

Maria Matilainen

Naapuriapua Roihuvuoressa

Tuetun asumisen prosessikuvaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

sairaanhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtami-
nen ja kehittäminen

Toiminnallinen opinnäytetyö

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Maria Matilainen Naapuriapua Roihuvuoressa -tuetun asumisen prosessikuvaus
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Pia Koskenoja Liiketalouden tohtori, yliopettaja Pauliina Mansikkamäki TT koulutuspäällikkö Anneli Noroma sairaanhoitaja YAMK, osastonhoitaja
<p>Roihuvuoren monipuolisessa palvelukeskuksessa pilotoitiin 2012-2013 tuetun asumisen mallia, jossa luotiin uusi hoitotaso iäkkäille mielenterveys- ja riippuvuusongelmista kärsiville kotona kotihoidon tuella asumisen ja palveluasumisen väliin. Tukiasunnot sijaitsivat monipuolisen palvelukeskuksen viereisessä talossa, jossa on kaupungin vuokra-asuntoja. Asiakkain valitaan itsenäiseen asumiseen motivoituneita henkilöitä, jotka kykenevät sitoutumaan sovittuihin asioihin ja tulemaan itse naapuritaloon sovittuihin tapaamisiin. Asuminen on mahdollisimman itsenäistä, palvelukeskuksen sosiaaliohjaajalta asiakas saa asumisen tuen ja psykogeriatrisen ryhmäkodin henkilökunnalta tarvitsemansa hoidon. Palvelu räätälöidään yksilöllisesti asiakkaan kanssa.</p> <p>Tukiasuntotoiminnan tavoitteena on saada asiakkaalle elämisen laatua ja yhteiskunnalle säästöä ympärivuorokautisen hoidon tarpeen lykkääntyessä. Laitoksesta tulleet asiakkaat ovat pärjänneet suhteellisen vähällä tuella ja avohoidosta tulneiden oireilu on helpottanut. Palvelu on myös hyvin edullinen muihin asumispalveluihin verrattuna.</p> <p>Opinnäytetyön tekijä toimii pilotin työryhmässä hoitotyön edustajana. Toiminnallinen opinnäytetyö muodostuu tukiasuntotoiminnan prosessikuvauksesta ja sen tekemisen raportoinnista. Kuvattavaksi valittiin vähän paranneltu prosessi, joka sisältää pieniä, arkielämää helpottavia muutoksia, joiden toteuttaminen onnistuu muutamassa kuukaudessa. Myös prosessikuvauksen luonteeseen sinänsä kuuluu, että kuvausta iteroitaessa prosessissa havaittuja puutteita voidaan korjata. Kehittämistyötä tehtiin yhteistyössä työryhmän ja ohjausryhmän kanssa, monipuolisen palvelukeskuksen johtajaa ja palvelukeskuksen sosiaaliohjaajaa konsultoitiin myös erikseen. Prosessikuvausmateriaalia on hyödynnetty muihinkin tarkoituksiin kuten tukiasuntopilotin esitteeseen, tukiasuntojen esittelyyn internetsivuilla ja ryhmäkodin osastonhoitajan esitykseen Gerontogia-päivillä.</p> <p>Hyödynnetty teoreettinen viitekehys koostuu mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tuettua asumista sekä iäkkäiden asumispalveluita koskevista tutkimuksista ja suosituksista ja prosessi- ja laatujohtamiskirjallisuudesta.</p>	
Avainsanat	tukiasuntopilotti, tuettu asuminen, vanhuspsykiatria, psykogeriatritia

Author(s) Title Number of Pages Date	Maria Matilainen Neighbourly Help in Roihuvuori -Supported Housing Process Description
Degree	Master of Health Care
Degree programme	Development and Leadership in Health Care and Social Services
Specialisation option	
Instructor(s)	Pia Koskenoja Doctor of Economics, Senior Lecturer Pauliina Mansikkamäki Head of Master Degree Program Anneli Noroma Master of Health Care, Head Nurse
<p>A supported housing model was piloted In Roihuvuori multi-service center in 2012-2013. With this model a new level of care for the elderly with mental health and addiction problems was created between living at home with the support of home care and assisted housing. Support apartments are located in the house next to the multi-service center. Customers must be motivated for relatively independent living and be able to commit to the agreed issues. They need to be capable of visiting the next house, when they have appointments there. Housing is as independent as possible, a social service advisor provides the customer housing assistance and the personnel of the psycho- geriatric group home nursing and health care. The service is individually tailored in co-operation with the customers to meet their needs.</p> <p>The goal of the Housing Support is to improve the customers' quality of life and to benefit the society economically when the need for institutional care is postponed. The Customers who came from Institutional care have so far managed with relatively little support and those who used to live at home or were homeless have got help to their symptoms. The service is also very affordable compared to other housing services.</p> <p>The author works as a nurse in the pilot team. This Functional thesis consists of the process description of supported housing and the reporting of the project. The type of process description selected was an enhanced one, which includes some small improvements to the process that can be made in just a few months. Also, the idea of making a process description itself gives a chance to correct the shortcomings discovered in the process, when the process description is iterated. The development work was done in collaboration with the Working Group and the Steering Group, in addition the multi-service center director and social service director were also consulted separately. The material that was made has also been used for other purposes by the employees and leaders, where the idea of psychogeriatric housing support pilot has been represented.</p> <p>The Theoretical framework contains studies, reports and recommendations about mental health and substance abuse clients' supported housing, housing services for the elderly as well as process and quality management literature.</p>	
Key words	supported housing pilot, housing support, psychiatry for the elderly, psychogeriatry

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kirjallisuuskatsaus	8
2.1	Mielenterveyskuntoutujien ja päihderiippuvaisten tuettu asuminen	9
2.1.1	Käsitteet	9
2.1.2	Suosituksia ja hankkeita tuettuun asumiseen liittyen	9
2.1.3	A-klinikkasäätöön tuettu asuminen	10
2.1.4	Mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen	13
2.1.5	Asumispalvelututkimus	14
2.2	Välimuotoisen asumisen ratkaisuja iäkkäille muissa Pohjoismaissa ja Hollan- nissa	15
2.3	Prosessikuvaus	18
2.3.1	Prosessikuvauksen tarkoituksesta ja toteuttamisesta	18
2.3.2	JHS-152-suositus	22
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	23
4	Tukiasuntopilotti	24
4.1	Toimintaympäristö ja mukana olevat yksiköt	24
4.2	Tukiasuntopilotin tavoite	26
4.3	Vastuut	27
4.4	Ohjausryhmä	28
4.5	Tukiasuntopilotin työryhmä	28
4.6	Vanhuspsykiatrian syventävä koulutus ja kehittämistehtävä	29
4.7	Pilotin eteneminen käytännössä	29
4.8	Tuetun asumisen prosessikuvaus	30
4.8.1	Alustava prosessikuvaus	30
4.8.2	Prosessikuvaustyön eteneminen	31
4.8.3	Aikataulu ja työryhmän työskentely	32
4.8.4	Prosessinomistajan konsultaatiot	33
4.8.5	Prosessikuvausten hyödynnettävyys	35
4.8.6	Toiminnallinen opinnäytetyö	36
4.8.7	Eettiset kysymykset	36

5 Tulokset	37
5.1 Minkälaisia asiakkaita tukiasunnoissa voidaan hoitaa?	37
5.2 Miten prosessi toimii sen piiriin tulevan asiakkaan näkökulmasta?	38
5.3 Tukiasuntotoiminta suhteessa organisaation strategiaan ja tavoitteisiin	43
5.3.1 Sosiaaliviraston strategia vuodelle 2012	43
5.3.2 Sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelma vuosille 2014-2016	44
5.3.3 Idän palvelualueen tuloskortti vuodelle 2013	46
5.4 Prosessin laatu ja sen tavoitteiden toteutuminen	46
5.5 Prosesseihin tehdyistä parannuksista	48
6 Pohdinta	51
Lähteet	54
Liitteet	
Liite 1. Asumiskuntoutuksen prosessit (Vavan malli)	56
Liite 2. Esimerkkejä alustavista prosessikuvauksista	62

1 Johdanto

Tulevaisuuden suuria haasteita ovat väestön ikääntyminen, jolloin hoitoa tarvitsevien määrä kasvaa ja työtä tekevien ikäluokkien pieneneminen (Finne-Soveri 2012, THL 2012). Huoltosuhteen (apua tarvitsevien määrä suhteessa työikäisiin) arvioidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä (Peiponen 2010). Vuonna 2020 lähes kolmannes väestöstä on yli 60-vuotiaita. Elinajanodote on noussut kahdeksalla vuodella vuoden 1960 jälkeen ja tulee arvioiden mukaan nousemaan vielä viidellä vuodella vuoteen 2050 mennessä. Yhä useammat elävät 80-90-vuotiaiksi. Jonkin verran helpotusta huoltosuhteen vääristymiseen odotetaan maahanmuutosta. Toisaalta ikäluokat ovat aikaisempaa terveempiä ja tarvitsevat vähemmän sosiaali- ja terveystalvluita kuin saman ikäiset aiemmin. On kuitenkin arvioitu, että vuonna 2030 kaikkien ammattiin valmistuvien pitäisi valmistua hoitoalalle, jotta nykyisen kaltaiset sosiaali- ja terveystalvluet olisi mahdollista järjestää. (Peiponen 2010).

Mielenterveyden ongelmat koskettavat tiettyä prosenttia kustakin ikäluokasta ja vanhimpien ikäluokkien kasvaessa myös iäkkäiden mielenterveysongelmaisten määrä kasvaa. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastaa noin prosentti kustakin ikäluokasta ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsii vanhusväestöstä viisi prosenttia. Iäkkäistä noin viidenneksellä on jokin mielenterveyden häiriö. Vanhusten alkoholiongelmat lisääntyvät suhteessa enemmän alkoholiin vapaamielisesti suhtautuvien sukupolvien ikääntyessä. (Peiponen 2010, Winblad 2013). Mielenterveys- ja päihdepalveluita koskevissa tutkimuksissa ja suosituksissa ikäihmiset ovat kuitenkin marginaaliryhmä, monet tutkimukset on rajattu koskemaan alle 65-vuotiaita ja suosituksissa iäkkäät mainitaan melko lyhyesti. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015, Salo Kallinen 2007, Hynynen 2005). Psykkisesti pitkäaikaissairaista moni jäi tyhjän päälle psykiatrisen hoidon rakennemuutoksen yhteydessä laitoshoidoa purettaessa 80-90 luvuilta lähtien ja iän myötä sairastuneet ovat sukupolvea, joka ei ole tottunut käyttämään mielenterveyspalveluita. Lisäksi iäkkäille on tyypillistä psyykkisen ongelman kuten masennus tai ahdistus ilmeneminen somaattisina oireina. (Winblad 2013.)

Ympäristöministeriön raportin mukaan asunnottomien moniongelmaisuus on lisääntynyt johtuen osittain palvelurakenteen muutoksesta, jossa erityisesti mielenterveyskuntoutujien laitospaikkoja on vähennetty. Hynynen (2005 3, 7-8) toteaa, ettei pelkkä asunnon saanti enää riitä, vaan tarvitaan tuettua asumista ja räätälöityjä ratkaisuja vai-

keasti asutettaville henkilöille. Tuetulla asumisella tarkoitetaan tukea asumiseen ja elämänhallintaan, sitä tarvitsevat erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät pystyäkseen pitämään asuntonsa. Asumisen ongelmiin kuten järjestyshäiriöihin tai vuokratästeihin on tärkeää puuttua ajoissa, jopa ennaltaehkäisevästi. Asunto- ja sosiaalitoimen yhteistyö on tärkeää. (Hynynen 2005 3,7-8).

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdeohjelmassa asiakkaan asemaa halutaan vahvistaa. Tähän liittyen todetaan, että mielenterveys- ja päihdeongelmiin tulee suhtautua samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin. Palveluihin on päästävää matalalla kynnyksellä ja joustavasti yhden oven periaatteella sosiaali- ja terveyskeskuksen kautta. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun. Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään avo- ja peruspalveluja painottavana, asiakkaan kannalta joustavasti toimivana kokonaisuutena. Ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyneille sopivia hoitomuotoja. (Kansallinen mielenterveys- ja päihdeohjelma 2009-2015 13-14).

Uudessa vanhuspalvelulaissa keskeisiä kehittämiskohteita ovat kotihoidon kehittäminen, osaavan henkilökunnan saatavuuden varmistaminen ja johtamisen kehittäminen (Hanhivaara 2012). Laitoshoidon purkaminen ja avohoidon kehittäminen on pitkäaikainen trendi vanhuspalvelusohjelmissa. Kodinomaisuus ja yhteisöllisyys ovat pitkäaikaisia trendejä vanhustenhuollon arvoissa, viimeksi mainittu myös yhteiskunnassa yleisemmin, samoin se että kodin ajatellaan oleva paras paikka jossa yritetään tukea pärjäämään mahdollisimman pitkään. (Finne-Soveri 2012.)

Aging-in-Place-termillä tarkoitetaan asumisympäristöä, jossa ikääntyneen ei tarvitse muuttaa pois tutulta asuinalueeltaan toimintakyvyn heikentyessä. Tarvittavat palvelut viedään mahdollisuuksien mukaan kotiin, tai ne ovat saatavilla aivan kodin läheisyydessä. Tuetaan iäkkään ihmisen toimijuutta, valinnanvapautta ja elämänhallintaa. Hänellä on mahdollisuus osallistua perheen ja lähiyhteisön toimintoihin. Koti on joko ennestään esteetön tai siitä tehdään sellainen ja sinne viedään tarvittava turvateknologia ja apuvälineet. (Välikangas 2009 8). Jos tulee ympärivuorokautisen hoidon tarve, Aging-in-Place ajatteluun kuuluu, että tarvitsee muuttaa vain kerran. Yksi Ikä-Kaste-ohjelman päätavoitteista on ympärivuorokautisen hoidon järjestelmän muuttaminen yksiportaiseksi. (Ikäkaste II 2013).

Helsingissä tämä on näkynyt viime vuosina siten, että pitkäaikaissairaaloita on muutettu vanhainkotiasumiseksi ja vanhainkoteja tehostetun palveluasumisen yksiköiksi. Seuraava askel lienee se, että kaikki ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon yksiköt ovat tehostettua palveluasumista. Ihanteellista on, että tehostetun palveluasumisen yksikkö sijaitsee omalla asuinalueella, jolloin ympäristö on tuttu ja sosiaaliset kontaktit säilyvät paremmin. Alueelliset monipuoliset palvelukeskukset ja vanhustenkeskukset tarjoavat palveluita eläkeläisille laajalla skaalalla kotona asuvien ikäihmisten ja omaishoitajien virkistys- ja neuvontapalveluista muistisairaiden päivätoimintaan, intervallihoitoon, arviointi- ja kuntoutustoimintaan ja lopulta tehostettuun palveluasumiseen. Ideana on kotona pärjäämisen tukeminen mahdollisimman pitkään ja toisaalta myöhemmässä vaiheessa tarvittavat palvelut löytyvät saman katon alta.

Kunnallisten toimijoiden lisäksi myös erilaisilla yksityisillä yrityksillä ja kolmannen sektorin toimijoilla Suomessa on jo olemassa ja suunnitteilla mielenkiintoisia Aging-in-Place-tyyppisiä yhteisöllisiä asumispalveluratkaisuja. Suomalainen termi ikääntyneiden asumisen ja heille tarkoitettujen palveluiden keskittämiseksi samalle alueelle on esimerkiksi palvelukampus.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata Suomessa uudentyyppisen psykogeriatrisen tuetun asumisen prosessit. Tukiasuntopilotissa luodaan psykogeriatrisen tuetun asumisen mallia uudelle hoitotasolle, joka sijoittuu kotona kotihoidon tuella asumisen ja palveluasumisen väliin. Asiakkaat ovat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita, joiden kotona asuminen vaarantuu psyykkisen oireilun ja/tai päihderiippuvuuden vuoksi.

2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus taustoittaa iäkkäiden mielenterveys- ja päihdeongelmaisten tuettua asumista, sen mielekästä järjestämistä ja toisaalta prosessikuvauksen merkitystä ja tekemistä. Iäkkäät ovat mielenterveys- ja päihdepalveluita koskevassa tutkimuksessa marginaaliryhmää ryhmän suuresta ja yhä kasvavasta koosta huolimatta. Juuri heille räätälöityä tuettua asumista ei ole juuri ollut aiemmin tarjolla. Aihetta lähestytään sekä mielenterveyskuntoutujien, että päihderiippuvaisten tuetun asumisen näkökulmasta ja tarkastellaan iäkkäiden välimuotoisia asumispalveluratkaisuja muissa Pohjoismaissa ja Hollannissa.

2.1 Mielenterveyskuntoutujien ja päihderiippuvaisten tuettu asuminen

2.1.1 Käsitteet

Mielenterveyskuntoutuja on täysi-ikäinen henkilö, joka tarvitsee mielenterveyden häiriön vuoksi kuntouttavia palveluita ja lisäksi mahdollisesti apua asumisensa järjestämiseen tai asumispalveluja (STM 2007 18).

Sosiaali- ja terveysministeriö (myöhemmin STM) luokittelee mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut kolmeen ryhmään, tuettuun asumiseen, palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen (STM 2007 18). Tätä luokittelua käytetään myös tässä opinnäytetyössä.

Välimuotoisella asumisella tarkoitetaan kaikkia asumisen muotoja tavallisessa omistustai vuokra-asunnossa (kotona) asumisen ja laitoksessa asumisen välillä. Laitoksella tarkoitetaan sairaalaa tai vanhainkotiä. (Välikangas 2009 3)

Tuettua asumista järjestetään asiakkaan omassa asunnossa tai tukiasunnossa. Tuettussa asumisessa asiakas tarvitsee tukea ja ohjausta pystyäkseen asumaan itsenäisesti, yksityisasunnossa tai erityisessä tukiasunnossa. STM:n suosituksessa sanotaan, että jollei asiakkaalla ole asuntoa, tulee kunnan hänelle sellainen hankkia. Tukiasunnossa asumiseen kuuluu asumisen tuen lisäksi intensiivinen mielenterveyskuntoutus, joka tapahtuu lähinnä kodin ulkopuolella. Asiakasta tuetaan oireiden hallinnassa ja jokapäiväisten asioiden hoitamisessa. Häntä rohkaistaan kodin ulkopuolisiin harrastuksiin ja ympäristön palveluihin. Kuntoutus tapahtuu yhteistyössä omaisten kanssa ja tarkoituksena on luoda verkostoja, jotka tukevat asiakkaan selviytymistä tuetun asumisen jälkeenkin. STM:n suosituksessa tukiasunnossa asuminen käsitetään määräaikaiseksi, toisaalta puhutaan työikäisistä asiakkaista, joita yritetään kuntouttaa vielä työhön tai opiskelemaan. (STM 2007 22). Tukiasunto voi olla palvelun tuottajan omistuksessa tai jälleenvuokrauksena jonkun muun tahon omistama. (Paasu 2005 28-29)

Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen tapahtuvat palvelun tuottajan tiloissa. Niissä henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden tai ainakin on järjestetty ilta- ja yöpäivystys. Asiakkaat tarvitsevat paljon hoidollista apua jokapäiväisissä toimissaan ja saatavilla on myös psykiatrisen sairaanhoitajan apu ja muut tukipalvelut. (STM 2007 18, Paasu 2005 28-29)

Asumispalveluihin liittyvien käsitteiden käyttö eri lähteissä on kirjavaa. Esim. ympäristöministeriön raportissa, jossa vertaillaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita pääkaupunkiseudulla, termi tuettu asuminen sisältää sekä palveluasumisen että tukiasumisen. Kuitenkin seuraavassa kappaleessa raportissa puhutaan erikseen palveluasumisesta ja tuetusta asumisesta siinä yhteydessä, että lääninhallitus valvoo palveluasumista ja kunnat tuettua asumista? (Paasu 2005 28-29)

2.1.2 Suosituksia ja hankkeita tuettuun asumiseen liittyen

Suosittelun lähtökohdiksi ja tavoitteiksi mainitaan mm. että hyvin toteutetut mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut lisäävät kuntoutujien elämisen laatua ja vähentävät erikoissairaanhoidon kustannuksia. Ensisijaisena pidetään sitä, että palveluilla tuetaan asiakasta asumaan omassa kodissaan, minne hän saa palata myös sairaalahoitajaksojen jälkeen. Asumisen laadun on vastattava yleisiä asumisen standardeja ja kuntoutujalle on taattava riittävät tuki- ja kuntoutuspalvelut asuinmuodosta riippumatta. (STM 2007 18.)

Vuosina 2001-2005 Suomessa oli käynnissä asunnottomuuden vähentämishjelma, jossa asuntojen tuottamisen lisäksi järjestettiin tuettua asumista ja räätälöityjä ratkaisuja vaikeasti asutettaville henkilöille. Ympäristöministeriön hankkeessa 2003-2005 arvioitiin tuetun asumisen malleja eri puolilla Suomea. Kohteena oli erilaisia asunnottomuuden tai sen uhan alaisia erityisryhmiä, entisiä ja nykyisiä päihteidenkäyttäjiä, mielenterveyskuntoutujia, vankilasta vapautuvia ja prostituoituja. Tarkoitus oli koota tietoa tuetun asumisen järjestämisestä ja sen kehittämistarpeista. (Hynynen 2005 3, 7-8)

2.1.3 A-klinikkasäätiön tuettu asuminen

Tässä käsitellään A-klinikkasäätiön tuettua asumista, koska osa tukiasuntopilotin asiakkaista on päihdetaustaisia ja A-klinikkasäätiön tukiasuntotoiminnan ideologiassa ja toteutuksessa löytyy yhtymäkohtia pilotin tukiasuntotoiminnan kanssa.

