

SATAKUNTA

– elämää parhaimmillaan

**Satakunnan suunnitelma ikäihmisten
yhteen sovitetusta palvelukokonaisuudesta
2019–2025- (2030)**

**I & O muutosagentti Pirjo Rehula
versio 0.3**

Kehitetään ikäihmisten
kotihoitoa
ja vahvistetaan
kaikenikäisten
omaishoitoa

HALLITUKSEN
KÄRKIMÄNKKE



Sisällysluettelo

Johdanto	3
1. Tavoite ja visio	4
2. Nykytila ja ennusteet	5
3. Ennaltaehkäisevien palveluiden vahvistaminen ja iäkkäiden arjessa tukeminen	7
3.1 Iäkkäät saavat tietoa palveluista Seniorineuvoloista	8
3.2 Avoimet päiväkeskukset tukevat iäkkäiden kotona selviytymistä	9
3.3 Vapaaehtoistoimijat voimavarana	9
4. Asiakas-/palveluohjaus	10
4.1 Palveluneuvonta	11
4.2 Palvelu/asiakasohjaus ja palvelutarpeen arviointi	12
4.3 Omatyöntekijä	13
5. Kotihoito	13
5.1 Akuutti kotihoito ja kotihoito 24/7	14
5.2 Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen	14
5.3 Moniammatillisuus ja henkilöstö	15
6. Kaikenikäisten omais- ja perhehoito	16
6.1 Omaishoito	16
6.2 Perhehoito	17
6.3 Omais- ja perhehoidon osaamiskeskus	17
7. Asumispalvelut ja ympärivuorokautinen hoiva	19
7.1 Asumispalvelut	19
7.2 Ympärivuorokautinen hoiva	19
8. Perusterveydenhuolto ja sairaala	20
8.1 Perusterveydenhuolto	21
8.2 Sairaala	22
9. Monitoimijainen yhteistyö	23
10. Tietojärjestelmät	23
11. Seuranta ja arviointi	24
12. Viestintä ja juurruttaminen	25
13. Toimintasuunnitelma	26

Lähteet

Liitteet

Johdanto

Iäkkäiden yhteen sovitettujen palvelujen kokonaisuussuunnitelma on muodostunut yhteistyössä I & O -kärkihankkeen muutosagentin ja maakunnallisen Ikääntyvien työryhmän ja laajan yhteistyöverkoston kanssa vuosina 2017–2018. Tämä suunnitelma kytkeytyy tulevaan Satakunnan palvelu- ja maakuntastrategiaan. Sote -järjestämisäädännön sisältö on vielä vahvistamatta, joka vaikuttaa vanhuspalvelusuunnitelman toteutukseen.

Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on yksi tärkeimpiä varautumistoimia ikääntyvässä Suomessa. Sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyvät maakunnan järjestettäväksi, ratkaiseva osuus arjen sujuvuuteen ja pärjäämisen edellytyksiin riippuu siitä, kuinka hyvin kunta vastaa kuntalaisten hyvinvoinnista (mm. asuntopolitiikka, lähipalvelut, kulttuuri-, liikunta- ja koulutuspalvelut, liikennesuunnittelu, kaavoitus, kuljetuspalvelut). Kuntien elinkeinopolitiikka yritystoiminnan edistämiseksi on myös tärkeässä asemassa.

Hyvän vanhuuden turvaaminen edellyttää myös sote -rakenteiden muuttamista, sillä nykyisen kaltaisen palvelujärjestelmän ylläpitäminen ei ole taloudellisesti kestävällä perustalla. Palvelujen rakennemuutoksen onnistuminen edellyttää puolestaan niin palvelujen sisällöllistä remonttia kuin iäkkäiden parissa toimivien osaamisenkin kehittämistä ja laajaa yhteistyötä. Muutoksen keskiössä on yhteinen näkemys asiantilasta – yhteinen tilannekuva siitä, mitä tavoitellaan, millä perusteilla ja miten muutos tehdään. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) edellyttää että kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Tämä suunnitelma on laadittu koskemaan kaikkia Satakunnan kuntia ja tulevaa maakuntaa.

