

Päijät-Koti-hanke

Loppuraportti



Honkanen Kati, Keränen Kirsi, Nikkilä Katariina, Ruusuvirta Kati,
Sinkkonen Essi, Simola Katri ja Soininen Salla

8.1.2024



Päijät-Hämeen
hyvinvointialue

Sisällys

Hankkeen toiminnan ja tulosten tiivistelmä	3
Sammandrag av projektets verksamhet och resultat	5
Abstract	7
Johdanto	9
1. Aluehankkeen kuvaus ja tarkoitus	10
1.1 Hankkeen tarve	10
1.2 Kohderyhmät	10
2. Aluehankkeen tavoitteet	11
2.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä	11
2.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan	11
2.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palveluiden laadun	12
2.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla	12
3. Tulokset	12
3.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä	12
3.1.1. Toimintamallit	12
3.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan	17
3.2.1. Toimintamallit	17
3.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun	32
3.3.1. Toimintamallit	32
3.3.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset	38
3.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla	39
3.4.1. Toimintamallit	39
3.4.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset	43
Johtopäätökset	44

Hankkeen toiminnan ja tulosten tiivistelmä

Tavoitteet

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille -hankkeessa (Päijät-Koti-hanke) kehitettiin Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan toimintaa seitsemässä eri osaprojektissa. Toimialaan kuuluu Ikääntyneiden asiakasohjaus, Kotiin vietävät palvelut, Asumispalvelut, Geriatriinen osaamiskeskus ja Kuntoutus.

Hankkeessa oli neljä tavoitekokonaisuutta: kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, asiakkaat saavat oikeat palvelut oikeaan aikaan, riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun ja palveluiden laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla. Tavoitekokonaisuuksiin sisältyvät osaprojektit käynnistyivät suunnitelmallisesti eri aikoihin.

Tulokset ja toimintamallit

Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä -osiossa kehitettiin kotihoidon toimintamallia sekä tuettiin geriatriksen kokonaisarvioinnin työtavan käyttöönottoa. Kotihoidon toimintamallia kehitettiin siten, että asiakas saa palvelut tarvelähtöisin perustein ja henkilöstö riittää jatkossakin. Toimintamallissa käytetään yhteisesti sovitulla tavalla optimointiohjelmaa asiakaskäytien suunnittelussa ja jakamisessa. Toimintamalliin päädyttiin kahden pilotin kokemusten perusteella ja mallia tukemaan laadittiin pelikirja. Uusi toimintamalli vaatii toimintatapojen tarkentamista, yhteistyötä ja vahvaa sitoutumista sovittuihin asioihin. Kotihoidon uusi toimintamalli jää käyttöön hyvinvointialueelle. Geriatriksen kokonaisarvioinnin työtavan käyttöönoton tueksi hankkeessa koulutettiin henkilöstöä LAB-ammattikorkeakoulun toimesta geriatriksen avaimen eli CGA:n (comprehensive geriatric assessment) käyttöön.

Asiakas saa palvelut oikeaan aikaan -osioon kuului kotiarviointikäytännön, kotiuttamisen sekä sosiaalisen kuntoutuksen kehittäminen. Kotiarviointikäytännön kehittämisen toteutus ja tavoiteltu lopputulos muuttuivat hankkeen kuluessa ja mallinnusta pilotoitiin kahteen kertaan. Kotiuttamisen kehittämisen osiossa hankesuunnitelman mukainen tavoite muuttui ja hankkeen aikana koottiin tietoa kyselyn avulla tämänhetkisen kotiuttamisen prosessiin liittyvistä kehitettävistä asioista. Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen toimintamalli kehitettiin asiakasohjauksen tulosalueen gerontologisen sosiaalityön yksikköön. Sosiaalisella kuntoutuksella pyritään vastaamaan sellaisten ikääntyneiden tarpeisiin, joilla on haasteita elämänhallinnan eri osa-alueilla eivätkä muut palvelut pysty vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Samalla ehkäistään raskaampien palveluiden aloittamista.

Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palveluiden laadun -osiossa kehitettiin oppisopimusmallia ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalle. Hankkeessa kehitetyn monimuotoisen ja koordinoitun oppisopimusmallin tavoitteena on mahdollistaa koko tutkintoa suorittaville lähihoitaja-oppisopimusopiskelijoille osaamisen hankkiminen useassa toimialan eri yksikössä. Kehitettävän toimintamallin tavoitteena oli myös tarjota erilaisia tuen muotoja oppisopimusopiskelijoille, työpaikkaohjaajille sekä esihenkilöille. Oppisopimusmallin mukaisesta toiminnasta on vastannut hankkeessa työskentelevät koordinaattori ja opetushoitaja.

Palveluiden laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla –osioon kuului osallisuuden kehittäminen. Osiossa kartoitettiin iäkkäiden asiakkaiden ja heidän läheistensä osallisuuden mahdollisuuksia palveluissaan sekä luotiin yhdessä Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeen kanssa verkostoyhteistyön malli. Lisäksi selvitettiin iäkkäiden asiakkaiden osallisuuden keinoja toiminnassa.

Johtopäätökset

Hanke alkoi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä, josta tuli osa Päijät-Hämeen hyvinvointialuetta hankkeen puolella välissä. Tämä muutos kuten myös laaja toimintaympäristö loivat haasteita osaprojektien toteuttamiselle ja tavoitteiden saavuttamiselle. Jotta kehittäminen on tarpeiden ja tavoitteiden mukaista, on tärkeää luoda yhteiset sanoitetut ja saavutettavat tavoitteet sekä mahdollistaa asiakkaiden ja henkilöstön osallistuminen kehittämiseen. Tiivis ja suunnitelmallinen viestintä on olennaista sidosryhmien sitoutumisen kannalta. Hankkeessa havaittiin, että osallistaminen on haastavaa ja sitä tapahtuu palveluiden kehittämisessä edelleen vähän. Päijät-Koti-hankkeen hankeaika oli lyhyt, ja kehittämistyötä tulee jatkaa vastuhenkilöiden toimesta. Pienilläkin muutoksilla on mahdollista saada aikaan merkittäviä vaikutuksia.

Sammandrag av projektets verksamhet och resultat

Mål

I projektet Framtidens tjänster som stöder boende hemma för äldre inom Päijänne-Tavastlands välfärdsområde (Päijät-Koti-projektet) utvecklades verksamheten inom verksamhetsområdet för Tjänster och rehabilitering för äldre i sju olika delprojekt. Verksamhetsområdet för Tjänster och rehabilitering för äldre omfattar Kundhandledning för äldre, Tjänsterna som tillhandahålls hemma hos äldre, Boendetjänster, Geriatriskt kompetenscentrum och Rehabilitering.

Projektet innehöll fyra målhelheter: tjänster som stöder boende hemma är kundorienterade, kunderna får rätt tjänster vid rätt tidpunkt, kvaliteten på tjänster som tillhandahålls hemma hos äldre säkerställs av en tillräcklig och kunnig personal och kvaliteten på tjänster säkras av systematisk uppföljning. De delprojekt som ingick i målhelheterna startade planmässigt vid olika tidpunkter.

Resultat och verksamhetsmodeller

Under projektavsnittet Tjänster som stöder boende hemma är kundorienterade utvecklades verksamhetsmodellen inom hemvården samt stöttades implementeringen av arbetsmetoden för den övergripande geriatriska bedömningen. Verksamhetsmodellen inom hemvården utvecklades så att kunden får tjänster utifrån behov och att personalen kommer att räcka till även i fortsättningen. I verksamhetsmodellen används ett optimeringsprogram på ett ömsesidigt överenskommet sätt i att planera och dela kundbesök. Man stannade för verksamhetsmodellen på basis av erfarenheter av två pilotprojekt och en handbok utarbetades för att stötta modellen. Den nya verksamhetsmodellen kräver att man preciserar tillvägagångssätt, samarbetar och engagerar sig starkt i de överenskomna frågorna. Den nya verksamhetsmodellen inom hemvården kommer att användas inom välfärdsområdet också i fortsättningen. För att stötta implementeringen av arbetsmetoden för den övergripande geriatriska bedömningen utbildades personalen inom projektet i att använda det geriatriska bedömningsverktyget, CGA (Comprehensive Geriatric Assessment, strukturerat omhändertagande av äldre).

Projektavsnittet Kunderna får rätt tjänster vid rätt tidpunkt omfattade utvecklingen av hembedömningspraxis, utskrivning samt social rehabilitering. Genomförandet av utvecklingen av hembedömningspraxisen och det eftersträlvade slutresultatet förändrades under projektet och modelleringen testades två gånger i pilotformat. När det gäller projektavsnittet Utvecklingen av utskrivning, förändrade det mål som baserat på projektplanen och information samlades in under projektets gång med hjälp av en undersökning om de frågor anknutna till den aktuella utskrivningsprocessen som ska utvecklas. Verksamhetsmodellen för de äldres sociala rehabilitering utvecklades till enheten för gerontologiskt socialt arbete inom verksamhetsområdet för Kundhandledning. Med social rehabilitering eftersträvas att tillgodose behov hos sådana äldre personer som har utmaningar inom olika områden av livshandling och andra tjänster kan inte tillgodose deras behov. Samtidigt förhindras att starta tyngre tjänster.

Under projektavsnittet Kvaliteten på tjänster som tillhandahålls hemma hos äldre säkerställs av en tillräcklig och kunnig personal utvecklades en läroavtalsmodell för verksamhetsområdet Tjänster och rehabilitering för äldre. Syftet med den i projektet utvecklade mångsidiga och koordinerade läroavtalsmodellen är att göra det möjligt för de närvårdarstuderande med läroavtal som avlägger en hel examen att förvärva kunnandet i flera olika enheter inom verksamhetsområdet. Syftet med den verksamhetsmodell som skulle utvecklas var också att erbjuda läroavtalsstuderandena, arbetsplatshandledarna samt cheferna olika former av stöd. Den koordinator och undervisningsskötare som arbetar inom projektet har ansvarat för verksamheten enligt läroavtalsmodellen.

Projektavsnittet Kvaliteten på tjänster säkras av systematisk uppföljning omfattande att utveckla delaktighet. Detta projektavsnitt kartlade de äldre klienternas och deras närståendes möjligheter till att delta och vara delaktiga i sina tjänster och en modell för nätverkssamarbete skapades tillsammans med projektet Framtidens social- och hälsocentral. Dessutom utreddes de äldre klienternas medel för att delta och vara delaktiga i verksamheten.

Slutsatser

Projektet startade inom Päijänne-Tavastlands välfärdssamkommun som blev en del av Päijänne-Tavastlands välfärdsområde efter att halva projektet genomförts. Denna förändring, liksom den breda verksamhetsmiljön, skapade utmaningar för att genomföra delprojekten och att nå målen. För att utvecklingen ligger i linje med behov och mål är det viktigt att skapa gemensamma, skrivna och uppnåeliga mål samt att göra det möjligt för klienterna och personalen att delta och vara delaktiga i utvecklingen. Kortfattad och planerad kommunikation är viktig med tanke på intressentgruppernas engagemang. I projektet observerades att det är utmanande att göra människor delaktiga och det händer fortfarande lite när det gäller att utveckla tjänster. Projektiden av Päijät-Koti-projektet var kort och utvecklingsarbetet måste fortsätta av de ansvariga personerna. Även med små förändringar är det möjligt att åstadkomma betydande effekter.

Abstract

Objectives

The project *Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille* (Services for the elderly supporting living at home in the future, or Päijät-Koti project) by the Wellbeing Services County of Päijät-Häme developed the activities in the sector of services and rehabilitation for the elderly in seven different sub-projects. The sector of services and rehabilitation for the elderly includes client guidance for the elderly, services provided at home, housing services, geriatric competence centre, and rehabilitation.

The project had four sets of objectives: the services that support living at home are client-oriented, the clients receive the right services at the right time, sufficient and competent personnel ensure the quality of the services provided at home, and the quality of the services is ensured by systematic monitoring. The sub-projects included in the set of objectives were planned to start at different times.

Results and operating models

In the segment of the services that support living at home being client-oriented, a home care operating model was developed and the introduction of a work method for a comprehensive geriatric assessment was supported. The operating model of home care was developed so that the client receives services based on needs, and there will be sufficient personnel also in the future. The operating model employs in a jointly agreed manner an optimisation program for planning and distributing visits with clients. The operating model was decided on the basis of the experiences from two pilot projects, and a playbook was drawn up to support the model. The new operating model requires further specification of procedures, co-operation and strong commitment to the agreed matters. The new operating model of home care will remain in use in the wellbeing services county. To support the introduction of the comprehensive geriatric assessment, the project provided training for the personnel in the use of CGA (comprehensive geriatric assessment) by LAB University of Applied Sciences.

The segment of the client getting services at the right time included the development of the home assessment practice, sending the client back home, and social rehabilitation. The implementation of the development of the home assessment practice and the desired end result changed during the course of the project, and the modelling was piloted on two occasions. In the segment focusing on the development of sending the client back home, the objective according to the project plan changed, and during the course of the project, information was gathered using a survey about issues to be developed in the current process of sending the client back home. The operating model for the social rehabilitation of the elderly was developed for the gerontological social work unit of the profit unit of client guidance. Social rehabilitation aims to respond to the needs of those elderly people who have challenges in different areas of life management and where other services cannot respond to their needs. At the same time, starting more robust services is prevented.

In the segment of sufficient and competent personnel ensuring the quality of the services provided at home, an apprenticeship model was developed for the sector of services and rehabilitation for the elderly. The objective of the diverse and co-ordinated apprenticeship model developed in the project is to enable practical nurse apprentice students who take a complete qualification to acquire competence in several different units in the sector. Another objective of the operating model to be developed was to provide various forms of support for apprentice students, workplace instructors and supervisors. The co-ordinator and teaching nurse working in the project have been responsible for the efforts according to the apprenticeship model.

The segment of ensuring the quality of the services by systematic monitoring included the development of involvement. This segment examined the opportunities for the involvement of elderly clients and their relatives in their services, and a model of network co-operation was created together with the Tulevaisuuden sote-keskus (Social and health services centre of the future) project. Ways of involving elderly customers in the efforts were also examined.

Conclusions

The project started in the Federation of Municipalities for Welfare in Päijät-Häme, which became part of the Wellbeing Services County of Päijät-Häme halfway through the project. This change together with the comprehensive operating environment created challenges for the implementation of the sub-projects and for the achievement of the objectives. So that the development would be in line with the needs and objectives, it is important to create common expressed and achievable objectives and to enable the participation of the clients and personnel in the development work. Intensive and systematic communication is essential in view of the commitment of stakeholders. It was found in the project that involvement is challenging, and there is still little involvement in the development of services. The project period of the Päijät-Koti project was short, and the development work must be continued by the responsible persons. Even small changes can result in significant effects.

Johdanto

Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut (TulKoti)-hanke on sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama ja on osa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa tehtävää kehittämistyön kokonaisuutta. Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille-hanke on käynnissä 1.1.2022-31.12.2023 ja sitä toteutetaan kaikilla hyvinvointialueilla. Hankekokonaisuudella toteutetaan Marinin hallitusohjelmaa (2020), jonka yhtenä tavoitteena on ikäystävällisyyden vahvistaminen. Tavoitteeseen pyritään osaltaan parantamalla iäkkäiden palvelujen laatua ja saatavuutta.

Kotona asumista tukevien palvelujen vahvistaminen ja kotihoidon resurssien riittävyyden turvaaminen on yksi keskeinen osa palvelujärjestelmään liittyvää toimenpidekokonaisuutta, jonka osa-alueita ovat muun muassa iäkkäiden palvelujen hyvän johtamisen varmistaminen sekä uusien työtapojen ja teknologisten välineiden käyttöön ottaminen. Myös hallituskaudella toteutettu iäkkäiden palveluja koskevan lainsäädännön uudistamisen toinen vaihe keskittyi erityisesti kotihoidon laadun ja resurssien vahvistamiseen. Lisäksi hallitusohjelmaan sisältyvän poikkihallinnollisen Ikäohjelman yhtenä vaikuttavuustavoitteena vuoteen 2030 mennessä on turvata palvelujärjestelmän sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen hyväksyminen eduskunnassa käynnisti hyvinvointialueiden toiminnan aloittamiseen tähtäävän toimeenpanotyön. Hankkeessa tuetaan kuntia ja uusia hyvinvointialueita niiden iäkkäiden kotona asumista tukevien palvelujen kokonaisuuden kehittämisessä. Hankkeen tavoitteita toteutetaan erityisesti laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2020–2023 annettuja sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävästä palvelujärjestelmästä koskevia suosituksia toimeenpanemalla.

Tämä on Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille-hankkeen (Päijät-Koti-hanke) loppuraportti. Raportin tarkoituksena on kuvata alueellisen hankkeen tarkoitus ja tavoitteet, hankkeessa kehitetyt toimintamallit ja muut tuotokset sekä kehittämistyön johtopäätökset. Hankkeessa on ollut seitsemän sisältökokonaisuutta, jotka on käynnistetty eri ajankohtina. Kotihoidon toimintamallin, kuntouttavan kotiarvioinnin sekä asiakasosallisuuden lisäämisen kehittäminen alkoi 3/2022, oppisopimusmallin kehittäminen käynnistyi 4/2022, ikääntyneen asiakkaan kotiuttamisen kehittäminen 1/2023 ja sosiaalisen kuntoutuksen kehittäminen taas 3/2023.

1. Aluehankkeen kuvaus ja tarkoitus

1.1 Hankkeen tarve

Päijät-Hämeessä tarve kotona asumisen tukemiselle voidaan perustella ikääntyvän väestön palvelutarpeella ja sen jyrkällä kasvulla. 75 vuotta täyttäneen väestön osuuden on ennustettu olevan vuonna 2030 Päijät-Hämeessä 17,7 %, mikä on koko maan ennustettua osuutta (14,3 %) korkeampi ja Suomen kaikista maakunnista kuudenneksi korkein. Uudet innovatiiviset palveluratkaisut, erityisesti kotona asumista tukeviin palveluihin, ovat edellytys palvelurakenteen ongelmien korjaamiseksi ja tulevaisuuden turvaamiseksi. Tarvetta tämän hankkeen mukaiselle kehittämistyölle on selvitetty myös ikääntyneille, omaisille ja sidosryhmille kohdistettujen kyselyiden ja työpajojen avulla. Päijäthämäläiset ikääntyneet haluavat asua kotonaan ja kotikunnassaan mahdollisimman pitkään.

Palvelurakennemuutostusta on tehty systemaattisesti yli 15 vuoden ajan. Palvelurakennetta on kevennetty purkamalla sosiaalihuoltolain mukainen laitoshoido, sekä terveydenhuollon pitkäaikainen laitoshoido kokonaan. Kotihoidon palveluita on uudistettu ja raskaimpia palveluita kevennetty.

Päijät-Häme haluaa olla strategisen kehittämistyön myötä edelläkävijä innovatiivisten kotona asumista tukevien palvelujen järjestäjänä ja toteuttajana. Palveluiden asiakaslähtöinen kehittäminen ja järjestäjänäkökulman vahvistaminen muun muassa kuntoutustarpeen arviointia vahvistamalla sekä valvontaa ja seurantaa kehittämällä mahdollistavat julkisen toimijan vahvemman ohjauksen ja mahdollisesti oman palvelutuotannon lisäämisen näiden palveluiden osalta. Hankkeen vaikutus palveluiden ja erityisesti palveluntarjoajien kilpailutilanteeseen on positiivinen: se vahvistaa julkista järjestäjää ja mahdollistaa nykyistä ohjatun ja hallitun markkinoiden hyödyntämisen.

1.2 Kohderyhmät

Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille-hankkeen kohderyhmään kuuluvat kaikki Päijät-Hämeen ikääntyneet henkilöt sekä ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan henkilöstö. Toimialalla palveluja tuotetaan viidellä tulosalueella: ikääntyneiden asiakasohjauksessa, kotiin vietävissä palveluissa, asumispalveluissa, geriatrisessa osaamiskeskuksessa ja kuntoutuksessa. Lisäksi yhteistyötä on tehty terveys- ja sairaanhoitopalvelujen, perhe- ja sosiaalipalvelujen, ICT-tietohallinnon sekä tukipalvelujen kanssa. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat olleet myös Päijät-Hämeen järjestötoimijat sekä alueen oppilaitokset LAB-ammattikorkeakoulu, Suomen Diakoniaopisto ja Koulutuskeskus Salpaus.

Asiakas saa palvelut oikeaan aikaan -osion eli kotiarviointikäytännön, kotiuttamisen sekä sosiaalisen kuntoutuksen projektiosion keskeisin kohderyhmä on sellaiset ikääntyneet, joilla on riski joutua säännöllisen palvelun piiriin. Kyseisen kohderyhmän on arvioitu kattavan vähintään 1,8 % kaikista 75 vuotta täyttäneistä kuntien asukkaista. Vaikka prosenttiosuus on pieni, voidaan tähän ryhmään panostamalla vaikuttaa merkittävästi vakituisten palveluiden piiriin päätyvien henkilöiden määrään sekä ennen kaikkea ikääntyneiden itsenäisen elämän turvaamiseen. Osa asiakkaista tulee olemaan myös oletettua 75 vuotta nuorempia.

Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palveluiden laadun sekä palveluiden laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla-osioiden ensisijainen kohderyhmä, oli ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan eri tulosalueiden henkilöstö. Samalla tästä kehittämistyöstä hyötyvät toimialan palveluiden asiakkuuksissa olevat ikääntyneet, esimerkiksi kotiin vietävien palvelujen asiakkaat.