A-klinikkasäätiöllä tuettua asumista toteutetaan pitkällä kokemuksella hyväksi havaittujen yleisten toimintamallien mukaan, joiden lisäksi työtä ohjaavat alueelliset resurssit ja

paikalliseen osaamiseen liittyvät mallit ja menetelmät. Asiakkaat tulevat palveluiden piiriin päihdeongelman takia. Siihen voi liittyä ero perheestä, työttömyys ja asunnon menetys vuokratien ja järjestyshäiriöiden vuoksi. Ympäristöministeriön hankkeessa tietoa kerättiin kahdella kyselyllä, jotka suunnattiin asiakkaille ja työntekijöille. Toisella kyselyllä täydennettiin ensimmäisessä puutteelliseksi jääneitä tietoja ja kysyttiin lisäksi ympäristöministeriön tutkimusintresseihin vastaavia asioita. Kirjallisen kyselyn lisäksi haastateltiin kolmea tutun asumisen asiakasta käsitteiden täsmentämiseksi ja saadun tiedon syventämiseksi. (Manninen Tuori 2005 24-26)

Asiakkaat kokivat saaneensa ongelmatilanteessa apua riittävän nopeasti. Erityisen tärkeänä elämäntilanteen parantamisen kannalta pidettiin työntekijältä saatua terapeutista keskusteluapua akuutissa kriisitilanteessa ja myös sen jälkeen. Työntekijätkin käyttivät keskusteluja tuen muotona usein. Asiakkaat saivat keskusteluista apua erityisesti päihteen käytön lopettamiseen tai vähentämiseen. 86% vastaajista olikin vähentänyt käyttöä ja käytön hallinta oli heidän mielestään parantunut asiakkuuden aikana. Kuitenkin vain 26% oli raitistunut kokonaan. (Manninen Tuori 2005 14-16)

Lähellä A-klinikkaa asuvat pitivät sijaintia turvallisuutta lisäävänä tekijänä, koska apu on lähellä. Työntekijöiden saatavilla olo toteutui, tukea saatiin niin paljon kuin haluttiin. Asuminen koettiin melko tavalliseksi vuokra-asumiseksi, tukea ei ollut niin paljon, että se olisi koettu kontrolliksi. Tuen määrä väheni tarpeen mukaan asumisen jatkuessa painottuen alun kriisivaiheeseen. Tukitoimet olivat yksilöllisiä ja asiakaslähtöisiä. Asumisen sääntöjä pidettiin mielekkäinä ja välittämistä osoittavina. Oman vuokra-asunnon pitämiseen oltiin motivoituneita aiemmista kokemuksista oppineina, sen menettämistä pidettiin paluuna entiseen. Asunto edusti myös normaalia elämää; kotityöt, raha-asioista huolehtiminen ja mahdollinen työ tai opiskelu tukivat päihdeettömyyttä. Joidenkin mielestä omien asioiden hoito ja päivärutiinit olivat parasta hoitoa. Myös työntekijöiden mielestä vastuu omien asioiden hoitamisesta kuuluu asiakkaille ja puolesta tekeminen kuuluu vain erittäin harvoin tukiasumistyöhön. Asunto merkitsee asiakkaille myös turvaa ja omaa rauhaa. Energiaa vapautuu muuhun käyttöön, kun ei tarvitse miettiä missä viettää seuraavan yön. Suhtautuminen tukiasumisen määrä-aikaisuuteen oli kaksijakoista. Toisaalta se koettiin hyvänä ja siirtyminen itsenäiseen asumiseen jaksan jälkeen mahdollisena. Toisaalta muutto pois tukiasunnosta myös pelotti ja tukiverkostot ja keskusteluapu haluttiin säilyttää muuton jälkeenkin. Sekä asiakkaat että työntekijät painottivat asiakaslähtöisyyttä, luottamuksellista suhdetta asiakkaan ja työntekijän välillä, mielekkäitä sääntöjä, tukiverkostoja, vastuuttamista ja työntekijän läsnäoloa.

Ensisijaisen tärkeänä asumisen onnistumiselle molemmat pitivät päihteiden käytön hallintaa tai lopettamista. (Manninen Tuori 2005 13-16)

Työntekijät toivat esiin kysymyksen resurssien riittävydestä. Yksin työskentely koettiin raskaaksi ja toivottiin vähintäänkin työparia. Työmäärän jakamisen ja työtoverien henkisen tuen lisäksi tärkeänä pidettiin mahdollisuutta päästä koulutukseen ja saada työnohjausta. Oma työnkuva koettiin laajaksi ”talonmiehestä terapeuttiin”. (Manninen, Tuori 2005 16)

A-klinikan hyväksi havaitsemaan konseptiin kuuluu asumiseen ja hoitoon liittyvien sopimusten tekeminen ennen asumisen alkua. Työntekijä arvioi asiakkaan motivaation ja edellytykset sitoutua sopimukseen, kykeneekö asiakas fyysisesti ja psyykkisesti suhteellisen itsenäiseen asumiseen? Retkahdukset kuuluvat toipumisprosessiin ja toiminta niiden sattuessa suunnitellaan ja sovitaan etukäteen yhdessä asiakkaan kanssa osana asumis- ja hoitosopimusta. Jatkuvat retkahdukset sen sijaan johtavat asumisen päätymiseen ja tuovat asiakkaalle taas yhden epäonnistumisen kokemuksen. Yleensä hoitopolku tuettuun asumiseen kulkee katkaisuhoidon ja jatkohoitoapaikan kautta tukiasuntoon. Asiakassuhdetta ja luottamusta luodaan jo asiakkaan ollessa katkaisun jälkeisessä jatkohoitoapaikassa, jossa asiakkaan tarvitsema tuki suunnitellaan yhdessä. Tuttuun hoitoyhteisöön voidaan retkahduksen sattuessa palata tai mennä intervallijaksolle tai ”turvaan” esim. viikonlopun yli, jos asiakas ei usko pärjäävänsä retkahtamatta asunnossaan. Pelkkä asunto ja päihteettömyys eivät pitkälle kannu, vaikka kyselyssä pelkkä asunto yllättävän suuri asia asiakkaille olikin. Tarvitaan myös mielekästä tekemistä. (Manninen Tuori 2005 11-12,19-20)

Päihdeongelman käsittely tapahtuu lähinnä A-klinikan peruspalveluissa, yksilöterapiassa ja ryhmissä. Erilaiset päivä- ja toimintakeskukset tarjoavat tekemistä ja vertaistukea, näiden toimintaan voi osallistua sen verran kuin haluaa. Niissä on mahdollisuus pestä pyykkiä ja sauna, syödä edullisesti ja lukea päivän lehdet. Keskukset tarjoavat myös harrastustoimintaa ja mahdollisuuden vapaaehtoistyöhön. Sisältöä asiakkaan elämään ja kiinnostuksen kohteita voi löytyä ajalta ennen päihteiden käyttöä, näitä harrastuksia ja kontakteja voidaan viritellä uudelleen. Tulevaisuuteen orientoituneessa työskentelyssä työllistyminen ja opiskelupaikan löytyminen voivat myös olla tavoitteina. Tukiasuminen kestää onnistuessaan periaatteessa kolme, käytännössä yleensä 1-3 vuotta. Alle vuosi tarkoittaa tuetun asumisen epäonnistumista, asiakas ei kyennytkään riittävästi hallitsemaan päihteiden käyttöään. Asiakas voi halutessaan jäädä asuntoon

tavalliseen vuokrasuhteeseen tukiasumisen jälkeen. (Manninen Tuori 2005 11-12,19-20)

Yleensä palvelut oli tarkoitettu työikäisille asiakkaille. Esimerkkeinä iäkkäille suunnatuista palveluista mainittiin Kymen A-klinikan Leporannan palvelutalo ja Salon A-klinikan hoitokoti liikuntaesteisille ja iäkkäille päihdetaustaisille, joille eivät avohoidon tukitoimet riitä. Salon hoitokodissa oli kaksi intervallipaikkaa kotona selviytymisen tukemiseksi. Avohoidossa iäkkäitä varten oli Salon seudulla kehitetty Rolle-työ, jossa vietiin päihdehuollon palveluita kotiin niille, jotka eivät itse pysty hakeutumaan palveluihin. Sillä tuettiin kotona pärjäämistä ja omaisten jaksamista mahdollisimman pitkään mm. ”vähentämällä päihdehaittoja”, mitä se sitten tarkoittaakin. (Manninen Tuori 2005 23)

2.1.4 Mielensterveyskuntoutujien tuettu asuminen

Paasun raportti mielensterveyskuntoutujien tuetusta asumisesta pääkaupunkiseudulla otettiin mukaan, koska siinä oli käsitelty melko laajasti erilaisia palveluntuottajia Helsingissä ja lähikunnissa. Muutkin erityisryhmät kuten prostituoidut ja vankilasta vapautuneet olivat kiinnostavia, mutta aiheen rajaamisen ja ajan puutteen vuoksi ne jätettiin pois.

Useissa lähteissä mainitaan psykiatristen laitospaikkojen purkaminen 80-90-luvuilla ja siitä seurannut paine kehittää nopeasti asumispalveluita ja avohoitoa. Tällä selitetään myös palvelun tuottajien suurta määrää ja kirjoa, on kunnallista, yksityistä ja kolmannen sektorin organisaatioiden järjestämää. Eri puolilla Suomea on tehty hyvin erilaisia ratkaisuja palveluiden järjestämisen suhteen, järjestääkö kunta ne itse vai ostaako ja mikä on palveluiden saatavuus ja sisältö? Psykkisesti sairastuneet kuuluvat asumisen erityisryhmiin, koska huono psyykinen vointi johtaa sosiaalisen verkoston kutistumiseen, asioiden hoitamattomuuteen ja fyysisen toimintakyvyn alenemiseen. Kyseessä on hyvin heterogeeninen ryhmä, joilla on keskenään erityyppisiä ongelmia arjessaan oirekuvasta ja muista yksilöllisistä tekijöistä riippuen. Haasteena on kehittää yksilöllisiä, tarpeita vastaavia palveluita. Erityisen vaikeasti autettavia ovat henkilöt, joilla ei ole sairaudentuntoa tai asunnottomat, jotka ovat kaikkien palveluiden ulkopuolella. Kaksoisdiagnoosiasiakkaat, eli henkilöt, joilla on sekä psykiatrinen sairaus että päihderiippuvuus, sijoitetaan yleensä joko päihde- tai mielensterveyspalveluihin koska omia palveluita heille ei juuri ole. Haasteena on silloin tietää, mikä on pääasiallinen ongelma. Mie-

lenterveyspalveluissa on usein nollatoleranssi päihteiden käytön suhteen, joten asiakas voi jäädä palveluiden ulkopuolelle tai hoitoon sitoutuminen on puutteellista. (Paasu 2005 27-28.)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden koordinoitua vaikeuttaa palveluntuottajien suuri määrä, tiedot palveluista eivät ole ajan tasalla. Paasu kritisoi tuetun asumisen määräaikaaisuutta, kaikilla ei ole taloutensa, sosiaalisesti eikä psyykkisten kykyjen osalta mahdollisuutta siirtyä itsenäiseen asumiseen tuetun asumisen jälkeen. Määräaikaaisuus vaikeuttaa hänen mukaansa sitoutumista, asukkaalla pitäisi olla mahdollisuus asua ilman määräaikaa ja tukipalvelut vaihtelisivat asiakkaan voimien ja tarpeen mukaan. (Paasu 2005 38-39)

2.1.5 Mielenterveyden keskusliiton asumispalvelututkimus

Mielenterveyden keskusliiton asumispalvelututkimus (Salo Kallinen 2007) on lajissaan harvinainen laaja tutkimus olemassa olevista mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista. Määrällisessä osiossa vertailtiin yksiköitä keskenään tiettyjen kriteerien perusteella ja laadullisessa haastateltiin asiakkaita heidän elämästään, kokemuksista laitoksissa ja nykyisessä asumismuodossa, asumisen kuntouttavuudesta, saadusta tuesta jne. Tarkemmin katsottuna tutkitut yksiköt ovat palveluasumisen yksiköitä ja tutkimus on rajattu koskemaan alle 65-vuotiaita asiakkaita. Näistä rajauksista huolimatta tutkimuksesta löytyy kiinnostavia asioita myös iäkkäiden mielenterveysasiakkaiden tuettua asumista ajatellen. Vaikka mm. ahdasta asumista useinkin hengen huoneissa ja mukavuuksien puuttumista omassa huoneessa kritisoidaan ja näillä on suuri painoarvo palveluiden luokittelussa hyviin ja huonoihin, jostain syystä tukiasunnoissa asuminen on rajattu tutkimuksesta pois. (Salo Kallinen 2007 28-49).

Monille asumiskuntoutuskonsepteille tyypillinen porrastus ympärivuorokautisesta laitostyyppisestä ryhmäasumisesta kevyemmin tuettuun soluasumiseen ja lopulta pienkotiin tai tukiasuntoon ja sieltä itsenäiseen asumiseen esitetään ei-toivottuna kehityksenä. Niiden idea on, että asiakas kuntoutuessaan muuttaa paikasta toiseen useita kertoja hyvinkin lyhyen ajan sisään. Parempana vaihtoehtona esitetään, että asiakas saisi pysyä samassa asunnossa ja sinne saadun tuen määrä vähitellen vähenisi tarpeen mukaan. Kehittämissuosituksissa ehdotetaan jopa subjektiivista oikeutta omaan asuntoon. Toisaalta koti todetaan yksilölliseksi käsitteeksi. Joku kokee kuntoutuskodin kodikseen

ja toiset asukkaat perheekseen, toiselle oma asuntokaan ei tunnu kodilta, koska merkitykselliset sosiaaliset suhteet puuttuvat. Tekijät käyttävät käsitettä uuslaitostuminen, jos kotiin viedyllä palveluilla kajotaan liikaa yksilöllisyyteen ja itsemääräämisoikeuteen. Kotiin voi muodostua ”yksityinen laitos”. (Salo Kallinen 2007 319-320, 335) Tässä yhteydessä puhutaan pakkolääkitsemisestä ja ”niin sanotusta kotikuntoutuksesta”, mikä tuntuu provokatiiviselta ja pitäisi perustella melko hyvin ollakseen asiatekstissä hyväksyttävää. Toisaalta tutkimus on ansioistaan huolimatta ymmärrettävä taustaltaan potilasjärjestön intresseistä lähteneeksi, tekijöillä on vahvat mielipiteet ja tutkimuksesta julkaistun kirjan tarkoituskin on varmasti herättää keskustelua. Totta on, että mielenterveyspalveluiden kenttä on laaja ja kirjava, varmasti joukkoon mahtuu myös epäeettistä ja huonoa hoitoa.

Tutkimustuloksissa yksiköiden työntekijätiimin moniammatillisuus liittyy yksikön kuntouttavuuteen. Asukkaat osallistuvat enemmän harrastuksiin, työtoimintaan, järjestöjen toimintaan, kouluttautuvat ja työllistyvät ja myös itsenäistyvät (=muuttavat kevyemmin tuettuun tai itsenäiseen asumiseen) enemmän paikoissa, joissa henkilökunta ei koostu pelkästään psykiatrisen hoitotyön ammattilaisista. Tekijöiden teeseihin kuuluukin, että myös hoitajat, eivät vain psykiatriset potilaat, nykytermein mielenterveyskuntoutujat, ovat laitostuneet. Myös henkilökunnan määrällä arvioitiin olevan merkitystä, todettiin esim. Italiassa hoidon tulosten olevan parempia, koska henkilökuntaa on siellä yksiköissä enemmän. Toisaalta myös yksikön suuruus vaikutti käänteisesti asiakkaiden osallistumiseen erilaisiin yksikön ulkopuolisiin toimintoihin. (Salo Kallinen 2007 112, 122). Tarkoittaako tämä vain sitä, että pienissä yksiköissä ollaan aktiivisempia vai myös sitä, että isoilla yksiköillä on tarjota omaa toimintaa asiakkaille?

2.2 Välimuotoisen asumisen ratkaisuja iäkkäille muissa Pohjoismaissa ja Hollannissa

Suomen tapaan Ruotsissakin pyritään siihen, että ikääntyvät voisivat asua mahdollisimman pitkään kotona ja saada sinne tarvitsemansa palvelut. Välimuotoisista asumisratkaisuista mielenkiintoinen esimerkki on turva-asuminen. Turva-asunto on iäkkäille tarkoitettu esteetön asunto, jossa voi asua melko itsenäisesti kotihoidon palveluiden ja tukipalveluiden turvin. Asuntoon on saatavissa tarvittaessa kotihoidolta apua vuorokauden ympäri turvapuhelimen avulla. Useimmat turva-asunnot sijaitsevat palvelukeskusten välittömässä läheisyydessä, palvelukeskukseen pääsee esim. katettua käytävää pitkin. Turva-asuntojen asukkaat voivat hyödyntää palvelukeskuksen viriketoimin-

taa, ruokailumahdollisuutta ja muita palveluita kuten kampaajaa. Eri kaupungeissa on tehty erilaisia ratkaisuja turva-asumisen järjestämisen suhteen. Esim. Motalassa turva-asunnot ovat iäkkäille vuokrattavia 1-3 huoneen asuntoja, jotka sijaitsevat nimenomaan palvelukeskusten tuntumassa, kun taas Helsingborgissa palvelukeskuksia ei välttämättä sen kummemmin hyödynnetä ja tarvittavat muutostyöt tehdään asiakkaille jo oleviin asuntoihin. Turva-asumisen määritelmässä sanotaan, että turva-asuminen on tarkoitettu ”levottomuutta ja turvattomuutta kokeville iäkkäille.” Turva-asumiseen kuuluu esteettön asunto, helppo pääsy yhteisiin palveluihin, kotihoidon palvelut ja turvapuhelin. Motalan mallista kerrotaan, että turva-asumisen tarkoitus on tukea kotona pärjäämisessä mahdollisimman pitkään ja lykätä vanhuksen laitoshoidon joutumista. (Välikangas 2009 19-22)

Norjassa omsorgbolig eli yhteisöllinen hoiva-asuminen tarkoittaa ideana sitä, että iäkkäitä pyritään tukemaan itsenäisessä asumisessa osana yhteisöä mahdollisimman pitkälle monipuolisten kotiin saatavien palveluiden avulla. Yhteisöllinen hoiva-asuminen jaetaan kolmeen tasoon, joista ensimmäisessä asuminen on itsenäistä kotihoidon turvin. Toisella tasolla henkilökuntaa on paikalla päivisin ja kotihoito järjestää yöpävystyksen, kolmannessa omaa henkilökuntaa on saatavilla yölläkin ja henkilökunnalla on asuinrakennuksessa omat tilat. Erona laitoshoidon ympärivuorokautisessa hoidossa lääkkeet, ruoka ym. kulut maksetaan itse. Yhteiskunnalle tämä tulee tietysti edullisemmaksi ja pyrkimyksenä onkin muuttaa laitoshoidon paikkoja yhteisölliseksi hoiva-asumiseksi (vrt. suomalainen palveluasuminen). Norjassa muutos on Välikankaan (2009 24-25) mukaan ollut toivottua hitaampi, laitoshoidon asiakaspaikkoja on vielä paljon ja niitä on rakennettu jopa lisää joillakin paikkakunnilla (Välikangas 2009 24-25) Suomessakin laajamittainen laitoshoidon yksiköiden siirtyminen palveluasumiseen johtuu osittain siitä, että palveluasuminen on järjestäjälle huomattavasti laitoshoidoa edullisempää.

Välimuotoisen asumisen ratkaisuista esimerkiksi Bergenin kaupunki rakentaa esteettömiä, vanhuksille tarkoitettuja asuntoja niin, että rakennuksissa on tiloja myös yhteisölliselle ruokailulle ja virkistystoiminnoille. Nykyaikaista turvatekniikkaa hyödynnetään ja siltä odotetaan uusia innovaatioita myös tulevaisuudessa. Ruotsin tapaan osalla paikkakunnista palvelukeskukset hyödynnetään sijoittamalla ikääntyneiden asunnot niiden läheisyyteen, toisaalta kaukana palvelukeskuksista ja kaupunkikeskuksista asuvia kunnat tukevat edullisilla kuljetuksilla. (Välikangas 2009 24-25.)

Tanska ja Hollanti ovat hyvin pitkällä Aging-in-Place-ajattelussa. Tanskassa laitoshoidon toimintana ja käsitteenä ei enää ole ja tätä ratkaisua Ympäristöministeriön raportissa suositellaan Suomessakin toteutettavaksi. Tanskassa pitkäaikaissairaalat ja vanhainkodit muutettiin jo 80-luvun lopulla hoivakodeiksi ja nykyään niitäkin ollaan lakkauttamassa. Kaikki ikäspesifi asuminen, niin sanottu sosiaalinen hoiva-asuminen, on väli-
muotoista asumista. Kunnat on jaettu palvelualueisiin. Ympäri-
vuorokautisen hoidon yksiköt sijoittuvat palvelukeskuksiin, joiden lähiympäristössä on ikääntyneiden asuintaloja. Tarvittava apu saadaan kotihoidosta tai palvelukeskuksen henkilökunnalta. Osa senioriasunnoista sijaitsee hajallaan muun asumisen lomassa. (Välikangas 2009 31, 33-35.)

Hollantilainen vastine tanskalaiselle palvelualueelle on naapurustomalli. Palvelukeskusten ympärille noin kahdensadan metrin säteellä sijoittuu palveluyöhyke, jonka asukkaat voivat hyödyntää palvelukeskuksen henkilökunnan apua ja muita keskuksen palveluita kotona pärjäämisensä tukena. Alueen asunnot ovat esteettömiä, mutta asukkaiksi halutaan kuitenkin muitakin kuin iäkkäitä. Nuorempien ajatellaan antavan iäkkäille jonkinlaista yhteisöllistä naapuriapua ja toisaalta hekin hyötyvät alueella olevista palveluista. Palveluyöhykkeiden ulkopuolella on pienempiä, yksittäisten ryhmäkotien tai hoivakotien ympärille sijoittuvia hoiva-alueita. Naapurustomallista todetaan, että se ei ole tuonut merkittävästi taloudellista säästöä, mutta toisaalta hoivan järjestämisen kulut eivät ole kasvaneetkaan. Elämisen laadusta sen verran, että asiakastyytyväisyys on huippuluokkaa, ikäihmiset ovat erittäin tyytyväisiä palveluyöhykkeillä asumiseen verrattuna aiempaan palveluiden järjestämistapaan. (Välikangas 2009 45-47).

Tanskassa tavoitteena on, että kaikki tulevaisuuden asuinrakentaminen soveltuisi myös ikääntyneille. Hollannissa riittää toistaiseksi, että osa uudisrakentamisesta on esteetöntä. Molemmissa asuminen ja hoiva järjestetään erikseen, asiakkaan tarvitsemat palvelut räätälöidään hänen valitsemaansa asumismuotoon. Turhaa muuttamista vältetään hoivapalveluita järjestettäessä tai ainakin muuttomatkat ovat lyhyitä, saman palvelualueen sisällä tapahtuvia. Asuminen ja hoiva kuuluvat Tanskassa perusterveydenhuoltoon, joka on kuntien järjestämisvastuulla. Valtio osallistuu kustannuksiin 75% osuudella. Sekä Tanskassa että Hollannissa raha seuraa asiakasta, mikä lisää palveluiden avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. Asiakas saa itse valita palveluntarjoajan ja päättää, mitä palveluita haluaa käyttää. Tanskassa hoiva on asiakkaalle ilmaista, mutta asuminen ja tukipalvelut kuten ateriapalvelu ja pyykinpesu maksavat. Tanskassa kunnalliset palvelut ovat erittäin suosittuja, vaikka kunnat kustantavat asiakkaalle myös yksityisten pal-

veluntuottajien tarjoamat palvelut, jos asiakas haluaa käyttää mieluummin niitä. Ennaltaehkäisyyn, terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen on panostettu elämänlaadun ja taloudellisen tuottavuuden vuoksi ja hyviä tuloksia on saatu. Erityispiirteenä mainitaan fysioterapeuttien ammattiryhmän tavallista suurempi edustus ikäihmisten palveluissa, aktiivinen kuntoutus on oleellinen osa hoitoa. (Välikangas 2009 30-44).

