2019
Pohjois-Savo

Iäkkäiden yhteen sovitettujen palvelujen kokonaisuus Pohjois-Savossa

14.5.2018

Päivi Tikkanen
I&O muutosagentti, TtT
(STM/3240/2016)

Parasta
elämää
kotona
I&O

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO 4
2. IÄKKÄÄT POHJOIS-SAVOSSA 4
3. IÄKKÄIDEN HYVINVOINNIN TILA POHJOIS-SAVOSSA 7
4. TAVOITTEENA IÄKKÄIDEN KOTONA PÄRJÄÄMINEN 10
5. IÄKKÄIDEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN 13
6. IÄKKÄIDEN ASIAKASOHJAUS 15
7. KOTONA ASUMISTA TUKEVAT PALVELUT 19
7.1 IÄKKÄIDEN ASUMISEN UUDET MUODOT - NORMAALIA ELÄMÄÄ, JOTA TUETAAN PALVELUILLA 19
7.2 KOTIHOITO JA TUKIPALVELUT KOTONA PÄRJÄÄMISEN TUKENA 20
8. KOTONA PÄRJÄÄMISTÄ TUKEVA KUNTOUTUS 22
9. KAIKENIKÄISTEN OMAIS- JA PERHEHOITO 26
10. IÄKKÄIDEN AKUUTTITILANTEIDEN HOIDON JÄRJESTELYT 28
11. IÄKKÄIDEN PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO 32
12. YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOIVA 34
13. TOIMINTASUUNNITELMAN IÄKKÄISIIN IHMISIIN KOHDISTUVIEN JA KUSTANNUSVAIKUTUSTEN ARVIOINTI 36
14. IÄKKÄIDEN PALVELUJEN KOKONAISUUDEN JATKUVA KEHITTÄMINEN JA SEURANTA 38
15. VIESTINTÄSTRATEGIA VÄESTÖLLE 39

1. Johdanto

Iäkkäiden yhteensovitettujen palvelujen kokonaisuus on muodostunut yhteistyössä I&O -kärkihankkeen muutosagentin ja maakunnallisten sote-valmistelijoiden kesken vuosina 2016-2018. Tämä raportti on yhteensovitettu Pohjois-Savon iäkkäiden palvelujen järjestämissuunnitelmaan ja kuvaa yksityiskohtaisemmin palvelujen toteuttamisen periaatteita.

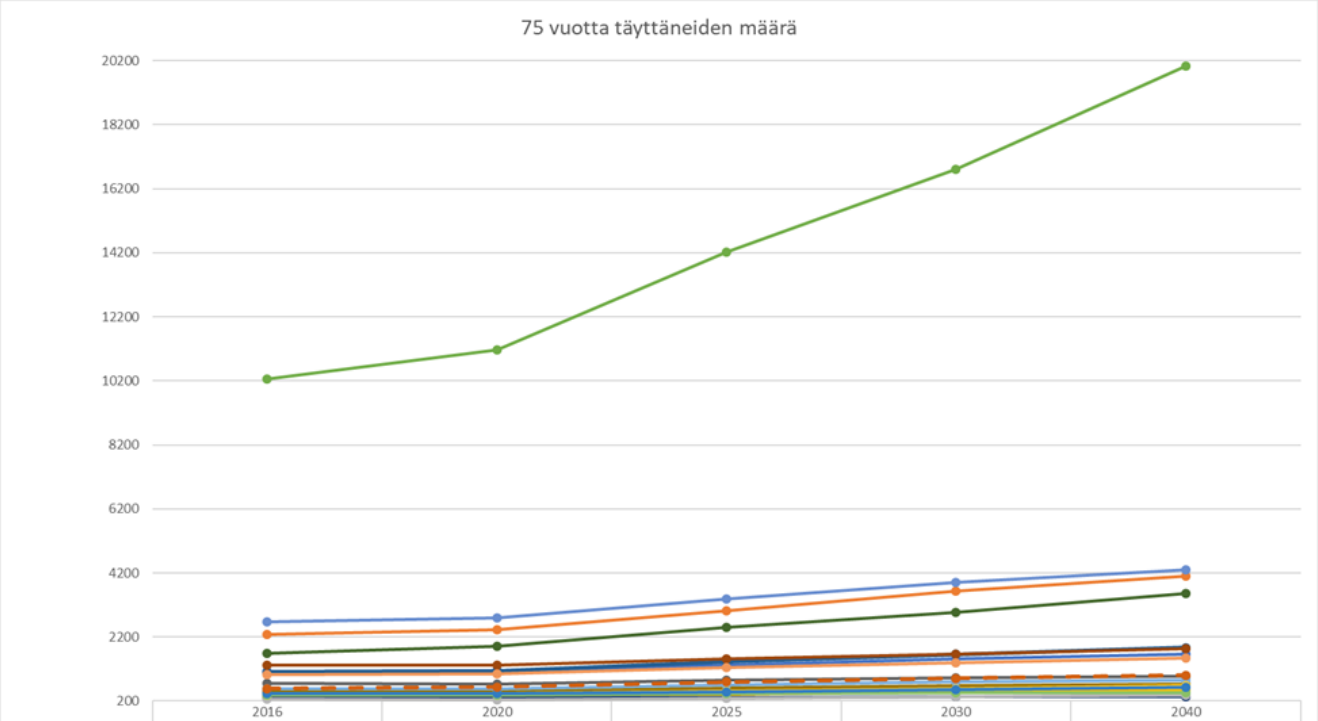
Pohjois-Savossa I&O muutosagentin johtamana on työstetty maakunnallisia suunnitelmia iäkkäiden asiakasohjaukseen, akuuttitilanteiden hoitoon, palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon sekä kaikenikäisten omais- ja perhehoitoon. Tavoitteena on ottaa suunnitellut toimintamallit käyttöön vuoden 2020 alussa. Työryhmien jäsenet ovat tehneet työn oman toimensa ohella ja heidät on kuvattu liitetiedostojen yhteydessä.

I&O muutosagentti on myös vetänyt kuntien/seutukuntien muutostyöpajoja, joissa on kehitetty tavoitteiden mukaista kotihoitoa ja hoivaa. Kaikki osallistuneet Pohjois-Savon kuntien vanhuspalvelujen toimijat, julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto, yksityinen sosiaalihuolto, järjestöt, seurakunnat, vanhusneuvostot, ovat olleet mukana kehittämässä ja juurruttamassa uutta toimintamallia.

2. Iäkkäät Pohjois-Savossa

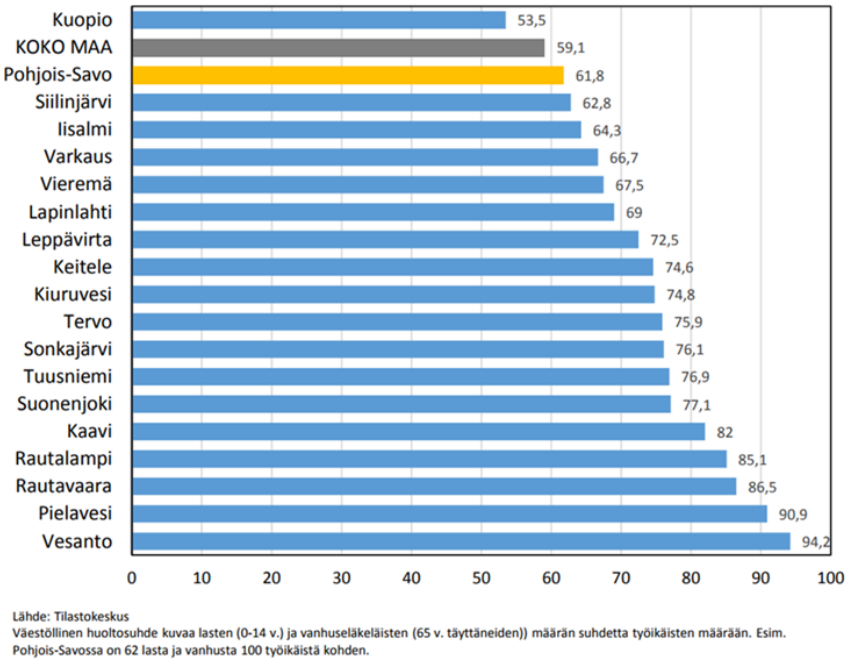
Ikääntyneiden määrä lisääntyy nopeasti. Pohjois-Savossa oli 75 -vuotta täyttäneitä asukkaita lähes 26 000 vuonna 2016 ja vuonna 2030 heitä arvioidaan olevan yli 40 000 (Taulukko 1). Ikääntyminen näkyy Pohjois-Savon kunnissa erilaisena, pienissä kunnissa maakunnan reuna-alueilla ≥75 vuotiaiden osuus lisääntyy vain 6-27%, mutta suurimmissa kunta- ja kaupunkikeskuksissa heidän osuutensa lisääntyy 52-100%. Vanhimpien, yli 85 vuotiaiden osuus vähenee nykyisestä 29% vuoteen 2030 26%:n mutta nousee jälleen vuoteen 2040 mennessä 37%:n.

Taulukko 1. Iäkkäiden, 75 vuotta täyttäneiden määrän muutos vuodesta 2015 vuoteen 2040



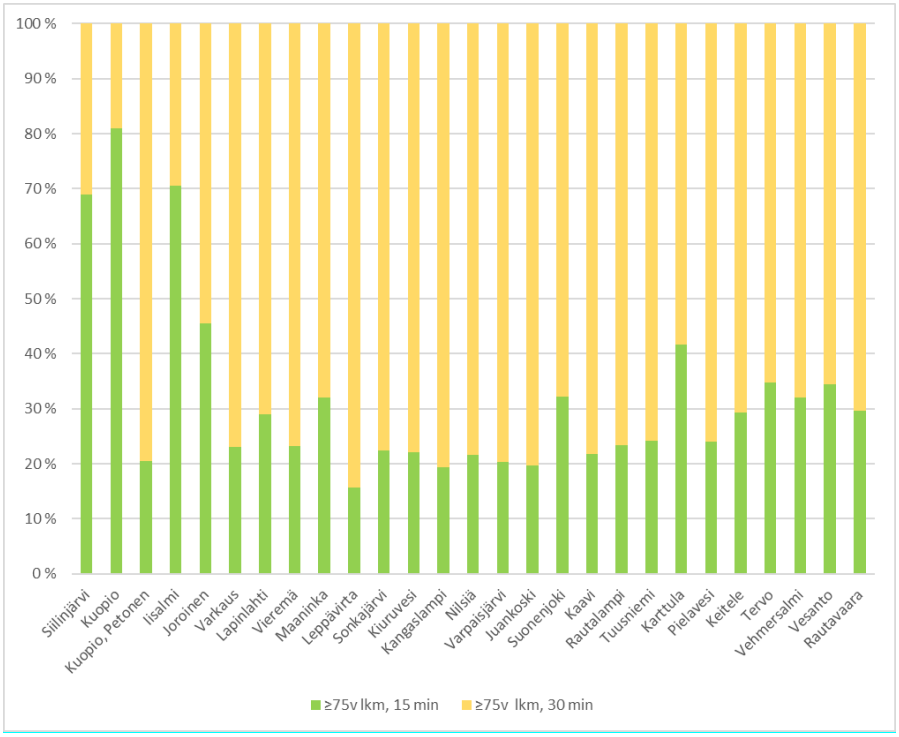
	2016	2020	2025	2030	2040
Iisalmi	2279	2435	3022	3626	4099
Kaavi	495	490	557	591	621
Keitele	342	344	408	495	538
Kiuruvesi	1118	1149	1324	1505	1664
Kuopio	10249	11160	14215	16807	20041
Lapinlahti	1108	1142	1429	1657	1871
Leppävirta	1318	1319	1511	1675	1835
Pielavesi	750	727	849	930	983
Rautalampi	493	512	608	676	739
Rautavaara	311	298	316	327	333
Siilinjärvi	1677	1910	2501	2971	3566
Sonkajärvi	583	581	701	796	857
Suonenjoki	1029	1051	1237	1404	1530
Tervo	265	244	286	333	390
Tuusniemi	390	424	517	592	682
Varkaus	2679	2796	3382	3911	4308
Vesanto	388	374	439	459	467
Vieremä	430	433	487	547	619
#REF!	1				
Joroinen	588	636	796	910	1005
#REF!	1				

Lähivuosikymmeninä muutos tapahtuu koko väestörakenteessa. Väestöllinen huoltosuhde on heikentynyt Pohjois-Savossa 56,7% vuodesta 2012 nykyiseen 61,8% (Kuva 1). Ennusteen mukaan huoltosuhde heikkenee edelleen Pohjois-Savossa ollen 81,7% vuonna 2030.



Kuva 1. Huoltosuhde Pohjois-Savossa vuonna 2016 (Tilastokeskus)

Maaseutukunnissa iäkkäät asuvat usein kylien ja kaupunkien keskustojen ulkopuolella (Kuva 2). Tämän vuoksi palvelujen saavutettavuus korostuu, mm. digi- tai liikkuvien palvelujen merkitys lisääntyy.



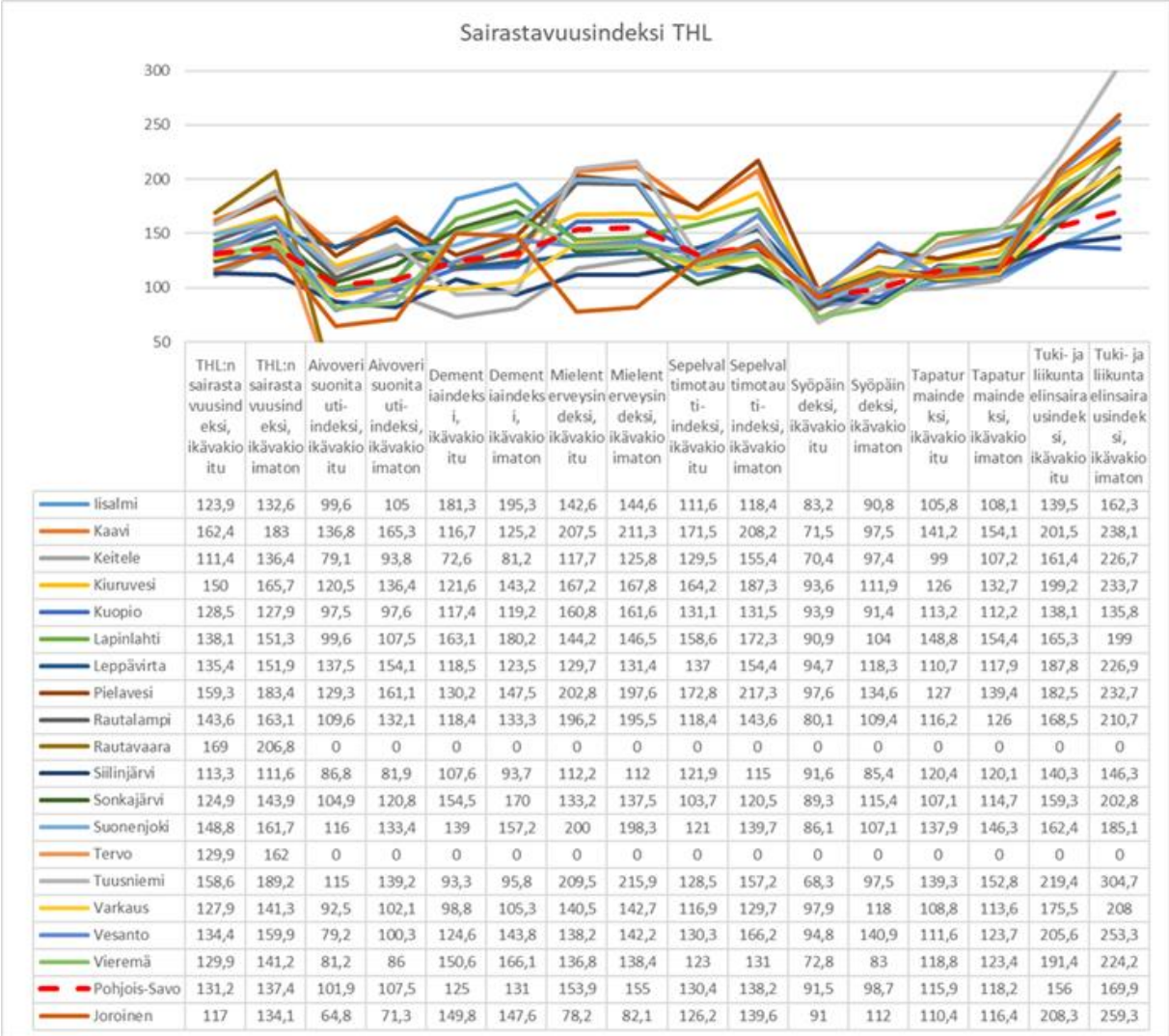
Kuva 2. Iäkkäiden asuinpaikat kunnan/kaupungin keskustasta, 15 min ja 30 min ajomatka (Pohjois-Savon liitto)

3. Iäkkäiden hyvinvoinnin tila Pohjois-Savossa

Pohjois-Savossa sairastavuusindeksit ovat maan korkeimmat. THLn sairastavuusindeksi on Pohjois-Savossa 131,2 (ikävakioitu)/137,4 (vakioimaton) (Taulukko 2). Sairastavuus on maan keskiarvoa korkeampi kaikissa muissa tautiryhmissä paitsi syöpätaudeissa. Pohjois-Savossa sairastavuusindeksit vaihtelevat kunnittain ja näyttää siltä, että niissä kunnissa, joissa ikääntyminen on jo pääosin saavuttanut huippunsa, myös sairastavuus on suurempaa.

