

IKÄIHMISEN ASUKASVALINNAN KEHITTÄMINEN

Uusi toimintamalli palveluohjaukseen

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittä-
minen ja johtaminen
Opinnäytetyö
Kevät 2015
Kirsi Oksanen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, ylempi ammattikorkeakoulututkinto

OKSANEN, KIRSI: Ikäihmisen asukasvalinnan kehittäminen
Uusi toimintamalli palveluohjaukseen

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, opinnäytetyö, 75 sivua, 1 liitesivu

Kevät 2015

TIIVISTELMÄ

Tämä kehittämishanke toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämishankkeena Porvoon vanhus- ja vammaispalveluissa. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää ikäihmisen asukasvalintaan liittyvää SAS-palveluohjausprosessia (Selvitä – Arvioi – Sijoita) siten, että ikäihmiselle voidaan turvata hänen toimintakykynsä mukainen hoivapaikka, kun kotona asuminen ei enää onnistu. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää uusi toimintamalli, joka mahdollistaa kokonaisvaltaisen palvelutarpeen arvioinnin ja parantaa palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointia.

Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena. Ennen kehittämishankkeen alkua SAS-prosessin nykytila mallinnettiin. Kehittämishankkeen toteutukseen osallistui eri edustajia SAS-prosessista. Heidän tietämystä ja osaamistaan hyödynnettiin hankkeessa. Uuden toimintamallin sisältöä työstettiin neljän eri työryhmän avulla. Työryhmien tehtävänä oli työstää kehittämishankkeen eri osakokonaisuuksia. Uuden toimintamallin kehittäminen kulki rinnan vanhan toimintamallin kanssa. Tämä mahdollisti sen, että työryhmien tuotokset otettiin heti mukaan käytäntöön, jotta niiden toimivuutta pystyttiin arvioimaan.

Kehittämishankkeen tietoperustassa painotettiin palveluohjauksen merkitystä. Tällä haluttiin vahvistaa ja syventää eri toimijoiden ymmärtämystä kokonaisvaltaisen palvelun merkityksestä.

Kehittämishankkeen tuloksena saatiin uusi toimintamalli, jonka avulla toimintakäytännöt yhtenäistettiin ja prosessin eri toimijoiden vastuut selkiintyivät. Yhtenäiset toimintakäytännöt ja selkeät vastuut ovat lisänneet yhteistyötä ikäihmistä hoitavien tahojen kesken.

Asiasanat: SAS-toiminta, palveluohjaus, palvelutarpeen arviointi, toimintakyvyn arviointi

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Social and Health Care

OKSANEN, KIRSI

Development of choosing housing
services for elderly people
A new model for case management

Master Degree Programme in Developing and Management of Social and
Health Care, 75 pages, 1page of appendices

Spring 2015

ABSTRACT

This development project was carried out as a working life development project in the elderly and disability service unit in Porvoo. The aim of this development project was to develop the SAS – case management process (manage – assess - place), so that it is possible to secure a place in the housing services according to the functional capability of elderly people when living at home is no longer possible. The target of this development project was to develop a new model that enables a comprehensive assessment of service needs and improves their assessment and functional capacity.

The development project was carried out as an action research. Before the start of the development process, the current state of the SAS-process was mapped out. The participants of this development project were different representatives of the SAS-process. Their knowledge and expertise was utilized in the project. The content of the new model was worked through four different working groups. The working groups were appointed to work on different parts of the whole development project. The development of the new model went hand in hand with the old model. This allowed for the outputs of the working groups to be put immediately into practice. At the same time the effectiveness of the outputs could be estimated.

The theoretical framework highlighted the importance of case management. This was to strengthen and deepen the understanding of the different actors in the role of a comprehensive service.

The output of the development project was a new model, which allowed operating practices to be harmonized and the responsibilities of the different actors in the process were made clearer. Uniform operating procedures and clear responsibilities have increased the co-operation among the parties involved in elderly people care.

Key words: SAS-operation, case management, evaluation of service needs, evaluation of functional capacity

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
1.1	Kehittämishankkeen lähtökohdat	1
1.2	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite	5
1.3	Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio	6
2	SAS-TOIMINTA	10
3	KEHITTÄMISHANKKEEN KESKEISET KÄSITTEET	14
3.1	Palveluohjaus	14
3.1.1	Palveluohjauksen määritelmä	15
3.1.2	Palveluohjaus prosessina	16
3.1.3	Palveluohjauksen toteutusmalleja	18
3.1.4	Ikäihmisen palveluohjaus	21
3.2	Palvelutarpeen arviointi osana palveluohjausta	23
3.3	Toimintakyvyn arviointi	25
4	KEHITTÄMISHANKE TOIMINTATUTKIMUKSENA	29
4.1	Toimintatutkimus	29
4.2	Kehittämishankkeen vaiheet	32
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN	34
5.1	Lähtötilanteen kartoitus	34
5.2	Kehittämishankkeen työryhmät	35
5.3	Kehittämiskohteiden valinta	35
5.4	Päätöksentekoprosessin selkeyttäminen	38
5.5	Palvelutarpeen arvion kehittäminen	40
5.6	Palvelun myöntämisperusteiden päivittäminen	42
5.7	SAS-prosessia palveleva tietojärjestelmä	44
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOS	48
6.1	Uusi toimintamalli	48
6.2	Toimintamallin eri vaiheet	52
7	KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIONTI	57
7.1	Kehittämishankkeen prosessin arviointi	57
7.2	Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys	62
7.3	Kehittämishankkeen tulosten arviointia	63
7.4	Jatkokehittämisaiheet	67

1 JOHDANTO

1.1 Kehittämishankkeen lähtökohdat

Viime vuosikymmenien aikana Suomen väestörakenne on muuttunut huomattavasti. Suomalainen yhteiskunta ikääntyy. Väestörakenteen muutoksen taustalla on syntyvyyden laskeminen ja elinajanodotteen kasvaminen sekä suurien ikäluokkien eläköityminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 13.) Seuraavan kahden vuosikymmenen aikana vanhushuolto-suhde, jolla tarkoitetaan yli 65-vuotiaiden määrää verrattuna työikäiseen väestöön, kasvaa nykyisestä 25 prosentista lähes 43 prosenttiin. (Sosiaali-huollon lainsäädännön uudistaminen, 73.) Vuoteen 2030 mennessä väestöennusteen 2009-2030 mukaan 75-84 ja yli 85 vuotta täyttäneiden määrä tulee kaksinkertaistumaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 13-14; Koskinen, Martelin & Sihvonen 2013, 31.) Ikärakenteen muutos sekä palvelujärjestelmän ja - rakenteen muutostarpeet asettavat vanhustenhuol- lolle suuria haasteita. Ikäihmisten määrän kasvu vaikuttaa sosiaali- ja ter- veyspalveluiden tarpeeseen, kustannuksiin ja myös kysyntään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Vanhimpien ikäluokkien määrän kasvu asettaa kunnille suuria haasteita vastata kasvavaan palveluiden tarpeen kysyn- tään. Kuntien on mietittävä resurssien käyttö uudestaan ja samalla pyrit- tävä hillitsemään kustannusten kasvua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa KASTE 2012-2015 otetaan kantaa ikäihmisten palveluiden rakenteen ja sisällön uudistamiseen. Ohjelman mukaan palveluiden rakennemuutos toteutetaan muun muassa parantamalla ja yhdenmukaistamalla palvelutarpeen arvi- ointikäytäntöjä sekä parantamalla erilaisten palveluketjujen sujuvuutta. Uu- distamalla ympärivuorokautista hoitoa ja kehittämällä kotiin annettavia pal- veluita pyritään pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta vähentämään. Palveluja tulee kehittää myös luomalla asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia ja varmistamalla tarkoituksen- ja oikeudenmukaiset palvelut. (Sosiaali- ja ter- veysministeriö 2012 b.)

1.7.2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista eli niin sanottu vanhustalvelulaki korostaa ikäihmisen oikeutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluita. Lain myötä kunnille tuli uusia velvollisuuksia. Kuntien tulee tarkastella omien talveluidensa järjestämistapaa, jotta lain velvoitteet saavutetaan. Laki korostaa talvelutarpeen selvitystä eli myönnettujen talveluiden tulee perustua asiakkaan tarpeisiin. Ikäihmisille kohdennettut talvelut tulee perustua asiakaskeskeisyyteen, turvallisuuteen ja laadukkuuteen. Talveluita tulee tarjota yhdenvertaisesti. Sosiaali- ja terveystalveluiden tulee olla riittäviä ja oikea-aikaisia, jotta ikäihmisen toimintakykyä ja kotona-asumista pystytään tukemaan. Ikäihmisen talveluntarve selvitetään kokonaisvaltaisesti ja arvioinnin apuna käytetään luotettavia ja monipuolisia arviointivälineitä. Tehdyn talvelutarpeen selvityksen perusteella ikäihmiselle tehdään hoito- ja talvelusuunnitelma. Sitä hyödynnetään talveluita myönnettäessä. Iäkkään henkilön on saatava hänelle myönnettynä talvelut tietyn määräjän kuluessa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012.)

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos THL ja Sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto Valvira selvittivät ikäihmisten talveluiden tilannetta ennen vanhustalvelulain voimaantuloa. Yhtenä havaintona selvityksessä oli se, että kolmanneksessa tehostetun talveluasumisen paikoissa oli liian kevyt-hoitoisia asiakkaita eli paikat olivat epätarkoituksenmukaisessa käytössä. Selvityksessä tuli esille tarve yhtenäistää ja tarkentaa kriteerit siihen, millainen talvelutarve tulee olla talveluita myönnettäessä. Liian kevyt asiakasrakenne lisää kustannuksia. (Finne-Soveri ym. 2014, 57- 69.)

Porvoon kaupungin Ikääntymispoliittiseen ohjelmaan vuosille 2010-2020 on kirjattu suunnitelma laitospainotteisen talvelurakenteen muuttamisesta avopainotteisempaan suuntaan. Ohjelman tavoitteena on vähentää pitkä-aikaishoitopaikkoja laitoksissa ja luopua monipuolaisesta talvelujärjestelmästä. (Hyvä ikääntyminen Porvoossa, 3.) Ikääntymispoliittisen ohjelman

taustalla on sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008 sekä sosiaali- ja terveysministeriön Ikähoivatyöryhmän raportti. Laatusuosituksen mukaan palvelurakennetta tulee muuttaa vähentämällä laitoshoidtoa ja tukemalla kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Laitoshoidtoa vähentämällä vähennetään myös sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia. Laatusuosituksessa korostetaan myös kattavan yksilökohtaisen palvelutarpeen arvioinnin merkitystä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3-9.) Ikähoivatyöryhmän ehdotuksen mukaan ympärivuorokautisen hoivan rakenteita tulee muuttaa siten, että luovutaan moniportaisesta palvelurakenteesta, jossa hoivaa toteutetaan terveyskeskussairaalassa, vanhainkodeissa ja tehostetussa palveluasumisessa ja siirrytään yksiportaiseen järjestelmään. Tällä muutoksella pyritään välttämään ikäihmisten siirtoja hoitolaitoksesta toiseen toimintakyvyn muuttuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 23-27.)

Porvoon kaupungin ikääntymispoliittisen ohjelman vuosille 2010-2020 mukaan ympärivuorokautisen hoivan paikkoja tulee lisätä ohjelmakauden aikana 120-140 paikalla. Laitospainotteista hoivaa kevennetään korvaamalla terveyskeskusvuodeosastojen pitkäaikaishoivaa kevyemmällä vaihtoehdoilla. Jotta kyseinen palvelurakennemuutos mahdollistuu, vaatii se omien palveluprosessien kuvaamista ja kehittämistä.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008, 30) mukaan valtakunnallisia tavoitteina on, että vuoteen 2012 mennessä yli 75-vuotiaista

- 91- 92 % asuu kotona,
- 13 -14 % on säännöllisen kotihoidon piirissä,
- 5 - 6 % on omaishoidontuen piirissä,
- 5 - 6 % on tehostetun palveluasumisen piirissä ja
- 3 % on hoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Vuoden 2011 Porvoon kaupungin vanhuspalveluiden kuukausitilaston mukaan porvooolaisista yli 75-vuotiaista 88 % asui kotona, 15 % oli säännöllisen kotihoidon piirissä, 2,2 % oli omaishoidon piirissä, 3,9 % tehostetun

palveluasumisen piirissä ja 6 % laitoshoidossa. (Kuukausitilasto 2011). Luvut osoittavat, että Porvoon kaupungin vanhuspalvelut ovat liian laitospainotteinen. Vuonna 2013 ilmestynyt laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi linjaa valtakunnalliset tavoitteet vuoteen 2017 asti. Sen mukaan valtakunnallisina tavoitteina yli 75-vuotiaiden osalta on että

- 91- 92 % asuu kotona
- 13 -14 % on säännöllisen kotihoidon piirissä
- 6 - 7 % on omaishoidontuen piirissä,
- 6 - 7 % on tehostetun palveluasumisen piirissä ja
- 2 - 3 % on hoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla

Vuoden 2017 tavoitteiden osalta laitospainotteista hoitoa tulee edelleen vähentää ja lisätä kotiin annettavia palveluja.

Vuonna 2012 valmistui Nordic Health Caren (NHG) tekemä raportti Porvoon kaupungin ikäihmisten hoitoketjuista. NHG:n tekemän selvityksen tarkoituksena oli tunnistaa ja analysoida erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon vuodeosastojen ja kotihoidon kriittiset kohteet. Raportti toi esille useita sekä lyhyen että pidemmän aikavälin tavoitteita. Raportin mukaan kaupungin palvelurakenne oli laitospainotteinen vertailukuntiin nähden. Porvoossa oli enemmän vanhainkotihoitoa ja vähemmän tehostettua palveluasumista kuin 20-50 000 asukkaan kunnissa Suomessa keskimäärin. Vaikka Porvoossa on merkittävä vanhainkotikapasiteetti, on vanhainkotien käyttöaste yli 100 % eli osa asiakkaista on ollut ylipaikoilla. Palveluasumista jonottavat kuormittavat kaikkia palveluja. Selvityksen mukaan osa ikäihmisistä oli sijoitettu väärin perustein laitoshoitoon tai asumispalveluihin. He eivät täyttäneet sen hetkisiä myöntämisperusteita eli sijoitus oli tapahtunut liian varhain. Väärin perustein sijoitetut ikäihmiset kuormittavat koko palvelurakennetta. (Porvoon ikäihmisten hoitoketjujen analysointi ja kehittäminen 2011.)

Palvelurakenteen muutoksen onnistumisen yhtenä edellytyksenä ovat oikein tehdyt ikäihmisten sijoituspäätökset. Sijoituspäätöksillä tarkoitetaan ikäihmisen sijoittamista hoiva-asumiseen, kun kotona-asuminen ei enää onnistu. NHG:n raportin yhdeksi kehittämiskohteeksi esitettiin ikäihmisten asukasvalintaprosessin eli SAS-prosessin (Selvitä – Arvioi – Sijoita) kehittämistä. SAS-prosessi sisältää kotihoidossa olevien ikäihmisten palvelutarpeen arvioinnin, palveluohjauksen ja sijoituksen siinä vaiheessa, kun toimintakyky ja kotona pärjääminen on oleellisesti vaikeutunut.

Porvoon kaupungin ikääntymispoliittisen ohjelmassa on esitetty vanhuspalveluiden kehittämislinjaukset ja muutokset vuosille 2010-2020. Sen mukaan laitospaikkoja vähennetään muuttamalla vanhainkoteja tehostetun palveluasumisen yksiköiksi ja rakentamalla uusi tehostetun palveluasumisen yksiköitä. Terveyskeskuksen vuodeosaston pitkäaikaispaikkojen määrää vähennetään profiloimalla vuodeosastoja enemmän kuntoutus- ja vastaanottoyksiköiksi. (Hyvä ikääntyminen Porvoossa, 25-26.) Tämä kehittämishanke on osa vanhuspalveluiden palvelurakennemuutoshanketta, jota Porvoon kaupungin vanhuspalveluissa ollaan tekemässä. Aloite kehittämishankkeelle tuli vanhuspalveluiden johdolta.

1.2 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite

Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää ikäihmisen asukasvalintaan liittyvää SAS-palveluohjausprosessia, jotta kullekin vanhusasiakkaalle turvataan hänen toimintakyvyn mukainen sijoituspaikka ja vältetään palvelurakennetta kuormittavilta vääriltä valinnoilta.

Kehittämishankkeen tavoitteena on luoda uusi toimintamalli, joka mahdollistaa ikäihmisen kokonaisvaltaisen palvelutarpeen arvioinnin ja parantaa SAS-prosessiin liittyvää palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointia. Uuden toimintamallin myötä SAS-prosessin eri vaiheet on kuvattu ja niiden sisältö ja tavoitteet on määritelty.

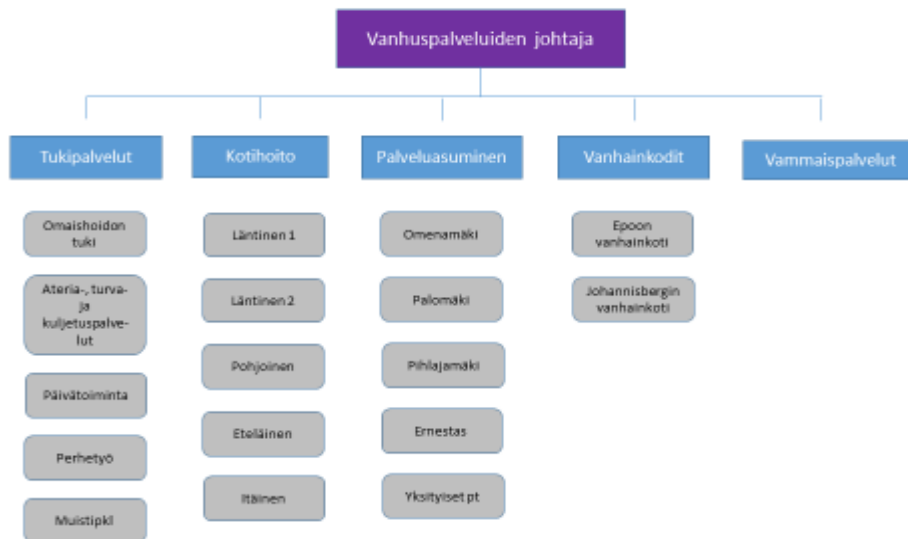
Uuden toimintamallin myötä yhteisesti sovittujen käytäntöjen johdosta ikäihmisen palvelutarpeenarviointi on kokonaisvaltaisempaa ja mahdollistaa ikäihmisen yksilöllisen palvelutarpeen selvityksen. Kokonaisvaltaisen palvelutarpeen selvityksen avulla ikäihmiselle löydetään hänen toimintakykynsä mukainen oikea sijoituspaikka. Uuden toimintamallin avulla SAS-prosessin eri vaiheet tulevat selkeämmiksi ja konkreettisemmiksi. Toimintamallin myötä SAS-prosessissa toimivien tahojen vastuut ja velvollisuudet selkeytyvät. Uuden toimintamallin avulla SAS-prosessia pystytään nopeuttamaan, koska turhat vaiheet on pyritty poistamaan.

1.3 Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio

Porvoon kaupunki sijaitsee Etelä-Suomessa Uudenmaan maakunnassa. Kaupungin väestöpohja on noin 50 000 asukasta. Vuonna 2012 yli 65 vuotta täyttäneiden osuus on 17 % ja yli 75-vuotiaiden osuus 6,9 %. Vuoteen 2020 mennessä yli 75-vuotiaiden määrä tulee nousemaan 9 prosenttiin. (Hyvä ikääntyminen Porvoossa, 6.)

Porvoon kaupungin organisaatio jakautuu kolmeen eri toimialaan; konsernihallintoon, sivistystoimeen ja sosiaali- ja terveystoimeen. Tämä kehittämissanke toteutettiin Porvoon kaupungin vanhus- ja vammaispalveluissa, joka on yksi sosiaali- ja terveystoimen tulosalueista. Muut tulosalueet ovat terveyspalvelut ja sosiaali- ja perhepalvelut. Vanhus- ja vammaispalvelut

jakautuu viiteen eri tulosyksikköön: tukipalvelut, kotihoito, palveluasuminen, vanhainkodit ja vammaispalvelut. (kuvio 1.)



Kuvio 1. Vanhus- ja vammaispalveluiden organisaatio

Vanhuspalveluiden visiona on arvokas ja aktiivinen ikääntyminen kotona. Tavoitteena on hoitaa ikääntyviä mahdollisimman pitkään omassa kodissa. Kotona asumista tuetaan kotihoidon ja erilaisten tukipalveluiden avulla. Kotihoito sisältää kotiin annettavan kotisairaanhoidon ja kotipalvelun. Sen tavoitteena yhdessä asiakkaan, omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa tukea asiakkaan omatoimisuutta siten, että kotona asuminen on mahdollisimman turvallista. Kotihoidon asiakkaana ovat henkilöt, jotka fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen tai sosiaalisen toimintakyvyn alenemisen vuoksi tarvitsevat apua jokapäiväisissä toiminnoissaan. Kotipalvelu sisältää avustamista asiakkaan henkilökohtaisessa hygieniassa, lääkehoidossa ja muissa päivittäisissä toiminnoissa. Kotisairaanhoidon saavat ne henkilöt, jotka eivät pysty käyttämään terveydenhuollon avosairaanhoidon palveluja. Kotihoito perustuu yhteisesti laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jossa määritellään asiakkaan palvelun tarve ja annettava palvelu. Kotihoito jakaantuu maantieteellisesti viiteen eri alueeseen; eteläinen, itäinen, pohjoinen, läntinen 1 ja läntinen 2 alue.

Tukipalveluihin kuuluvat ateria-, turvapuhelin- ja kuljetuspalvelu, omaishoidon tuki, päivätoiminta, muistipoliklinikan toiminta sekä vapaa-ajanohjaus. Ateriapalvelulla tarkoitetaan kotiinkuljetettavaa lämmintä ateriaa. Ateriapalvelu myönnetään henkilölle, joka ei vammaan tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi kykene itse valmistamaan ruokaa tai ruokailemaan kodin ulkopuolella. Turvapuhelinpalvelu on kohdennettu pienituloisille, yksinasuville ikäihmisille. Kuljetuspalvelu myönnetään virkistys- ja asiointimatkoihin pienituloisille ikäihmisille, jotka eivät pysty käyttämään linja-autoa tai omaa autoa matkustamisessa. Omaishoidontuen avulla tuetaan kotona tapahtuvaa omaisen tai läheisen hoitamista. Päivätoiminta on tarkoitettu kotona asuville ikäihmisille, joiden toimintakyky on alentunut. Toiminnan tavoitteena on virikkeellisen ja kuntouttavan toiminnan avulla tukea jäljellä olevaa toimintakykyä ja tukea mahdollista omaishoitajaa. Muistipoliklinikan toiminta on kohdennettu yli 65-vuotiaiden muistisairauksien tutkimiseen, hoitoon ja ohjaukseen.