Hollannissa kaikilla on pakollinen terveystakuutus, jonka maksun suuruus riippuu tuloista. Hoitoa tarvitsevalle on henkilökohtainen hoitobudjetti, jonka puitteissa hän saa itse valita käyttämänsä palvelun. Asiakkaalle voidaan osoittaa tukihenkilö, joka kertoo hänelle eri vaihtoehdoista ja avustaa päätöksenteossa. Toimijoiden kirjo on laaja, on kunnallista, yksityistä ja kolmannen sektorin toimijoita, joista erilaiset potilasjärjestöt ovat suuressa roolissa palveluiden järjestäjinä. Omaiset ovat velvollisia osallistumaan hoitoon, oletuksena on, että esim. puoliso tarjoaa kotona hoidettavalle perushoivan. Tilanteen jatkuttua yli kolme kuukautta puoliso saa automaattisesti omaishoitajan statuksen ja siihen liittyvät monipuoliset tukipalvelut. (Välikangas 2009 41). Tanskassakin omaishoitajuuteen kannustetaan painokkaasti. Kolmas sektori toimii vahvasti juuri tällä alueella, omaishoitajien vapaapäivät ja lomat mahdollistetaan vapaaehtoisvoimin. (Välikangas 2009 32.)

2.3 Prosessikuvaus

2.3.1 Prosessikuvauksen tarkoituksesta ja toteuttamisesta

Prosessikuvaus ideana on historialtaan tekninen ja kehitetty teollisuudessa. Hakusalla prosessikuvaus löytyy paljon mm. ilmailuhallinnon materiaalia. Toiminnoissa, joissa on esim. turvallisuussyistä toimittava hyvin vakioidusti ja tehtävä aina samat asiat samalla tavalla, samassa järjestyksessä ja samoissa olosuhteissa prosessikuvaus on toimiva ja suorastaan välttämätön muistilista ja perehdytyksen apuväline. Termillä prosessien mallintaminen löytyy ohjeistuksia joita mm. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta JUHTA (JHS) laatii. Prosessijohtamista käsittelevästä kirjallisuudesta löytyy ajatuksia prosessien kuvaamisesta. Joissakin lähteissä prosessikuvauksen sanotaan olevan nimenomaan graafinen kuvaus, toisaalta sen pohjaksi tarvitaan paljon tarkkaa tietoa mm. prosessin omistajasta, sen toiminnan edellytyksistä ja toimintaympäristöstä. (Laamanen 2012 76, Lecklin 2007 138, JHS 152 2012.)

Prosessien kehittäminen liittyy organisaation suunnitteluun ja kehittämiseen organisaation vision, strategian ja toimintaperiaatteiden pohjalta.. Prosessikuvaukset ovat prosessien johtamisen, hallinnan ja parantamisen väline. Ne auttavat hallitsemaan kokonaisuuksia, jäsentämään prosesseja ja toimijoiden vastuita sekä löytämään toiminnan tehostamistarpeita. Lisäksi prosessikuvauksia käytetään perehdyttämiseen, koulutukseen ja tietojärjestelmien kehittämiseen. (JHS 152 2012 1-3.)

Prosessikuvaus liittyy laatutyöskentelyyn, prosessijohtamiseen ja riskien hallintaan. Kyse on toiminnan käsitteellistämisestä ja myös työntekijöiden ns. hiljaisen tiedon esiintuomisesta. Prosessien mahdolliset puutteet ja heikkoudet tulevat mallinnuksissa näkyville. Ja toisaalta kuvaus toimii perehdytyksen ja tiedon siirtämisen välineenä, jos käytäntö on hyvä, sitä voidaan siirtää muuallekin mallien avulla. (JHS 152 2008 5.)

Laamasen mukaan pelkkä vuokaavio ei ole riittävä prosessikuvaus, sillä ”niitä lukevat sujuvasti vain insinöörit” (2012 77). Myös Lecklin (2006 138) suosittelee laatimaan prosessista kuvallisen esityksen lisäksi lyhyen sanallisen yleiskuvauksen, jossa kerrotaan prosessin keskeiset asiat. Käyttötarkoituksesta riippuen kuvaus voidaan laatia myös täydellisempänä. Kuvaus voidaan myös laajentaa prosessisuunnitelmaksi linkittämällä siihen erilaisia muita dokumentteja, kuten tavoitearvoja, mittaus- ja tulostietoa, auditointituloksia ja kokouspöytäkirjoja. (Lecklin 2006 138-140). Laamanen pitää kuvauksen optimaalisena pituutena korkeintaan neljää sivua mutta mainitsee poikkeuksena tilanteet, joissa kaivataan yksityiskohtaisempaa tietoa, kuten silloin, kun halutaan kehittämis- tai ongelmanratkaisumielessä tutkia prosesseja tarkemmin. Yleiskuvaus on syytä pitää riittävän karkeana hahmottamisen helpottamiseksi, yksityiskohtaisemmat kertomukset osaprosesseista voi liittää mukaan ns. työohjeina. Jos prosessin kulku on vaihteleva, yleiskaavioon kuvataan tavallisin prosessinkulku ja poikkeustilanteet kuvataan työohjeissa.

Laamanen (2012) jakaa kuvauksen tekemisen neljään mahdolliseen tasoon, nykyiseen prosessiin, vähän paranneltuun prosessiin, radikaalisti parannettuun ja ideaaliprosessiin. Hän suosittelee useimmissa tapauksissa kuvaamaan vähän paranneltua prosessia. Nykyistä ei aivan sellaisenaan kehittämismielessä kannata kuvata, koska kuvaaminen hänen mukaansa vahvistaa kuvattua tapaa toimia. Radikaalia muutosta kannattaa kuvata vain, jos sellainen on välttämätön. Ideaaliprosessin kuvaus on ehkä esityksenä hieno mutta aiheuttaa prosessissa toimivissa ihmisissä lähinnä syyllisyyden tunteita ja kyynisyyttä. Vähän paranneltu prosessi sisältää realistisia, pieniä, konkreet-

tisia työntekijöiden arkipäivää helpottavia parannuksia, jotka voidaan saavuttaa noin kuuden kuukauden kuluessa. Prosessin tulee olla sellainen, jonka siinä toimivat työntekijät voivat hyväksyä ja sitoutua noudattamaan sen periaatteita. (Laamanen 2012 87).

Kai Laamanen (2012 19-21) määrittelee toimintaprosessin joukoksi toisiinsa liittyviä toistuvia toimintoja ja niihin tarvittavia resursseja, joiden avulla syötteet muunnetaan tuotteiksi. Näin saadaan aikaan toiminnan tulokset. Syötteet (input) ovat tietoja ja materiaaleja, joita tarvitaan prosessin toteuttamiseen. Suunnitellaan toimenpiteet ja resurssit (prosessi) joita tarvitaan, jotta saadaan halutut tuotteet ja palvelut (output) asiakkaan tarpeiden tyydyttämiseksi. (Laamanen 2012 19-21.)

Konkreettisten aineellisten tuotteiden sijaan palveluita tuottavista organisaatioista mainitaan, että arvaamattomasti käyttäytyviä asiakkaita palvelussa prosessin vaiheet eivät välttämättä tapahdukaan niin siististi järjestyksessä ja palveluiden tuottaminen vaatii luovuutta ja asiantuntemusta. (Laamanen 2012 19-21.) THL:n raportissa terveydenhuollon prosesseista todetaan, että ne ovat asiantuntijatyön prosesseja, joiden eteneminen ja vuorovaikutus ovat monimutkaisia sekä vain osin vakioitavissa esimerkiksi jonkin työvaiheen automatisoinnille. Terveydenhuollon toimintaprosessit ovat yleensä pitkäkestoisia, keskinäisessä vuorovaikutuksessa toisiinsa ja niissä saattaa esiintyä paljon erilaisia poikkeuksia tai keskeytyksiä. Toimintaprosesseihin liittyvä tieto on monimutkaista ja perustuu yleensä laajaan tutkimustoimintaan. Käytännön tietoa toiminnasta ja tapahtumista kirjataan valikoidusti ja tiivistetysti ja kirjattu tieto on tarkoitettu toisten terveydenhuollon ammattilaisten ymmärrettäväksi. Käytetyn sanaston ja termien on oltava hyvin määriteltyjä väärinkäsitysten välttämiseksi. Toiminnan tai tavoitteiden mallintamisessa on otettava huomioon paitsi haluttu kuvauksen taso ja tarkkuus, myös se, minkä toimijan näkökulmasta sitä kuvataan. Sama prosessi voi näyttäytyä aivan erilaisena asiakkaan, työntekijän tai johdon näkökulmasta. (Vuokko Mäkeläinen Komulainen Meriläinen 2011 12).

Prosessijohtamisessa organisaatio toimii ja sitä johdetaan prosessien avulla. Prosesseilla on omistajat vastaamassa koko prosessien suorituskyvystä ja kehittämisestä. Yleensä organisaation pääprosessit ovat laajoja ja leikkaavat monen yksikön toimintaa. Puhtaasti prosessijohdetussa organisaatiossa ei ole funktionaalisia yksiköitä, vain verkosto erilaisia prosesseja, joiden omistajista koostuu yrityksen johto. Käytännössä sellaisen toteuttaminen on hankalaa, eikä sitä kirjallisuudessakaan suositella. Tavallisim-

min yritykset ovat säilyttäneet funktionaalisia yksiköitä tiettyjen osaamisten keskittyminä ja nimenneet prosessinomistajia koordinoimaan prosesseja. Monien ammattiryhmien työtehtävät ovat sellaisia, että he osallistuvat erilaisiin tehtäviin monissa eri prosesseissa niiden eri vaiheissa. Parhaiten puhdasoppinen prosessijohtaminen sopii toimintoihin, joissa asiat tapahtuvat aina hyvin täsmällisesti samassa järjestyksessä ja asiakas on mukana sekä alku- että lopputapahtumassa. (Lecklin 2006 124-129).

Verrattuna tulosjohtamiseen prosessijohtamisen etu on Laamasen mukaan se, että yksilöiden ja yksiköiden tavoitteiden ja keskinäisen kilpailuasetelman sijaan pyritään yhteistyöhön asiakkaan parhaaksi, asiakaslähtöisten prosessien toimivuuteen (2012 25). Yhteistyötä prosessin eri toimijayksiköiden välisissä rajapinnoissa painottaa myös Lecklin (2006). Yhden yksikön ponnistelut oman toimintansa parantamiseksi ovat vain hyödyttömiä osaoptimointia, jos ketjun seuraava yksikkö ei priorisoi kyseistä prosessia kovin korkealle prosessiin kuuluvien tehtävien siirtyessä yksiköltä toiselle. Yhteinen näkemys ja tavoitteet prosessien sujuvuudesta ovat oleellisia, samoin se, että joku on vastuussa kokonaisuudesta. (Lecklin 2006 125-126). Tavoite- ja tulosjohtamisessa tavoitteita ei yleensä kovin herkästi muuteta, vaikka tilanteet muuttuvat. Prosessijohtamisessa ideana on reagoida herkästi toimintaympäristön muutoksiin ja poikkeamiin prosesseissa. Toisaalta kehittämistoiminta on pitkäjänteisempää kuin muodikkaassa projektijohtamisessa. Ollaan kiinnostuneita toistuvista toiminnoista ja työntekijöiden rooleista niiden toteuttamisessa enemmän kuin kertaluonteisista tapahtumista ja yksilöistä niiden tekijöinä. Tavoitteena on toiminnan jatkuva kehittäminen, ei niin, että kun kuvaus on tehty, se voidaan "laittaa mappiin ja pyyhkäistä hiet otsalta." (Laamanen 2012 25-29, 45)

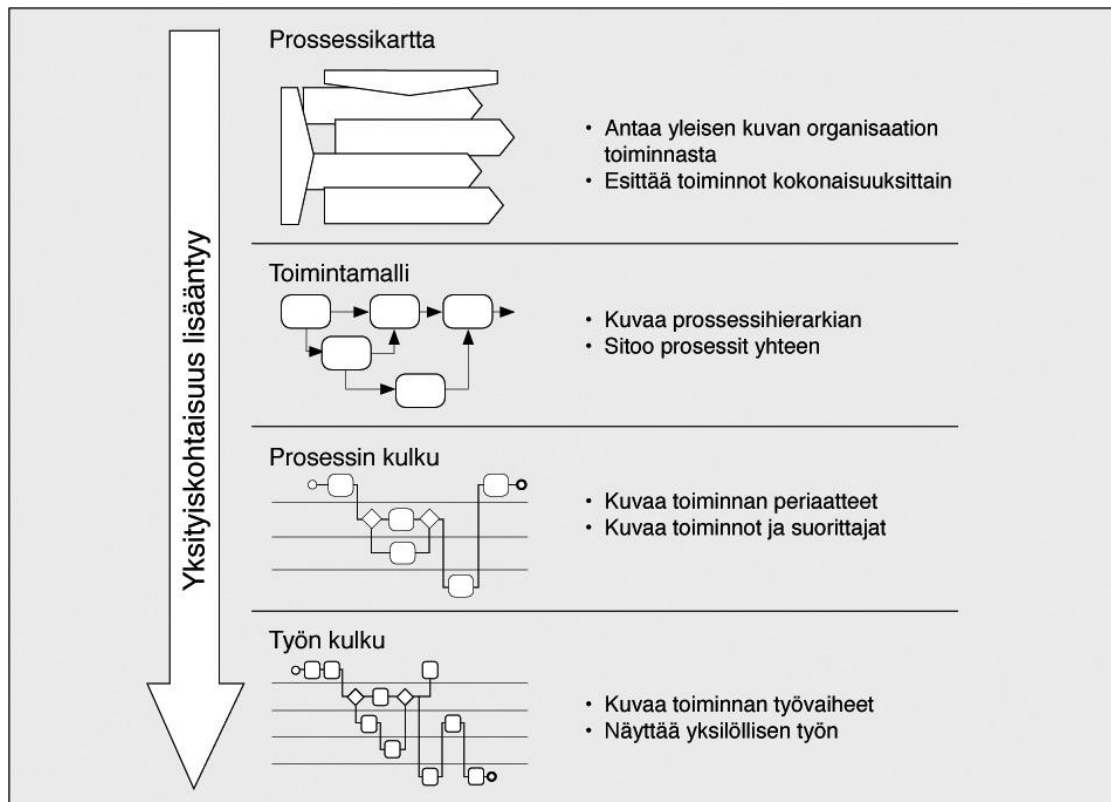
Mallintaminen on vain yksi vaihe ja kehitystä tapahtuu sen ajanakin. Prosessikuvauksesta tehdään useita versioita, joita kommentoivat sekä prosessin johtoryhmä että työntekijät. Näillä arviointikierroksilla tapahtuu paitsi kuvauksen hioutuminen kohde-ryhmiä palvelevammaksi, myös itse prosessiin voi ja kannattaa tehdä parannuksia tehtyjen huomioiden pohjalta. Ihmisten on myös helpompi sitoutua sellaiseen toimintaan, jota ovat itse olleet mukana suunnittelemassa. (Laamanen 2012 97-107).

Hieman ristiriitaisesti Laamanen toteaa aluksi, että prosessin kuvaaminen on johtajan tehtävä, jota ei kannata delegoida asiantuntijalle. Prosessin kuvaaminen auttaa kehittämään omaa ajatusta organisaation toiminnasta. Prosessiajattelun toteutumiseksi pidetään tärkeänä sitä, että johtajat itse ottavat prosessin omistajuuden. Vain heillä kat-

sotaan olevan riittävästi valtaa tarvittavien muutosten läpiviemiseen. (Laamanen 2012 82.) Myöhemmin hän kuitenkin mainitsee, että esimiehen työpanos tarvitaan esimiestyöhön ja vastuu prosessista kuuluu antaa siinä toimiville ihmisille. Jos esimies ja prosessin omistaja ovat sama henkilö, on tärkeää pitää nämä roolit erillään. Roolien tehtäväkuvauksissa näiden kahden toiminta suhteessa toisiinsa (esimies antaa palautetta prosessin omistajalle jne.) tuntuu huvittavalta jos ajatellaan, että kyseessä on sama henkilö. Eri organisaatioissa on tehty hyvin erilaisia ratkaisuja prosessien omistajuudesta. Toisaalta Laamanen suosittaa, ettei prosessin omistajalla olisi aktiivisen päätöksentekijän roolia ydinprosesseissa, tukiprosesseissa sen sijaan kyllä. Prosessinomistaja kehittää toimintaa ja luo edellytyksiä sen toteutumiselle, mikä kuulostaa hyvinkin johtamiselta. (Laamanen 2012 124-126).

2.3.2 JHS 152- suositus

Julkisten alojen tietohallinnon neuvottelukunta JUHTA on laatinut JHS 152-suosituksen prosessien kuvaamisesta. Suosituksen tarkoitus on yhdenmukaistaa ja selkeyttää prosessien kuvaamista julkishallinnon aloilla. Tarvetta yhdenmukaistamiseen perusteellaan sillä, että prosessikuvauksiin tutustuminen helpottuu samoin kuin yhteistyön suunnittelu ja toteuttaminen organisaation sisällä ja yli organisaatorajojen. Suosituksessa käytetyt kuvat ja symbolit noudattavat kansainvälistä OMG:n (Object Management Group) BPMN-määritystä (Business Process Modeling Notation) vähän sovellettuna. Sanallista kuvaustakin varten suositus sisältää liitetaulukot, mutta toisaalta suosituksessa kehoitetaan laatimaan sanallinen kuvaus organisaation tarpeen mukaan. (JHS 152 2012) Esimerkiksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yleisessä prosessikuvauksessa kaaviot on piirretty suosituksen mukaan, mutta sanallinen kuvaus on vapaata tekstiä (Vuokko, Mäkeläinen, Komulainen, Meriläinen 2011 27-31.) Valtioneuvoston prosessipankin kuvaukset ovat JHS-suosituksen mukaisia eri organisaatioiden prosessien vertailun helpottamiseksi.



Kuva 1 JHS 152 Prosessin kuvaustasot (JHS 152-suositus 2012 6)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tarvitaan uudenlaisia palveluita, joissa otetaan huomioon psyykkisesti oireilevan tai päihderiippuvaisen ikääntyneen asiakkaan sairauteen liittyvät ja myös ikäspesifit tarpeet. Tukea tarvitaan joustavasti sekä asumiseen ja elämänhallintaan että terveysongelmiin ja oireiden hallintaan. Asiakkaat ovat hyvin heterogeeninen joukko ja tarvitaan yksilöllisesti räätälöityjä palveluita. Useimmilla on myös somaattisia sairauksia ja toimintakyky on vaarassa laskea monestakin syystä. Miten sosiaali- ja terveystieteiden monipuolinen palvelukeskus yhteistyössä muiden toimijoiden (kotihoito, vanhuspsykiatrian konsultaatiopoliklinikka, sosiaali- ja lähityö) vastaa haasteeseen uudenlaisten välimuotoisten palveluiden tarpeesta? Miten tuetaan kotona asumisessa palvelujärjestelmän väliinpuotoajia, joille kotihoito ei voi tarjota heidän psyykkisten ongelmiansa edellyttämää apua mutta ympärivuorokautista hoitoa ei vielä tarvita? Miten tämä tehdään olemassa olevia resursseja järkevästi hyödyntäen? Aging-in-Place-ideologian mukaisesti pitäisi hyödyntää monipuolisen palvelukeskuksen maantieteellinen läheisyys ja sen tarjoamat erilaiset mahdollisuudet, palvelut ja työntekijöiden osaaminen. Strategia velvoittaa päällekkäisyyksien purkuun, palvelun tulisi toimia matalalla kynnyksellä ja

tulla asiakkaan luo tämän omaan ympäristöön. Asiakkaan osallisuutta ja toimijuutta halutaan tukea. Elämänlaadun lisäksi tavoitellaan säästöä, jota syntyy laitoshoidon lykkääntyessä.

Monipuolinen palvelukeskus kehitti toimintaansa ja monipuolisti palveluvalikoimaansa psykogeriatrisen tukiasuntopilotin avulla. Opinnäytetyön tekijä kuului pilotin työryhmään hoitotyön edustajana. Pilotissa oli tarkoitus luoda ja mallintaa uusi hoitotaso kotona kotihoitoon tuella asumisen ja palveluasumisen väliin. Mallintamisen oleellinen osa on prosessien kuvaus, joka on tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuote eli produkti. Kuvauksen pääasiallinen tarkoitus oli toiminnan mallintaminen sen esittelemistä ja mallin mahdollista muualla hyödyntämistä varten. Kuvaustyyppiä valittiin ”vähän paranneltu prosessi”, jossa kuvaukseen sisältyy pieniä parannuksia olemassa olevaan prosessiin. Prosessikuvauksen tekemiseen kuvaustyyppistä riippumatta kuuluu myös mahdollisuus puuttua prosesseista löydettyihin puutteellisuuksiin jo kuvauksen tekemisen edetessä. Sivutuotteena tapahtui toiminnan kehittämistä ja prosessin laadun hallintaa.

Eräänlaisena tutkimusongelmana voidaan pitää sitä, että tarvittiin prosessikuvaus uudenlaisen toiminnan mallintamiseksi. Kuvauksella ja sen tekemiseen liittyneellä kehittämistyöllä pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin, jotka edustavat mallintamisen tarpeita.

Tutkimuskysymyksiä ovat seuraavat:

Minkälaisia asiakkaita tukiasunnoissa voidaan hoitaa?

Miten prosessi toimii sen piiriin tulevan asiakkaan näkökulmasta?

Miten prosessi vastaa organisaation strategiaa ja tavoitteita?

Mitä kehitettävää prosessissa on ja miten toimitaan jatkossa toisin?

Miten prosessin laatu ja sen tavoitteiden toteutuminen voidaan todeta?

4 Tukiasuntopilotti

4.1 Toimintaympäristö ja tukiasuntopilotissa mukana olevat yksiköt

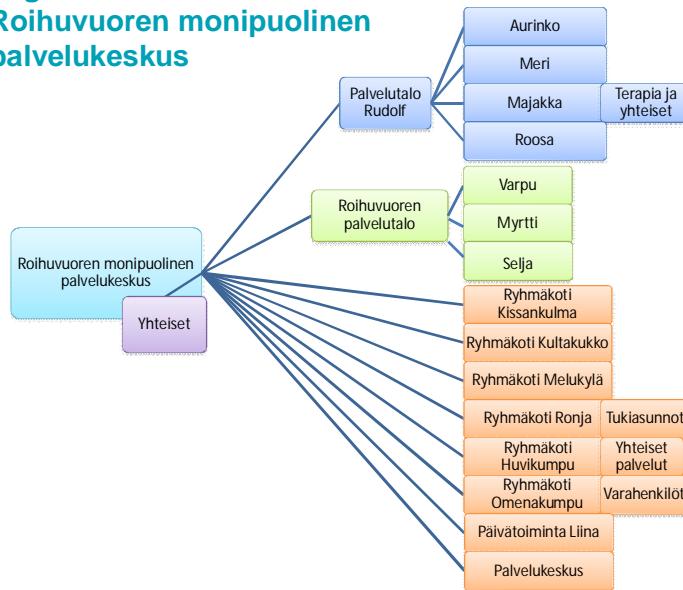
Roihuvuoren monipuoliseen palvelukeskukseen (ent. vanhustenkeskus) kuuluu viisi tehostetun palveluasumisen piiriin kuuluvaa ryhmäkotiä, arviointi- ja kuntoutusyksikkö, palvelukeskus ja päivätoimintaa. Ryhmäkoteista yksi on tarkoitettu liikuntaesteisille, yksi mielenterveysongelmallisille ja kolme muistisairaille. Yhdessä muistisairaiden ryhmäkodissa on lyhytaikaishoitoa tarjoava solu. Vanhustenkeskuksessa aloitettiin keväällä 2012 hanke, missä kehitetään ja pilotoidaan psykogeriatrasta asumiskuntoutusta psykogeriatrisen ryhmäkoti Ronjan, palvelukeskuksen, tilakeskuksen, vanhuspsykiatrian konsultaatiopoliklinikan ja kotihoidon yhteistyönä.