2. Aluehankkeen tavoitteet

2.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä

Osio 1/2

- 1) Varmistetaan palveluiden asiakasnäkökulma, yksilöllisyys ja joustavuus.
- 2) Jaetaan käynnit asiakastarpeen mukaisesti siten, että oikea-aikaisuus ja työntekijän osaaminen kohtaavat.

Toimenpiteenä on toteutettu kotihoidon työn tekemisen mallin uudistus.

Osio 2/2

- 1) Luodaan toimintamalli, jolla turvataan riittävät terveydenhuoltopalvelut ja erityisesti geriatrinen osaaminen palveluiden asiakkaille.
- 2) Varmistetaan riskiryhmän (404 asiakasta) tunnistaminen ja ohjaaminen ennaltaehkäisevien palveluiden piiriin monialaisella sote-yhteistyöllä. Ennaltaehkäisy (sekundaari- ja tertiari-preventio) tavoitteet erityisesti em. ryhmän osalta ovat: toimintakykyisten elinvuosien lisääminen; sairauksien ja toiminnan vajauksien ehkäisy; itsenäisyyden tukeminen; hoitotarpeen pienentäminen; ennenaikaisen kuoleman siirtäminen.

Toimenpiteenä on toteutettu geriatrisen avaimen koulutus ja käyttöönotto.

2.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan

Osio 1/3

- 1) Laajennetaan koko maakuntaan kotiarviointikäytäntö, minkä avulla asiakkaan toimintakykyä ja voimavaroja tuetaan asiakkaan kotona.
- 2) Tarvittava kuntoutus voidaan kohdentaa tarkasti ja tarpeen mukaisesti.

Toimenpiteenä toteutettu kuntouttavan kotiarviointikäytännön mallinnusta.

Osio 2/3

- 1) Sairaalakotiutukset paranevat.
- 2) Tavoitteena muistisairaalan henkilön kotiutuksen onnistuminen.

Toimenpiteenä toteutettu ikääntyneiden asiakkaiden kotiuttamisen prosessin kehittäminen.

Osio 3/3

1) Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen mallinnus (tämä osio ei ollut alkuperäisessä hankesuunnitelmassa).

Toimenpiteenä valmisteltiin sosiaalisen kuntoutuksen toimintamalli ikääntyneiden palveluihin (yli 65-vuotiaat).

2.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palveluiden laadun

1) Turvataan ammattitaitoisen henkilöstön riittävyys ja saatavuus ikääntyneiden palveluihin palvelutarpeen kasvaessa ja henkilöstön saatavuuden heikentyessä.

Toimenpiteenä on kehitetty monimuotoinen oppisopimusmalli.

2.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla

1) Lisätään asiakkaiden ja omaisten vaikuttamismahdollisuuksia ja palautekanavia.

2) Olemassa olevien sääntökirjojen mukaisen toiminnan seuranta ja valvonta paranee.

Toimenpiteenä ollut ikääntyneiden palvelut ja kuntous -toimialan asiakkaiden osallisuuden lisääminen.

3. Tulokset

3.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä

3.1.1. Toimintamallit

Toimintamalli 1

Kotihoidon toimintamallin kehittäminen

Tavoite

Tavoitteena on varmistaa kotihoidon palveluiden asiakasnäkökulma, yksilöllisyys ja joustavuus. LifeCare optimointiohjelman avulla kotihoidon käynnit jaetaan Ratkaisu-toimintoa käyttäen asiakastarpeen mukaan siten, että oikea-aikaisuus ja työntekijän osaaminen kohdentuvat. Kehittämällä toimintamallia lisätään myös henkilöstön työhyvinvointia ja selkeytetään työnjakoa.

Toimintamalli

Asiakaskäynnit jaetaan kotihoidon toimintamallissa optimointiohjelman Ratkaisu-toimintoa käyttäen. Keskitetyssä työnjaossa Ratkaisu-toiminnon käyttö edellyttää tarvelähtöistä työvuorosuunnittelua tiimitasolla, ajantasaisia asiakastietoja sekä tiivistä yhteistyötä asiakkaiden, kotihoidon alueiden työntekijöiden, työnjakajien ja esihenkilöiden välillä. Toteutuakseen toimintamalli vaatii kaikkien työntekijöiden sitoutumista. Uuden toimintamallin keskeisissä rooleissa ovat asiakkaat, kotihoidon hoitajat ja esihenkilöt sekä työnjaon työnjakajat ja esihenkilöt. Toimintamallin uudistuksessa selkeytettiin eri roolien tehtävät ja toimintaohjeet. Piloteista saatujen kokemusten perusteella yhteiset toimintaohjeet ovat välttämättömät. Yhteistä toimintaa tukemaan laadittiin pelikirja, joka sisältää kotihoidon työn tekemisen

pelisäännöt. Päijät-Koti-hankkeen työntekijät ja Valorin konsultit työskentelevät toimintamallin kehittämisen tukena vuoden 2023 loppuun saakka. Toimintamallin oletetaan jatkuvan hankeajan jälkeen yhtenä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen perustoimintamallina.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Hankkeen alussa päätettiin, että toimintamallia pilotoidaan ensin Orimattilan kotihoidon alueella. Aluksi tarkasteltiin kotihoitoalueen maantieteellistä kokonaisuutta ja päädyttiin siihen, että alue jaetaan kahteen eri kotihoidon alueeseen. Alue oli myös kasvanut liian suureksi vastuualueeksi yhdelle esihenkilölle. Toiseen alueeseen luotiin autoilevien tiimien lisäksi kävelevät sekä pyöräilevät tiimit, joita ei ennen alueella ollut. Tämän jälkeen työpajatyöskentelyn avulla tehtiin yhteiset ohjeet toimintamallin toteuttamiselle.

Kaikille toimintamallin rooleille (tiimien työntekijät, vastuutallentajat, työnjakajat ja esihenkilöt) määriteltiin kotiin vietävien palveluiden tulosaluejohtajan ja palvelupäälliköiden hyväksymät toimintaohjeet. Toimintaohjeisiin perehdyttiin Orimattilan kotihoidon alueiden ja työnjakajien työkokouksissa. Poissaoleville toimintaohjeet sovittiin lähetettäväksi sähköisesti esihenkilön toimesta. Työkokouksessa perehdyttiin pilotin aikatauluun, tavoitteisiin ja tarkoituksiin. Lisäksi korostettiin kaikkien työntekijöiden sitoutumisen merkitystä pilotin onnistumiselle.

Pilotin alkaessa viiden työpäivän aikana alueen vastuutyönjakaja ja vastuutallentajat päivittivät yhdessä optimointiohjelmaan asiakkaiden taustatiedot, päivärit sekä aikaikkunat. Lisäksi tasattiin asiakkaiden suihkussa käynti päivät kaikille viikonpäiville tasaisesti. Tämän jälkeen testattiin optimointiohjelman Ratkaisu-toimintoa ja havaittiin, että Ratkaisu-toiminto toimi toisella alueella paremmin. Syytä alueiden väliseen eroon ei pystytty itse selvittämään. Apua pyydettiin ohjelman toimittajalta ja saatujen ohjeiden mukaan ohjelman tausta-asetuksia korjattiin, muun muassa vähentämällä kutakin asiakasta hoitavia tiimejä tausta-asetuksissa. Tämän lisäksi varmistettiin, että asiakkaat kuuluvat maantieteellisesti tarkasteltuna oikeaan tiimiin.

Pilotin toteutukseen Orimattilassa toi haasteita esihenkilön ja työnjakajan vaihtuminen. Lisähaasteita toi se, että tarvelähtöistä ja tiimitasosta työvuorosunnittelua ei pystytty toteuttamaan. Toimintamallin muutoskokeilua hankaloittivat myös resurssi-, aikataulu- ja sitoutumishaasteet. Pilotin vaikutuksia seurattiin useilla mittareilla (kuva 1).

Pilotin seurantajaksolla useammassa mittarissa havaittavissa positiivista muutosta, mutta alueiden välillä suurta eroa

- Huom työntekijöiden arviot ja asiakascase esitetty loppuraportissa orimilla sivuillaan -

Teema	Tavoite	Seurantamittarit	Orimattila 10/2022	OR1 2/2023	OR2 2/2023	Kommentit
Asiakastyön osuus työajasta	Asiakastyön osuus työajasta on tavoitteiden mukainen	Optimoitiin suunnitellun asiakasajan osuus (%)	63 %	➔ 63 %	➔ 54 %	OR2 suunniteltu asiakastyön osuus pudonnut voimakkaasti
		Välittömän työajan osuus (%)(oteuma)	54 %	➔ 60 %	➔ 41 %	OR1 toteutunut välitön työaika saatu hyvälle tasolle
		Aamun viive-työvuoron alku (min)	32	N/A	N/A	Tiedot täydennettävä vertaiskehittämisestä, kun saatavilla
		Illan viive-työvuoron alku (min)	39	N/A	N/A	Tiedot täydennettävä vertaiskehittämisestä, kun saatavilla
		Aamuvuoron pisin tauko (min)	78	N/A	N/A	Tiedot täydennettävä vertaiskehittämisestä, kun saatavilla
		Illavuoron pisin tauko (min)	63	N/A	N/A	Tiedot täydennettävä vertaiskehittämisestä, kun saatavilla
Oikeat työntekijät oikeilla asiakkailla	Asiakkailla käy tutummat hoitajat	10 tutuimman hoitajan osuus käynneistä	72 %	➔ 77 %	➔ 77 %	10 tutuimman hoitajan osuus kasvanut molemmilla alueilla merkittävästi
		Eri hoitajien määrä kuukaudessa	26	➔ 22	➔ 21	Myös asiakkailla käyvien hoitajien määrä lähtenyt hyvään laskuun
		Työvuoroihin suunnitellaan oikeat työntekijät	70 %	➔ 58 %	➔ 51 %	Taustasyinä laskusad.näköisesiluetason työvuorosunnittelu. Huom. optimointiasetukset ja mittarin tulkinta kuitenkin tarkistettava.
Työntekijä kokemus & ajan sujuvuus	Järjestelmä optimoi suurimman osan käynneistä	Osaamiset ja rajoitteet yhtenäistetty ja päivitetty	x	x/✓	x/✓	Läkeluvut ja tietyt osaamiset helmikuussa edelleen päivittämättä
		Käynnit, joista suorittajalta puuttuu kompetenssi	21 %	➔ 27 %	➔ 9 %	OR2 merkittävä positiivinen kehitys. OR1 asetukset tarkistettava
	Ajomatkat ja reititys ovat järkevämpiä	Manuaalisesti jaettujen käyntien osuus	91 %	➔ 88 %	➔ 85 %	Ratkaisnapin kokeilut näkyvät pienenä pudotuksena manuaalisen jaon osuudessa optimointi ei kuitenkaan vielä systemaattista
		Optimoitiin suunnitellun matkan osuus (%)	20 %	➔ 16 %	➔ 29 %	Matkaajan muutokset odotetun mukaisia per aluejako ja toimistot
	Käyntiistat ovat toteutettavissa ja mahdollistavat taut	Matkaajan osuus työajasta (%)(oteuma)	22 %	N/A	N/A	Tiedot täydennettävä vertaiskehittämisestä, kun saatavilla
		Aikaikkunaan suunniteltujen käyntien osuus	53 %	➔ 63 %	➔ 60 %	Viikkoehjelmien ja aikakunoiden perkaus alkanut vaikuttaa
	Taustatiedot ovat ajan tasalla	Tiimien optimointiasetukset yhtenäistetty (kyllä/ei)	x	✓	✓	Optimointiasetukset yhtenäistetty pilotin alussa
		Päivitykset tehty (kuukausittain kyllä/ei)	x	x/✓	x	OR1 tiimipalaveria alettu pitämään säännöllisemmin, OR2 ei
Työhyvinvointi paranee	Lyhyet sairauspoissaolot	10	N/A	N/A	Tiedot täydennettävä vertaiskehittämisestä, kun saatavilla	



1) Ennen aluejakouudistusta koko Orimattilan tulos, minkä jälkeen OR1 ja OR2 jaottelu
Lähteet: Päijät-Hämeen hyvinvointialue, VALOR analyysi

Kuva 1. Orimattilan pilotin mittareiden kooste.

Toisena pilottialueena oli Nastola, joka toteutettiin samalla tavalla kuin Orimattilan pilotti. Aluejakoa ei tarvittu ja vain pieniä tiimimuutoksia tehtiin. Aikataulustyistä johtuen osa Orimattilan pilotin mittareista jätettiin Nastolassa pois. Tulosten ja kokemusten perusteella Nastolan pilotissa edettiin tavoitteiden mukaisesti sujuvammin alueen hyvän lähtötilanteen ja sitoutumisen takia. Lisäksi Orimattilasta oli saatu hyviä oppeja Nastolan pilotin toteutukseen. Vaikutuksia seurattiin useilla mittareilla kuten Orimattilankin pilotissa (kuva 2 ja kuva 3).

Seurantamittarien kehitys 1/2:

Teema	Tavoite	Seurantamittarit	Nastola tulokset 3 -7/2023					Keskiarvo	Trendi
			Maaliskuu	Huhtikuu	Toukokuu	Kesäkuu	Heinäkuu		
Asiakastyön osuus työajasta	Asiakastyön osuus työajasta on tavoitteiden mukainen	Optimoitiin suunnitellun asiakasajan osuus (%)	64 %	67 %	64 %	65 %	67 %	65 %	➔
		Välittömän työajan osuus (%)(oteuma)	54 %	58 %	55 %	60 %	62 %	57 %	➔
		Aamun viive-työvuoron alku (min)	Vertais-keh.	Vertais-keh.	Vertais-keh.	Vertais-keh.	Vertais-keh.	N/A	N/A
		Illan viive-työvuoron alku (min)	Vertais-keh.	Vertais-keh.	Vertais-keh.	Vertais-keh.	Vertais-keh.	N/A	N/A
Oikeat työntekijät oikeilla asiakkailla	Asiakkailla käy tutummat hoitajat	10 tutuimman hoitajan osuus käynneistä (%)	76 %	74 %	77 %	49 %	78 %	71 % ¹	➔
		Eri hoitajien määrä kuukaudessa (#)	23	23	21	21	23	22	➔
	Työvuoroihin suunnitellaan oikeat työntekijät	Priionsoidulle yksikölle suunniteltujen käyntien osuus (%)	60 %	61 %	63 %	59 %	66 %	62 %	➔
		Osaamiset ja rajoitteet yhtenäistetty ja päivitetty	x/✓	✓	✓	✓	✓	-	-
Työntekijöiden osaaminen vastaa käyntien sisältöjä	Käynnit, joista suorittajalta puuttuu kompetenssi (%)	Käynnit, joista suorittajalta puuttuu kompetenssi (%)	11 %	11 %	10 %	8 %	7 %	9 %	➔



1) Kesäkuu 2023 tulos laskee keskiarvoa, mutta muuten trendi maltillisesti nouseva
Lähteet: Päijät-Hämeen hyvinvointialue, VALOR analyysi

Kuva 2. Nastolan pilotin mittareiden kooste 1/2.

Seurantamittarien kehitys 2/2:

Teema	Tavoite	Seurantamittarit	Nastola tulokset 3 -7/2023					Keskiarvo	Trendi
			Maaliskuu	Huhtikuu	Toukokuu	Kesäkuu	Heinäkuu		
Työntekijä kokemus & ajan sujuvuus	Järjestelmä optimoi suurimman osan käynneistä	Manuaalisesti jaettujen käyntien osuus (%)	89 %	88 %	80 %	89 %	85 %	86 %	↘
		Optimoituihin suunniteltuihin matkojen osuus (%)	23 %	19 %	17 %	19 %	18 %	19 %	↘
	Ajomatkat ja reititys ovat järkevämpiä	Matkajaajan osuus työajasta (%joteuma)	Vertais - keh.	Vertais - keh.	Vertais - keh.	Vertais - keh.	Vertais - keh.	N/A	N/A
		Työntekijöiden arvio	Katso erillinen sivu						
	Käyntitilat ovat toteutettavissa ja mahdollistavat lauat	Työntekijöiden arvio	Katso erillinen sivu						
	Taustatiedot ovat ajan tasalla	Tiimien optimointiasetukset yhtenäistetty (kyllä/ei)	x/✓	✓	✓	✓	✓	-	-
		Päivitykset tehty (kuukausittain kyllä/ei)	✓	x/✓	x/✓	x/✓	x/✓	-	-
	Työhyvinvointi paranee	Lyhyet sairauspöytäkirjat (pv)	Vertais - keh.	Vertais - keh.	Vertais - keh.	Vertais - keh.	Vertais - keh.	N/A	N/A



Lähteet: Päijät-Hämeen hyvinvointialue, VALOR analyysi

Kuva 3. Nastolan pilotin mittareiden kooste 2/2.

Keväällä 2023 Päijät-Koti-hankkeen projektiryhmässä päätettiin, että toimintamalli otetaan käyttöön kaikissa hyvinvointialueen kotihoidon yksiköissä ja hankkeeseen palkattiin projektipäällikkö erityisesti työnjaon tueksi. Toukokuussa kehittämispäivillä järjestettiin esihenkilöille työpaja liittyen kotihoidon uuden toimintamallin laajentamiseen koko kotiin vietävien palveluiden tulosalueella. Lisäksi laadittiin toimintaohjeista pelikirja toimintamallin laajentamisen tueksi. Toimintamalli vaatii jatkuvaa asiakastietojen ylläpitoa ja päivitystä sekä toimintatapojen tarkentamista, yhteistyötä ja vahvaa sitoutumista sovittuihin asioihin. Uuden toimintamallin on tarkoitus vakiintua hankkeen päättymisen jälkeen kotihoidon työn tekemisen malliksi. Toimintamallin juurtumista varmistetaan vastuuhenkilön nimeämällä, jonka tehtävänä on seurata ja raportoida mallin toteutumista hankkeen päätyttyä.

Toimintamallin arviointi

Pilottien dokumentoinnissa ja arvioinnissa käytettiin apuna konsultointipalvelua. Ennen pilotin alkua määriteltiin useita eri mittareita, joita seurattiin pilotin aikana. Kappaleessa Vaikutukset ja vaikuttavuus on seurantamittareita arvioitavista asioista. Mittaustuloksia ei saatu kaikista mittareista, koska kaikkia toimintamallin edellyttämiä asioita ei onnistuttu tekemään sovituksi pilotin aikana. Osasta mittareista kuitenkin saatiin positiivisia tuloksia, vaikka kaikkia muutoksia ei pystytty tekemään. Tämä osoittaa sen, että jo pienilläkin muutoksilla saadaan vaikutusta esimerkiksi asiakkaiden luokse tehtyjen matka-aikojen lyhenemiseen, tarvelähtöisen asiakasajan toteutumiseen sekä tutumpien hoitajien käyntimääriin. Valitut mittarit tuovat tarvittavan seuranta-tiedon, mutta tärkeää on kehittää toimintaa tulosten pohjalta. Tehostamalla toimintaa, tässä hankkeessa, työnjaossa optimointiohjelman käytöllä tavoitellaan asiakkaiden edun mukaisesti mahdollisimman suurta asiakastyön osuutta työajasta. Toisaalta optimointiohjelman monipuolisella käytöllä saadaan myös sujuvuutta työhön ja taloudellista hyötyä.

Kotihoito kehittämistyön kohteena on tärkeä laajuutensa ja palveluna tarkoituksenmukaisuutensa vuoksi. Kotiin vietävien palveluiden parissa työskentelevien työntekijöiden rooli ikääntyvien palveluiden kehittäjänä

on erityisen tärkeää, koska ikääntyneille osallistuminen itse palveluiden kehittämiseen ja palautteen antaminen voivat olla haasteellisia. Kotihoidon työn kehittämiseksi on tarvetta tulevaisuuden henkilöstöhaasteiden ja kasvavien asiakasmäärien takia. Toimintamallin tavoiteasettelulla tähdätään hyvään asiakastyöhön ja henkilöstön riittävyyteen sekä käytössä olevien tietojärjestelmien laajempaan hyödyntämiseen. Toimintamallin juurtuminen osaksi kotiin vietävien palveluiden toimintaa vaatii sitoutumista, jatkuvaa seuranta ja tietojen päivittämistä.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella toimintamalli otetaan käyttöön kotiin vietävissä palveluissa ja sitä on mahdollisuus levittää muillekin vastaavanlaisessa tilanteessa olevalle hyvinvointialueelle. Toimintamalli on ollut käytössä vasta tämän hankkeen ajan, mutta se on tarkoitus vakiinnuttaa pysyväksi toimintamalliksi. Hankkeen aikana on huomattu, että toimintamallin käyttöönotto selkeyttää työskentelyä, helpottaa käyntisuunnittelua, lyhentää matka-aikoja, asiakkaiden luona käyvät tutuimmat hoitajat, joten kokemukset ovat inhimillisesti ja taloudellisesti myönteisiä. Toimintamallille näyttäisi olevan Suomessa tarvetta, koska ikääntyminen ja hoitotyön resurssitarve ovat saman suuntaiset koko maassa. Toimintamallin aiheesta on vielä vähän saatavilla koulutusmateriaalia, mutta tämän toimintamallin kehittämistyön yhteydessä syntynyttä pelikirjaa voidaan käyttää myös koulutusmateriaalina. Toimintamallin käyttöönotto tukee iäkkäiden palveluiden tarkoituksenmukaista toteuttamista, koska jo näin lyhyen kokemuksen perusteella toiminta muuttuu asiakkaiden, työn tekemisen ja organisoinnin sekä ympäristönäkökulmien kannalta paremmaksi. Hankkeelle on mahdollistettu riittävät taloudelliset resurssit sekä hankkeen toiminnan edellyttämät asiantuntijapalveluiden ostot, tilat, välineet ja laitteet. Hankkeen etenemisessä haasteena oli henkilöstöresurssien riittävyys samoin kuten muissakin kotiin vietävien palveluiden toiminnoissa, koska toteuttajina ovat samat henkilöt.