Palveluasuminen käsittää tavallisen ja tehostetun palveluasumisen. Palveluasuminen määritellään tavalliseksi tai tehostetuksi palveluasumiseksi sen perustella, onko yksikössä saatava hoito osa- tai ympärivuorokautista ja mikä on henkilökunnan mitoitus. Tehostetun palveluasumisen hoitajamitoitus on tavallista palveluasumista korkeampi. Palveluasuminen tulee kyseeseen, kun kotona asuminen ei enää onnistu kotihoidon apujen turvin. Palveluasumista järjestetään kunnan neljässä omassa palveluasumisyksikössä ja kahdessa yksityisessä palvelutalossa. Tavallisen palveluasumisen yksiköitä ovat Omenamäen palvelukeskus ja Ernestasin palvelutalo. Omenamäen palvelukeskuksessa on palvelukeskustoiminnan lisäksi palvelutalo ja kolme ryhmäkotia. Omenamäen palvelutalossa on henkilökunta paikalla ympäri vuorokauden, mutta hoitajamitoitus on pienempi kuin tehostetussa palveluasumisessa. Ernestasin palvelutalo on pieni 10 paikkainen yksikkö, jossa henkilökunta on paikalla klo 7-21. Tehostetun palveluasumisen yksiköitä ovat Palomäen palvelukeskus, Pihlajamäen ryhmäkoti sekä ostopalveluyksiköt Laamannin hoivakoti ja Hongaksen palvelutalo. Palomäen palvelukeskus on 55 paikkainen yksikkö, jossa on kaksi ryhmä-

kotia muistisairaille (24 paikkaa) ja 31 paikkainen palveluasumisen yksikkö. Pihlajamäen ryhmäkoti on pieni 15 paikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö. Laamannin hoivakoti on 66 paikkainen yksikkö, jossa sijaitsee kolme ryhmäkotia muistisairaille sekä palveluasumisen yksikkö. Hongaksen palvelutalossa on 21 paikkaa.

Laitoshoitoa Porvoossa järjestetään sekä vanhainkodissa että terveyskeskuksen vuodeosastolla. Terveyskeskuksen vuodeosastot kuuluvat hallinnollisesti terveyspalveluihin. Vanhainkoteja on Porvoossa kaksi, Johannisbergin ja Epoon vanhainkodit. Epoon vanhainkodissa sijaitsee lyhytaikais- ja kuntoutusosasto Apollo, joka järjestää sekä vuoro- että intervallihoitoa kotona asuville ikäihmisille. Toiminnan tavoitteena on tukea ikäihmisten kotona selviytymistä ja omaisten jaksamista. Vanhainkotien paikkamäärä on yhteenlaskettuna 220 paikkaa. Terveyskeskusvuodeosastoja Porvoossa on neljä, joista yksi on akuutti- ja vastaanotto-osasto. Potilaspaikkoja on yhteensä 109. Vammaispalvelun toiminta käsittää kehitysvammaisten ja vaikeavammaisten palvelut ja tukitoimet.

2 SAS-TOIMINTA

SAS-toiminnalla (Selvitä-Arvioi-Sijoita) on merkittävä osuus ikäihmisten palveluissa. Sen avulla koordinoidaan ikäihmisten saamia asumispalveluita. Kun ikäihminen ei enää pärjää kotona kotihoidon palveluiden turvin, tulee ajankohtaiseksi miettiä, mikä on sopiva hoito- ja asumismuoto jatkossa. Kuntien ja kaupunkien välillä on eroavaisuuksia, miten ikäihmisen sijoittaminen hoivapalveluihin tapahtuu. Melko vakiintunut toimintamuoto sosiaali- ja terveydenhuollossa on SAS-toiminta. SAS-toiminnan tavoitteena on löytää ne ikäihmiset, jotka eivät enää pärjää kotona ja sijoittaa heidät palveluasumiseen, tehostettuun palveluasumiseen tai laitoshoitoon. (Laatikainen 2009, 3; Tepponen 2009, 124.)

Päätöksen ikäihmisen sijoituksesta tekee moniammatillinen työryhmä, jonka jäseninä toimivat koti- ja laitoshoidon ammattilaiset. (Ala-Nikkola 2003, 43). Moniammatillisuuden etuna on laaja asiantuntemus, jonka avulla voidaan kokonaisvaltaisemmin keskustella asiakkaiden tarpeista ja etsiä erilaisia mahdollisuuksista hoidon toteuttamiseen. Asiantuntijuus lisää myös tasapuolisuutta ja objektiivisuutta päätöksentekoon. (Ylinen 2006, 67.) Kunnasta ja kaupungista riippuen näitä työryhmiä kutsutaan SAS- tai SAP-työryhmiksi (Selvitä-Arvioi-Palveluohjaa). SAP-työryhmän toimenkuvaan sisältyy enemmän palveluohjausta. (Tepponen 2009, 124.)

SAP-työryhmän merkitys palveluiden koordinoijana on merkittävä, sillä palveluja tuotetaan monimuotoisessa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden kontekstissa (Ylinen 2006, 10). Työryhmän tavoitteena on suunnata palveluja kustannustehokkaasti siten, että ikäihminen sijoittuu toimintakykynsä mukaiseen palveluun. Päätöksenteko on tasapainoilua taloudellisten resurssien sekä asiakkaiden eri lähtökohtien ja tarpeiden välillä. (Ylinen 2006, 33.)

SAP-työryhmän keskeinen toimintatapa on säännöllisesti pidettävä kokous, jossa käsitellään kotihoidon tai sairaalan tekemät hakemukset. Arviointi tehdään sosiaalisen taustan, toimintakyvyn ja terveydentilan perusteella. (Laatikainen 2009, 3-4.) Päätöksenteon tukena käytetään yleensä

kunnassa yhteisesti sovittuja kriteerejä. Yhtenäiset kriteerit helpottavat päätöksentekoa ja edesauttavat tasa-arvoista päätöksentekoa.

Päätöksenteko tapahtuu monialaisessa kontekstissa. Tilanteisiin saattaa liittyä erilaisia reunaehtoja, monimutkaisia taustatekijöitä ja yhteistyökumppaneita. Ylinen (2006) on tutkinut SAS-prosessin päätöksentekoa. Päätöksenteon haasteena on tiedonkulku ja kyky tunnistaa ikäihmisen tarpeet oikein. Muutokset asiakkaan tilanteessa ja jokapäiväinen selviytyminen ei välttämättä välity SAP-työryhmälle. Tilanteiden ennakointi on myös haasteellista. Ennakoinnilla on mahdollista vähentää väliaikaisia sijoituspäätöksiä. SAP-työryhmässä käsiteltävien asioiden etukäteisvalmistelu ja kokouksissa käsiteltävien asioiden tiedottaminen on tärkeää, jotta työryhmän jäsenet ehtivät paneutua kokouksissa käsiteltäviin asioihin riittävän ajoissa. Päätöksenteon haasteena on myös se, kenen näkökulmaa päätöksenteossa tulee huomioida ja kunnioittaa. Vanhuksen, hänen omaistensa ja asiantuntijan näkemykset hoivan tarpeesta saattavat olla ristiriidassa. (Ylinen 2006, 68-78.)

Ala-Nikkola (2003) on väitöskirjassaan tutkinut vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuutta. Päätöksenteossa joudutaan samaan aikaan huomioimaan asiakkaan palvelutarpeet sekä palvelujärjestelmän reuna-ehdot. Näiden asioiden yhteensovittaminen on usein haasteellista ja se määrittelee mahdollisuudet tuottaa tarvittavia palveluja. SAS-prosessissa tehtävät päätökset eroavat kotihoidossa tehtävistä päätöksistä mm. siten, että vanhuksen ja omaisen osallistumismahdollisuudet kotihoidon päätöksenteossa ovat suuremmat. SAS-prosessin päätökset tapahtuvat yleensä kokouksissa, jossa vanhus tai omainen ei ole läsnä. Kokouksissa tehtävät päätökset ovat myös merkittäviä, koska usein vanhus joutuu luopumaan kodistaan ja vastuu vanhuksen hoidon järjestämisestä siirtyy vanhukselta itseltään tai omaiselta palvelujärjestelmälle.

Salmelan (2010, 53-54) mukaan haasteellista SAS-toiminnassa on se, millä perusteella sijoitusvalinnat tehdään. Jos jonossa on monta ”yhtä tarvitsevaa”, kenelle vapautuva paikka myönnetään? Hän tuo myös esille

vanhustenhuollon osittain paradoksaalisen luonteen; ikääntyminen aiheuttaa toimintakyvyn alenemista, jota kuitenkin pyritään välttämään viimeiseen saakka ja kotona asumista tuetaan mahdollisimman pitkään. Ennaltaehkäisevää sijoittamista ei juuri tapahdu.

Klemola (2006, 37, 105) tutki väitöskirjassaan siirtymävaihetta vanhuksen siirtyessä omasta kodista hoivakotiin. Tutkimuksen mukaan muutto kotoa hoivakotiin koetaan yleensä raskaana elämäntapahtumana. Siirtymävaiheeseen liittyy usein kokemus terveyden menettämisestä ja kuoleman läheisyydestä.

Vanhuksen siirtymävaihe sisältää viisi eri vaihetta; ennakoiva vaihe, siirtymävaiheen käynnistyminen, odotusvaihe, siirtyminen hoitokotiin ja siirtymävaiheen päätyminen. Ennakoivaan vaiheeseen liittyy terveydentilan heikkeneminen ja erilaiset tilanteeseen liittyvät tekijät, kuten sosiaalisen tuen puute ja omaisten väsyminen tai huoli ikäihmisen selviytymisestä. Siirtymävaihe käynnistyy kun hakemus palveluasumiseen tehdään. (Klemola 2006, 79-85.)

Muutokset, jotka aiheuttavat siirtymävaiheeseen joutumisen voidaan luokitella eri ulottuvuuksiin; kehityksellisiin, tilanteellisiin ja terveys-sairaus ulottuvuuksiin. Kehityksellisestä tekijästä voidaan puhua silloin, kun sekä vanhus itse että omaiset ovat valmiita siihen, että hän siirtyy hoiva-asumiseen. Vanhus voi kokea kotona olonsa turvattomaksi. Tilanteellinen tekijä voi olla esimerkiksi se, että kotona asuminen ei enää onnistu aviopuolison kuoleman johdosta. Kun toimintakyvyn vaje ja sairaudet estävät kotona asumisen, on kyse terveys-sairaus ulottuvuudesta. Joskus laukaisevana tekijänä voi olla kaikki kolme tekijää. (Klemola 2006, 34-37.) Siirtymävaiheen onnistumisen edellytys on, että ikäihminen otetaan mukaan hänen oman elämänsä koskevaan päätöksentekoon. Siirtymävaiheen käynnistyessä ikäihminen tulee olla tietoinen asiasta ja hänen tulee saada riittävästi tietoa päätöksentekoon liittyvistä asioista ja asioista tulee keskustella avoimesti. (Klemola 2006, 123.)

Porvoon kaupungin vanhus- ja vammaispalveluissa SAS-toiminnan avulla koordinoidaan ikäihmisten tarvitsemia palveluasumisen ja laitoshoidon palveluja. Porvoossa SAS-toiminta alkoi vuonna 2000, jolloin SAS-hoitajan toimi perustettiin. Organisaatiokaaviossa SAS-hoitaja sijoittuu palveluasumisen tulosityksikköön. SAS-hoitajan tehtävänä on antaa palveluohjausta, koordinoida asiakkaiden sijoittumista palvelujärjestelmässä, toimia yhdyshenkilönä palvelujärjestelmän ja omaisten välillä, vastata lyhyt aikais- ja intervallihoidon koordinoinnista sekä toimia SAP-työryhmän sihteerinä.

Porvoon kaupungin vanhus- ja vammaispalveluiden SAS-toiminnan keskeinen tekijä on moniammatillinen SAP-työryhmä (Selvitä-Arvioi-Palveluohjaa), joka valitsee asukkaat kaupungin vapautuviin palveluasumisen eri yksiköihin voimassa olevien palveluohjauksen myöntämisperusteiden mukaisesti. Työryhmä koostuu vanhuspalveluiden eri tulosityksiköiden edustajista. Työryhmän jäsenenä toimivat SAS-hoitaja, vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijä, vanhuspalveluiden ylilääkäri, kotiutushoitaja ja lyhytaikais- ja kuntoutusosaston vastaava hoitaja. Työryhmän puheenjohtajana toimii palveluasumisen palvelupäällikkö eli opinnäytetyöntekijä. Työryhmä kokoontuu säännöllisesti joka toinen viikko. SAP-työryhmä arvioi saapuneiden hakemusten perusteella hakijan palvelun tarpeen ja arvioi täyttyvätkö haetun palvelun myöntämisperusteet. Työryhmä päättää kenelle vapautuneet palveluasunnot myönnetään.

Vanhus- ja vammaispalveluiden nykyinen SAS-prosessi on muovautunut itseksensä vuosien kuluessa nykyiseen toimintamalliin ja suunnitelmat palvelurakenteen muutoksesta ovat lisänneet tarvetta miettiä nykyisiä toimintakäytäntöjä. SAS-prosessilla ei ole varsinaista omistajaa eli toiminnan koordinointi ja kehittäminen on jäänyt tästä syystä tekemättä.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Palveluohjaus

Palveluohjauksen juuret ulottuvat Yhdysvaltoihin 1860-luvulle, jolloin palveluohjauksellista työtettä alettiin kehittää. Yhdysvalloista menetelmä on sittemmin levinnyt muun muassa Britanniaan, Australiaan, Saksaan, Kanadaan ja Suomeen. Palveluohjaus tuli suomalaiseen sosiaalipoliittiseen keskusteluun 1990-luvun puolivälissä. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö oli muuttunut. Julkisen sektorin lisäksi myös yksityinen ja kolmas sektori oli alkanut tuottamaan terveydenhuollon palveluja. Oli tarvetta kehittää menetelmä, jolla palveluiden hajanaisuudesta johtuvia haittoja voidaan lieventää ja yhteen sovittaa eri toimijoiden palveluja. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 18–19.) Myös viime vuosikymmenien aikana laitospainotteisen hoidon muuttaminen avopainotteisempaan suuntaan on aiheuttanut sen, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tarpeet ovat monimutkaisempia ja haasteellisempia kuin aikaisemmin. Terveydenhuolto on sektoroitunutta ja monia eri terveydenhuollon ja muiden toimijoiden palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluiden koordinointi on haasteellista. Palveluohjaus on yksi keino koordinoita palveluja yli sektorirajojen. (Hänninen 2007a, 11-12.)

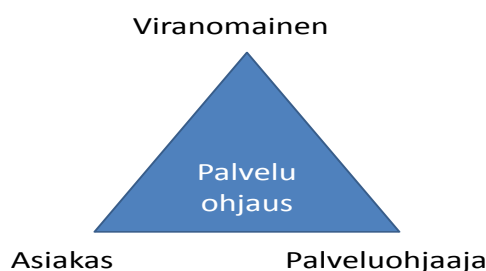
Palveluohjauksella tarkoitetaan asiakastyön menetelmää (case management) sekä palveluiden koordinoitua organisaatiotasolla (service coordination). Case management on yksilökohtaista palveluohjausta ja sen tarkoituksena on vastata yksittäisen asiakkaan tarpeisiin ja löytää hänen tilanteeseensa sopivat palvelukokonaisuudet. Työskentelytapa on asiakaslähtöinen. Service coordination tarkoittaa palveluiden koordinoimista ja yhteensovittamista siten, että annetut palvelut ovat monipuolisia ja päällekkäisyydet on karsittu pois. Suomessa palveluohjaus on vakiintunut tarkoittamaan yksilökohtaista palveluohjausta, jossa keskeistä on asiakkaan ja työntekijän luottamussuhde sekä asiakaslähtöinen työskentelytapa. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 15.)

3.1.1 Palveluohjauksen määritelmä

Palveluohjauksen tarve on yleisesti tunnustettu Suomessa, mutta siitä huolimatta palveluohjaukselle ei ole löydetty vielä yhtenäistä ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää eikä yhteisymmärrystä toiminnan sisällöstä ole löydetty. Palveluohjaus sisältää erilaisia ulottuvuuksia ja niitä on hankala sisällyttää yhteen määritelmään (Hänninen 2007a, 13; Toivola 2014,1.) Palveluohjauksen määritelmän sisältö voi riippua siitä, kuvataanko asiakkaan ja palveluohjaajan suhdetta vai palveluohjaajan toimintaa palvelujärjestelmässä. Myös eri asiakasryhmät tuovat määritelmiin omat painotuksensa. (Frankel & Gelman 2004, 3-4; Suominen & Tuominen 2007, 13.) Hännisen (2007 a, 12-14) mukaan palveluohjaus nähdään kattokäsitteenä. Se on kuin sateenvarjo, jonka alle sijoittuvat palveluohjauksen eri työtteet, asiakasryhmät ja heidän tarpeensa, palveluntuottajat ja palvelut. Hänninen korostaa avointa dialogisuutta eli läsnäoloa ja avointa kommunikaatiota. Suhde perustuu molemminpuoliseen asiantuntijuuteen; asiakas on paras oman elämänsä asiantuntija ja palveluohjaaja ammatillinen asiantuntija. Asiakaslähtöisyyden keskeisenä tekijänä on tasavertainen vuorovaikutus.

Pietiläinen ja Seppälä (2003, 10) määrittelevät palveluohjauksen seuraavasti: ”Palveluohjauksen käsitteellä kuvataan niitä toimintoja, joilla asiakkaan ja viranomaista edustavan palveluohjaajan yhteistyönä suunnitellaan, organisoidaan, yhteen sovitetaan ja arvioidaan palveluja, joita asiakas tai hänen perheensä tarvitsevat nykyisessä elämänvaiheessaan elämänhallintansa tueksi”. Määritelmän mukaan palveluohjaus on asiakaslähtöinen, jäsentynyt ja suunnitelmallinen työtapa, joka kokonaisvaltaisesti huomioi asiakkaan tilanteen ja sen avulla asiakas saa tilanteeseensa tarpeitansa vastaavat palvelut. Palveluohjaus on toimintamalli, jossa toimitaan jäsentyneesti ja suunnitellusti siten, että asiakas saa omaan elämäntilanteeseensa kokonaisvaltaisesti tarvitsemansa palvelut ja toiminta on taoudellista ja tarkoituksenmukaista. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 10.)

Suomisen ja Tuomisen (2007, 13) mukaan ”palveluohjaus perustuu asiakkaan todelliseen kohtaamiseen ja hänen mahdollisimman itsenäisen elämänsä tukemiseen”. Tässä määritelmässä korostetaan asiakkaan ja palveluohjaajan välistä luottamuksellista suhdetta. Palveluohjauksen tavoitteena on vahvistaa asiakkaan voimavaroja ja itsenäistä selviytymistä. He kuvaavat asiakkaan, palveluohjaajan ja viranomaisten välistä vuorovaikutusta kolmiona, jonka sisällä palveluohjaus liikkuu.



Kuvio 2. Palveluohjauksen kolmio. (Suominen & Tuominen, 2007, 14.)

Rauhalan (2011, 16) mukaan palveluohjauksen ydin koostuu asiakkaan kohtaamisesta, luottamuksen rakentamisesta ja itsenäisen elämän tukemisesta. Palveluohjaus on yksilöllinen prosessi, jonka tavoitteena on löytää asiakkaan tarpeita vastaavat palvelut.

3.1.2 Palveluohjaus prosessina

Palveluohjausta voidaan kuvata prosessina, jonka tavoitteena on määrittellä asiakkaan voimavarat ja palvelutarpeet sekä löytää tarvetta vastaavat palvelumuodot. Kun asiakkaalla on pitkäaikainen tai monimutkainen palveluntarve, on palveluohjaus oikea tapa ratkaista ongelmia. Palveluohjaus on selkeä prosessi, jolla on selkeä alku ja loppu. Palveluohjausprosessi voi olla hyvinkin lyhyt tai pitkäaikaisempi. Asiakkaan tarpeet määrittelevät prosessin keston. (Hänninen 2007a,13-14.)

Palveluohjausprosessia on kirjallisuudessa kuvattu eri tavoin. Kansainvälisiin tutkimuksiin pohjautuen Alanikkola (2003, 43) esittää palveluohjauksen prosessiksi, joka koostuu viidestä eri vaiheesta:

1. Asiakkaiden valikointi
2. Asiakkaan palvelutarpeen arviointi
3. Palveluiden suunnittelu ja järjestäminen
4. Palvelutavoitteiden seuranta
5. Hoivajärjestelyjen korjaaminen

Asiakkaan valikoinnissa tulee huomio kiinnittää siihen, kuka eniten palveluja tarvitsee ja hyötyy niistä. *Palvelutarpeen arviointi* on tarpeellinen ihmisille, joilla on monimutkainen ja pitkäaikainen palveluntarve. Palvelutarpeen arvioinnin avulla räätälöidään asiakkaalle hänen tarvitsemansa palvelukokonaisuus. Palvelutarpeen selvitys saattaa olla hyvinkin moniulotteinen, mikäli asiakkaalla on useampia ongelmia. *Palveluiden suunnittelun ja järjestämisen* avulla kootaan palvelut yhteen, tehdään hoitosuunnitelma ja järjestetään asiakkaalle hänen tarvitsemansa palvelut. *Palvelutavoitteiden seurannan* avulla valvotaan tehdyn suunnitelman toteutumista. Seurannan avulla pystytään takaamaan hoidon jatkuvuus. Mikäli asiakkaan tarpeet muuttuvat oleellisesti, on *hoivajärjestelyn* avulla mahdollisuus tehdä muutoksia tehtyihin palveluihin. (Ala-Nikkola & Sipilä nd.)