Ikäihmisten tarvitsemat palvelut muodostavat laajan kokonaisuuden, jossa yhdistyvät mm. ennaltaehkäisevät ja kuntouttavat palvelut, erilaiset kotona asumista tukevat palvelut ja kotihoito, omaishoidon tuki ja erilaiset etuudet, terveys- ja lääkäripalveluiden käyttö sekä erikoissairaanhoidon palvelut. Erityisesti sairaaloiden päivystykset ja yhteispäivystykset kuormittuvat, ellei iäkkäiden piilevää palvelutarvetta tunnisteta ja arvioida ajoissa. Sairaalasta kotiuttaminen - ja myös muut siirtymät - ovat palvelujen laadun ja vaikuttavuuden kannalta erityisen haavoittuvia, ellei jatkohoitoa ole koordinoitu ja sitä toteuteta järjestelmällisessä yhteistyössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteensovittaminen ja kokonaiskoordinointi on erityisen tärkeässä asemassa iäkkäiden palveluiden kokonaisuudessa. Tavoitteena on iäkkäiden yhdenvertaisuus ja yhteen sovitettujen palvelukokonaisuuden rakentaminen ja juurruttaminen koko Satakunnan alueelle.

1. Tavoite ja visio

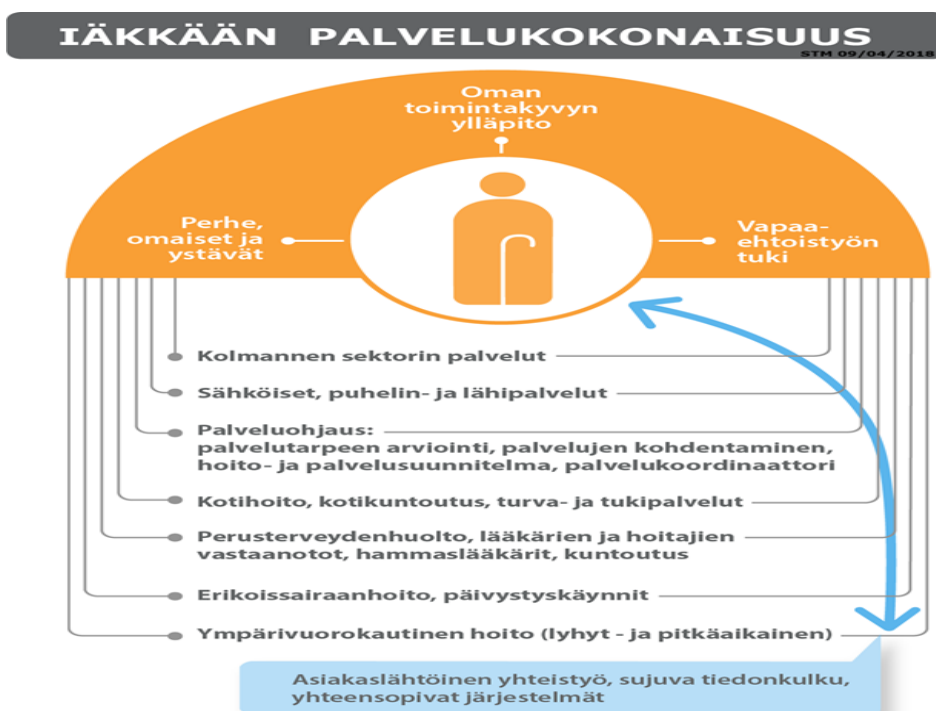
lääkäiden palvelukokonaisuuden tavoitteena on varmistaa Vanhuspalvelulain ja lääkäiden palvelujen Laatusuosituksen (2017) toteutuminen maakunnassa. lääkäiden integroitu palvelukokonaisuus korostaa iäkkään kotona pärjäämisen tukemista sujuvilla asiakasprosesseilla ja katkeamattomilla palveluketjuilla aina ennaltaehkäisevistä palveluista erikoissairaanhoidon saakka. Tärkeää on siirtää fokus hoitokeskeisyydestä ja sairaalahoidon korostamisesta ikääntyneen normaalin elämän tukemiseen ja hänen elämäntyyliinsä 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 osallistuu palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.