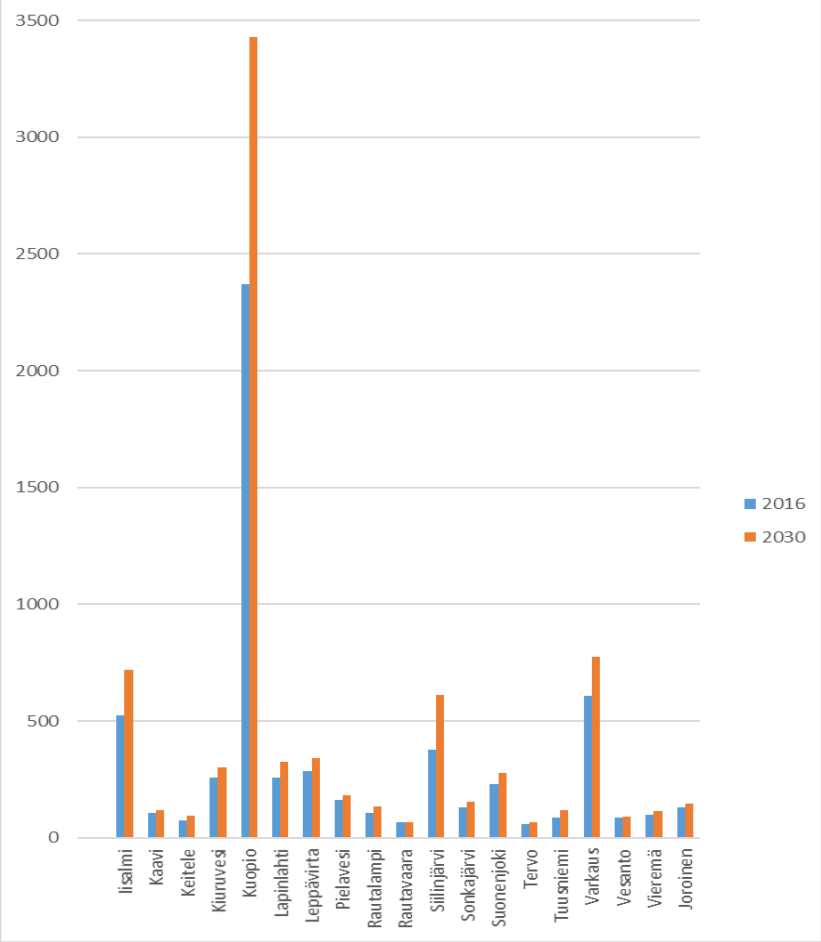
Ikääntymisen myötä sairauksien määrä lisääntyy ja iäkkäillä ihmisillä tyypillisimpiä ovat sydän- ja verisuonisairaudet, kognitiiviset toimintahäiriöt, masennusoireet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Em. sairaudet ovat yhteydessä toiminnan rajoituksiin ja toiminnanvajaukseen. Esim. kaatumistapaturmat aiheuttavat iäkkäillä toimintakyvyn alenemaa ja palvelutarpeen lisääntymistä. Iäkkäistä 38% on ilmoittanut kaatuneensa kävellessä 12 viime kk aikana (ATH-tutkimus 2017).

Taulukko 2. THL:n sairastavuusindeksit Pohjois-Savossa vuonna 2016 (SotkaNet)



	THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioitu	THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton	Aivoverisuonitautiindeksi, ikävakioitu	Aivoverisuonitautiindeksi, ikävakioimaton	Dementiaindeksi, ikävakioitu	Dementiaindeksi, ikävakioimaton	Mielenterveysindeksi, ikävakioitu	Mielenterveysindeksi, ikävakioimaton	Sepelvaltimotautiindeksi, ikävakioitu	Sepelvaltimotautiindeksi, ikävakioimaton	Syöpäindeksi, ikävakioitu	Syöpäindeksi, ikävakioimaton	Tapaturmaindeksi, ikävakioitu	Tapaturmaindeksi, ikävakioimaton	Tuki- ja liikuntaelinsairausindeksi, ikävakioitu	Tuki- ja liikuntaelinsairausindeksi, ikävakioimaton
Iisalmi	123,9	132,6	99,6	105	181,3	195,3	142,6	144,6	111,6	118,4	83,2	90,8	105,8	108,1	139,5	162,3
Kaavi	162,4	183	136,8	165,3	116,7	125,2	207,5	211,3	171,5	208,2	71,5	97,5	141,2	154,1	201,5	238,1
Keitele	111,4	136,4	79,1	93,8	72,6	81,2	117,7	125,8	129,5	155,4	70,4	97,4	99	107,2	161,4	226,7
Kiuruvesi	150	165,7	120,5	136,4	121,6	143,2	167,2	167,8	164,2	187,3	93,6	111,9	126	132,7	199,2	233,7
Kuopio	128,5	127,9	97,5	97,6	117,4	119,2	160,8	161,6	131,1	131,5	93,9	91,4	113,2	112,2	138,1	135,8
Lapinlahti	138,1	151,3	99,6	107,5	163,1	180,2	144,2	146,5	158,6	172,3	90,9	104	148,8	154,4	165,3	199
Leppävirta	135,4	151,9	137,5	154,1	118,5	123,5	129,7	131,4	137	154,4	94,7	118,3	110,7	117,9	187,8	226,9
Pielavesi	159,3	183,4	129,3	161,1	130,2	147,5	202,8	197,6	172,8	217,3	97,6	134,6	127	139,4	182,5	232,7
Rautalampi	143,6	163,1	109,6	132,1	118,4	133,3	196,2	195,5	118,4	143,6	80,1	109,4	116,2	126	168,5	210,7
Rautavaara	169	206,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Siilinjärvi	113,3	111,6	86,8	81,9	107,6	93,7	112,2	112	121,9	115	91,6	85,4	120,4	120,1	140,3	146,3
Sonkajärvi	124,9	143,9	104,9	120,8	154,5	170	133,2	137,5	103,7	120,5	89,3	115,4	107,1	114,7	159,3	202,8
Suonenjoki	148,8	161,7	116	133,4	139	157,2	200	198,3	121	139,7	86,1	107,1	137,9	146,3	162,4	185,1
Tervo	129,9	162	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuusniemi	158,6	189,2	115	139,2	93,3	95,8	209,5	215,9	128,5	157,2	68,3	97,5	139,3	152,8	219,4	304,7
Varkaus	127,9	141,3	92,5	102,1	98,8	105,3	140,5	142,7	116,9	129,7	97,9	118	108,8	113,6	175,5	208
Vesanto	134,4	159,9	79,2	100,3	124,6	143,8	138,2	142,2	130,3	166,2	94,8	140,9	111,6	123,7	205,6	253,3
Vieremä	129,9	141,2	81,2	86	150,6	166,1	136,8	138,4	123	131	72,8	83	118,8	123,4	191,4	224,2
Pohjois-Savo	131,2	137,4	101,9	107,5	125	131	153,9	155	130,4	138,2	91,5	98,7	115,9	118,2	156	169,9
Joroinen	117	134,1	64,8	71,3	149,8	147,6	78,2	82,1	126,2	139,6	91	112	110,4	116,4	208,3	259,3

Keskivaikeiden ja vaikeiden muistisairauksien esiintyvyys lisääntyy samoilla paikkakunnilla, joilla iäkkäiden määräkin lisääntyy eniten (Kuva 3). Pohjois-Savossa etenevää muistisairautta sairastavia henkilöitä on tällä hetkellä noin 11 000, joista 5000 sairauden lievässä vaiheessa ja 6000 keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa (Pohjois-Savon Muisti ry 2018).

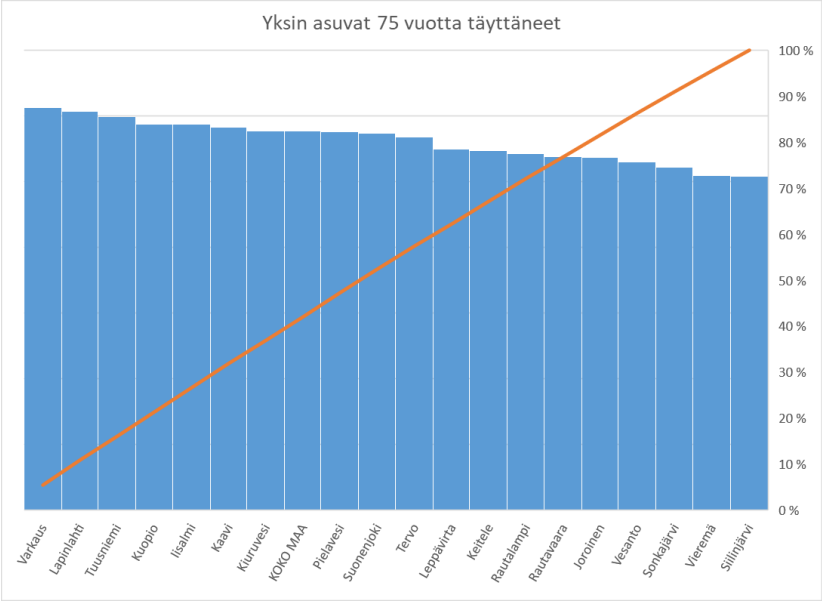


Kuva 3. Keskivaikean ja vaikean muistisairauden esiintyvyys Pohjois-Savossa ja ennuste vuodelle 2030 (ennuste Sulkava ja Viramo, 2006)

Elinikäiset elämäntavat ja liikunta-aktiivisuus ennustavat tulevaa toimintakykyä. Fyysisesti aktiiviset keski-ikäiset säilyttävät kyvyn kävellä iäkkäänä itsenäisesti ulkona ja 400 m kaksi kertaa todennäköisemmin kuin ei-aktiiviset. Ei-aktiivinen elämäntyyli lisää kuoleman- ja sairauksien riskiä mm. sydänsairauksiin. Liikunta-aktiivisuus vähenee iän myötä, iäkkäistä 30-40% liikkuu harvemmin kuin 3x viikossa. 80 vuotta täyttäneistä 89% pystyy itsenäisesti liikkumaan kotona ja ympäristössä, mutta heilläkin saattaa olla vaikeuksia ylittää tietä vihreän liikennevalon palaessa, johon tarvitaan 1.2 m/s kävelynopeus. Keskimäärin pohjoissavolaisilla iäkkäillä kävelynopeus on 0,8 m/s. Puristusvoima on selkeästi alentunut 68% naisista ja 33% miehistä, tämä kertoo kuolemanriskin lisääntymisestä ja siten tarpeesta terveydentilan selvittelyyn. (Tikkanen 2015)

Pohjoissavolaisista iäkkäistä 49% kokee elämänlaatunsa hyväksi (EuroHIS-8, KUVA-indikaattorit 2018) ja suurin osa kokee myös terveydentilansa varsin hyväksi, vain 6-14% kokee sen huonoksi. Ravitsemustila, joka luo pohjan fyysiselle toimintakyvylle, on 80 vuotta täyttäneistä huono 14%:lla. (Tikkanen 2015, Paronen 2014.) Jopa 86 % kotihoidon asiakkaista on vajaaravittuja tai vajaaravitsemusriskissä (Kaipainen ym. 2015). Vajaaravitsemus heikentää toimintakykyä, hidastaa sairauksista ja leikkauksista toipumista sekä lisää kuolleisuutta (De van der Schueren ym. 2014). Myös gerastenia lisää riskiä toiminnanvajauksen kehittymiselle ja kuolleisuudelle. Gerasteniaa tai sen esiastetta on noin 60% yli 75 vuotiaista.

Yhden hengen taloudet ovat tavallisimpia Varkaudessa ja Lapinlahdella. Vähiten yksin asuvia on Vieremällä ja Siilinjärvellä (Kuva 4). Yksinäiseksi itsensä tuntevien osuus on 10% (KUVA-indikaattorit 2018). Läheisapua saavien kodin ulkopuolisten palvelujen tarve on merkitsevästi vähäisempi kuin heidän, joilla ei ole läheisapua (Mäkelä M. 2018, THL).



Kuva 4. Yksin asuvat 75 vuotta täyttäneet Pohjois-Savon kunnissa (Tilastokeskus)

Alueelliset ja sosio-ekonomiset erot ovat suuret, mm. vähän koulutetuilla ja pienituloisilla hyvinvoinnin ja toimintakyvyn osalta tilanne heikompi ja myös syrjäytymisen sekä rakennetyöttömyyden vaikutukset jatkuvat iäkkäänäkin. Iäkkäistä 8% on joutunut tinkimään ruuasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahan puutteen vuoksi (ATH-tutkimus 2017).

Koettu terveys ja toimintakyky ovat viimeisimmän 10 vuoden aikana parantuneet, mutta nyt on viitteitä siitä, että ihmisten terveydentilan hyvä kehitys saattaa pysähtyä. Tämä johtuu suurelta osin elintavoista, väestö lihoo edelleen ja 2 tyypin diabetes yleistyy, joka johtaa mm. sydän- ja verisuonisairauksien lisääntymiseen.

4. Tavoitteena iäkkäiden kotona pärjääminen

Pohjois-Savon visiona on olla Suomen halutuin elämisen ympäristö, jossa väestön aktiivisuutta tuetaan ja palveluiden lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeet.

Nykyisissä iäkkäiden palveluissa on todettu ongelmia asiakasprosessin sujuvuudessa ja oikea-aikaisuudessa, myös hoitovastuu on pilkkoutunut eri tahoille. Palvelujen peittävyys Pohjois-Savon kunnissa vaihtelee Taulukon 3. mukaisesti. Vaihtelu kuvaa kuntien eroja palvelujen järjestämisessä. Pohjois-Savossa pyritään peittävyyteen, joka tukee iäkkäiden kotona asumisen ensisijaisuutta.

Taulukko 3. Linjaukset iäkkäiden palvelujen peittävyydelle Pohjois-Savossa

Palvelujen peittävyys 75 - vuotta täyttäneet	**Tavoite alkaen v. 2020, %**	**Nykytilanne (2016)**		
		Keskiarvo	**Min**	**Max**
Kotona asuvat	≥ 92	91,4	88,2	93,9
Säännöllisen kotihoidon piirissä	≥ 14	11,3	7,4	23,0
Omaishoidon tuen piirissä	≥ 7	5,1	1,5	10,0
Tehostettu palveluasuminen (Tepa)	≤ 7	7,4	4,9	11,3
Pitkäaikaislaitoshoidossa olevat	0	1,4	0,0	3,7

Pohjois-Savon RAVA-tulokset (pl. Siilinjärvi) osoittavat, että säännöllisiin kotihoidon palveluihin ja tehostettuun palveluasumiseen ohjautuu asiakkaita liian aikaisessa vaiheessa (Taulukko 4).

Taulukko 4. RAVA-analyysi vuodelta 2016

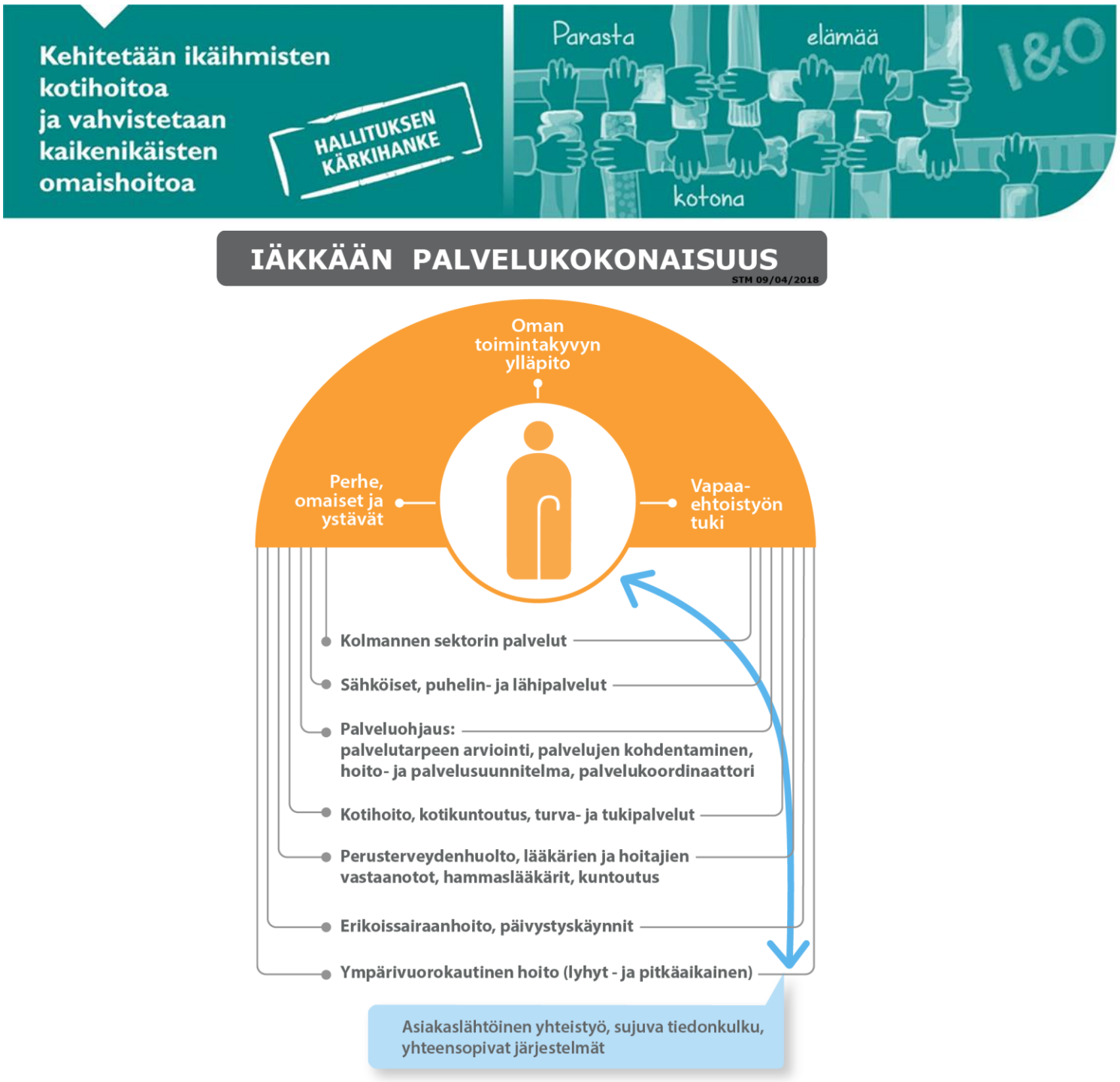
Julkinen	**Yht.**	**RAVA luokka 1**	**RAVA luokka 2**	**RAVA luokka 3**	**RAVA luokka 4**	**RAVA luokka 5**	**RAVA luokka 6**
Koti	2671	593	707	430	539	301	101
Palvelutalo, tavallinen	30	2	12	2	5	5	4
Palvelutalo, tehostettu	871	6	28	49	116	268	404
Vanhainkoti	242	0	1	8	7	38	188
Laitoshoito	199	4	14	17	27	30	107
Yht.	4013	605	762	506	694	642	804
Liian raskaan palvelun piirissä olevien lkm ja %-osuus kaikista	768	605	55	74	34		
	19 %	15 %	1 %	2 %	1 %		

Iäkkäiden palvelukokonaisuuden tavoitteena on varmistaa Vanhuspalvelulain ja Iäkkäiden palvelujen Laatusuosituksen (2017) toteutuminen maakunnassa. Iäkkäiden integroitu palvelukokonaisuus korostaa iäkkään kotona pärjäämisen tukemista sujuvilla asiakasprosesseilla ja katkeamattomilla palveluketjuilla

aina ennaltaehkäisevistä palveluista erikoissairaanhoitoon saakka (Kuva 5). Tärkeää on siirtää fokus hoitokeskeisyydestä ja sairaalahoidon korostamisesta ikääntyneen normaalin elämän tukemiseen ja hänen elämäntyylinsä huomioiviin tukimuotoihin.