Toimintamallin vakiintumisessa toimintavaksi auttaa henkilöstöstä nimetty vastuutyöntekijä, joka huolehtii siitä, että kotihoidon alueilla tarkastellaan kriittisesti kaikkien toimintamallin osa-alueiden tietojen ajantasaisuutta ja toimintatapojen tarkoituksenmukaisuutta. Jatkokehittämistarpeina ovat myös keskitetty ja tarvelähtöinen työvuorosunnittelu, LifeCare optimointiohjelman joidenkin yksityiskohtien kehittäminen sekä kotihoidon tiimikohtaisen resurssitarpeen laskemisen malli.

Toimintamalli 2

Koulutetaan henkilöstö geriatrisen avaimen käyttöön ja vahvistetaan geriatrista osaamista ikääntyneiden palveluissa

Tavoite

Tavoitteena on kehittää ja tukea ikääntyneiden palveluiden työntekijöiden geriatrista arviointiosaamista kouluttamalla henkilöstö geriatrisen avaimen käyttöön.

Toimintamalli

Geriatrisen arvioinnin toimintamallin taustalla on usean vuoden yhteistyö LAB-ammattikorkeakoulun ja Geriatrisesta osaamiskeskuksen (Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin) välillä. Yhteistyö alkoi keväällä 2019, jolloin toteutettiin Geriatrisen arvioinnin koulutus, jonka ohessa tuotettiin yhdessä hoitajien kanssa malli kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin toteuttamiseen. Ensimmäisen version jälkeen seuraava työryhmä pilotoi mallia syksyllä 2019. Mallin kehitystyö jatkui Jalmarin kuntoutussairaalan Akuutti yleislääketiede ja geriatrian -yksikön (J21) sisäisenä toimintana. Päijät-Koti-hankkeessa yhteistyötä LB-ammattikorkeakoulun ja Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin kanssa jatkettiin suunnittelemalla ja toteuttamalla verkkokoulutus tuotetun arviointimallin Geriatrisen avain- sisältöön ja käyttöönottoon. Koulutuksen sisältö suunniteltiin yhdessä työryhmän kanssa ja verkkokoulutus materiaali tuotettiin Päijät-Hämeen hyvinvointialueen omalle Pätevä-verkkoalustalle. Verkkokoulutuksen sisältö koostui neljästä eri

teemasta, jotka olivat kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin perusteet, terveydentilan arviointi, toimintakyvyn arviointi ja Geriatrisen avain- mallin esittely ja käyttöönotto. Osaamisen varmistaminen toteutettiin koulutuksen päätteeksi pidetyllä tietotestillä, jonka hyväksymisrajana oli 70 % . Kokonaisuudessaan verkkokurssin ajallinen kesto oli 4h. Tämä koulutus sisältö oli suunnattu hoitajille. Fysioterapeuteille räätälöitiin koulutuksesta hieman lyhyempi (1,5h) ja tiivistetympi versio.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Kokonaisuudessaan verkkokoulutuksen suoritti 235 henkilöä, joista hoitajia oli 208 henkilöä (88,5 %). Fysioterapeuteja on osallistunut koulutukseen 27 henkilöä (11,5%). Verkkokoulutuksen jälkeen Akuutti yleislääketiede ja geriatrisen -yksikön osastolle (J21), joka aloitti Geriatrisen avain- mallin käyttöönoton, järjestettiin koulutuksellista työpajatoimintaa, jossa konkreettisesti harjoiteltiin potilaan haastattelua ja Geriatrisen Avain mallin käyttöä ja dokumentointia. Työpajatyöskentelyä toteutettiin kolmelle ryhmälle, joissa osallistujien määrä vaihteli neljästä viiteen hoitajaan. Työpajatyöskentely toteutettiin syksyllä 2023. Työpajatyöskentely sai osallistujilta positiivista palautetta ja myönteiseksi osallistujat kokivat sen, että mallin käyttöä harjoiteltiin konkreettisesti. Koulutuksen myötä osallistujat kokivat saaneensa varmuutta mallin käyttöönottoon.

Toimintamallin arviointi

Palautteen verkkokoulutuksesta antoi hoitajista 144 (69,2 %) ja fysioterapeuteista 8 (29,6%). Pääosin kaikkien palautteen antaneiden mukaan koulutuksen sisältö oli muodostanut selkeän kokonaisuuden, koulutus oli sisältänyt hyödyllistä tietoa ja syventänyt ammattitaitoa sekä lisännyt ymmärrystä geriatrisen arvioinnin merkityksestä.

Väitteeseen "koulutuksen sisältö muodosti selkeän kokonaisuuden" vastaukset jakoutuivat seuraavasti: erinomaisesti 35 vastaajaa (n. 24%), erittäin hyvin 51 vastaajaa (n. 35%), hyvin 51 vastaajaa (n. 35%), tyydyttävästi 2 vastaajaa (n. 1%), huonosti 1 vastaaja (alle 1%). Väitteeseen "koulutus sisälsi minulle hyödyllistä tietoa, joka syvensi ammattitaitoani" vastaukset jakoutuivat seuraavasti: erinomaisesti 22 vastaajaa (n. 15%), erittäin hyvin 48 vastaajaa (n. 33%), hyvin 59 vastaajaa (n. 41%), tyydyttävästi 10 vastaajaa (n. 7%), huonosti 1 vastaaja (alle 1%). Väitteeseen "koulutus syvensi ymmärrystäni geriatrisen arvioinnin merkityksestä" vastaukset jakoutuivat seuraavasti: erinomaisesti 25 vastaajaa (n. 17%), erittäin hyvin 52 vastaajaa (n. 36%), hyvin 57 vastaajaa (n. 40%), tyydyttävästi 4 vastaajaa (n. 3%), huonosti 1 vastaaja (alle 1%).

Ikääntyneen kotiutusprosessin monitoimijaisessa tarkastelussa havaittiin, että geriatrisen arviointiosaaminen ei ole vielä nivoutunut sujuvaksi osaksi kotiutusprosessia ja hoitotyön käytäntöjä. Arviointiosaamista haastaa esimerkiksi olemassa olevat toimintamallit tai vaikkapa osastopaikkojen olemassa olevat määrät. Kotiutusprosessin tarkastelun yhteydessä on havaittu, että omaisten osallistamisessa on edelleen puutteita, kotiuttamisen ennakoinnissa on haasteita ja esimerkiksi kirjauksissa on puutteita. Olemassa olevien toimintamallien kriittinen tarkastelu osoittaa, että geriatrisen arviointiosaaminen ei kaikilta osin vielä toteudu kaikissa prosesseissa. Siksi arviointiosaamista on edelleen tuettava.

3.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan

3.2.1. Toimintamallit

Toimintamalli 1

Kuntouttava kotiarviointijakso

Tavoite

Hankesuunnitelman mukaisesti tavoitteena on kotiarviointikäytännön laajentaminen koko Päijät-Hämeen hyvinvointialueelle. Kotiarvioinnin avulla asiakkaan toimintakykyä ja voimavaroja tuetaan asiakkaan kotona sekä tarvittava kuntoutus voidaan kohdentaa tarkasti ja tarpeen mukaisesti.

Toimintamalli

Kuntouttava kotiarviointijakso on maksimissaan kahden kuukauden mittainen jakso, jonka aikana on tarkoitus selvittää asiakkaan toimintakyky ICF-mallin mukaisesti (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky) ja palveluiden tarve. Asiakkaalle tehdään RAI-arviointi kotiarviointijakson alussa asiakasohjaajan toimesta sekä lopussa kotikuntoutuksen tai asiakasohjaajan toimesta. Jakson alussa laaditaan asiakkaan kanssa yhdessä tavoitteet ja tehdään kuntoutussuunnitelma asiakkaan alkuarvion pohjalta. Tavoitteiden saavuttamisessa asiakasta tukee moniammatillinen tiimi, johon kuuluu työntekijöitä eri ammattiryhmistä riippuen asiakkaan tavoitteista ja tarpeista. Näitä ammattilaisia ovat asiakasohjaaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Jakson tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn kohentuminen niin, että ei tarvita raskaita palveluita kuten kotihoitoa, sekä asiakkaan ohjaaminen juuri hänelle oikeanlaisiin palveluihin tai toimintoihin, kuten esim. kunnan liikuntaryhmien tai järjestötoiminnan piiriin. Mikäli asiakas tarvitsee jakson päätyttyä kotihoidon palveluita, ne mitoitetaan hänelle sopiviksi jaksolla todetun toimintakyvyn ja avun tarpeen mukaan. Asiakkaiden ikää ei ole rajattu, mutta pääasiassa palvelu on suunnattu yli 65-vuotiaille ikääntyneiden palveluita käyttäville asiakkaille. Kuntouttavan kotiarvioinnin mallia pilotoitiin kahdessa eri pilotissa, syksyllä 2022 ja syksyllä 2023. Näistä piloteista ja niiden tuloksista on kirjoitettu omat kuvauksensa.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus, pilotti 1

Hankkeen alkuvaiheessa kuntouttavalle arviointijaksolle asetettiin kaksi reunaehto: jakson täytyy olla terveydenhuollon palvelua ilman päätöksentekoprosessia (vs. sosiaalihuollon palvelu/palvelutarpeen arvio) ja kaikki uudet kotihoidon asiakkaat eivät voi ohjautua kotiarviointijaksolle suuren määrän vuoksi. Alun perin ajatuksena ollut "kotiin vietävien palveluiden piiriin hakeutuva asiakas tulee palveluiden piiriin kotiarviointijakson kautta" ei siis edellä mainittujen reunaehtojen valossa voinut sellaisenaan toteutua, vaan oli suunniteltava toisenlainen malli. Kuntouttavaa kotiarviointia toteuttamaan oli valmiiksi hankkeen alkaessa palkattu moniammatillinen tiimi, "kotiarvitiimi" (100 % työajalla toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja kaksi lähihoitajaa sekä 50 % työajalla fysioterapeutti ja 20 % työpanoksella asiakasohjaaja). Hankkeen aikana ei saatu luotua selkeää kuvaa kuntouttavan kotiarvioinnin mallista, erilaisia ehdotuksia malliksi oli kuitenkin useampia.

Kuntouttavaa kotiarviointijaksoa pilotoitiin syksyllä 2022 kahdeksan viikon aikana kotiin vietävien palveluiden kotiutusyksikön asiakkaille. Kotiutusyksikön asiakkaat ovat väliaikaista kotihoidon palvelua tarvitsevia asiakkaita pääasiassa sairaalasta/vuodeosastolta kotiutuessa, mutta myös esimerkiksi pitkään kestävä haavahoidon ajan. Lisäksi Päijät-Hämeen hyvinvointialueella toimii kotikuntoutuksen yksikkö, jonka asiakkaita ovat kuntoutustarpeessa olevat sairaalasta/vuodeosastolta kotiutuvat tai sote-ammattilaisen havaitseman kuntoutustarpeen vuoksi kotikuntoutusjaksolle päätyvät asiakkaat. Kriteereinä kuntouttavalle arviointijaksolle ohjautumiseen oli: noin 65-vuotias tai yli, sairaalasta kotiutuva asiakas, jolla ei ole suurta hoidollista tarvetta eikä voimassa olevaa kotihoidon päätöstä. Lisäksi selkeästi kotikuntoutukselle ohjautuvat asiakkaat, kuten esimerkiksi suunnitellusti tekoniivelleikkauksen jälkeen kotiutuvat asiakkaat oli rajattu arviointijakson ulkopuolelle.

Pilotin aikana todettiin, että kuntouttavan arviointijakson asiakkaat olivat sellaisia, joiden olisi pitänyt ohjautua suoraan joko kotiutusyksikön tai kotikuntoutuksen asiakkaiksi. Toisin sanoen hyvinvointialue tuottaa jo pilotoitiin valikoituneelle asiakasryhmälle niiden tarvitsemia (kuntouttavia) palveluita. Lisäksi havaittiin, että asiakkaan tilanteen täytyy olla suhteellisen vakaa, jotta hän pystyy asettamaan tavoitteita ja sitoutumaan niihin. Mikäli asiakkaalla on uusi akuutti sairaustilanne ja jatkuvasti tarvetta lääkäripalveluille

tai päivystyskäynneille, ei tavoitteellinen jakso onnistu. Sen sijaan sairaalajakson aikana uskoa omaan pärjäämiseen menettäneet asiakkaat hyötyivät tuesta ja ohjauksesta arkiaskareisiin ja tuttuihin tapoihin palaamisessa kotiutumisen jälkeen.

Moniammatillisen tiimin toiminnasta havaittiin esimerkiksi kuntoutustarpeen tunnistamisen haastavuus hoitajataustaisilla työntekijöillä. Tämä havainto tehtiin niin kotiutusyksikön kuin kotiarvitiimin työntekijöistä. Lisäksi arviointitoiminnan sisäistäminen vaatii paljon keskustelua ja termien määrittämistä: arviointi koetaan usein erillisenä toimintana asiakastyöstä, vaikka käytännössä arviointi on havainnointia asiakkaan toiminnasta sekä haastattelua ja keskustelua asiakkaan kanssa. Kokonaisvaltaisen arvioinnin tekemiseen on olemassa myös paljon apukeinoja erilaisten standardoitujen mittareiden ja työkalujen muodossa, kuten RAI sekä erilaiset seulat ja toimintakykytestit. Pilotissa asiakkaiden arvioinnissa käytettiin tarpeen mukaan erilaisia mittareita: lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö SPPB, ravitsemusseula MNA, muistitesti MMSE, Audit-kysely alkoholinkäytöstä, kaatumisvaaran arviointi FROP, toimintakyvyn itsearviointi FSQfin ja WHODAS 2.0.

Pilotin jälkeen marraskuussa 2022 todettiin, että uutta tiimiä/yksikköä ei perusteta päällekkäisten toimintojen välttämiseksi. Sen sijaan vahvistetaan olemassa olevia palveluita, viestintää ammattilaisten välillä asiakkaan siirtyessä palvelusta toiseen ja ikääntyneen asiakkaan kuntoutustarpeen sekä kokonaisvaltaisen arvioinnin osaamista. Nämä kehittämiskohteet liittyvät vahvasti Päijät-Koti-hankkeen muihin työpaketteihin (Geriatrisen avaimen CGA:n käyttöönotto ja ikääntyneen kotiutuksen kehittäminen). Kehittämistyössä palattiin uudestaan suunnitteluvaiheeseen ja tarkoituksena oli kehittää malli kuntouttavalle kotiarvioinnille pohjaten vastaavien mallien vaikuttavuudesta tehtyihin tutkimuksiin. Kuitenkin jo olemassa olevat palvelut kotikuntoutus ja kotiutusyksikkö on perustettu vaikuttavuustutkimusten näyttöjen pohjalta vuonna 2017 eli vaikuttavuus on todennettu niin tutkimuksissa kuin entisen kuntayhtymän ja hyvinvointialueen omassa toiminnassakin. Tähän taustatyöhön sekä muun olemassa olevan tiedon ja kotiarviointikäytäntöjen selvittämiseen ostettiin konsulttiyritys NHG:n (Nordic Healthcare Group) apua.

Tämän toimintamallin kohdalla tavoitteisiin ei päästy ja siihen on olemassa useita syitä. Kolmen eri tulosalueen välinen tiivis yhteistyö ja uuden toiminnan aloittaminen vaativat paljon työtä, sitoutumista kaikilla tasoilla johdosta työntekijöihin sekä henkilöstön kanssa käytävää vuoropuhelua. Tämä oli haastavaa, eikä kuntouttavan kotiarvioinnin avulla suoraan onnistuttu ratkaisemaan eri tulosalueilla näyttäytyviä tarpeita. Tavoitteena oli pitkittää kuntouttavan kotiarvioinnin avulla asiakkaiden siirtymistä raskaampien palveluiden piiriin ja näin ollen hillitä jatkuvasti lisääntyvää kotihoidon asiakasmäärää haastavassa työntekijätilanteessa. Lisäksi kuntouttavan kotiarvioinnin haluttiin olevan ns. kevyttä ja helposti aloitettavaa palvelua ilman palvelupäätöstä aloittamisesta. Palvelusta on vaikeaa saada jokaisen asiakkaan kohdalla toteutuvaa yhtenäistä prosessia, jos toiminnan rakenne ei ole selkeä ja jonkun tahon hallinnassa. Alusta alkaen oli liian epämääräistä millä tavalla kuntouttava kotiarviointi pitäisi järjestää ja asetettiin liian tiukat raamit sille, mitä toiminta ei saa tai voi olla.

Toimintaa pilotoitiin samankaltaisella mallilla sairaalasta kotiutuville asiakkaille kuin kotikuntoutus ja kotiutusyksikkö toimivat, vaikka olisi voitu kokeilla kotihoidon aloituksen yhteydessä toteutettavaa kuntouttavaa arviointijaksoa, jossa olisi ollut tiiviisti mukana asiakasohjaaja, kotihoidon henkilökunta sekä kotikuntoutuksen terapeutit. Tällainen on esimerkiksi "Heinolan malli", jonka mukaisesti hankesuunnitelmassa on kuvattu kuntouttavan kotiarvioinnin mallinnusta ja toteutusta. Kuitenkin ajateltiin, että Päijät-Hämeessä ja varsinkin Lahdessa asiakasmäärät olisivat liian suuret Heinolan mallin mukaiseen toimintaan. Heinolan mallin mukaisen toiminnan käyttöönotto olisi vaatinut tulosalueiden nykyistä tiiviimpää yhteistyötä palvelujen toteutuksessa ja em. yksiköiden työntekijöiden kanssa useita työpajoja, joiden avulla toimintaa sekä ymmärrystä asiakkaan kokonaisvaltaisesta arvioinnista olisi voitu juurruttaa pikkuhiljaa työntekijöiden arkeen sekä kehittää kotiarviointikäytäntöä yhdessä sitä toteuttavien ammattilaisten kanssa.

Kuitenkaan näin suureen muutokseen ei oltu valmiita, vaan haluttiin ottaa uusi toimintamalli käyttöön "helposti" ja uutena, erillisenä tiiminä. Lisäksi kotiarvitiimin työntekijät oli palkattu liian aikaisin suunnitteluvaiheessa. Loppujen lopuksi tiimiä ei välttämättä olisi tarvittu lainkaan, vaan asiakasohjauksen, kotiin vietävien palveluiden ja kuntoutuksen työntekijät olisivat voineet osallistua pilotointiin ja toimintamallin kehittämiseen varsinaisen asiakastyönsä ohessa olemassa olevilla kotihoidon alueilla. Tätä haastoi muun muassa resurssipula, esimerkiksi kotiin vietävistä palveluissa on jo 100 lähihoitajan jatkuva vaje.

Toimintamallin arviointi

Kuntouttavan kotiarvioinnin pilottia arvioitaessa mittareina käytettiin hoitoketjun sujuvuutta (nopeutuuko mahdollinen päätöksenteko ja palveluiden aloitus) verrattuna tämän hetken toimintaan ja saako asiakas oikeat ja tarkoituksenmukaiset palvelut. Lisäksi arvioitiin kotiarvitiimin toimintaa (tiimin sisäinen yhteistyö sekä yhteistyöverkoston rakentaminen) ja asiakkaiden kotiarviointiin ohjautumisen prosessia.

Hoitoketjun sujuvuuden arviointia hankaloitti tietohallinnon tietotuotepyyntöjen viivästyminen. Tietojärjestelmistä ei saatu ulos tietoa tämän hetken asiakasvirroista: mikä on asiakkaan reitti, mistä he tulevat esimerkiksi kotiutusyksikön asiakkaiksi ja mitä palveluita käyttävät asiakkuuden päättymisen jälkeen vai käyttävätkö mitään. Lisäksi oli tarkoitus tehdä kuntouttavan kotiarviointijakson läpi käyneille asiakkaille seurantasoihto 3 kuukauden kuluttua jakson päättymisestä, mutta pilotti lopetettiin kahden kuukauden kohdalla eikä näin ollen asiakkaille tehty myöskään seurantasoihtoja. Seurantasoihtolla oli tarkoitus kysyä, onko asiakkaan tilanne sama tai mennyt parempaan/huonompaan suuntaan verrattuna kotiarviointijakson päättymishetkeen.

Kahdeksasta asiakkaasta kahdelle tehtiin palvelutarpeen arviointi ja aloitettiin kotihoito. Tämä prosessi saatiin vietyä läpi nopeammin kuin tällä hetkellä muutoin, koska kotiarvitiimillä oli oma asiakasohjaaja ja hänen kalenterissaan varatut ajat kotiarvitiimin asiakkaita varten. He siis hyötyivät kuntouttavasta kotiarviointijaksosta, mutta kuten edellä on kerrottu, nämä asiakkaat olisivat voineet olla joko kotikuntoutuksen ja/tai kotiutusyksikön asiakkaita. Puolet asiakkaista hyötyi jaksosta: he jatkoivat elämäänsä itsenäisesti aiempiin arkirutiineihinsa palaten. Yksi asiakas ohjattiin kotikuntoutukseen ensikäynnin jälkeen, koska hän tarvitsi tiivistä kuntoutusjaksoa.

