower P. 2015. Effectiveness of Case Management for "At Risk" Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One 2015. 10(07).
- Vuorinen T. 2014 Strategiakirja - 20 työkalua. Talentum Media Oy. Best Print. Viro.
- Vähäkangas P., Niemelä K., Noro A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen – Koti ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti 48. Helsinki. THL
- Vähäkangas P., Niemelä K., Mäkelä M. 2017. Ikäihmisten palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen. RAI tunnuslukuja hyödyntäen. Raportti 13. Helsinki. THL.
- Väli Suomen Ikäkaste 2009-2013. www.innokyla.fi
- www.thl.fi/raivertailutieto
- www.thl.fi/rai
- www.alueuudistus.fi
- www.pohjanmaa.fi
- Hallintolaki 434/2003
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalousta (2012/980)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta (2000/812)
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992/785)
- Sosiaalihuoltolaki (2014/1301)
- Terveystalousta (2010/1326)

LIITTEET

Työryhmien osallistajat **Sote ikäihmisen työryhmän osallistajat (2016–2018)**

Pia Vähäkangas, Pohjanmaan I&O muutosagentti

Leif Holmlund, Vaasan kaupunki

Peter Riddar, Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä, K5

Hannu Happonen, Laihian kunta

Johanna Björkman, sijaisena Carina Nordman-Byskata, Korsnäsön kunta, helmikuun 2018 alusta

Lisen Bäck, Vöyrin kunta

Annika Ikkala-Västi, Vaasan kaupunki

Pirjo Knif, Pietarsaaren yhteistoiminta-alue

Marjo Orava, Pietarsaaren yhteistoiminta-alue

Åsa Rönnqvist, Kruunupyyn kunta (Soite)

Riitta Palmberg, Kristiinankaupunki

Maija-Liisa Tiilikka, Vaasan kaupunki

Joakim Sandbacka, Folkhälsan Valfärd Ab

Anna-Maria Sandberg, Närpiön kaupunki

Tony Pellfolk, Jim Eriksson, Närpiön kaupunki, 2017 alusta

Matti Paloneva, sijaisena Gudrun Särs, Vaasan kaupunki, tammikuun 2018 alusta

Alice Backström, Mustasaaren kunta

Pirjo Wadén, Vaasan kaupunki

Jarkko Pirttipera, Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä K5

Maria Hammar, Vaasan sairaanhoitopiiri, sihteeri

Asiantuntija-alatyöryhmät (Palveluohjauksen kehittäminen ja RAI tietojohdaminen, 2017–2018)

Pia Vähäkangas, Pohjanmaan I&O muutosagentti

Maria Hammar, Vaasan sairaanhoitopiiri, sihteeri

Maija-Liisa Tiilikka, Vaasan kaupunki

Berit Kivimäki, Vaasan kaupunki

Nora Kourio, Vaasan kaupunki

Heli Jauhojärvi, Vaasan kaupunki

Isabella Nyman, Mustasaaren kunta

Gunilla Bertell, Mustasaaren kunta

Marja-Terttu Tarkkanen, Laihian kunta

Monika Björkqvist, Maalahden kunta

Jenny Björndahl- Öhman, Närpiön kaupunki

Riitta Palmberg, Kristiinankaupunki

Marketta Koskela, Pietarsaaren yhteistoiminta-alue

Ann-Sofie Larsson, Pietarsaaren yhteistoiminta-alue

Åsa Rönnqvist, Kruunupyyn kunta (Soite)

Britt-Marie Herrgård, Vaasan kaupunki

Pirjo Waden, Pohjanmaan HeBu kokeilu

Johanna Björkman, Korsnäsän kunta (helmikuu 2018 lähtien Pohjanmaan HeBu kokeilu)



Kotihoidon sekä omais- ja perhehoitajien palveluja on uudistettu nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi vuosien 2016–2018 aikana hallituksen I&O-kärkihankkeena.

I&O-kärkihankkeen tavoitteena on ollut kehittää ikäihmisille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut.

Toimeenpanon läpileikkaavina ajureina ovat olleet iäkkäiden osallisuuden lisääminen, digitalisaation hyödyntäminen, tiedolla johtaminen sekä poikkihallinnollinen yhdessä tekeminen.

Uudistuksessa on luotu malleja iäkkäiden maakunnallisille palvelukokonaisuuksille, jossa on sovitettu yhteen heille suunnattuja palveluja.

Alueellisen kehittämistyön tuloksia jaetaan tämän raporttisarjan myötä hyödynnettäväksi laajasti myös muissa maakunnissa.

Lisätietoa: <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>