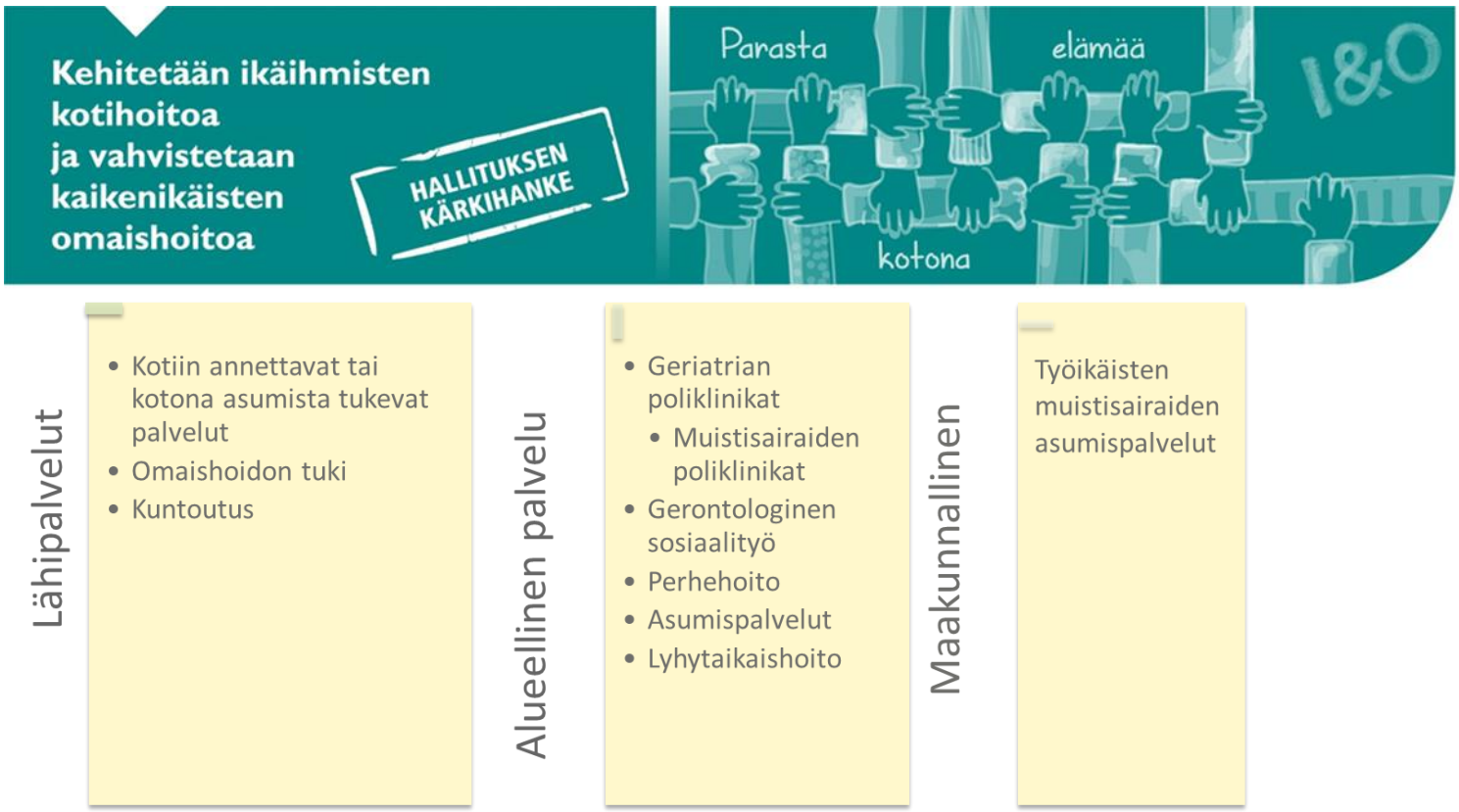
Tavoitteena on turvata iäkkäille ihmisille

1. Terve ja toimintakykyinen ikääntyminen, jolloin varhaisen tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn keinoin varmistetaan oikea-aikaiset palvelut
2. Helppo yhteydenotto avuntarpeen ilmetessä, jolloin asiakas- ja palveluohjauksen keinoin suunnitellaan iäkkään toimintakykyä tukevat palvelut
3. Kotona pärjääminen, jolloin mm. monipuolisten asumisen mahdollisuuksien, kuntoutuksen, kotihoidon, omais- ja perhehoidon sekä erilaisten tukipalvelujen keinoin varmistetaan iäkkään selviytyminen arjessa
4. Laadukkaat palvelut, jolloin palveluntuottajasta riippumatta palvelujen sisällöissä toteutuvat yhdenmukaisesti mm. toimintakykyä tukevat periaatteet, digitaaliset ratkaisut kiinteänä osana palvelua
5. Oma aktiivisuus, jolloin palvelujen piirissä ollessaan asiakas saa osallistua palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.



Kuva 5. Iäkkäiden palvelujen kokonaisuus

Pohjois-Savossa Ikäkeskus muodostaa ikääntyneiden integroidun palvelukokonaisuuden, jonka koordinointivastuu ja keskittäminen auttavat muodostamaan palveluista asiakaslähtöisen, hallittavan ja kustannustehokkaan kokonaisuuden riippumatta siitä, minkä lain mukaisesti niitä tuotetaan. Ikäkeskus muodostuu neljästä alueellisesti verkostoituneesta toimipisteestä, joissa kussakin 75 vuotiaiden osuus on 6000 – 7000. Alueellinen verkosto varmistaa asiakkaiden yhdenvertaisuuden, palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden. Ikäkeskuksella on valmius tilojen yhteiskäyttöön maakunnan toimijoiden kesken. Ikäkeskuksen alueella tuotetaan perustason, erityistason ja vaativan erityistason palveluja maakunnallisesti, alueellisesti tai lähipalveluna sekä yhteistoiminta-alueella (Kuva 6).



Kuva 6. Pohjois-Savon ikäkeskuksen palvelut

Ikäkeskuksessa integraatio asiakkaan tarvitsemiin muihin palveluihin esim. asiakkuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa tai vammaispalveluissa säilyy, vaikka asiakkaan kotihoidon palvelut toteutetaan Ikäkeskuksessa. Asiakassuunnitelmasta vastuu säilyy alkuperäisissä palveluissa ja myös kustannukset kohdentuvat sinne. Ikäkeskus tekee yhteistyötä mm. sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekeskuksen (SOTE-TIKE) kanssa.

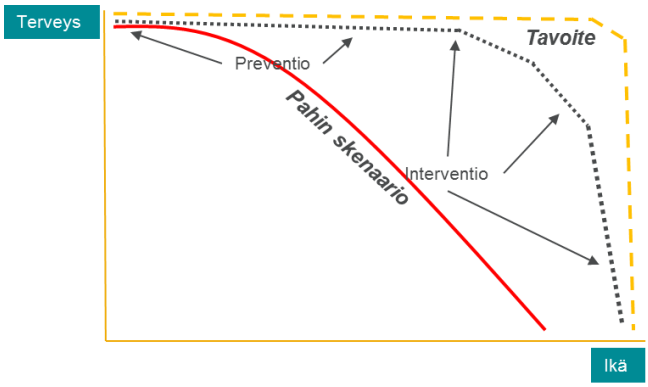
Ikäkeskuksen ja muiden palvelujen hyvällä integraatiolla tavoitellaan ikääntyneiden yhteisöllisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin vahvistumista, hyvää mielenterveyttä ja päihteettömyyttä, hyvää suun terveyttä, palvelutarpeen monialaista arviointia saumattomalla yhteistyöllä, liikkumista tukevien palveluiden oikeaa kohdentumista ja yhdenvertaisuutta Laadukkuutta ja kustannustehokkuutta tavoitellaan tuottamalla kaikenikäisten kotihoito, omais- ja perhehoito sekä hoitotarvikejakelu keskitetysti, varmistamalla sosiaalityön palvelujen ja kuntoutuspalvelujen saatavuus, elämän loppuvaiheen hoito kotona sekä oikea ja tarkoituksenmukainen tilannearvio ja hoito kiireellisissä tilanteissa.

5. Iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Ennalta ehkäisevät palvelut tukevat yksilöllisesti iäkkään kotona pärjäämistä, aktivoivat iäkkään omatoimista toimintakyvystään ja hyvinvoinnistaan huolehtimista, tunnistavat varhaisessa vaiheessa toiminnanrajoituksen ja ohjaavat oikea-aikaisesti oikein mitoitettuihin jatkoselvittelyihin ja palveluihin. Ennaltaehkäisevät palvelut järjestetään lähipalveluna palvelukampusten, kirjaston ja asukastupien sekä SOTE-keskusten yhteyteen. Ennaltaehkäisevät, iäkkään itse- että omahoitoa tukevat palvelut toteutuvat myös sähköisinä palveluina teknologia-avusteisia ratkaisuja hyödyntäen.

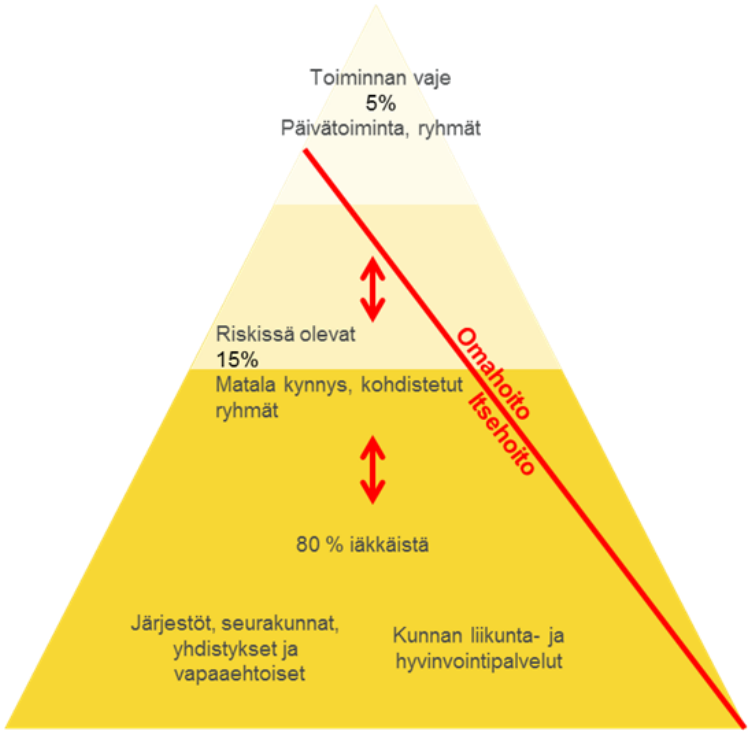
Kuntien tärkeänä tehtävänä on luoda pohja iäkkäiden itsenäiselle toiminnalle esteettömällä asumisella ja elinympäristöllä (Kuva 7). Vaikka toimintakyky olisi jo heikentynyt, väljä ja esteetön koti, rappukäytävä sekä piha-alue, aurattu ja hiekoitettu kävelyreitti sekä penkit näköetäisyydellä toisistaan, rohkaisevat iäkkäitä liikkumaan myös ulkona. Iäkkäiden aktiivinen elämäntyyli voidaan säilyttää järjestämällä kodin

lähelle monenlaisia liikuntapaikkoja ja muita osallistumisen mahdollisuuksia. Tarvitaan erilaisia harrastusmahdollisuuksia, koska ihmiset ovat varsin erilaisia myös ikääntyessään. Riskiryhmien löytämiseksi ja toimintakyvyn ongelmien korjaamiseksi otetaan käyttöön Voimaa Vanhuuteen ohjelmien kehittämät ratkaisut mm. matalan kynnyksen liikuntaneuvonta, tehoharjoittelu kuntosaleilla, liikkumiskyvyn testaus ja vertaisohjatut liikuntatapahtumat. Kuntien toimijat yhteistyössä SOTE-keskusten kanssa ottavat vastuun terveyden ja toimintakyvyn varhaisesta riskien tunnistamisesta matalan kynnyksen toimipisteissä kuten ikäneuvoloissa, jotta niihin voidaan reagoida heti alkuvaiheessa ja saada parempia ja vaikuttavampia tuloksia. Toiminnan riskin tunnistaminen ei kuitenkaan riitä, vaan täytyy myös oikea-aikaisesti puuttua asiaan. Iäkkäällä yksilöllisesti räätälöity interventio on vaikuttavin, jossa esille tulleeseen terveyden tai toimintakyvyn ongelmaan etsitään ratkaisua ja tarpeen mukaan ohjataan liikuntaneuvontaan, ravitsemusohjaukseen, terveydentilan jatkoselvittelyihin, etsitään ratkaisua päihdeongelmaan tai yksinäisyyteen.



Kuva 7. Tavoitteena terve ja toimintakykyinen ikääntyminen

Palvelukeskuksissa toteutuvat ohjattu Ikäkeskuksen päivätoiminta ja ryhmäkuntoutus niille iäkkäille, joille on jo muodostunut toiminnan vaje ja on tärkeää mahdollistaa toimintakyvyn ennallaan säilyminen (Kuva 8). Päivätoiminnan tulee olla osa virallista iäkkäiden palvelujen prosessia, jolloin palvelujen tuottajat kirjaavat asiakastietojärjestelmään ja myös saavat sieltä tarvittavaa tietoa asiakkaasta. Useimmiten nämä iäkkäät ovat jo joko omaishoidon tai kotihoidon piirissä ja 3. sektorin toimijat ja vapaaehtoiset täydentävät palveluvalikoimaa.



Kuva 8. Asiakassegmentit ennaltaehkäisevissä palveluissa

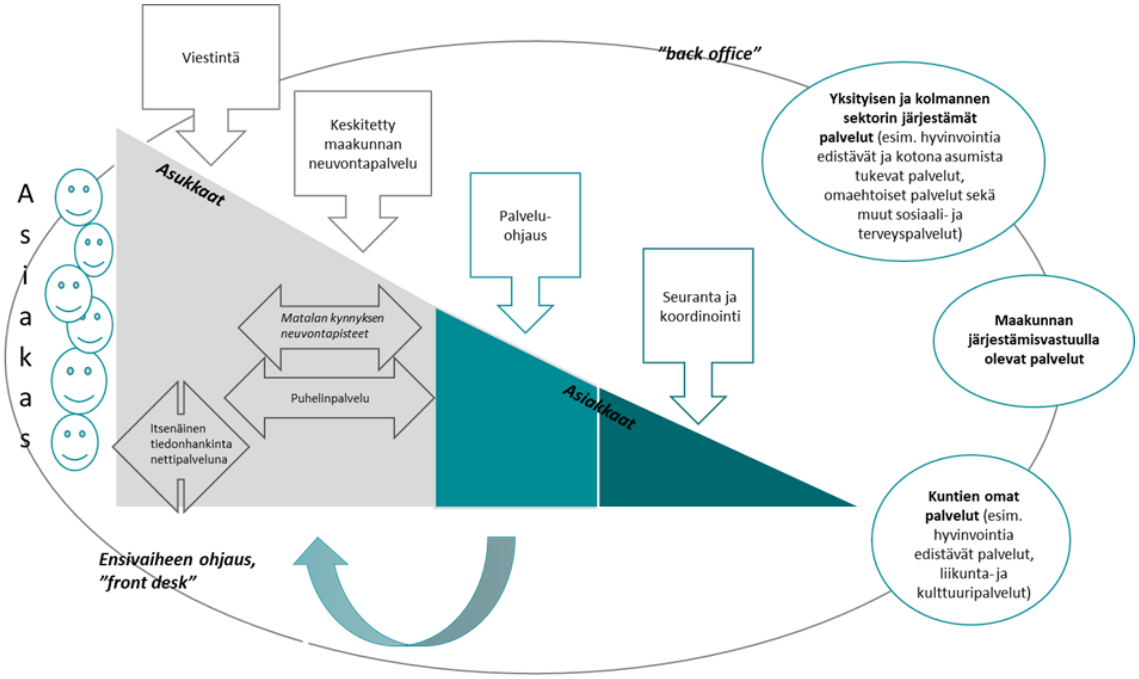
Kiteyttäen

- Terveenä ikääntyminen edellyttää kuntien ja SOTE:n yhteistyötä
- Keskiössä ovat
  - Esteetön asuminen normaalissa asuntokannassa
  - Terveellinen ja esteetön elinympäristö
  - Aktiivisen elämäntyylin mahdollistaminen
  - Työ- ja toimintakyvyn alenemisen varhainen tunnistaminen ja interventiot.

6. Iäkkäiden asiakasohjaus

Pohjois-Savossa asiakas- ja palveluohjaus sekä palvelutoiminta (mm. kriteerit, saavutettavuus) on toteutunut hyvin vaihtelevasti eri kunnissa. Viiveitä on tullut erityisesti siirtymisissä palvelumuodosta toiseen esim. sairaalasta kotihoitoon tai palveluasumiseen.

Pohjois-Savossa tavoitteena on maakunnallinen geneerinen KAAPO-toimintamalli (=keskitetty asiakas-/palveluohjaustoimintamalli, Kuva 9) (toimeenpanosuunnitelma Liite 1). Pohjois-Savossa keskitetystä asiakas- ja palveluohjauksesta käytetään käsitettä asiakasohjaus ja työntekijästä käsitettä asiakasohjaaja. Tavoite on, että asiakas saa yhden yhteydenoton periaatteella oikea-aikaisesti tarvitsemansa ohjauksen ja palvelut. Toimintamallissa asiakasohjaus koostuu viestintä, neuvontapalvelu, palveluohjaus sekä koordinointi ja seuranta -osioista.