Asiakkaiden ohjaaminen kuntouttavalle arviointijaksolle oli haastavaa, koska ohjautumisen perusteet olivat hyvin samankaltaisia kuin kotikuntoutuksen tai kotiutusyksikön asiakkailla. Lisäksi asiakkaiden hoitopolku oli samankaltainen: sairaalasta kotiutuminen – kotiutumisen tuki+kuntoutus.

Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna kuntouttavan kotiarvioinnin pilotti ei ollut kaikille tasapuolinen: kriteerit jaksolle olivat epämääräiset ja tulkinnanvaraiset (n. 65-vuotias tai yli, sairaalasta kotiutuva asiakas, jolla ei ole suurta hoidollista tarvetta eikä voimassa olevaa kotihoidon päätöstä). Pilotin aikana ei asiakkailta peritty maksua, jolloin jaksolle saattoi tulla asiakas, jonka motiivina oli enemmän maksuton palvelu kuin kuntoutukseen sitoutuminen. Kaikki asiakkaat eivät saaneet fysio- tai toimintaterapeutin arvioita, koska käynnit toteutuivat pääosin sairaanhoitajan tai lähihoitajien tekeminä eivätkä he aina osanneet tehdä kuntoutustarpeen arviota ja pyytää terapeuttia tekemään käyntiä.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus, pilotti 2

Elokuussa 2023 kotiarviointijakso sai uuden katsontakannan, kun Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -hankkeen alla tehdystä kotihoidon asiakkaiden segmentoinnista nousi esiin, että säännöllisen kotihoidon piiriin ajautuu asiakkaita, joiden palvelutarve on RAI-toimintakykymittarilla tarkasteltuna vähäinen (MAPLe5-palvelutarveluokka 1). Lähdettiin pohtimaan, miten tätä asiakassegmenttiä voitaisiin tukea niin, etteivät he ajautuisi säännöllisten kotiin vietävien palveluiden piiriin. Tiedossa oli, että Päijät-Hämeen

hyvinvointialueella on toimivia palveluja ja lähdettiin pohtimaan näiden palveluiden käytön tehostamista ja yhteistyön tiivistämistä asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti. Toimintamallin pilotointiin osallistuivat Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalta Kotiin vietävien palveluiden kotiutusyksikkö, Kuntoutuksen kotikuntoutus ja Ikääntyneiden asiakasohjaus, jotka ovat valitussa asiakassegmentissä asiakkaan tukemisen kannalta tärkeimmät yksiköt. Kotihoito on mukana tapaamisissa, mutta tavoitteena oli, että pilotissa mukana olevia asiakkaita ei päätyisi kotihoidon piiriin.

Pilotti 1:lle asetetut reunaehdot (jakson täytyy olla terveydenhuollon palvelua ilman päätöksentekoprosessia) eivät toteudu tässä toisessa pilotissa, koska suunnitteilla olevassa pilotissa on mukana sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluita ja osaan palveluista tarvitaan palvelupäätös. Hanksuunnitelman mukaisesti tällä toimintamallilla saadaan kotiarvioinnin piiriin koko Päijät-Hämeen alue ja kuntoutus/tuki annetaan asiakkaan kotona kohdentaen asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Näiden suunnitelmien pohjalta päätettiin lähteä viemään toimintamallia eteenpäin. Toimintamallin tavoite oli varhaisessa vaiheessa ja tehostetusti tukea asiakkaan itsenäistä selviytymistä, jolloin jääminen raskaampien palveluiden piiriin voitaisiin ehkäistä tai siirtää. Toisena tavoitteena oli hyödyntää alueen omia palveluja ja tehostaa niiden käyttöä sekä yhteistyötä asiakkaan yksilöllisen kuntoutumisen ja itsenäisen selviytymisen tukena. Toimintamallista käytettiin nimeä tehostettu tilapäinen kotihoito (tetiko).

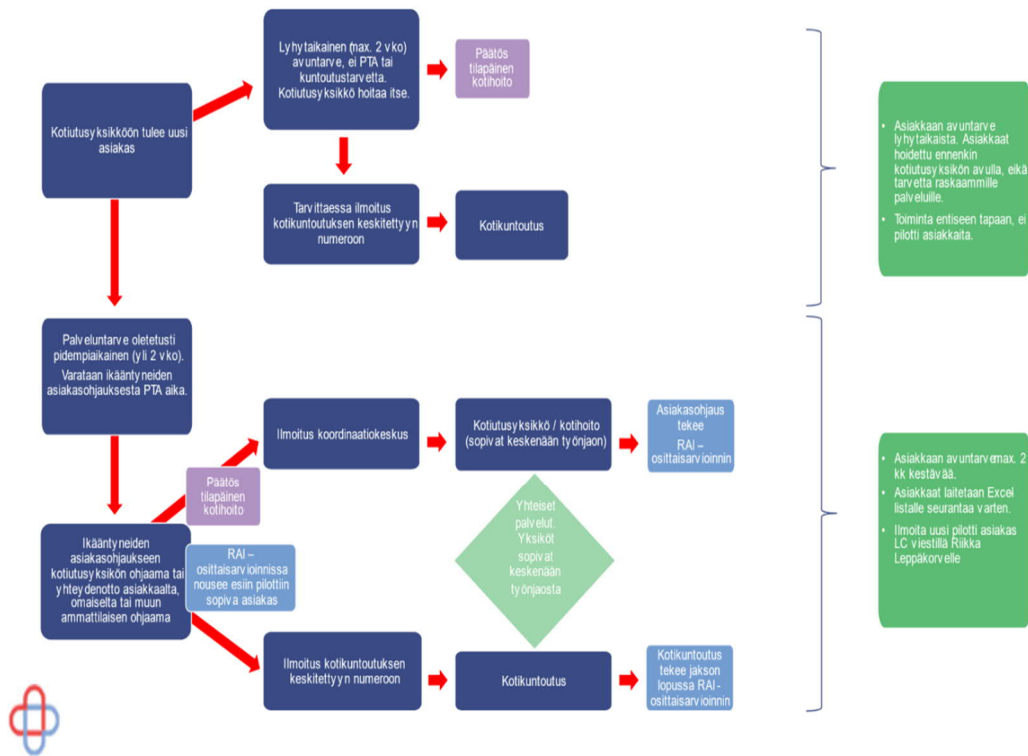
Suunnittelun alkuvaiheissa tehtiin päätös, että toimintamallin vaikutuksia seurataan jaksoa ennen ja sen jälkeen käyttämällä RAI-järjestelmää (Resident Assessment Instrument), jolla arvioidaan asiakkaiden toimintakykyä ja palveluntarpeita yhdenmukaisesti ja monipuolisesti. Asiakkaille tehtiin iRAI HC osittaisarviointi, jossa ammattilainen kerää tietoa mm. asiakkaan arkisuuorintumisesta, kognitiivisesta toimintakyvystä, psyykkisistä oireista, kuntoutumisen voimavaroista sekä lähipiiriltä saadusta tuesta. Arvioinnista syntyy toimintakykyä kuvaavia mittareita kuten esim. CPS (kognitio 0–6), ADLH (fyysinen avuntarve 0–6), IADLCH (arkiaskareet 0–6) ja MAPLe5 (palveluntarve 0–5), joka muodostuu useammasta yksittäisestä kysymyksestä (17), mittareista (2) ja herätteistä (2). Erikseen syntyy vielä toimintakykyä ja esim. terveyttä kuvaavia herätteitä esimerkiksi CAP kipua kuvaava heräte. Jaksolta seurataan myös sen kestoa ja sitä, mikä asiakkaan tilanne on arviointijakson lopussa. Tiedot viedään tarkoitusta varten luotuun Excel-taulukkoon. RAI-ohjelmaan pilottiin osallistuville asiakkaille luotiin oma ryhmä, johon heidät liitettiin. Tähän ryhmään kerätään kaikki pilotin aikana tulleet asiakkaat, jotta pitkäaikaisseuranta voidaan ottaa siitä, milloin näille asiakkaille tehdään seuraavan kerran RAI, ja tarkastella mitä muutoksia toimintakyvyssä on tässä ajassa tapahtunut.

Toimintamallin suunnittelu ja tapaamiset pidettiin tiiviissä tahdissa, jotta itse pilotoinnille saatiin mahdollisimman pitkä aika ja asiakkaita riittävästi mukaan ennen kuin tuloksia aloitettaisiin analysoidaan. Minimitavoite asiakasmäärälle oli 20 henkilöä, jotta saataisiin hieman laajempaa kuvaa toimintamallin vaikutuksista. Itse pilotin ajankohdaksi päätettiin 25.9.2023-30.11.2023. Kotiutusyksiköstä, kotikuntoutuksesta ja ikääntyneiden asiakasohjauksesta oli henkilöstöstä valittu osallistujat kehittämiseen ja ensimmäisellä kerralla heidät tavattiin yksiköittäin ja pohdittiin, minkälaiset asiakkaat tähän soveltuisivat, mitkä asiat voivat estää ja mitkä edistävät pilotin onnistumista. Pilotin puolen välin paikkeilla pidettiin henkilöstön edustajien kanssa työpaja, jossa katsottiin onnistumiset ja tehtiin tarvittavia muutoksia/selvennyksiä, ennen pilotin päättymistä. Johdon tasolla pidettiin useampia Teams -tapaamisia ja käytiin läpi tapaamisissa ja suunnittelussa esiin nousseita asioita ja tehtiin suuntaviivoja sille, miten toimintaa voidaan järjestää ja miten henkilöstön tietoisuutta pilotista saadaan lisättyä lyhyessä ajassa.

Ennen pilotin alkua luotiin prosessikaavio (kuva 4) siitä, miten asiakkaita ohjautuu pilottiin sekä ymmärrystä siitä minkälaiset asiakkaat arviointijaksosta hyötyisivät. Suurin osa asiakkaista ohjautui pilottiin kotiutusyksikön kautta, jonne he ovat ohjautuneet sairaalasta kotiutuksen yhteydessä. Osa asiakkaista on

tunnistettu ikääntyneiden asiakasohjauksessa, asiakkaan tai omaisen yhteydenoton perusteella järjestetyssä palvelutarpeen arvioinnissa.

Tehostettu tilapäinen kotihoito –pilotin prosessikaavio



Kuva 4. Tetiko-toimintamallin prosessikaavio.

Pilottiin mukaan tulevien asiakkaiden valinnassa yhtenä kriteerinä oli se, että asiakkaalla on kuntoutumisen mahdollisuuksia ja mahdollinen kuntoutuminen vaatii pidemmän jakson kuin kaksi (2) viikkoa. Taustajatuksena pitää olla myös asiakkaan mahdollisuus jakson jälkeen selviytyä arjesta itsenäisesti läheisverkoston, kolmannen sektorin, julkisten tai itse hankittavien palvelujen avulla. Alkuun ajatuksena oli, että palvelu kohdennetaan asiakkaille, joiden RAI:sta saatava palvelutarveluokka MAPLe5 olisi 1, mutta nopeassa ajassa tämä tarkentui välille 1–3 ja mukana pilotissa on ollut myös palvelutarveluokka 4 saaneita asiakkaita. Mukanaan otettiin myös muistisairaita, joilla sairaus ei estänyt uusien asioiden oppimista ja sisäistämistä. Kaikkien asiakkaiden kohdalla tavoitteet ovat yksilöllisiä ja suuremman palvelutarveluokan omaavilla on tavoitteena voinut olla se, että asiakasta ja puolisoa on ohjattu arjessa toimimisessa ja katsottu kotiin riittävät apuvälineet sekä annettu asiakkaalle kuntoutusta, jolloin asiakkaan avustamista on voitu tehdä puolisololle helpommaksi. Asiakkaiden kanssa on myös harjoiteltu arjessa toimimista, asiointeja mm. kaupassa tai tarvikkeiden tilaamista kotiin. Seuraavassa kuvassa (kuva 5) kuvattu pilottiin soveltuvia asiakkaita.

Ennen varsinaisen pilotin päättymistä tehtiin päätös, että toimintatapa tulee jäämään käytäntöön, koska alustavat tulokset antoivat jo hyvää kuvaa siitä, että asiakkaita saadaan tällä tavoin tuettua ja viivästettyä säännöllisten kotiin vietävien palveluiden alkamista. Tässä kohdassa yksiköissä tehtiin henkilöstöstä valinnat halukkuuden mukaan siitä, ketkä ovat jatkossa yksiköiden Tetiko- kehittämistyöryhmän jäsenet. Toimintatavan kehittäminen jatkuu edelleen mukana olevien yksiköiden kehittämistyöryhmien kesken, jotka jalkauttavat toimintatapaa omaan yksikkönsä.

Toimintamallin arviointi

Henkilöstön kanssa pidettiin pilotin aikana yksi yhteinen työpaja, jossa pohdittiin, miten pilotti oli tähän mennessä onnistunut ja mitä käytäntöjä pitäisi muuttaa. Tuolloin tuli esille yhteistyössä ja tiedonkulussa olevia haasteita. Yleisesti suurin haaste koko pilotin ajan on ollut tiedonkulku suuressa työyhteisössä, ja siihen, että tieto saavuttaa kaikki oleelliset työntekijät, voi mennä aikaa ja resursseja. Ongelma ei pelkästään ole tiedonkulussa vaan myös siinä, miten henkilöstö annettuja tietoja lukee ja miten ne sisäistetään. Pilotin kohdalla tehtiin yhteistyökäytäntöihin selkeytyksiä ja kirjattiin pilottiohjeistuksien yhteyteen, miten ja milloin otetaan mihinkin yhteyttä. Yhteydenpitokanavat ovat jo ennestään olemassa, mutta niiden olemassaolon tiedostaminen ja löytyminen ei ole ollut henkilöstöllä selkeästi tiedossa. Tietoisuuden lisääntyminen yhteydenpitotavoista vaatii vielä aikaa, ja tässä korostuu myös yksiköiden oman henkilöstön aktiivisuus.

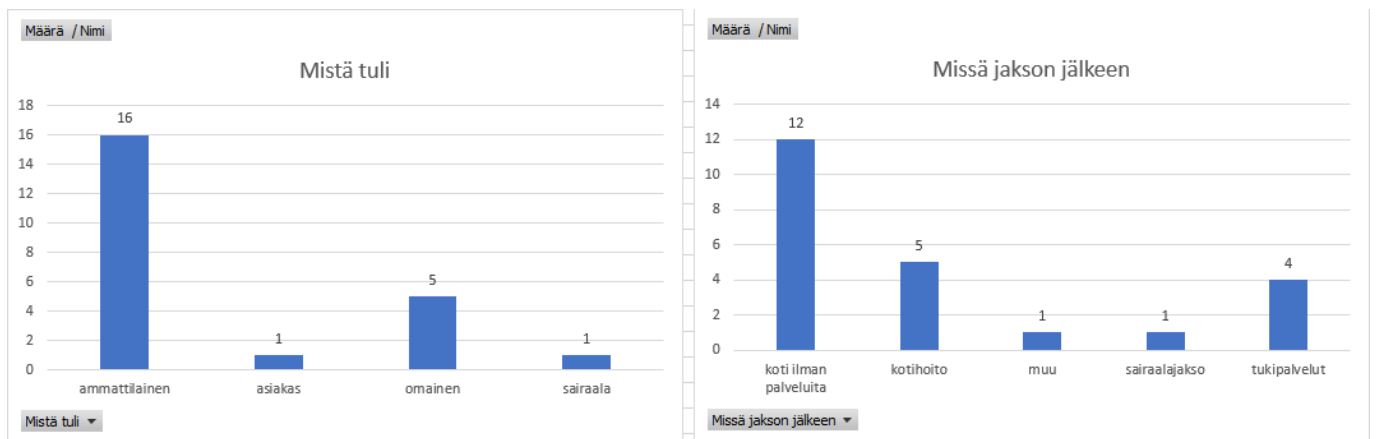
Tämän pilotin kohdalla tiedonkulkuun liittyvä suurin haaste oli, että kaikkia oleellisia työntekijöitä ei huomattu ottaa mukaan alkuinformaatioihin ja pilotin alussa toimintatapa oli heille täysin vieras. Tässä kohdassa aloitettiin informoimaan nopealla tahdilla sitä tarvitsevia työntekijöitä. Samalla tuli esille tarve saada vielä lisäkoulutusta RAI:n tekemistä varten ja päätettiin pitää yksi vielä koulutuskerta alkuperäisen kolmen kerran lisäksi. RAI-arviointien teko on alkanut kotikuntoutuksessa ja saaduissa tuloksissa on nähtävissä muutoksia asiakkaan toimintakyvyssä. RAI:n tekemistä on aloitettu pareittain ja tämä on koettu alussa hyvänä käytäntönä. Jatkossa voisi pohtia RAI-osittaisarvioinnin sisällön muokkaamista kotikuntoutuksen asiakkaita palvelevammaksi, yhteistyössä kotikuntoutuksen henkilöstön kanssa. Kotikuntoutuksen RAI-osaamista voisi myös vahvistaa kouluttamalla yksikköön 1–2 RAI-avainosaajaa, jotka voisivat jatkossa kouluttaa ja tukea henkilöstöä yksikön RAI-arviointien teossa.

Yhteistyön haaste on ollut osittainen epätietoisuus siitä mitä toinen yksikkö todellisuudessa tekee ja miten yhdessä voitaisiin toimia asiakasta tukien. Pilotin aikana yhteydenottokanavat selkiytyivät ja tietoisuus toisen tahon toiminnasta ja yhteistyön muodostumisesta lähti parantumaan. Näitä edesauttoi yksiköissä olleet kehittäjät, jotka veivät tietoa aktiivisesti omaan työyhteisöön. Työyhteisöihin pidettiin etenkin ennen pilottia ja pilotin alussa hankkeen puolelta tiiviisti yhteyttä ja tiedusteltiin, mikä toimii ja mikä ei sekä lähdettiin heti pohtimaan ratkaisua asioihin. Koko pilotin ajan koko henkilöstö on voinut olla tarpeen mukaan yhteydessä joko oman työyhteisön kehittäjäjäseniin tai hankkeen edustajaan. Tällä on pyritty helpottamaan henkilöstön tiedonsaantia ja tukea työhön, sekä samalla saamaan palautetta toimintamallin toimivuudesta. Toimintamallin jalkauttaminen käytäntöön jatkuu ja yksiköissä tehtyjen kehittämisryhmien kesken pidetään säännöllisesti tapaamisia ja etsitään eteen tuleviin haasteisiin ratkaisuja, jotta asiakkaat saisivat tarvitsemansa tuen oikea-aikaisesti ja oikein kohdennettuna.

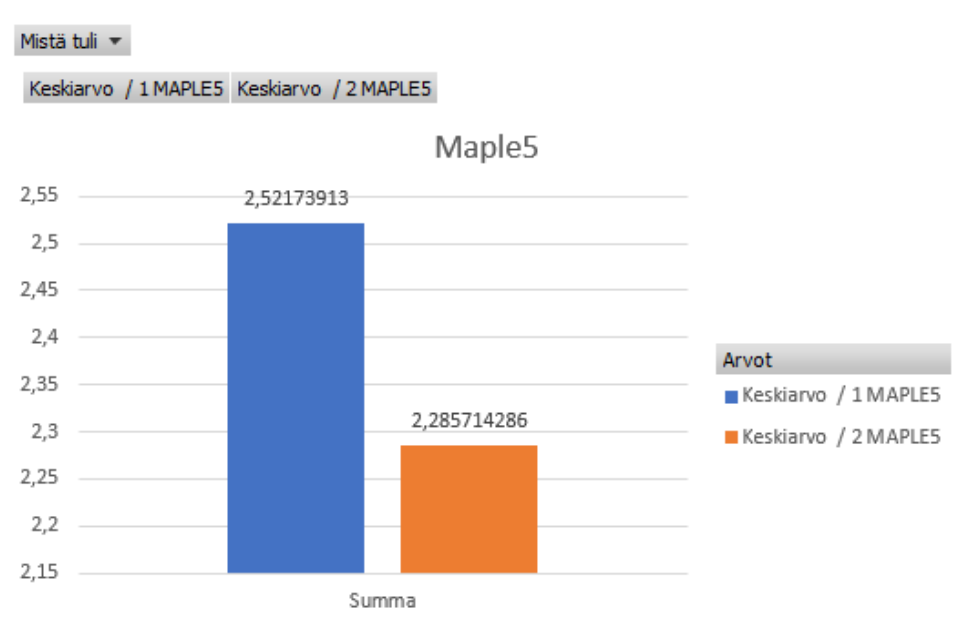
Eettisyyden näkökulmasta tarkasteltaessa voidaan aina pohtia kohdentuvatko palvelut oikein ja pääsevätkö kaikki palvelusta hyötyvät asiakkaan palvelun piiriin. Tässä pilotissa toimintamallista hyötyviä asiakkaita pystytään tunnistamaan jo melko hyvin, mutta aina on henkilöstön lisätiedoilla ja koulutuksella mahdollisuus parantaa palvelun myöntämisen tasa-arvoisuutta ja tietoisuutta, jotta palvelu olisi kaikkien siitä hyötyvien saatavilla. Toimintamallin vaikuttavuutta asiakkaalle voidaan tarkastella asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista RAI-mittariston avulla.