Pietiläinen ja Seppälä (2003, 37) jakavat palveluohjauksen seitsemään eri vaiheeseen

1. Asiakkaiden ohjautuminen ja valikointi
2. Palveluohjauksesta sopiminen
3. Tutustuminen ja luottamuksen rakentaminen
4. Asiakkaan tukeminen oman tilanteensa määrittelyssä
5. Palvelusuunnitelman laatiminen
6. Suunnitelman toteutus, seuranta ja arviointi
7. Palveluohjauksen päättäminen tai jatkaminen

Asiakkaiden ohjautuminen ja valikoituminen palveluohjaukseen voi tapahtua monella tavalla. Asiakas itse ottaa yhteyttä tai viranomainen voi ohjata

häntä yhteydenottoon. Selkeän palvelutarpeen lisäksi asiakkaalla tulee olla riittävästi omia voimavaroja ja kykyä toimia prosessissa. *Palveluohjauksesta sopimisen* yhteydessä asiakkaalle selvitetään palveluohjauksen sisältö ja toimintatavat. Samalla määritellään palveluohjauksen tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa. Tämä auttaa asiakasta sitoutumaan prosessiin. Palveluohjaussuhde perustuu molemminpuoliseen luottamukseen. Asiakkaan kanssa tehdään joko suullinen tai kirjallinen sopimus palveluohjauksen toteuttamisesta. *Tutustuminen ja luottamuksen rakentaminen* on lähtökohta hyvälle palveluohjaussuhteelle. Palveluohjaajan on tutustuttava asiakkaan tilanteeseen kokonaisvaltaisesti. Arkielämän tuntemus sekä asiakkaasta asiakirjojen välityksellä saatava tieto antaa palveluohjaajalle hyvät lähtökohdat koordinoida asiakkaan tarvitsemia palveluja. *Asiakkaan tutkiminen oman tilanteen määrittelyssä* tarkoittaa asiakkaan elämänhallinnan vahvistamista. Ennen ratkaisuvaihtoehtojen määrittämistä, perehdytään asiakkaan tilanteeseen selvittämällä, miten hän selviytyy nykyisestä tilanteesta ja mitä mahdollisia palveluja hänellä tällä hetkellä on. Tilanteen määrittely saattaa olla joskus pitkä työskentelyvaihe, mikäli asiakkaan elämäntilanne on monimutkainen. *Palvelusuunnitelman laatiminen* palveluohjaajan ja asiakkaan yhteistyönä kokoaa tiivistettyyn muotoon asiakkaan hetkisen palvelutarpeen ja tarvittavat palvelumuodot. Lisäksi palvelusuunnitelmaan kirjataan tavoitteet, joihin pyritään ja keinot millä tavoitteet saavutetaan. *Suunnitelman toteutus, seuranta ja arviointi* tapahtuvat yhteistyössä palveluohjaajan ja asiakkaan kanssa. Tämä vaihe korostaa palveluohjauksen jatkuvuutta. Asiakas ja palveluohjaaja tarkistavat yhdessä, että palvelusuunnitelman mukaiset palvelut järjestetty ja sisältö on ollut suunnitellun mukainen. Tarvittaessa tehtyä suunnitelmaa korjataan tarpeen mukaan. *Palveluohjauksen päättäminen* on oleellinen osa prosessia. Palveluohjaussuhde tulee päättää huolella ja samalla arvioida yhteistyösuhdetta ja sen tuloksia. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 38-57.)

3.1.3 Palveluohjauksen toteutusmalleja

Palveluohjaus voidaan jakaa erilaisiin toteutusmalleihin. Pietiläisen ja Seppälän (2003) mukaan palveluohjaus voidaan jakaa

1. perinteiseen palveluohjaukseen
2. Intensiiviseen, yksilölliseen palveluohjaukseen
3. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta korostavaan palveluohjaukseen
4. Siirtymävaiheen palveluohjaukseen
5. Asianajomalliin

Perinteisessä palveluohjauksessa palveluohjaajan tehtävänä on toimia asiantuntijana monimutkaisessa palvelujärjestelmässä. Palveluohjaajan tehtävänä on huolehtia, että asiakkaan asiat etenevät suunnitellusti. Hän etsii sopivat palvelut asiakkaalle ja tarvittaessa sovittaa yhteen eri palveluja ja varmistaa, että asiakas saa tarvittavat päätökset. *Intensiivinen ja yksilöllinen palveluohjaus* liittyy yleensä asiakkaan vaikeaan elämäntilanteeseen. Se on hyvin tiivistä ja liittyy useimmiten arjen perusasioiden opetteluun ja hoitamiseen. Palveluohjaajalla on yleensä vastuu asiakkaan palveluiden järjestämisestä. *Asiakkaan itsemääräämisoikeutta korostavassa palveluohjauksessa* on keskeistä asiakkaan omien voimavarojen tukeminen ja käyttöönotto. Palveluohjauksen avulla tuetaan asiakasta vahvistamaan omia sosiaalisia verkostojaan ja sitä kautta tuetaan itsenäisyyteen. Asiakas itse määrittelee toiminnan tavoitteet ja tekee itseään koskevat päätökset. *Siirtymävaiheen palveluohjaus* liittyy yleensä tilanteeseen, jossa asiakkaan elämäntilanteessa on tapahtumassa muutos, esimerkiksi muutto kotoa laitokseen. Siirtymävaiheen palveluohjauksessa korostuu eri toimijoiden välinen hyvä yhteistyö. *Asianajomallissa* palveluohjauksen rooli on puolustaa asiakkaan oikeuksia ja löytää mahdollisia puutteita asiakkaan palveluissa. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 13.)

Suominen ja Tuominen (2007) jakavat palveluohjauksen kolmeen eri ryhmään:

1. Yleinen eli perinteinen palveluohjaus
2. Voimavarakeskeinen palveluohjaus
3. Intensiivinen palveluohjaus

Yleisessä eli perinteisessä palveluohjauksessa ei asiakkaan ja palveluohjaajan välinen suhde korostu. Se ei ole keskeisellä sijalla, koska suhde ei

ole intensiivinen. Tämän vuoksi palveluohjaajalla voi olla paljon asiakkaita. Palveluohjaaja hallitsee palvelujärjestelmän ja ohjaa asiakkaan oikeiden palveluiden piiriin. Hän osallistuu hoitosuunnitelman tekoon, palveluiden koordinointiin ja pitää yhteyttä asiakkaan palvelutuottajiin. Suominen ja Tuominen sisällyttävät siirtymävaiheen palveluohjauksen tähän ryhmään. *Voimavarakeskeisessä palveluohjauksessa* korostuu asiakkaan itsemääräämisoikeus. Asiakkaan omat voimavarat ja omat tavoitteet korostuvat tässä mallissa. Palveluohjauksen avulla puolustetaan asiakkaan oikeuksia ja osoitetaan mahdollisia puutteita palveluissa. Mallissa korostuu asiakkaan ja työntekijän luottamuksellinen suhde sekä asiakkaan tukeminen ja neuvonta. *Intensiivisessä palveluohjauksessa* asiakkaan tilanne on yleensä vaikea ja se vaatii intensiivisen työtteen. Tämän takia palveluohjaajan asiakasmäärä on yleensä pieni. Asiakasta tuetaan ja motivoidaan ja palveluohjaaja osallistuu asiakkaan hoitoon. (Suominen & Tuominen 2007, 31-33.)

Ohjaus ja neuvonta, palveluohjauksellinen työote sekä yksilökohtainen työote ovat palveluohjaukseen perustuvia työotteita. Näitä eritasoisia työotteita voidaan käyttää saman asiakkaan kanssa asiakkuuden eri vaiheissa riippuen siitä, miten intensiivistä ja monipuolista asiakkaan ja työntekijän välinen yhteistyö on. (Hänninen 2007a, 14.) Kun tarkastellaan palveluohjauksen työmalleja ja –otteita, voidaan havaita, että niillä on yhteneväisyyksiä keskenään. Kun asiakkaalle annetaan ohjausta ja neuvontaa, on kyseessä yleinen palveluohjaus. Asiakkaalla on yleensä selkeä ja ajankohtainen ongelma, johon etsitään ratkaisua. Palveluohjauksellisessa työotteessa on yleensä kyse voimavarakeskeisestä palveluohjauksesta. Asiakkaalla voi olla useampi ongelma, johon pyritään löytämään ratkaisut asiakaslähtöisesti. Asiakkaalle koordinoidaan ja järjestetään hänen tarvitsemiaan palveluja. Asiakkaan ja palveluohjaajan välinen luottamus ja asiakkaan voimavarojen tukeminen on oleellista. Yksilökohtainen työote perustuu intensiiviseen palveluohjaukseen.



Kuvio 3. Työotteiden ja mallien vastaavuus. Mukailten Hänninen 2007a, 16.

3.1.4 Ikäihmisen palveluohjaus

Sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluohjauksen tavoitteena on parantaa palveluiden laatua, saavutettavuutta, tehokkuutta ja tuloksellisuutta (Rysti 2003, 9). Palvelurakenteen muuttaminen laitospainotteisesta avopainotteisempaan suuntaa on lisännyt painetta avohoidossa. Kotona asuvien ikäihmisten ongelmat ovat yhä haasteellisimpia ja monimutkaisia. Tämä on lisännyt tuen ja sitä kautta palveluohjauksen tarvetta avohoidossa (Hänninen 2007a, 12; Hyppönen 2012, 18). Palveluohjauksen avulla voidaan sovittaa yhteen asiakkaan tarvitsemia palveluja ja taata se, että hän saa tarvitsemansa palvelut. Palveluohjauksen avulla voidaan myös kohdentaa julkisen vallan palveluja. Palveluohjaus voidaan nähdä asiakastyön menetelmänä, mutta se tulisi nähdä myös tapana harjoittaa palveluhallintoa. Tällöin tavoitteena on kehittää kunnan koko palvelujärjestelmää ja sen erilaisia toimintakäytäntöjä. (Salminen, M. nd, 8, 10.)

Palveluohjaus soveltuu sosiaali- ja terveydenhuollon eri asiakasryhmille silloin, kun kyseessä on pitkäaikainen ja monimutkainen palveluntarve. Palveluohjausta on käytetty toimintamuotona viime vuosina eri asiakasryhmien, kuten muun muassa pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja heidän perheidensä kanssa, vanhusten, päihde-, mielenterveys- ja vammaisasiakkaiden kanssa sekä työikäisten moniongelmallisten pitkäaikaisyöttömien kanssa. (Hänninen 2007b, 7.) Ikäihmisillä palveluiden tarve saattaa olla moninainen ja palveluiden yhteensovittaminen ja koordinointi

voi olla heikkoa ja jopa olematonta. Palveluohjauksen avulla näitä palveluita pystytään koordinoimaan ja sitä kautta ikäihminen saa kokonaisvaltaisempaa palvelua. (Frankel & Gelman 2004, 143.)

Palveluohjaus sopii hyvin vanhustenhuollon palveluprosessien kuvaukseen. Sen perusteella prosessi voidaan eritellä asiakkaiden valikoinniksi, palvelutarpeen arvioinniksi, palveluiden suunnitteluksi, palveluiden organisoinniksi ja tilanteen seurannaksi. (Ala-Nikkola 2003, 43.) Asiakkaiden valikoinnin tarkoituksena on kohdentaa palvelut niille henkilöille, jotka niitä eniten tarvitsevat. Palvelutarpeen arviointi tehdään jotta pystytään räätälöimään asiakkaalle yksilöllinen ja tarpeisiin sopiva palvelumuoto. (Suominen & Tuominen 2007, 40.)

Ikäihmisen kohdalla palveluohjaus tulisi kohdistaa niihin henkilöihin, joiden kotona selviytymisessä voidaan havaita riskitekijöitä (Blomgren 2005, 44). Ikäihmisten hyvinvoinnin ja arjessa selviytymisen tukeminen on palveluohjauksen ensisijainen tehtävä. Palveluohjauksen avulla selvitetään palvelutarpeet ja määritellään ja järjestetään oikea-aikaiset ja riittävät palvelut. (Kohtaa ja innosta 2014, 16.) Palveluiden suunnittelu ja organisointi tarkoittaa kokonaisvaltaisen suunnitelman tekemistä sekä palveluiden järjestämistä. Tilanteen seurannan avulla selvitetään tehtyjen päätösten oikeellisuutta. (Suominen & Tuominen 2007, 40.)

Mitä monimutkaisempi palvelujärjestelmä kunnalla on käytössä, sitä vaikeampi on käyttää sen tarjoamia mahdollisuuksia asiakkaan hyväksi. Palveluohjauksen avulla on mahdollista ylittää rajoja, jotka ovat syntyneet järjestelmän sisälle. Nämä rajat ovat organisaation sääntöjä ja toimintaohjeita, jotka määrittelevät toimintaa. Hallinnollisesti nämä rajat voivat helpottaa toimintaa, mutta asiakkaan näkökulmasta ne saattavat vaikeuttaa asioiden sujuvaa hoitamista. Tällainen rajapinta on mm. avo- ja laitoshoidon välillä. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 160-162.)

Kun ikäihmisen kotona selviytyminen hankaloituu, on erilaisten palveluiden tarve yleensä runsas. Palveluohjauksen tarvetta esiintyy kotihoidossa,

mutta erityisesti kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan välissä. Palveluohjauksen merkitys korostuu kun toimitaan sosiaali- ja terveyspalveluiden, sen eri toimijoiden ja ammattikuntien eri rajapinnoilla. Palveluohjauksen avulla koordinoidaan palvelun tarvetta, eri palveluita ja käytössä olevia resursseja. (Salminen, M. nd., 12.)

Tässä kehittämishankkeessa palveluohjauksella tarkoitetaan siirtymävaiheen palveluohjausta. Siirtymävaiheen palveluohjaus käsittää ikäihmisen ohjauksen, neuvonnan, palvelutarpeen selvityksen ja palveluiden järjestämisen, kun kotona asuminen on ikäihmisen toimintakyvyn laskun vuoksi mahdotonta.

3.2 Palvelutarpeen arviointi osana palveluohjausta

Palvelutarpeen arviointia voidaan kutsua palvelujärjestelmän avaintapah- tumaksi, sillä sen perusteella asiakas ohjautuu palvelujärjestelmään. Palvelutarpeen arvioinnilla on monta merkitystä, mutta yksi tärkeimmistä tavoitteista on palveluiden oikein kohdentaminen. (Ala-Nikkola 2003, 42.)

Palvelutarpeen arviointi tehdään, kun on odotettavissa, että iäkäs henkilö ei selviydy arjen toiminnoistaan tai jos arvioidaan sellaisen tilanteen olevan tulossa. Tyypillisiä tilanteita palvelutarpeen arvioon tai palveluiden riittä- vyyteen ovat erilaiset siirtymävaiheet. Ikäihmisten kohdalla tällaiset tilan- teen voivat olla kotiutustilanteet tai muutto hoivakotiin. (Ala-Nikkola 2003, 95.)

Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on löytää ne edellytykset, joiden avulla iäkäs henkilö voi toimia mahdollisimman itsenäisesti. Palvelutar- peen arvioinnin avulla saadaan kokonaiskuva iäkkään ihmisen tarvitse- mista palveluista, jotka tukevat itsenäistä selviytymistä. Arvioinnin avulla selvitetään hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymi- sen lähtökohdat ja mahdollisuudet. Sen avulla pyritään löytämään ennalta- ehkäiseviä toimia arjessa selviytymiseen, erilaisia riskitekijöitä ja ongelmia, jotka heikentävät arjessa selviytymistä. Palveluohjauksen avulla pystytään löytämään ja turvaamaan oikea-aikaiset palvelut. Arviointiin osallistuvat ta- hot pystyvät hahmottamaan tarvittavien palveluiden määrän. Sen avulla

pystytään myös suunnittelemaan ja jakamaan yhteisiä voimavaroja oikeudenmukaisesti. Palvelutarpeen arvioinnin tarkoitus on johtaa tarvittavien palveluiden yksilölliseen palveluohjaukseen. (Finne-Soveri ym. 2011.) Palvelutarpeen arviointi tulee toteuttaa luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 31).

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) mukaan iäkkään henkilön palvelutarve tulee selvittää kokonaisvaltaisesti yhteistyössä iäkkään henkilön ja hänen omaistensa kanssa. Palvelutarpeen arviointi tulee tehdä, kun iäkäs henkilö on hakeutunut palveluiden arviointiin tai hän on tehnyt hakemukset sosiaalipalveluista. Mikäli sosiaalipalveluja saavan iäkkään henkilön toimintakyvyssään tapahtuu oleellinen muutos, tulee arviointi myös tehdä. Laissa määritellään myös, että pitkäaikaisen laitoshoidon tarve tulee määritellä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, § 15,15 a.) Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi korostetaan kattavan palvelutarpeen arvioinnin merkitystä. Sen perusteella laaditaan palvelusuunnitelma ja pystytään kohdentamaan oikeat palvelut oikeaan aikaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 29-30.)

Palvelutarpeen arvioinnissa tulee huomioida kattavasti eri tekijöitä. Arvioitavan henkilön yksilöllinen tilanne vaikuttaa siihen, mihin asioihin ja tekijöihin kiinnitetään erityistä huomiota. Palvelutarpeen arvioinnissa huomioon otettavia tekijöitä ovat fyysiset, psyykkiset, kognitionaaliset (älylliset) ja sosiaaliset tekijät sekä taloudelliset ja ympäristötekijät sekä riskitekijät, jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 2-3.) Palvelutarpeen arviointi antaa tietynlaisen viitekehysten toiminnan suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 34).

Vanhuspalveluissa tyypillisiä tilanteita, joissa palvelutarpeen arviointia suoritetaan, ovat erilaiset siirtymävaiheet kuten esimerkiksi vanhuksen kotiutuminen sairaalasta tai siirtyminen kotoa ympärivuorokautiseen hoivaan.

Palvelutarpeen arvioinnilla on tärkeä vaikutus päätöksentekoon, jos tehdään vanhusta koskevia päätöksiä. (Ala-Nikkola 2003, 95.) Palvelutarpeen arviointi on edellytys hoivapaikan hakemiselle. Oikea-aikainen hakemus on tärkeä osa oikeaa hoidon porrastusta (Klemola 2006, 103.)

Asiakkaiden palvelun laatu ja vaikuttavuus turvataan kattavalla yksilökohtaisella palvelutarpeen arvioinnilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 25). Palvelutarpeen arvioinnissa tulisi huomioida toimintakyvyn eri ulottuvuuksien (fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen) arviointi. Arvioinnin tulee tapahtua moniammatillisena yhteistyönä. Validien mittareiden käyttö helpottaa arviointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 26.) Palvelutarpeen arvioinnin tulee olla kattava, moniulotteinen ja moniammatillinen arvio iäkkään ihmisen arjesta selviytymisestä ja toimintakyvystä. Kattava arviointi sisältää kokonaiskuvan iäkkään ihmisen elämäntilanteesta. Moniulotteisuus tarkoittaa eri mittareiden käyttöä sekä keskustelua ja havainnointia toimintakyvyn arvioinnin yhteydessä. (Finne-Soveri ym. 2011.)

3.3 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointi on yksi palvelutarpeen arvioinnin keskeinen osa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4). Osana palvelutarpeen arviointia toimintakyvyn arviointi on väline hyvin koordinoituun ja jatkuvuudeltaan turvattuun ja yksilölliseen palveluun (Voutilainen & Vaarama 2005, 1). Toimintakyvyn arvioinnista saatua tietoa voidaan käyttää hyödyksi arvioitaessa ikäihmisen palvelutarvetta, suunniteltaessa ja kohdennettaessa hoitoa sekä palveluja. Lisäksi arviointia tarvitaan myös vanhusten huollon palveluiden suunnittelussa ja sijoittamispäätösten perustaksi. (Ikonen 2010, 18.)

Toimintakyvyn käsite liittyy ihmisen hyvinvointiin. Sillä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä tehtävistä omassa elinympäristössään itseään tyydyttävällä tavalla. Toimintakykyä voidaan määritellä eri näkökulmista. Kansainvälinen toimintakykyluokitus ICF määrittelee toimintakykyä elinjärjestelmien kautta. Luokituksen tavoitteena on toiminnallisen toiminta-

kyvyn kuvaaminen. Toimintakykyä voidaan määritellä myös toimintarajoiteteisuuden näkökulmasta. Toimintarajoitteet, jotka aiheuttavat palveluntarvetta, ovat keskeisissä tekijöitä yksilön oman selviytymisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarojen riittävyyden näkökulmasta. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2014, 56.)

Toimintakyky voidaan määrittää myös voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuna toiminnan vajeina. Toimintakyky jaetaan neljään eri osa-alueeseen; fyysiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysinen toimintakyky käsittää päivittäiset perustoiminnot kuten syöminen, juominen, nukkuminen, pukeutuminen, peseytyminen, wc-käynnit ja liikkuminen sekä asioiden hoitaminen kuten kotiaskareet ja asiointi kodin ulkopuolella. Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky sisältää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Psyykkisen toimintakyvyn käsite liittyy ihmisen elämän hallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalinen toimintakyky käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (Voutilainen & Vaarama 2005, 7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4.)

Toimintakykymittareiden käyttöä iäkkäiden palvelutarpeen arvioinnissa eri kunnissa on tutkittu vuonna 2012-2013. THL:n tutkimuksen mukaan kunnissa on hyvin erilaisia käytäntöjä toimintakyvyn mittaamiseen. Osissa kunnissa palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ei tehdä luotettavaa ja vertailukelpoista toimintakyvyn arviointia. Arviointikäytäntö on kapea-alaista ja epäjärjestelmällistä ja käytössä on mittareita, jotka eivät ole validoituja. Toisaalta tutkimuksessa löytyi kuntia, joissa toimintakyvyn arviointi oli järjestelmällistä ja laaja-alaista. Kognitiivinen toimintakyky ja selviytyminen arkitoiminnoista olivat yleisimmin arvioidut toimintakyvyn osa-alueet. Tutkimuksen mukaan yleisimmin kunnissa käytössä olevat mittarit olivat RAVA™, MMSE ja RAI-järjestelmän mittarit. (Mäkelä, Alastalo, Noro & Finne-Soveri 2014, 133-135.)

RAVA™ toimintakykymittaria käytetään arvioimaan yli 65-vuotiaiden toimintakykyä ja avuntarvetta. Mittari arvioi seuraavia toimintoja; puhe, kuulo,

näkö, liikkuminen, suolen ja rakon toiminta, syöminen, pukeutuminen, pesytyminen, lääkitys, muisti sekä psyyke. Arvioinnin avulla asiakkaalle lasketaan RAVA-indeksi ja RAVA-luokka, joiden perusteella asiakkaan toimintakyky ja avuntarve määritellään. (RAVA-toimintakykymittarin ja RAVATAR-tietojärjestelmän käyttöönotto-opas 2013, 1.)