Kuva 9. Pohjois-Savon asiakasohjauksen toimintamalli

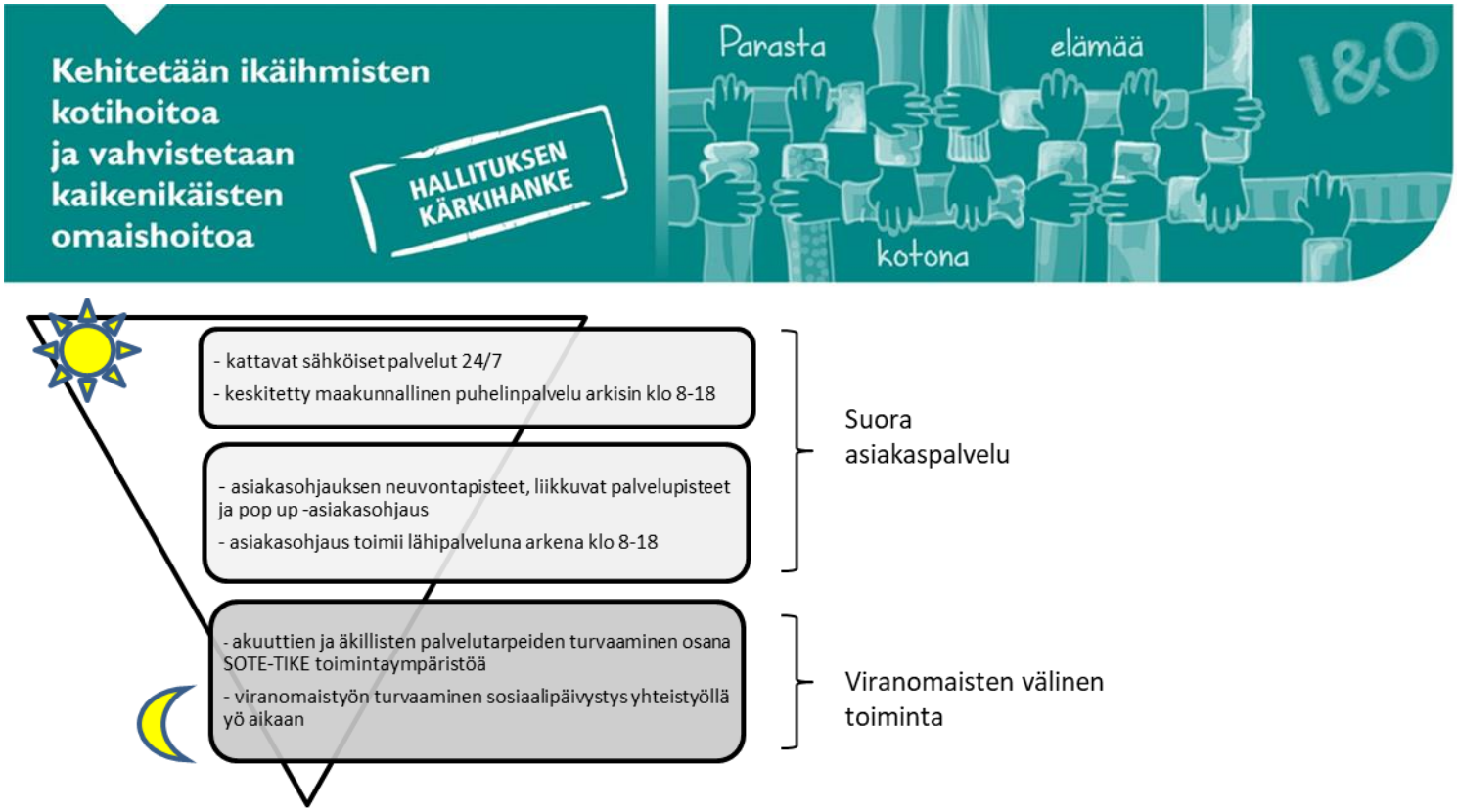
Pohjois-Savossa toimii keskitetysti asiakasohjaus, joka palvelee asiakkaita maakunnallisesti, alueellisesti ja lähipalveluna. Ikäihmisen asiakasohjauksen asiakkaita ovat maakunnan asukkaat, tukea arjessa selviytymiseen tarvitseva ikäihminen ja hänen omaisensa sekä ammattilaiset. Asiakasohjauksen organisointi perustuu asiakassegmentointiin (tilapäinen ja satunnainen avuntarve, äkillisesti muuttuva palvelutarve ja paljon palveluita käyttävä ja vakiintunut ja tasainen palvelutarve, Kuva 10), joka tukee asiakkaan oikea-aikaista tuen ja avun tarvetta. Segmentointi ohjaa keskeisten asiakastarpeiden tunnistamista, asiakasohjauksen intensiteettiä asiakkaan rinnalla kulkijana, oikeiden asiointikanavien valintaa, valinnanvapauden edellytyksien tunnistamista ja asiakasohjauksen prosessien kehittämistä läpileikkaavana Kaapo-mallissa. Asiakasohjaus on asiakkaan palvelukokonaisuuden integraattori ja kohdentaa järjestäjän resursseja tarve- ja asiakaslähtöisesti alueen ikäihmisille huomioiden palveluiden tuottamistapana valinnanvapauden mahdollisuudet ja maakunnan palvelutuotannon. Asiakastyötä ohjaa ratkaisukeskeinen ajattelutapa.

Kuva 10. Asiakasohjauksen asiakassegmentit

Asiakasohjauksen tärkeä työkalu on palveluhakemisto. Palveluhakemisto ja toimijaverkosto on asiakasohjauksen keskeinen tietovaranto, joka tukee oikeellisen, ajantasaisen ja luotettavan tiedon kokoamista asukkaiden, asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi (kolmas sektori, yritykset, kuntien eri hallintokuntien palvelut ja maakunnan järjestämisvastuulla olevat palvelut). Viestintä toteutetaan digitaalisilla alustoilla, jotka mahdollistavat asiakkaan itsearvioinnin ja omahoidon toteuttamisen. Neuvontapalvelu osana asiakasohjausta on ennaltaehkäisevää toimintaa. Neuvonnan tärkein tehtävä on tiedon ja ohjauksen keinoin tukea asiakasta löytämään ne palvelut, jotka vastaavat hänen tarpeitaan ja tukevat hänen kotona selviytymistään. Neuvonnassa asiakas saa tietoa kolmannen sektorin, yksityisten toimijoiden, kuntien ja maakunnan toiminnasta sekä mahdollisista palveluista asiointipalveluna. Tarvittaessa asiakas ohjataan palvelutarpeenarviointiin.

Asiakasohjaaja vastaa kaikki asiakkaan sosiaali- ja terveyspalvelun kokoavasta asiakassuunnitelmasta sekä tekee tarvittavat hallintopäätökset. Ennen säännöllistä palvelupäätöstä toteutetaan kuntouttava arviointijakso (ks. kpl 8). Palveluiden käynnistäminen, arviointi, seuranta ja koordinointi ovat keskeinen osa asiakasohjaajan työtä. Koordinoinnin ja seurannan vahvistuminen asiakasohjauksessa tukee asiakkaan tarpeeseen perustuvaa ja oikea-aikaista palvelutuotantoa.

Palveluiden saavutettavuus varmistetaan vaihtoehtoisilla palvelukanavilla, joita ovat sähköinen asiointi, puhelinpalvelu ja kasvokkain palvelu virtuaalisesti tai toimipisteessä. Palvelun tavoitettavuutta 24/7 edistetään kattavilla sähköisillä palveluilla (Kuva 11). Neuvonta ja palvelutarpeenarviointi toteutuvat kaikkina päivinä keskitetysti. Tavoitteena on työn painottuminen ennakoituihin palvelutarpeisiin lähipalveluna ja äkillisten ja kriisitilanteiden turvaaminen maakunnallisesti.



Kuva 11. Asiakasohjauksen saavutettavuus eri vuorokauden aikoina

Koko asiakasohjauksen prosessin keskeinen menestystekijä on asiakkuudenhallinta, joka vaatii yhteisen minimitiedon määrityksen ja tarvittavat tietojärjestelmä integraatiot. Toimijoiden välinen tiedonkulku ja ICMT – järjestelmien tuki on edellytys sille, että verkostoyhteistyö ja eri toimijoiden välinen yhdyspinta saadaan toimimaan.

Kansallisen vertailutiedon perusteella maakunnan alueelle tarvitaan arviolta 58 asiakasohjaajaa, mikä tarkoittaa 23 työntekijän lisäystä nykyiseen osana rakennemuutosta. Lisäksi asiakasohjauksessa toimii gerontologisia sosiaalityöntekijöitä, joita Pohjois-Savon väestöpohjalla tulisi olla 5 (lisäys 4 työntekijää). Käytännön työprosessien tasolla yhtenäinen maakunnallinen asiakaskasohjaus vaatii kehittämistä ja käyttöönotto tulee projektoida. Keskeisiä kehittämisalueita ovat toiminnan mallintaminen, ICMT – järjestelmien ja palveluhakemiston sekä toimijaverkoston kehittäminen. Asiakasohjaus toimii eri toimijoiden yhdyspinnassa ja siksi asiakasohjauksen kehittäminen vaatii myös kaikkien yhdyspinnalla toimivien palveluiden uudelleen tarkastelua ja yhteistä kehittämistyötä.

Iäkkäiden palvelukokonaisuudessa käytettävät mittarit
Iäkkäiden palvelukokonaisuuteen tarvitaan yhtenäiset mittarit arvioimaan asiakkaan toimintakykyä, seuraamaan ratkaisujen jakaumaa eri asiakassegmenteillä ja tekemään palvelut asiakkaille näkyväksi (saatavuus, vaikuttavuus, asiakastyytyväisyys, asiakaskokemus). Lisäksi maakunta voi käyttää kannustimia sopimuksissaan palveluntuottajien kanssa ja niitä seurataan sopivilla mittareilla.

Yksilöllisen asiakassuunnitelman perustana on verkostoyhteistyönä tehty palvelutarpeenarviointi. RAI – mittari toimii järjestäjän ja tuottajan yhteisenä mittarina. Palvelutarpeenarvioinnissa tullaan hyödyntämään TOIMIA -tietokannan valtakunnallista suositusta, joka valmistuu toukokuussa 2018. Lisäksi on tarpeen selvittää, miten PROMIS-toimintakykymittari soveltuisi iäkkäiden kuntoutustarpeen ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin.

Kiteyttäen

- Pohjois-Savossa keskitetystä asiakas- ja palveluohjauksesta käytetään käsitettä asiakasohjaus ja työntekijästä käsitettä asiakasohjaaja
- Yhden yhteydenoton periaate ja ratkaisukeskeinen toimintatapa
- Asiakassegmentit (tilapäinen ja satunnainen avuntarve, äkillisesti muuttuva palvelutarve ja paljon palveluita käyttävä ja vakiintunut ja tasainen palvelutarve) tulee huomioida palvelujen resursoinnissa
- Iäkkäiden palvelukokonaisuudessa käytetään systemaattisesti yhteisiä mittareita.

7. Kotona asumista tukevat palvelut

Kotona asumista tukeviin palveluihin sisältyvät kotihoito, tukipalvelut, kotisairaala (ks. kpl 10 Iäkkäiden akuuttitilanteiden hoidon järjestelyt), asunnonmuutostyöt, päiväkeskuspalvelu (ks. kpl 5 Iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen) ja erilaiset asumisen muodot.

7.1 Iäkkäiden asumisen uudet muodot - normaalia elämää, jota tuetaan palveluilla

Pohjois-Savossa tavoitteena on, että vähintään 92% yli 75-vuotiaista asuu omissa kodeissaan. Iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen (STM 2017) mukaan tavoitteena on lisätä iäkkään väestön kotona asumisen mahdollisuuksia myös kehittämällä monimuotoisia ratkaisuja asumiselle.

Iäkkäät asuvat mahdollisimman usein tavanomaisessa asuntokannassa. Asumisen monimuotoisuuden ja esteettömyyden lisääminen tarkoittaa mm. esteettömiä tavallisia asuntoja, senioritaloja, yhteisöllisiä taloja tai kortteleita sekä palveluasuntoja. Käsitteenä yhteisöllinen asuminen voidaan nähdä sisältävän tavallisen palveluasumisen (ei-ympärivuorokautista) ja senioriasumisen, joissa palvelut toteutetaan mm. kotihoidon keinoin. Huomioitavaa on myös, että asuntojen tulisi olla vuokra-asuntoja, koska usein taajaman ulkopuolella asuva iäkäs ei saa kotiaan myytyä.

Kotihoidon vahvistaminen ensisijaisena lähipalveluna edellyttää myös uusien ja kevyiden asumista ja palveluja yhdistävien ratkaisujen muodostumista kuntien ja yksityisten investorien yhteistyöllä. Tavoitteena yhden kodin malli, jolloin toimintakyvyn heikentyessä palvelua voidaan lisätä sen hetkiseen kotiin ilman tarvetta muuttaa.

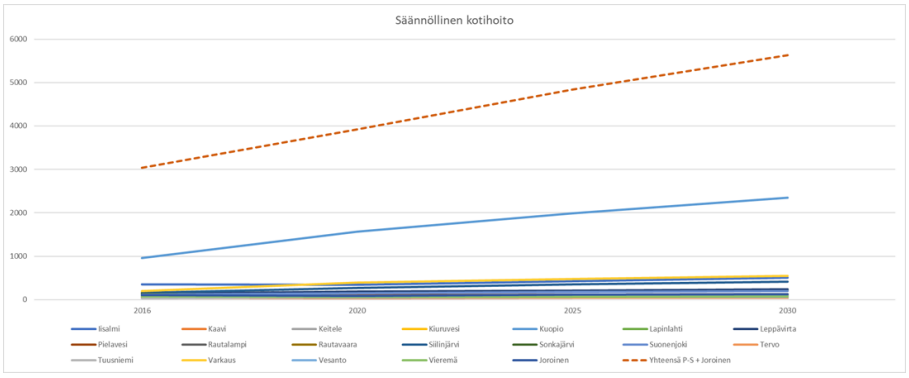
Kiteyttäen

- Kuntien keskustoihin tarvitaan esteettömiä vuokra-asuntoja ja yhteisöllisiä asumismuotoja
- Yhden kodin malli, jonne tarvittaessa tuodaan palveluja

7.2 Kotihoito ja tukipalvelut kotona pärjäämisen tukena

Kotona asumista tukeviin palveluihin sisältyvät kotihoito (tilapäinen ja säännöllinen), kuntoutumisen tukeminen ja toimintakyvyn ylläpito, perushoito, hoiva ja huolenpito, sairauksien hoito, arjen apu, kodinhoito ja puhtaanapito, kauppa- ja asiointipalvelut sekä pyykkipalvelut. Kotona pärjäämistä voidaan tukea myös erilaisin tukipalveluin, joita ovat turvapuhelin, ateriapalvelut, saattajapalvelu, kylvetyspalvelu, kuljetuspalvelu (SHL), sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut ja sotainvalidien tukipalvelut.

Pohjois-Savossa säännöllisen kotihoidon palveluntarve lähes kaksinkertaistuu nykyisestä 3000 asiakkaasta 5600 asiakkaaseen vuonna 2030 (Kuva 12). Suurin kasvu tapahtuu Kuopiossa, Iisalmessa, Siilinjärvellä ja Varkaudessa. Pienissä kunnissa kasvua on vain vähän. Pohjois-Savon alueella on eniten Suomessa säännöllisen kotihoidon asiakkailla 90+ käyntiä/kk, kotihoidon kustannukset ovat myös korkeat, mutta se ei kuitenkaan näy ympärivuorokautisen hoivan kustannusten mataluutena. Tämä voi johtua toisaalta teknologisten ratkaisujen vähäisestä käytöstä palvelupolun alussa ja toisaalta tehostettuun palveluasumiseen siirtymisen väärästä ajoituksesta.



Kuva 12. Kotihoidon asiakasmäärän ennuste Pohjois-Savossa vuoteen 2030 (Tilastokeskus)

Kotihoidossa keskeistä on tukea ikääntyneen normaalia elämää ja hänen elämäntyyliään. Kotihoidon osalta erityisesti pienissä kunnissa 24/7 kotihoitoa on ollut vaikea toteuttaa ja virka-ajan ulkopuolella vain ennalta suunnitellut kotikäynnit ovat olleet mahdollisia. Myös kuntouttavien toimintatapojen käyttö on ollut vähäistä ja palvelujen piirissä olevien iäkkäiden toimintakyky pyrkii laskemaan. Kuntoutuksen toimintamalli kuvataan kappaleessa 8. Tällä hetkellä sekä 24/7 kotihoidon että kuntouttavien toimintatapojen kehittämistyö on käynnissä useissa kunnissa.

Tavoitteena on toimivan kotihoidon mallin yhtenäinen käyttöönotto maakunnassa. Kotihoidon toiminta on osa asiakkaan tarpeiden mukaista hoivaa ja hoitoa, kotona asumista ja päivittäistä hyvinvointia sekä toimintakykyä tukevaa palvelu- ja turvaverkkoa. Kotihoidossa painopiste on toimintakykyä ylläpitävässä ja toimintakyvyn heikkenemistä ehkäisevässä toiminnassa (ks. kpl 8). Kotihoidossa keskeistä on 1) reagoida asiakkaan toimintakyvyn/terveydentilan muutoksiin, jotta vältetään sairaalajakso ja 2) ottaa nopeasti sairaalasta kotiutuva asiakas ja toteuttaa hänelle kuntouttava arviointijakso, tehostettu kotikuntoutus tai tehostettu kotihoito.