30.11.2023 pilotin päättyessä listoilla oli 50 asiakasta, joista 23 asiakkaalle oli jakson lopussa RAI-osittaisarviointi tehtynä ja nämä asiakkaat on otettu mukaan loppuarviointiin. 27 asiakkaan jakso on vielä kesken tai jakson jälkeistä RAI-osittaisarviointia ei vielä ollut tehty. RAI-tuloksista on nähtävissä, että jakson aikana asiakkaiden omatoimisuus, aktiivisuus, ulkoilu ja ravitsemus ovat useilla parantuneet. Huomion arvoisena voidaan pitää useamman asiakkaan kohdalla esiintyvistä kiputuntemuksen lisääntymistä kuntoutuksen myötä. Myös yksinäisyyden tuntemuksessa tapahtui parannusta vain yhden asiakkaan kohdalla ja toisen asiakkaan kohdalla yksinäisyyden kokemus oli kasvanut. Kivun hoitoon ja yksinäisyyden tunteen kokemukseen on jatkossa hyvä kiinnittää enemmän huomiota.

Alla olevissa kaavioissa on kuvattuna asiakkaiden ohjautumista pilottiin, heidän tilannettaan jakson jälkeen (kuva 6) sekä MAPLe5 palvelutarveluokituksessa tapahtuneet muutokset (kuva 7). Ensimmäisessä kuvaparissa "Muu" tarkoittaa, että asiakas käy itsenäisesti terveysasemalla hoidettavana, lisäksi yhden asiakkaan kohdalla jakso keskeytyi sairaalajakson vuoksi.



Kuva 6. Mistä asiakas on ohjautunut pilottiin ja mikä on tilanne jakson jälkeen.



Kuva 7. MAPLe5 – palvelutarveluokan muutokset ennen (sininen) ja jälkeen (oranssi) Tetiko-pilottijakson.

Toimintamalli 2

Ikääntyneen asiakkaan kotiutuksen kehittäminen

Tavoite

Hankesuunnitelman tavoite on kehittää ja ottaa käyttöön uusi sairaalakotiutusten malli, jossa vahvistetaan kotiutusta avustavalla työntekijällä. Tällöin sairaalakotiutukset paranevat ja muistisairaana kotiutus onnistuu. Silloin voidaan tavoitella ikääntyneen potilaan turvallista kotiuttamista Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin vuodeosastoilta.

Toimintamalli

Hankkeen alkaessa toimintaa lähdettiin kehittämään tavoitteen mukaisesti. Sisäisen projektiryhmän ohjauksen ja toiveiden mukaisesti lähdettiin selvittämään avustavan työntekijän toteuttamista kolmannen sektorin toimijoiden tuottamana. Kehittämisen edetessä ja kolmannen sektorin edustajille järjestetyn työpajan (21.2.23) jälkeen selvisi, ettei osion kehittämistä voida jatkaa hankesuunnitelman mukaisesti. Järjestötoimijat näkivät erityisesti muistisairaiden sekä omaishoitoperheiden kohdalla kotiutusavustaja -toiminnan tärkeäksi sekä tehtäväksi, joka kuuluu hyvinvointialueen omaksi toiminnaksi. Lisäksi alueen kolmannen sektorien toiminnassa olevien aktiivisten osallistujien määrät ovat sellaisia, etteivät he voisi sitoutua hankesuunnitelman mukaiseen avustavan henkilön toimintaan.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen työntekijöiden työpajan (15.3.23) jälkeen selvisi, että nykyinen Lean-kehittämisen aikainen kotiutumisen prosessi ei toimi käytännössä kuvausten mukaisesti ja ammattilaiset näkevät useita eri ongelmakohtia, jotka pitäisi ratkaista ennen isompaa kehittämisen aloittamista. Ammattilaiset tunnistivat kotiutusavustajan tehtävän tärkeäksi kotiuttamista tukevaksi toiminnaksi. Päijät-Koti-hankkeen sisäisen projektiryhmän kokouksessa 19.4.23 päätettiin, että osiossa selvitetään ja tunnistetaan nykyisen kotiuttamisen ongelmakohtia Geriatriensta osaamiskeskuksesta (Salpausselän Kuntoutussairaala Jalmarin) kotiutuessa kotiutusyksikön tai kotikuntoutuksen turvin. Samalla päädyttiin ratkaisuun, että kotiutusavustaja-toimintaa ei lähdetä käynnistämään tässä vaiheessa.

Kevään 2023 aikana selvisi, että koko Päijät-Hämeen hyvinvointialuetta koskeva kotiuttamisprosessin kehittäminen ja yhdistäminen on alkamassa vuoden 2024 aikana Lean-prosessien kehittämistyössä. Lisäksi kotiuttamisprosessien kehittämistä on aloitettu Akuutti 24:ssä. Kotiutumisen kehittäminen heidän osaltaan koskee ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialaa erityisesti erikoissairaanhoidon päivystyksen, päivystyksen ja erikoissairaanhoidon kotisairaalan kotiuttamisen kehittämisen osalta. Geriatriassa osaamiskeskuksesta ollaan aloittamassa prosessien kokonaiskehittämistä, minkä yhtenä osana on kotiuttamisprosessin tarkasteleminen.

Touko-kesäkuussa 2023 hanke järjesti yhteistyötapaamisia eri toimijoiden välillä. Akuutti 24:n eri toimipisteiden työntekijöiden yhteistyökokouksessa päätettiin, että yhteisten asiakkaiden kotiutuksiin liittyen erikoissairaanhoidon päivystyksen sekä päivystyksen että kotiin vietävien palveluiden kotiutusyksiköiden esihenkilöt aloittavat säännölliset yhteiset tapaamiset, joissa he voivat keskustella sen hetkistä kotiutuksiin liittyvistä ajankohtaisista asioista. Päijät-Koti-hanke järjesti ensimmäisen tapaamisen 1.9.23 ja siinä sovittiin seuraavan tapaamisen vastuuhenkilö sekä ajankohta. Geriatrien osaamiskeskuksesta (Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarin) kotiutuvien ikääntyneiden asiakkaiden kotiuttamisen parantamiseksi sovittiin 13.6.23 yhteistyöpalaverissa, että välillä 28.8.-24.9.23 tehdään kotiutusten tehoseurantakysely. Kysely laadittiin yhteistyössä tehoseurantaan valittujen osastojen J21, J41, J42 sekä kotiutuksia vastaanottavien kotiutusyksikön ja kotikuntoutuksen esihenkilöiden kanssa.

Kysely toteutettiin webropol-kyselynä, jonka rinnalla oli mahdollisuus vastata myös paperikyselyyn. Paperisella lomakkeella saadut vastaukset vietiin Päijät-Koti-hankkeen puolesta webpoliin. Kyselyyn tuli

yhteensä 128 vastausta. Kyselyn jälkeen järjestettiin kyselyyn vastanneiden yksiköiden henkilökunnalle yhteinen työpaja 11.10.23. Työpaja pidettiin läsnäolotapaamisena. Työpajassa käytiin kyselyn tuloksia läpi sekä jatkotyöstettiin vastausten perusteella seuraavia kehittämiskohteita ikääntyneen turvallisen kotiuttamisen saavuttamiseen. Tulokset vietiin yksikkö- ja toimiala-tasolle tiedoksi. Saatuja tuloksia tullaan hyödyntämään niin yksiköissä kuin koko toimialalla, esimerkiksi tulevassa kotiutusprosessin kehittämisessä Lean-menetelmällä.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Päijät-Koti-hankkeessa ei tuotettu varsinaista toimintamallia, koska hankesuunnitelman mukaista toimintaa ei päästy käynnistämään. Uudenlaisen toiminnan kehittämistä ei voida aloittaa, jos olemassa olevassa toiminnassa on haavoittuvuuksia. Hankkeen aikana nämä haavoittuvaisuudet saatiin esille sekä tehtiin näkyväksi mm. työpajojen ja kotiutuksen tehoseuranta kyselyn kautta. Hankkeen kautta esille tulleet asiat otetaan huomioon jatkokehittämisessä, joko koko hyvinvointitasoisessa kotiutuksen Lean-kehittämisessä tai yksikkökohtaisissa prosessien kehittämisissä.

Toimintamallin arviointi

Tässä osiossa jouduttiin muuttamaan toimintaa ja kehittämistä ohjaavan hankesuunnitelman sisältöä. Näin ollen osiota ei voida arvioida suhteessa alkuperäiseen suunnitelmaan. Muutoksista johtuen osiossa pystyttiin hyvin nopeasti muuttamaan toimintaa ja kehittämisen suuntaa. Suunnan muutoksessa eniten aikaa meni toimialan johdon sekä projektiryhmän päätöksien saamiseen.

Sisällöllisesti hankkeen aikana saatu ja kerätty tieto sekä hankkeen järjestämistä tapaamisista ja työpajoista saadut kehittämisideat ja ajatukset ovat jo suoraan toimialalle hyödynnettävää tietoa. Yksiköiden välistä yhteistyötä sekä toiminnan kehittämistä on aloitettu jo hankkeen aikana, ja se tulee jatkumaan yksiköiden toiminnassa hankkeen jälkeen. Hankkeen toiminnan tukena osiossa oli mukana ostettuna NHG:ltä (Nordic Healthcare Group) työpanosta mm. työpajojen järjestämisessä.

Toimintamalli 3

Ikääntyneiden sosiaalinen kuntoutus

Tavoite

Hankesuunnitelmassa ei ole alun perin ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen osiota, vaan se on tullut esiin tarpeena muiden projektiosoiden yhteydessä käydyissä keskusteluissa asiakasohjauksen johdon kanssa. Tämän projektiosion tavoitteena on ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen toiminnan määrittäminen ja mallintaminen, prosessi- ja palvelukuvauksen tekeminen sekä palvelun käynnistäminen gerontologisen sosiaalityön yksikköön Asiakasohjauksen tulosalueelle. Sosiaalisen kuntoutuksen toiminnan tavoitteena on 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden tukeminen sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Samalla pyritään ehkäisemään ja pitkittämään raskaampien palveluiden aloittamista.

Toimintamalli

Päijät-Hämeen ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen palvelukuvaus

”Palvelu perustuu palvelutarpeen arviointiin, jossa sosiaalityöntekijä/-ohjaaja arvioi palvelun soveltuvuutta asiakkaalle. Palvelusta tehdään asiakkaalle päätös ja palvelun soveltuvuutta asiakkaalle arvioidaan säännöllisesti. Palvelun avulla ohjataan asiakasta oman elämän hallinnassa ja arjen toimintojen suorittamisessa. Ohjaaminen voi kohdistua esimerkiksi hyvinvointia edistävien elämäntapojen tukemiseen, sosiaalisten verkostojen vahvistamiseen ja osallisuuden edistämiseen.

Palvelu on vapaaehtoista ja se myönnetään määräaikaisena. Asiakkaan kanssa asetetaan yksilökohtaiset tavoitteet, joihin asiakkaan tulee sitoutua.

Palvelun avulla pyritään välttämään tai hidastamaan siirtyminen raskaampien ja kalliimpien palveluiden piiriin.”

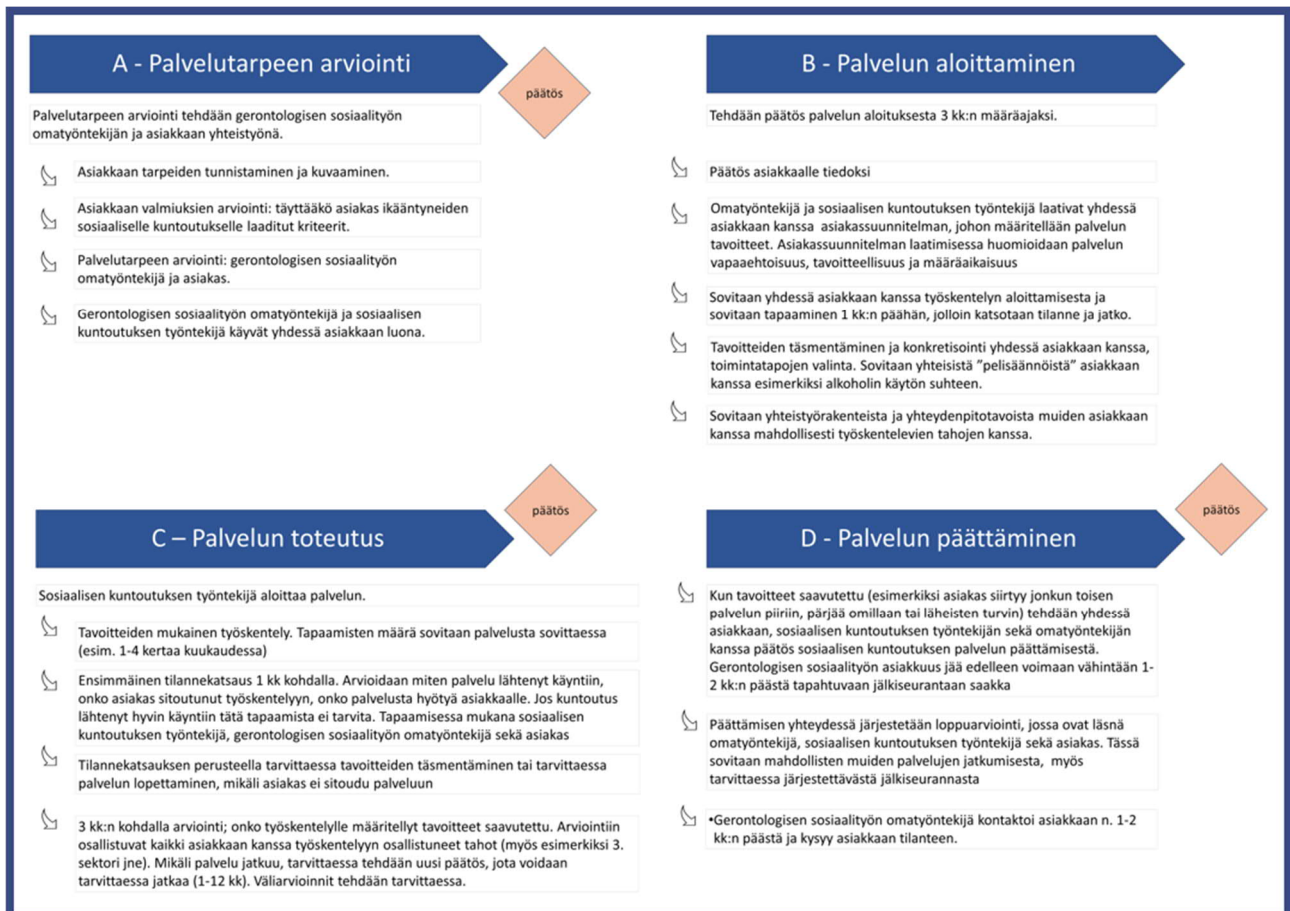
Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen herätteet ja rajaavat kriteerit

Asiakkaiden tunnistamisen avuksi on luotu herätteitä eli konkreettisia esimerkkejä tilanteista, jolloin voidaan harkita asiakkaan ohjaamista ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen palveluun. Tällaisia tilanteita ovat elämän muutoskohdat kuten esimerkiksi päihdekuntoutuksen päättymisen, asunnon vaihtaminen/muuttaminen tai leskeys. Myös tilanteet raivaussiivouksen jälkeen tai asunnottomuuden kohdatessa voivat vaatia tukea. Lisäksi asiakkaalta vaaditaan kykyä sitoutua palveluun, riittävää motivaatiota ja kykyä asettaa tavoitteita kuntoutumisjaksolle. Palvelun ulkopuolelle rajautuvat asiakkaat, joille on olemassa jokin muu palvelu tai keino, jolla heitä voidaan auttaa; asiakkaat, joilla on vaikea muistisairaus tai jokin muu kognition haaste, joka vaikeuttaa sitoutumista ja/tai muistamista; asiakkaat, joilla on terveydentilassa jokin akuutti hoitoa tai selvittelyä vaativa sairaustilanne.



Kuva 8. Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen prosessikuvaus ylätasolla.

Asiakkaille aloitetaan ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen palvelu gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijöiden tai -ohjaajien tekemän arvion kautta eli heille tehdään palvelutarpeen arviointi. Arviointia voidaan tehdä yhdessä sosiaalista kuntoutusta toteuttavan sosiaalihoajaan kanssa, mutta hän ei tee virallista päätöstä asiakkuudesta, vaan sen tekee aina eri henkilö kuin palvelua toteuttava työntekijä. Sosiaalista kuntoutusta toteuttavat sosionomin tai geronomin koulutuksen saaneet sosiaalihoajaat. Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen palvelu on määräaikaista: asiakkaille tehdään päätös palvelun aloittamisesta ja kestoista. Ensimmäinen päätös tehdään kolmeksi kuukaudeksi. Tätä määräaikaista päätöstä voidaan jatkaa tarvittaessa 1-12 kuukauden mittaisella päätöksellä. Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen käynneistä tehdään kirjaukset potilastietojärjestelmään (Sosiaali LifeCare). (kuva 8 ja 9.)



Kuva 9. Prosessikuvauksen vaiheet.

Sosiaaliohjaajan työnkuva ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen toteuttajana

Sosiaalisen kuntoutuksen työntekijän tehtäviin kuuluu asiakkaan voimavarojen ja elämänhallinnan arvioiminen ja tukeminen arjessa: asiakkaan motivointi, päihteiden käytön vähentämisen tukeminen, asiakkaan tilanteen ja hyvinvoinnin havainnointi ja ratkaisujen/tukevien toimintojen esiin tuominen sekä laaja-alainen ohjaus ja neuvonta. Sosiaalisen kuntoutuksen työntekijän vastuulla on asiakkaan tilanteen ja tavoitteiden sekä niiden saavuttamisen jatkuva arviointi kuntoutusjakson aikana. Työntekijällä on aina mahdollisuus keskustella asiakkaan omatyöntekijän kanssa asiakkaan tilanteesta ja siinä tapahtuvista muutoksista. Tehtäviin kuuluu lisäksi yhteistyö asiakkaan tilanteen kannalta olennaisiin yhteistyökumppaneihin ja verkostoihin sekä tarvittaessa ohjaaminen hakemusten täyttämiseen käyntien yhteydessä. Sosiaalisen kuntoutuksen työntekijä ei tee päätöksiä.

Tehtävät ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen prosessin eri vaiheissa: Sosiaalisen kuntoutuksen työntekijä osallistuu ensimmäiseen asiakastapaamiseen yhdessä asiakkaan omatyöntekijän kanssa ennen sosiaalisen kuntoutuksen päätöksen tekemistä, samalla arvioidaan sosiaalisen kuntoutuksen soveltuvuutta asiakkaalle. Ensimmäisen kuukauden aikana sosiaalisen kuntoutuksen työntekijä arvioi tarvittaessa yhdessä asiakkaan omatyöntekijän kanssa asiakkaan sitoutumista sosiaalisen kuntoutuksen palveluun ja tekee yhdessä omatyöntekijän kanssa päätöksen, jatkuuko sosiaalisen kuntoutuksen palvelu asiakkaan kohdalla. Sosiaalisen kuntoutuksen työntekijä osallistuu yhdessä omatyöntekijän kanssa väliarviointiin kolmen kuukauden kohdalla sekä arvioi jatkuvasti asiakkaan tilannetta ja edistymistä mahdollisen jatkopäätöksen ajan. Kuntoutusjakson aikana sosiaalisen kuntoutuksen työntekijä arvioi ja esittelee asiakkaalle mahdollisesti soveltuvia julkisen/kolmannen sektorin palveluita ja tukee asiakkaan siirtymistä valittujen palveluiden piiriin. Tehtäviin kuuluu kuntoutusjakson päättämisestä sopiminen yhdessä asiakkaan ja tämän omatyöntekijän

kanssa. Sosiaalisen kuntoutuksen työntekijä ja asiakas sopivat käyntien tiheydestä yhdessä yksilöllisesti asiakkaan tilanne huomioiden (1-4x/kk).

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan -työpaketin yhteydessä nousi esiin ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen tarve ja sen toimintamallin kehittäminen aloitettiin keväällä 2023, kun STM:ltä oli saatu luvat uuden projektiosion käynnistämiseen. Päijät-Hämeen hyvinvointialueella tai aiemman Hyvinvointikuntayhtymän alueella ei ole tuotettu ikääntyneille (65 vuotta täyttäneille) sosiaalisen kuntoutuksen palvelua. Sen sijaan Heinolassa oli aiempaa kokemusta sosiaalisen kuntoutuksen palvelun järjestämisestä yli 65-vuotiaille. Heinola on hoitanut myös Sysmän kunnan ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaita ennen hyvinvointialuemuutosta, jolloin Sysmä tuotti osan palveluista ostopalveluina. Lisäksi hyvinvointialueen työikäisten palveluissa on ollut sosiaalisen kuntoutuksen palvelua tarjolla vuodesta 2016.

Koska ikääntyneille ei ole ollu tarjota sosiaalisen kuntoutuksen palvelua, on heille myönnetty korvaavana palveluna kotihoitoa. Kotihoito ei kuitenkaan ole pystynyt vastaamaan asiakkaiden todelliseen tarpeeseen, koska käynnit ovat lyhyitä ja keskittyvät pääasiassa hoidollisiin asioihin kuten lääkitykseen tai päivittäistoimista suoriutumiseen (esimerkiksi pukeutuminen, peseytyminen, ravitseminen). Toisaalta taas kotihoidon myöntäminen on voinut saada aikaan asiakkaan passivoitumista sellaisissa asioissa, joita hän olisi vielä pystynyt itse hoitamaan, mutta kotihoidon palveluiden yhteydessä on tehty sopimukset esimerkiksi ruokapalvelusta ja lääketilauksista tai päivittäisissä toimissa on avustettu turhankin paljon. Jatkuva pula lähihoitajista sekä lisääntyvä määrä ikääntyneitä asiakkaita kotiin vietävissä palveluissa aiheuttaa sen, että palveluiden myöntämistä asiakkaiden tarpeiden mukaisesti on korostettava. Tästä syystä gerontologisessa sosiaalityössä myönnettävästä sosiaalisen kuntoutuksen palvelusta tavoitellaan yhtä keinoa ohjata asiakkaita oikein kohdennettujen palveluiden piiriin, hyödyntää ja tukea asiakkaiden omien voimavarojen käyttöä ja samalla keventää kotihoidon kuormitusta.

Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen pilotti alkoi kesällä 2023 kahden sosiaaliohjaajan työpanoksella sillä tavoitteella, että asiakkailla ei olisi kotihoitoa ja sen piiriin siirtymistä yritettäisiin ehkäistä. Pilotin asiakkaat olivat gerontologisen sosiaalityön asiakkaita, joista osalla oli jo pidempään ollut sosiaalityön ja -ohjauksen palvelut. Joillakin näistä asiakkaista on ollut kotihoidon palveluita erilaisilla käyntimäärillä ja -ajoilla. Pilotin edetessä on huomattu, että nämäkin asiakkaat ovat hyötyneet sosiaalisesta kuntoutuksesta eri tavoin: joidenkin kohdalla kotihoidon käyntejä on voitu vähentää toimintakyvyn kohentuessa, asiakkaan mieliala on kohentunut tai muuttaminen esteettömään asuntoon on mahdollistunut. Kotihoidon myönnettyistä palveluista on pilotoinnin aikana keskusteltu paljon kriteereiden näkökulmasta. Kuitenkin jatkossa palveluun pyritään ohjaamaan sellaisia asiakkaita, joilla kotihoidon palveluita ei ole myönnetty tai niitä on vähäisesti esimerkiksi sairaanhoidollisista syistä (haavahoito, avanne). Jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllinen arviointi on tärkeää ja ohjaa päätöksentekoa sosiaalisen kuntoutuksen palvelusta.

Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen osaprojektin tavoitteena oli mallintaa palvelu osaksi gerontologisen sosiaalityön palveluita. Tässä tavoitteessa onnistuttiin ja hankkeen päättyessä on luotu ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen palvelukuvaus, prosessikuvaus sekä ikääntyneiden sosiaalista kuntoutusta toteuttavan sosiaaliohjaajan työnkuva. Tässä kehittämistyössä apuna on ollut konsulttiyritys FCG (Finnish Consulting Group), jolta on ostettu palveluita mm. työpajojen järjestämiseen sekä taustaselvityksen tekemiseen. Työpajoja järjestettiin syksyn 2023 aikana kolme ja niiden tarkoituksena oli kerätä materiaalia ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen määrittämisen sekä kriteereiden ja palvelukuvauksen luomisen tueksi. Työpajoihin osallistui gerontologisen sosiaalityön henkilöstö, nimetyt ikääntyneiden asiakasohjauksen ja työikäisten palveluiden työntekijät sekä RRP-hankkeen hanketyöntekijöitä, joiden kehittämistyö liittyy

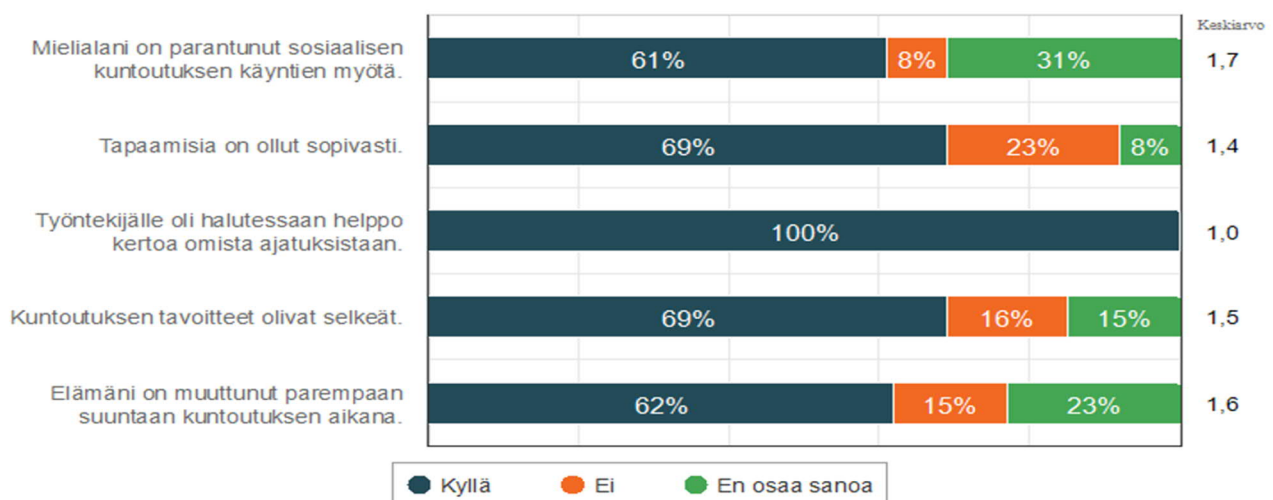
läheisesti sosiaaliseen kuntoutukseen. Toimintamallin lopullinen jääminen käyttöön hankkeen päättymisen jälkeen varmistuu vasta joulukuussa 2023, mutta todennäköisyys sille on hyvin suuri.

Koska toimintamallin kehittäminen aloitettiin vasta keväällä 2023, ei varsinaisia vaikuttavuustuloksia ole lyhyen toiminta-ajan vuoksi saatu. Myös mahdolliset kustannusvaikutukset näyttäytyvät vasta myöhemmin. Hankkeen aikana yritettiin selvittää sitä asiakasmäärää, joille on myönnetty kotihoidon palvelut korvaavana palveluna sosiaalisen kuntoutuksen puuttuessa, mutta tätä asiakasryhmää ei pystytty enää löytämään. Syynä tähän on se, että kotihoidon käynneille on määritettävä käynnin peruste ja näille asiakkaille se on määritelty jollekin kotihoidon tyypillisen asiakkaan toiminnolle, mihin apua tarvitaan eli ravitsemukseen, lääkehoitoon tai toimintakyvyn tukemiseen esim. liikkuesssa, pukiessa tai peseytyessä. Kustannusvaikuttavuutta voisi laskea sille, kuinka paljon yhden asiakkaan kohdalla syntyy säästöjä, jos asiakas saadaan pidettyä raskaan kotihoidon tai ympärivuorokautisen palveluasumisen ulkopuolella esimerkiksi vuoden ajan verrattuna näiden palveluiden kustannuksiin. Tällaisia lukuja ei kuitenkaan organisaatiossa haluttu alkaa tässä vaiheessa selvittämään.

Toimintamallin arviointi

Ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen pilotissa ei käytetty asiakkaiden toimintakykyä tai vointia mittaavia mittareita. Tämä johtuu siitä, että erityisesti ikääntyneille sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaille on vähän soveltuvia mittareita ja yhtä kaikille sopivaa mittaria on haastavaa löytää. Yleensä mittarit on suunniteltu mittaamaan esimerkiksi alkoholin käyttöä (Audit) tai mielialaa (masennusseula BDI-21, myöhäisiä depressioseula GDS-15). Kaikilla asiakkailla ei kuitenkaan ole mielenterveys- tai päihdeongelmia tai mittarit on suunniteltu nuorille tai työikäisille.

Kaikkiaan ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen pilotissa oli 33 asiakasta, joista neljän jakso päätettiin, koska asiakas ei soveltunut sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaaksi, lisäksi kolmen asiakkaan jaksot jäivät kesken asiakkaan terveydentilasta johtuvan syyn vuoksi. Pilottiin osallistuneille asiakkaille tarjottiin mahdollisuutta vastata palautekyselyyn koskien heidän saamaansa sosiaalisen kuntoutuksen jaksoa. Vastauksia palautekyselyyn tuli 13. Vastauksissa toistuu toive siitä, että käyntejä voisi olla useammin, jopa useita kertoja viikossa. Asiakkailta käytiin pääasiassa kerran viikossa tai kahden viikon välein. Sosiaalisen kuntoutuksen palveluun oltiin tyytyväisiä ja erityisesti työntekijöiden ja asiakkaiden välillä koettiin vallinneen hyvä luottamus vastaajasta riippumatta. Kaikki vastanneet eivät kokeneet sosiaalisen kuntoutuksen jakson parantaneen heidän mielialaansa tai elämänlaatuaan, käyntipäivinä ja tapaamisten aikana mieliala on sen sijaan ollut parempi. (kuva 10).



Kuva 10. Asiakaspalautekyselyn vastauksia monivalintakysymyksiin.

Monella sosiaalisen kuntoutuksen pilottiin osallistuneella asiakkaalla oli kuntoutusjakson alkaessa haasteita lähteä kotoa joko fyysisen toimintakyvyn vuoksi tai muusta syystä. Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on usein kotoa pois lähteminen joko asioimaan tai tapaamaan muita ihmisiä. Pilottiaika on ollut melko lyhyt verrattuna sosiaalisen kuntoutuksen jaksoihin esimerkiksi työikäisten palveluissa ja asiakkaiden edistyminen tavoitteissaan tapahtuu hitaasti. Kuitenkin edistymistä monilla asiakkailla on tapahtunut ja tavoitteita on saavutettu. Sosiaalisen kuntoutuksen työntekijöiltä vaaditaan jatkuvaa arviointia ja reagointia asiakkaan tilanteeseen. Heidän on rakennettava luottamus asiakkaaseen jakson alussa, jotta löydetään asiakkaan todelliset haasteet ja tukeminen vaikeassa tilanteessa on mahdollista. Sosiaalisen kuntoutuksen työntekijöillä on käynneillä enemmän aikaa asiakkaalle kuin gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijöillä/-ohjaajilla tai kotihoidon työntekijöillä. Tämä on ollut asiakkaiden kannalta arvokasta: luottamuksen synnyttyä asiakkaat ovat kertoneet haasteistaan, jotka eivät tule yhdellä tai kahdella arviointikäynnillä ilmi. Näin on löydetty juurisyytä asiakkaiden hankaliin tilanteisiin.

Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna kehittämistyön aikana on huomattu, että useimmat hyötyvät jollakin tavalla sosiaalisen kuntoutuksen palveluista tai sen elementeistä. Esimerkiksi monet pilotissa mukana olleet asiakkaat ovat tuoneet esiin yksinäisyyden tunteitaan. Muiden projektiosioiden kautta on myös tiedossa, että yksinäisiä ja turvattomia ikääntyneitä on Päijät-Hämeen alueella todella paljon. Näin ollen ikääntyneiden sosiaaliseen kuntoutukseen olisi tarjolla paljon potentiaalisia asiakkaita. Sosiaalinen kuntoutus ei kuitenkaan ole ratkaisu yksinäisyyden haasteisiin. Pilotin aikana sosiaalista kuntoutusta ikääntyneiden palveluissa on toteuttanut kaksi henkilöä ja tämä on se työntekijäresurssi, mikä tulee olemaan käytettävissä palvelun käynnistyessä pysyvästi. Myös resurssien valossa palvelua on ainakin alkuvaiheessa rajattava ja tämä asettaa eettisen haasteen: voidaanko kaikille sitä tarvitseville taata lakisääteinen palvelu.

Vaikuttavuus on siis painottunut enemmän laadulliseen kuin määrälliseen vaikuttavuuteen ja on hyvin paljon myös asiakkaan subjektiivinen kokemus saamastaan palvelusta. Pilotin kokemusten perusteella ei voida sanoa kuinka paljon sosiaalisen kuntoutuksen palvelu vähentää kotihoidon piiriin siirtyvien asiakkaiden määrää. Osaltaan se voi kuitenkin vähentää haastavissa tilanteissa olevien asiakkaiden siirtymistä kotihoidon piiriin ja tarjota paremmin asiakkaan tarpeisiin vastaavaa palvelua. Hankkeen avulla ikääntyneiden sosiaalisen kuntoutuksen palvelu on saatu käynnistettyä ja luotua sille raamit. Jatkossa palvelua tulee tarkastella ja kehittää gerontologisen sosiaalityön yksikössä entistä paremmin tarkoitustaan vastaavaksi sekä työntekijöiden näkökulmasta selkeyttää asiakkaiden ohjaamista palveluun. Esimerkiksi ryhmämuotoinen palvelu on yksi tapa toteuttaa sosiaalista kuntoutusta ja tämän kehittäminen voi olla tulevaisuuden kehittämiskohde. Myös uuden työnkuvan mukaiset työn tekemisen käytänteet ja toimintaohjeet on tärkeä kehittämiskohde palvelun jäädessä pysyväksi toiminnaksi gerontologiseen sosiaalityöhön.

3.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun

3.3.1. Toimintamallit

Toimintamalli

Monimuotoinen ja koordinoitu oppisopimusmalli

Tavoite

Oppisopimusmallin tavoitteena on mahdollistaa koko lähihoitajan tutkintoa suorittavan oppisopimusopiskelijan laajempi osaamisen kehittäminen toimialan eri yksiköissä (kotiin vietävät palvelut, asumispalvelut, kuntoutus ja geriatrinen osaamiskeskus). Oppisopimusmallissa huomioidaan oppisopimusopiskelun eri vaiheet rekrytoinnista valmistumiseen asti. Toimintamalliin sisältyy oppisopimusopiskelijoille, työpaikkaohjaajille ja esihenkilöille eri toimenpitein tarjottava tuki

oppisopimusopiskeluun liittyvissä kysymyksissä. Toimintamallin ja siihen liitettyjen tuotosten tavoitteena on myös toimia yhteisten toimintakäytänteiden edistäjänä sekä tarjota ratkaisuja jatkuvaan tiedon tarpeeseen.

Toimintamalli

Monimuotoinen ja koordinoitu oppisopimusmalli (kuva 11) mahdollistaa ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus-toimialalla työskentelevien lähihoitaja-oppisopimusopiskelijoiden osaamisen kehittämisen laajasti koko toimialalla: kotihoidossa, asumispalveluissa, geriatrisessa osaamiskeskuksessa ja kuntoutuksessa (oppisopimusopiskelijoiden kierto). Lisäksi toimintamalli mahdollistaa hakijoiden kartoittamisen ja jakautumisen tasaisemmin rekrytointivaiheessa tulosalueiden eri yksiköihin sekä erilaisten tukimuotojen saatavuuden oppisopimusopiskelijoille, työpaikkaohjaajille ja esihenkilöille. Tärkeimpänä kohderyhmänä ovat koko lähihoitajan tutkinnon oppisopimuksella suorittavat opiskelijat.



Kuva 11. Monimuotoinen ja koordinoitu oppisopimusmalli Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalla.

Oppisopimusopiskelijoiden rekrytointi

Oppisopimuskoulutukseen voi hakeutua suorittamaan koko lähihoitajan tutkinnon tai tutkinnon osia. Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalla oppisopimusopiskelijoiden rekrytointi perustuu tarpeeseen saada osaavaa työvoimaa. Avoimien oppisopimuspaikkojen määrä riippuu tarpeen lisäksi yksiköiden resursseista ohjata oppisopimusopiskelijaa, koska oppisopimus vaatii nimetyn ja tehtävään soveltuvan ohjaajan.

Toimintamallissa oppisopimuskoordinaattori kartoittaa lukukausittain, kuinka paljon oppisopimusopiskelijoita voi aloittaa seuraavana lukukautena. Tämän jälkeen avataan rekrytointi-ilmoitus riippuen siitä, kuinka paljon avoimia paikkoja on. Mikäli avoimia paikkoja on paljon, tulee oppilaitosten kanssa sopia oman opetusryhmän aloittamisesta. Hakuajan päätteeksi koordinaattori käy läpi hakemukset ja

karsii hakijoita alkukartoitukseen. On olennaista, että jo rekrytointivaiheessa hakijalla on tiedossa toimialalla käytössä oleva oppisopimusmalli.

Alkukartoitus tehdään koordinaattorin toimesta haastatellen ja tämän perusteella koordinaattori sijoittaa valitut hakijat yksiköihin. Päätökset hakijoiden palkkaamisesta oppisopimukseen tekevät viime kädessä yksiköiden esihenkilöt, jotka haastattelevat sijoitetun hakijan. Rekrytoidut koko tutkinnon suorittavat oppisopimusopiskelijat aloittavat oppisopimuskoulutuksen yhteisinä ajankohtina ja heille tehdään yksiköiden esihenkilöiden toimesta määräaikaista työsopimukset koko oppisopimuksen ajalle. Lisäksi oppilaitos laatii oppisopimuksen.

Perehdytyskokonaisuus

Perehdytyskokonaisuus sisältää kaksi yhteistä perehdytystilaisuutta uusille aloittaville oppisopimusopiskelijoille ja työpaikkaohjaajille. Perehdytys oppisopimusopiskeluun- tilaisuudessa käydään läpi oppisopimusopiskeluun liittyviä käytänteitä sekä oppisopimusopiskelijoiden kiertoon liittyviä periaatteita, ja Orientaatio hoitotyön käytänteisiin- tilaisuudessa aiheina ovat hoitotyön aseptiikka, ammatillinen vuorovaikutus ja ergonomia. Yhteisellä perehdytyksellä pyritään mahdollistamaan onnistunut oppisopimuksen aloitus ja se, että teoreettinen opetus tukee parhaiten työelämässä karttuvaa osaamista. Perehdytykset tarjoavat eväitä erityisesti alan vaihtajille, joilla ei ole kokemusta sosiaali- ja terveysalalta.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen verkko-oppimisympäristö Pätevään työstettiin oma osio, johon kerättiin tietoa oppisopimusopiskelusta, lähihoitajan tutkinnosta ja ohjaamisen periaatteista. Perehtymisen tukena toimiva oppimisalusta on suunnattu erityisesti uusille työpaikkaohjaajille ja esihenkilöille. Alustalle työstettiin myös interaktiivinen ohjausprosessi (kuva 12 ja kuva 13), jonka sisältö tuotettiin työpaikkaohjaajille, esihenkilöille ja oppilaitoksen opettajille pidettyjen työpajojen pohjalta. Ohjausprosessi kuvaa oppisopimusopiskelun eri vaiheita ja niihin liittyviä toimenpiteitä.







Ohjausprosessin vaiheet



Kuva 12. Ote interaktiivisesta ohjausprosessista. Prosessi jaettiin vaiheisiin, jotka ohjeistavat, mitä tulee huomioida ennen oppisopimusta sekä oppisopimuksen alussa, aikana ja lopussa.



Tutkinnon osan alussa

1. Yksikköperehdytys 
2. Oppilaitosyhteistyö 
3. Ohjauskeskustelu 
4. Työvuorosunnittelu 
5. Perehdytys oppisopimusopiskeluun 
6. Hyvinvointialueen yleinen perehdytys 

TAKAISIN 

Kuva 13. Ote ohjausprosessin vaiheesta "tutkinnon alussa". Jokainen vaihe sisältää tarkistuslistan huomioitavista asioista.

Oppisopimusopiskelijoiden kierto

Oppisopimusopiskelijoiden kierron tärkeimpänä kohderyhmänä ovat ne hakijat, joilla ei ole aiempaa kokemusta sosiaali- ja terveysalalta tai opintoja suoritettuna. Oppisopimuspolku suunnitellaan opiskelijalle koordinaattorin ja oppilaitoksen kanssa yhteistyössä heti opintojen alkuvaiheessa. Kierron toimintatapa käydään läpi rekrytointivaiheen ja yhteisen perehdytyksen lisäksi myös oppilaitoksen järjestämässä HOKS-keskustelussa, jossa opintojen eteneminen suunnitellaan. Tavoitteena on, että pakollisten tutkinnon osien (kasvun ja osallisuuden edistäminen sekä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen) ajan opiskelija on yhdessä yksikössä ja osaamisalaopintojen ensimmäiseen tutkinnon osaan yksikkö vaihtuu ensimmäisen kerran ja toisen kerran viimeiseen tutkinnon osaan. Oppisopimuspolkua suunnitellessa tulee huomioida yksikön soveltuvuus näyttöympäristöksi meneillään olevalle tutkinnon osalle sekä opiskelijaan liittyvät erilaiset rajoitteet (esimerkiksi työpaikan sijainti ja auton käyttömahdollisuus).

Tavoitteena on, että aloittaneista opiskelijoista muodostetaan ryhmä, joiden kesken kierto tapahtuu. Yksiköitä vaihdetaan päivittäin. Tässä vaiheessa tulee huomioida, että ryhmän opiskelijoiden tulee olla Päijät-Hämeen hyvinvointialueen saman kunnan alueella tai lähiseudulla, jotta siirtyminen tulevaisuudessa myös vaihtoyksikköön on mahdollista. Koordinaattori vastaa yksiköiden vaihtamisen koordinoinnista kutsumalla yksiköiden esihenkilöt ja oppisopimusopiskelijat koolle ennen pakollisten tutkinnon osien päättymistä. Tällöin kartoitetaan opintojen eteneminen ja suunnitellaan vaihdon tarkempi ajankohta ja muut yksityiskohdat yksiköllisesti. Koordinaattori ilmoittaa muutoksista kootusti oppilaitokseen, jolloin oppilaitos laatii uuden oppisopimuksen uuteen yksikköön. Uuden yksikön esihenkilö päivittää työsopimuksen teknisin muutoksin, jolloin varsinaiseen työsopimukseen ei tule katkosta. Opiskelijoiden työyksiköt sitoutuvat kierron mahdollistamiseen.