MMSE (Minimental State Examination) on ikäihmisten kognitiivisen toimintakyvyn kartoittamiseen kehitetty ns. minitesti. Testi kartoittaa orientoitumista aikaan ja paikkaan, mieleen painamista ja palauttamista, lukemista, laskemista, kirjoittamista ja ohjeiden noudattamista. Testin kokonaispistemäärä on 30 pistettä. Raja-arvona poikkeavalle suoritukselle pidetään 24 pistettä. (www.toimia.fi)

RAI (Resident Assessment Instrument) on Yhdysvalloissa 1980-luvulla kehitetty laatu-järjestelmä, jota käytetään asiakkaiden arviointiin sekä heidän hoidon ja palvelun suunnitteluun ja arviointiin. Standardoidun kartoituksen avulla saatua tietoa yksilön voimavaroista ja tarpeista käytetään hyödyksi laadittaessa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. RAI sisältää strukturoidun kysymyssarjan (Minimum Data Set), käsikirjan ja hoitosuunnitelman laatimiseen apuna käytettävän apuvälineen. Apuvälineinä käytetään mittareita, jotka ovat muodostettu yhdistelemällä eri kysymyksiä MDS kysymyssarjasta. Mittarit mittavat asiakkaan kognitiota, fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, masennusta, ravitsemusta, sosiaalista toimintakykyä ja kipua (Finne-Soveri, Björkgren, Noro & Vähäkangas 2005, 22-24). RAI-järjestelmä sisältää eri versioita eri palvelumuodoille.

Ikäihmisen toimintakyky saadaan arvioitua monipuolisesti silloin, kun käytetään mittareita, joiden avulla saadaan toimintakyvyn eri ulottuvuudet arvioinnin piiriin (Voutilainen & Vaarama 2005, 1,6; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 5). Valittaessa arviointimenetelmää tulee sen olla käyttökelpoinen siihen ympäristöön, jossa sitä tullaan käyttämään. Arvioitaessa mittareiden käyttökelpoisuutta tulee huomioida mittarin tai arviointijärjestelmän tarkoitus ja käyttöalue sekä mittarin mittaukselliset ominaisuudet. (Voutilainen & Vaarama 2005, 9.)

Riittävän laajan toimintakykyarvion saamiseksi tulee käytettävän mittariston huomioida ikäihmisen fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Sen lisäksi toimintakykyyn vaikuttavat seikat asuin- ja elinympäristössä tulisi myös arvioida. Palveluiden oikein kohdentamisen näkökulmasta tulisi mittarin avulla kuitenkin löytää ne seikat, jotka hanka-loittavat arjessa selviytymistä. (Voutilainen & Vaarama 2005,1.)

Ikäihmisen palveluntarvetta tulee arvioida monesta eri näkökulmasta. Mittareiden käyttö helpottaa palvelutarpeen arviointia, mutta niiden antamaa tietoa voidaan käyttää myös hoidon vaikuttavuuden arviointiin sekä organisaatiotasolla kartoittamaan laajempia kokonaisuuksia ja eri toimenpiteiden vaikuttavuuden seurantaan. (Finne-Soveri & Noro 2006, 62.)

Porvoon kaupungin vanhus- ja vammaispalveluissa ikäihmisten toimintakyvyn arvioinnissa käytetään RAVA™, MMSE ja RAI-järjestelmän mittareita. Mittareiden käyttö vaihtelee yksiköittäin. Kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoivassa toimintakyvyn arvioinnissa käytetään MMSE-testiä ja RAI-järjestelmän mittareita. Tukipalveluiden arvioinnissa käytetään RAVA™ ja MMSE-testiä.

4 KEHITTÄMISHANKE TOIMINTATUTKIMUKSENA

4.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimukselle ei kirjallisuudessa löydy yksiselitteistä kaikkien hyväksymää määritelmää. Laurin (1997, 114) mukaan toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa teoretietoa ja käytännön kokemustietoa hyväksi käyttäen pyritään ratkaisemaan toiminnallisessa työyhteisössä ilmeneviä ongelmia sekä saamaan aikaan muutosta. Kanasen (2009, 9–11) mielestä toimintatutkimuksesta puhuttaessa voitaisiin puhua tutkimusstrategiasta, jolla lähestytään ilmiötä ja saadaan tietoa siitä. Toimintatutkimukseen liittyvät oleellisesti muutos eli toiminnan kehittäminen, yhteistoiminta ja tutkimus. Toimintatutkimuksella pyritään ratkaisemaan yhteisöjen erilaisia käytännön ongelmia. Heikkisen (2009, 17, 22) mukaan toimintatutkimus on kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan erilaisia uusia toimintatapoja. Toimintatutkimus on ajallisesti rajattu projekti. Toimintatutkimuksen avulla muutetaan todellisuutta tutkimalla sitä ja tutkitaan todellisuutta muuttamalla sitä. Toimintatutkimuksen päämääränä on saada aikaan käytännön hyötyä ja tuottaa käyttökelpoista tietoa. Toimintatutkimus kehittää asiantuntijuutta; toimintatutkimukseen osallistuvien tieto, käytännöllinen osaaminen ja asiantuntemus kasvavat. Toimintatutkimukselle ominaista on toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus. Sen tarkoituksena on tutkia ja kehittää toimintaa samanaikaisesti. (Heikkinen 2010, 214.)

Metsämuuronen (2009, 234) määrittelee toimintatutkimuksen tutkimukseksi, joka pyrkii ratkaisemaan työyhteisön erilaisia käytännön ongelmia parantamalla erilaisia käytäntöjä ja lisäämällä ymmärtämystä työyhteisössä. Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua, itseään tarkkailevaa, osallistavaa ja yhteistyötä vaativaa. Toimintatutkimuksen avulla pyritään kehittämään käytännöstä nousseita ongelmia tai kehitetään nykyisiä toimintatapoja paremmiksi.

Eri yhdistäviä tekijöitä toimintatutkimuksille ovat käytäntöön suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja osallisuus eli tutkittavien aktiivinen osallistuminen tutkimusprosessiin sekä yhteistyö tutkijan ja tutkittavien välillä. Toimintatutkimuksen kohde voi olla melkeinpä mikä tahansa ihmiselämään liittyvä piirre. (Kuula 2001, 10–12; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 58.)

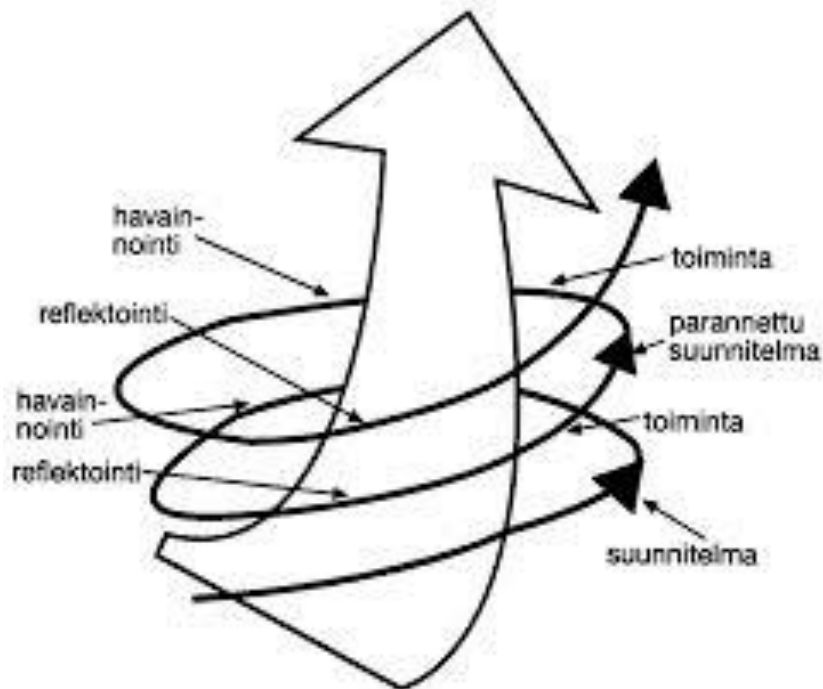
Reflektiivisyys, interventio ja yhteisöllisyys ovat toimintatutkimuksen keskeisiä piirteitä. Reflektiivisyys on totuttujen toimintamallien ja ajattelutapojen pohdintaa. Reflektiivisyydellä pyritään ymmärtämään uudenlaista toimintaa ja sen myötä kehittämään toimintaa. Tavoitteena on löytää tarkastelumalli, jonka avulla totuttuja käytänteitä tarkastellaan uudessa valossa. Toimintatutkimus mielletään itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Interventiolla tarkoitetaan muutokseen tähtäävää väliintuloa. Yhteisöllisyys näkyy siinä, että toimijat osallistuvat yhdessä tehtävään tutkimukseen. (Heikkinen 2009, 219–224.)

Toimintatutkimuksessa tutkimus ja suunnittelu kulkevat käsi kädessä. Tämä mahdollistaa sen, että tutkimuksen tuottamaa tulosta voidaan arvioida käytännössä saman tien. (Metsämuuronen 2008, 31.) Toimintatutkimus yhdistää teorian ja käytännön ja sen tiedontuotannon tapa on prosessimainen. Toimintatutkimuksen eri vaiheita ei välttämättä pystytä ennakolta suunnittelemaan kovin tarkkaan, sillä prosessin aikana tehdyt havainnot ohjaavat ja vaikuttavat prosessin etenemiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 30.)

Osallistavana kehittämismenetelmänä toimintatutkimuksessa käytännön toimijat ovat aktiivisena jäsenenä tutkimuksen tekemisessä. Osallistavan menetelmän etuna on se, että yhdessä kehitetyt asiat hyväksytään ja sisäistetään helpommin kuin ulkoapäin tulleet ehdotukset ja ne on helpompi viedä käytäntöön. Osallistavien menetelmien avulla kohdeorganisaation hiljainen tieto, ammattitaito ja kokemus saadaan käyttöön. (Ojasalo ym. 2009, 57-62.)

Toimintatutkimuksen yhteisöllisyydestä johtuen toimintatutkimuksen tekijän ja muiden toimijoiden rooli toimintatutkimuksessa on olla aktiivinen. Toimintatutkimuksen tekijä voi olla tutkimuskohteen jäsen. Tutkijan tulee olla perehtynyt tutkittavaan ilmiöön, jotta muutos ja sen kokeilu mahdollistuvat. Vetäjän tehtävänä on auttaa ryhmää työskentelemään toimintatutkimuksen prosessin mukaisesti ja hänen tulee olla kiinnostunut havainnoimaan, analysoimaan ja ymmärtämään muutoksia. (Kananen 2009, 52-53.)

Toimintatutkimuksen eteneminen voidaan hahmottaa jatkuvana syklinä eli sen eri vaiheet toistuvat uudelleen ja uudelleen. (Kuvio 1). Toiminnassa vuorottelevat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi, jotka muodostavat kehän. Prosessi jatkuu aina uudella kehällä. Tällaisessa sykli-ssä mallissa kehittämistoiminnan tuloksia arvioidaan aina uudestaan ja uudestaan. (Kananen 2009, 10; Ojasalo ym. 2009, 60; Toikko & Rantanen 2009, 66.) Todellisuudessa suunnittelu, toiminta ja arviointi lomittuvat toisiinsa eivätkä niitä voi erottaa toisistaan (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 80).



Kuvio 4. Toimintatutkimuksen spiraali (Heikkinen 2010, 221.)

4.2 Kehittämishankkeen vaiheet

Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena. Toimintatutkimuksen valinta kehittämismenetelmäksi tuntui helpolta ja luontevalta, koska itse hanke on työelämälähtöinen ja käytäntöön sidoksissa oleva. Hankkeeseen valitut henkilöt työskentelivät itse koko hankkeen ajan aktiivisesti hankkeessa mukana. Opinnäytetyön tekijä toimi hankkeen vetäjänä.

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää nykyistä ikäihmisen asukasvalintaprosessia. Ennen varsinaista kehittämishankkeen alkua ikäihmisen asukasvalintaprosessi eli SAS-prosessi mallinnettiin syksyn 2011-kevään 2012 aikana. Kaupungin strategiset tavoitteet edellyttivät palveluprosessien jatkuvaa parantamista. Tämä edellytti avainprosessien nykytilan kuvaamista. SAS-prosessi oli määritelty yhdeksi vanhus- ja vammaispalveluiden ydinprosesseiksi. SAS-prosessin nykytilan kuvaus oli lähtökohta uuden toimintamallin suunnitteluun.

Tarve SAS-prosessin kehittämiseksi oli ollut jo useamman vuoden, mutta NHG:n raportti ikäihmisten palveluketjujen sujuvuudesta todensi lopullisesti muutoksen tarpeen. Maaliskuussa 2012 keskustelin vanhus- ja vammaispalveluiden johtajan kanssa kehittämishankkeen tarpeellisuudesta. Asia käsiteltiin huhtikuussa vanhus- ja vammaispalveluiden johtoryhmässä ja johtoryhmä päätti kehittämishankkeen aloittamisesta ja nimesi kehittämishankkeelle ohjausryhmän. Opinnäytetyön tekijä nimettiin kehittämishankkeen vetäjäksi.

Mallinnettu SAS-prosessi arvioitiin kehittämishankkeen alussa. Arvioinnin avulla pyrittiin saamaan näkyväksi prosessin mahdolliset ongelmakohdat ja kehitystarpeet. Kehittämishankkeen aikana perustettiin eri työryhmiä, joiden tehtävänä oli työstää kehittämishankkeeseen liittyviä osakokonaisuuksia. Työryhmien tuotokset esiteltiin aina ohjausryhmälle. Hanke toteutettiin hyvin käytännönläheisesti, sillä hankkeen aikana tehtyjä päätöksiä sovellettiin mahdollisuuksien mukaan heti käytäntöön.

Varsinainen hanke kesti toukokuusta 2012 marraskuuhun 2013. Hankkeen suunnitteluvaiheessa hankkeen päättymisajaksi suunniteltiin syksy 2013,

mutta hanke venyi muutamalla kuukaudella. Kehittämishankkeen kulku on esitetty taulukossa 1.

Syksy 2011 – kevät 2012	SAS-prosessin mallinnus
Huhtikuu-kesäkuu 2012	Ohjausryhmän nimeäminen Tavoitteiden asettaminen Hankesuunnitelma Lupa kehittämishankkeelle
Kesäkuu – elokuu 2012	Tietoperustan kartoitus ja aineiston analysointi
Syyskuu 2012- helmikuu 2013	Ohjausryhmän kokoukset Työryhmien perustaminen ja niiden työskentely Toimintamallin työstäminen
Maaliskuu-lokakuu 2013	Ohjausryhmän kokoukset Toimintamallin työstäminen
Marraskuu 2013	Uusi toimintamalli valmis

Taulukko 1. Kehittämishankkeen eteneminen pääpiirteittäin

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Lähtötilanteen kartoitus

Porvoon kaupungin strategiassa vuosille 2006-2015 on asetettu tavoitteeksi, että keskeisimmät prosessit kuvataan ja niiden kehittäminen aloitetaan (Porvoon kaupungin strategia 2006-2015, 17). Vanhus- ja vammaispalveluiden osalta ydinprosesseiksi määriteltiin kotona asumista tukevat prosessit ja ympärivuorokautisen hoivan prosessit. Ympärivuorokautisen hoivan prosesseihin kuuluivat ympärivuorokautiseen hoivaan sijoittamisen prosessi (SAS-prosessi), palveluasumisen prosessi, vanhainkotiasumisen prosessi ja vammaisten asumispalveluun sijoittamisen prosessi.

Ennen varsinaisen kehittämishankkeen alkua syksyn 2011 ja kevään 2012 aikana ympärivuorokautiseen hoivaan sijoittamisen prosessi eli SAS-prosessi mallinnettiin käyttäen QPR-mallintamisohjelmaa noudattaen JHS152-suosituksia. (Työprosessien mallintamisohje, 4). JHS152 on suositus, jonka Julkisen hallinnon neuvottelukunta on tehnyt organisaatioiden prosessimallintamiseen. (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 33.) Mallintamisen tavoitteena oli selvittää SAS-toiminnan nykytila.

SAS-prosessin mallinnustyöryhmään kuuluivat opinnäytetyön tekijä, SAS-hoitaja, vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijä ja vanhainkodin kuntoutusosaston vastaava hoitaja. Mallintajana eli tietojen syöttäjänä QPR-ohjelmaan toimi mallinnusprojektin projektikoordinaattori. Työryhmä koontui yhteensä viisi kertaa.

SAS-prosessin eri vaiheet kuvattiin tarkasti. Prosessiin määriteltiin neljä aliprosessia, jotka olivat porvoolaisen palvelutarpeen arviointi, ulkopaikkakuntalaisen palvelutarpeen arviointi, palveluohjauskokous (SAP-kokous) ja palveluohjauskokouksen päätösten toimeenpano. Aliprosessien määrittelyllä pyrittiin yksityiskohtaistamaan ja selkeyttämään SAS-prosessin eri vaiheet.

Mallintamalla SAS-prosessi saatiin tärkeää tietoa prosessin nykytilasta. Nykytilan selvitys analysoitiin kehittämishankkeen alussa ja samalla etsittiin prosessin kehittämiskohteet. Analysoimalla prosessia arvioitiin myös sen toimivuutta.

5.2 Kehittämishankkeen työryhmät

Kehittämishankkeelle perustettiin erilaisia työryhmiä, joiden tehtävänä oli työstää kehittämishankkeen eri osakokonaisuuksia. Työryhmä, jonka vastuulla oli SAS-prosessin päätöksenteon selkeyttäminen, toimi myös kehittämishankkeen ns. ohjausryhmänä eli sen vastuulla oli eri osakokonaisuuksien yhteensovittaminen, kehittämishankkeen koordinointi ja kehittämishankkeeseen liittyvä päätöksenteko. Työryhmän jäseniksi valittiin edustajat, jotka toimivat SAS-prosessista ja sen rajapinnoilla sekä vanhustalun johdossa. Moniammatilliseen työryhmään kuuluivat vanhustyön johtaja, terveyspalveluiden ylihoitaja, SAS-hoitaja, vanhainkotien johtaja, terveyskeskuksen akuuttivuodeosaston osastonhoitaja ja palveluasumisen palvelupäällikkö eli opinnäytetyön tekijä. Työryhmä kokoontui kehittämishankkeen aikana yhteensä yhdeksän kertaa. Jokaisesta kokouksesta laadittiin muistio. Kokousten kesto oli keskimäärin kaksi tuntia. Jatkossa työryhmästä käytetään nimitystä ohjausryhmä.

Kehittämishankkeelle nimettiin kolme muuta työryhmää. Näiden eri työryhmien tehtävinä oli kehittää SAS-prosessin palvelutarpeen arviointia, päivittää ikäihmisten asumispalveluiden myöntämisperusteet ja hankkia ja osallistua sähköisen tietojärjestelmän hankintaan ja sisällön suunnitteluun. Kaikki työryhmät raportoivat omaa työskentelyään ja tuloksia ohjausryhmälle.

5.3 Kehittämiskohteiden valinta

Kehittämishankkeen alussa ohjausryhmä nimesi kehittämishankkeen kehittämiskohteet. Nämä kehittämiskohteet tunnistettiin SAS-prosessin mallinnuksen arvioinnin ja SWOT-analyysin avulla. Mallinnetun SAS-prosessin

arviointiryhmään kuuluivat opinnäytetyöntekijä, vanhainkotien johtaja, palveluasumisen ohjaaja, kotihoidon ohjaaja, kuntoutusosaston vastaava hoitaja, SAS-hoitaja sekä vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijä. Ryhmä arvioi mallinnetun prosessin ja kuvasi prosessin ongelmakohdat. Lisäksi ryhmä arvioi SAS-prosessin rajapinnoilla olevat muut mallinnetut prosessit. Nämä prosessit olivat kotihoidon ja palveluasumisen prosessit ja vanhainkotiin muuttaminen. Ryhmä kokosi yhteenvedon tekemistään havainnoista ja esitteli sen kehittämishankkeen ohjausryhmälle. Yhteenvedo on esitetty taulukossa 2.

KEHITTÄMISALUE	KRIITTINEN TEKIJÄ	TOIMENPIDE-EHDOTUS
ASIAKKAAKSITULO	<ul style="list-style-type: none"> asiakkaan palvelutarpeen arviointi on suppea hakemuslomake, joka ei anna kokonaisvaltaista kuvaa hakijan toimintakyvystä ja palvelutarpeesta 	Palvelutarpeen arvion kehittäminen; laaditaan hakemuslomake, joka kattaa fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen palvelun tarpeen
PÄÄTÖKSENTEKO	<ul style="list-style-type: none"> palveluiden myöntämisperusteet vuodelta 2007 sijoituspäätökset eivät ole tasavertaisia sijoituspäätöksiä tekee SAP-työryhmä ja terveystieteiden osastojen kuntoutustyöryhmät prosessin toimijoiden vastuu ja työnjako ajoittain epäselvä 	Myöntämisperusteiden päivittäminen Päätöksentekoprosessin selkeyttäminen
TIEDONHALLINTA	<ul style="list-style-type: none"> nykyinen tietojärjestelmä ei palvele SAS-prosessia asiakkuustiedot vain SAS-hoitajan tiedossa 	Uuden sähköisen tietojärjestelmän hankinta

Taulukko 2. Yhteenvedo SAS-prosessin kehittämiskohteista

Ohjausryhmä teki SAS-prosessista SWOT-analyysin. Swot-analyysin tarkoituksena oli arvioida kehittämiskohteiden lisäksi SAS-prosessin mahdollisuudet ja voimavarat. SWOT-analyysi on esitetty taulukossa 3.

<p>VAHVUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • moniammatillinen SAP-työryhmä • työryhmän jäsenillä vankka työkokemus • palvelutarpeen arvioinnissa käytetään standardoituja mittareita • mahdollisuus joutavaan päätöksentekoon 	<p>HEIKKOUEDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • mittareiden käyttö ei optimaalinen • SAS-prosessi ei ole läpinäkyvä • asiakkaiden toiveiden huomioiminen minimaalista • päätöksenteossa käytettävät myöntämisperusteet vuodelta 2007 • asiakastiedot vain SAS-hoitaja tiedossa • vain osa ympärivuorokautisen hoivan paikoista päätetään SAP-työryhmässä. • SAS-prosessia palvelevan ohjelman puute
<p>MAHDOLLISUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> • käytössä olevien mittareiden tuottaman tiedon kokonaisvaltaisempi käyttö • oikeat sijoituspäätökset • toiminnanmuutokset mahdollisia 	<p>UHAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • väärät sijoituspäätökset • riittämätön määrä sijoituspaikkoja • pirstoutunut päätöksenteko • asiakastiedot vain SAS-hoitaja tiedossa

Taulukko 3. SAS-prosessin SWOT-analyysi.

SWOT-analyysin ja yhteenvedon perusteella ohjausryhmä nimesi kehittämishankkeelle seuraavat kehittämiskohteet.