Satakunnassa tavoitteena on, että vähintään 94 % yli 75-vuotiaista asuu omissa kodeissaan. lääkäiden palvelujen laatusuosituksen (STM 2017) mukaan tavoitteena on lisätä iäkkään väestön kotona asumisen mahdollisuuksia myös kehittämällä monimuotoisia ratkaisuja asumiselle.

Kuva 1. Iäkkäiden palvelujen kokonaisuus, STM I & O



lökkään palvelukokonaisuuskuviossa on kuvattu asiakaslähtöinen palveluprosessi, jonka tavoitteena on asiakaslähtöinen kokonaisuus, missä iäkkäille ja omaishoitajille turvataan yhdenvertaiset, paremmin koordinoitut ja kustannuksien kasvua hillitsevät palvelut.

Valtakunnallisesti tavoitellaan iäkkäiden palvelurakenteen kevenemistä. Tavoitteena on että kotiin vietävien palveluiden määrää ja laatua tulee lisätä ja kehittää.

2. Nykytila ja ennusteet

Satakunta on väkiluvultaan maan seitsemänneksi suurin maakunta, jossa asuu noin 223 000 asukasta. Maakunnassa on 17 kuntaa. Satakunnan väestönkehitys on pitkään ollut taantuvaa, ja väestöennusteiden mukaan lievä negatiivinen kehitys jatkuu. Väestöllinen huoltosuhde on maan keskiarvoa korkeampi, ja taloudellinen huoltosuhde on maakuntien keskitasoa. Maakunnan väestön terveydentila on yleisellä sairastavuuden mittarilla maan keskitasoa.

Satakunnan väestöstä n. 54 000, eli 25,3 prosenttia on täyttänyt 65 vuotta. Väestöllinen huoltosuhde vuonna 2016 oli 67,7, kun se koko maassa oli 59,1. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan olisi Satakunnassa 79,4 ja koko maassa 69,2 huoltosuhde vuonna 2030.

Satakunnan väestö ikääntyy ja erityisesti yli 85 – vuotiaiden osuus kasvaa lähitulevaisuudessa.

Väestöstä 65–74 –vuotiaiden osuus laskee tasaisesti vuodesta 2017- vuoteen 2040, kun taas 75–84 vuotiaiden osuus kasvaa vuoteen 2030 ja sen jälkeen alkaa pikkuhiljaa laskea.

Yli 75-vuotiaita 24 400 eli (11 %). Yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa kolmanneksella eli noin 8 700 henkilöllä vuoteen 2025 mennessä: yli 75-vuotiaidenmäärä kasvaa kaikissa satakuntalaisissa kunnissa. Yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa määrällisesti eniten Porissa (+3333) ja Raumalla (+1622).

Yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa vähiten Pomarkussa (+3,6 %) ja Merikarvialla (+5,9 %), jotka ovat kohdanneet muita kuntia aikaisemmin ikärakenteen muutoksen aiheuttamat haasteet.

Kuva 2. Satakunnan väestöennuste 2017–2040, tilastokeskus 2018

		Molemmat sukupuolet		
		65 - 74	75 - 84	85 -
Satakunnan maakunta	2017	32 103	17 826	7 485
	2025	29 551	24 461	8 830
	2030	28 125	26 659	10 320
	2040	24 442	24 036	15 303