Psykogeriatrinen ryhmäkoti Ronja on 25-paikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö. Asuminen on pitkäaikaista ja hoito ympärivuorokautista. Asukkailla on psykiatrinen diagnoosi tai päihdetausta. Henkilökuntaan kuuluu lähi-, perus- ja mielenterveyshoitaja, sairaanhoitaja, sosiaaliohjaaja ja hoitoapulainen. Ryhmäkodilla on myös oma fyioterapeutti ja kaikkien ryhmäkotien kanssa yhteinen toimintaterapeutti. Osastonlääkärinä toimii monipuolisen palvelukeskuksen lääkäri. Vanhuspsykiatrian palvelut saadaan yleensä kaupungin konsultaatiopoliklinikalta.

Palvelukeskus tukee alueen kotona asuvien eläkeläisten henkisen, fyysisen ja sosiaalisen vireyden ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Retkien ja konserttien lisäksi palvelukeskuksessa on mahdollisuus osallistua erilaisiin kädentaito- ja liikuntaryhmiin. Kuntosalia voi käyttää itsenäisesti sovittuina aikoina. Palvelukeskuksen ohjaajilta saa neuvontaa Kelan tukien ja sosiaaliviraston palvelujen käyttöön sekä apua lomakkeiden täyttämiseen. Tarjolla on myös keskusteluapua mm. ikääntymiseen, alkoholiin, muistiin ja mielenterveyteen liittyvissä kysymyksissä. Palvelukeskuksessa toimii myös suljettuja mielenterveyttä tukevia ryhmiä. Sosiaaliohjaaja koordinoi koko vanhustenkeskuksen vapaaehtoistoimintaa.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja terveyskeskus yhdistyivät vuoden 2013 alussa. Organisaatiomuutos toi sen verran uutta, että Roihuvuoren monipuolisen vanhustenkeskuksen nimi vaihtui monipuoliseksi palvelukeskukseksi. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ryhmäkotien asukkaiksi ja tukiasuntojen sekä avopalveluiden asiakkaisiksi voidaan jatkossa ottaa myös alle 65-vuotiaita eläkeläisiä. Nimikkeissä pientä sekaannusta aiheutunee siitä, että talossa toimii jo ennestään edellä mainittu palvelukeskus. Organisaatiomuutoksen myötä monipuolisen palvelukeskuksen alaisuuteen liittyi kaksi fyysisesti kauempana sijaitsevaa palvelutaloa, Roihuvuoren palvelutalo ja Palvelutalo Rudolf. (Kuva 2)

Organisaatiokaavion luonnosta: Roihuvuoren monipuolinen palvelukeskus



Kuva 2 Roihuvuoren monipuolinen palvelukeskus

4.2 Pilotin tavoite

Pilotin keskeinen tavoite on uuden välimuotoisen psykogeriatrisen tuetun asumisen mallin kehittäminen kotona asumisen ja palveluasumisen väliin. Palvelun tavoitteena on tarjota räätälöityä tukea iäkkäille psykiatrian palveluja tarvitseville henkilöille ja mahdollistaa näin kotona asuminen. Asuminen vastaa käsitteellisesti Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyskuntoutujien asumispalveluluokituksessa lähinnä tuettua asumista, mutta koska kohderyhmänä ovat nimenomaan yli 65-vuotiaat mielenterveyskuntoutujat, tavoitteet ovat hiukan toisenlaiset kuin nuoremmilla. Tarkoitus ei ole kuntouttaa ketään työelämään tai opiskelemaan vaan selviytymään arjessaan kotona. Asuminen tukiasunnossa ei ole ajallisesti rajattua vaan voi olla pitkäaikaistakin. Ns. hitaat kuntoutujat voivat sairaalajakson jälkeen tarvita tuettua asumista jonkin aikaa, toisaalta pelkkä laitoshoitoon siirtymisen lykkäytyminenkin on taloudellisesti järkevää ja lisää asiakkaan elämisen laatua. Mahdollisia asiakkaita ovat myös omaishoitajahoidettava-pariskunnat, elämäntilanteesta johtuen kriisissä olevat ja eri syistä asunnottomaksi joutuneet henkilöt.

Tukiasunnot sijaitsevat Roihuvuoren monipuolisen palvelukeskuksen pihapiirissä sijaitsevassa kaupungin tilakeskuksen hallinnoimassa kerrostalossa. Asiakas saa tukea

arkensa sujumiseen psykogeriatrisesta ryhmäkoti Ronjasta ja palvelukeskuksesta. Tu- en muodot räätälöidään hyvin yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Asiakkaat ovat vuokrasuhteessa ja heidän on mahdollista saada Kelan asumistukea. Vuokrat ovat tasoltaan muiden kaupungin vuokra-asuntojen luokkaa. Työryhmän sosiaaliohjaajat auttavat asumistuen ja muiden sosiaalietuuksien hakemisessa. Ainakin pilotin aika- na monipuolisen palvelukeskuksen palvelut ovat asiakkaille maksuttomia, vain vuokra, ruoka ja lääkkeiden omavastuuosuus täytyy maksaa itse.

Uudessa 1.7.2013 voimaan tulleessa ns. vanhuspalvelulaissa korostetaan ympärivuorokautisissa palveluissa ennakoivaa toimintaa, yhteisöllisyyttä ja palvelujen kohdentamista normaalia elämää tukeviksi entistä yksilöllisemmin. Ensisijaisesti tuetaan asu- maan kotona. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelma 2014-2016 10). Van- huspalvelulain ajatus toteutuu pilotissa kirjaimellisesti niin, että ympärivuorokautisen hoidon yksikkö tukee asiakkaita kotona asumisessa.

Pilotin taustalla olleisiin ajatuksiin kuului palvelua osaltaan niitä lievästi ja keskivaikeasti masentuneita iäkkäitä, jotka kuormittavat päivystyspalveluita nimenomaan turvatto- muuden tunteensa ja ahdistuneisuutensa vuoksi. Somaattisia oireita valittava iäkäs ja monisairas potilas tutkitaan varmuuden vuoksi perusteellisesti ja pidetään tarkkailussa jonkin aikaa, vaikka tuntemukset joskus johtuvatkin psyykkisestä ahdingosta. Ruotsa- lainen turva-asuminen vastaa samoihin tarpeisiin, vaikka turva-asumisen määritelmäs- sä puhutaan vain turvattomuudesta ja levottomuudesta, ei diagnosoidusta masennuk- sesta tai muusta mielenterveyden häiriöstä (Välikangas 2009 19-22).

4.3 Vastuut

Monet tukiasuntoasiakkaiden tarpeista ovat sellaisia, joista perinteisesti on vastannut terveyskeskus, kotihoito tai ei kukaan. Pilotin aikana luodaan uutta mallia, missä ter- veydenhoitovastuu on monipuolisella palvelukeskuksella. Psykiatrin konsultaatiota saadaan tarvittaessa kaupungin psykiatriaosastolta apulaisylilääkäri Eeva Höltältä. Roihuvuoren monipuolisen palvelukeskuksen ryhmäkoti Ronja ja palvelukeskus toimi- vat pilotin asiakkaiden tukipisteinä. Ronjassa huolehditaan muun muassa asiakkaiden lääkehoidon toteutumisesta. Sosiaaliohjaajat vastaavat asiakkaiden sosiaaliseen hy- vinvointiin sekä arjen tukeen liittyvistä tarpeista yhteistyössä kotihoidon kanssa. Koti- hoidon rooliksi käytännön työnjaossa on muodostunut kotiin tuotavien palveluiden tar-

peenarviointi sekä tukipalveluista huolehtiminen. Tarkoituksena on tiivistää yhteistyötä kotihoidon kanssa.

4.4 Ohjausryhmä

Pilotille koottiin ohjausryhmä, joka kokoontui ensimmäisen kerran maaliskuussa 2012. Ohjausryhmän puheenjohtaja on Roihuvuoren monipuolisen palvelukeskuksen johtaja, Maritta Haavisto. Muita jäseniä ovat apulaisylilääkäri Eeva Hölttä kaupungin psykiatria-osaston konsultaatiopoliklinikalta, sosiaali- ja lähityön aluepäällikkö Riina Lilja, sosiaali- ja lähityön toimistopäällikkö Merja Etholen-Rönning, Ryhmäkoti Ronjan osastonhoitaja Anneli Noroma, Palvelukeskuksen vastaava ohjaaja Päivikki Paakkanen, Tilakeskuksen vuokrauspäällikkö Pirjo-Riitta Sihvonen. Huhtikuusta 2012 lähtien mukana on ollut myös kotihoidon edustaja: kaakkoisen kotihoitoyksikön kotihoitopäällikkö Jaana Nummijoki.

4.5 Tukiasuntopilotin projektiryhmä

Tukiasuntopilotin työryhmään kuuluvat ryhmäkoti Ronjasta sairaanhoitaja Maria Matilainen, lähihoitaja Saku Euren ja sosiaaliohjaaja Miia Turtainen. Palvelukeskuksen puolelta mukana oli aluksi sosiaaliohjaaja Maarit Ajalin ja lokakuun 2012 alusta lähtien sosiaaliohjaaja Virve Nordström. Hoitotyön edustusta haluttiin vahvistaa toiminnan turvaamiseksi vuorotyöstä ja lomista huolimatta, kesällä 2013 lähihoitaja Outi Hartosella. Myös molempien yksiköiden lähiesimiehet, ryhmäkodin osastonhoitaja Anneli Noroma ja palvelukeskuksen vastaava ohjaaja Päivikki Paakkanen ovat olleet tiiviisti mukana toiminnassa. Noroma lähti opintovapaalle kesällä 2013, hänen sijaisenaan toimii osastonhoitaja Raija Elf.

Tukiasuntotoiminnan ympärivuorokautisen luonteen vuoksi ryhmäkodin lähes kaikki työntekijät ovat vuorollaan mukana tukiasuntoasiakkaiden hoidossa ja palveluissa, projektiryhmän jäseniä ei luonnollisesti aina ole paikalla. Pilotin aikana he kuitenkin osallistuvat tukiasuntoasiakkaiden hoitoon aina työvuorossa ollessaan. He ovat parhaiten perillä tukiasuntoasiakkaiden voinnista ja eniten vastuussa heidän hoidostaan.

4.6 Vanhuspsykiatrian syventävä koulutus ja kehittämistehtävä

Työryhmän alkuperäisjäsenet esimiehiä lukuun ottamatta olivat vuoden 2012 kestävässä vanhuspsykiatrian syventävässä koulutuksessa, jossa yhtenä kouluttajista oli työryhmän konsultoiva vanhuspsykiatri Eeva Hölttä. Koulutukseen osallistumisen tarkoitus oli paitsi syventää psykogeriatrista osaamista ja tiivistää eri yksiköistä tulevaa työryhmää, myös tutustua kotikuntoutuksen näkökulmaan. Suurin osa koulutuksen muista osallistujista tuli kotihoidosta tai akuuttisairaaloista, joten näkökulma oli pitkälti asiakkaan selviytyminen kotona. Koulutukseen liittyi kehittämistehtävä, jossa työryhmän jäsenet esittelivät tukiasuntotoimintaa muille koulutukseen osallistuville. Matilaisen tekemän asiakasvalinnan prosessikuvauksen lisäksi toimintaa havainnollistettiin kehittämistehtävässä case-esimerkeillä. Ajalin teki seminaaria varten PowerPoint-tiivistelmän työstä, joka esitettiin yhdessä. Kehittämistehtävä löytyy entisen terveystieteiden intranetistä.

4.7 Pilotin eteneminen käytännössä

Pilotti on saanut alkunsa Helsingin kaupungin psykogeriatrisen hoidon tilaa arvioivassa työryhmässä vuoden 2011 syksyllä. Silloin ideointia valmisteltiin pienemmässä työryhmässä, johon kuuluivat silloinen kaupungin ylilääkäri Riitta Aejmelaeus, Eeva Hölttä sekä Maritta Haavisto. Työryhmän pohdinnan mukaan kaupungissa on tarvetta välimuotoisille asumisratkaisuille. Psykogeriatrista hoitoa tarvitsevia helsinkiläisiä, jotka hyötyisivät välimuotoisista asumispalveluista, oli ryhmän käsityksen mukaan erityisesti Hus vanhuspsykiatrian osastoilta Suursuon osastolle 23 siirtyneiden keskuudessa. Myös avun tarpeessa olevia pariskuntia, joissa toinen puoliso on omaishoitajana, oli paljon.

Pilotista kerrottiin ryhmäkoti Ronjan henkilökunnalle ensimmäisen kerran kehittämissäpäivässä marraskuussa 2011. Henkilökunta suhtautui uuteen toimintaan myönteisesti, osa toi esiin kysymyksen resurssien riittävydestä. Kehittämissäpäivässä mukana ollut Haavisto kertoi että varahenkilöstöä saa tarpeen tullen käyttää paikkaamaan ryhmäkodin henkilökunnan työskentelyä pilotin parissa. Tuolloin muuta lisäresurssia ei ollut tiedossa.

Työryhmän ensimmäinen tukiasuntopilotin suunnittelukokous pidettiin maaliskuussa 2012. Ensimmäinen asunto pilotin käyttöön vapautui huhtikuussa ja ensimmäinen asiakas muutti siihen toukokuussa. Kesäkuussa 2012 saatiin toinen asunto ja asiakas, syyskuussa kolmas asunto johon muutti pariskunta. Samoihin aikoihin, pilotin käynnistettyä kunnolla, palvelukeskukseen saatiin yksi sosiaaliohjaajan vakanssi lisää. Joulukuussa ensimmäiseltä asiakkaalta vapautuneeseen asuntoon muutti uusi asiakas. Helmikuussa 2013 tulivat neljäs ja toukokuussa viides asiakas, sitä mukaa kuin asuntoja talossa vapautui pilotin käyttöön ja sopivia asiakkaita löytyi. Asuntojen lopulliseksi määräksi on kaavailtu kuutta, kuudes asunto on saatu ja siihen etsitään seitsemättä asiakasta asumaan loppusyksystä 2013. Pilotin ensimmäinen asiakas ei pystynytään lopulta asumaan tukiasunnossa mutta toisaalta hänen kanssaan opittiin paljon. Monenlaisia tukimuotoja päästiin kokeilemaan käytännössä, koska asiakas oli erittäin tarvitseva ja jälkiviisaasti pystyttiin täsmentämään asiakasvalinnan kriteerejä. Asiakas päätyi takaisin arviointiosastolle ja sieltä ryhmäkoti Ronjan asukkaaksi, jonne hän soveltuu paremmin.

4.8 Tuetun asumisen prosessikuvaus

Prosessikuvauksen alustava versio piti laatia pikaisesti työelämän tarpeesta. Kuvausta ja sen uusia versioita kommentoitiin moneen kertaan työntekijöiden, esimiesten ja ohjausryhmän toimesta ja muutettiin tehtyjen huomioiden mukaan. Myös itse toimintaan tehdyt muutokset kirjattiin seuraaviin kuvauksiin. Osa kehittämiskohteista huomattiin myös prosessikuvauksista ja niiden tekemiseen liittyneissä keskusteluissa. (Työn eteneminen taulukossa sivulla 32.) Iteroidun asiasisällön pohjalta laadittiin lopulta kaksi erilaista prosessikuvausehdotusta, joista työn tilaaja (prosessin omistaja) sai valita tarkoitukseen sopivamman, jota muokattiin vielä toiveiden mukaan.

4.8.1 Alustava prosessikuvaus

Laadin ensiavuksi puhtaasti tekstimuotoisen prosessikuvauksen käytännön tiedon, työryhmän ja ohjausryhmän kokouspöytäkirjojen ja niukan lähdekirjallisuuden avulla. Yhteistyökumppaneita (SAS-sijoittajat, arviointi- ja kuntoutusyksiköt) kiinnostava asia oli minkälaisia asiakkaita pystymme hoitamaan ja miten tukiasuntoon pääsee asumaan. Asiakkuuden kriteerien ja asiakasvalinnan prosessin sanallisen kuvaamisen

lisäksi dokumentissa kerrottiin lyhyesti pilotin taustasta ja toimintaympäristöstä ja lueltiin hyvinkin tarkkaan palvelukeskuksen ja ryhmäkodin henkilökunnan tehtäviä ja työnjakoa tukiasuntoasiakkaiden parissa.

4.8.2 Prosessikuvaustyön eteneminen

Opinnäytetyön tarkoituksiksi täsmentyi parantaa ja laajentaa olemassa olevaa, karkeaa luonnosta prosessikuvauksesta vastaamaan paremmin tilaajien (johto ja yhteistyökumppanit) tarpeita saadun palautteen pohjalta. Uudessa prosessikuvauksessa käytettiin myös laajemmin hyväksi teoreettista viitekehystä prosessien mallintamisesta ja tutkimustietoa vastaavanlaisten asumispalveluiden toteutuksesta muualla.

Parannetulle versiolle oli olemassa todellinen tarve ja tilaus päätellen alustavien versioiden saamasta runsaasta palautteesta ohjausryhmän kokouksessa ja vanhuspsykiatrian syventävän koulutuksen seminaarissa. Opinnäytetyö koostuu prosessien kuvauksesta ja sen tekemisen raportoinnista.

Sote-uudistuksen myötä monipuolisen palvelukeskuksen johtajan vastuualue ja työ määrä on kasvanut entisestäänkin paljon ja hänen alaisuuteensa on tullut lisää yksiköitä. Konsultoin häntä kuitenkin mahdollisuuksien mukaan. Alustava prosessikuvaus kävi hänen kommentoitavanaan useita kierroksia ja ohjausryhmässä kerran. Johtaja on tutustunut ensimmäiseen prosessikuvauksen tekstiin yksin ja ohjausryhmän kanssa. Työryhmän kanssa vaihdettiin myös ajatuksia jatkuvasti. Koska prosessikuvauksen on tarkoitus osaltaan ohjata toimintaa jatkossa, on tärkeää, että se on sellainen johon työryhmä voi sitoutua.

Eräässä opinnäytteeseen liittyvässä tapaamisessa joulukuussa 2012 kirjattiin muistiin ”Prosessinkuvaus kertoo mahdollisimman tarkkaan prosesseista ottamatta kantaa siihen ovatko itse prosessit onnistuneita. Kuvauksen hyvyys riippuu siitä, vastaako se tilaajan tarpeita ja toiveita ja käytetäänkö sitä jatkossa.” Ehkä näin, mutta näin kuvaus on kuitenkin myös toiminnan kehittämisen apuväline. Prosessissa kiinnostava asia on myös sen suorituskyky ja suorituskyvyn mittaaminen. Laamasen (2012 286) mukaan prosessin suunnittelu päättyy siihen, kun se on ensimmäisen kerran auditoitu. Yhteistyössä työryhmän ja johdon kanssa voisi laatia ainakin ehdotukset mittaamisesta ja

auditoinnista. Mahdolliset mittarit löytyisivät strategiasta ja tuloskortista, toteutuvatko prosessissa strategia ja toimintaperiaatteet?

Hoitotyön ja ryhmäkodin osalta tunnen prosessit hyvin omakohtaisesta kokemuksesta, sosiaaliohjaajien ja palvelukeskuksen näkökulmaa syvensin konsultoimalla työryhmän jäsenistä palvelukeskuksen sosiaaliohjaajaa toukokuussa 2013. Kuten alustavasta prosessikuvauksesta näkyy (Käytännön työjako-kappale, liitteessä 2) luetellut tehtävät painottuvat kovasti ryhmäkodin ja hoitotyön toimintaan. Toisaalta pilotin alkuvaiheessa, ensimmäisten asiakkaiden kanssa sosiaaliohjauksen ja palvelukeskuksen rooli oli pienempi. Prosessikuvaukseen tarvittavia taustatietoja ja täsmennystä kuvauksen tarkoitukseen hain konsultoimalla monipuolisen palvelukeskuksen johtajaa huhtikuussa 2013. Selvitin hänen ajatuksiaan mm. prosessin omistajuudesta ja kuvauksen käyttötarkoituksesta. Tarvittiinko pikkutarkkaa, täsmällistä tietoa osaprosesseista toiminnan kehittämistä varten? Vai oliko tavoitteena toiminnan mallintaminen, jolloin pyritään selkeyteen ja yleistettävyyteen? Haluttiinko prosesseista löytää tuloskortin mittareita, joita seurata? Tullaanko toimintaa auditoimaan?

4.8.3 Aikataulu ja työryhmän työskentely

Tein suunnitelmieni mukaisesti konsultaatiohaastattelut työryhmän jäsenelle ja johtajalle huhti-toukokuun 2013 aikana. Vahvistin myös teoreettista viitekehystä jatkamalla kirjallisuuteen perehtymistä siinä ohessa. Prosessikuvauksen laatiminen venyi syksylle, työryhmä kokoontui lomien vuoksi harvakseltaan. Työryhmältä hain hyväksyntää ja korjausehdotuksia kuvauksen asiasisältöön, he tutustuivat myös kuvalliseen (JHS 152) esitykseen ja pitivät sitä selkeänä. Useimmissa työryhmän kokouksissa toimin sihteerinä ja merkitsin kokouksen pöytäkirjaan prosessin kehittämiseen ja kuvaamiseen liittyvät asiat käydyn keskustelun tulosten verifioimiseksi. Pöytäkirjat hyväksyi esimies tai joku muu kokouksessa mukana ollut. Päädyin laatimaan kaksi ehdotusta prosessikuvauksesta ohjausryhmän puheenjohtajalle esiteltäväksi. Prosessikuvauksen luonteeseen kuuluu iterointi, eli kuvauksen muokkaaminen useita kertoja ennen lopullista versiota saadun palautteen perusteella. Työryhmältä ja ohjausryhmältä, erityisesti Maritta Haavistolta saadun palautteen jälkeen tein vielä toivotut korjaukset. Lopullisen työn tekemisen raportointi ja itse produktin viimeistely menivät osittain päällekkäin syksyllä.