Kotihoidon eri asiakasryhmien palvelut perustuvat asiakassegmentointiin ja näiden asiakkuuksien ympärille rakennettuihin palvelukokonaisuuksiin. Muistisairaat ovat muun toiminnanvajavuuden ohella suurin asiakassegmentti. Myös omais- ja perhehoito ovat kotihoidon muotoja, joita voidaan tukea kotihoidolla tarpeen mukaan. Palvelukokonaisuudet ovat joustavia ja huomioivat asiakkaan tarpeet, toiveet sekä toimintakyvyssä ja avuntarpeessa tapahtuvat muutokset oikea-aikaisesti. Jokaisella asiakkaalla on nimetty henkilökohtainen omahoitaja, joka huolehtii hoidon suunnittelusta, seurannasta ja koordinoinnista. Asiakkaalle tehdään yksi, kokonaisvaltainen asiakassuunnitelma, jota kaikki toimijat hyödyntävät ja se on kaiken toiminnan suunnittelun ja arvioinnin keskeisin työkalu. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa käytetään yhteisiä mittareita (ks. kpl 6) ja kirjaaminen toteutetaan asiakkaan kanssa yhdessä mobiililaitteilla.

Kotona pärjäämisen tukena ovat myös teknologia-avusteiset ratkaisut, jotka edistävät itsenäistä suoriutumista, mahdollistavat yhteydenpidon sosiaalisessa verkostossa ja lisäävät turvallisuudentunnetta. Lisäksi tukipalveluja tuotetaan monituottajamallilla myös arjessa avustaviin tehtäviin asiakkaan kotiin. Ateriapalvelulla tuetaan iäkkäiden riittävää ja monipuolista ravitsemusta, ulkoilulla toimintakyvyn ylläpysymistä ja kuljetuspalveluilla osallistumista. Ensisijaisesti asiakasta ja hänen omaistaan ohjataan hankkimaan palveluja omaehtoisesti ja ennaltaehkäisevästi, mutta palvelut voivat toteutua myös kotihoidon rinnalla. Lääkkeiden annosjakelu käytössä kaikilla säännöllisen kotihoidon asiakkailla.

Maakunnan liikelaitoksen asiakasohjaus tekee kotihoidon palvelupäätökset. Ennen säännöllistä palvelupäätöstä toteutetaan kuntouttava arviointijakso (ks. kpl 8). Kotihoito ja kotona pärjäämistä tukevat muut palvelut toteutetaan lähipalveluna, joissa toteuttajina ovat julkinen yhtiö, yksityiset palveluntuottajat ja järjestöt. Kotihoidon johtamisessa kaikilla suuremmilla toimijoilla on käytössä toiminnanohjausjärjestelmä, reittioptimointijärjestelmä, mobiilit ja henkilöstö-/resurssipooli. Henkilöstö liikkuu tarpeen mukaan ja erityisosaajat liikkuvat laajemmalla palvelualueella. Eri asiakassegmenttien tarpeisiin henkilöstöllä on myös erityisosaamista.

Teknologia-avusteiset ratkaisut osaksi kotihoitoa

Kotihoidon muutoksen onnistuminen on pitkälti kiinni digitaalisten välineiden käyttöönotosta ja työprosessien muutoksesta. Teknologia-avusteiset ratkaisut mahdollistavat kevyemmän palvelun esim. asiakkaille, jotka tarvitsevat lääkehoidon turvaamisen (lääkemuistuttaja/-robotti, etäkotihoito) ja siten vähentää useita kertoja päivässä tapahtuvia nopeita käyntejä, jolloin pystytään paremmin turvaamaan henkilöstön riittävyys enemmän läsnäolevaa palvelua tarvitseville asiakkaille. Teknologia-avusteisilla ratkaisuilla (sensorit, hyvinvointiranneke) pystytään myös kohdistamaan päivä- ja yökäynnit asiakkaan tarpeen mukaan ja ennakoimaan ongelmia. Esim. GPS-paikantimet sallivat turvallisesti asiakkaiden vapaan liikkumisen kodin ulkopuolella ja heihin saadaan tarvittaessa yhteys. Myös erilaiset ryhmätoiminnan muodot (ryhmäruokailu, ryhmäliikunta) ovat etäyhteydellä mahdollisia.

Kaikkien asiakkaiden etäkotihoidon ja turvapalvelujen keskittäminen (toiminnallisesti, ei fyysisesti) maakunnassa turvaisi kustannustehokkaan toiminnan koko maakuntaan. Asiakasohjausyksikkö tekee asiakassuunnitelman ja suunnittelee myös teknologia-avusteisten ratkaisujen osuuden asiakkaan palvelujen osaksi. Asiakasseteliä voidaan tarjota sekä etäkotihoidon että kotihoidon osalle. Etäkotihoito tekee jatkuvaa yhteistyötä asiakkaan valitseman kotihoidon tuottajan kanssa.

Kiteyttäen

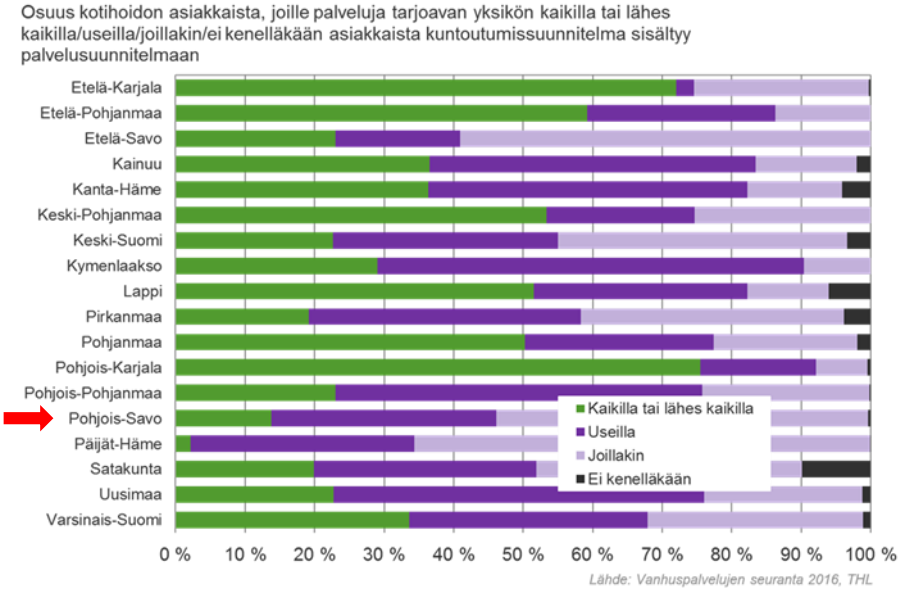
- 24/7 kotihoito
- Tarveharkinta, jossa asiakkaan tarve määrittää sisällön
- Toiminnanohjaus- ja reittioptimointijärjestelmä, keskitetty työnjako ja asiakaskäyntien suunnittelu reaaliajassa, ruuhkahuiput tasoittuvat
- Joustavat toimintamallit; henkilöstöpooli, henkilöstön liikkuvuus (erityisosaajat liikkuvat vielä muita laajemmalla alueella)
- Teknologia-avusteiset ratkaisut ja niihin sopivat uudet työprosessit
- Henkilöstön hyvinvointi on avain laadukkaan kotihoidon toteutumiselle

8. Kotona pärjäämistä tukeva kuntoutus

Hussin ym. (2017) arvion mukaan perustasolla ei tällä hetkellä ole olemassa alueellisesti toimivaa, tasalaatuista yli 70-vuotiaisiin kohdistuvaa systemaattista kuntoutusjärjestelmää. Nyt tarvitaan uusi alueellinen kuntoutusjärjestelmä, jonka tehtävänä on tarjota kuntoutusta tasavertaisesti kaikille ikäihmisille. Ikäihmisten kuntoutus on tutkitusti tuloksellista ja yhteiskunnan kannalta vaikuttavaa. Ikäihmisten sekä lähipiirin elämänlaatua ja elinvoimaa voidaan merkittävästi tukea ennaltaehkäisevän kuntouttavan ja ylläpitävän kuntoutuksen keinoin. Kuntoutuksella on saavutettavissa sekä parempaa elämää että huomattavia kustannussäästöjä. (Hussi ym. 2017.)

Myös Pohjois-Savossa ikäihmisten kuntoutuksen käytännöt ovat vaihtelevia. Varhaisen tunnistamisen ja sen jälkeisen jatkopolkujen kehittämistyö on parasta aikaa käynnissä. Palvelujen piirissä olevien

kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpysymisen mahdollisuuksia ei varmisteta riittävällä tavalla, kuten Kuva 13. osoittaa. Kotihoidossa kuntoutuksen toteutusosaaminen ja halu / asenne vaihtelee. Kotikuntoutus on ollut käytössä vain harvoissa kunnissa, mutta toimintamallin juurruttaminen on nyt käynnissä.



Kuva 13. Kuntoutuminen palvelusuunnitelmissa. THL, Vanhuspalvelujen tila -tutkimus vuodelta 2016

Keskeistä on varmistaa iäkkään kotona pärjääminen sujuvilla asiakasprosesseilla ja katkeamattomilla palveluketjuilla. Iäkkäiden kuntoutuksessa korostuvat oikea-aikaisuus, asiakkaan osallisuus ja motivaatio sekä henkilöstön asenne ja osaaminen. Kuntoukselliset toimintatavat läpileikkaavat koko palvelujärjestelmän aina ennaltaehkäisevästä varhaisesta tunnistamisesta, palvelujen piirissä olevien toimintakyvyn ylläpysymisen mahdollistamiseen. Kuntoutus iäkkään omassa elinympäristössä painottuu ja kuntoutuksessa huomioidaan toimintakyky laaja-alaisena, joten fyysisen toimintakyvyn (liikkumiskyvyn ja sen edellytysten harjoittaminen kuten tasapainon, lihasvoiman ja kestävyyden) lisäksi myös sosiaalinen (yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy), psyykkinen (käyttäytymiseen vaikuttaminen) ja kognitiivinen (kognitiivinen harjoittelu) osa-alue ovat yhtä tärkeitä.

Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan haastattelun, havainnoinnin ja TOIMIA-suositusten mukaisten mittareiden keinoin (ks. kpl 6). Kuntoutuksessa käytetään mahdollisimman paljon teknologia-avusteisia ratkaisuja mm. etäkuntoutusta. Kuntoutuksessa huomioidaan myös kulttuurin ja osallistamisen mahdollisuudet.

Oleellista on myös vahvistaa fysio- ja toimintaterapeuttien määrää iäkkäiden palveluissa ja kohdentaa heidän työtään seuraavaksi kuvattavan toimintamallin suuntaisesti (Kuva 14). Kuntouttava arviointijakso ja tehostettu kotikuntoutus vaativat terapeuttiresurssia maakuntaan 17 htv v. 2020 ja 23 htv v. 2030 (laskentamalli: 1 terapeutti 9 as/vko sis. koti- ja etäkäynnit). Myös kotihoidon täytyy pystyä tehostamaan toimintaansa tehostetun kotikuntoutuksen aikana, jolloin riittävä resurssipooli on tarpeen.

Toimintamalli

1. Varhainen tunnistaminen

Toiminnanrajoituksen kehittyminen tapahtuu yleensä iäkkäillä hitaasti. Sen vuoksi varhain tunnistettu alkava rajoitus (mm. gerastenia, ravitsemusriski, yksinäisyys, liikkumattomuus, liikkumiskyvyn heikkeneminen) voidaan tarkemmalla selvittelyllä ja yksilöllisesti räätälöidyllä interventiolla saada korjattua. Keinoina tähän ovat esim. sähköinen seulontalomake, etsivä vanhustyö, hyvinvointia edistävät kotikäynnit, matalan kynnyksen toimipisteet, muistisairaiden varhaisvaiheen sekä omais- ja perhehoitajien tukitoimet. Asiakkaiden määrä on n. 60% iäkkäiden määrästä, ja jokaiseen kuntaan tarvitaan matalan kynnyksen piste, jossa iäkkään on helppo käydä ja josta käsin voidaan löytää myös heidät, jotka eivät sinne tule. Matalan kynnyksen piste on yhteistyöpaikka kunnan, SOTE-keskuksen ja järjestöjen toimijoille.

2. Kuntouttava arviointijakso

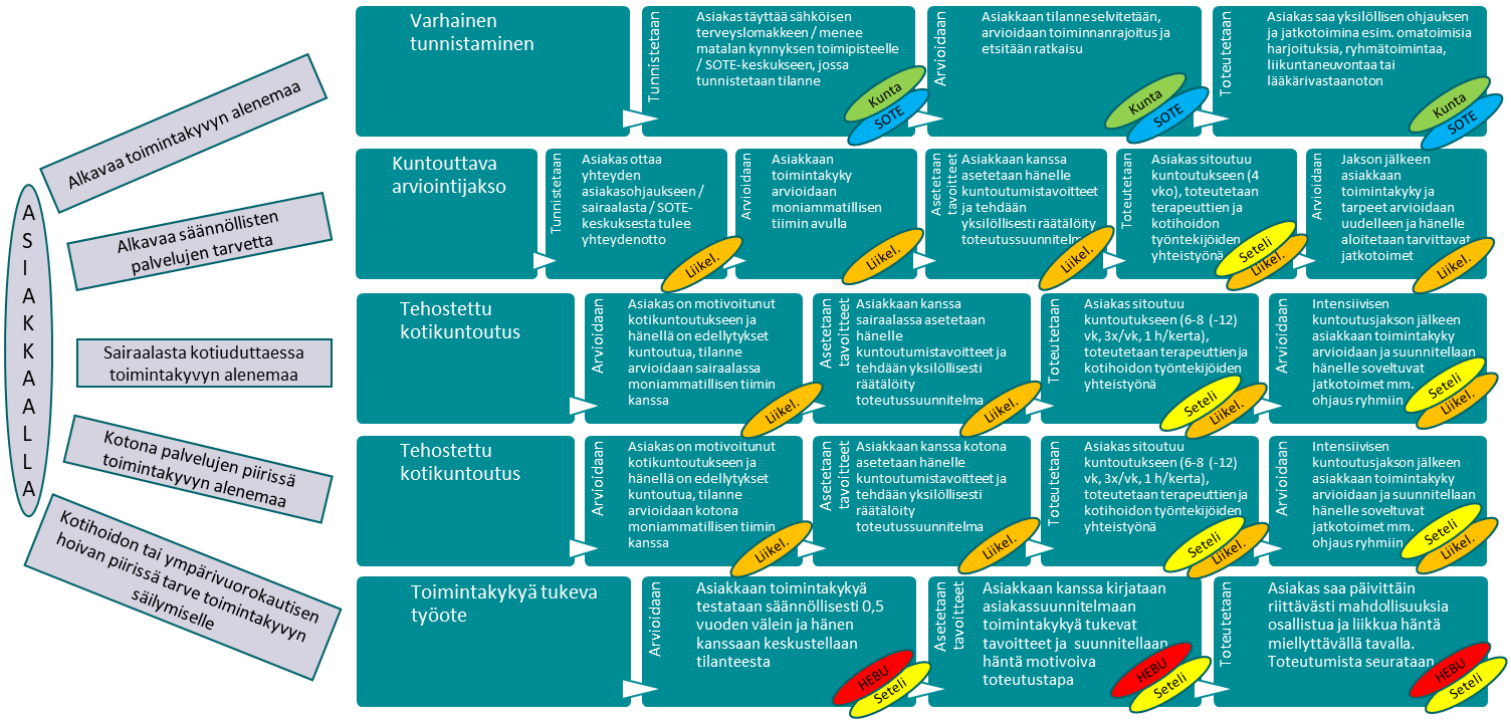
Kuntouttava arviointijakso kohdistetaan asiakkaille, joilla ilmennyt tarve säännölliselle tuelle ja kotiin tuotaville palveluille. Tavoitteena on saada asiakkaan toimintakyky paranemaan niin paljon, että hän pärjäisi muiden hyvinvointia tukevien toimintojen ja tukipalveluiden avulla eikä säännöllistä kotihoitoa vielä tarvittaisi. Maakunnan liikelaitoksen asiakasohjauksen oma moniammatillinen tiimi (3-4 toimipistettä) toteuttaa kuntouttavan arviointijakson (4 vkoa) suunnittelun. Asiakkaan kokonaistilanne arvioidaan CGAn ja lääkehoito ILMA-mallin mukaisesti. Suunnitelma räätälöidään asiakkaan tarpeiden perusteella ja sen jälkeen asiakas saa valita kuka palvelun hänelle tuottaa (terapia ja tilapäinen kotihoito yhteistyössä). Jakson jälkeen asiakasohjaus arvioi tilanteen ja tarvittavat jatkotoimenpiteet. Asiakkaiden määrä voidaan arvioida nykyisin säännöllisten palvelujen piiriin tulevien osuudella, joka on 12.4% 75v täyttäneistä vuonna 2017. Laskennallisesti kuntouttavan arviointijakson asiakkaiden määrä on 3475 vuonna 2020 ja 4986 vuonna 2030. Ikäkeskuksen oma moniammatillinen tiimi toimii 3-4 toimipisteessä, joissa kussakin vähintään lääkäri/geriatri, fysio-/toimintaterapeutteja ja sairaanhoitaja. Lisäksi konsultoitavissa sosionomi/sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti, hammashuoltaja.

3. Tehostettu kotikuntoutus

Asiakkaille, joilla on voimakasta toimintakyvyn alentumaa, joko sairauden ja/ sairaalajakson seurauksena. Sairaalasta alkavassa prosessissa sairaalan moniammatillinen tiimi arvioi kotikuntoutuksen mahdollisuuden. Suuntaa antavina kriteereinä ovat seuraavat: asiakkaalla toimintakyvyn laskua, josta aiheutuu uhkaa kotona selviytymiselle, asiakkaalla on oma motivaatio kotona pärjäämiselle ja hänellä on kykyä osallistua, ymmärtää ja toteuttaa annettuja ohjeita. Sairaalassa asiakkaan kanssa yhdessä asetetaan tavoitteet ja tehdään hänelle räätälöity konkreettinen suunnitelma. Suunnitelman laatimiseen osallistuu myös kotihoito jos asiakas on jo palvelujen piirissä. Kun prosessi alkaa kotihoidon, omaishoidon tai tehostetun palveluasumisen piirissä olevalla asiakkaalla, Ikäkeskuksen moniammatillinen tiimi, yhdessä asiakkaan kanssa asettaa tavoitteet ja suunnittelee jakson toteutuksen. Molemmissa tapauksissa kotihoito toteuttaa riittävän tehostettua kotihoitoa kuntoutusjakson aikana ja mahdollistaa asiakkaan harjoittelun suunnitelman mukaan muina kuin terapia-aikoina. Tehostettu kotikuntoutus on intensiivinen kuntoutusjakso, jota koordinoivat fysio- ja/ toimintaterapeutit ja jonka kesto on 6-8 (-12) vk ja intensiteetti 3x viikossa, 1 h/kerta. Jakson lopussa asiakkaan tilanne arvioidaan ja arvioidaan jatkotoimenpiteet. Tehostetun kotikuntoutuksen voi toteuttaa asiakassetelipalveluntuottaja tai maakunnan liikelaitos. Tehostettua kotikuntoutusta tarvitsevien asiakkaiden määrä on arviolta 2800 vuonna 2020 ja 3900 vuonna 2030.