Koordinaattori ja opetushoitaja

Toimintamallissa oppisopimusasioiden koordinoinnista vastaa oppisopimuskoordinaattori. Koordinaattori vastaanottaa hakemuksia ja arvioi hakijoiden soveltuvuuden oppisopimukseen sekä etsii soveltuville hakijoille oppisopimuspaikat. Koordinaattori vastaa myös oppisopimusopiskelijoiden kierron mahdollistamisesta suunnittelemalla oppisopimuspolun opiskelijan ja oppilaitoksen kanssa opintojen

alkuvaiheessa. Lisäksi hän toimii esihenkilöiden tukena oppisopimusopiskeluun liittyvissä asioissa ja vastaa lukukausittain järjestettävän perehdytystilaisuuden järjestämisestä.

Työpaikkaohjaajien ja opiskelijoiden tukena toimii myös opetushoitaja, jonka työtehtäviin kuuluu suunnitella ja toteuttaa hoitotyön sisältöihin liittyvä aloitusperehdytys, antaa tukea työpaikkaohjaajille ja esihenkilöille opiskelijoiden ohjaukseen liittyvissä asioissa ja toimia myös opiskelijoiden tukena. Opetushoitajan tuki on erityisen tärkeä oppisopimuksen alussa tai tutkinnon osan vaihtuessa sekä uuden työpaikkaohjaajan aloittaessa. Koordinaattori ja opetushoitaja toimivat tiiviinä työparina ja vastaavat oppisopimusopiskeluun liittyvästä kehittämisestä ja oppilaitosyhteistyöstä.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Oppisopimusopiskelijoiden rekrytointi

Toimintamallin kokeilulle asetettuihin tavoitteisiin päästiin osittain. Hankkeen aikana kävi ilmi, että oppisopimusopiskelijoiden rekrytointia ei pystytty avaamaan, koska tarve ja resurssit palkata koko tutkintoa suorittavia oppisopimusopiskelijoita oli kentällä vähäinen koko hankkeen ajan ja avoimet paikat hajaantuneena hyvinvointialueen eri kuntiin. Vuoden 2023 alusta oppisopimusopiskelijoiden paikkatiedustelut ohjautuivat koordinaattorille. Tätä varten luotiin ja otettiin käyttöön Kuntarekry.fi:n hakemuslomake. Vaikka tavoite oli, että kaikki hakijat ohjautuisivat koordinaattorin kautta, tekivät esihenkilöt ohella vielä omatoimista rekrytointia. Tilannekartoituksia vapaista paikoista tehtiin syksyllä 2022, keväällä 2023 ja syksyllä 2024. Myös pitkin vuotta esihenkilöt ilmoittivat tarpeesta rekrytoida oppisopimusopiskelija.

Perehdytyskokonaisuus

Toimintamallin mukainen perehdytyskokonaisuus pystyttiin tarjoamaan kokonaisuudessaan elokuussa 2023 kaikille uusille oppisopimusopiskelijoille ja työpaikkaohjaajille. Tilaisuuteen osallistui 15 henkilöä, joista puolet olivat opiskelijoita ja loput työpaikkaohjaajia ja esihenkilöitä. Tätä ennen perehdytys oppisopimusopiskeluun liittyvää tilaisuutta kokeiltiin jo tammikuussa 2023, jolloin paikalla oli kokonaisuudessaan 47 osallistujaa. Saatujen palautteiden perusteella kaikkien perehdytystilaisuuksien sisältö koettiin hyödylliseksi sekä opiskelijoille, työpaikkaohjaajille että esihenkilöille. Oppimisalusta hyvinvointialueen moodle Pätevässä sekä ohjausprosessi valmistuivat elokuussa 2023 ja niitä markkinoitiin koko syksyn ajan. Saatujen palautteiden perusteella materiaali vastaa henkilöstöltä nousseisiin tarpeisiin, mutta käyttö on silti ollut hankkeen aikana vähäistä.

Oppisopimusopiskelijoiden kierto

Koska tarve ja resurssit palkata koko tutkintoa suorittavia oppisopimusopiskelijoita olivat kentällä vähäisiä koko hankkeen ajan ja avoimet paikat hajaantuneena hyvinvointialueen eri kuntiin, oppisopimusopiskelijoiden kiertoa ryhdyttiin ensimmäisenä kokeilemaan tarjoamalla jo toimialalla opiskeleville oppisopimusopiskelijoille. Toteutusvaiheen aikana tarjottiin mahdollisuutta vaihtaa yksikköä 2–3 kuukauden mittaiseksi ajaksi keväällä 2023. Opiskelijoita tavoitettiin viestimällä esihenkilöiden kautta sekä suoraan oppisopimusopiskelijoita lähestymällä. Toimintamallin mukaiseen tutkinnon osan mittaiseen vaihtoon ei pyritty yksiköiden esihenkilöiden toiveesta, koska se olisi haastanut yksiköiden henkilöstötilannetta liikaa. Kokeilu ei toteutunut, koska ilmoittautuneita oli vain kolme ja sijainnillisista sekä sisällöllisistä syistä nämä kolme opiskelijaa eivät voineet vaihtaa yksikköjä päittäin. On mahdollista, että viesti mahdollisuudesta ei tavoittanut kaikkia halukkaita, kun taas osa vastasi ilmoitukseen kieltäytyen.

Toimintamallin mukaista oppisopimuspolkua päästiin suunnittelemaan loppuvuodesta 2022 tai alkuvuodesta 2023 aloittaville oppisopimusopiskelijoille. Kokeilua varten tavoitettiin 23 oppisopimusopiskelijaa, joista 19 opiskelijalle kierto ei onnistunut useista syistä (valmistuminen ennakoitua nopeammin, ei vaihtopaikkaa paikkakunnalla, halua kiertoon myöhemmin, ei halua ollenkaan kiertoon). Lopulta neljän

oppisopimusopiskelijan kanssa tarkasteltiin henkilökohtaisen osaamisen kehittämisen suunnitelman (oppilaitoksen laatima HOKS) mukaista opintojen etenemistä ja suunniteltiin yksikön vaihtaminen ajoittumaan syksyille 2023. Polun suunnittelun apuvälineenä toimi tehdyt oppisopimukset. Yhteistyö oppilaitoksen yhteistyöhenkilön kanssa ei toteutunut suunnitellusti, sillä koordinaattori ja opetushoitaja osallistuivat vain kahteen HOKS-keskusteluun hankkeen aikana. Asumispalveluiden ja geriatrisen osaamiskeskuksen tulosalueilla työskentelevien opiskelijoiden sekä kotihoidon ja geriatrisen osaamiskeskuksen tulosalueella työskentelevien opiskelijoiden suunniteltiin vaihtavan työyksikköä päittäin. Yksi näistä opiskelijoista kuitenkin lopetti opintonsa, jonka johdosta vain kaksi opiskelijaa lähti mukaan kiertoon. Osalle syksyllä 2023 aloittaville oppisopimusopiskelijoille yksikön vaihtuminen osaamisalavaiheessa on kirjoitettu oppilaitoksen puolesta opintojen etenemissuunnitelmaan.

Koordinaattori ja opetushoitaja

Koordinaattorin työnkuva käynnistyi virallisesti alkuvuodesta 2023. Vuoden aikana noin puolet yksiköihin rekrytoiduista opiskelijoista ohjautuivat koordinaattorin kautta eli täysin keskitettyyn toimintatapaan ei kokeilun aikana päästy. Koordinaattori käsitteli vuoden aikana yli 60 hakemusta. Tämän lisäksi koordinaattori hallinnoi oppisopimuksia sekä vastasi esihenkilöiden ja oppilaitosten yhteydenottoihin. Opetushoitajan rekrytointi käynnistyi syksyllä 2022 ja hän aloitti työssään tammikuussa 2023. Opetushoitaja kontaktoi toimialan esihenkilöitä ja työpaikkaohjaajia, jotta he voivat olla jatkossa yhteydessä saadakseen apua ja tukea opiskelijoiden ohjaukseen. Tapaamisia eri tulosalueiden yksiköihin sovittiin kevään ja syksyn 2023 aikana ja toimintaa käytiin esittelemässä tulosalueiden johtotiimeissä. Opetushoitaja kävi eri yksiköissä sovittuina aikoina. Näissä tapaamisissa käytiin läpi oppisopimusopiskelijan ohjaamiseen liittyviä asioita, tutkinnon rakennetta sekä syksyllä 2023 avatun oppimisympäristö Pätevän materiaaleja sekä ohjausprosessia. Sovittuja työpaikkakäyntejä oli yhteensä 33. Lisäksi työpaikkaohjaajat sekä esihenkilöt lähettivät kysymyksiä sähköpostilla ja joissakin asioissa sovittiin yhteinen Teams-tapaaminen, jossa voitiin keskustella heränneistä kysymyksistä. Lisäksi yhteyttä otettiin puhelimitse.

Toimintamalli hankkeen jälkeen

Toimintamalli otetaan käyttöön hankkeen jälkeen, mutta hankkeen aikana toiminnassa olleet koordinaattorin ja opetushoitajan työtehtävät eivät jatku. Oppisopimusopiskelijoiden koordinoinnista toimialalla tulevat vastaamaan jo kotihoidon sekä asumispalveluiden ja geriatrisen osaamiskeskuksen tulosalueilla työskentelevät rekrytointiasiantuntijat. Hyvinvointialueen haastavan taloustilanteen vuoksi tehtiin syksyllä 2023 päätös, että seuraavana lukuvuotena ei tulla rekrytoimaan ollenkaan koko lähihoitajan tutkintoa suorittavia oppisopimusopiskelijoita vaan rekrytoinnissa keskitytään pidemmällä olevien opiskelijoihin. Näille opiskelijoille kiertämisen suunnittelu ei ole välttämättä tarpeellista, ja sen myötä toimintamallia voidaan lähitulevaisuudessa hyödyntää vain osittain.

Jotta toimintamalli saadaan kokonaisuudessaan vaikuttavaksi, tulee koordinoinnissa olla vastuhenkilö. Tämän lisäksi onnistumiselle on tärkeää yksiköiden esihenkilöiden sitoutuminen toimintatapaan sekä tiiviiseen viestintään. Kierron onnistumiselle on tärkeää, että oppisopimusopiskelijat tietävät jo rekrytointivaiheessa toteutuvasta kierrosta sekä ovat toimintatapaan sitoutuneita.

Toimintamallin arviointi

Toimintamallia ja siihen kuuluvia osia on arvioitu jatkuvasti hankkeen aikana järjestetyissä tilaisuuksissa sekä hankkeen loppuvaiheessa erillisen palautekyselyn avulla. Lisäksi toimintamalli vertaisarvioitiin Pohjanmaan hyvinvointialueen TulKoti-hankkeen toimesta. Hankeajan lyhyen keston vuoksi vaikuttavuutta ei pystytty arvioimaan vaan on arvioitu vain lyhyen aikavälin vaikutuksia ja kokemuksia.

Hankkeen loppuvaiheessa kerättiin palautetta toimintamallista ja muista hankkeen aikana järjestetyistä toimenpiteistä. Kysely lähetettiin oppisopimusopiskelijoille, työpaikkaohjaajille, esihenkilöille ja oppilaitoksien yhteyshenkilöille. Palautteita saatiin 41 henkilöltä, joista oppisopimusopiskelijoita oli 7,

työpaikkaohjaaja 7, esihenkilöitä 18 ja oppilaitoksien työntekijöitä 9. Erityisesti vastuuhenkilöiden olemassa oloa, perehdytyskokonaisuutta ja tiivistynyttä yhteistyötä oppilaitosten kanssa pidettiin tärkeänä. Koordinaattorin työpanos oli helpottanut esihenkilöiden työtaakkaa ja opetushoitajan tuki ollut tärkeä ohjaukseen liittyvissä haastetilanteissa. Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan johdolle järjestetyssä tulostyöpajassa (27.11.2023) todettiin, että työpaikkaohjaajien jatkuvaan osaamisen tukemiseen tulee edelleenkin panostaa ja muun muassa hankkeen aikana tuotettuja materiaaleja ja ohjaajakoulutuksia tulee hyödyntää tässä. Todettiin, että henkilöstön ja resurssien näkökulmasta on kestäväntä rekrytoida jatkuvasti koko tutkintoa suorittavia oppisopimusopiskelijoita. Uusia oppisopimusopiskelun toteuttamisen muotoja tulee edelleen kehittää yhteistyössä oppilaitosten kanssa.

Vertaisarvioinnissa arvioitiin toimintamallin vaikuttavuusketjua, näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämistä ja käytäntöön sovellettavuutta. Toimintamalli sai kiitettävän (4) arvion. Toimintamallin mukaisen oppisopimusopiskelijoiden kierron arvioitiin olevan koordinoitua sekä esihenkilöille että ohjaajille annettu tuki erinomaista ja työyksiköiden ohjauksellinen tuki ja siihen tuotetut materiaalit riittäviä ja laadukkaita. Toimintamalli nähtiin hyödylliseksi, mutta myös arvioinnissa todettiin, että vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta on vaikeaa mitata. Koordinoidun mallin nähtiin edistävän oppisopimusopiskelijoiden laaja-alaisempaa oppimista sekä tasaista jakautumista koko toimialalle, ja näin ollen tarjoavan vaikuttavuutta rekrytointiin. Toimintamalliin osallistuneiden oppisopimusopiskelijoiden määrän vähyys vaikutti arviointiin.

Toimintamallin mukaisessa toiminnassa on tärkeää huomioida seuraavat eettiset tekijät. Oppisopimusopiskelijaa rekrytoidessa sitoudutaan tarjoamaan ohjausta, jonka tulee toteutua yhteisesti sovittujen periaatteiden mukaan tasapuolisuutta edistäen. Erityisesti akuutissa sairaalaympäristössä tulee huomioida potilasturvallisuuteen liittyvät tekijät ja tuleekin harkita tarkasti, mikäli sairaalaympäristössä aloitetaan suorittamaan koko lähihoitajan tutkintoa oppisopimuksella. Koko tutkintoa suorittavilla ei ole vielä teoreettista tai käytännön osaamista ja kokemus hoitotyöstä on vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. Lisäksi rekrytointin keskittäminen on tärkeää, jotta oppisopimusopiskelijat jakautuvat tasaisesti niitä tarvitseviin yksiköihin.

3.3.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset

Oppisopimusopiskelijoiden tilaisuudet ja työpaikkaohjaajien virtuaalikalvat

Hankkeen aikana toimialan oppisopimusopiskelijoille järjestettiin kaksi tilaisuutta, jotka tarjosivat tietoa ja verkostoitumismahdollisuuden muiden oppisopimusopiskelijoiden kanssa. Lisäksi työpaikkaohjaajille järjestettiin opetushoitajan johdolla loppukevään ja syksyn 2023 aikana virtuaalisia iltapäiväkahveja, jotka tarjosivat mahdollisuuden tulla juttelemaan ohjaukseen liittyvistä kysymyksistä etäyhteydessä Teams-sovelluksen kautta.

Työpaikkaohjaajien räätälöity koulutuskokonaisuus

Yhteistyössä koulutuskeskus Salpauksen ja Suomen Diakoniaopiston kanssa suunniteltiin ja toteutettiin kolmelle 20 työpaikkaohjaajan ryhmälle kolmen kerran koulutuskokonaisuus. Sisältö liittyi oppisopimusopiskelijan ohjaamiseen ja sisälsi henkilöstöltä nousseiden toiveiden mukaisesti seuraavat teemat: orientaatio oppisopimusopiskelun rooleihin ja ohjaukseen, palaute- ja tavoitekeskustelut ja haasteet oppisopimusopiskelijan ohjaamisessa. Koulutuskerrat järjestettiin livenä ja yhdellä kerralla hyödynnettiin simulaatiopedagogiikkaa.

Markkinointivideot

Tulevaisuuden rekryointitarpeita varten tehtiin oppisopimusopiskelun markkinointivideot. Videoiden toteutuksesta vastasi HNRI Oy. Lisäksi HNRI Oy toteutti videon oppisopimusopiskeluun liittyvän kokonaisuuden dokumentoimiseksi sekä valokuvia rekryointimarkkinoinnin tueksi.

Havaitut jatkokehittämiskohteet

Hankkeessa havaittiin useita jatkokehittämisen kohteita. Jotta koordinointi olisi sujuvaa, olisi hyödyllistä saada käyttöön hallinnointiohjelma, joka mahdollistaa opiskelijoiden työpaikkojen, opintojen aikataulutuksen ja etenemisen tarkastelun sekä tilastoinnin. Ammatillisen koulutuksen opiskelijat vastaavat tällä hetkellä työnantajan hallinnoimaan CLES-palautteeseen. Palautteiden perusteella tämä on kuitenkin koettu riittämättömäksi oppisopimusasioiden kehittämisessä, joten säännöllistä palautteen keräämistä opiskelijoilta tulisi myös kehittää. Lisäksi hankkeen aikana on noussut haasteeksi ohjausresurssien riittämättömyys, niin oppisopimusopiskelijoiden kuin koulutussopimuksella opiskelevien osalta. Olisikin tärkeää panostaa tulevaisuudessa uusien ohjaukseen liittyvien toimintamallien kehittämiseen yhteistyössä oppilaitosten kanssa. Pidemmällä opinnolla (esim. osaamisalavaihe) olevien oppisopimusopiskelijoiden rekryointi vaatii ennakointia. Opintojen alussa on tärkeää kiinnittää opiskelijat Päijät-Hämeen hyvinvointialueelle suunnitteleamalla siirtyminen oppisopimusmuotoiseen opiskeluun tietyssä vaiheessa. Koko hyvinvointialueen laajuisen kehittämisen näkökulmasta on tärkeää, että myös henkilöstöpalveluissa työskentelisi asiasta vastaava henkilö.

3.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla

3.4.1. Toimintamallit

Toimintamalli 1

Lisätään iäkkäiden asiakkaiden ja heidän läheistensä vaikuttamis- ja palautteenanto mahdollisuuksia

Tavoite

Tässä osiossa on tavoitteena selvittää ja lisätä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Ikäntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalla olevaa asiakasosallisuus toimintaa. Lisäksi osiossa on tavoitteena saada käytäntöön uusia toimintatapoja, joiden avulla ikäntyneillä asiakkailla on mahdollisuus osallistua omiin palveluihinsa. Tuloksena ei ole tarkoitus syntyä yhtä tiettyä toimintamallia, vaan kartoittaa olemassa olevia hyviä käytänteitä, jakaa hyviä käytänteitä sekä mahdollisesti lisätä hyviä käytänteitä Ikäntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalla. Lisäksi osio tukee koko Päijät-Koti-hankkeessa tehtävän kehitystyötä asiakkaan osallisuuden huomioimisen näkökulmasta.

Toimintamalli

Asiakaspalautteen antaminen / Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Ikäntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan osallisuuden nykytilan kartoitus

Hankesuunnitelman mukaisesti tässä osiossa piti hankkia ikäntyneille ja muistisairaille sopiva asiakaspalautejärjestelmä. Sitä varten hankintatoimen kanssa yhteistyössä tehtiin markkinakartoitus Suomessa olemassa olevista asiakaspalautejärjestelmistä, jotka soveltuisivat myös toiminnaltaan iäkkäille käyttäjille. Markkinakartoitusta varten kerättiin tietoa asioista, joita järjestelmässä olisi hyvä olla ja millaisia asioita pitäisi huomioida, iäkkäiden näkökulmasta. Lisäksi kuultiin itse käyttäjiä esimerkiksi Orimattilan kaupungin vanhus- ja vammaisneuvoston jäseniä, mitä he haluaisivat järjestelmältä.

Asiakaspalautejärjestämisen hankinta hankkeessa ei onnistunut, koska Päijät-Hämeen hyvinvointialueella aloitettiin suunnittelemaan uuden koko hyvinvointialuetta koskevan asiakaspalautejärjestelmän hankinta. Hankkeen projektisuunnittelija osallistui tämän hankinnan suunnittelutyöryhmään ja toi sitä kautta iäkkäiden ja muistisairaiden asiakkaiden tarpeet ja toiveet tiedoksi koko hyvinvointialuetasolla. Asiakkaiden toiveita ja näkemyksiä kartoitettiin myös mm. Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan asiakasraadeilta sekä jalkautumalla sote-keskuksiin ja siellä kyselemällä asiakkaiden toiveita. Asiakkaiden toiveiden ja näkemysten kartoittaminen tulee jatkumaan asiakaspalautejärjestelmän hankinnan edetessä 2024.

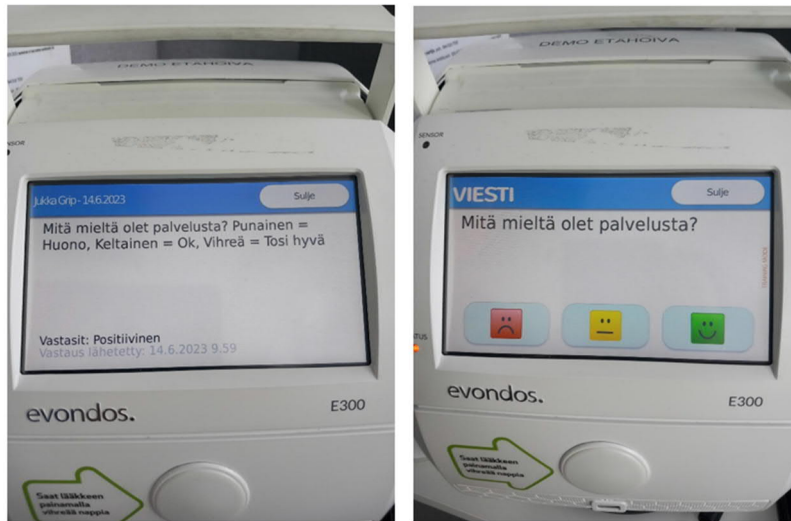
Ikääntyneiden palveluiden osalta ei ole aiemmin koottu laaja-alaisesti tietoa, miten asiakasosallisuus toteutuu omissa palveluissa. Tarkoituksena oli kartoittaa ja koota ymmärrystä siitä millaista asiakkaiden osallisuutta tukevaa toimintaa hyvinvointialueella toteutetaan ja miten asiakkaiden osallisuuden kokemus toteutuu palvelujärjestelmän eri tasoilla. Koottua tietoa on tarkoitus hyödyntää asiakasosallisuuden toimintamallin työstämisen tukena.