- päätöksentekoprosessin selkeyttäminen
- palvelutarpeen arvion kehittäminen
- palveluiden myöntämisperusteiden päivittäminen
- SAS-prosessia palvelevan tietojärjestelmä hankinta

SAS-prosessiin liittyvä päätöksenteko oli jo aikaisemman kokemuksen perusteella ajoittain epäselvä. SAS-prosessissa olevien asiakkaiden tiedot olivat ainoastaan SAS-hoitajan tiedossa, koska käytössä oleva järjestelmä ei pystynyt tuottamaan yhtenäistä tietoa prosessissa olevista asiakkaista. Vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalviteista (980/2012) vaatii kuntia ilmoittamaan jatkossa eri palveluiden jonotusajat. Tätä tietoa ei myöskään ollut mahdollista nykyjärjestelmästä saada.

Käytössä oleva hakemuslomake, jolla arvioitiin hakijan palvelun tarvetta, ei ollut riittävän laaja. Palvelutarpeen arvion tulee olla kattava, moniulotteinen ja moniammatillinen arvio iäkkään ihmisen arjesta selviytymisestä ja

toimintakyvystä. Puutteellisesti tehty palvelutarpeen arviointi lisää riskiä väärin sijoituspäätöksiin.

Voimassa olevien palveluiden myöntämisperusteet olivat vuodelta 2007, jolloin kaupungin palvelurakenne oli moniportainen. Kaupungin ikääntymispoliittisen ohjelman mukainen palvelurakenteen muutos kohti avopainotteisempaa hoitoa vaati voimassa olevien myöntämisperusteiden päivytyksen. Lisäksi vanhuspalveluiden vuoden 2012 yhtenä sitovana tavoitteena oli palveluiden myöntämisperusteiden päivitys.

5.4 Päätöksentekoprosessin selkeyttäminen

Päätöksentekoprosessia työstettiin syksystä 2012 kehittämishankkeen päättämiseen saakka. Tavoitteena oli selkeyttää SAS-prosessin eri toimijoiden vastuita sekä toimenkuvia. Tavoitteena oli saada SAS-prosessista sujuva ja läpinäkyvä. Päätöksentekoprosessin kehittäminen aloitettiin selvittämällä eri kuntien SAS-toiminnan sisältöä. Tarkoituksena oli selvittää, millaisia toimintamalleja eri kaupungeissa oli ja hyödyntää mahdollisia hyviä käytäntöjä toimintamallin kehittämisessä. Kaupungit, joihin kysely tehtiin, olivat Helsinki, Kouvola, Kotka, Kerava, Turku, Raisio, Oulu ja Raasepori. Kyselyyn valitut kaupungit valikoitiin kaupungin koon tai sen perusteella, että niissä tiedettiin SAS-toiminnan kehittämisen olevan käynnissä. Selvityksen avuksi laadittiin kysymykset, jotka lähetettiin sähköpostitse valittujen kuntien SAS-yhdyshenkilölle. Kyselyssä esitettiin seuraavat kysymykset

- Kuka koordinoi kaupungin ikäihmisten sijoitustoimintaa?
- Onko kaupungissa SAP-työryhmää? Miten se toimii?
- Kuinka monella portaalla hoivapalveluja järjestetään?
- Miten SAS-prosessiin hakeudutaan?
- Miten asiakaspäätökset tehdään?
- Miten lyhytaikais- ja intervallihoito on järjestetty?

Opinnäytetyöntekijä teki yhteenvedon saaduista vastauksista ja ne käsiteltiin ohjausryhmän kokouksessa.

Päätöksentekoprosessin kehittämisen aikana ohjausryhmässä refleктоitiin jatkuvasti muiden työryhmien tuotosten vaikutusta. Jokaisessa ohjausryhmän kokouksessa käytiin läpi siihen saakka sovitut asiat ja peilattiin päätöksentekoprosessin toimivuutta sovittuihin asioihin. Päätöksentekoprosessin kehittämisen aikana konsultoitii kaupungin lakimiestä, jotta päätöksentekoprosessi on vanhuspalvelulain hengen mukainen. Kehittämissankkeen päätöksentekoprosessiin tehtyjen muutosten toimivuutta kokeiltiin heti käytännössä.

Päätöksentekoprosessi jaettiin neljään eri vaiheeseen; hakemusmenettely, SAP-työryhmän toiminta, hoivapaikkojen koordinointi ja asiakaspäätösten tekeminen. Jokainen vaihe käsiteltiin omassa kokouksessaan. Hakemusmenettelyn osalta päätöksentekoa selkeytettiin määrittämällä ketkä kuuluvat lähettävään tahoon sekä määriteltiin lähettävän tahon vastuut. SAP-työryhmän toimi- ja päätösvalta määriteltiin uudestaan siten, että ryhmä koordinoi jatkossa kaikki ympärivuorokautisen hoivan paikat sekä päättää lyhytaikais- ja intervalliasiakkaat lyhytaikaishoitoon. Ohjausryhmä oli hyvin yksimielinen siitä, että kokonaisuuden hallinnan kannalta SAP-työryhmän tulee hallinnoida kaikki vapautuvat palveluasumisen ja ympärivuorokautisen hoivan paikat.

Lyhytaikais- ja intervallipaikkojen koordinoinnin osalta ohjausryhmä keskusteli pitkään, miten toiminta tulisi järjestää. Nykyinen järjestelmä, jossa intervallipaikkoja oli useammassa kaupungin eri yksikössä, ei pidetty hyvänä järjestelmänä, sillä lyhytaikais- ja pitkäaikaishoidon asiakkaiden hoitaminen samalla osastolla koettiin henkilökunnan kannalta haasteelliseksi. Lyhytaikaishoitoon ei ollut hakemusmenettelyä, joten tiedot asiakkaiden palveluntarpeesta oli puutteellinen. Lisäksi ohjausryhmässä käytiin keskustelua siitä, pitääkö intervallihoidoasiakkaille tehdä kirjallinen määräaikainen palvelupäätös, sillä nykyisin palvelu saattaa jäädä ”päälle”. Lyhytaikais- ja intervallihoidon osalta ohjausryhmä päätti, että intervallipaikat keskitetään jatkossa yhdelle osastolle (Apollo) ja intervallipaikkojen osalta otetaan käyttöön hakemusmenettely.

Hallintolain 43 §:n mukaan hallintopäätös tulee antaa kirjallisesti (Hallintolaki 434/2003, § 43) Tehdyt sijoituspäätökset olivat tähän saakka olleet suullisia. Hakijat, jotka ovat täyttäneet voimassa olevat myöntämisperusteet, ovat jääneet odottamaan sijoituspaikkaa ilman kirjallista päätöstä. Ohjausryhmä totesi hallintolain velvoitteen olevan selkeä. Asiakasta koskevat päätökset tulee tehdä kirjallisesti. Ohjausryhmä päätti, että kirjalliset päätökset tehdään jatkossa kaikille pitkäaikaishoivan hakemuksille. Jatkossa tehtävät päätökset ovat kielteinen päätös, kun myöntämisperusteet eivät täyty, jonoonottamispäätös, kun myöntämisperusteet täyttyvät ja sijoituspäätös, kun asiakas sijoitetaan hoivayksikköön. Kirjalliset päätökset tekee palveluasumisen palvelupäällikkö.

Kehittämishankkeen loppuvaiheessa SAP-työryhmän kokoonpano määriteltiin uudestaan. Sähköisen tietojärjestelmän käyttöönotto ja uuden palvelutarpeenarviointilomakkeen käyttöönotto oli helpottanut kokonaistilanteen hallintaa ja parantanut tiedonkulkua ja tiedonsaantia huomattavasti. Ryhmän kokoonpanoa muutettiin siten, että SAP-ryhmän jäsenet olivat 1.1.2014 alkaen SAS-hoitaja, vanhuspalveluiden ylilääkäri ja palvelupäällikkö. Jatkossa ryhmän kokouksiin kutsutaan tarvittaessa kotihoidon, vuodeosaston tai vammaispalvelun asiantuntijoita.

5.5 Palvelutarpeen arvion kehittäminen

SAS-prosessin yhtenä ongelmana oli liian suppea palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi. Hakemuslomake, jonka avulla hakijoiden palvelutarve arviointiin oli hyvin suppea eikä antanut kokonaisvaltaista kuvaa hakijoiden toimintakyvystä ja heidän tilanteesta. SAP-työryhmän oli hyvin vaikea arvioida hakijan palveluntarvetta saadun selvityksen perusteella. Työryhmän tavoitteena oli saada aikaan uusi hakemuslomake, joka sisältää riittävät tiedot kokonaisvaltaiseen palvelutarpeen arviointiin. Näin hakijan palveluntarve ja toimintakyky on mahdollista arvioida monipuolisesti ja laadukkaasti. Kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi on edellytys oikein tehdyille ikäihmisen sijoituspäätökselle.

Työryhmä, johon kuului opinnäytetyön tekijä, SAS-hoitaja, vanhuspalveluiden kotiutushoitaja, vanhuspalveluiden ylilääkäri ja kotihoidon sairaanhoitaja kokoontui yhteensä neljä kertaa syksyn 2012 – kevään 2013 aikana. Ensimmäisellä tapaamisella työryhmän jäsenet perehtyivät palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin liittyvään kirjalliseen materiaaliin. Lisäksi työryhmä tutustui eri kuntien palveluasumisen ja ympärivuorokautisen hoivan hakemuslomakkeisiin. Teoriatiedon ja havaintojen perusteella työryhmä hahmotteli palvelutarpeen arvioinnin eri osiot, jotka palvelevat ikäihmisen sijoittamiseen liittyvää päätöksentekoa. Palvelutarpeen arvioinnin osioiksi valittiin toimintakyvyn eri ulottuvuudet (fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky), terveydentilan epävakaous, ravitsemustila, sosiaaliset kontaktit ja ympäristötekijät. Toimintakyvyn eri osa-alueiden kartoittaminen palvelutarpeen arvioinnissa on lähtökohta kokonaisvaltaiselle arvioinnille.

Työryhmän toinen tapaaminen oli yhteinen työpaja työryhmän kanssa, joka mielti ympärivuorokautisen hoivan myöntämisperusteiden päivittämistä. Yhteinen työpaja järjestettiin, koska tavoitteena oli määrittellä yhteiset ikäihmisen toimintakykyä arvioivat mittarit niin palvelutarpeen arviointiin kuin ympärivuorokautisen hoivan myöntämisperusteisiin. Myöntämisperusteiden yhtenä osana ovat toimintakykyä arvioivat mittarit, jotka määrittelevät tietyn toimintakyvyn tason. Tarkoitus oli, että palvelutarpeen arviointi tukee päätöksentekoa ja myöntämisperusteissa käytetään samaa mittaristoa päätöksenteon tukena kuin palvelutarpeen arvioinnissakin. Työryhmässä pohdittiin, mitä asioita arvioidaan ja mitä mittareita käytetään, jotta ikäihmisen toimintakyvyn eri ulottuvuuksista saataisiin mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva tukemaan SAP-työryhmän päätöksentekoa.

Toimintakykymittareiden osalta työryhmä päätyi käyttämään Porvoossa jo käytössä olevia mittareita MMSE, RAVA™ ja RAI-järjestelmän mittareita. Tavoitteena oli saada tarpeeksi laaja mittaristo arvioimaan hakijoiden toimintakykyä. Fyysisen toimintakyvyn mittareiksi valittiin RAI-järjestelmän mittarit MAPLE (hoidon ja palvelutarpeen asteikko) ja ADLH (henkilökohtaiset päivittäiset toiminnot) sekä RAVA™ (toimintakyvyn ja päivittäisen avuntarpeen arviointi). Kognitiivisen toimintakyvyn mittareiksi valittiin

MMSE (muistitesti) ja RAI-järjestelmän mittari CPS (älyllisen toimintakyvyn arviointi). Psykkisen toimintakyvyn mittariksi valittiin RAI-järjestelmän DRS (masennusoiremittari). RAI-järjestelmän mittarit valittiin siten, että ne arvioivat toimintakyvyn eri osa-alueet sekä kotihoidon että laitoshoidon RAI-järjestelmissä.

Työryhmän kolmannessa tapaamisessa työstettiin hakemuslomakkeen kysymyksiä, jolla arvioidaan mittariston lisäksi toimintakyvyn eri osa-alueita sekä terveydentilan epävakautta, ravitsemustilaa, sosiaalisia kontakteja ja ympäristötekijöitä. Työryhmä keskusteli pitkään siitä, mikä on riittävä määrä kysymyksiä määrittelemään kokonaisvaltaisen palvelutarpeen arvioinnin. Työryhmä hyödynsi muiden kuntien hakemuslomakkeiden sisältöä. Samaa ulottuvuutta arvioivat kysymykset kerättiin yhteen ja sen jälkeen niitä alettiin karsimaan. Fyysisen toimintakyvyn osalta arvioitiin sairauksia, liikkumista ja apuvälineitä. Kognitiivista toimintakykyä arvioitiin muistitoimintojen ja puheen tuottamisen osalta. Sosiaalinen toimintakyky arvioitiin mielialan ja sosiaalisten kontaktien määrällä. Psykkinen toimintakyky arvioitiin psyykkisten voimavarojen osalta.

Neljännessä tapaamisessa työryhmä kokosi aikaisempien tapaamisten tuotokset yhteen. Lopputuloksena oli hakemuslomake, jonka avulla SAP-työryhmän jäsenet arvioivat ikäihmisen palvelutarpeen. Hakemuslomakkeen tarkoituksena on myös ohjata lähettävää tahoa arvioimaan palveluntarvetta kokonaisvaltaisemmin.

5.6 Palvelun myöntämisperusteiden päivittäminen

Ikäihmisen asumispalveluiden myöntämisperusteet tuli päivittää voimassa olevien valtakunnallisten suositusten ja 1.7.2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain hengen mukaisiksi. Myöntämisperusteiden päivittämistä varten perustettiin työryhmä, johon kuului opinnäytetyöntekijä, vanhainkotien johtaja, SAS-hoitaja, kotihoidon lähihoitaja, vanhainkodin osastonhoitaja, palvelutalon sairaanhoitaja ja vuodeosaston osastonhoitaja. Vanhuspalveluiden ylläjäkäri osallistui kokouksiin kaksi kertaa. Työryhmä kokoontui yhteensä neljä kertaa syksyn 2012 – kevään 2013 aikana.

Työryhmän ensimmäisessä tapaamisessa käytiin läpi toiminnan tavoitteet ja suunniteltiin tapaamisten sisältö. Ohjausryhmältä saadun ohjeistuksen mukaan kehittämishankkeen aikana päivitetään ympärivuorokautisen hoidon myöntämisperusteet. Tavallisen palveluasumisen myöntämisperusteet päivitetään myöhemmin. Ehdotus uusista ympärivuorokautisen hoidon myöntämisperusteista tuli olla valmiina huhtikuussa 2013. Työryhmässä keskusteltiin pitkään siitä, mitkä ovat lähtökohdat uusille myöntämisperusteille. Laatusuositusten mukaan kotona asumista tulee tukea mahdollisimman pitkää ja tätä pidettiin lähtökohtana työskentelylle.

Toisessa tapaamisessa työryhmän jäsenet perehtyivät ikäihmisten palveluja ohjaaviin laatusuosituksiin ja raportteihin, jotta uudet myöntämisperusteet olisivat linjassa voimassa olevien suositusten kanssa. Työryhmän jäsenet tutustuivat myös samankokoisten kuntien ympärivuorokautisen hoidon myöntämisperusteisiin. Tavoitteena oli kartoittaa, millä tavoin ja millä perustein kunnissa ympärivuorokautisen hoidon paikkoja myönnetään. Selvityksen perusteella eri kunnissa oli hyvin erilaisia perusteita palveluiden myöntämiseksi. Joissain kunnissa oli hyvin tiukat myöntämisperusteet ja joissain taas ei. Selvityksen perusteella voitiin todeta, että Porvoossa oli jo käytössä monipuolinen mittaristo, jolla asiakkaiden toimintakykyä pystyttiin arvioimaan. Vertailukunnissa pääsääntöisesti käytössä olivat RAVA™ ja MMSE. Porvoossa näiden mittareiden lisäksi käytössä on RAI-järjestelmä, jonka mittareita on hyödynnetty päätöksenteossa.

Kaksi työryhmän jäsentä selvitti vuosina 2011-2012 kaupungin vanhainkoteihin ja tehostettuun palveluasumiseen sijoitettujen asukkaiden tulotilanteiden RAI-arviot (n=120). Selvityksen avulla pyrittiin havainnollistamaan, miten kokonaisvaltaisen kuvan käytössä olleet mittarit antoivat asiakkaasta tulotilanteesta ja samalla selvitettiin, kuinka monta asiakasta oli sijoitettu väärin perustein. Selvityksen perusteella voitiin todeta, että voimassa olevat myöntämisperusteet eivät mitanneet kaikkia toimintakyvyn ulottuvuuksia ja että 15 prosentin kohdalla voimassa olevat myöntämisperusteet eivät täytyneet eli sijoitus oli tehty väärin perustein.

Työryhmän kolmas tapaaminen oli yhteinen työpaja työryhmän kanssa, joka kehitti palvelutarpeen arviointia. Työpajassa määriteltiin ne toimintakyvyn ulottuvuuden eri mittarit, joita hyödynnetään palvelutarpeen selvityksessä ja myöntämisperusteissa.

Työryhmän neljännessä tapaamisessa määriteltiin myöntämisperusteiden sisältö kokonaisuudessaan. Porvoon kaupungin voimassa olevat myöntämisperusteet oli luotu moniportaiselle palvelujärjestelmälle, jossa hoitoa tarjottiin kolmella eri portaalla: terveyskeskussairaalassa, vanhainkodeissa ja eritasoisessa palveluasumisessa. Jokaiselle portaalle oli omat myöntämisperusteet. Ikähoivatyöryhmän muistion (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 23) mukaan moniportaisesta palvelujärjestelmästä tulee luopua ja siirtyä kohti yksiportaista ympärivuorokautisen hoidon järjestelmää. Kaupungin suunnitelmat palvelurakenteen muuttamisesta huomioitiin. Tulevina vuosina kaupungin molemmat vanhainkodit muutetaan tehostetuksi palveluasumiseksi. Tämän vuoksi ehdotus uusiksi myöntämisperusteiksi laadittiin siten, ympärivuorokautinen hoiva, jolla tarkoitetaan tehostettua palveluasumista, vanhainkoteja ja terveyskeskusvuodeosastoja, käsitellään jatkossa yhtenä kokonaisuutena kuitenkin niin, että terveyskeskusvuodeosastohoidossa painottuu lääketieteellisin perustein annettu hoito. Uusien myöntämisperusteiden tavoitteena oli korostaa kotiin annettavien palveluiden tärkeyttä. Siirtyminen ympärivuorokautiseen hoitoon tehdään siinä tapauksessa, jos ympärivuorokautisen hoiva myöntämisperusteet täyttyvät ja hakijalle ei voida järjestää tarvittavia palveluja kotiin. Ympärivuorokautisen hoivan tarve määritellään kokonaisarvion perusteella ja päätöksenteon tukena käytettävät mittarit ovat suuntaa antavia.

Työryhmän ehdotus uusiksi ympärivuorokautisen hoivan perusteiksi hyväksyttiin sosiaali- ja terveyslautakunnan kokouksessa 30.5.2013.

5.7 SAS-prosessia palveleva tietojärjestelmä

Nykyisen toimintamallin yhtenä ongelmana pidettiin sitä, että SAS-prosessissa olevien asiakkaiden asiakkuustiedot olivat ainoastaan SAS-

hoitajan tiedossa eli prosessi ei ollut läpinäkyvä. Lisäksi asiakkaista kirjattut tiedot eivät antaneet riittävästi tietoa asiakkaiden tilanteesta. Ratkaisuna tähän ongelmaan pidettiin SAS-prosessia palvelevan sähköisen tietojärjestelmän hankkimista. Sähköisen ohjelman etuna on tiedonsaannin parantuminen, sillä ohjelmaan kirjattavat tiedot ovat kaikkien käyttäjien saatavilla. Samalla se parantaa prosessin toimijoiden yhteistyötä ja toiminnan koordinoiminen on helpompaa, kun asiakkaaseen liittyvä tieto on yhdessä paikassa ja kaikkien käytettävissä. Tietokäytäntöjen ja potilaista kirjattavien asioiden yhtenäisyys on myös yksi sähköisen ohjelman etu. (Nyholm, S,nd., 10; Korpela, Elfvengren, Kaarna, Tepponen & Tuominen 2012, 4.) Sähköisen tietojärjestelmän avulla on mahdollisuus kohdentaa ja käyttää resursseja tarkemmin.

Vuonna 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki edellyttää kunnan ilmoittamaan puolivuositain, missä ajassa iäkkäälle henkilölle pystytään järjestämään asiakkaan palvelutarpeen mukaiset palvelut. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-luista, § 26.) Kaupungin käytössä oleva Efficat sairauskertomusjärjestelmä ei palvellut SAS-prosessia eikä tuottanut tarvittavaa tietoa.

Kartoittaessaan eri kuntien SAS-päätöksentekoprosessia ohjausryhmän jäsenet selvittivät samalla oliko kunnilla käytössä jokin sähköinen tietojärjestelmä, joka tukisi SAS-prosessia. Selvittelyjen perusteella käytössä oli ainoastaan yksi sovellus, Rocé Partnersin SAS-sovellus, joka oli suunniteltu tähän käyttöön. Rocé Partnersin ohjelma on web-pohjainen ohjelma, joka suunnitellaan käyttäjien yksilöllisiin tarpeisiin. Ohjelmassa käytettävää Serena alustaa voidaan hyödyntää suunnittelemalla siihen myös muiden prosessien käyttöön tarvittavia ohjelmia. Ohjelmaan rakennetaan kunnan oma SAS-prosessi eli se ohjaa prosessin toimijoita sovitun mallin mukaan.

Rocé Partnersin edustajat kävivät esittelemässä sovellusta vanhuspalveluiden johtoryhmän, kehittämishankkeen ohjausryhmän ja SAP-työryhmän jäsenille kesäkuussa 2012. Tuolloin päätettiin, että Porvoolle tehdään ohjelman esittelyversio Porvoon omasta SAS-prosessista. Esittelyversion avulla haluttiin hahmotella sitä, olisiko ohjelma käyttökelpoinen Porvoon

SAS-prosessiin. Esittelyversiota varten Rocé Partnersin ohjelmistosuunnittelija haastatteli SAP-työryhmän jäseniä elo-syyskuussa 2012 ohjelman sisällön suunnittelua varten. Esittelyversio esitettiin ohjausryhmälle loka-kuussa 2012. Esittelyn perusteella ohjausryhmä puolsi tietojärjestelmän hankkimista. Anomus tietojärjestelmän hankkimiselle tehtiin marraskuussa 2012 ja rahoituspäätös hankintaan saatiin joulukuussa.