Prosessikuvauksen eteneminen
Alustava prosessikuvaus, jossa lähiesimiehen kommentit huomioitu, esitettiin ryhmäkodin kehittämispäivässä 11/2012.
Seuraava versio (johtajan ja työntekijöiden kommentit huomioitu) ohjausryhmässä ja vanhuspsykiatrian syventävän koulutuksen seminaarissa 12/2012. Vapsy-seminaarissa myös case-kuvaus asiakkaasta. Opinnäytetyösuunnitelma valmis, kirjallisuuteen perehtyminen jatkuu.
Ohjausryhmän kommentit huomioitu prosessikuvauksessa 3/2013.
Monipuolisen palvelukeskuksen johtajan konsultaatio I 4/2013. Täsmennettiin kuvauksen tarkoitusta, valittiin tyypiksi "vähän parannettu prosessi" ja käytiin läpi prosessin perustietoja.
Työryhmässä käsiteltiin prosessin mahdollisia puutteita ja päällekkäisyyksiä. Samasta teemasta jatkettiin palvelukeskuksen sosiaaliohjaajan konsultaatiohaastattelussa 5/2013, selvitettiin samalla tarkemmin sosiaaliohjaajan ja palvelukeskuksen osuutta prosessissa.
Uusia käytäntöjä mietittiin ja otettiin työryhmässä käyttöön havaittujen tarpeiden pohjalta. Ohjausryhmän toiveesta ja myös Gerontologia-päiviä (6/2013) varten selvitettiin vaikuttavuutta ja kustannuksia. Teoreettinen viitekehys valmis.
Uusi strategiasuunnitelma ja tulokortti julkaistiin kesällä 2013. Ohjausryhmän toiveesta päivitettiin prosessikuvausta nämä huomioiden.
Kaksi erilaista prosessikuvausta laadittiin kommentoitaviksi syksyllä 2013. Sisältöä ja JHS-mallista myös muotoa kommentoitu työryhmässä, kommentit huomioitiin.
Monipuolisen palvelukeskuksen johtajan konsultaatio II 11/2013. Tapaamisessa valittiin JHS 152 - mallin mukainen prosessikuvaus ja sovittiin toivotuista muutoksista siihen.
Prosessikuvaus valmis, raportoinnin viimeistely 11-12/2013.

Taulukko 1

4.8.4 Prosessin omistajan konsultaatiot

Konsultoin monipuolisen palvelukeskuksen johtajaa, pilotin ohjausryhmän puheenjohtaja Maritta Haavistoa kahdesti. Kysyin ensimmäisessä haastattelussa häneltä mm. prosessin perustietoihin liittyviä asioita ja täsmennystä kuvauksen käyttötarkoitukseen. Kävimme läpi kysymyksiä mm. prosessin omistajuudesta, syötteistä ja tuotteista. Käytän Haavistosta jossain yhteydessä nimitystä prosessin omistaja, koska siihen hän päätyi, jos omistajaksi pitää joku henkilö nimetä. Myös Laamanen suosittelee prosessin omistajaksi organisaation johtajaa.

Syksyn 2013 tapaamisessa olin lähettänyt Haavistolle etukäteen kaksi ehdotusta prosessikuvaukseksi. Toinen oli tehty mahdollisimman tarkkaan JHS 152-suosituksen mukaiseksi (korjattu versio sivuilla 37-40) ja toinen entisen sosiaaliviraston Vanhusten vastuualueen prosessikuvauskäytäntöä mukailevaksi (liite 1). Haavisto oli kevään kon-

sultaatiohaastattelussa näyttänyt ”Vavan mallilla” tehdyn prosessikuvauksen esimerkkinä onnistuneesta prosessikuvauksesta.

Syksyn tapaamisessa kuvausten käyttökelpoisuudesta, Vavan mallia mukailevasta (liite1) todettiin, että se kuvaa myös pilotin kehityskaarta ja sen pitäisi kuvata tapahtunutta kehitystä ja tehtyjä muutoksia pilotin alusta asti, ei vain opinnäytetyön tekemisen ajalta. Mallina käytetty asiakirja oli osittain myös erään kehittämisprojektin (yhteisökoukset psykiatrialisella osastolla Kustaankartanossa) loppuraportti, mikä selittää sen, että siinä oli sekä kuvaus yhteisökokouksen prosessista että kuvausta kokousprosessin kehittämisestä.

Tiettyihin termeihin ja sanavalintoihin Haavisto tarttui mm. toisen henkilön konsultatiohaastattelusta tullut ja työryhmän hyväksymä ilmaus ”aikuisen ihmisen elämää”. Sitä aikuinen ihminen elää laitoksessakin. Asia (mahdollisimman itsenäinen elämä tukiasunnossa) tuli ilmaista jotenkin muuten.

Prosessikuvauskirjallisuudessa ja suosituksissa ohjeistetaan kuvaamaan eri toimijoiden tehtävät erikseen ja resursseja pidetään olennaisen tärkeänä osana prosessikuvausta. Haavisto halusi kuitenkin, että myös työntekijöiden toimintaa kuvataan mahdollisuuksien mukaan asiakaslähtöisesti, mitä asiakas saa tai tekee. Ryhmäkodin tehtäviin ei siis kuulu esim. ”saunotus”, vaan toiminto on saunominen tai asiakas pääsee saunaan tai saa apua hygienian hoidossa. Ajatus on hoitoalalla melko tuttu hyvän kirjaamisen kriteeri.

Ensimmäisissä prosessikuvausversioissa eri yksiköiden ja ammattiryhmien toiminnot oli kuvattu hyvinkin yksityiskohtaisesti, ne olisi voinut liittää työohjeina uusimpaankin prosessikuvaukseen. Pikkutarkka kuvaus ei kuitenkaan sovellu mallintamiseen, jossa kaivataan selkeyttä. Kuvauksen varhaisissa versioissa se palveli tarkoitustaan toiminnan kehittämisessä, yksityiskohtainen tieto prosesseista voidaan hyödyntää myös pilotin loppuraportissa.

Prosessinomistaja päätyi siihen, että hänellä on eniten käyttöä JHS-malliselle prosessikuvaukselle (korjattu versio sivuilla 37-40), joka kertoo tuetun asumisen prosessista sen piiriin tulevan asiakkaan kannalta. Pilotin kehittämisprosessi ja tapahtuneen kehityksen yksityiskohdat hyödynnetään pilotin loppuraportissa. Prosessikuvausta käyte-

tään toiminnan esittelemiseen yleensä ja erityisesti tulossa olevassa kokouksessa, jossa pyritään vahvistamaan tukiasuntotoiminnan jatkuminen pilotin jälkeen.

Asiakkuuden päättymisen prosessiin toivottiin lisättävän mahdolliseksi päättymisen syyksi asiakkaan kuolema. Pohdittiin sellaista mahdollisuutta, että jos asiakas kuntoutuu niin, ettei tarvitse työryhmän apua, hän voisi jäädä asuntoon. Asunto siirtyisi takaisin Tilakeskuksen haltuun tavalliseksi vuokra-asunnoksi ja monipuolinen palvelukeskus saisi seuraavan taloyhtiöstä vapautuvan asunnon käyttöönsä. Ehdotus tästä voisi näkyä myös prosessikuvauksessa.

Toimintaa kuvaavaksi termiksi vahvistui tuettu asuminen, aiemmin oli suositeltu käyttämään sanaa asumiskuntoutus.

Keskustelun aikana merkitsin muistiin tulostettuihin prosessikuvauksiin toivotut korjaukset. Kirjasin yhteenvedon keskustelusta mahdollisimman pian samana päivänä ja lähetin sen haastatellulle hyväksyttäväksi, kuten myös korjatun prosessikuvauksen. Tapaamisessa keskusteltiin myös pilotin yksittäisistä asiakkaista ja muusta pilottiin liittyvästä, mutta kirjasin lähinnä prosessikuvaukseen ja opinnäytetyöhön liittyvät asiat.

4.8.5 Prosessikuvausten hyödynnettävyys

Prosessikuvaustekstiä on hyödynnetty laajasti jo varhaisista versioista. Niitä on käytetty mm. tukiasuntotoiminnan esittelyyn Helsingin kaupungin verkkosivuilla ja intranetissä ja osana työryhmän kehittämistehtävää vanhuspsykiatrian syventävässä koulutuksessa. Työryhmä on muokannut tekstin pohjalta tukiasuntopilotin esitteen. Sivutuotteena syntyi myös abstrakti monipuolisen palvelukeskuksen johtajan käyttöön Gerontologia-päiville ehdotettavaksi. Ryhmäkodin osastonhoitaja esitteli tukiasuntotoimintaa tapahtumassa kesäkuussa 2013. Hän muokkasi esityksensä prosessikuvausmateriaalin pohjalta. Selvitin hänen esitystään varten toiminnan vaikuttavuuteen, lähinnä kustannussäästöön liittyviä seikkoja ja lähetin työni tulokset hänelle ennen esitystä siinä hyödynnettäväksi. Tässä mielessä tavoite työn hyödynnettävyydestä ja käytöstä jatkossa on toteutunut hyvin.

4.8.6 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu tuotteesta eli produktista ja sen tekemisen raportoinnista. Mahdollisessa tutkimuksellisessa osiossa kerätään ja tulkitaan produktin tekemisessä tarvittavaa tietoa selvityksellä (esim. asiakaskysely), joka toteutetaan tutkimuksellisia menetelmiä käyttäen. Pakollista tutkimuksellisten menetelmien käyttäminen ei kuitenkaan ole. Oleellista on se, että käytetään tarkoituksenmukaisia menetelmiä, joilla saadaan juuri se tieto jota tarvitaan mahdollisimman hyvän lopputuloksen saavuttamiseksi. (Vilkkä, Airaksinen 2003 56,58)

Asiantuntijakonsultaatioita voidaan käyttää tiedon keräämisessä. Haastatteluissa saatua tietoa käytetään kuten lähdeaineistoa päättelyn tukena ja teoretiedon syventämisessä. Konsultaatiot ilmoitetaan raporttiosuudessa, kuten kirjalliset lähteetkin, ja ne lisäävät teoreettisen osuuden luotettavuutta. (Vilkkä, Airaksinen 2003:56,58.) Opinnäytetyön tekijän oman tieteenalan asiantuntijuus näkyy teoreettisen viitekehyksen luomisessa ja hyödyntämisessä, lähdekritiikissä ja tehtyjen ratkaisujen perustelemissä ja produktin itsearvioinnissa. Opinnäytetyön kirjallinen raportointi on tieteellistä kirjoittamista. (Vilkkä 2010 2.) Tuotteen onnistuneisuutta kuvaa myös toimeksiantajan (työelämän edustaja) tyytyväisyys tuotteeseen, sen toimivuus käytännössä ja käytetäänkö sitä jatkossa. Toiminnalliset opinnäytteet ovat tarkoituksenmukaisimpia työelämälähtöisinä, kun niillä on käytännön tarkoitus ja tarvitsija.

4.8.7 Eettiset kysymykset

Kyseessä on organisaation toiminnan kehittäminen ja prosessikuvaus tulee sen omaan käyttöön. Olen rajannut työn niin, ettei siinä käsitellä yksittäisten asiakkaiden saamaa palvelua eikä käytetty potilasasiakirjoja tiedon hankkimisessa. Käyttämästäni organisaation kirjallisesta materiaalista kokouspöytäkirjat ovat kenen tahansa Helsingin kaupungin työntekijän luettavissa työasemilla ja Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen strategialaisten puolesta on aivan julkista tietoa kenelle tahansa. Luetin tekstin vielä esimiehillä ja oppilaitoksen edustajilla sen varmistamiseksi, ettei siinä heidänkään mielestään ole mitään arkaluontoista tietoa.

Konsultaatiohaastatteluissa yleistä ideaa lähestyttiin joskus yksittäisen tapauksen kautta, haastatteluista tehdyissä yhteenvedoista jätin nämä yksittäisiä asiakkaita koskevat

pohdinnat pois ja kuvasin asian yleisemmällä tasolla. Lähetin yhteenvedot haastatelluille mahdollisimman pian haastattelun jälkeen kommentoitaviksi varmistaakseni sen, että olin ymmärtänyt heidän tarkoituksensa oikein. Haastattelumateriaali koostuu haastattelujen aikana tekemistäni muistiinpanoista, joiden tuella tein tapaamisista kirjalliset yhteenvedot.

5 Tulokset

5.1 Minkälaisia asiakkaita tukiasunnoissa voidaan hoitaa?

Asiakkuuden kriteereitä hahmoteltiin jo toimintaa suunniteltaessa. Toiminta on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat asumiseensa tukea mielenterveydellisistä syistä enemmän kuin kotihoito voi tarjota. Muistisairaat oli jo alustavasti rajattu pois, koska he eivät pysty noudattamaan sovittuja sääntöjä ja tulemaan itsenäisesti sovittuihin tapaamisiin. Matka varrella kriteeriä täsmennettiin niin, että asiakkaan on oltava myös orientoitunut aikaan ja paikkaan. Ilman muistisairausdiagnoosiakin voi olla, että asiakas ei pysty hahmottamaan vuorokaudenaikaa tai ympäristöään. Asiakkaiksi tarjottiin ympäristöään voimakkaasti häiritsevää ja toisaalta läheisväkivallasta kärsiviä henkilöitä. Heistä todettiin, että naapuritalosta käsin ei jatkuva valvonta tai suojeleminen onnistu. Ensimmäisen asiakkaan kohdalla huomattiin myös fyysinen kulkeminen asunnolta ryhmäkotiin liian vaativaksi. Molemmissa rakennuksissa on hissit, mutta asuintalon painava ulko-ovi ja ovikoodi sekä ryhmäkodin ovisummerin painaminen vaativat jossain määrin voimaa ja näppäryyttä. Yllättävän vaikeaksi osoittautui kotioven avaaminen avaimella. Asiakas oli suhteellisen vähän aikaa sitten asunut kotona, mutta jäi toistuvasti rappukäytävään, koska ei saanut ovea auki. Jos avaimen käytön vaikeus olisi ollut ainoa ongelma, jokin tekninen ratkaisu siihen olisi varmasti löytynyt, mutta asiakas oli liian sairas pärjätäkseen tukiasunnossa.

Alkuperäinen ajatus oli tukea nimenomaan psyykkisesti sairaita, esimerkiksi masentuneita tai psykoottisesti oireilevia ikäihmisiä kotona asumisessa. Päihderiippuvaiset asiakkaat tulivat mukaan kuvaan matkan varrella. Ohjausryhmän aloitteesta heidät lisättiin pilotista kertovaan materiaaliin ja suuri osa asiakkaiksi tarjotuista onkin sittemmin ollut päihdetaustaisia. Tukiasunnossa on kuitenkin pystyttävä hallitsemaan päihteidenkäyttöä niin, että asunnossa ei juoda eikä siellä oleskele päihtyneitä ulkopuolisia. Tähän sitoutuminen voi olla vaikeaa ja siksi asiakkaan motivaatio ei ole itsestäänselvyys. Käy-

tännön tarpeesta laadittiin asumisen säännöt, jotka asiakkaan on allekirjoituksellaan hyväksyttävä jo asumisen alkaessa.

Kriteerit Roihuvuoren tukiasuntoihin pääsemiseksi

1. Asiakas tarvitsee kotona pärjäämiseensä sellaista tukea, mitä kotihoito ei yksin pysty järjestämään nimenomaan mielenterveysongelmien ja/tai päihderiippuvuuden vuoksi.
2. Asiakas on motivoitunut suhteelliseen itsenäiseen asumiseen tukiasunnoissa ja kykenee sitoutumaan asumistaan ja hoitoaan koskeviin sopimuksiin.
3. Asiakas pystyy asioimaan palvelukeskuksessa ja ryhmäkodissa naapuritalosta käsin. (Molemmissa rakennuksissa on hissit, mutta asuintalon painava ulko-ovi, ovikoodi ja monipuolisen palvelukeskuksen ovisummeri tekevät liikkumisesta vaikeaa liikuntaesteiselle.)
4. Edellisiin kohtiin liittyen asiakkaalla ei ole muistisairautta ja hän on orientoitunut aikaan ja paikkaan. (Omaishoitajan kanssa asuva asiakas voi olla muistisairas-kin.)
5. Asiakas ei tarvitse jatkuvaa valvontaa tai suojelua oman oireilunsa tai esim. läheisväkivallan vuoksi.
6. Asiakas pystyy hoitamaan osan yhteydenpidosta puhelimella.

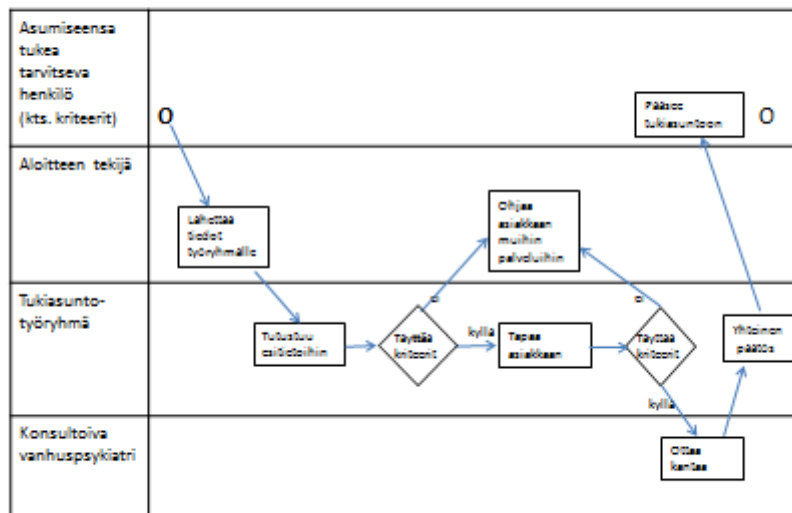
5.2 Miten prosessi toimii sen piiriin tulevan asiakkaan näkökulmasta?

Prosessi on kuvattu opinnäytetyössä tasoilla toimintamalli ja prosessin kulku. Prosessikartta edustaa lähinnä organisaatiokaavio, jollainen on jo olemassa. Monipuolisessa palvelukeskuksessa yksiköt pääsääntöisesti edustavat prosesseja, esim. päivätoiminnassa on päivätoimintaa ja muistisairaiden ryhmäkodissa tehostettua palveluasumista muistisairaille, jolloin organisaatiokartta on myös prosessikartta. Poikkeuksen muodos-

tavat tukiasunnot, joista vastaavat palvelukeskus ja psykogeriatrinen ryhmäkoti yhdessä.

Tuetun asumisen prosessi on jaettu asiakasvalinnan, itse tuetun asumisen ja asiakkuuden päättymisen osaprosesseihin. Viimeksi mainitun kuvasin toimintamallina asian yksinkertaisuuden ja selkeyden vuoksi.

Asiakasvalinnan prosessi



Asiakasvalinnan prosessi

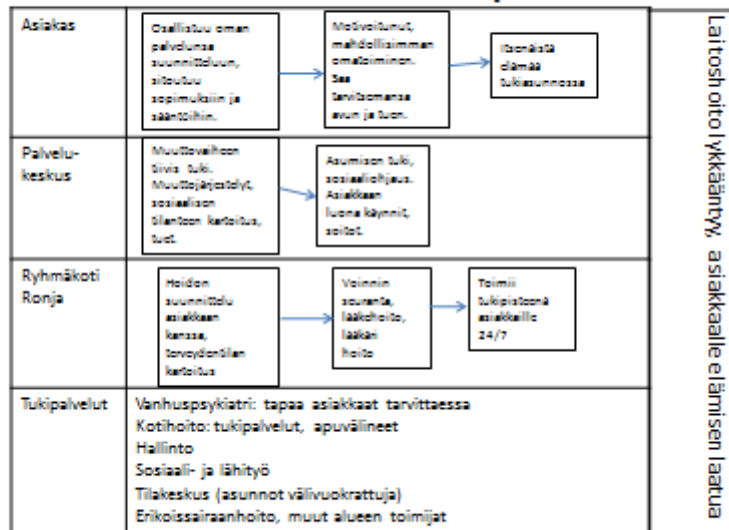
Tiedot asiakkuuden kriteerit täyttävästä henkilöstä lähetetään työryhmän* sosiaalihojajalle palvelukeskukseen. Tarvittavat esitiedot ovat epikriisi, lääkitystiedot, nykyisestä olinpaikasta riippuen päivittäistä kirjaamista, RaVa, MMSE, mahdollisia muita tehtyjä testejä ja tietoa asiakkaan taloudellisesta tilanteesta (esim. edunvalvojasta). Viimeksi mainittu ei vaikuta valitukseksi tulemiseen, mutta helpottaa sosiaalihojajaan työtä, joka alkaa heti ensitapaamisesta jos asiakas todetaan soveltuvaksi.

Työryhmä tutustuu esitietoihin. Jos niistä ei ilmene mitään estettä asiakkuudelle kuten muistisairaus, työryhmän edustajat palvelukeskuksesta ja ryhmäkodista tapaavat ehdotetun asiakkaan. Jos asiakas on motivoitunut, käydään läpi asumisen idea ja säännöt. Asiakas allekirjoittaa mm. asumisen säännöt ja Navitas-luvan ennen asiakkuuden alkua tai heti sen alussa. Tulevaa yhteistyötä suunnitellaan yhteistyössä asiakkaan kanssa, palvelu räätälöidään yksilöllisesti. Millaista asumisen tukea hän tarvitsee sosi-

aaliohjaajalta ja minkäläistä hoitoa ryhmäkodista? Työryhmä konsultoi vielä vanhuspsykiatria ja tekee lopullisen päätöksen asiakkuudesta yhteistyössä hänen kanssaan.

*Tukiasuntotyöryhmään kuuluu palvelukeskuksesta sosiaaliohjaaja, ryhmäkodista sairaanhoitaja, kaksi hoitajaa ja sosiaaliohjaaja.

Tuetun asumisen prosessi



Strategiset tavoitteet asiakaslähtöisyys, räätälöidyt palvelut, kotona asumisen tukeminen ja asiakasmäärien lisääminen. Laadun varmistus työryhmä, ohjausryhmä, RAI-arviointit.

Tuetun asumisen prosessi

Asiakkuuden alussa

Kun asiakkuuden alkamisesta on sovittu, alkavat muuttovalmistelut. Asiakas on keskeisessä asemassa suunnittelemassa omaa palvelukokonaisuuttaan. On ensiarvoisen tärkeää, että hän on aidosti motivoitunut suhteellisen itsenäiseen asumiseen ja pystyy noudattamaan työryhmän kanssa tekemiään sopimuksia (asumisen säännöt, sovitut tapaamiset jne).

Asiakas saa asumisen tuen arkipäivisin palvelukeskuksesta. Tuki on erityisen tiivistä muuttovaiheessa. Kartoitetaan asiakkaan taloudellinen tilanne. Haetaan tarvittavia tukia ja hankitaan mahdolliset maksusitoumukset huonekaluja ym. varten. Sosiaalinen verkosto (omaiset, ystävät) kartoitetaan ja suhteita pyritään elvyttämään. Asiakkaan tullessa asunnon on jo oltava tarpeeksi siisti ja varustettu mukavaan ja turvalliseen asumiseen. Sosiaaliohjaaja hoitaa muuttojärjestelyjä yhteistyössä asiakkaan kanssa.

Masentunutkin asiakas osallistuu voimiensa mukaan, vaikka sitten ”laatikko kerrallaan”. Asiakkaalle etsitään mielekästä tekemistä mm. palvelukeskuksesta ja tutustutaan lähiympäristöön.

Ronjassa kartoitetaan asiakkaan terveydentila ja suunnitellaan hoitoa yhteistyössä hänen kanssaan. Millaista apua ja voinnin seuranta hän tarvitsee hoitohenkilökunnalta? Minkä verran tukea hän tarvitsee lääkehoidon toteuttamisessa? Hyvin yksilöllisesti joku käy ottamassa lääkkeitä valvotusti, jollekin riittää, että ryhmäkodin lääkärillä saa uusittua reseptit ja kaikki variaatiot siltä väliltä.