Tiedon kartoitusta tehtiin yhteistyössä Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeen (TulSote) ikääntyneiden asiantuntija kehittäjän ja asiakasosallisuuskordinaattorin kanssa. Ikääntyneiden asumispalveluiden ja kotiin vietävien palveluiden esihenkilöille lähetettiin Webropol kysely maaliskuussa 2023. Vastauksia saatiin kotiin vietävistä palveluista 13 ja asumispalveluista yhteensä 14 vastausta. Lisäksi Geriatrisen osaamiskeskuksen (Salpausselän Kuntoutussairaala Jalmari) asiakasraadille kesäkuussa 2023 järjestettiin fasilitoitu keskustelu, jossa kartoitettiin asiakkaiden ja omaisten osallisuuden kokemuksia, kanavia, jolla he haluavat antaa palautetta sekä asiakasraatitoimintaan liittyviä toiveita.

Kolmessa ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikössä järjestettiin fasilitoitu keskustelu asukkaille elokuussa 2023. Keskustelun tarkoituksena oli kartoittaa asiakasosallisuuden talon avulla, miten asukkaiden osallisuuden kokemus toteutuu palvelujärjestelmän eri tasoilla. Tietoa asiakasosallisuuden nykytilanteesta tuotettiin vertailemalla asumispalveluiden esihenkilöille tehdyn kyselyn vastausten sekä asukkaiden saadun keskustelun pohjalta.

Ikääntyneiden palveluihin tehty asiakasosallisuustoiminnan kartoituksesta saatu ja analysoitu tieto vietiin hankkeiden yhteistyönä (TulKoti ja TulSote) ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan laajennettuun johtoryhmään 9.11.2023. Johtoryhmässä keskusteltiin yhteisesti siitä, miten kerätty tietoa voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä.

Lisäksi hankkeen aikana on selvitetty Evondos-lääkeautomaatin viesti-toiminnon kautta mahdollistuvan asiakaskyselyn toteuttamista. Evondos-lääkeautomaattiin pystyy lähettämään asiakkaalle kysymyksen, johon asiakas voi vastata kyllä/ei tai värillisillä hymynaamoilla (kuva 14).



Kuva 14. Malliesimerkki kyselystä Evondos-lääkeautomaatilla

Lääkeautomaatin käyttöä palautteen keräämiseen tarkasteltiin tietosuojan sekä toiminnan näkökulmasta yhteisessä tapaamisessa (5.9.23), jossa paikalla oli muun muassa hyvinvointialueen keskitetyn etähoivan esihenkilö, hyvinvointialueen tietosuojavastaava sekä lääkeautomaatti Evondos yrityksen työntekijöitä mm. tietosuojasta vastaava työntekijä. Tapaamisessa tultiin siihen tulokseen, että laitteen käyttö palautteen keräämiseen olisi näppärä ja toimiva vaihtoehto, mutta tällä hetkellä tietosuojaan liittyvät asiat esimerkiksi kysymysten sekä vastausten näkyminen laitteiston historiassa eivät mahdollista asiakaspalautteen keräämistä. Yleisesti toivottiin, että laitetta voitaisiin kehittää niin, että anonyymit kyselyt olisivat tulevaisuudessa mahdollisia.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Hankkeessa ei tehty omaa asiakaspalautteen antamisen toimintamallia. Hankkeen työntekijä toimi asiantuntijana koko hyvinvointialueen asiakaspalauttejärjestelmän hankinnan valmistelussa, tuoden tietoa iäkkäiden ja muistisairaiden asiakkaiden tarpeita näkyviin sekä ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus - toimialan erityistarpeita esille taustamateriaaliin. Taustamateriaalin perusteella on hyvinvointialueelle luotu asiakaspalautteen antamiselle erilaisia kuvauksia, joista yksi on tuetun palautteen antamisen toimintamalli. Näitä kuvauksia hyödynnetään, kun asiakaspalauttejärjestelmän hankintaa lähdetään toteuttamaan.

Iäkkäiden asiakkaiden näkökulmasta asiakaspalauttejärjestelmän hankinnan valmistelussa oli erittäin tärkeää, että ydintyöryhmässä työskentelyssä tuotiin esille heidän tarpeitaan ja palautteen antamiseen liittyviä toiminnallisia haasteita. Lisäksi tässä hankeosiossa on kartoitettu olemassa olevaa iäkkäiden osallisuuden keinoja sekä selvitetty miten iäkkäät asiakkaat haluavat osallistua Päijät-Hämeen hyvinvointialueen palveluiden kehittämiseen sekä millaisilla keinoilla he haluavat antaa palautetta. Tämä kaikki tieto on ollut myös ydintyöryhmän käytettävissä asiakaspalauttejärjestelmän hankinnan valmistelussa.

Osallisuuteen liittyvä kerätty tieto analysoitiin ja ryhmiteltiin sähköistä valkotalua Miroa hyödyntäen asiakasosallisuuden talon (THL 2020) eri tasoille. Ryhmittelystä voi havainnoida, ettei asiakasosallisuus ikääntyneiden palveluissa toteudu kaikilla palvelujärjestelmän eri tasoilla. Sote-keskuskierroksella nousi esille ilmiö, etteivät iäkkäät sote-keskuksissa kävijät ymmärtäneet, että heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan halutaan kuulla, vaikka heillä ei olisikaan kerrottavana huonoa asiakaskokemusta. Hankkeessa saatua tietoa tullaan hyödyntämään vuonna 2024, kun hyvinvointialueelle tehdään asiakasosallisuuden toimintamalli.

Toimintamallin arviointi

Tässä osiossa jouduttiin muuttamaan hankesuunnitelman tavoitteita, koska asiakaspalautejärjestelmän hankinta meni koko hyvinvointialuetta koskevaksi päätöksen teoksi. Ikääntyneiden asiakkaiden osallisuudesta sekä tarpeista ei ole ollut aikaisemmin kerättyä ja koottua tietoa Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. Hankkeessa saatiin kerättyä tietoa, jota voidaan hyödyntää hyvinvointialueen toiminnan kehittämisessä useammalla eri organisaation tasolla sekä toiminnoissa, iäkkäiden asiakkaiden palveluiden kehittämisessä.

Toimintamalli 2

Verkostoyhteistyö ikääntyneiden parissa toimivien sote-ammattilaisten ja järjestöjen välillä

Tavoite

Yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden kanssa on noussut esille Päijät-Koti-hankkeen useammassa eri osiossa, esimerkiksi kotiarvioinnissa, ikääntyneiden sosiaalisessa kuntoutuksessa sekä asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksien lisäämisessä. Tulevaisuuden sote-keskus-hankkeessa nousi esille yhteiskehittämisen tarve sote-ammattilaisten ja järjestöjen välille. Hankkeiden välisenä yhteiskehittämisenä luotiin tämä verkostoyhteistyön toimintatapa.

Toimintamalli

Verkostoyhteistyön toimintatapa tiivistää ja tekee näkyväksi järjestöjen- ja sote-alan ammattilaisten tekemän yhteistyön yhteisten iäkkäiden asiakkaiden hyväksi. Toimintatavassa on tarkoituksena lisätä tietoisuutta eri toimijoiden toiminnasta ja tarjoamista mahdollisuuksista yhteisen ilmiöperäisen työskentelyn kautta. Kehittämisen ydinjoukko koostuu Päijät-Hämeen hyvinvointialueen eri hankkeiden (TulKoti ja TulSote) ikääntyneiden palveluiden kehittäjistä sekä hyvinvointialueen järjestökoordinaattorista. Lisäksi kehittämistyöryhmään on kutsuttu edustus neljästä kolmannen sektorin järjestöstä.

Yhteistyön tiivistymistä edistettiin muun muassa ilmiöperäisen työpaja työskentelyn keinoin sekä kokoontumalla säännöllisesti keskustelemaan yhteistyön tarpeista ja pohtimaan millaisin keinoin yhteistyötarpeisiin voidaan vastata. Ilmiöperäiseen työpajaan kutsuttiin mukaan työntekijöitä niin kolmannen sektorin järjestöistä ja yhdistyksistä, Hyvinvointialueen omasta toiminnasta, että kuntien seniorityöntekijöistä.

Työpajasta kerätyn palautteen perusteella todettiin, että sote-työntekijöiden, kuntien ja kolmannen sektorin toimijoiden väliselle tiiviimmälle yhteistyölle on kysyntää ja tarvetta. Saadun palautteen perusteella lähdettiin suunnittelemaan yhteistyöryhmää, jonka muodostaisivat ikääntyneiden parissa toimivat kolmannen sektorin toimijat, kuntien senioriohjaajat sekä Hyvinvointialueen eri toimintojen geronomit ja ikääntyneiden asiakasohjauksen ja gerontologisen sosiaalityön edustajat. Yhteistyöryhmän tarkoituksena on kokoontua säännöllisesti tiedottamaan toisille omista ajankohtaisista asioista, tarjolla olevista palveluista ja niihin ohjautumisesta sekä pohtia yhdessä, miten yhteistyöllä ikääntynyt asiakas saa jo varhaisemmassa vaiheessa oikea-aikaisen avun. Yhteistyöryhmän järjestäytymistapaaminen järjestettiin marraskuussa 2023. Tapaamisessa todettiin, että myös pienemmille, kuntakohtaisille yhteistyöryhmille on tarvetta ja ryhmien perustamisesta keskusteltiin, mutta konkreettisia toimia ei vielä tehty. Tapaamiseen osallistuneet jakoivat keskenään omat yhteystietonsa, joista koottiin yhteystietolista jatkotyöskentelyn helpottamiseksi. Tapaamisessa sovittiin, että jatkossa mm. Hyvinvointialueen geronomit kutsuvat eri järjestöjä vierailulle oman verkostonsa tapaamisiin ja vastavuoroisesti ikääntyneiden parissa toimivien järjestöjen verkosto kutsuu kuntien edustajia ja hyvinvointialueen geronomeja noin puolivuositain omiin kokouksiinsa keskustelemaan yhteisistä asioista ja yhteistyön mahdollistamisesta eri tahojen kesken.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Yhteisen työskentelyn kautta on koettu, että on helpompaa yhdistää eri toimijat ja palvelut toisiinsa ja ohjata asiakas omien tarpeidensa mukaiseen toimintaan. Ikääntyneiden parissa työskentelevät ammattilaiset kokevat, että on tärkeä tuntea yhteistyökumppanit esimerkiksi saada nimille kasvot. Kun toimijat tunnetaan, on helpompi ottaa yhteyttä asiakkaan asioissa. Lisäksi työpajasta saadussa palautteessa korostui näkemys, että kun tiedetään millaiselle palvelulle, on tarve, on helpompi lähteä kehittämään tarvittavaa palvelua.

Yhteistyöryhmän toiminta on alussa ja vielä ei voida tietää millaisia vaikutuksia toiminnalla on tulevaisuudessa, esimerkiksi lisääntyvätkö yhteydenotot tai yhteistyö nykyisestä toiminnasta. Osallistujat kokivat asian tärkeäksi ja olivat innostuneita yhteistyön tiivistämisestä, joten edellytykset vaikuttavuuden syntymiselle on olemassa.

Jatkossa yhteistyöryhmän toiminta tullaan yhdistämään osaksi Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan järjestämissuunnitelman yhteen kärkeen (kärki 2). Kärki 2 on niin sanotusti HYTE- kärki, johon kuuluu ennaltaehkäisevien ja omaehtoisten ratkaisujen vahvistaminen.

Toimintamallin arviointi

Toimintatapa on Päijät-Hämeen hyvinvointialueella vasta käynnistymässä, joten sitä tai sen tuloksia ei voida vielä arvioida. Tulevaisuudessa mittareina voisi käyttää yhteistyötapaamisten sykliä (määrä, tiheys; toistuvuus) ja osallistuneiden ammattilaisten määrää sekä osallistujien edustamia toimintoja. Lisäksi yhteistyöryhmä voi seurata ikääntyneille asiakkaille tarjottavaa laaja-alaisten palveluiden määrää sekä laatua.

Eettisestä näkökulmasta on tärkeää ottaa myös ikääntyneet asiakkaat mukaan toiminnan suunnitteluun sekä toteutukseen, kutsumalla heidät mukaan yhteistyötapaamisiin.

3.4.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset

RAI

Päijät-Hämeessä on ollut Rai-järjestelmä käytössä kymmenen vuoden ajan. Joulukuussa 2022 Päijät-Hämeessä oli juhlaseminaari, aiheella: asiakkaan osallisuus RAI-arvioinnissa. Tähän liittyen hankkeessa on käyty puhumassa asiakkaan osallisuuden vahvistamisesta Ikun johtoryhmälle sekä KVP:n ja asumispalveluiden esihenkilöille otsikolla: Asiakasosallisuuden ja vaikuttavuuden lisääminen asumispalveluissa ja kotiin vietävissä palveluissa.

Asiakasraatitoiminta

Asiakasraati toimintaa on ollut Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialalla. Asumispalveluiden joka yksikössä toimii säännöllisenä toimintatapana asukaskokoukset. Kokouksia pidetään yksiköissä noin kerran kuukaudessa. Hankkeessa on uudelleen käynnistetty Asiakasohjauksen asiakasraatitoimintaa kertomalla asiakasraatitoiminnasta yleisesti sekä tukemalla asiakasraatitoiminnasta vastaavaa kehittämistyöryhmää toiminnan uudelleen käynnistämisessä.

Johtopäätökset

Hanke alkoi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä keväällä 2022, mutta vuoden 2023 alusta alkaen toteuttajaorganisaatioksi tuli Päijät-Hämeen hyvinvointialue. Tämä muutos, kuten myös laaja toimintaympäristö, loivat omat haasteensa osaprojektien toteuttamiselle ja tavoitteiden saavuttamiselle. Vaikka Päijät-Hämeessä hyvinvointikuntayhtymä on toiminut jo vuodesta 2017, muutti hyvinvointialueuudistus toimintaa muun muassa siten, että Heinola liittyi uutena toimijana mukaan maakunnalliseen toimintaan. Päijät-Koti-hankkeen osalta tämä vaikutti erityisesti Kotiarviointi-toiminnan kehittämiseen. Hankesuunnitelmaan oli kirjattu, että Heinolassa käytössä ollut kotiarviointi-malli jalkautetaan hankkeen avulla koko hyvinvointialueelle. Kotiarviointia pilotoitiin kahdella erilaisella mallilla, joista kumpikaan ei vastannut entistä Heinolan toimintamallia, vaan kehittämistyön avulla muokattiin Päijät-Hämeen tarpeisiin paremmin soveltuva olemassa olevia palveluita hyödyntävä toimintamalli.

Päijät-Koti-hankkeen toimintaympäristön ytimen on muodostanut ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimiala. Toimialalla palveluja tuotetaan viidellä tulosalueella: ikääntyneiden asiakasohjauksessa, kotiin vietävissä palveluissa, asumispalveluissa, geriatrisessa osaamiskeskuksessa ja kuntoutuksessa. Lisäksi yhteistyötä on tehty Päijät-Hämeen hyvinvointialueen terveys- ja sairaanhoitopalvelujen, perhe- ja sosiaalipalvelujen, ICT-tietohallinnon sekä tukipalvelujen kanssa. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat olleet myös esimerkiksi Päijät-Hämeen järjestötoimijat ja alueen oppilaitokset LAB-ammattikorkeakoulu, Suomen Diakoniaopisto ja Koulutuskeskus Salpaus.

Jotta kehittämistyö vastaa alueen tarpeisiin mahdollisimman hyvin, on tärkeää luoda yhteiset sanoitetut ja saavutettavat tavoitteet sekä mahdollistaa asiakkaiden ja henkilöstön osallistuminen kehittämiseen. Saavutettavien tavoitteiden asettaminen vaatii jo hankesuunnitelmaa tehtäessä tarkan selvityksen nykytilanteesta. Yhteisten tavoitteiden saavuttamista taas edistää sidosryhmien osallistaminen jo hankkeen suunnitteluvaiheessa. Hankkeen ylätavoitteet olivat laajoja, mutta niitä pilkottiin pienemmiksi konkreettisiksi osatavoitteiksi yhteisen työskentelyn helpottamiseksi. Osa tavoitelluista muutoksista ja toimintamalleista päästiin käynnistämään osaksi pysyviä rakenteita. Näistä esimerkkeinä ikääntyneiden sosiaalinen kuntoutus ja kotihoidon toimintamalli. Osa hankkeen tavoitelluista muutoksista ei toteutunut. Esimerkiksi muistisairaana asiakkaan kotiutusta tukevaa kotiutusavustajatoimintaa ei päästy pilotoimaan, mutta sen sijaan ikääntyneen kotiutusprosessia tarkasteltiin ja kehitettiin monitoimijaisesti. Lisäksi oppisopimusopiskelijoiden rekrytointimahdollisuudet muuttuivat hankkeen loppua kohti, jonka myötä suunniteltu toimintamalli ei tule sellaisenaan käyttöön.

Tiivis ja suunnitelmallinen viestintä on olennaista sidosryhmien sitoutumisen kannalta. Viestintää haastoi erityisesti ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan laajuus. Esimerkiksi kotiarvioinnin syysmarraskuussa 2023 toteutetussa toisessa pilotissa oli mukana toimialan kolmen tulosalueen työntekijöitä ja pilotin käytännön toteutuksen suurimmaksi haasteeksi muodostui viestintä ja tiedon sujuva kulku kaikkien tulosalueiden ja niiden työntekijöiden välillä. Viestinnän ja tiedottamisen ratkaisuihin myös panostettiin pilotoinnin aikana. Myös oppisopimusopiskelun kehittäminen vaati viestintää neljällä eri tulosalueella ja yli 50 yksikköön. Viestinnällisten ratkaisujen lisäksi tulee kiinnittää huomiota eri toimijoiden välisen vuorovaikutuksen ja yhteistoiminnan edellytyksiin sekä sitoutumiseen yhteisiin tavoitteisiin myös hankkeen jälkeen.

Asiakkaiden, heidän läheistensä ja työntekijöiden osallistuminen kehittämistyöhön on ollut tärkeä tavoite, mutta koemme sen toteutumisessa olevan edelleen käytännön haasteita ikääntyneiden palveluissa. Tällä hetkellä hyvinvointialueellamme ei ole yhtenäistä käsitystä, mitä osallisuus tarkoittaa ja miten sen tulisi ilmetä kehittämistyössä. Hankkeessa saatua tietoa voidaankin tulevaisuudessa hyödyntää osallisuuden käsitettä määriteltäessä.

Päijät-Koti-hankkeen kehittämistoiminta kytkettiin olemassa oleviin rakenteisiin, jotta se hyödyttäisi parhaalla mahdollisella tavalla niin asiakkaita kuin työntekijöitä. Tästä huolimatta hankkeet usein koetaan työntekijöiden taholta toiminnasta irrallisina ja lisää työtä tuovina, ja tällaista kokemusta tuotiin esiin myös Päijät-Koti-hanketta kohtaan. Olisikin hyödyllistä esimerkiksi jo hankkeen suunnitteluvaiheessa nimetä kehittämistyölle vastinpari organisaation sisältä helpottamaan kehittämisen resursointia sekä edistämään sisällön sitomista rakenteisiin. Hankkeiden verrattain lyhyt toteutusaika suhteessa tavoitteisiin luo myös haasteita kehittämistyölle. Erityisesti muutosten seurannan vaikutusten todentamisen osalta aikaa ei ollut riittävästi käytettävissä.

Hankkeen aikana tuli myös pohtia kehittämistyön jatkuvuutta hankeajan päättymisen jälkeen, ja kehitettyjen toimintamallien juurruttamista onkin valmisteltu läpi hankeajan. Monien hankkeessa käynnistettyjen muutosten tueksi on mietitty jatkoa esimerkiksi nimeämällä vastuuhenkilöitä muutostyön tueksi jatkossa. Myös muilla toimenpiteillä kuten ohjeistuksilla, pelikirjalla ja prosessikuvauksilla on pyritty varmistamaan toimintamallien jatkuvuutta. Hankkeen aikana havaittiin, että usein jo pienillä muutoksilla voidaan saada aikaan merkittäviä vaikutuksia. Esimerkiksi projektiosio 1:ssä optimointiohjelman paremmalla hyödyntämisellä, asiakkaiden taustatietojen päivittämisellä ja tiimijakojen tarkastelun avulla matka-ajat asiakkaiden luokse lyhenivät, asiakkaiden luona käy tutuimmat hoitajat sekä palvelujen oikea-aikaisuus toteutuu paremmin. Tämä on tärkeä näkökulma jatkossa, kun asetetaan tavoitteita kehittämiselle tai arvioidaan saavutettuja tuloksia.