Kehittämishankkeen ohjausryhmä nimesi työryhmän valmistelemaan ohjelman sisällön suunnittelua. Ohjelman suunnitteluryhmään nimettiin SAS-hoitaja, vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijä, kuntoutus- ja intervalliosaston vastaava hoitaja ja opinnäytetyöntekijä. Vanhuspalveluiden ylilääkäri osallistui työryhmän kokouksiin kaksi kertaa. Työryhmä kokoontui joulukuun 2012 – maaliskuu 2013 aikana yhteensä seitsemän kertaa ohjelmistosuunnittelijan kanssa. Tapaamisten kesto oli keskimäärin 2½ tuntia.

Sovellukseen suunniteltiin kaksi eri osiota; pitkäaikais SAS ja vuorohoito SAS. Pitkäaikais SAS-ohjelma käsittää prosessin ikäihmisten sijoittamisesta tavalliseen palveluasumiseen ja ympärivuorokautiseen hoivaan ja vuorohoito SAS asiakkaan sijoittamisen lyhytaikais- ja intervallihoitoon. Suunnitteluryhmän ajatuksena oli suunnitella ohjelmasisältö ensiksi pitkäaikais SAS-ohjelmaan, sillä työryhmän mielestä molempien ohjelmien sisällön suunnitteleminen olisi työlästä ja aikaa vievää. Ohjelmistosuunnittelijan kanssa käytyjen keskustelujen ja hänen aikaisempien kokemustensa perusteella päädyttiin kuitenkin siihen, että molempien ohjelmien sisältö suunnitellaan samalla kertaa. Tämä osoittautuikin hyväksi ratkaisuksi.

Työryhmä suunnitteli ensin ohjelmasisällön pitkäaikais SAS-ohjelmaan. Molempien ohjelmien suunnittelu ja toteutus jakautui seuraaviin vaiheisiin; prosessin määrittely, ohjelman kehittäminen, ohjelman testaus ja käyttöönotto. Suunnittelussa hyödynnettiin niiden kuntien ohjelmapohjia, joilla ohjelma oli jo käytössä. Prosessin määrittelyssä työryhmä huomioi SAS-prosessin mallinnuksesta nousseet kehittämiskohteet ja kehittämishankkeen ohjausryhmän tekemät päätökset prosessin päätöksentekoon liittyen. Prosessin määrittelyvaihe oli tärkein vaihe, koska se loi pohjan asiakastapausten käsittelyyn SAS-prosessissa. Toimijoiden rooleista ja vastuista

käytiin useammassa kokouksessa keskustelua. Ohjelman prosessiin luotiin kuusi eri päävaihetta; asiakkaan tietojen syöttäminen ohjelmaan, hakemuksen lähettäminen SAS-hoitajalle, hakemuksen käsittely, päätöksen teko, asiakkaan sijoittaminen yksikköön sekä asiakkaan vastaanottaminen yksikössä.

Prosessin määrittelyn jälkeen työryhmä alkoi kehittämään ohjelman sisältöä. Ohjelmaan luotiin hakemuslomake, joka pohjautui toisen työryhmän suunnittelemaan hakemuslomakkeeseen. Hakemuslomakkeen sisältöä monipuolistettiin muun muassa lisäämällä alavetovalikoita eri kysymyksiin. Lisäksi ohjelmaan luotiin asiakkaalle lähetettävien päätösten pohjat sekä eri yksiköt, johon asiakkaat sijoitetaan. Kun prosessin vaiheet ja sisältö olivat valmiina, ohjelmaa testattiin työryhmän jäsenien kesken maaliskuussa 2013 kaksi viikkoa. Tavoitteena oli havainnoida ohjelman käyttekelvopisuutta, sen ominaisuuksia ja mahdollisia puutteita. Testijakson havaintojen perusteella ohjelmaan tehtiin vielä muutama muutos testijakson jälkeen.

Vuorohoito SAS-ohjelmaan luotiin kolme eri vaihetta; hakemuksen tietojen syöttäminen, hakemuksen lähettäminen ja sijoittaminen. Ohjelman sisällön suunnittelemisessa hyödynnettiin pitkäaikais SAS ohjelman sisältöä.

Ohjelmien sisällön valmistuttua huhtikuussa 2013 SAS-ohjelmien tuleville käyttäjille (n= 50) järjestettiin neljä samansisältöistä käyttökoulutustilaisuutta. Koulutettavat jaettiin pienempiin ryhmiin, sillä koulutus suoritettiin kaupungin atk-luokassa, jossa tietokoneiden määrä oli rajoitettu. Yhden koulutustilaisuuden kesto oli kaksi tuntia. Ensimmäinen koulutustilaisuus järjestettiin ohjelmistosuunnittelijan pitämänä valikoidulle käyttäjäryhmälle. Ryhmään kuuluivat SAP-työryhmän jäsenet ja kotihoidon esimiehet. Kolmesta muusta koulutustilaisuudesta vastasi opinnäytetyöntekijä, joka nimettiin SAS-ohjelman pääkäyttäjäksi. Heti koulutustilaisuuksien jälkeen molemmat ohjelmat otettiin käyttöön huhtikuun lopussa. Ohjelmista kerätettiin käyttäjäkokemuksia toukokuun ajan ja saatujen kokemusten perusteella ohjelmiin tehtiin vielä muutamia pieniä muutoksia toukokuun lopulla.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOS

6.1 Uusi toimintamalli

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda uudenlainen toimintamalli ikäihmisten asukasvalintaan. Tavoitteena oli parantaa SAS-prosessin palvelutarpeen arviointia ja samalla selkeyttää prosessin toimijoiden vastuita ja velvollisuuksia. Lisäksi tavoitteena oli myös yhtenäistää toimintakäytäntöjä ja parantaa yli organisaatorajojen tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä. Uuden toimintamallin kehittäminen tapahtui useamman eri työryhmän yhteistyön tuloksena. Tavoitteena oli, että SAS-prosessi nähdään yhtenä kokonaisuutena, jossa asiakas on keskiössä ja palvelu järjestetään asiakkaan tarpeista lähtien. Tämän kehittämishankkeen kehittämiskohteet nousivat SAS-prosessin mallinnuksesta.

Ikäihmisen sijoittaminen ympärivuorokautiseen hoivaan vaatii hyvää yhteistyötä yli organisaatorajojen sekä kotihoidon että vuodeosastojen välillä. Jotta ikäihmiselle löydetään hänen toimintakyvyllään sopiva sijoituspaikka, tulee SAS-prosessin eri vaiheet limittyä läheisesti toisiinsa ja prosessin toimijoiden tehdä hyvää yhteistyötä keskenään. Toimintamallin tavoitteena oli yhteistyön avulla löytää ne ikäihmiset, jotka eniten tarvitsivat ympärivuorokautista hoivaa. Kehittämishankkeen työryhmiin valittiin jäseniä, jotka toimivat SAS-prosessin eri vaiheissa tarkoituksena osallistaa ja sitouttaa kaikkia prosessin toimijoita.

Toimintamalli kehitettiin mukaillen Alanikkolan (2003) esittämä palveluohjauksen prosessimallia. Ikäihmisen SAS-prosessin palveluohjauksen toimintamalli jakaantuu neljään eri vaiheeseen; asiakkaan valikointi, palvelutarpeen arviointi ja palveluiden suunnittelu, palveluiden organisointi ja tilanteen seuranta (kuvio 5). Toimintamallin eri vaiheet eivät aina välttämättä näyntyä selkeästi erillisinä vaiheina, sillä vaiheet voivat mennä osittain päällekkäin. Prosessin vaiheet haluttiin kuitenkin nimetä selkeästi neljään eri vaiheeseen, jotta eri vaiheiden merkitys korostuu.



Kuvio 5. Ikäihmisen asukasvalinnan palveluohjausmalli

Siirtymävaiheen palveluohjauksen aikana ikäihminen siirtyy omasta kodista tavallisen palveluasumisen tai ympärivuorokautisen hoivan yksikköön. Uuden toimintamallin lähtökohtana on palveluohjauksen jatkuvuus. Siirtymävaiheen palveluohjauksen tavoitteena on lisätä vuoropuhelua ikäihmisen kanssa. Palveluohjauksellinen työote alkaa jo siinä vaiheessa, kun ikäihmisen kanssa aletaan keskustella mahdollisuudesta muuttaa omasta kodista hoivakotiin ja päättyy siihen, kun hän sijoittuu hoivayksikköön. Palveluohjauksen avulla selkeytetään asiakkaan tilannetta ja tavoitteellisesti edetään vaihe vaiheelta kohti palveluiden organisointia ja ikäihmisen muuttoa hoiva-asumiseen. Tällä tavoin pyritään siihen, että ikäihminen on tietoinen oman prosessinsa kulusta ja hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omien asioidensa käsittelyyn. Yhtenä merkittävänä tekijänä siirtymävaiheen palveluohjauksen onnistumisena on prosessiin osallistuvien toimijoiden saumaton yhteistyö ja selkeät toimintatavat.

Klemola (2006) on tutkinut ikäihmisen siirtymistä kodista hoitokotiin. Hän puhuu siirtymävaiheesta, johon kuuluu viisi eri vaihetta; ennakoiva vaihe, siirtymävaiheen käynnistyminen, odotusvaihe, siirtyminen hoivakotiin ja

siirtymävaiheen päätyminen. Siirtymävaiheen laukaisijana voi olla useampi tekijä. Ikäihmisen toimintakyky voi alentua niin, ettei hän koe enää pärjäävänsä kotina. Myös puolison sairastuminen tai kuolema saattavat aiheuttaa tilanteen, että kotona asuminen ei enää onnistu. (Klemola 2006, 34-37.) Siirtymävaiheen merkitys ikäihmiselle vaihtelee. Se voidaan kokea myönteisesti tai kielteisesti ja siihen liittyy usein myös erilaisia odotuksia, jotka voivat olla epärealistisia. Tietämättömyys tulevasta voi aiheuttaa pelkoa. Siirtymävaiheeseen liittyvien menetysten ja muutosten takia muuttoa hoivakotiin pidetään yleensä henkisesti raskaana tapahtumana. Siirtymävaiheen onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät. Edellytys siirtymävaiheen onnistumiselle on, että ikäihminen otetaan mukaan hänen oman elämänsä koskevaan päätöksentekoon. Siirtymävaiheen käynnistyessä ja sen aikana ikäihmisen tulee olla tietoinen prosessin kulusta ja hänen tulee saada riittävästi tietoa päätöksentekoon liittyvistä asioista ja asioista tulee keskustella avoimesti. (Klemola 2006, 123.)

Ikäihmisen palvelutarpeen arviointi on prosessin ajan jatkuvaa. Asukasvalintaprosessi saattaa kestää useamman kuukauden ja prosessin aikana ikäihmisten palvelutarve voi muuttua nopeastikin. Tämän vuoksi uudessa toimintamallissa arvioidaan asiakkaan palvelutarve usein, jotta sijoituspäätöstä tehdessä ikäihmiselle järjestyy oikea hoitotason mukainen paikka. Toimintamallissa palvelutarpeen arvioinnissa kiinnitetään enemmän huomiota asiakkaan kokonaistilanteeseen. Uusitun hakemuslomakkeen avulla asiakkaan palvelutarpeesta saadaan kokonaisvaltaisempi kuva.

Uudessa toimintamallissa keskitettiin kaikki ympärivuorokautisen hoivan paikkojen koordinointi SAP-työryhmälle. Aikaisemmin vanhainkotiin tapahtuneet sijoitukset tapahtuivat SAS-toiminnan ulkopuolella. Uusi toimintamalli mahdollisti sen, että vanhus- ja vammaispalveluissa oli nyt selkeä kokonaisnäkemys sijoitustoiminnan tilasta. Koordinoinnin avulla mahdollistetaan tasa-arvoiset ja oikeudenmukaiset sijoitukset. Ikäihmisten palveluiden tarve arvioidaan samojen myöntämisperusteiden mukaisesti. Tämä vähentää myös väärin sijoitusten mahdollisuutta.

SAS-prosessia palvelevan sähköisen ohjelman hankinta oli merkittävä tekijä uuden toimintamallin kannalta. Kaikki SAS-prosessin eri vaiheet tallentuvat sähköiseen ohjelmaan ja ne ovat nähtävissä koko prosessin ajan. Tämä mahdollistaa prosessin seurannan ja erilaisten raporttien tekemisen.

Sähköinen ohjelma on työkalu, jonka avulla voidaan todentaa päätöksentekoprosessin eri vaiheet ja ne tulevat näkyviksi käyttäjille. Uuden toimintamallin vaiheet ovat yhteneväiset sähköisen ohjelmaan luotujen eri vaiheiden kanssa: asiakkaan tietojen syöttäminen ohjelmaan ja hakemuksen lähettäminen SAS-hoitajalle (asiakkaan valikointi), hakemuksen käsittely (palvelutarpeen arviointi), päätöksenteko (palveluiden suunnittelu), asiakkaan sijoittaminen yksikköön sekä asiakkaan vastaanottaminen yksikössä (palveluiden organisointi). Ohjelman avulla ikäihmisen asukasvalintaprosessin kulku on prosessin toimijoiden nähtävissä reaaliaikaisesti. Ohjelman avulla pystytään reaaliaikaisesti näkemään muun muassa työnalla olevien hakemusten ja arviointia odottavien hakijoiden määrä, sijoituspaikkaa odottavien määrä, hakijoiden jonotusaika sekä vapautuneet paikat. SAS-toiminnan vaikuttavuutta voidaan myös arvioida ohjelmasta saatavien tietojen avulla.

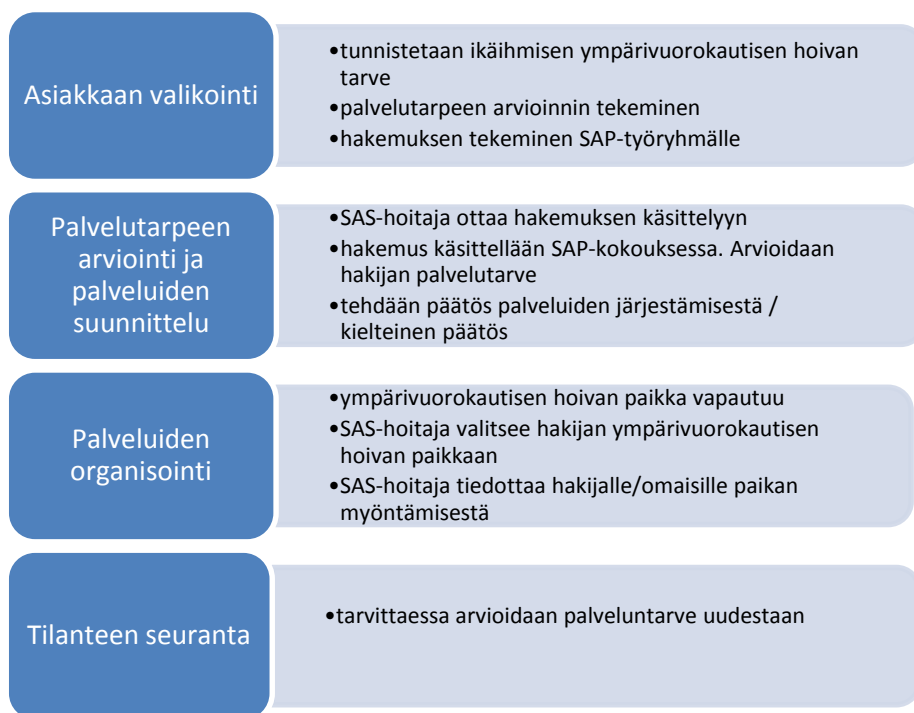
Ohjelmaan suunniteltu prosessi ohjaa ikäihmisen kulkua prosessissa johdonmukaisesti sovitun mallin mukaisesti ja samalla se ohjaa prosessin toimijoita sovittujen roolien ja vastuiden mukaan. Sähköisen ohjelman ansiosta ikäihmisen tiedot ja prosessin kulku ovat reaaliajassa nähtävillä.

SAS-prosessissa toimijoina ovat sekä sosiaali- että terveyspalveluiden toimijoita. Kun toimintakyky alenee, ikäihmisen palvelutarve muuttuu ja palveluita saadaan useammalta eri palveluntuottajalta. Yhteisen sähköisen järjestelmän etuna on se, että tiedot hoitolinjoista ja toimintakykyisyydestä seuraavat ikäihmistä eri toimijoille. (Helin & von Bondsdorff 2014, 441.)

SAS-prosessin kulku ja prosessin toimijoiden tehtävät, vastuut ja roolit on kuvattu uimaratakaavion avulla liitteessä 1.

6.2 Toimintamallin eri vaiheet

Ikäihmisen asukasvalinnan palveluohjausmalli koostuu neljästä eri vaiheesta; asiakkaiden valikointi, palvelutarpeen arviointi ja palveluiden suunnittelu, palveluiden organisointi ja tilanteen seuranta. Toimintamallin eri vaiheiden pääsisällöt on kuvattu kuviossa 6.



Kuvio 6. Ikäihmisen asukasvalinnan palveluohjausmallin vaiheiden sisällöt

Asiakkaan valikointi

Asiakkaan valikoinnin tavoitteena on ajoissa tunnistaa ne ikäihmiset, joiden palvelutarve on suuri ja kotona asuminen ei enää onnistu. Prosessin kannalta oikeiden asiakkaiden tunnistaminen on oleellista, jotta palvelu voidaan kohdentaa sitä tarvitseville. Asiakkaan oikea-aikainen tunnistaminen on myös tärkeä osa hoidonporrastusta. Henkilökunta on avainasemassa, kun arvioidaan ikäihmisten toimintakykyä ja kotona pärjäämistä (Klemola 2006, 102).

Henkilökunta arvioi ikäihmisen palvelutarpeen ja kokonaistilanteen arvioinnin perusteella arvioi, onko ikäihmisen kotona-asuminen turvallista ja mahdollista. Asiakkaiden palvelutarve arvioidaan toimintakyvyn näkökulmasta. Siirtymävaiheen onnistumisen edellytys on, että henkilökunta keskustelee ikäihmisen ja hänen omaistensa kanssa hoivakotiin hakeutumisesta. Ikäihmisen oma mielipide tulee aina kuulla, sillä hänellä on oltava mahdollisuus osallistua oman elämäänsä koskevien päätösten tekemiseen. Mikäli ikäihmisellä, hänen omaisellaan ja hoitotyön asiantuntijalla on eri näkemykset palvelutarpeesta, asiasta käydään avoin keskustelu ja pyritään löytämään yhteinen näkemys asiasta.

Asiakkaan valikoituminen SAS-prosessiin voi tapahtua useaan tahon toimesta. Ikäihmistä hoitava taho (palvelukoordinaattori, kotihoito tai terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunta) arvioi, että kotona selviytyminen ei ole mahdollista enää kotihoidon ja eri tukipalveluidenkaan turvin. Ikäihminen itse tai hänen omaisensa voivat olla sitä mieltä, että kotona asuminen ei enää ole turvallista ja vaativat hakemuksen tekemistä. Myös SAS-hoitaja voi yhteydenoton perusteella todeta, että ikäihmisellä voi mahdollisesti olla ympärivuorokautisen hoivan tarve. Kun ajatus siirtymisestä hoiva-asumiseen on esitetty, asiasta keskustellaan yhdessä ikäihmisen ja/tai hänen omaisensa kanssa. Ikäihmisen ja hänen omaisensa tulee aina olla tietoinen siitä, että SAS-prosessi käynnistetään.

Asiakkaan valikointivaiheessa ikäihmistä hoitava taho tekee palvelutarpeen arvion. Palvelutarpeen arvion tarkoituksena on selvittää, onko sen hetkiset palvelut oikein kohdennettu ja onko vielä jotain tukitoimenpiteitä, jota voitaisiin kokeilla kotona asumisen tukemiseksi. Palvelutarpeen arvioinnilla selvitetään ikäihmisen itsenäisen selviytymisen lähtökohdat ja hahmotetaan tarvittavien palveluiden määrät. Asiakkaan valikoinnissa tulee huomioida ympärivuorokautisen hoivan myöntämisperusteet.

Ikäihmistä hoitava taho (palvelukoordinaattori, kotihoito, vuodeosasto) tekee hakemuksen sähköiseen ohjelmaan, kun päätös hakeutumisesta hoiva-asumiseen on tehty. Hakemus lähetetään sähköisesti SAS-hoitajalle

arviointiin. Kotihoidon sairaanhoitajan tekemä hakemus siirtyy ensiksi kotihoidon ohjaajalle tarkistettavaksi. Kotihoidon ohjaajan tehtävänä on varmistaa, että kaikki mahdolliset palvelut ja tukitoimet on kokeiltu kotona asumisen tukemiseksi. Kotihoidon ohjaajalta hakemus siirtyy SAS-hoitajan arviointiin. Palvelukoordinaattorin ja vuodeosaston hakemukset päätyvät suoraan SAS-hoitajalle arviointijonoon.

Palvelutarpeen arviointi ja palveluiden suunnittelu

Palvelutarpeen arviointi ja palveluiden suunnittelu tapahtuvat SAP-työryhmän kokouksessa. Kun hakemus saapuu SAS-hoitajalle, arvioi hän hakemuksen tiedot. Arviointivaiheessa hakemukseen voidaan pyytää täydennystä, se voidaan hyväksyä tai hylätä. Mikäli hakemuksen tiedoissa on puutteita tai epä johdonmukaisuuksia, pyytää SAS-hoitaja lähettävältä taholta lisäselvityksiä. Kun hakemus on valmis, käsitellään se SAP-työryhmän kokouksessa. Työryhmä arvioi hakijan palvelutarpeen hakemuksessa olevien tietojen perusteella. Päätöksenteon tukena SAP-työryhmä käyttää ympärivuorokautisen hoivan myöntämisperusteita. Myöntämisperusteet takaavat ikäihmisten tasavertaisen ja oikeudenmukaisen kohtelun. Mikäli palvelun myöntämisperusteet eivät täyty tai SAP-työryhmä katsoo, että kotihoidon palveluja tai erilaisia tukipalveluja voidaan vielä kokeilla, tekee palveluasumisen palvelupäällikkö hakijalle kielteisen kirjallisen päätöksen.

Hakijoille tehtävät kirjalliset hylkäys-, jonoonhyväksymis- ja sijoituspäätökset tehdään sähköisessä järjestelmässä. Järjestelmä hakee automaattisesti tiedot hakijan äidinkielestä ja myönnetystä hoitotasosta. Järjestelmä hakee automaattisesti oikeat päätöstekstit päätöslomakkeelle. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella ikäihmiselle mietitään yksilöllinen jatkosuunnitelma palvelukokonaisuudesta. Suunnitelma kirjataan sähköiseen ohjelmaan ja se välittyy tiedoksi lähettävälle taholle.