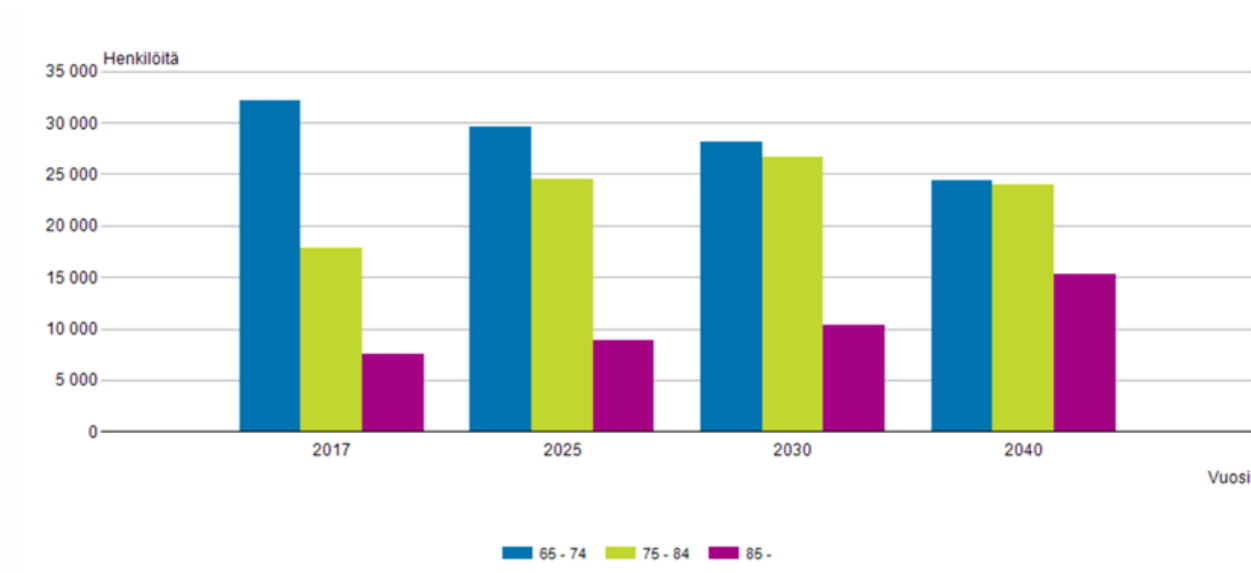
Muutos % 2017–2040

lasku 23,86 % kasvu 34,84 % kasvu 104,45 %

Sosiaali- ja terveystalvelujen väestörakenteen muutoksen perusteella arvioitujen sosiaali- ja terveystalvelujen ennakoitaan Satakunnassa kasvavan vuosina 2016 - 2030 keskimäärin 0,85 prosenttia vuodessa, ja vuosina 2016 – 2040 noin 0,72 prosenttia. Maakunnan väestö supistuu vuosina 2016 – 2030 hieman, noin 2,3 prosentilla. Väestö ei kasva enää 2030-luvullakaan, ja vuoteen 2040 tultaessa se on ennusteen mukaan supistunut noin neljällä prosentilla vuodesta 2016.

Vanhusväestön eli 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa 16,4 prosentilla vuoteen 2030 mennessä mutta alkaa supistua 2040-luvulla, jolloin kasvu vuodesta 2016 on 14,3 prosenttia. Väestön määrän kääntyminen laskuun hillitsee Satakunnan väestörakenteen muutoksen perusteella arvioidun volyymin kasvua koko maan keskiarvoon verrattuna.

Kuva 3. Väestöennuste pylväinä 2017–2040, tilastokeskus 2018



Palvelurakennemuutoksen etenemistä voidaan kuvata sillä, kuinka usein paljon hoivapalvelua tarvitseva iäkäs henkilö asuu kotona. THL:n arviointiraporttien mukaan vanhuspalveluissa paljon palvelua tarvitsevat ovat niitä, jotka saavat joko ympärivuorokautista hoitoa tai intensiivistä kotihoitoa (yli 60 käyntiä kuukaudessa). Näiden paljon palveluja tarvitsevien osuus 75 vuotta täyttäneistä on Satakunnassa maan keskitasoa (13 %), mutta heistä oli kotihoidossa huomattavasti pienempi osuus kuin maassa keskimäärin (Satakunnassa 20 %, koko maassa keskiarvo 30 % ja vaihteluväli 19,5–42,9 %). Satakunnassa oli marraskuussa 2017 iäkkäille tarkoitettu ympärivuorokautisen hoidon paikkoja yhteensä 3445, joka on aivan liikaa suhteessa ikääntyvien määrään.