4. Toimintakykyä tukeva työote

Toimintakyvyn ylläpysyminen on huomioitava erityisesti kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan asiakkailla. Heillä on tärkeää olla riittävät liikkumisen ja osallistumisen mahdollisuudet ja heidän toimintakykyään on seurattava puolivuosittain. Asiakkaiden toimintakyvyn ylläpysymisen mahdollistavat toimet suunnitellaan heidän kanssaan yksilöllisesti räätälöiden ja ne kirjataan asiakassuunnitelmiin ja niiden toteutumista seurataan päivittäisten kirjausten avulla. Tämä koskee kaikkia palvelujen piirissä olevia asiakkaita ja olisi tärkeää sekä lisätä henkilöstön kuntoutusosaamista että muuttaa henkilöstön rakennetta monipuolisemmaksi Laatusuosituksen (2017) mahdollistamalla tavalla.



Kuva 14. Iäkkäiden kuntoutuksen toimintamalli

Kuntoutuksen kokonaisuuteen liittyvä ohjattu päivätoiminta ja ryhmäkuntoutus on kuvattu kappaleessa 5. Kotona toteutuva kuntoutus on painopisteenä, mutta joissakin tapauksissa, kuten mm. aivohalvauksen tai lonkkamurtuman jälkeen on usein tarve osastokuntoutukselle, jotta kuntoutuminen käynnistyy riittävällä tavalla ennen kotiutumista.

Kuntoutuksessa voidaan käyttää samoja teknologia-avusteisia ratkaisuja, joita käytetään kotihoidossa (ks. kappaleessa 7.2).

Kiteyttäen

• • •

- Iäkkäiden kuntoutus sisältää Pohjois-Savossa
  - varhaisen tunnistamisen
  - kuntouttavan arviointijakson
  - tehostetun kotikuntoutuksen
  - toimintakykyä tukevan työotteen kaikissa palveluissa.

9. Kaikenikäisten omais- ja perhehoito

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoitamista omaisen tai muun läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä hoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Omaishoidon tuki on harkinnanvarainen sosiaalipalvelu, jota järjestetään määrärahojen rajoissa. Omaishoidon tuen myöntämisedellytyksistä ja sisällöstä säädetään laissa omaishoidon tuesta (Laki omaishoidon tuesta 937/2005). Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoito voi olla tilapäinen tai pidempiaikainen huolenpidon järjestämisen muoto. Tavallisimmin perhehoitoa käytetään lastensuojelun sijaishuoltopaikkana. Perhehoidosta säädetään laissa (Perhehoitolaki 263/2015).

Pohjois-Savossa ikääntyvän väestön määrä lisääntyy, palvelurakenteissa tapahtuu muutoksia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellinen tilanne heikkenee, mikä asettaa omaishoidolle lisäämistarvetta. Pohjois-Savossa vuoden 2016 tilaston mukaan omaishoitajia on noin 2 150, joista 65 vuotta täyttäneitä hoitajia on lähes 67 %. Omaishoidon tuen piirissä olevia ≥ 65 -vuotiaita hoidettavia oli vuonna 2015 Pohjois-Savossa 2519 henkilöä, kun taas vuonna 2016 oli omaishoidon tuen piirissä 76 hoidettavaa vähemmän.

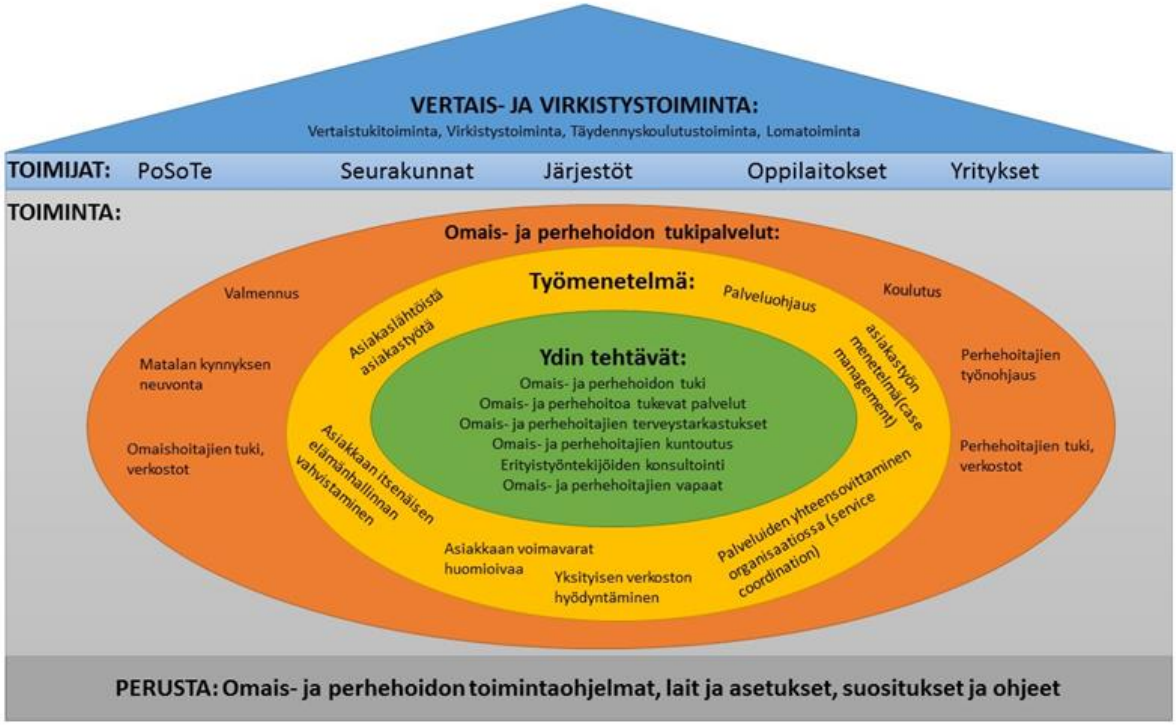
Iäkkäiden omaishoidon tarve lisääntyy 2400 asiakkaasta 2800 asiakkaaseen vuoteen 2030. Suurin kasvu tapahtuu Kuopiossa, muissa kunnissa ollaan jo tavoitetasolla. Pohjois-Savossa tavoitellaan omaishoidon lisäksi myös tilapäistä ja pitkäaikaista perhehoitoa nykyistä enemmän. Pohjois-Savossa perhehoitoa on tavallisimmin käytössä lastensuojelussa, sillä perhehoito on laitoshoitoon nähden ensisijainen lapsen sijaishuollon muoto. Ikäihmisten perhehoitoa on kehitetty hankkeissa jo aiemmin, mutta siitä huolimatta ikääntyneiden perhehoito on Pohjois-Savossa varsin vähäistä. Vastaavasti vammaisten perhehoitoa on tilastojen mukaan enemmän kuin ikääntyneiden.

Tavoitteena on perustaa maakunnallinen, mutta verkostomaisesti (4 toimipisteessä) ja monituottajamaisesti toimiva omais- ja perhehoidon yksikkö (toimeenpanosuunnitelma Liite 2, Kuva 15),

joka pyrkii turvaamaan omaishoidon- ja perhehoidon riittävyyden tulevaisuudessa. Yksikkö tarjoaa omais- ja perhehoitoon liittyvää tietoa ja osaamista sekä koordinoi Pohjois-Savon alueella omais- ja perhehoitoa mm. omais- ja perhehoitajien sijaisjärjestelyjä, loman mahdollistavia hoivapaikkoja, toimintakykyä ja jaksamista tukevia ratkaisuja sekä koulutusta.

Omais- ja perhehoidon yksikön tavoitteena on tuottaa omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoidut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut Pohjois-Savon maakunnassa. Yksikön toiminnan läpileikkaavat periaatteet ovat:

1. Asiakaslähtöisyys omais- ja perhehoidon toimintamallin kulmakivenä
2. Omais- ja perhehoidon yksikön verkostoyhteistyö
3. Omais- ja perhehoitajien osaamisen ja hyvinvoinnin tukeminen
4. Teknologia-avusteisten palveluiden mahdollisuus omais- ja perhehoidon palveluiden kokonaisuudessa
5. Omais- ja perhehoito tulevaisuudessa yhä useammalle henkilölle soveltuva huolenpidon järjestämisen muoto.



Kuva 15. PoSoTe:n omais- ja perhehoidon toimintamalli

Omais- ja perhehoidon yksikön palveluprosessit ovat omaishoidon tuki ja perhehoito. Omais- ja perhehoidon yksikön keskeisimmät rajapinnat ovat asiakasohjauksen lisäksi terveyspalveluihin, lasten ja perheiden palveluihin sekä ikäkeskukseen sekä sosiaalihuollon muihin palveluihin. Omais- ja perhehoidon yksikkö toimii erillisenä tiiminä asiakasohjauksen kokonaisuudessa. Huomioitava on, että omais- ja perhehoidon yksikön henkilöstö on eriytettävä riittävän asiantuntijuuden ja henkilöstömitoituksen

turvaamiseksi. Lisäksi molemmissa organisointitavoissa omais- ja perhehoidolla tulee olla oma lähiesimies.

Alle 18-vuotiaiden perhehoidon ja lastensuojelun rajapinnasta esitetään, että omais- ja perhehoidon yksikkö tuottaa kaiken ikäisten perhehoitajille markkinoinnin/infoamisen, rekrytoinnin, koulutuksen, työnohjauksen sekä tuki- ja vertaistoiminnan. Omais- ja perhehoidon yksikön tehtävänä on varmistaa osaaminen ja perhehoitajien jaksaminen. Lisäksi yksikkö vastaa valtakunnallisesta kehittämisyhteistyöstä, missä otetaan huomioon asiakkaiden osallisuus. Muutoin alle 18-vuotiaiden perhehoito sijoittuu Lape-kokonaisuuteen.

Toimeenpanosuunnitelmassa (Liite 2) on kuvattu mallit maakunnallisista omais- ja perhehoidon toimintaohjeista sisältäen maakunnalliset kriteerit/myöntämisperusteet palveluille. Nämä ohjeet ovat pohjana jatkotyöstämiselle osana Pohjois-Savon soten kokonaisvalmistelua. Myös omais- ja perhehoidon arviointiprosessi on kuvattu Liitteessä 2, mutta yhtenäiset arviointimenetelmät (mittarit, seuranta ja valvonta) jäävät jatkotyöstettäväksi.

Tällä hetkellä omais- ja perhehoitoon (pl. lasten ja nuorten perhehoito) käytettävissä noin 30 htv. Tällä resursoinnilla on mahdollista toteuttaa suunniteltu omais- ja perhehoidon yksikön toiminta sopimus omais- ja perhehoitajien palveluihin yhteistyössä eri toimijoiden, kuten järjestöjen, yhdistysten ja koulutusorganisaatioiden kanssa. Tämän lisäksi olisi tärkeää koordinoida myös ilman sopimusta olevien läheishoitajien palveluja yksiköstä käsin, jolloin resurssia on vahvistettava ja huomioitava resurssilaskennassa läheishoitajien määrä.

Kiteyttäen

• • •

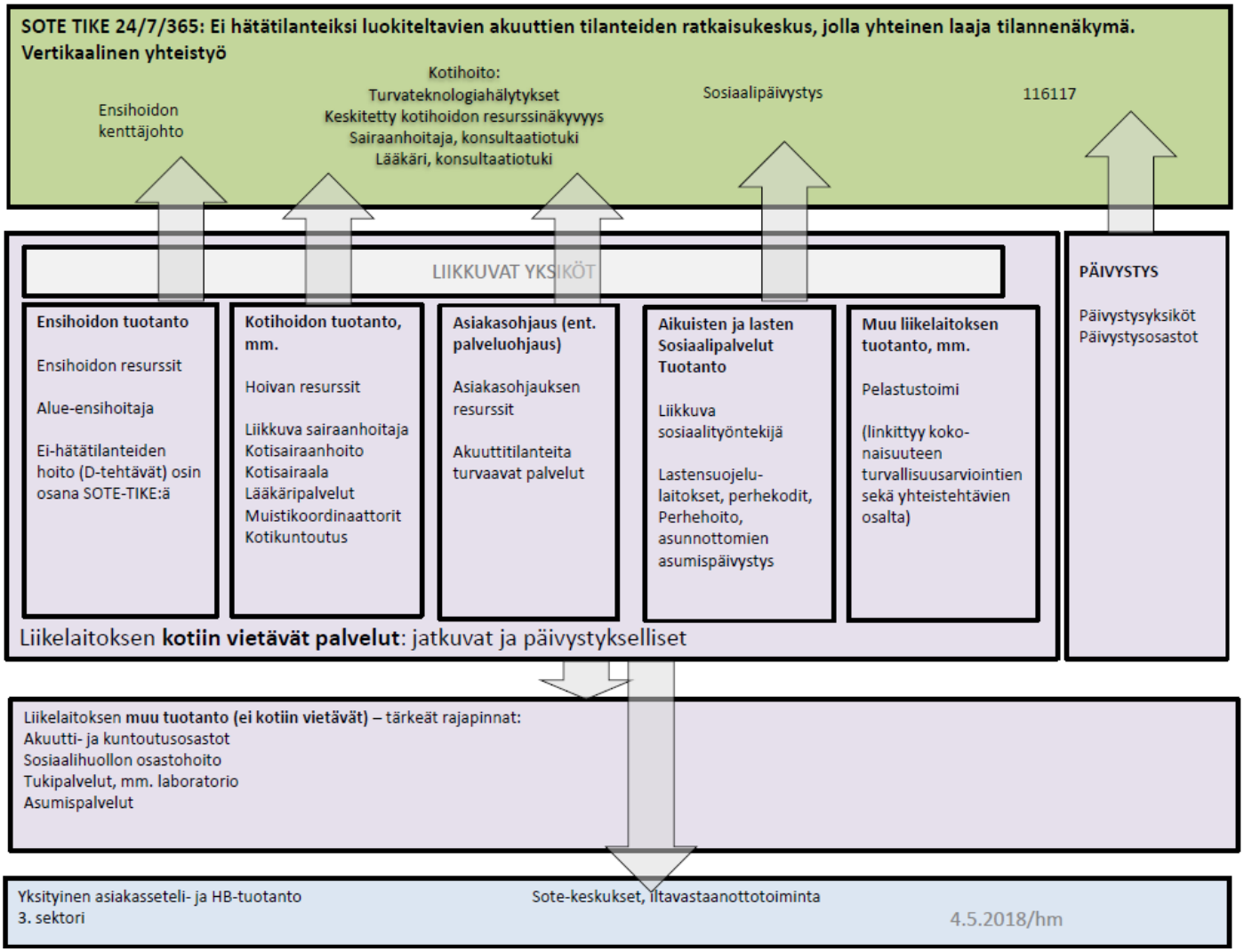
- Yksikkö on asiantuntija- ja tukikeskus, joka tarjoaa omais- ja perhehoitoon liittyvää tietoa ja osaamista sekä koordinoi Pohjois-Savon alueella omais- ja perhehoitoa, mm.
  - omais- ja perhehoitajien sijaisjärjestelyjä
  - loman mahdollistavia hoivapaikkoja
  - toimintakykyä ja jaksamista tukevia ratkaisuja
  - koulutusta.

10. Iäkkäiden akuuttitilanteiden hoidon järjestelyt

Iäkkäiden akuuttitilanteiden hoidon järjestelyt vaativat muutosta erityisesti maaseudulla. Pohjois-Savossa on tarve vahvistaa yhteistä tilannekuvaa ja akuuttitilanteiden hallintaa sekä lääkäripanosta arviointivaiheessa. Vaade yhteistyön tiivistämiseen kotihoidon, ensihoidon, pelastustoimen

ja päivystyksen (sis. sosiaalipäivystyksen) välillä on selkeä. ”Turhia” sairaalajaksoja tulee herkästi, kun päivystyksessä ei ole riittävää geriatrista osaamista vastaamaan iäkkään asiakkaan tarpeisiin. Myös kotisairaalatoimintaa on vain suurien kaupunkien keskusta-alueilla ja pienissä kunnissa runsas tk-vuodeosastokapasiteetti pyrkii täyttymään. Tk-sairaalaan/vuodeosastolle iäkäs joutuu yleensä akuutin sairauden tai kroonisen sairauden pahenemisvaiheen yhteydessä. 44% tk-sairaalaan tai osastolle tulleista ovat joko kotihoidon tai ympärivuorokautisen hoidon piirissä ja 49% ei ollut säännöllisten palvelujen piirissä (Saari & Kokko 2016). 83-93% 75 -vuotta täyttäneistä käy avopuolen lääkärillä vuosittain (Sotkanet 2016).

Pohjois-Savoon suunnitellaan ei-hätätilanteiksi, mutta äkillisissä ja päivystyksellisiksi luokiteltavien akuuttitilanteiden hoidon kokonaisuutta (Kuva 16, toimeenpanosuunnitelma Liite 3). Äkilliseksi ja päivystykselliseksi hätätilanteeksi luokiteltavat akuuttitilanteet koordinoidaan hätäkeskuksen kautta ja tähän toimintamalliin ei tule muutosta nyt kuvatussa toimintamallissa. Ei-hätätilanteiksi luokiteltavissa akuuttitilanteissa itsenäinen kansalainen asioi pääasiassa omassa sote-keskuksessa tai liikelaitoksen päivystyksessä. Avuntarve arvioidaan päivystysapu numerossa (116117).