Myöntämisperusteiden täytyessä hakija otetaan jonoon ja hakija siirtyy jonotustilaan odottamaan sijoitusta. Palveluasumisen palvelupäällikkö tekee hakijalle kirjallisen jonoonottamispäätöksen sähköisessä ohjelmassa.

SAP-työryhmä tekee päätöksen hoitotasosta eli onko asiakas tavallisen palveluasumisen vai ympärivuorokautisen hoivan tarpeessa. SAS-hoitaja ilmoittaa hakijalle tai hänen edustajalleen päätöksen myös puhelimitse. Samalla hän tiedustelee hakijan toiveet sijoituspaikan suhteen ja antaa tietoa hakijalle tai hänen edustajalle prosessiin liittyvistä asioista. Hakijan toiveet sijoituspaikasta pyritään huomioimaan mahdollisuuksien mukaan ja ne kirjataan sähköiseen ohjelmaan. Toiveiden huomioiminen on tärkeää, sillä se edesauttaa hakijan sopeutumista tilanteeseen ja valmistautumista tulevaan muuttoon. Palveluiden suunnittelun tavoitteena on löytää hakijalle palvelutarvetta vastaava sijoituspaikka ja tavoite on, että valittu yksikkö on ikäihmisen koti elämän loppuun saakka.

Palveluiden organisointi

Palveluiden organisoinnilla tarkoitetaan sijoituspaikan järjestämistä ikäihmiselle. Ympärivuorokautisen hoivan yksiköt ilmoittavat sähköiseen järjestelmään vapautuneet paikat, josta SAS-hoitaja näkee ne ajantasaisesti. Sijoitukset vapautuneisiin paikkoihin tehdään ensisijaisesti aikaperusteisesti eli valintaperusteena on jonotusaika. Toinen valintaan vaikuttava seikka on ikäihmisen esittämä toive sijoituspaikasta. Toive sijoituspaikasta pyritään aina huomioimaan.

SAS-hoitaja ilmoittaa hakijalle tai hänen edustajalleen tarjolla olevasta sijoituspaikasta. Hakijalla tai hänen edustajallaan on kolme päivää aikaa tehdä päätös tarjotun paikan vastaanottamisesta. Hakijalla on myös mahdollisuus käydä tutustumassa yksikköön ennen päätöksen tekemistä. Vastaanottava yksikkö saa SAS-hoitajalta ilmoituksen uudesta asukkaasta. Hakija tai hänen edustajansa sopivat tutustumiskäynnin ja muuttoon liittyvät yksityiskohdat yksikön kanssa. Mikäli hakija vastaanottaa paikan, SAS-hoitaja sijoittaa hänet sähköisessä ohjelmassa vapaaseen paikkaan. Viesti välittyy vastaanottavalle yksikölle ja palveluasumisen palvelupäällikölle, joka tekee kirjallisen sijoituspäätöksen. Muuttoon liittyvät yksityiskohdat ikäihminen tai hänen edustajansa sopivat vastaanottavan yksikön kanssa. Vastaanottava taho kuittaa muuton tapahtuneeksi sähköisessä ohjelmassa.

Tilanteen seuranta

Kielteisen päätöksen saaneen hakijan tilannetta seurataan hoitavan tahon toimesta ja tarvittaessa tehdään uusi hakemus SAS-prosessiin. Sijoitetun asukkaan osalta tilannetta seurataan vastaanottaneessa yksikössä ja tarvittaessa ollaan yhteydessä SAS-hoitajaan, mikäli tilanne näyttää siltä, että asukas ei syystä tai toisesta kykene asumaan yksikössä. Mikäli ikäihmisen sijoitus on ollut väärä, tehdään palvelutarpeen arviointi uudestaan ja mietitään uusi ratkaisu asialle.

7 KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIONTI

7.1 Kehittämishankkeen prosessin arviointi

Kehittämishankkeella tarkoitetaan tavoitteellista kertaluontoista kokonaisuutta, jonka avulla luodaan uusi, aiempaa parempi toimintamalli. Kehittämishankkeita voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Kehittämishankkeiden kesto voi vaihdella muutamasta kuukaudesta vuosiin. Niiden laajuus voi vaihdella pienistä mittaviin. Mittavilla kehittämishankkeilla tavoitellaan toimintatapojen, palveluiden tai tuotteiden kehittämistä paremmaksi ja toimivammaksi. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 7-9.) Tämä kehittämishanke voidaan määritellä mittavaksi niin ajallisesti kuin toiminnallistakin. Ajallisesti kehittämishanke kestivuoden 2012 huhtikuusta vuoden 2013 marraskuuhun. Kehittämishankkeen lopputuotoksena oli uusi toimintamalli ikäihmisten sijoitustoimintaan. Kehittämishanke oli myös osa isompaa kokonaisuutta, jonka tarkoituksena oli kehittää Porvoon ikäihmisten hoitoketjuja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tämä kehittämishankkeen avulla luotiin lisäedellytyksiä hoitoketjujen parantamiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Kehittämishankkeen aiheen kohdistuminen ikäihmisen asukasvalinnan kehittämiseen oli luontevaa SAP-työryhmän puheenjohtajan roolini vuoksi. Kehittämishanke oli myös hyvin ajankohtainen, koska valtakunnallisten suositusten mukaan laitospainotteinen palvelurakenne tulee muuttaa avopainotteisempaan suuntaan. Ikäihmisen sijoitustoiminnan tavoitteena on löytää ne ikäihmiset, joiden kotona pärjääminen ei enää onnistu ja sijoittaa heidät toimintakykyään vastaavaan asumispaikkaan.

Kehittämishanke voi olla ulkoapäin tai omaehtoisesti määritelty. Ulkoapäin määritellyn projektin tavoitteet on määritelty työyhteisön ulkopuolella esimerkiksi johdon toimesta. Ulkoapäin määritellyt tavoitteet voivat aiheuttaa sen, että kehittämishanke jää pinnalliseksi, koska tavoitteita ei ole sisäistetty. Omaehtoisien kehittämishankkeiden tarve nousee työyhteisöstä ja näin se on helposti perusteltavissa ja tarve ja tavoitteet on helpompi sisäistää. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 9-10; Toikko & Rantanen 2009, 15.)

Vanhus- ja vammaispalveluissa oli jo pidemmän aikaa nähty tarve ikäihmisten asukasvalinnan kehittämiseen. Käytännön kokemus SAS-prosessiin liittyvistä ongelmista ja haasteista ja vanhuspalvelulain tuomat velvoitteet palveluiden saatavuudesta ja palveluiden saantiaikojen ilmoittamisesta edellyttivät toiminnan kehittämistä. Myös NHG:n raportin tulokset osoittivat ikäihmisten hoitoketjujen haasteet ja ongelmat. Voidaan todeta, että lähtökohdat omaehtoiseen kehittämishankkeeseen olivat olemassa. Kehittämishankkeen tarve ja perustelut nousivat SAS-prosessin toimijoiden keskuudesta.

Toimintatutkimus osallistavana menetelmänä soveltui kehittämishankkeeseen hyvin. Kehittämiseen osallistuvat jäsenet ovat mukana suunnittelussa, tiedon keräämisessä ja osallistuvat myös päätelmien tekemiseen. Osallistavuus lisää läpinäkyvyyttä ja vuorovaikutus osapuolten välillä lisääntyy. (Heikkinen 2006, 32-33.) Kehittämishankkeeseen valitut henkilöt osallistuivat aktiivisesti muutosprosessiin. Ratkaisuja kehitettiin yhdessä ja ne vietiin käytäntöön kokeiltavaksi heti. Toimintatutkimuksen vaiheet (suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi) etenevät sykleittäin (Toikko & Rantanen 2009, 66). Joskus toiminnan eri vaiheita ei voida selkeästi eritellä, sillä ne saattavat lomittua toisiinsa (Heikkinen 2010, 223). Kehittämishankkeen aikana oli ajoittain vaikea hahmottaa, miten syklit ja sen eri vaiheet etenivät. Hankkeen aikana toteutui useampi sykli, sillä työryhmien tuotokset otettiin heti käytäntöön ja niiden toimivuutta reflektointiin koko ajan.

Kehittämishankkeen kesto oli määritelty aluksi vuoden mittaiseksi eli päätymisajankohdaksi oli suunniteltu huhtikuu 2013. Kehittämishanke saatiin päätökseen marraskuussa 2013 eli kehittämishanke venyi alkuperäisestä suunnitelmasta seitsemän (7) kuukautta. Pääasiallinen syy kehittämishankkeen venymiselle oli se, että näkemys kehittämishankkeen osakokonaisuuksien laajuuksista ei ollut riittävän selkeä hankkeen alussa. Ympäri- vuorokautisen hoivan myöntämisperusteiden päivittäminen ja sähköisen ohjelman hankinta ja suunnittelu veivät odotettua enemmän aikaa. Ympäri- vuorokautisen hoivan myöntämisperusteet hyväksyttiin sosiaali- ja ter-

veyslautakunnassa toukokuussa 2013. Sähköinen ohjelma otettiin käyttöön toukokuussa 2013. Kehittämishankkeelle haluttiin antaa riittävästi aikaa, jotta kaikki osakokonaisuudet saatiin valmiiksi ja yhdistettyä eri toiminnot yhteiseksi toimintamalliksi.

Prosessien arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota tiedon ajantasaisuuteen, kattavuuteen ja saatavuuteen. Nykypäivän tietoteknologia lisää asiakaslähtöisyyttä ja joustavuutta. Mikäli tietojärjestelmä täyttää prosessin tietovaatimukset, tukee se prosessia hyvin. (Tanttu 2007, 188-189.) Kehittämishankkeen alussa ei ollut lainkaan varmuutta, onko sähköisen ohjelman hankkiminen mahdollista. Yhteistyössä toimittajan kanssa lähdettiin ohjelman sisältöä kuitenkin suunnittelemaan lokakuussa 2013, vaikka rahoitus ei ollut vielä varma. Rahoituksen varmistuttua joulukuussa 2013 ohjelman sisällön suunnittelu nytkähti eteenpäin. Sähköisen ohjelman suunnittelu koettiin melko työlääksi, koska ohjelman sisällön suunnittelu ilman selvää näkemystä siitä, millainen hyvin toimiva lopputulos pitäisi olla. Työryhmällä, joka pohti ohjelman sisältöä, oli kuitenkin vahva halu saada ohjelman sisältö valmiiksi.

Sähköistä ohjelmaa pidettiin uuden toimintamallin yhtenä tärkeimmistä osatekijöistä, koska sen avulla koko SAS-prosessi saatiin läpinäkyväksi ja hyvin konkreettiseksi. Lisäksi ohjelman avulla mahdollisuus ajantasaiseen tietoon lisääntyi. Sähköinen tietojärjestelmä mahdollistaa ajantasaisen tiedon siirron yksiköstä toiseen. Sen myötä saumatonpalveluketju mahdollistuu eri yksiköiden välillä. (Tanttu 2007, 199.)

Kehittämishankkeen alussa ilmapiiri oli innostunut ja odottava, mutta hankkeen laajuus aiheutti epäilyjä sen onnistumisesta. Kehittämishankkeen eri työryhmät aloittivat työskentelynsä lähes samaan aikaan syksyllä 2013. Opinnäytetyöntekijä ja osa ohjausryhmän jäsenistä osallistuivat kaikkiin työryhmiin. Samanaikainen työskentely kolmessa eri työryhmässä oli raskasta, koska jokaisen työryhmätapaamisen jälkeen tuli perehtyä uusiin asioihin. Työryhmätyöskentelyn sovittaminen muun työn oheen oli ajoittain hyvin haasteellista ja jopa työlästä. Kehittämishankkeen tärkeys ja yhteinen tahtotila kuitenkin motivoivat työryhmän jäseniä jaksamaan. Vaikka

jäsenyys kaikissa työryhmissä oli raskasta, koin sen kuitenkin hyväksi, sillä se mahdollisti yhteistyön ja tiedonvälityksen näiden työryhmien välillä. Yhtenä etuna oli myös se, että pystyin tarvittaessa hyödyntämään eri työryhmien aikaansaannoksia kaikissa työryhmissä. Työpajatyöskentelyvaiheessa minulla koordinoijana tuli joskus kuitenkin epätoivoinen olo siitä, miten kaikki asiat saadaan koottua yhteen toimivaksi kokonaisuudeksi. Yllättävää kyllä, vähitellen kaikki asiat loksahdivat kohdilleen kuin itsestään. Työryhmällä, jonka tehtävänä oli päivittää ympärivuorokautisen hoivan perusteet, oli vaikeuksia alussa löytää yhteisymmärrys siitä, miten myöntämisperusteita lähdetään työstämään ja se aiheutti ahdistusta työryhmän jäsenistä. Ohjausryhmän kanssa käydyn keskustelun jälkeen yhteinen näkemys löytyi ja työryhmä pääsi työssään eteenpäin.

Toimintatutkimuksen eteneminen voidaan hahmottaa spiraalina, jossa syklin eri vaiheet toistuvat. Spiraalimallissa kehittämistoiminnan tuloksia arvioidaan aina uudestaan ja uudestaan. Arvioinnin perusteella toimintaa kehitetään edelleen. (Toikko & Rantanen, 2009, 66.) Koko kehittämishankkeen ajan sovitut tai kehitetyt uudet käytännöt otettiin heti kokeiluun käytäntöön. Tarkoituksena oli saman tien kokeilla, miten ne soveltuivat toimintaan. Ikäihmisten sijoitustoiminta oli koko kehittämishankkeen aikana normaali vanhuspalveluiden toiminto. Ohjausryhmässä käytiin keskustelu siitä, miten uutta toimintamallia lähdetään vakiinnuttamaan käytäntöön. Toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti päätettiin ottaa uudet käytänteet heti käyttöön ja reflektoida niiden toimivuutta ja tarpeen vaatiessa muuttaa niitä. Tavoitteena oli pikku hiljaa vakiinnuttaa uutta toimintamallia käytäntöön.

Kehittämishanke eteni hyvin, vaikka suunniteltu aikataulu ei pitänytkään. Itse jäin opintovapaalle elokuussa 2013 eli aivan hankkeen loppuvaiheessa. Kehittämishankkeen koordinoivastuu oli kuitenkin edelleen minulla. Kehittämishankkeen loppuvaiheessa oli aistittavissa lievää väsymystä hankkeen osallistujien kesken.

Kehittämishankkeen eri vaiheiden koordinointi on ollut haastava mutta erittäin mielenkiintoista. Kehittämishankkeen aikana kehitettyjä käytäntöjä kehitettiin käytännössä jo kehittämishankkeen aikana. Kehittämisen kohteena olevien henkilöiden tulisi olla tietoisia kehittämistoiminnan tavoitteista ja sen vaikutuksista omaan rooliin. Tietoisuus muutoksen tarkoituksesta ja tavoitteista vähentää muutosvastarintaa (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 78; Ojasalo ym. 2009, 48). Muutokset vanhaan toimintamalliin aiheuttivat ihmetystä ja ajoittain jopa närkästystä niissä toimijoissa, jotka eivät olleet mukana varsinaisessa kehittämishankkeessa, mutta toimivat SAS-prosessin rajapinnoilla. Haasteelliseksi osoittautui näiden toimijoiden motivointi muutokseen. Kommentti ”miksi hyvää järjestelmää pitää muuttaa” tuotiin esille muutaman kerran hankkeen aikana. Jatkuva muutostila aiheutti väsymystä ja epävarmuutta, miten tuli toimia – uuden vai vanhan toimintamallin mukaan. Vanhojen rutiinien muuttaminen aiheutti haasteita uusien toimintakäytäntöjen vakiinnuttamisessa.

Muutokset SAS-prosessin päätöksentekoprosessiin ja SAS-hoitajan toimintakuvaan aiheuttivat eniten vastustusta. Kehittämishankkeen lähtökohtia ja tavoitteita olisi pitänyt selkeämmin kehittämissä alussa ja sen aikana myös perustella ja selventää, jotta muutosvastarinta olisi ollut vähäisempää. Haasteena jatkossa on uuden toimintamallin juurruttaminen ja vanhojen työtapojen poisoppiminen. Vanhat toimintatavat istuvat sitkeässä. Uuden toimintamallin koordinoitivastuu jäi opinnäytetyön tekijälle. Uutta toimintamallia tullaan arvioimaan jatkuvasti ja tarvittaessa kehitetään toimintatapoja paremmiksi.

Kehittämishankkeen merkitys vanhuspalveluiden prosessien kehittämisessä oli merkittävä. Tämä hanke oli osa palvelurakenteen muutosta. Uuden toimintamallin myötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitoketjujen parantamisen edellytykset mahdollistuivat.

Tähän kehittämishankkeeseen liittyvää opinnäytetyötä aloin kirjoittamaan vasta sen jälkeen, kun hanke oli jo päättynyt. Opinnäytetyön kirjoittaminen oman työn ohessa osoittautui hyvin haasteelliseksi ja aika ajoin se tuntui

jopa lähes mahdottomalta. Mikäli olisin työstänyt opinnäytetyötä samanlaisesti kehittämishankkeen aikana, olisi teoreettisen tiedon ymmärtämys ja sisäistäminen ollut huomattavasti syvällisempää. Opinnäytetyöprosessi on ollut kaikesta huolimatta näin kehittämishankkeen loputtua kirjoitettunakin ollut hyvin antoisa ja opettavainen, mutta miten opettavaista se olisi ollutkaan, jos ne olisivat tukeneet toinen toisiaan? Opinnäytetyöprosessin aikana oli yllättävää se, että palveluohjaukseen liittyvä kirjallista uutta materiaalia ei löytynyt. Palveluohjaus on nykyään hyvin keskeinen termi sosi- ja terveydenhuollossa, joten oletus oli, että asiaa olisi tutkittu enemmän.

7.2 Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys

Keskeinen tieteellisen tiedon tunnusmerkki on luotettavuus. Kehittämistoiminnassa luotettavuudella tarkoitetaan ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvän tiedon tulee olla todenmukaista ja hyödyllistä. Keskeinen osa luotettavuutta on toistettavuus. Toistettavuus voi olla ongelmallista esimerkiksi sosiaalisissa prosesseissa, koska samanlainen ryhmäprosessin aikaansaaminen eri ryhmällä ei välttämättä onnistu. (Toikko & Rantanen 2009, 121-123.) Kehittämishankkeen tuloksena syntynyt toimintamalli on kehitetty Porvoon vanhuspalveluihin ja sen palvelu- ja organisaatorakenteeseen sopivaksi. Kehittämishankkeen tulosta voidaan mielestäni hyödyntää ja osittain ottaa käyttöön myös muissa kunnissa. Toimintamallia tulee kuitenkin muokata oman organisaation palvelurakennetta vastaavaksi. Valtakunnalliset suositukset palvelurakennemuutoksesta haastaa kuntia miettimään omaa sijoitustoimintaa. Nämä haasteet tulevat lisäämään kuntien välistä yhteistyötä ja toimintatapojen ja –mallien käyttöönottoa.

Tässä kehittämishankkeessa ei tehty tieteellistä tutkimusta vaan kehittämishanke toteutettiin mallintamalla kehitettävän prosessin nykytila ja tutustumalla aiheeseen liittyvään teoretietoon. Lisäksi kehittämishankkeessa hyödynnettiin kehittämishankkeeseen osallistujien osaamista ja tietämystä asiasta.

Kehittämishankkeessa käytettyä työskentelymallia voidaan myös hyödyntää vastaavanlaisissa kehittämishankkeissa. Työryhmätyöskentely mahdollistaa useamman eri osakokonaisuuden työstämisen yhtä aikaa. Kehittämishankkeen toimijoiden sitoutuneisuus on yksi luotettavuuden osatekijä (Toikko & Rantanen 2009, 124). Tässä kehittämishankkeessa hankkeeseen osallistujat olivat sitoutuneita koko kehittämishankkeen ajan.

Tarkka dokumentaatio on yksi luotettavuuden perusedellytys. Dokumentoinnissa kirjataan ylös kehittämishankkeen eri vaiheet ja tehdyt valinnat. Mikäli valintoja, ratkaisuja ja ratkaisuihin vaikuttaneita asioita ei dokumentoida, on lähestulkoon mahdotonta muistaa ja kirjoittaa kehittämishankkeen raporttia. (Kananen 2012, 164.) Kehittämishankkeen aikana pyrin kirjaamaan rehellisesti kehittämishankkeen eri vaiheet hankepäiväkirjaan. Se, että opinnäytetyö kirjoitettiin vasta jonkin aikaa kehittämishankkeen päätyttyä vaikuttaa raportointiin. Olen kuitenkin pyrkinyt rehellisesti esittämään kehittämishankkeen etenemisen muistiinpanojen perusteella.

Toimintatutkimuksessa muutokselle asetetaan tavoite ja tavoite pyritään saavuttamaan (Kananen 2012, 176). Tälle kehittämishankkeelle asetettu tavoite saavutettiin. Kehittämishankkeen lopputuotoksena saatiin uusi toimintamalli ikäihmisen palveluohjaukseen.

7.3 Kehittämishankkeen tulosten arviointia

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää ikäihmisen asukasvalintaan liittyvää SAS-palveluohjausprosessia, jotta ikäihmiselle turvataan hänen toimintakykynsä mukainen sijoituspaikka ja vältetään palvelurakennetta kuormittavilta vääriltä valinnoilta. Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda uusi toimintamalli, jonka avulla ikäihmisten palvelutarpeen arviointi pystytään arvioimaan kokonaisvaltaisemmin. Uuden toimintamallin tarkoituksena oli myös selkeyttää SAS-prosessin toimijoiden tehtävänkuvia ja

samalla yhtenäistää käytäntöjä. Tälle kehittämishankkeelle asetetut tavoitteet toteutuivat.

Palveluohjauksen käsite nostettiin keskiöön tässä kehittämishankkeessa. Palveluohjauksen käsitteen avulla pyrittiin laajentamaan SAS-prosessin toimijoiden käsitystä niistä toiminnoista, joiden avulla asiakkaan tarvitsemat palvelut suunnitellaan, järjestetään, koordinoidaan ja arvioidaan. Palveluohjauksellinen työtapa on asiakaslähtoisempää, jäsentyneempää ja suunnitelmallisempaa. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 10.) Asiakkaan kokonaistilanteen kartoittaminen ja moniammatillinen asiakkaan palvelukokonaisuuden suunnittelu ovat palveluohjauksen keskeisiä tekijöitä (Toivola, 2014, 56). Uudessa toimintamallissa ikäihmisen kokonaistilanne ja palveluntarve arvioidaan laajasti arvioimalla fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet. Arviointi tapahtuu moniammatillisesti, sillä ensimmäinen arvio tapahtuu lähettävän tahon (palvelukoordinaattori, kotihoito, vuodeosasto) toimesta ja toinen arvio SAP-työryhmän jäsenten toimesta.