Kotihoidossa on iso joukko asiakkaita, joiden palvelutarve on alhainen. Satakunnassa säännöllisen kotihoidon asiakkaista yli kolmannes (37,6 %) sai käyntejä kerran tai kaksi viikossa eli 1-9 kertaa kuukaudessa. Koko maassa vastaavien asiakkaiden osuuden vaihteluväli oli 24,8–46,7 % kotihoidon asiakkaista. Omaishoidon kattavuus on saavuttanut valtakunnallisen 5 % tavoitetasoa. Satakunnassa omaishoidon kattavuus oli 5,1 prosenttia 75 vuotta täyttäneillä.

Satakunnassa kotona asuvien osuus yli 75-vuotiaista on 89,8 % ja tavoitteena vuoteen 2025 on 94 %. Tämä vaatii erityisesti kotiin annettavien palveluiden resurssien kasvattamista. Ympärivuorokautisessa hoidossa (yhteenlaskettuna tehostettu palveluasuminen ja pitkäaikainen laitoshoido) yli 75-vuotiaista yhteensä 17,5 % ja tavoitteena on 6 %. Tämä tarkoittaa sitä, että Satakunnassa ei tarvita yhtään lisää ympärivuorokautisen hoidon paikkoja ja nykyisistäkin joudutaan karsimaan. Laskelmien mukaan nykyisten paikkojen määrä on riittävä ainakin vuoteen 2030 saakka.

Kuva 4. Satakunnan palvelurakenteen nykytila ja tavoitetila 2030, Sotkanet

75 täytt. % osuus	min.	max.	keskiarvo Satakunta 2017	keskiarvo Suomi	laatusuositus 2013	tavoitetila Satakunta 2025
kotona asuvien %	85,3	91,9	89,8	90,9	92	94
säännöllisen kotihoiton %	7,6	15,7	9,7	11,3	13–14	16
omaishoidontuen saajat %	1,4	9,8	5,1	4,6	6-7	8
tehostetun palveluasumisen %	5,9	14,3	8,3	7,3	6-7	6
pitkäaikaisessa laitoshoidossa %	0	3,2	1,8	1,4	2-3	0
tehostettu ja laitos yhteensä %	5,9	17,5	10,1	8,7	8-10	6

Yllä oleva taulukko kuvaa, että Satakunnan eri alueilla on hyvin eritavoin järjestetty palvelut, esim. omaishoidon tuessa on merkittäviä kunta kohtaisia eroja.

3. Ennaltaehkäisevien palveluiden vahvistaminen ja iäkkäiden arjessa tukeminen

Ennaltaehkäisevien palveluiden tarkoituksena on ylläpitää ja edistää iäkkäiden hyvinvointia, turvallisuutta ja terveyttä, sekä tukea omaishoitajien jaksamista.

Ennaltaehkäisevillä palveluilla halutaan tukea ja vahvistaa ikääntyneen omia voimavaroja ja lisätä osallistumista ja vaikuttamismahdollisuuksia. Ennaltaehkäisevien palveluiden tärkeä tavoite on yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy. Ennaltaehkäisevät, iäkkään omahoitoa tukevat palvelut toteutuvat myös sähköisinä palveluina teknologia-avusteisia ratkaisuja hyödyntäen. Internetin digipalveluiden käyttäminen asioiden hoitamisessa esim. pankki- ja vakuutusasiat, viihdekäyttönä sanomalehtien lukemisessa, pelien pelaamisessa. Yhteydenpito ystäviin myös helpottuu internetin some-kanavien kautta. Lisäksi videotapaamiset eri viranomaisten kanssa voivat olla jatkossa mahdollisia hoitaa sähköisesti.