Kuva 16. Ei-hätätilanteiksi luokiteltavien akuuttien tilanteiden palvelumalli

Osa paljon apua ja sote-palveluita käyttävistä kansalaisista ei kuitenkaan tunnista avuntarvettaan, ei osaa hakeutua avun piirin tai ei tule autetuksi em. keinoin. Tällöin kyseessä voi olla hauras ja ikääntyvä kansalainen tai esimerkiksi paljon päivystyspalveluita käyttävä mielenterveys- tai päihdeongelmainen kansalainen. Em. asiakasryhmät muodostavat ison osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista ja heillä on usein monia yhtäaikaisia palvelutarpeita ja riskitekijöitä, jotka johtavat erilaisiin akuuttitilanteisiin. Em. kohderyhmien nykyistä tarkemmin yksilöity ja oikea-aikainen riskitekijöiden tunnistaminen sekä hoidon ja hoivan suuntaaminen vaatii monen viranomaistahon osaamista ja yhteistyötä myös akuuttitilanteiden hoidossa.

Ei-hätätilanteiksi luokiteltavien akuuttitilanteiden tehtävien ytimenä toimii jatkossa maakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekeskus (jatkossa SOTE-TIKE). SOTE-TIKE on liikelaitoksen eri palvelulinjojen toiminnan yhteinen toiminnallinen kokonaisuus. Tavoitteena on kansalaisen oikea-aikainen apu ilman viiveitä. SOTE-TIKE -toiminnan mahdollistaa monen toimijan yhteinen tilannearvio sekä resurssien käytön

koordinointi yhteistyössä, jolloin on mahdollista minimoida viiveet, tehostaa yhteistyötä ja estää resurssien päällekkäistä käyttöä. SOTE-TIKE toimii hybridimallina, jossa ytimen muodostaa ensihoidon kenttäjohto, sosiaalipäivystys, asiakasohjaus sekä maakunnan liikelaitoksen kotihoidon ratkaisukeskus. Ydintoiminnoista on suora yhteys varsinaiseen palvelutuotantoon , jonka resursseja ja toimintaa on mahdollista koordinoida SOTE-TIKE:stä. Jokainen toimija vastaa omien resurssien käytöstä ja substanssijohtamisesta sekä SOTE-TIKE:ssä että omassa tuotannossaan. SOTE-TIKEN toiminta turvataan 24/7/365 ensihoidon, kotihoidon, lääkärikonsultaatioiden ja sosiaalipäivystyksen osalta. Maakunnallisena palveluna malli edellyttää sosiaalipäivystyksen resursoimista 24/7 yksiköksi nykyisen virka-ajan ulkopuolisen toiminnan sijaan. Maakunnallinen SOTE-TIKE –toiminta hyödyntää, tekee yhteistyötä ja koordinoi avun asiakkaalle hänen lähellä olevien liikelaitoksen ammattilaisten kanssa.

Ikääntyneiden sote-tuotannosta SOTE-TIKE:ssä toimii maakunnallisesti keskitetty turvapalveluiden hälytysten vastaanotto. Lisäksi SOTE-TIKE:ssä on liikelaitoksen tuottaman kotihoidon keskitetty resurssinäkyvyys, jonka avulla pystytään reaaliaikaisesti suuntaamaan kotihoidon resursseja akuuttitilanteissa. Lisäksi resurssinäkyvyys on Ikäkeskuksista kotiin tuotettuihin vanhuspalveluiden lääkäripalveluihin ja kotikuntoutukseen.

SOTE-TIKE :ssä toimii sosiaalipäivystys 24/7, joka vastaa tarvittaessa kaikkien asiakasryhmien kiireellisten sosiaalipalvelujen tuen tarpeen arvioimisesta ja päätöksenteosta. Myös ensihoidon tehtävien koordinointi ja kenttäjohto on osa Sote-Tiken maakunnallista operatiivista toimintaa. Suuronnettomuustilanteissa SOTE-TIKE tukee toiminnallisena yksikkönä tarvittaessa sosiaali- ja terveydenhuollon johto- ja valmiuskeskusta. Pelastuslaitos ja Itä-Suomen poliisi linkittyy kokonaisuuteen turvallisuusarviointien sekä yhteistehtävien osalta. SOTE-TIKE tekee viranomaisyhteistyötä mm. päivystysyksiköiden (Iisalmi, Varkaus, Kuopio), päivystysapunumeron 116117, hätäkeskuksen, Sote-keskusten iltavastaanottojen ja poliisin kanssa.

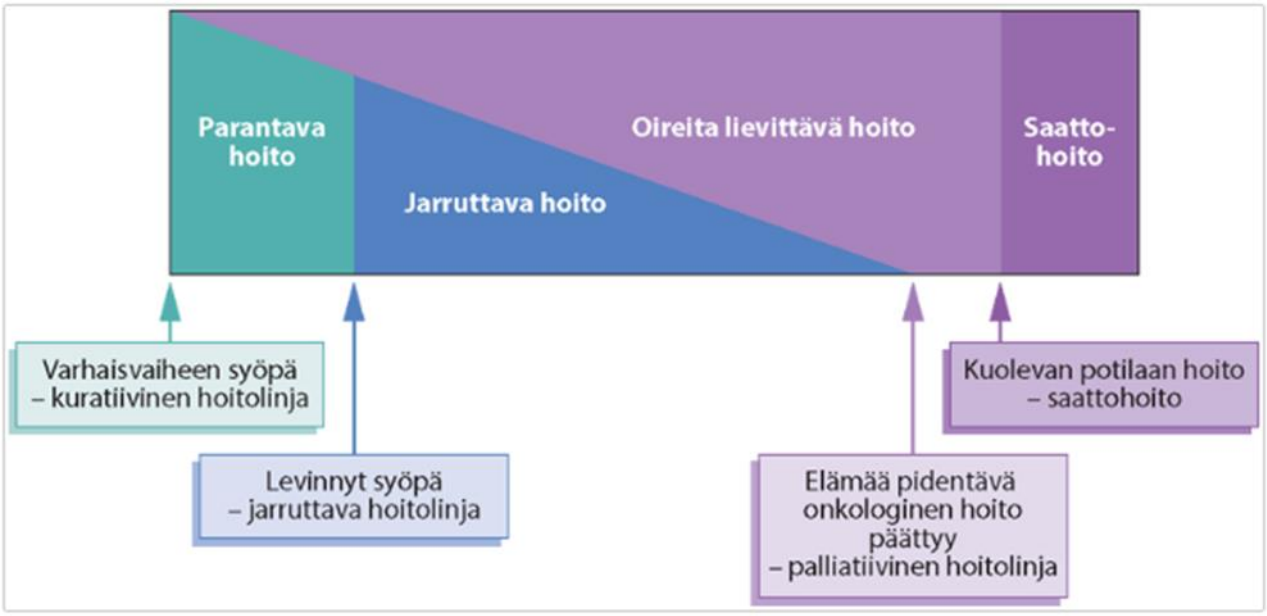
Kiteyttäen

- Akuuttitilanteiden hoidon ytimenä ja ohjaavana keskuksena on sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekeskus, jossa on toimintaa pääosin 24/7/365
- 3-osainen toimintamalli
  - Akuuttitilanteiden ennaltaehkäisy
  - Akuuttitilanteita pyritään ratkaisemaan iäkkään kotona
  - Akuuttitilanteiden jälkeiset tilanteet turvataan kotona.

11. Iäkkäiden palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivisen- ja saattohoidon keskeisimmät asiakkaat ovat syöpää, keuhkoahtaumatautia, sydämen vajaatoimintaa, maksa- tai munuaissairautta, dementiaa ja neurologista sairautta sairastavat henkilöt. Kolmiportainen malli (Saarto T. 2017) palliatiivisen ja saattohoidon osalta ei vielä Pohjois-Savossa toimi, tällöin iäkkään saattohoito toteutuu harvoin kotona ja liian usein yliopistollisessa keskussairaalassa. Ilman ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja hyvää palliatiivista hoitoa voivat elämän loppuvaiheessa ilmenevät vaikeat oireet johtaa toistuviin päivystys- ja sairaalakäynteihin. Viimeisen elinvuoden hoito kattaa noin 25 % ja viimeisen elinkuukauden noin 10 % kaikista terveydenhuollon menoista. Pohjois-Savon ainoa saattohoitokoti on Kuopiossa, 15 paikkainen Lehtolakoti. Muualla saattohoito tapahtuu osana normaalia kotisairaala ja osastotoimintaa, paikkoja voi olla nimetty, mutta henkilökunnan osaaminen on vaihtelevaa, eikä vastaa STM:n suositusta.

Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organization) määritelmän mukaan palliatiivisella eli oireita lievittävällä hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen monenlaista kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan (Kuva 17). Vaikka määritelmän mukaan palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, kasvaa sen tarve kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu viimeisille elinviikoille tai päiville. Silloin potilaan toimintakyky on yleensä merkittävästi heikentynyt.



Kuva 17. Syövän eri vaiheet ja niihin liittyvät hoitolinjat. (Saarto T ym. 2015)

Pohjois-Savossa on tavoitteena ottaa käyttöön suosituksen mukainen kolmiportainen (A, B ja C tasot) toimintamalli (Kuva 18). Tämä tarkoittaa käytännössä toiminnan uudelleen järjestämistä ja resurssien ohjaamista potilaan, läheisten ja yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaisemmaksi (toimeenpanosuunnitelma Liite 4). *A-tason hoitoa* tarjotaan jokaisessa kunnassa kotihoidon ja

asumispalvelujen kautta. Lyhytaikaista sosiaalihuoltolain mukaista hoitoa tarjoavat yksiköt sekä kuntiin jäävät terveyskeskustasoiset osastot voivat toimia A-tason tukiyksikkönä. *B-tason hoitoa* tarjotaan kotisairaalan kautta koko maakuntaan. Asiakkuudet, joiden palliatiivinen tai saattohoito annetaan kotona tai tehostetun palveluasumisen yksikössä, kuuluvat asiakkuutena aina kotisairaalaan, jotta potilaalle turvataan lääkehoito (kipupumput, iv-lääkkeet), mutta hoidon antajana voi toimia kotihoito tai asumispalveluyksikkö eli A-tason toimija. Vain vaativimmat tapaukset hoidetaan kotisairaalan B-tason koulutuksen saaneen henkilökunnan turvin. *C-tason hoito* toteutuu aina KYS:n palliatiivisessa yksikössä, josta tuetaan B-tason Iisalmen ja Varkauden toimintaa palliatiivisella poliklinikalla ja konsultaatioilla.

Tasokuvaus	Terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt antavat perustason saattohoitoa	Alueelliset saattohoidon yksiköt toteuttavat saattohoitoa ja toimivat alueellisina konsultoivina yksikköinä	Yliopisto ja keskussairaalat Osa saattohoitokodeista
	saattohoitopäätökset ja saattohoitosuunnitelmien tekeminen		
Saattohoitoa antavat yksiköt	Kotihoito Avohoidon yksiköt Asumisyksiköt	Kotisairaalat tukiosastoineen ja saattohoito-osastot /paikat Lehtolakoti	Kys
Henkilökunta	Terveydenhuollon ammattihenkilöt, sosiaalitoimi	Moniammatillinen työryhmä 24/7	Moniammatillinen työryhmä erityistyöntekijöineen 24/7
Koulutus	Perustason koulutus	Palliatiivisen hoidon/lääketieteen lisäkoulutusta	Palliatiivisen hoidon/lääketieteen pätevyys

Kuva 18. Palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportainen malli Pohjois-Savossa

Potilaan hoidon tavoitteet voidaan kiteyttää palliatiivisen ja saattohoidon hoitolupaukseen, jonka mukaan hoitoa toteutetaan:

1. Potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa hoitopaikan valintaan (koti, sairaala, hoivakoti) ja tarpeen mukaan hoidon aikana hän voi siirtyä hänelle tarkoituksenmukaisempaan paikkaan.
2. Potilas saa tarvitsemansa hoidon ja kokonaisvaltaisen tuen riippumatta asuinkunnasta.
3. Potilaalle tehdään saattohoitopäätöksen jälkeen saattohoitosuunnitelma, jonka mukaan hoitoa toteutetaan.
4. Potilaan fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä kärsimyksiä helpotetaan kaikin mahdollisin keinoin.
5. Kotisaattohoidon aikana potilaalla on mahdollisuus tukeutua tukiosastoon tai tarvittaessa erityistason saattohoitoon.
6. Henkilökunnan resurssit, koulutus ja osaaminen pyritään pitämään riittävinä.
7. Omaisten ja läheisten tuki järjestetään yhteistyössä yhdistysten ja seurakuntien kanssa.

Kiteyttäen

• • •

- 3.portainen malli
  - A-tason hoitoa tarjotaan jokaisessa kunnassa kotihoidon ja asumispalvelujen kautta
  - B-tason hoitoa tarjotaan kotisairaalan kautta koko maakuntaan
  - C-tason hoito toteutuu aina KYS:n palliatiivisessa yksikössä
- Edellytyksenä on, että kaikilla sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammattilaisilla tarkoituksenmukaiset lääkeluvat, perehdyttäminen ja saattohoito-osaaminen
- Potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa hoitopaikan valintaan (koti, sairaala, hoivakoti) ja tarpeen mukaan hoidon aikana hän voi siirtyä hänelle tarkoituksenmukaisempaan paikkaan.

12. Ympärivuorokautinen hoiva

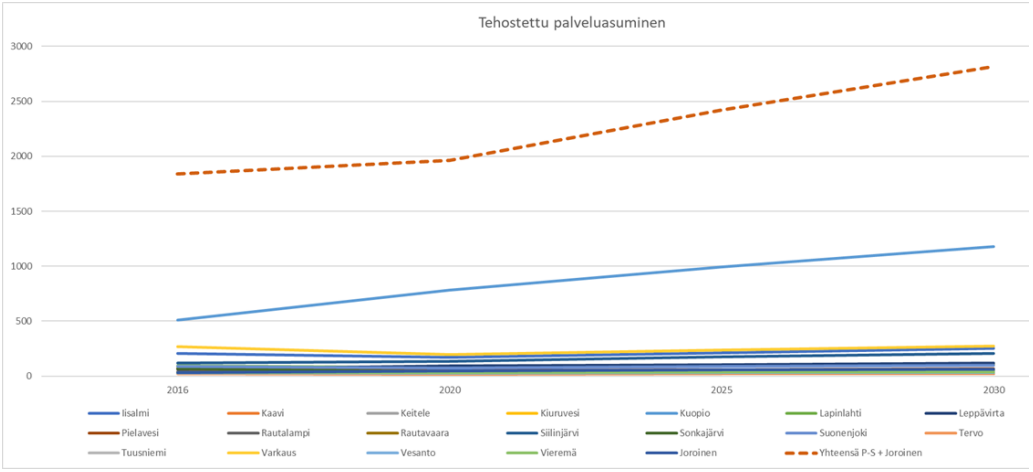
Tehostettu palveluasuminen
Tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuoltolain 21 §:n mukaista vuokrasopimukseen perustuvaa asumispalvelua, jossa asukas saa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa sekä jatkuvaa apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista.

Pohjois-Savossa tehostetun palveluasumisen tarve lisääntyy jonkin verran, 1800 asiakkaasta 2800 asiakkaaseen (Kuva 19). Suurin kasvu tapahtuu Kuopiossa, mutta muissa kunnissa tehostettua palveluasumista on jo niin paljon, että tarve säilyy ennallaan. Tällä hetkellä tehostetussa palveluasumisessa 84% ovat pitkäaikaisasiakkaita ja loput lyhytaikaishoitojaksolla

Tehostetun palveluasumisen yhteydessä toteutetaan myös lyhytaikaishoitoa siihen varatuissa huoneissa. Lyhytaikaishoidolla tarkoitetaan lyhytaikaista sosiaalihuollon asumispalvelua. Lyhytaikaishoidolla vastataan suunnitelmalliseen tai satunnaiseen tarpeeseen mm. kriisipaikat, kotiutumista ja kuntoutumista tukevat palvelut. Toiminta on luonteeltaan kuntouttavaa, toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää ja vastaa myös akuutti- ja saattohoidon tarpeisiin. Tarkoituksenmukaista on joissain tilanteissa, että kotona asuvalle iäkkäälle mahdollistetaan ennen sairaalaan joutumista seuranta lyhytaikaishoitopaikalla ja sairaalasta kotiuduttua jos omaan kotiin ei ole mahdollista palata suoraan. Omaishoitajien vapaiden järjestelyt toteutetaan osin myös tehostetun palveluasumisen yhteydessä, perhehoito tai toimeksiantosopimus ovat kuitenkin ensisijaisia.

Tehostettu palveluasunto on asiakkaan koti ja tavoitteen mukainen kotona pärjäämisen edistäminen koskee myös sitä. Tehostettuun palveluasumiseen järjestetään akuuttien tilanteiden sekä palliatiivisen- ja saattohoidon toimintamallien mukaista tukea. Myös tehostetussa palveluasumisessa tulee tukea asiakkaiden toimintakyvyn säilymistä riittävän liikkumis- ja osallistumismahdollisuuksien keinoin (ks. kpl 8).

Elinympäristön ja palvelujen yksilöllisin räätälöinnin avulla iäkkäälle mahdollistetaan ”omannäköinen” elämä.



Kuva 19. Ympärivuorokautisen hoivan asiakasmäärän ennuste Pohjois-Savossa vuoteen 2030 (Tilastokeskus)

Pitkäaikainen laitoshoito

Maakunnassa on pitkäaikaisessa laitoshoidossa tällä hetkellä 600 asiakasta ja 37% kaikista pitkäaikaishoidettavista on terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tavoitteena on purkaa pitkäaikainen laitoshoito kokonaan pois alkaen vuodesta 2020. Vanhuspalvelulain 14a§:n mukaan iäkkään henkilön palveluntarpeeseen voidaan vastata pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet. STM:n iäkkäiden laitoshoitoa koskevan muistion (STM 2017) mukaisesti tulee aina ennen laitoshoitoon sijoittamista selvittää kaikki muut vaihtoehdot ja huolehtia siitä, että asiakkaan lääketieteellinen tila on asianmukaisesti selvitetty ja hän on saanut riittävän kuntoutuksen. Jos asiakkaan tilanne on kuitenkin niin vakava esim. hänellä on useita samanaikaisia sairauksia, jotka edellyttävät vaativia, usein toistuvia ja ennakoimattomia lääketieteellisiä hoitoja, pitkäaikaista laitoshoitoa järjestetään yksilöllisen tarpeen mukaan terveyskeskussairaaloissa. Tämän tarpeen arvioidaan kuitenkin olevan hyvin pieni.