Asumisen jatkuessa

Asiakas asuu mahdollisimman itsenäisesti, tuetaan hänen toimijuuttaan. Hän saa tarvitsemansa tuen ja avun palvelukeskuksesta ja ryhmäkodista. Kyse on yleensä monisairaista, iäkkäistä ihmisistä, joten useimpien kohdalla kuntoutuminen täysin itsenäiseksi ei ole realistista. Saadaan kuitenkin asiakkaalle elämisen laatua, hyvää oloa ja onnistumisen kokemuksia. Asiakas viettää mahdollisimman itsenäistä elämää laitoksen ulkopuolella vielä jonkin aikaa. Yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti tämä on hyvin järkevää ja resursseja säästävää.

Sosiaaliohjaaja vierailee asiakkaiden luona ja soittaa heille tarpeen mukaan. Asiakas osallistuu toiveidensa ja tarpeidensa mukaan räätälöidysti palvelukeskuksen ryhmiin ja muuhun toimintaan.

Ryhmäkoti Ronjassa asiakas saa tarvitsemansa hoidon (voinnin seuranta, lääkehoito, lääkäripalvelut, sairaanhoidolliset toimenpiteet, saunominen jne) Ryhmäkodin koko henkilökunta osallistuu tukiasuntoasiakkaiden hoitoon, mutta tukiasuntotyöryhmän jäsenet ovat parhaiten perillä heidän asioistaan ja eniten vastuussa heidän hoidostaan. Ronja toimii asiakkaan tukipisteenä, jonne voi soittaa tai hakeutua paikan päälle 24/7. Ronjassa on mahdollista oleskella kaivatessaan seuraa tai tekemistä ja jopa yöpyä sohvalla. Myös Ronjasta tehdään kotikäyntejä tarvittaessa ja joskus sovitusti, mutta pääperiaate on, että asiakas tulee ryhmäkotiin.

Palvelukeskuksen sosiaaliohjaaja osallistuu ryhmäkodin viikkoraportille maanantaisin ja on yhteydessä sinne myös perjantaisin viikonloppua vasten. Hänellä on aina mahdollisuus konsultoida ryhmäkodin henkilökuntaa tai pyytää hoitajaa mukaan kotikäynnille.

Ambulanssia odotetaan ryhmäkodissa (voinnin seuranta/turvallisuus) ja haastaviksi oletetut tapaamiset järjestetään myös turvallisuussyistä siellä.

Vanhuspsykiatri tapaa asiakkaita tarvittaessa. Kotihoidosta saadaan mm. apuvälineet. Monipuolisesta palvelukeskuksesta löytyy asiantuntemusta erilaisiin tarpeisiin, mm. fysioterapeutin ja toimintaterapeutin palveluita. Hoitotyön osaamista edustavat mm. ravitsemusneuvonta diabeetikolle ja haavahoitajan konsultaatiot. Psykososiaalista tukea asiakkaat saavat koko yhteisöltä.

Asiakassuhteen päättyminen



Asiakassuhteen päättyminen

Asuminen päättyy, kun asiakas tarvitsee pysyvästi ympärivuorokautista hoitoa, rikkoo toistuvasti asumisen sääntöjä, ei tarvitse enää työryhmän apua tai kuolee. Asiakas ohjataan muihin palveluihin. Jos asiakas kuntoutuu siinä määrin, ettei tarvitse tuettua asumista, hän voi jäädä asuntoon tavalliseen vuokrasuhteeseen. Asunto siirtyy takaisin Tilakeskukselle, jolta monipuolinen palvelukeskus on ne välivuokrannut. Mpk saa tukiasuntokäyttöön seuraavan taloyhtiöstä vapautuvan asunnon.

5.3 Tukiasuntotoiminta suhteessa organisaation strategiaan ja tavoitteisiin

5.3.1 Sosiaaliviraston strategia vuodelle 2012

Sosiaaliviraston visio vuodelle 2012 painotti sosiaalisesti eheää ja moniarvoista Helsinkiä. Viidestä strategisesta päälinjasta neljän ajatuksia voidaan löytää suoraan tukiasuntopilotin toiminnasta ja tavoitteista.

Ketään ei jätetä heitteille. Strategian yhteiskunnallisista vaikuttavuustavoitteista tukiasuntopilotti asettuu suoraan kodittomuuden poistamiseen ja syrjäytymisen ehkäistämiseen. Kyseessä on nimenomaan uusi, asiakkaiden yhteisöllisyyttä tukeva työmuoto, joita on tarkoitus lisätä. Luodaan myös uusia yhteistyökäytäntöjä syrjäytymisen ehkäisyssä muiden toimijoiden kanssa.

Kohti joustavampia palvelukokonaisuuksia liittyy prosesseihin ja rakenteisiin. Tarkoitus on keventää palvelurakennetta, mihin matalan kynnyksen palvelu soveltuu hyvin. Palveluiden räätälöinti ja suunnittelu yhdessä asiakkaan kanssa kehittää asiakaslähtöisiä työprosesseja.

Asiakaslähtöinen palvelukulttuuri liittyy toiminnan välittömiin tuloksiin. Asiakkaan osallisuus palveluissa, valinnanvapauden lisääminen ja kunnioittavan asiakaskohtauksen kulttuurin vahvistaminen turvataan sillä, että asukas on mukana suunnittelemassa omaa palvelukokonaisuuttaan ja työryhmä haastattelee häntä jo ennen palvelun piiriin tuloa. Toiminta perustuu hyvin pitkälle tehtyihin sopimuksiin ja asiakkaan aktiiviseen osallistumiseen.

Innovaatioilla kokonaistuottavuus paremmaksi. Kustannustehokasta palvelujen tuottamista on se, että hyödynnetään hyvin pitkälle jo olemassa olevia resursseja (tilat, toiminta, henkilökunta) palvelun tuottamisessa. Toiminta on innovatiivinen lisä yksiköiden perustehtäviin. Kyseessä on myös henkilöstövoimavarojen turvaaminen ja hallinta. Tulevaisuudessa työn tekijöitä suhteessa avun tarvitsijoihin on yhä vähemmän ja on kehitettävä toimintamalleja joilla turvataan riittävät palvelut mahdollisimman pitkälle.

Viides päälinjaus, organisaation oppimiseen ja uusiutumiseen liittyvä **Suomen paras työpaikkakaan** ei lopulta ole kovin kaukana. Työyksiköissä tarvitaan kehittämisorientoitunut toimintakulttuuri, että pystytään toteuttamaan tukiasuntopilotin kaltainen projekti.

Tähän tarvitaan osaavaa henkilöstöä ja hyvää esimiestyötä. Jotta osaava henkilöstö pysyisi organisaatiossa ja tekisi parhaansa, työyhteisön on oltava hyvinvoiva ja työjärjestelyjen joustettava myös työntekijän hyväksi.

5.3.2 Sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelma vuosille 2014-2016

Sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelmassa vuosille 2014-2016 on samoja aineksia kuin edellä käsitellyssä sosiaalivierailun strategiassa vuodelta 2012, mutta myös uutta. Ohjausryhmän toiveesta prosessit ja niiden mallinnus päivitettiin vastaamaan uusinta strategiaa.

Uuden strategiasuunnitelman missio on **hyvinvointia, terveyttä ja sosiaalista turvallisuutta helsinkiläisille**. Strategiasuunnitelman linjauksia käsitellään siinä määrin kuin ne liittyvät tukiasuntopilottiin. Osassa päälinjauksia ja osa tavoitteista, toimenpiteistä ja mittareista on suoraan johdettavissa tukiasuntopilotin toimintaan, joissakin kohdissa päälinjauksen henki toteutuu, mutta yksityiskohtaisemmin auki kirjoitetut asiat eivät liity psykogeriatriseen tuettuun asumiseen.

Ensimmäinen päälinjaus **Palvelukulttuuri uudistuu** tarkoittaa sitä, että palvelu käynnistyy ensimmäisessä kohtaamispaikassa ja asiakas pääsee palveluihin joustavasti. ”Tulit juuri oikeaan paikkaan, miten voin auttaa?” Tukiasuntopilotissa tämä näkyy siinä, että kyseessä on matalan kynnyksen palvelu, johon pääsee ilman läheteitä. Strategian toimenpiteissä edistetään aktiivisesti asiakkaan valinnanmahdollisuuksia. Pilotissa ideana on yksilöllisesti räätälöidä asiakkaan tarvitsemat palvelut yhteistyössä hänen kanssaan. Mittareissa mainitaan välitön asiakaspalaute ja asiakastytytyväisyysmittaukset.

Toiseksi hoidon jatkuvuus turvataan työtapoja uudistamalla. Pilotissa asiakkaasta huolehditaan melko kokonaisvaltaisesti, työryhmä tapaa asiakkaan jo ennen tukiasuntoon muuttoa ja häntä tuetaan erityisesti muuttovaiheessa asumaan asettuessa. Jatkuvuuden kannalta juuri hoitoketjun saumakohdat voivat olla ongelmallisia. Strategian toimenpiteissä puhutaan jalkautuvista palveluista, hoidon jatkuvuuden kannalta kriittisten asiakasryhmien tunnistamisesta ja palvelutarpeen arvioinnista asiakkaan omassa ympäristössä moniammatillisesti. Strategiassa kotikäyntejä pyritään lisäämään. Pilotissa työryhmän edustajat jalkautuvat niin tapaamaan potentiaalista asiakasta kuin tukiasunnossa jo asuvan luo. Asumisen tukea tarjoava sosiaaliohjaaja vierailee asiakkaiden

luona säännöllisesti. Ryhmäkodista tullaan kotikäynnille tarvittaessa. Asiakasryhmät ovat perinteisten palveluiden väliinpuotoajia, kotihoidon resurssit eivät riitä ja ympärivuorokautinen hoito on ylimitoitettu ratkaisuihin. Palvelutarpeen arviointi tapahtuu moniammatillisesti ja ympäristö on kaikille tuttu. (Strategiassa puhutaan asiakkaan kohtaamisesta hänen omassa ympäristössään.)

Mittareista mainitaan, että hoidon jatkuvuuden kriteerit on oltava määritelty ja yhteistyöprosessit kuvattu. Kotikäyntien määrä on siinä mielessä ongelmallinen mittari, että asiakkaan voinnin ollessa tasainen ja asioiden sujussa hyvin, asiakas tulee ryhmäkotiin tapaamaan työntekijöitä eikä päivystöön. Toki verrattuna ryhmäkoteihin, joiden toimintaan ei kuulu tukiasuntoja, henkilökunnan kotikäyntejä on paljon. Tarkoitus on kuntouttaa asiakkaat mahdollisimman itsenäisiksi jolloin kotikäyntien korkea määrä ei ole toivottava asia.

Toisessa päälinjauksessa **Väestön hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat** tukiasuntopilottiin liittyvät erityisesti kohdat päihdehaittojen vähentämisestä ja hyvinvoinnin ja terveyden suhteen huono-osaisten avainasiakkuudesta.

Integroidut palvelut ja hoito ovat tuetun asumisen ydintä. Strategiakartassa ja -suunnitelmassa listatut alatavoitteet eivät kuitenkaan varsinaisesti liity pilottiin.

Palvelurakenne kevenee - päälinjauksessa pyritään vähentämään ja lyhentämään psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitospaikoja. Iäkkäiden ja nuorempienkin toimintakyvyltään alentuneiden kotona asumista tukevat palvelut lisääntyvät ja laitoshoidon määrä vähenee. Tukiasuntojen asiakkaista suurin osa olisi laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisessa, jos ei asuisi tukiasunnossa.

Palvelujen saatavuus ja tuottavuus paranevat liittyy pilottiin kahden viimeisen alatavoitteen osalta. Kuntalaisten eli asiakkaiden omahoitoa ja itsehoitoa, joissain tapauksissa omaishoitoakin vahvistetaan. Sosiaaliohjaajat ovat vahvasti edustettuina pilotissa, asiakkaat saavat palveluohjausta ja palveluneuvontaa. Strategiassa toiminnan tuottavuus paranee välitöntä asiakastyötä ja asiakkaiden määrää lisäämällä. Ryhmäkodin ja palvelukeskuksen toteuttama välitön asiakastyö ja asiakasmäärä ovat kiistatta lisääntyneet pilotin myötä.

Vetovoimaiset työyhteisöt päälinjaus liittyy pilottiin siten, että tarvitaan osaavaa ja hyvin toimivaa työyhteisöä. Optimaalinen henkilöstörakenne asiakas- ja potilastyöhön on talon moniammatillinen tiimi ja yhteistyöverkosto, jolta asiakas saa tarvitsemaansa apua. Sosiaaliohjaajien ja hoitotyön edustajien lisäksi on saatavissa myös lääkärin, psykiatrin, fysioterapeutin ja toimintaterapeutin palveluita.

5.3.3 Idän palvelualueen tulokortti vuodelle 2013

Tulokorttia käsitellään tässä niiltä osin kuin se liittyy suoraan tukiasuntoihin ja niiden asiakkaisiin.

Asiakkaat ja vaikuttavuus-osiossa **asiakastosallisuuden lisäämisestä** tavoitteena on, että 75% asiakkaista ja/tai omaisista on mukana hoidon suunnittelussa. Tätä seurataan hoitosuunnitelmista vuosittain. Tukiasuntopilotissa päästään varmasti sataan prosenttiin, koska palvelukokonaisuus suunnitellaan asiakkaan kanssa.

Tuetaan kotona asumista/tuetaan asiakkaiden toimintakykyisyyden säilymistä mahdollisimman pitkään on pilotinkin tavoite. Tulokortin konkreettinen tavoite on laitoshoidon uhkan väheneminen, jota puolestaan mitataan RAI:n laitoshoidon uhka-indikaattorilla ja lääkitystietojen ajantasaisuudella. Tämä puoltaisi RAI-arviointien tekemistä asiakkaille, jos halutaan valmiita, selkeitä mittareita toiminnan seuraamiseen.

Syrjäytymisen ehkäisy –kohdasta löytyy palvelukeskuksen ryhmiä, joissa monet asiakkaat käyvät ja itse tukiasuntopilotinkin, viimeksi mainittu mystisesti kohdasta tavoitteet. Mittareiksi tarjotaan ryhmien ja niiden kävijöiden määriä ja pilotin raportointia ja seurantaa. Prosessi- ja laatujohtamiskirjallisuudessa jo työryhmän ja ohjausryhmän olemassaolo ovat laadun varmistamista (Laamanen 2012 97, Lecklin 2006 65)

5.4 Prosessin laatu ja sen tavoitteiden toteutuminen

STM:n suosituksessa (2007 19,21) asumispalveluiden järjestämisestä korostetaan vastuun- ja tehtävänjaon selkeyttä eri toimijoiden välillä ja asiakkaan oikeutta tarvitsemaansa hoitoon ja asumisen tukeen. Palvelut tulee järjestää sosiaali- ja terveystieteiden ja psykiatrisen avohoidon yhteistyönä. Hoito tulee järjestää ensisijaisesti kotona ja

jos sellaista ei ole tulee asunto hankkia. Tuetulle asumiselle tavallisesti tyypillinen väliaikaisuus ja tavoite saada asiakas työelämään tai opiskelemaan ei kuulu pilotin tavoitteisiin. Kuitenkin suosituksen hengessä asiakasta tuetaan ja kuntoutetaan selviytymään kotona omassa arjessaan ja tuetaan suhtautumaan itseensä myönteisesti oman elämänsä tavoitteellisena toimijana. Vertaistukea ammatillisen tuen lisäksi löytyy palvelukeskuksen ryhmistä ja ryhmäkodin yhteisöstä. Yhteisöön ja yhteiskuntaan sopeutumisesta ja kodin ulkopuolista harrastustoimintaa harjoitellaan päivittäisissä kontakteissa monipuoliseen palvelukeskukseen ja lähiympäristöön.

Suositus edellyttää korkeatasoiselta asumispalvelulta toiminnan vaikuttavuuden säännöllistä ja systemaattista arviointia (STM 2007 21). Pilotin kohdalla arviointitapa ja mittarit olivat alkuvaiheessa vielä auki. Toimintaa lähdettiin luomaan ennakkoluulottomasti ilman mitään liian valmista mallia toteuttamistavasta. Työryhmä dokumentoi toimintaa ja ohjausryhmä seurasi sitä omalta osaltaan, mikä sekin on laadun varmistamista (Laamanen 2012 97, Lecklin 65, Idän palvelualueen tulokortti 2013 2) Asiakkailla on heidän kanssaan laaditut hoitosuunnitelmat, yksinkertaisimmillaan kuvaus asiakkaasta ja hänen tilanteestaan sekä miten hänen kanssaan on sovittu toimittavan hoitotyön yhteenveto-lehdellä. Asiakkaiden voinnin kehittymistä seurataan jatkossa RAI-arvioinneista. Niiden tekemistä pohdittiin jo ensimmäisessä prosessikuvauksessa, Haavisto vahvisti asian syksyllä 2013. Tulokortissa toiminnan laatua mitataan mm. hoitosuunnitelmien ja lääkitystietojen ajantasaisuudella, sillä, onko asiakas osallistunut hoidon suunnitteluun ja RAI-arvioinnin laitoshoidon uhka-mittarilla (Idän palvelualueen tulokortti 2013) Ulkopuolista tutkijaa selvittämään tuetun asumisen vaikutusta asiakkaiden elämänlaatuun haetaan edelleen.

Näyttää siltä, että päihdetaustaisten asiakkaiden päihteiden käyttö on vähentynyt tuetun asumisen aikana. Mitattava tulos on sekin, että asunoton asiakas on saanut asunnon jossa toistaiseksi pärjää. Tuetun asumisen onnistumista voidaan mitata myös sen kestolla, miten kauan asiakas pystyy asumaan tukiasunnossa eikä tarvitse vielä laitoshoidoa. Asiakkaiden tyytyväisyyttä voidaan mitata kysymällä sitä heiltä säännöllisesti esim. hoitosuunnitelman päivittämisen yhteydessä. Myös spontaani palaute kirjataan ylös. Palaute asiakkailta on pääsääntöisesti ollut erittäin myönteistä. Varsinaista perinteistä anonyymiä asiakastytyväisyyskyselyä ei muutaman asiakkaan joukolla voi tehdä.

Resurssien käyttöä ja tuetun asumisen kustannuksia suhteessa muihin palveluihin selvitettiin, vaikka prosessikuvaukseen ne eivät lopulta päätyneetkään. Viimeisessä konsultaatiohaastattelussa todettiin, että kaikki työntekijät ovat töissä samassa organisaatiossa eikä kannata eritellä, kuka käyttää aikaansa tukiasuntoasiakkaisiin runsaasti ja kuka vähemmän. Voidaan ajatella, että työntekijät ovat myös toistensa yksiköiden (palvelukeskus ja ryhmäkoti) resursseja, mitä yhteisiin tukiasuntoasiakkaisiin tulee. Mitään tukiasunnoille korvamerkittyjä henkilöstöresursseja ei ole, vaikka toimintaa helpottikin uuden sosiaaliohjaajan vakanssin saaminen palvelukeskukseen lokakuussa 2012. Samaan aikaan palvelukeskuksen asiakasmäärä on muutenkin kasvanut runsaasti. Johtaja oli kuitenkin kiinnostunut tekemistäni kustannuslaskelmista työntekijän käyttämästä ajasta ja sen kustannuksista asiakasta kohti ja ryhmäkodissa tehdyistä ajankäyttöarvioista ja -seurannasta. Hän kehotti tekemään uuden ajankäyttöseurannan, viimeksi tehtyä kun nostivat reilusti seurantaviikolle osuneet poikkeustilanteet. Pilotin mahdollisesti aiheuttamista vaihtoehtoiskustannuksista Haavisto sanoi, että strategian mukaisesti kotona asumisen tukeminen on oleellisen tärkeää ja siinä mielessä tukiasuntoasiakkaisiin käytetty aika on käytetty mahdollisimman hyvin. (Haavisto II 2013.) Tarkkoja laskelmia tai ei, tuettu asuminen on huomattavan edullista verrattuna ympärivuorokautiseen hoitoon tai siihen, että asiakkaat kuormittaisivat jatkuvasti päivystyspalveluita.

5.5 Prosesseihin tehdyistä parannuksista

Ohjausryhmä tarttui alustavasta, yksityiskohtaisesta prosessikuvauksesta mm. siihen, että tukiasuntoasiakkaista ryhmäkodissa otettavat laboratorionäytteet ja heidän lääkkeitensä pussijakelun maksoi monipuolinen palvelukeskus, samalla tavalla kuin ryhmäkodin asukkaille. Kappaleessa Käytännön työnjako sanottiin: ”Mahdollisesti määrättävät laboratorionäytteet otetaan Ronjassa torstai-aamuisin jolloin laboratoriohoitaja käy ryhmäkodeissa. Jos tarvitaan näytteitä muina arkipäivinä Ronjan sairaanhoitaja ottaa näytteen ja lähettää sen laboratorioon saman käytännön mukaan kuin ryhmäkodin asukkailla.” Tämän jälkeen laboratoriolähetteisii merkittiin asiakkaiden laskutusosoitteet, HUS-lab kuitenkin kieltäytyi laskuttamasta yksittäisiä asiakkaita ja nyt lähetteisii kirjoitetaan, minkä terveysaseman asiakkaita he ovat.

Kappaleessa Pilottiin liittyvät taloudelliset kysymykset ja muu resursointi:

”Kustannuksia muodostuu myös lääkehoidon toteuttamisesta silloin, kun asiakkaalle tilataan apteekin annosjakelu. Kustannus on n. 35 euroa/kk.” Mitä lääkkeiden pussija-

keluun tulee, useimmat asiakkaista ovat vähävaraisia tai muuten haluttomia maksamaan pussijakelusta, joten lääkkeiden annostelussa apua tarvitseville asiakkaille ryhmäkodin henkilökunta jakaa lääkkeet dosettiin. Vuoden vaihteesta lähtien monipuolinen palvelukeskus on kuulunut samaan organisaatioon entisen terveyskeskuksen kanssa eikä ryhmäkodissa tehty työkään ilmaista ole, joten saatu säästö on hieman kyseenalaista.

Työryhmän kokouksessa keväällä pohdittiin prosessin puutteellisuuksia ja mahdollisia päällekkäisyyksiä. Tehdäänkö jotain turhaa, jääkö jotain tarpeellista tekemättä? Samasta teemasta jatkettiin vielä palvelukeskuksen sosiaaliohjaajan konsultaatiohaastattelussa. Tiedonkulku ja työryhmän keskinäinen tuki koettiin puutteelliseksi ja toisaalta tiedostettiin aikaa vieviksi. Sovittiin mm. siitä, että palvelukeskuksen sosiaaliohjaaja osallistuu ryhmäkodin maanantaisin tapahtuvalle raportille, jossa käsitellään ryhmäkodin asukkaiden voinnin lisäksi myös tukiasuntoasiakkaiden asiat. Hän on paikalla vain sen ajan, kun puhutaan tukiasuntojen asiakkaista. Yhteydenpidon ja tavoitettavuuden helpottamiseksi työryhmän sairaanhoitaja ja sosiaaliohjaaja jakoivat Outlook-kalenterinsa toisilleen ja vuorotyötä tekevä sairaanhoitaja merkitsee sinne työvuoronsa. Noin kerran kuukaudessa pidetään tukiasuntopilotin työryhmän kokous, jossa käsitellään ajankohtaiset asiat. Kokous kutsutaan koolle ryhmäkodin edustajan toimesta, koska hänellä on tiedossa vuorotyötä tekevien työajat. Kokoukseen kutsutaan harkinnan mukaan ne henkilöt, joita käsiteltävät asiat koskevat.