lääkällä on ensisijainen vastuu omasta terveydestään ja toimintakyvystään. Kuntien toimijat yhteistyössä SOTE-keskusten työntekijöiden kanssa pyrkivät tunnistamaan terveyden ja

toimintakyvyn varhaiset riskit matalan kynnyksen toimipisteissä kuten seniorineuvoloissa, jotta niihin voidaan reagoida heti alkuvaiheessa ja saada parempia ja vaikuttavampia tuloksia.

Terveyden edistämässä ja ennaltaehkäisevässä työssä korostuu yhteistyö kuntien eri hallinnonalojen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Kunnan kulttuuri-, liikunta- ja vapaa-ajantoimijoilla on iso merkitys ennaltaehkäisyssä, samoin kun kaavoituksella, asumis- ja liikennejärjestelyillä. Kunnan tulee huolehtia että haja-asutusalueilta on mahdollisuus asiointikuljetuksiin.

Kuva 5. Satakunnan palveluprosessi, Satakunnan ennaltaehkäisevän työnryhmä



3.1 Iäkkäät saavat tietoa palveluista Seniorineuvoloista

- **Toiminnan tavoitteena** on tukea ikääntyvän ihmisen hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä
- Keskitytään mm. asiakkaan toimintakykyyn ja sen muutokseen, liikuntaan, ravitsemukseen, uneen ja muistiin.
 - neuvontaa esim. elintapaohjausta (myös puhelimitse ja www-sivujen kautta)
 - hyvinvointikyselyt 75-vuotiaille ja 85-vuotiaille, johtavat tarvittaessa vastaanottokäyntiin ja hyvinvointisopimuksen tekemiseen
 - hyvinvointia edistävät kotikäynnit tai ryhmätapaamiset 80-vuotiaille
 - ohjataan tarvittaessa muistihoidajan palveluihin
 - tarvittaessa influenssa rokotukset
 - omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastukset
 - erilaisia info-, koulutus- ja ryhmä tilaisuuksia
 - asiakasraateja ja kokemusasiantuntijoita

- Lisäksi tehdään tarvittaessa terveystmittauksia (esim. verenpaineen, verensokerin ja hemoglobiinin mittauksia, kuulotutkimuksia) ja hoidetaan pienimuotoiset toimenpiteet (esim. ompeleiden poisto, korvahuuhtelu tai injektion antaminen).
- Lisäksi tarvittaessa avustetaan erilaisten lomakkeiden/hakemusten täyttämässä
- Seniorineuvolan palvelut suunnataan kaikille ikäihmisille ja ne ovat maksuttomia.
- Seniorineuvolat ovat osittain kiertäviä ja tekevät tiivistä yhteistyötä palveluneuvonnan ja ohjauksen kanssa.
- Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten avulla tunnistetaan varhaisen vaiheen riskitekijöitä sekä tuetaan ikääntyviä huolehtimaan omasta terveydestään annetun ohjeistuksen avulla. Tarvittaessa ohjataan riskiryhmiin kuuluvia tarkemman seurannan ja yksilöllisemmän tuen piiriin.

Vaativat haavahoidot ja akuutit sairaudet hoidetaan sote-keskuksissa, joissa on mahdollisuus lääkärin konsultaatioon.

3.2 Avoimet päiväkeskukset tukevat iäkkäiden kotona selviytymistä

Avoimet päiväkeskukset tukevat iäkkäiden ihmisten kotona selviytymistä ja omaishoitajien jaksamista. Iäkkäät voivat tulla avoimeen päiväkeskukseen ennalta sovittuihin ryhmiin tai viettämään aikaa, tapaamaan muita sekä osallistumaan päiväkeskuksen tuki-, liikunta-, virkistys- ja kulttuuripalveluihin. Avoimessa päiväkeskuksessa ylläpidetään ikäihmisten toimintakykyä kuntouttavalla toiminnalla. Avoimet päiväkeskukset sisältävät mahdollisuuden osallistua omakustanteiseen ruokailuun.