Osastokuntoutus- ja akuuttiosastohoito

Osastokuntoutus ja akuuttiosastohoito keskitetään 3 sairaalaan ja terveyskeskussairaaloihin. Muutos toteutetaan vaiheittain. Sosiaalihuollon lyhytaikainen laitoshoito siirretään asumispalvelujen yhteyteen ja keskitetään tarvittaessa kunnittain tai seudullisesti. Toiminnassa huomioidaan normaaliolojen häiriöiden ja erilaisten epidemiatilanteiden tilatarve.

Pohjois-Savon maakunnassa on tavoitteena mitoittaa uudelleen perustason vuodeosastopaikat ja osastokuntoutuksen paikat, jotta ne vastaavat uusiin tavoitteisiin myös iäkkäiden palveluissa.

Vuodeosastopaikkojen optimaalisen mitoituksen sekä kaikkien iäkkäiden palveluiden uuden linjauksen mukaisen peittävyyden kannalta on keskeistä:

- kotihoidon ja kotisairaalatoiminnan tehokkuus, joka edellyttää resurssien voimakasta vahvistamista, uusien toimintatapojen käyttöönottoa ja osaamisen kehittämistä:
    - kotihoidon henkilöstön määrän lisääminen ympärivuorokautisesta hoivasta siirtyvillä henkilöillä
    - sairaanhoitajien määrän lisääminen kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen hoivaan sekä heidän työaikansa muutos kolmivuorotyöksi
    - fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien määrän lisääminen ja heidän työaikansa muutos kaksivuorotyöksi
    - uusia toimintatapoja ovat mm. teknologia-avusteiset ratkaisut
    - osaamisen kehittäminen mm. asiakkaan aktiivisuutta tukeva toiminta, akuuttien tilanteiden havaitseminen ja hoito.
- tehostetun palveluasumisen ja lyhytaikaishoitopaikkojen riittävä saatavuus
- vuodeosaston, palveluasumisen ja kotihoidon saumaton yhteistyö.

13. Toimintasuunnitelman iäkkäisiin ihmisiin kohdistuvien ja kustannusvaikutusten arviointi

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden säilyminen hyvänä pitkälle vanhuuteen on avainasemassa iäkkäiden toimintakyvyn säilymisen ja palvelutarpeen näkökulmasta. Ennaltaehkäiseviin toimiin kannattaa panostaa. Tästä huolimatta palveluntarve lisääntyy, koska iäkkäiden määrä ja erityisesti 85+ väestön määrä lisääntyy Pohjois-Savossa voimakkaasti vuoteen 2040 saakka. Uuden mallin mukaisilla painotuksilla mm. kotona pärjäämisen tukemiseen, kuntoutukseen, kotona toteutettavaan akuuttien, ei-hätätilanteiden, arviointiin ja hoitoon, pystytään toteuttamaan rakennemuutos, jossa sairaalahoitoa ja pitkäaikaista laitoshoitoa voidaan vähentää. Myös tehostetun palveluasumisen tarvetta voidaan vähentää jonkin verran.

Kustannusvaikuttavuutta ei Pohjois-Savossa pystytä arvioimaan I&O kärkihankkeen aikaisena muutoksena, koska uusi toimintamalli ei ole vielä keskeisiltä osin käytössä. Arvio kustannusvaikuttavuudesta voidaan kuitenkin laskea uuden toimintamallin palvelujen peittävyyslinjausten perusteella. Näin arvioituna uusi malli tulee selkeästi halvemmaksi kuin entisellä toimintamallilla jatkaminen (Kuva 20). Uuden toiminnan vaatimat resurssit mm. kotihoitoon, kuntoutukseen ja asiakasohjaukseen pystytään saamaan tällä rakennemuutoksella.

Palvelujen peittävyys 75 - vuotta täyttäneet (n=28025)	**Palvelujen piirissä v. 2020, %**	**Henkilöiden lkm**	**Ei muutosta Kustannus/v (110€/vrk, 50€/vrk)**	**Muutos Kustannus/v (110€/vrk, 50€/vrk)**	**Erotus, €**
Kotona asuvat	92	25783			
Säännöllisen kotihoidon piirissä	14	3924		71 613 000	15 348 250
	11	*3083*	*56 264 750*		
Tehostettu palveluasuminen ja pitkäaikaislaitoshoito	7	1962		78 774 300	-22 484 000
	9	*2522*	*101 258 300*		
Yhteensä			**157 523 050**	**150 387 300**	**-7 135 750**

Mahdollistaa kotihoidon vahvistamisen!

Palvelujen peittävyys 75 - vuotta täyttäneet (n=40212)	**Palvelujen piirissä v. 2030, %**	**Henkilöiden lkm**	**Ei muutosta Kustannus/v (110€/vrk, 50€/vrk)**	**Muutos Kustannus/v (110€/vrk, 50€/vrk)**	**Erotus, €**
Kotona asuvat	92	36995			
Säännöllisen kotihoidon piirissä	14	5630		102 747 500	22 027 750
	11	*4423*	*80 719 750*		
Tehostettu palveluasuminen ja pitkäaikaislaitoshoito	7	2815		113 022 250	-32 280 600
	9	*3619*	*145 302 850*		
Yhteensä			**226 022 600**	**215 769 750**	**-10 252 850**

Kuva 20. Uuden mallin kustannusvaikutusarvio Pohjois-Savossa.

Pohjois-Savossa väestön osallisuus tulee otetuksi huomioon maakunnan neuvostoissa mm. vanhusneuvosto. Uuden toimintamallin kuvauksissa nostetaan vahvasti esille asiakkaan osallistuminen tavoitteen asettamiseen, palvelujensa suunnitteluun ja kirjaamiseen. Myös asiakkaan mahdollisuus asua niin, että hän pystyy osallistumaan tapahtumiin paikan päällä tai etäyhteyksin, on otettu huomioon.

14. Iäkkäiden palvelujen kokonaisuuden jatkuva kehittäminen ja seuranta

Iäkkäiden palvelukokonaisuus on nyt rakentunut osin suunnitelmatasolla ja osin se on jo juurtumassa kuntien toimintoihin. Jatkossa maakunnan järjestäjänä olisi tärkeää edellyttää palveluntuottajien sopimuksissa tässä raportissa kuvattuja toimintalinjauksia ja valvoa niiden toteutumista.

Henkilöstön hyvinvointi ja osaaminen ovat avainasemassa tuotettaessa asiakkaille laadukkaita palveluja. Tällä hetkellä Suomessa sairaanhoitajien ja lähihoitajien työ näyttäytyy siten, että yli sietokyvyn oleva työmäärä jatkaa kasvuaan, muutoksiin vaikuttamismahdollisuudet ovat vähäiset, joten työpainetta on paljon ja työn hallintaa vähän (TTL 2017). Tämä yhtälö näkyy myös terveysindikaattoreissa ja sairauspoissaolojen määrän kasvuna.

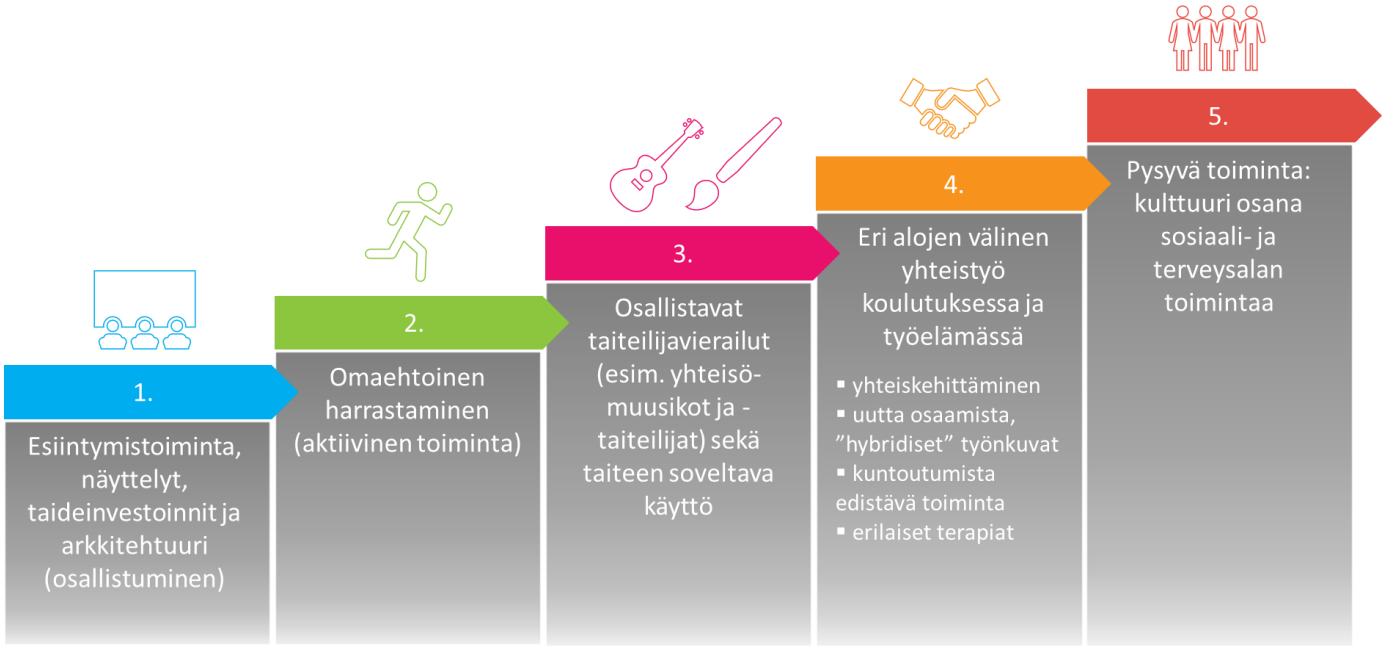
Kehittämistyön ja jatkuvan parantamisen tulee olla kaikkien palveluntuottajien kohdalla osa normaalia toimintaa. Myös henkilöstön koulutuksen tulee toteutua yhdenmukaisesti, yhteisellä koulutusohjelmalla maakunnassa.

Koulutus ja osaaminen
Esimiesten ja henkilöstön koulutus on tärkeässä roolissa uusien toimintamallien juurtumisessa. Myös johtamisen toimintamallien tulee muuttua ja siihen keinoja löytyy LEAN-johtamisesta. Koko henkilöstöllä täytyy olla asiakaslähtöinen kokonaiskuva iäkkäiden palvelupolusta, riittävästi osaamista niin kuntoutuksen, palliatiivisen ja saattohoidon kuin teknologia-avusteisten ratkaisujenkin osalta.

Pohjois-Savon liikelaitokseen siirtyville vanhuspalvelujen esimiehille ja henkilöstölle toteutetaan muutosvalmennus oppisopimuskoulutuksena, joka käynnistyy syksyllä 2018 I&O –kärkihankkeen ja siihen liittyvien kuntien muutostyöpajojen rinnalla ja jatkona. Valmennuksessa henkilöstölle mahdollistetaan osaamisen vahvistaminen myös muutokseen valmistautumisessa ja sen tekemisessä.

Palveluntuottajien osaaminen tulisi varmistaa maakunnallisesti toteutetulla yhteisellä koulutusohjelmalla mm. lääkehoitokoulutusten (LOVE/LOP/miniLOP) suorittamisella 3 vuoden välein ja jatkuvalla työpaikkakohtaisella osaamisen päivityksellä. Henkilöstö tarvitsee uutta osaamista myös hyvinvoinnin tukemisessa ja terveydentilan muutosten arvioinnissa, joihin liittyvät koulutusmallit on kuvattu seuraavaksi tarkemmin.

Kulttuurisen hyvinvoinnin portaat -malli
Kulttuurisen hyvinvoinnin portaat -malli on kokonaisuus, jonka pitkäntähtäimen tavoitteena on saada aikaan muutos toimintakulttuurissa ja ajatustavassa (Kuva 21): taiteella ja kulttuurilla on tutkitusti monia positiivisia vaikutuksia niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseen tai koettuun terveyteen ja hyvinvointiin. Kulttuurihyvinvoinnin portaat -toimintamallin soveltaminen kaikissa iäkkäiden käyttämissä palveluissa mahdollistaa osallisuuden kokemuksen ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin. Portaat 1-3 kuvaavat asiakkaiden osallisuuden asteita taide- ja kulttuuritapahtumissa aina esiintymisen katselusta, omaehtoiseen harrastamiseen ja osallistaviin taiteilijavierailuihin saakka. Koulutuksen näkökulmasta 4. askelma on tärkein, jossa eri alojen välisenä yhteistyönä kehitetään uutta osaamista ja uudenlaista taide- ja kulttuuriosaamista hyödyntävää kuntouttavaa taidepedagogiikkaa. Tämän seurauksena pääsemme portaalle 5. jossa kulttuuri on osana sote-toimintaa.



Kuva 21. Kulttuurihyvinvoinnin portaat (Kuopion konservatorion kehitysjohtaja Eeva Mäkinen)

AHAA-koulutus
Koulutuksen tavoitteena on kotihoidon henkilöstön osaamisen vahvistaminen asiakkaan tilan arvioinnin tekemisessä. Lisäksi tavoitteena on vahvistaa henkilöstön kliinisen osaamisen ja kliinisen teoriatiedon osaamista. Kohderyhmänä ovat kotihoidon ja asumispalvelujen lähi-, perus- ja sairaanhoitajat. Kukin koulutukseen osallistuva työntekijä opiskelee ensin Moodle –oppimisympäristössä akuuttiin hoidon tarpeen arviointiin (mm. keskeisimpien sairauksien oireiden tunnistaminen ja hoito, peruselintoimintojen tarkkailu), ISBAR –toimintamalliin ja ABCDE –protokollaan liittyvät asiat. Tämän jälkeen kukin työntekijä osallistuu neljän tunnin simulaatiokoulutukseen, jossa ensin yhdessä kerrataan ISBAR –toimintamalli ja ABCDE –protokolla. Simulaatioharjoituksissa on kaksi akuutin tilanteen asiakastapausta, joissa kussakin simulaatiossa kaksi osallistujaa on toimijoina ja muu ryhmä seuraa simulaation etenemistä toisesta huoneesta. Simulaatio itsessään kestää max. 15 minuuttia, jonka jälkeen käydään jälkipuintikeskustelu. Keskustelussa käydään läpi tapahtuman kulku; onnistumiset sekä mahdolliset kehittämisalueet. Simulaatioharjoituksen tavoitteena on vahvistaa osallistujan osaamista ja tarkoituksena on, että osallistuja soveltaa tietojaan ja taitojaan erilaisissa asiakastilanteissa.

15. Viestintästrategia väestölle

Iäkkään väestön tietoisuus tulevista uudistuksista lisääntyy vain, jos heille tarjotaan selkokielistä tietoa sekä mahdollisuuksia keskustella heräävistä kysymyksistä. Maakunnan ja kuntien vanhusneuvostot ovat keskeisessä roolissa tiedon välittämisessä, joten heidän kauttaan kannattaa toimia. Osa iäkkäistä toimii myös hyvin aktiivisesti erilaisissa järjestöissä mm. eläkejärjestöissä ja heidän kauttaan tieto siirtyy muillekin. Myös tulevassa maakunnassa SOTE-keskuksen ja maakunnan liikelaitoksen asiakasohjauksen rooli on viestinnän näkökulmasta keskeinen.

Tällä hetkellä myös sote-henkilöstö on keskeisessä roolissa oikean tiedon välittämisessä ja sen vuoksi täytyisikin varmistaa, että he saavat käyttöönsä ajantasaista tietoa valmistelun etenemisestä ja mahdollisuuden keskustella.

16. Lähteet

ATH, Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus. 2017, THL.

De van der Schueren, M., Elia, M., Gramlich, L., Johnson, M. P., Lim, S. L., Philipson, T., Jaferi, A. and Prado, C. M., Clinical and economic outcomes of nutrition interventions across the continuum of care. Ann. N.Y. Acad. Sci. 2014

Saarto T ym. Palliatiivinen hoito. Duodecim, 2015.

EuroHIS-8, SotkaNet -tietokanta.

Hussi ym. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö.

Kaipainen T, Tiihonen M, Hartikainen S, Nykänen I. Prevalence of risk of malnutrition and associated factors in home care clients. Jour Nursing Home Res 2015.

KUVA-indikaattorit, SotkaNet -tietokanta.

Mäkelä, M. 2018. Palvelukriteereistä tarpeiden ratkaisukirjoihin. THL.

Paronen E ym. 2014. Ikäinnovaatio 2012–2014 -hankkeen kuntaraportti. Ikääntyminen ja hyvinvointi Pohjois-Savossa (IKIPOSA) –tutkimus ja toimintakykyisyyden toimintamalli. Itä-Suomen yliopisto ja Savonia-ammattikorkeakoulu 2014.

Pohjois-Savon Muisti ry. 2018. Muistityön nykytila Pohjois-Savossa 2017.

Saari & Kokko 2016. Terveyskeskussairaalaselvitys. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016.

Saarto, T. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. STM.

STM. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Julkaisuja 2017:6.

Sulkava ja Viramo. 2006. Keskivaikean ja vaikean muistisairauden esiintyvyys Mini-Suomi -tutkimuksen (30–84-vuotiaat), Vantaan vanhimmat -tutkimuksen (85 vuotta täyttäneet) ja Kuopio 75+ -tutkimuksen mukaan. SUMU.

Tikkanen P. 2015. Physical Functioning among Community-Dwelling Older People. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, number 277.

Tilastokeskus. Vuoden 2016 tilastot.

TTL. Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimus 2017.

Liite 1. KAAPO-malli, Iäkkäiden asiakasohjauksen toimeenpanosuunnitelma.
Liite 2. Omais- ja perhehoidon yksikkö, toimeenpanosuunnitelma.
Liite 3. Iäkkäiden akuuttitilanteiden hoidon järjestelyt toimeenpanosuunnitelma.
Liite 4. Palliatiivinen hoito ja saattohoito Pohjois-Savossa, toimeenpanosuunnitelma.