Prosessin tehostamista mietittäessä esimiehet ilmoittivat, että he eivät koe läsnäoloaan työryhmän kokouksissa välttämättä tarpeelliseksi. Työryhmän rakennetta muutettiin käytäntöä paremmin palvelevaksi, palvelukeskuksesta mukana on vain se sosiaaliohjaaja joka tukiasuntoasiakkaiden kanssa työskentelee, muut sijaistavat häntä tarvittaessa. Ryhmäkodin sosiaaliohjaaja on mukana, koska hän on erään asiakkaan vastuutyöntekijä. Hoitotyön edustajia tarvittiin ja saatiin yksi lisää toiminnan jatkuvuuden turvaamiseksi lomien ja vapaiden aikana.

Kaikki ryhmäkodin työntekijät osallistuvat tukiasuntoasiakkaiden hoitoon vuorollaan, mutta pilottityöryhmään kuuluvat erityisesti. Asiakkaat ovat joskus käytökseltään haasteellisia ja oireilevat psyykkisesti, jolloin konsultaatioapu ja hoitohenkilökunnan tuki on tarpeen heidän kanssaan asioitaessa. Sama koskee somaattisia sairauksia, joita iäkkäillä asiakkailla lähes kaikilla on. Yhteydessä ollaan ainakin maanantaisin ja perjantai-

sin, mitä viikonloppuna on tapahtunut ja mitä asiakkaiden voinnista olisi ryhmäkodin hoitohenkilökunnan viikonloppua vasten hyvä tietää.

Yksin työskentely on myös mielenterveyskuntoutujien ja päihderiippuvaisten tuettua asumista koskevassa tutkimuksessa todettu raskaaksi (Manninen Tuori 2005 16).

Palvelukeskuksen sosiaaliohjaaja vierailee asiakkaiden luona ja toimii heidän saattajanaan monissa paikoissa. Haasteelliselle kotikäynnille tai asiakkaan vointia arvioimaan voi aina soittaa hoitajan mukaan. Asiakkailla on mukanaan ryhmäkodin yhteystiedot, ulkopuolisetkin ovat soittaneet Ronjaan näiden tarvitessa apua esim. sairauskohtauksen sattuessa. Asiakkaan tilan vaatiessa päivystyskäyntiä tai sairaalahoitoa, kuljetusta sovittiin odotettavan ryhmäkodissa. Voinnin tarkkailuun on ryhmäkodissa välineitä ja hoitotyön osaamista, ympäristö on työntekijällekin turvallisempi. Myös haastaviksi ennakoidut tapaamiset järjestetään jatkossa turvallisuussyistä ryhmäkotiin.

Työryhmän toteamiin kehittämistarpeisiin mietittiin työryhmässä ratkaisuja ja niitä otettiin myös käytäntöön lähes saman tien. Opinnäyteseminaarissa opettaja kommentoi, että työryhmän nopea reagointi opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin saa opinnäytetyön toteutuksen muistuttamaan toimintatutkimusta, työ on karkaamassa myönteisellä tavalla käsistä. Päätin kuitenkin pitäytyä siinä rajauksessa, että kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö. Prosessikuvauksen luonteeseen kuuluu, että itse prosessissa havaittuihin puutteisiin voi ja kannattaa puuttua kuvausta iteroitaessa. Prosessikuvaus on organisaation lupaus toimia siinä kuvatulla tavalla, sen katsotaan sitovan työntekijöitä ja johtoa. Siksi on tärkeää, että he ovat olleet mukana laatimassa sitä. Kuvaustyypiksi oli valittu ”vähän parannettu prosessi”, johon myös kuuluvat muutaman kuukauden kuluessa toteutettavissa olevat parannukset.

Viimeisessä tapaamisessa prosessinomistajan kanssa hän halusi kuvaukseen lisättävän myös joitakin ehdotuksia muutoksista prosessissa. Mm. asiakkuuden päättymisen prosessiin lisättiin mahdollisuus jäädä asuntoon tavalliseen vuokrasuhteeseen, jos vointi kohenee niin paljon, ettei tuettua asumista enää tarvita. Samanlainen käytäntö on myös A-klinikkasäätiön tuetussa asumisessa ja asiakkaan oikeutta pysyä samassa asunnossa sinne saadun tuen vaihdellessa puolustetaan suosituksissa melko yksimielisesti (Salo Kallinen 2007 335, Välimäki 2009 71-75, STM 2007 18).

6 Pohdinta

Tutustuttuani Laamasen ajatuksiin prosessin kuvaamisesta toimeksianto prosessien kuvaamisesta alkoi hieman epäilyttää. En kuitenkaan ”kieltäytynyt kunniaa kohteli-aasti mutta päättäväisesti (Laamanen 2012 82)”, kuten asiantuntijaa kehoitetaan teke-mään, jos johto yrittää delegoida hänelle prosessikuvauksen tekemistä. Oma roolini tukiasuntotoiminnassa oli lähinnä toimia pilottityöryhmässä hoitotyön edustajana. Joka tapauksessa päätös delegoida tehtävä oli tehty, ja omaa oppimistani prosessin hah-mottamisessa ja hoitotyön kehittämistä ja johtamisesta se varmasti palveli. Yritin pitää prosessin omistajan näkökulman mielessäni konsultoimalla esimiehiä työtä teh-dessäni.

Loppuvuodesta 2012 olin vielä siinä uskossa, että tukiasuntopilottimme kaltaista toiminta on olemassa Ruotsissa ja etsin siihen liittyvää tutkimusta ja muuta materiaalia. Keskustelussa Haaviston kanssa keväällä 2013 kävi kuitenkin ilmi, että pilotin innoittajana toiminut ruotsalainen esikuva on melko toisenlainen toteutukseltaan. Ruotsalaisessa palvelukeskuksessa työskentelee psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykologin muodostama työpari, joka tekee kotikäyntejä palvelukeskuksen psykiatrasta apua tarvit-sevien asiakkaiden luo. Työparin palkkaamiseen on myös resursoitu erikseen määräraha, toimintaa ei ole liitetty osaksi palvelukeskuksen toimintaa olemassa olevia re-sursseja venyttämällä. (Haavisto I 2013). Iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien ja toi-saalta iäkkäiden päihderiippuvaisten tuetusta asumisesta oli saatavilla niukasti tutkittua tietoa, koska edellä todetusti tälle erityisryhmälle tuettua asumista ei juuri ole tarjolla ja useimmat tutkimukset on rajattu koskemaan alle 65-vuotiaita. Lähdekirjallisuudesta löytyi kuitenkin työssä hyödynnettäviä oivalluksia, kun asiaa lähestyttiin sekä vanhus-työn että mielenterveys- ja päihdehoidon näkökulmista.

Ruotsalainen turva-asuminen vastaa osittain samoihin tarpeisiin ja on toteutukseltaan samantyyppistä kuin pilotin tuettu asuminen. Tanskalaisella palveluvyöhykkeellä ja hollantilaisessa naapurustomallissa ympärivuorokautisen hoidon yksiköt ja palvelukes-kukset tukevat välittömässä läheisyydessä asuvia iäkkäitä kotona pärjäämisessä. Pal-veluita nimenomaan psyykkisesti sairaille tai päihderiippuvaisille iäkkäille ei tässä yh-teydessä kuitenkaan mainita.

Lähteinä on käytetty myös muita kuin tutkimuksia, raportteja ja suosituksia. Opinnäyte-työn kirjallisessa osiossa, lähinnä johdannossa, on hyödynnetty tulevaisuuden enna-

kointi-opintojaksolla tehtyä ennakointikatsausta, kuten kyseisellä jaksolla kannustettiin tekemään, jos käytetty aihe sen mahdollistaa. Silloisessa tehtävänannossa kehoitettiin perehtymään asiaan mm. median ja yleisen keskustelun kautta. Perinteisiä tutkimuksia opinnäytetyön lähdekirjallisuudessa on melko vähän, toisaalta Suomen ja muiden Euroopan maiden kansalliset suositukset palveluiden järjestämisestä pohjautuvat laajoihin kansainvälisiin kirjallisuuskatsauksiin ja edustavat sen puolesta vahvaa näyttöä. Lähteet ovat tyypiltään sellaisia kuin joulukuussa 2012 sovittiin opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa.

Mielenterveyden keskusliiton asumispalvelututkimus (Salo Kallinen 2007) kritisoi tuetun asumisen yksiköitä siitä, että ne liian usein tarjoavat asiakkailleen pelkän säilytyspaikan. STM:n suosituksen (2007 18) mukaan asumispalveluihin tulee liittää kuntouttavat palvelut. Vaikka iäkkään asiakkaan kuntoutumisen tavoitteet ovat erilaiset nuorempiin nähden, tukiasuntotoiminta on tavoitteellista ja tuo sisältöä asiakkaiden elämään.

Prosessikuvaus palvelee jatkossa tarkoitustaan uuden toiminnan esittelemisessä ja auttaa samantyyppistä toimintaa suunnittelevia organisaatioita. Lyhyellä tähtäimellä se toivottavasti edistää tukiasuntotoiminnan jatkumista pilotin jälkeen. Sekin osa tehdystä työstä, joka ei päätynyt lopulliseen prosessikuvaukseen, voidaan hyödyntää pilotin lopuraportissa. Tapahtunut prosessin kehittämistyö helpottaa työntekijöiden arkea jatkossa. Resursseja säästyy, koska päällekkäisyyksiä purettiin ja yhteydenpitokäytäntöjä muokattiin järkevämmiksi. Tuetun asumisen vaikuttavuutta halutaan ohjausryhmässä selvittää vielä lisää. Taloudellista vaikuttavuutta tutkittiin, mutta tuetun asumisen tarkkojen kustannusten laskeminen kilpistyi siihen, että erillisiä resursseja toiminnalle ei ole. Selvältä kuitenkin vaikuttaa, että verrattuna muihin vaihtoehtoihin (yöpäivöityminen hoito tai jatkuvat päivystyskäynnit ja muu akuuttihoito) tuettu asuminen on hyvin edullista. Vaikuttavuutta asiakkaiden elämänlaatuun haluttaisiin selvittää ulkopuolisen tutkijan avulla.

Potentiaalisia asiakkaita tuettuun asumiseen monipuolisten palvelukeskusten ja muiden ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden läheisyyteen ovat myös omaishoitajahoidettava-pariskunnat. Tällaisesta on tukiasuntopilotissakin kertynyt jonkin verran kokemusta. Puolison tai muun läheisen kanssa asuvalle tuettu asuminen mahdollistuisi myös muistisairaalle tai liikuntaesteiselle. Arviolta joka viides työssäkäyvä hoitaa omaistaan kotona ja vielä tyypillisemmin puolisoaan hoitava omaishoitaja on iäkäs itsekin. Vain murto-osa tästä joukosta saa tai on edes hakenut omaishoidon rahallista tu-

kea tai tukipalveluita. Omaisten halukkuudella jatkossa hoitaa iäkkäitä on valtava vaikutus palveluiden riittävyteen tulevaisuudessa. Omaishoitajien uupumista ja tuen tarvetta on käsitelty laajasti mediassa. Monipuolisessa palvelukeskuksessa palvelukeskus tukee omaishoitajia mm. vertaistukiryhmien ja sosiaaliohjauksen keinoin. Muistisairaiden päivätoiminta voi myös tarjota vapaahetken omaishoitajalle. Lyhytaikaishoitoa tarjoavassa ryhmäkodissa intervallijaksolla oleminen mahdollistaa omaishoitajan loman. Yksi mahdollinen skenaario on, että omaishoitaja-hoidettava-pariskunnat voisivat asua monipuolisen palvelukeskuksen tuntumassa ja saada sieltä tarvitsemaansa tukea, hoidettavan pääasiallisen ongelman mukaan myös liikuntaesteisten tai muistisairaiden ryhmäkodeista? Tulevaisuudessa iäkkäillekin on ehkä päivähoitoa, johon työssäkäyvä omainen voi hoidettavansa viedä työpäivänsä ajaksi. Iäkkäiden perhepäivähoitoa on pienessä mittakaavassa jo olemassa, entä päiväkotit? Looginen paikka tällaisen järjestämiselle voisi myös olla monipuolinen palvelukeskus.

Nykyisiä tukiasuntoasiakkaita fyysisesti huonompikuntoisia asiakkaita voitaisiin hoitaa, jos asuintalo ja kulku sieltä monipuoliseen palvelukeskukseen olisivat nykyistä esteettömämpiä. Lisääntynyt fyysinen avuntarve ADL-toiminnoissa vaatisi joko lisäresursseja monipuoliselta palvelukeskukselta tai kotihoidon nykyistä suurempaa osallistumista asiakkaiden hoitoon. Nyt kotihoidosta saadaan lähinnä tukipalveluita kuten apuvälineet, hoitovastuu on monipuolisella palvelukeskuksella.

Lähteet

Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Helsinki 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13:2007.

Finne-Soveri, Harriet 2012: Vanhusasioissa vallitsee nyt historiallinen tahtotila. Helsingin Uutiset. 18.9.

Haavisto Maritta I 12.4.2013. Roihuvuoren monipuolisen palvelukeskuksen johtaja. Konsultaatiohaastattelu.

Haavisto Maritta II 6.11.2013. Roihuvuoren monipuolisen palvelukeskuksen johtaja. Konsultaatiohaastattelu.

Hanhivaara, Jussi 2012 : Omaishoidon tuki ei siirry Kelalle. 25.9. Yle Uutiset.

Helsingin vanhustenhoito on hyvää mutta remontin tarpeessa. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tiedote. 2.3 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=28856 Luettu 27.9.2012

Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto strategiakartta vuosille 2014-2016.

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma vuosille 2014-2016.

Hynynen Raija (toim.).2005. Asuntoja ja tukea asunnottomille. Arviointi tuetun asumisen toimintamalleista. Suomen ympäristö 745. Ympäristöministeriö. Asunto- ja rakennusosasto. Helsinki.

Ikäkaste II. Hankesivut. www.ikakaste.fi

Itäisen palvelualueen tulokortti vuodelle 2013.

JHS-152. Julkishallinnon alojen prosessienkuvausohje. 2008. Luettavissa http://prosessipankki.qpr.com/Asennus/JHS152_prosessienkuvausohje.pdf

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015

Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Partanen Airi, Moring Juha, Nordling Esa, Bergman Viveca (toim.) THL. Avauksia 16/2010. Helsinki. Yliopistopaino.

Laamanen, Kai:2012. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona - ideasta käytäntöön. Espoo. Julkaisija Laatukeskus Excellence Finland. Painopaikka Redfina.

Lecklin, Olli: 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Talentum Media. Tekniikka&Talous-kirjasarja. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Manninen Markku, Tuori Tanja. 2005. A-klinikkasäätiön tuettu asuminen. Raportti julkaisussa: Asuntoja ja tukea asunnottomille. Arviointi tuetun asumisen toimintamalleista. Suomen ympäristö 745. Ympäristöministeriö. Asunto- ja rakennusosasto. Helsinki.

Nordström Virve 8.5.2013. Roihuvuoren palvelukeskuksen sosiaaliohjaaja. Konsultatiohaastattelu.

Paasu Jaana. 2005. Mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen ja asumista tukevat palvelut pääkaupunkiseudulla ja Lohjalla. Raportti julkaisussa Asuntoja ja tukea asunnottomille. Arviointi tuetun asumisen toimintamalleista. Suomen ympäristö 745. Ympäristöministeriö. Asunto- ja rakennusosasto. Helsinki.

Peiponen Arja 2010 : Vanhuspalvelut Helsingissä. Sosiaalivirasto. Seminaariesitys. Luettavissa osoitteessa: www.helsinki.fi/jari/ssos/Peiponen_Vanhuspalvelut-Helsingissa.pdf Luettu 30.11.2012

Prosessien mallinnusohje. Lahden ammattikorkeakoulu. Työelämän kehittämishankkeet Luettavissa http://www.lpt.fi/tykes/instructions_docs/Menettelyohjeet_ja_lomakkeet_prosessien_kuvaamiseksi120410.pdf

Salo Markku, Kallinen Mari. 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan - mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Pori. Mielenterveyden keskusliitto. Kehitys Oy.

Sosiaalisesti eheä ja moniarvoinen Helsinki. Sosiaaliviraston toiminta-ajatus, visio ja strategiset päälinjat 2012. Esite.

Työryhmän ja ohjausryhmän kokousten pöytäkirjat.

Vilka, Hanna –Airaksinen Tiina:2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Oppikirja. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka Hanna 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. VTT. Internetaineisto. Osoitteessa http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

Vuokko Riikka, Mäkelä Matti, Komulainen Jorma, Meriläinen Outi 2011. Terveydenhuollon toimintaprosessit - Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Raportti 53/2011.

Välikangas Katriina 2009. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Suomen ympäristö 13/2009. Ympäristöministeriö.

Winblad Ilkka 2013. Vanhusten psyykkiset häiriöt. Artikkel. Therapia Fennica. Toim. Mikko Mäyränpää. Kandidaattikustannus Oy.

Luettavissa

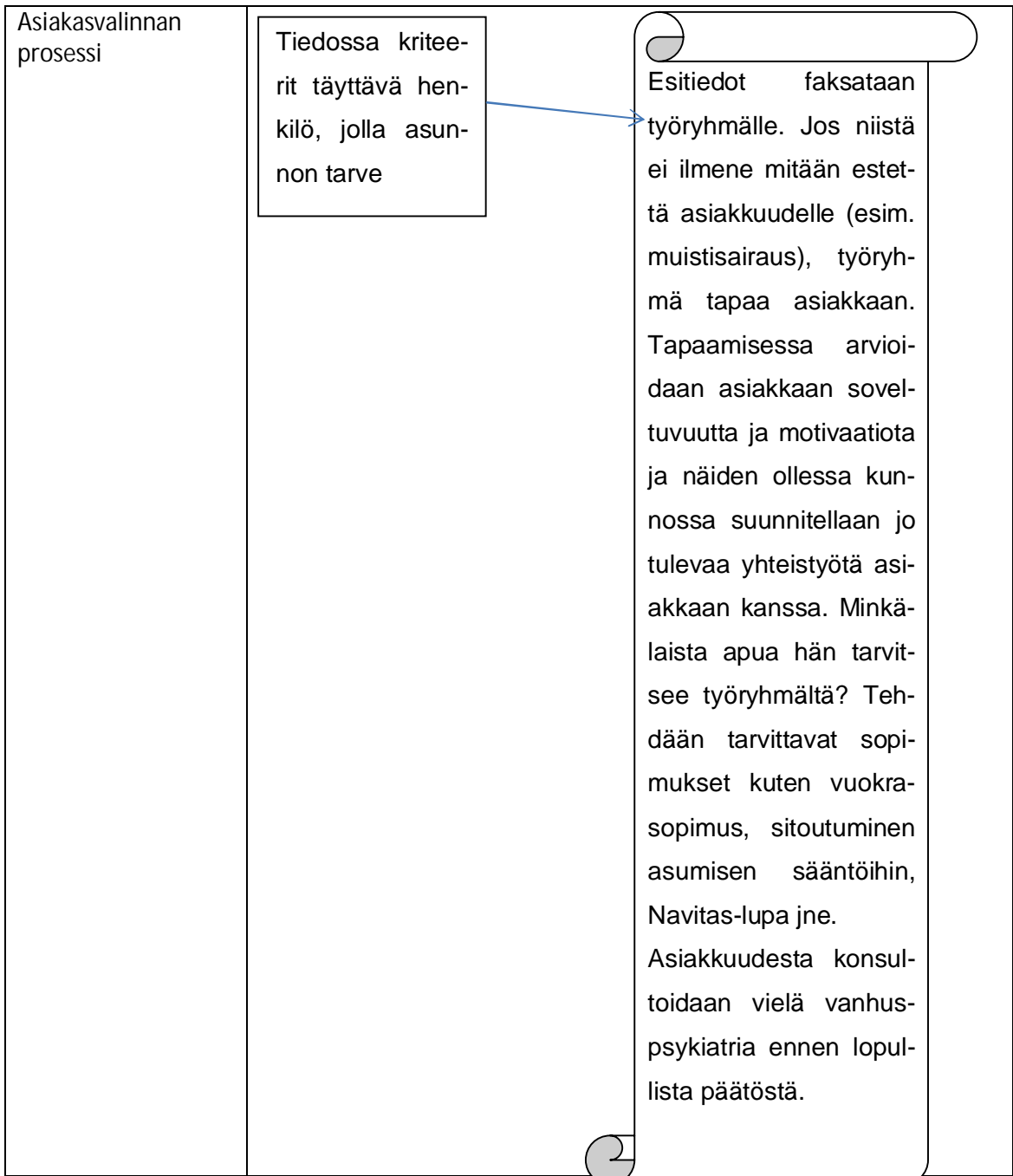
http://www.therapiefennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psyykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t

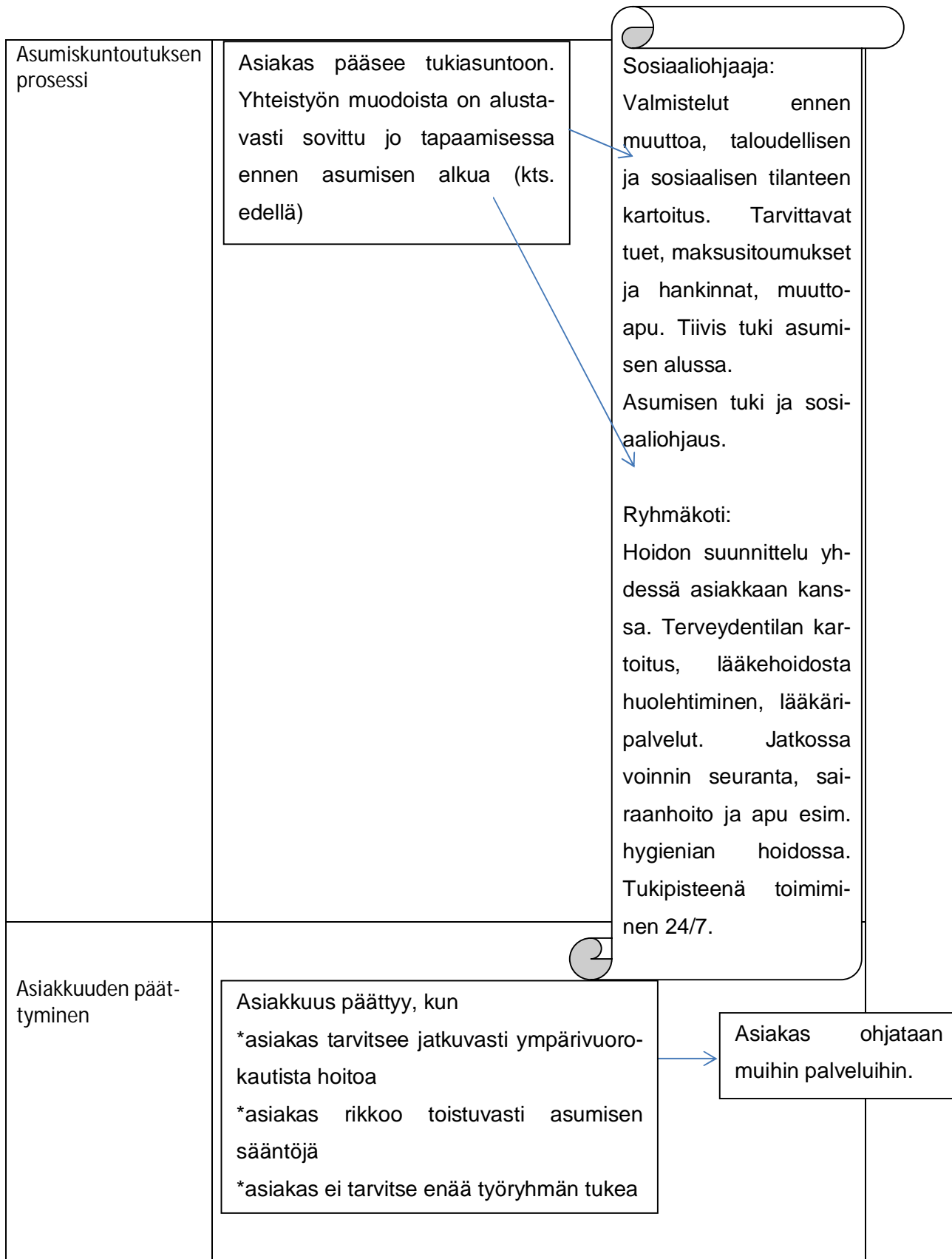
Asumiskuntoutusprosessin kuvaus (Roihuvuoren mpk:n tukiasunnot)