- Avoin päivätoimintakeskus, päiväparkki
- Kiertävät viriketoiminnan ohjaajat
- Tasapaino ja jumpparyhmät
- Yhteistyö
 - yhdistykset
 - seurakunnat
 - oppilaitokset
 - vapaaehtoistyöntekijät
 - hankkeet

3.3 Vapaaehtoistoimijat voimavarana

Vapaaehtoistyö on iso voimavara ja lisää yhteisöllisyyttä. Monet eläkeläiset ovat hyvässä kunnossa ja haluavat tavalla tai toisella auttaa lähimmäisiään. Tärkeää on, että toiminta on johdettua ja koordinoitua sekä tilat asianmukaiset matalan kynnyksen palveluluille. Vapaaehtoistyön tulee olla helposti tavoitettavissa, yhden puhelinsoiton päässä niin vapaaehtoistyöhön tulevalle kuin vapaaehtoistyöntekijää tarvitsevalle. Satakunnan valikkoverkoston kautta tapahtuvat alkukoulutukset ja seudullinen vapaaehtoistyön koordinaatio. Edellä mainittuihin asioihin perustuen ehdotetaan vapaaehtoistyön koordinaattoria/vastuuhenkilöä maakuntaan. Maakuntaan tulee perustaa vapaaehtoistoiminnan neuvottelukunta vrt. vanhusneuvosto, nuorisovaltuusto, vammaisneuvosto, joka toimii maakunnan, kuntien ja järjestöjen yhteistyöelinä.

Kehittämiskohteet:

Seniorineuvolatoiminnan laajentaminen koko maakunnan alueelle

Avoimet päivätoimintakeskukset

Vapaaehtoistyön organisoituminen yhteistyössä kuntien ja muiden toimijoiden kanssa

4. Asiakas-/palveluohjaus

Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen tarkoituksena on helpottaa tukien ja palveluiden hakemista ja koordinoita ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan. Palveluohjauksen kohderyhmänä ovat kaikki maakunnan vanhuuseläkkeeseen oikeutetut henkilöt, kaikenikäiset muistisairaat sekä heidän asioitaan hoitavat läheiset. Asiakkaat ovat ikänsä, toimintakykynsä, terveydentilansa ja elämäntilanteensa takia monipuolisen neuvonnan ja ohjauksen tarpeessa. Myös ikääntyneen läheiset tarvitsevat tietoa ja apua silloin, kun huoli ikääntyneen henkilön pärjäämisestä on ilmaantunut. Palveluohjauksella ja -neuvonnalla on tärkeä ja ennaltaehkäisevä merkitys kotona asumisen tukemisessa. Asiakas- ja palveluohjaus sovittaa erityisesti yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, tukipalveluita ja kolmannen sektorin palveluita.

Kustannuksiltaan merkittävimpana kohderyhmänä palveluohjaukselle voidaan ajatella olevan ne henkilöt, jotka nyt tai tulevaisuudessa käyttävät paljon palveluita, tällöin oikealla palveluohjauksella on mahdollista päästä asiakaslähtöiseen ja kustannus- tehokkaaseen toimintaan. Palveluohjauksen ja neuvonnan kautta kulkee iso osa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden määrärahoista. , Pirkanmaalla on laskettu että jokaisena työpäivänä palveluohjaaja tekee päätöksiä 20.000 € edestä ja vuositasolla 5,5 milj. Ikääntyneiden henkilöiden kattava palvelutarpeiden arviointi ja palvelutarpeisiin vastaaminen vaatii monipuolista erityisosaamista.