Uuden toimintamallin pohjana on palveluohjauksen prosessi, joka jaottelee SAS-prosessin neljään eri vaiheeseen. Toimintamallin selkeät vaiheet jäsentävät koko prosessia. Palveluohjauksen tavoitteena on edetä tavoitteellisesti vaiheesta toiseen (Pietiläinen & Seppälä 2003, 37). SAS-prosessissa toimijoilla on nyt selkeä kuva siitä, mitä asioita prosessin eri vaiheissa käsitellään ja missä järjestyksessä asiat etenevät. Jäsennys selkeyttää myös toimijoiden vastuita.

Kaste 2012-2015 ohjelmassa korostetaan sähköisen tiedonhallinnan vahvistamista. Valtakunnallisesti haasteena pidetään asiakastietojen ajantasaisuutta, seurantatietojen saatavuutta ja niiden hyödyntämistä niin toiminnan kehittämisessä kuin päätöksenteossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 28). SAS-prosessia tukevan sähköisen tietojärjestelmän hankinnalla pystyttiin vastaamaan juuri näihin haasteisiin. SAS-prosessin yhtenä ongelmana oli juuri ajantasaisen tiedon ja seurantatietojen puuttuminen. Nyt uuden sähköisen tietojärjestelmän avulla on mahdollista saada tietoa pro-

sessin eri vaiheista, kuten hakemusten ja sijoitusten määrästä sekä hakijoiden eri jonotusaikojen kestoista. Lisäksi ohjelmasta on mahdollista saada tietoa asiakasprofiilista, kuten ikä- ja sukupuolijakaumat sekä eri mittareiden arvot sijoituspäätöksiä tehdessä. Sähköisen tietojärjestelmän käyttöönotolla on vaikutuksia erikoissairaanhoidon jonon hallintaan. Jotta sujuva yhteistyö eri toimijoiden kanssa on mahdollista, tulee tarpeellinen tieto olla kaikkien toimijoiden saatavilla (Tanttu 2007, 87). Sähköisen ohjelman avulla tiedonkulku lähettävän ja vastaanottavan tahon välillä on parantunut ja tiedonsiirto puhelimitse on vähentynyt. Sähköinen tiedonsiirto on mahdollistanut sen, että henkilökunnan työaikaa ei enää kulu puhelimitse tapahtuvaan työskentelyyn, vaan työaikaa voi kohdentaa muuhun työhön.

SAS-prosessin päätöksenteon haasteena on tiedonkulku ja ikäihmisen tarpeiden tunnistaminen. SAP-työryhmän kokouksissa käsiteltävien asioiden etukäteisvalmistelu ja tiedottaminen on tärkeää, jotta työryhmän jäsenet ehtivät paneutua käsiteltäviin asioihin riittävän ajoissa. (Ylinen 2006, 68-70.) Sähköisen ohjelman kautta saapuvat hakemukset tulevat suoraan SAS-hoitajalle, joka tarkistaa hakemukset ja samalla hän voi tarvittaessa pyytää lisätietoja, mikäli ikäihmisen hakemus on puutteellinen. SAP-kokouksissa käsiteltävien hakijoiden tiedot ovat kokonaisuudessaan työryhmän jäsenten nähtävillä sähköisessä ohjelmassa. Tämä mahdollistaa sen, että työryhmän jäsenet pystyvät paneutumaan käsiteltäviin tapauksiin ajoissa.

Ylisen (2006, 68) mukaan SAP-työryhmän päätöksenteossa on yhtenä ongelmana se, että tieto ikäihmisen selviytymisestä arkipäivän toiminnoista ei välttämättä välity SAP-työryhmän jäsenten tietoon. Kehittämishankkeen yhtenä kehittämiskohteena oli palvelutarpeen arvion parantaminen. Ikäihmisen palvelutarpeen arviointia kehitettiin kokonaisvaltaisemmaksi aikaisempaan toimintaan verrattuna. Kehittämishankkeen aikana kehitetty palvelutarpeenarviointilomake sisältää laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin sekä erilaisten riskitekijöiden selvittämisen. Laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin avulla pystytään selvittämään, millaisia palveluja ikäihminen tarvitsee toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Vanhuspalvelulain mukaan yhtenä pit-

käaikaisen hoidon järjestelyn yhtenä ohjaavana tekijänä on järjestelyn pysyvyys eli tavoitteena on se, että sijoitustoiminnassa pyritään löytämään ikäihmiselle hänen palvelutarvettaan vastaava hoivapaikka. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 14 §.) Laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin avulla on pystytty minimoimaan väärin sijoitusten mahdollisuus.

Uuden toimintamallin avulla asiakkaiden tasavertaisuus on lisääntynyt, koska heidän palvelutarpeensa arvioidaan aina samalla tavalla. Uuden toimintamallin avulla ohjataan henkilökuntaa arvioimaan hoivapaikan tarve asiakkaan tarpeiden näkökulmasta. Aikaisemmin arviointiin saattoi vaikuttaa käytettävissä olevat resurssit.

Palveluketjujen ja – prosessien ollessa selkeitä päällekkäiset toiminnot on poistettu, palveluprosessin osat ovat yhteen sovitettu ja hoidon ja tiedon jatkuvuuden periaate toteutuu (Tanttu 2007, 80).

Kehittämishankkeen aikana päätöksentekoprosessista karsittiin päällekkäisyydet. Lisäksi palveluohjausprosessin jäsentäminen neljään eri vaiheeseen selkeytti eri toimijoiden tehtäviä ja vastuita. Sähköisen ohjelman avulla tiedon siirto ja sen jatkuvuus mahdollistettiin.

Ikäihmisten laatusuosituksen (2013) yhtenä teema-alueena on oikea palvelua oikeaan aikaan. Laatusuosituksessa tuodaan esille, että kunnalla on oltava myöntämisperusteet, jonka mukaan ikäihmisillä on oikeus sosiaali-palveluihin. Myöntämisperusteiden tulee pohjautua valtakunnallisiin suosituksiin. Suositukseen mukaan ikäihmisten palveluntarve on selvitettävä monipuolisesti käyttäen luotettavia arviointimenetelmiä. Palvelusuunnitelma on oltava ajantasainen ja siitä on selvittävä palveluiden tarve. Ikäihmisen omat näkemykset on myös kirjattava suunnitelmaan. Ikäihmisen on saatava hänelle oikeutetut palvelut tietyn määräajan kuluessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 31-33.) Ympäri vuorokautisen hoivan myöntämisperusteiden päivittämisen yhteydessä luovuttiin moniportaisesta palvelujärjestelmästä. Ympäri vuorokautista hoivaa käsitellään yhtenä kokonaisuutena. Sen avulla on pystytty nopeuttamaan ikäihmisen sijoitustoimintaa ja

täyttämään vapaana olevia hoivapaikkoja. Uudet myöntämisperusteet liäsivät myös asiakkaiden tasavertaisuutta. Myöntämisperusteet ohjaavat ajattelua ja päätöksentekoprosessia ja asettavat kaikki hakijat samalle viivalle.

Kehittämishankkeen onnistumiseen vaikuttivat monet asiat. Kehittämishankkeen ohjaus- ja työryhmät koostuivat henkilöistä, joiden substanssi-osaaminen oli merkittävä. Myös selkeä työnjako ohjaus- ja työryhmien kesken edesauttoi hankkeen etenemistä. Hankkeen aikana pystyttiin joustavasti kokeilemaan ja arvioimaan tehtyjä ratkaisuja ja tarpeen vaatiessa myös korjaamaan ja muuttamaan tehtyjä ratkaisuja.

Uuden toimintamallin avulla pyrittiin lisäämään kokonaisvaltaista ymmärtämystä asiakkaan hoidon jatkuvuuden kannalta ja lisäämään ymmärtämystä oman toiminnan vaikutuksista. Tavoitteena oli, että prosessin toimijat ymmärtävät oman toimintansa vaikutuksen asiakkaan kokonaisuudessa.

7.4 Jatkokehittämisaiheet

Sosiaali- ja terveystoimessa koordinoidaan erilaisia asumispalveluja usean tahon toimesta. Sosiaali ja perhepalvelut myöntävät maksusitoumuksia palveluasumiseen alle 65-vuotiaille päihde- ja mielenterveysasiakkaille. Vammaispalveluiden asiakaskunnalle hankitaan asumispalveluja ostopalveluna. SAP-työryhmä koordinoi yli 65-vuotiaiden asumispalveluiden myöntämistä. Keskittämällä koko asumispalveluiden koordinointi SAP-työryhmälle olisi se kustannustehokkaampaa ja samalla se vapauttaisi työntekijäresurssia yksiköiden muuhun työhön. Samalla osaamisen taso liittyen asumispalveluiden koordinointiin kasvaa. Keskittämällä asumispalveluiden koordinointi sosiaali- ja terveystoimissa kokonaiskäsitys asumispalveluiden tilanteesta olisi paremmin hallittavissa ja tällä olisi myös vaikutusta kustannuksiin.

Ikäihmisen siirtyminen omasta kodista hoiva-asumiseen on tutkimusten mukaan raskas prosessi. Tämä siirtymävaihe tulisi olla mahdollisimman

hyvin suunniteltu ja toteutettu, jotta ikäihmisen siirtyminen mahdollisesti viimeiseen kotiin onnistuu ja se on inhimillinen tapahtuma. Onnistunut muutto kodista hoivakotiin vaatii hyvää yhteistyötä ja sovittuja toimintakäytäntöjä kotihoidon, terveyskeskusvuodeosastojen, ympärivuorokautisen hoivan yksiköiden ja SAP-työryhmän välillä. Yhteisesti sovitut toimintatavat edesauttavat tiedonvälitystä ja hoidon jatkuvuutta. Kehittämishankkeen aikana nousi tarve kehittää tätä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Yhteistyössä kotihoidon, vuodeosastojen ja ympärivuorokautisen hoivan yksiköiden on parannettavaa, sillä tiedon siirto ja sitä kautta hoidon jatkuvuus ei aina toteudu riittävän hyvin.

Ikäihmisen asukasvalinnan uuden toimintamallin käytettävyyttä ja toimivuutta arvioidaan jatkuvasti ja tarkoituksena on kehittää toimintamallia edelleen. Palvelutarpeen arvioinnin sisällön kehittäminen jatkuu edelleen. Käynnissä olevan palvelurakenteen muutoksen myötä on tarvetta tarkastella omia toimintamalleja ja muokata niitä toimintaan sopiviksi.

LÄHTEET

- Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshuollon päätöksentekotodellisuudesta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ala-Nikkola, M & Sipilä, J. n.d. Yksilökohtainen palveluohjaus. Uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Saatavissa: [viitattu 6.2.2015] <http://www.omaishpsyuusimaa.fi/palveluohjaus/pdf/po-sipila.pdf>
- Ala-Nikkola, M & Valokivi, H 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Stakesin raportteja 215. Jyväskylä: Gummerus.
- Blomgren, S. 2005. Toimivia palveluohjauksen elementtejä etsimässä. Kirjallisuuskatsaus suomalaisista palveluohjaustutkimuksista. Stakes.
- Finne-Soveri, H, Björkgren, M, Noro, A & Vähäkangas, P. 2005. Teoksessa A, Noro, H, Finne-Soveri, M, Björkgren & P, Vähäkangas. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailunkehittämisessä. Helsinki. Stakes, 22-26.
- Finne-Soveri, H, Noro, A, Björkgren, M & Vähäkangas, P. 2006. RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Finne-Soveri, H, Björkgren, M, Noro, A, & Vähäkangas, P. (toim.) Stakes, 23-28.
- Finne-Soveri, H, Heikkilä, R, Mäkelä, M, Asikainen, J, Vilkkö, A, Andersson, S, Hammar, T, Jokinen, S & Noro, A. 2014. Mitä huomioitavaa vanhusten laitoshoidon vähennettäessä? Teoksessa Vanhuspalvelulain 980/2012 toimenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Noro, A, & Alastalo, A (toim). Tampere. THL, 56-70.
- Frankel, A & Gelman, S. 2004. Case management. An introduction to concepts and skills. Lyceum Books. Chigaco.
- Hallintolaki 434/2003.

Heikkinen, H.L.T. 2001. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J & Valli R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS-kustannus, 170-185.

Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H, Rovio, E & Syrjälä, L 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38.

Heikkinen, H.L.T. 2010. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J & Valli R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 214-229.

Heikkinen, H.L.T, Rovio, E & Kiilakoski T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H, Rovio, E & Syrjälä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78-93.

Helin, S & Von Bondsdorff, M 2014. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa gerontologia. Heikkinen, E, Jyrkämä, J & Rantanen, T (toim.). Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 426-453

Hyppönen, J. 2012. Uuden sukupolven palveluohjaus. Jyväskylän palveluja kehittämässä. Opinnäytetyö YAML. Jyväskylä.

Hänninen, P. 2007 a. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. Helsinki: Stakes.

Hänninen, P 2007 b. Näkökulmia palveluohjaukseen. Teoksessa Suominen, S & Tuominen, M 2007. Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Profami oy.

Hyvä ikääntyminen Porvoossa. Porvoon kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2010-2020.

Ikonen, T. 2010. Ikääntyneiden potilaiden perusterveydenhuollon palvelukokonaisuudet ja toimintakyvyn arviointi ennen pitkäaikaislaitoshiitoon sijoittumista. Retrospektiivinen asiakirja-analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Suomen Kuntaliitto

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yrityksen kehittämisessä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Klemola, Annukka. 2006. Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kohtaa ja innosta. Käsikirja tavoitteellisen neuvonnan ja palveluohjauksen mallin suunnitteluun ja käyttöönottoon. 2014. Ikäpalo-hanke. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Korpela, J, Elfgren, K, Kaarna, T, Tepponen, M & Tuominen, M. Improving Supply Chain Management in Public Health and Social Care Services with an Agile BPM Approach. Proceedings of the 17th International Working Seminar on Production Economics, February 20-24, 2012, Innsbruck, Austria. Työpaperi

Koskinen, S, Martelin, T & Sihvonen A-P. Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Heikkinen, E, Jyrkämä, J & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. Helsinki. Duodecim.

Kuula, A. 2001. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. 2 painos. Tampere: Vastapaino.

Kuukausitilasto 2011. Julkaisematon.

Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisen kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Helsinki: Kela.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveysturvaluista 980/2012.

Lauri, Sirkka. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M, Vehviläinen-Julkunen, K. (toim): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 114-134.

Luukkonen, I, Mykkänen, J, Itälä, T, Savolainen, S, Tamminen, M. 2012. Toiminnan ja prosessin mallintaminen. Tasot, näkökulmat ja esimerkit. SOLEA-hanke. Itä-Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0697-7/urn_isbn_978-952-61-0697-7.pdf

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. painos. Helsinki: Methelp ky.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: Methelp oy.

Mäkelä, M, Alastalo, H, Noro, A & Finne-Soveri, H. 2014. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi. Teoksessa A, Noro & H, Alastalo. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Tampere. THL, 131-140.

Nyholm, S. n.d. Kehittämistyön käytäntö – loppuraportti. Toimintakykyisenä ikääntyminen – osahankkeessa toteutettavan kotiuttamisen internet-pohjaisen SAS-sovellusohjelman suunnitteluvaiheen ja käyttökokeilun tuki- ja arviointitehtävä. Loppuraportti. Tampereen yliopisto. Saatavissa: [viitattu 22.4.2014] http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMINTA/TOIMKYKIKAANTYMINEN/LOPPURAPORTTI/SAS%20SOVELLUSOHJELMAN%20RAPORTTI2_SALLA%20NYHOLM%20LIITTEINEEN.PDF

Ojasalo, K, Moilanen, T & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.

Paasivaara, L, Suhonen, M & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Porvoon ikäihmisten hoitoketjujen analysointi ja kehittäminen. Loppuraportti. Nordic Healthcare Group.

Porvoon kaupungin strategia vuosille 2006-2015. Kaupunginvaltuusto 30.8.2006.

Pietiläinen, E & Seppälä H. 2003. Palveluohjaus. Asiakastyössä ja organisaatiossa. 4. painos. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

RAVA-toimintakykymittarin ja RAVATAR-tietojärjestelmän käyttöönottopas 2013. FCG.

Rauhala, H. 2011. Palveluohjaus. Työmalli huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa työskentelyyn. Helsinki. PicaScript oy.

Rysti, M. 2003. Palveluohjaus iäkkäiden asiakkaiden kotihoitotyössä. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto.

Sainio, P, Koskinen, S, Sihvonen, A-P, Martelin, T & Aromaa, A. 2014. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, E, Jyrkämä, J & Rantanen, T (toim.). Gerontologia. Helsinki. Duodecim, 50-65.

Salmela, A. 2010. Palveluasumiseen sijoittaminen. Laki, palvelurakenne ja sosiaalityö. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma. Mikrokortti.

Salminen, M. nd. Ikääntyneiden palveluohjaus kansallisilla ja paikallisilla kehittämispoluilla. Teoksessa Palveluohjauksen käsikirja. Artikkelikoelma taustoista ja käytännöistä. Kanta-Hämeen Pitsi-hanke. 8-14

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. . Ikäihmisen toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote 7.6.2006. Tulostettu 23.10.2013. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvo-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. Helsinki. [viitattu 25.9.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muisto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. [viitattu 19.2.2015]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21. [viitattu 25.9.2013]. Saatavissa

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-22206.pdf

Suominen, S & Tuominen, M. 2007. Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Profami oy.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja hallintotiede. Väitöskirja.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 171. Väitöskirja. [viitattu 22.10.2013]. Saatavissa

<http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1230-4.pdf>

Toikko, T & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

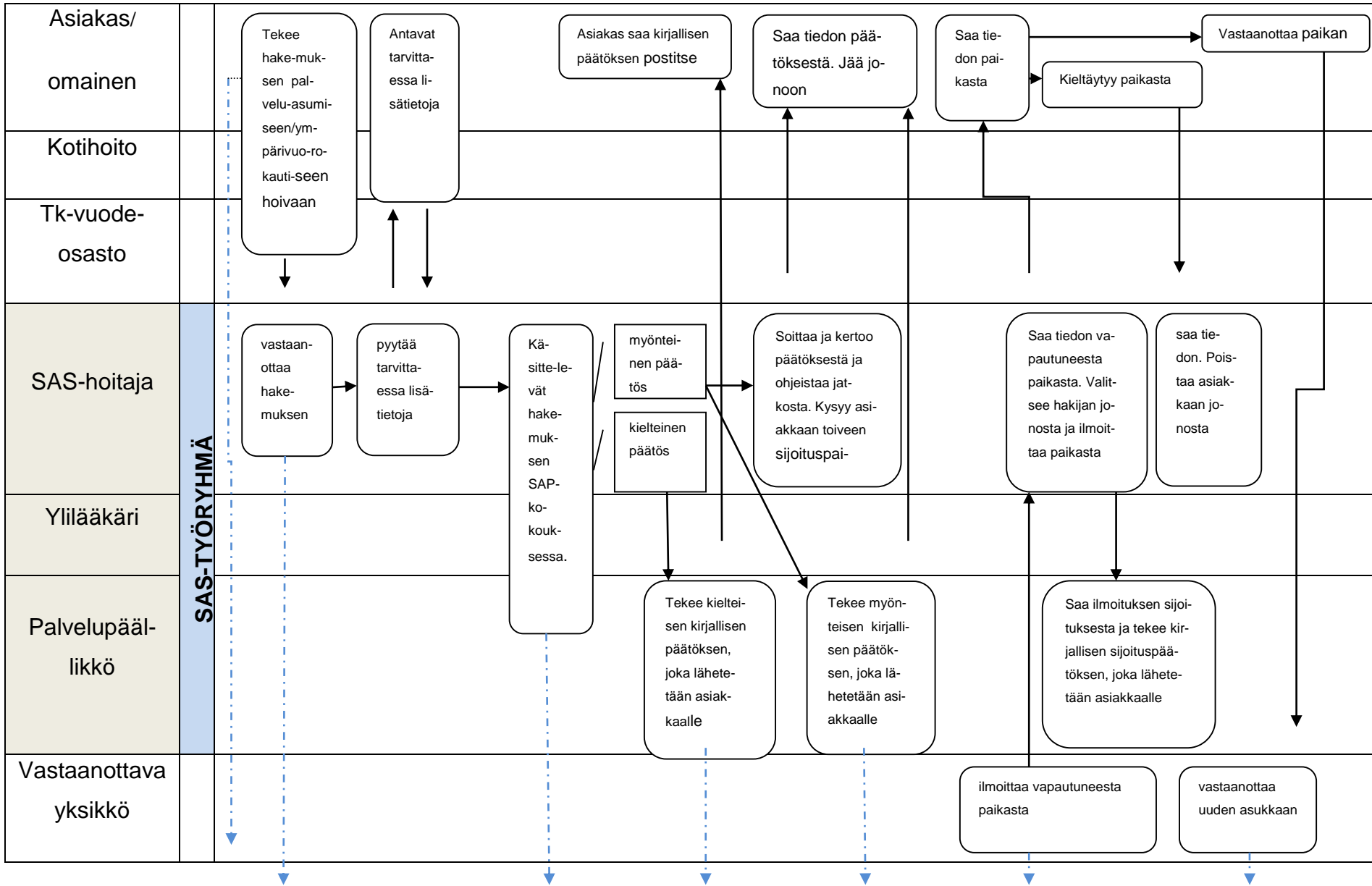
Toivola, M. 2014. Palveluohjaus päihdetyössä. Kyselytutkimus palveluohjauksen sisällöstä, tavoitteista ja toteutumisesta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Työprosessien mallintamisohje. Porvoon toimintatapa, JHs152-ohjetta soveltaen.

Voutilainen, P & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikään-tyneen palvelutarpeen arvioinnissa. Stakesin raportteja 7/2005. Helsinki: Stakes. [viitattu 22.10.2013]. Saatavissa http://www.porvoo.fi/easydata/customers/porvoo2/files/muut_liitetiedostot/perhe- ja_sosiaalipalvelu/ikaihmiset/hyva_ikaantyminen_porvoossa_paivitetty_2010_3.pdf

Vähäkangas, P, Niemelä, K & Noro, A. 2012. ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu- ja kehittäminen. Raportti 48/2012. THL.

Ylinen, R. 2006. Vanhustenhuollon pitkäaikaishoidon päätöksenteko kysynnän ja tarjonnan ristiaallokossa. Diskurssianalyttinen tutkimus SAS-työryhmän toiminnasta Vilppulassa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.



Tietojärjestelmä	 A green 3D-style bar with the word "Serena" written inside it. The bar has a slight perspective, appearing to recede into the distance. The text "Serena" is centered within the bar.
------------------	--