Yksiköt: Roihuvuoren monipuolinen palvelukeskus: Palvelukeskus, psykogeriatrinen ryhmäkoti Ronja
Ryhmä: tukiasuntopilotin työryhmä ja esimiehet. Asiakkaiden hoitoon osallistuu vuorollaan myös koko ryhmäkodin henkilökunta.
Kuvattava prosessi: Asumiskuntoutuksen prosessi (sisältää lisäksi asiakasvalinnan ja asiakkuuden päättymisen osaprosessit)
Prosessin alkutapahtuma: Tiedossa henkilö, jonka kotona asuminen vaarantuu psyykkisen oireilun tai päihdeongelman vuoksi. Kriteerit asiakkuudelle lisäksi: <ul style="list-style-type: none">- ei muistisairautta, orientoitunut aikaan ja paikkaan (omaisen kanssa asuvalle muistisairaakaan ei ole ehdoton este)- motivoitunut suhteellisen itsenäiseen asumiseen, pystyy sitoutumaan sopimuksiin- kykenee kulkemaan monipuolisen palvelukeskuksen ja naapuritalon väliä ongelmitta- ei tarvitse jatkuvaa valvontaa tai suojelua- kykenee hoitamaan osan yhteydenpidosta puhelimitse Prosessin lopputapahtuma: Työryhmän apu ei enää riitä asiakkaalle (ympäri vuorokautisen hoidon tarve), asiakas ei pysty noudattamaan asumisen sääntöjä tai hän ei enää tarvitse työryhmän apua. Asiakas on saanut elää "aikuisen ihmisen elämää" laitoksen ulkopuolella, kokenut toimijuutta ja saanut elämiseensä laatua. Yhteiskunnan rahoja on säästynyt laitoshoidon lykkääntyessä. Verrattuna asumiseen ilman työryhmän tukea, sairaalajaksoja, päivystyskäyntejä yms. tapahtumia on ollut vähemmän.
Työryhmän yhteystiedot: Sosiaaliohjaaja Virve Nordström
Apuna/tukena käytetyt dokumentit Työryhmän ja ohjausryhmän kokouspöytäkirjat, sosiaaliviraston strategia 2012, sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma 2014-2016, Idän palvelualueen tuloskortti 2013, aikaisempi kirjallisuus (Ympäristöministeriö, Ikäkaste II, STM, THL, MTKL, JHS 152, erilaisia raportteja ja suosituksia asumispalveluiden järjestämisestä ja prosessien kuvaamisesta.)
Prosessin kuvaus (kts seuraava sivu) Mahdolliset tarkennukset ja selitykset. Esitiedoissa toivotaan olevan epikriisi, asiakkaan olinpaikasta riippuen päivittäistä seurantaan nykytilanteessa, MMSE ja mahdollisia muita tehtyjä testejä, lääkitystiedot ja tietoa asiakkaan taloudellisesta tilanteesta (esim. edunvalvojasta). Taloudellinen tilanne ei vaikuta asiakasvalintaan, mutta tiedot helpottavat sosiaaliohjaajan työtä, joka alkaa heti ensitapaamisesta, jos asiakas todetaan tukiasuntoon soveltuvaksi. Palvelut räätälöidään hyvin yksilöllisesti asiakkaan kanssa hänen tarpeidensa mukaan. Asiakkuuden kriteerit löytyvät kohdasta "prosessin alkutapahtuma". Kun asiakkuuden alkamisesta on sovittu, alkavat muuttovalmistelut. Asiakas saa asumisen tuen palvelukeskuksen sosiaaliohjaajalta, joka hoitaa tukiasuntoasiakkaiden asioita päätoimisesti. Hän vierailee asiakkaiden luona säännöllisesti ja myös soittaa heille tarpeen mukaan. Asiakasta rohkaistaan osallistumaan palvelukeskuksen ryhmiin ja muuhun toimintaan. Hoito (voinnin seuranta, lääkehoito, lääkäripalvelut, sairaanhoidolliset toimenpiteet, saunotus jne.) tapahtuu ryhmäkoti Ronjassa, jonka henkilökunta osallistuu tukiasuntoasiakkaiden hoitoon muun työnsä ohessa. Ronja toimii asiakkaan tukipisteenä, jonne voi soittaa tai hakeutua paikan päälle 24/7. Ronjassa on mahdollista oleskella kaivatessaan seuraa tai tekemistä ja jopa yöpyä sohvalla. Myös Ronjasta tehdään kotikäyntejä tarvittaessa ja joskus sovitusti, mutta pääperiaate on, että asiakas tulee ryhmäkotiin. Tukiasuntojen sosiaaliohjaaja osallistuu ryhmäkodin viikkoraportille maanantaisin ja on yhteydessä sinne myös perjantaisin viikonloppua vasten. Hänellä on aina mahdollisuus konsultoida ryhmäkodin henkilökuntaa tai pyytää hoitajaa mukaan kotikäynnille. Ambulanssia odote-

taan ryhmäkodissa (voinnin seuranta/turvallisuus) ja haastaviksi oletetut tapaamiset järjestetään myös turvallisuussyistä siellä. Vanhuspsykiatri tapaa asiakkaita tarvittaessa.

Asumiskuntoutuksen prosessit (prosessikuvaus)





Prosessin hyvin toimivat osat: Koko monipuolinen palvelukeskus osallistuu asiakkaiden palveluihin, joustavasti. Asiakkaat saavat tarvitessaan esim. fysioterapeutin tai toimintaterapeutin palveluita. Myös ravitsemusneuvontaa diabeetikolle ja haavahoitajan konsultaatio on saatu nopeasti omasta talosta. Asiakkaat saavat psykososiaalista tukea myös hallinnon työntekijöiltä.

Prosessissa esiintyvät vaikeudet Kts. kehittämiskohteet. **Uusi ongelma on päihdetaustaisten omaisten majailu tukiasunnossa, onko asunnossa juomiseen ja perheenjäsenten oleiluun mahdollista puuttua lain puitteissa? Asumisen säännöissä toisaalta kielletään päihteiden käyttö tukiasunnossa ja päihtyneiden henkilöiden asuntoon päästäminen, velvoittaako asiakasta, jos on allekirjoittanut säännöt?**

Ryhmän valitsemat kehityskohteet (lyhyessä ajassa muutettavissa olevia asioita)
Prosessin puutteellisuuksia ja mahdollisia päällekkäisyyksiä mietittiin työryhmän kokouksessa. Yksiköiden esimiehet ilmoittivat, etteivät koe läsnäoloaan työryhmän kokouksissa tarpeelliseksi. Samoin palvelukeskuksen työntekijöistä tukiasuntopilottiin osallistuu enää pilotin päätoiminen sosiaaliohjaaja, muut työntekijät vain sijaistavat häntä hänen poissa ollessaan. Työryhmän ryhmäkodin edustukseen kaivattiin vahvistusta. Tiedonkulkua palvelukeskuksen sosiaaliohjaajan ja ryhmäkodin työntekijöiden kesken haluttiin myös vahvistaa.

Valitut parannustoimenpiteet (mahdollisimman yksityiskohtaisesti)
Sovittiin, että ryhmäkodin sairaanhoitaja kutsuu työryhmän koolle noin kerran kuussa. Hän ehdottaa kokousajankohtaa, koska tietää vuorotyötä tekevien työvuorot. Käsiteltävistä asioista riippuu, kutsutaanko paikalle myös muita kuin työryhmän varsinaiset jäsenet. Ryhmäkodista valittiin työryhmään yksi hoitaja lisää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Lisäksi sairaanhoitaja ja sosiaaliohjaaja jakoivat Outlook-kalenterinsa toisilleen. Sairanhoitaja merkitsee sinne työvuoronsa, ettei sosiaaliohjaajalla mene tarpeettomasti aikaa hänen tavoitteluunsa. Sosiaaliohjaaja osallistuu maanantaisin ryhmäkodin raportille tukiasuntoasiakkaiden kuulumisten käsitteilyn ajaksi. Lisäksi hän on yhteydessä ryhmäkotiin ainakin perjantaisin, mitä hoitohenkilökunnan olisi hyvä tietää tukiasuntoasiakkaiden asioista viikonloppua vasten. Työryhmän koostumuksen, kokouskäytäntöjen ja tiedonkulun parantamisen lisäksi nousi esiin yksin työskentelyn hankaluus asiakkaiden oireillessa psyykkisesti ja heidän tai läheistensä käyttäytyessä uhkaavasti. Sovittiin, että asiakkaan lähtiessä sairaalaan ambulanssia odotetaan ryhmäkodissa ja sinne pyritään myös sijoittamaan haasteellisiksi arvelut tapaamiset.

Onko tehty muutos pysyvä parannus? Miten se ilmenee? Ainakin toistaiseksi uudet yhteydenpitokäytännöt ovat toimineet. Pilotin sosiaaliohjaaja osallistuu viikkoraportille, hän näkee sairaanhoitajan työvuorot Outlook-kalenteristaan ja kokouskäytäntökin toimii edellä kuvatun mukaisesti. Turvallisuusnäkökohdat ja työryhmän keskinäinen tuen ja konsultaation tarve pyritään huomioimaan. Turvahälytysmahdollisuutta kotikäynneille mennessä selvitetään.

Matkan varrella ovat täsmentyneet myös asiakkuuden kriteerit (mm. asiakas voi olla desorientoitunut eikä pysty tulemaan sovittuihin tapaamisiin, vaikkei muistisairausdiagnoosia hänellä olisikaan, siksi orientoituneisuus aikaan ja paikkaan kannattaa mainita erikseen). Idea ottaa asiakkaan kirjallinen suostumus tarvittaviin sopimuksiin jo ennen tukiasuntoon muuttoa tuli käytännön kokemuksesta. Asumisen säännöt ovat syntyneet, koska niitä tarvittiin rajaamaan, mitä tukiasunnossa voi tehdä.

Aiemmasta prosessikuvauksesta ohjausryhmä tarttui siihen, että monipuolinen palvelukeskus maksaa asiakkaiden laboratorionäytteet ja lääkkeiden pussijakelun. Nyt laboratoriolähetteisiin merkitään, minkä terveysaseman asiakkaita he ovat ja pussijakelun asiakkaat maksaisivat itse. Käytännössä ryhmäkodin henkilökunta jakaa lääkkeet dosettiin, koska asiakkaat ovat joko vähäväräisiä tai muuten haluttomia maksamaan pussijakelusta.

Kommentit

Tukiasuntopilotin tavoite on luoda ja mallintaa uusi hoitotaso kotona asumisen ja palveluasumisen väliin. **Hoitotason luomisessa on onnistuttu ja malli on tarkoitus jakaa Sosiaaliportin "Hyvä käytäntö"-palvelussa.** Alun perin palvelu oli ajateltu lähinnä psyykkisesti sairaille iäkkäille ja oli tarkoitus tukea mm. lievästi ja keskivaikeasti masentuneita iäkkäitä, jotka kuormittavat päivystyspalveluita. Yllättävän suuri osa asiakkaista ja asiakkaiksi tarjotuista on kuitenkin ollut päihdetaustaisia. Uuden asiakkaan saaminen riittävän nopeasti uuden asunnon vapautuessa on ollut haasteellista. Laajamittainen tiedottaminen tukiasuntotoiminnasta ei ehkä kannattaisi, koska tukiasuntoja on kuitenkin vähän ja niitä vapautuu harvoin. Pilotista on kuitenkin käyty kertomassa mm. sosiaali- ja lähityön palaverissa ja tietoa on levitetty myös arviointikäyntien yhteydessä mm. Hietaniemenkadun palvelukeskuksessa.

Asumiskuntoutusprosessin yhteys idän palvelualueen tulokortissa asetettuihin tavoitteisiin

Asiakkaat ja vaikuttavuus-osiossa asiakasosallisuuden lisäämisestä tavoitteena on, että 75% asiakkaista ja/tai omaisista on mukana hoidon suunnittelussa. Tätä seurataan hoitosuunnitelmista vuosittain. Tukiasuntopilotissa päästään varmasti sataan prosenttiin, koska palvelukokonaisuus suunnitellaan asiakkaan kanssa.

Tuetaan kotona asumista/tuetaan asiakkaiden toimintakykyisyyden säilymistä mahdollisimman pitkään on pilotinkin tavoite. **Tulokortin konkreettinen tavoite on laitoshoidon uhkan väheneminen, jota puolestaan mitataan Rain laitoshoidon uhka-indikaattorilla ja lääkitystietojen ajantasaisuudella. Tämä puoltaisi Rai-arviointien tekemistä asiakkaille, jos halutaan valmiita, selkeitä mittareita toiminnan seuraamiseen.**

Syrjäytymisen ehkäisy –kohdasta löytyy palvelukeskuksen ryhmiä, joissa monet asiakkaat käyvät ja itse tukiasuntopilotinkin, viimeksi mainittu kohdasta tavoitteet. Mittareiksi tarjotaan ryhmien ja niiden kävijöiden määriä ja pilotin raportointia ja seurantaa. Prosessi- ja laatujohtamiskirjallisuudessa (mm. Laamanen, Lecklin) jo työryhmän ja ohjausryhmän olemassaolo ovat laadun varmistamista.

Sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelmassa 2014-2016 yhtenä tavoitteena on asiakasmäärien lisääminen työntekijää kohti. Ryhmäkodissa tämä on kiistatta tapahtunut tukiasuntojen myötä.

Esimerkkejä alustavista prosessikuvauksista

Käytännön työnjako (1.versio)

Ryhmäkoti Ronja vastaa asiakkaan lääkityksestä ja hoitosuunnitelman teosta yhdessä asiakkaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Asiakkaiden hoidon kokonaisuutta koordinoimaan ajateltiin aluksi vastuuhoidajaa, ts. sairaanhoitajaa tai mielenterveyshoitajaa. Käytännössä kuitenkin asiakkaan lähin luottotyöntekijä voi olla myös sosiaaliohjaaja ja suurin osa kontakteista tapahtua palvelukeskuksen puolella. Olisi melko keino- tekoista pitää tiukasti kiinni vastuuhoidajuuden käsitteestä, joten asiakkailla on lähityöntekijä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmien teko on tutuinta terveydenhuollon koulutuksen saaneille, joten ne laaditaan moniammatillisesti yhdessä yhteistyössä asiakkaan kanssa.

Jos asiakas tarvitsee tukea nimenomaan lääkehoidon toteutuksessa, lääkkeet säilytetään Ronjassa ja asiakas käy ottamassa ne siellä. Myös reseptien uusiminen ja lääkkeiden tilaaminen apteekista huolehditaan Ronjasta käsin. Asiakkailla on sopimus Itäkeskuksen apteekin kanssa joka toimittaa lääkkeet ryhmäkotiin.

Vanhustenkeskuksen lääkäri ja konsultoiva vanhuspsykiatri Eeva Hölttä tapaavat asiakkaan asumisen alussa ja tarvittaessa.

Mahdollisesti määrättävät laboratoriokokeet otetaan Ronjassa torstai-aamuisin jolloin laboratoriohaja käy ryhmäkodeissa. Jos tarvitaan näytteitä muina arkipäivinä Ronjan sairaanhoitaja ottaa näytteen ja lähettää sen laboratorioon saman käytännön mukaan kuin ryhmäkodin asukkailla.

Ronjassa voidaan seurata asiakkaan verenpainetta ja painoa, ottaa verensokerikontroleja ja tehdä pieniä sairaanhoidollisia toimenpiteitä kuten tikkien poisto tai injektion anto.

Pilotin nykyisille asiakkaille hygienian hoidossa tarvittavaksi avuksi riittää saunavuoro Ronjassa kerran viikossa, osa tarvitsee vain lämmitetyn saunan, osa saa pesu- ja paranaajoapua henkilökunnalta.

Jos tarvitaan vaippoja tai muita omahoitotarvikkeita, Ronjan lääkäri kirjoittaa lähetteen omahoitotarvikkeisiin ja ne tilataan samalla kuin ryhmäkodin asukkailla ja toimitetaan ryhmäkotiin.

Ronjassa seurataan asiakkaan vointia aina tavatessa ja keskustellaan kuulumisista ja asumisen sujumisesta. Jos asiakas ei tule paikalle sovittuun aikaan, hänelle soitetaan ja muistutetaan sovituksista tapaamisista. Jos asiakas ei vastaa puhelimeen tai ei suostu/pysty tulemaan paikalle, Ronjasta lähtee tilanteen vaativuudesta riippuen yksi tai useampi hoitaja katsomaan asunnolle. Ronjassa säilytetään asuntojen vara-avaimia hätätilanteiden varalle.

Asiakkaalla on aina (24/7) mahdollisuus soittaa Ronjaan tai tulla paikan päälle tarvittaessa apua tai tukea.

Kotikäyntejä tehdään tarvittaessa ja joskus sovituksi mutta pääperiaate on että asiakas tulee vanhustenkeskukseen.

Asiakkaan on mahdollista esim. sairaalareissulta kotiutuessaan tai muuten kovin ahdistuneena yöpyä Ronjassa sohvalla.

Asiakas pääsee halutessaan mukaan ryhmäkodin retkille, fysioterapiaryhmiin ja virike-toimintaan tai vaikka ryhmäkodin asukkaiden kanssa syömään ravintola Helmeen tai ryhmäkotiin. Asiakas on tervetullut oleskelemaan ryhmäkodissa kaivatessaan seuraa. Asiakkaalle voidaan keksiä ryhmäkodissa mielekästä tekemistä toiveiden mukaan.

Palmia laskuttaa asiakasta vanhustenkeskuksen ravintola Helmessä ja ryhmäkodissa syödystä ruuasta, erään asiakkaan kanssa on sovittu myös että hän saa syödä ilmaiseksi niinä päivinä, kun auttelee ryhmäkodin keittiöissä. Ravintolasta voi ostaa ruokaa myös mukaan kotona lämmitettäväksi.

Vaatehuolto on mahdollista vanhustenkeskuksen tiloissa, jos omaa pesukonetta ei ole. Toimintaterapeutti on ollut mukana harjoittelemassa arkielämän taitoja asiakkaiden kanssa. Tukipalvelut kuten apuvälineet ja siivouspalvelu tulevat kotihoidon kautta.

Ryhmäkodin ja palvelukeskuksen sosiaaliohjaajat auttavat asiakkaita erilaisten sosiaalietuuksien hakemisessa. He ovat myös hyvin pitkälle vetovastuussa viriketoiminnan järjestämisestä yksiköissä. Sosiaaliohjaajat auttavat asumiseen liittyvissä käytännön asioissa siinä missä sairaanhoidolliset tehtävät kuuluvat lähinnä hoitotyöntekijöille. Osa tehtävistä on sellaisia, että ne hoitaa se työntekijä joka osuu kohdalle ammatista riippumatta.

Palvelukeskuksessa asiakkaalle on tarjolla ryhmiä joihin osallistua toiveidensa mukaan. Toimintaan kuuluu mm masentuneiden Vire- ja päihdeongelmaisten Pilke-ryhmät.

Palvelukeskuksen työntekijöiltä saa apua ja tukea pulmiinsa arkena päiväsaikaan. Tarkoitus on että uusi sosiaaliohjaaja auttaa asiakkaat asumisen alkuun järjestämällä näiden asioita hyvinkin tiiviisti muuttamisen yhteydessä ja myöhemmin osallistuu sitten enemmän palvelukeskuksen muuhun toimintaan.

Asiakkaaksi tulo (Vapsy-koulutuksessa esitelty versio)

Asiakkaat tulevat koko Helsingin alueelta SAS-sijoittajien kautta. Sopivien asiakkaiden löytyminen tarpeeksi nopeasti asunnon vapautuessa on ainakin aluksi ollut ongelmallista, joten yksi asiakas otettiin mukaan työryhmän jäsenen suosituksesta ja myös kotihoidolta on kysytty halukkuutta ohjata tukiasuntopilottiin sopivia asiakkaita. Tarkoitus oli alun perin priorisoida asiakasvalinnoissa Suursuon sairaalan osastoa 23 ja arviointiyksiköitä. Niillä ei kuitenkaan ole toistaiseksi ollut juuri tarjota tukiasuntopilottiin soveltuvia asiakkaita. Kyseessä on matalan kynnyksen palvelu johon kriteerit täyttävä henkilö voi päästä kenen tahansa aloitteesta ilman läheteitä. Asiakkaalla voi olla myös riippuvuusongelmia psykiatrisen sairauden lisäksi.

Asiakasvalinta alkaa siitä että lähettävän tahon soveliaaksi arvioimasta henkilöstä faksataan tiedot ryhmäkotiin. Työryhmä tutustuu papereihin. Jos niistä ei ilmene mitään sellaista, mikä suoralta kädeltä rajaisi henkilön pilottiin soveltumattomaksi (esim. jatku-

va valvonnan tarve tai muistisairaus), työryhmä käy tapaamassa ehdotettua asiakasta. Tapaamisessa arvioidaan henkilön soveltuvuutta ja motivaatiota tuettuun asumiseen. Käytännössä työryhmän jäsenten lomien ja kolmivuorotyön vuoksi myös yksiköiden esimiehet ovat osallistuneet aktiivisesti asiakasvalintaan ja käyneet haastattelemassa pilottiin ehdotettuja asiakkaita. Vanhustenkeskuksen työryhmä konsultoi Eeva Hölttä asiakasvalinnoissa. Työryhmä tekee asiakasvalintapäätöksen yhdessä hänen kanssaan.