Asiakas-/palveluohjaus on iäkkään henkilön neuvontapiste sekä palvelujen järjestäjä, koordinoija ja asiakkaan palvelupolkujen seuraaja, ml. omaishoito, joka toimii yhteistyössä alueen eri tahojen ammattilaisten ja viranomaisten kanssa. Iäkkäiden palvelutarpeet käsitellään palveluohjauksen kautta: vaikka palvelutarve olisi syntynyt muualla (esimerkiksi sairaalassa tai terveyskeskuslääkärin vastaanotolla). Asiakas- ja palveluohjaus tekee tiivistä yhteistyötä järjestöjen, seurakuntien, kuntien muiden sektoreiden, kuten liikunta, kulttuuri, sivistystoimi, asuminen sekä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon, kuntoutuksen ja erikoissairaanhoidon palveluntuottajien kanssa huomioon ottaen erilaisten siirtymien (kotoa palveluihin, palvelusta kotiin, palvelusta toiseen) kriittisen merkityksen iäkkäillä.

Autonomian ja omatoimisuuden tukeminen on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön lakisääteinen velvollisuus. Hoidon, kuntoutuksen, palvelujen ja tuen oikeudenmukainen jakautuminen niitä tarvitsevien kesken edellyttää monipuolista, monialaista ja järjestelmällistä palvelutarpeen arviointia.

Palvelutarpeen arviointi tehdään aina asiakaslähtöisesti ja asiakkaan voimavarat huomioiden. Palvelujen tarvetta selvitetään monialaisesti ja luotettavia menetelmiä/mittareita käyttäen ja tämän tiedon perusteella tehdään päätökset mahdollisesti tarvittavista tuista ja/tai palveluista. Erityisesti paljon tukea ja palveluja käyttävien asiakkaiden tukien ja palvelujen koordinointi edellyttää laaja-alaista yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Palvelutarpeen selvittämisen on tarkoitus johtaa tarvittavien palvelujen yksilölliseen palveluohjaukseen ja -rätälöintiin. Tämä tapahtuu selvittämällä yhdessä ikäihmisen ja hänen läheistensä kanssa arjen selviytymistä haittaavat ja uhkaavat tekijät, tunnistamalla korjattavissa tai parannettavissa olevat asiat ja tarvittavat tukimuodot. Ikäihmisen voimavarat huomioiden tehdään päätökset tarvittavista toimenpiteistä ja kootaan niistä ikäihmisen näköinen kokonaisuus, minkä jälkeen seurataan arjen sujumista.

Kuva 5. Asiakas-/palveluohjaus Satakunnassa, Satakunnan palveluohjauksen työryhmä



4.1 Palveluneuvonta

Palveluneuvonta on yleistä hyvinvointiin ja terveyttä edistäviin palveluihin sekä sosiaaliturvaan liittyvää neuvontaa. Neuvonnassa ei välttämättä vielä tarvita tunnistautumista eikä dokumentointia, ellei neuvonta jatku palveluohjauksena. Palveluneuvonnassa on käytössä nettisivut, joilta asiakas voi itse hakea tietoa ja tehdä esim. erilaisia itsearviointeja ja testauksia. Palveluneuvonta toimii yhden puhelinnumeron periaatteella. Palvelunumeroon voi soittaa virka-aikana, mutta jättää yhteydenotto pyynnön mihin aikaan tahansa. Puhelimessa voidaan neuvoa ja ohjata asiakasta ja mikäli tämä ei riitä, ohjautuu asiakas oman alueen palveluohjaukseen. Palveluneuvontaa varten on käytössä ”liikkuva yksikkö” joka kiertää maakunnassa, pitää toripäiviä ja osallistuu tapahtumiin.

4.2 Palvelu/asiakasohjaus ja palvelutarpeen arviointi

Palveluohjausprosessi käynnistyy, kun asiakkaan tilanne vaatii tarkempaa selvittelyä. Palvelutarve arvioidaan, tarvittavat palvelut suunnitellaan ja niiden toteutuminen järjestetään, asiakkaan tilannetta seurataan ja uudelleen arvioidaan prosessin aikana sovituin määräajoin. Palvelukokonaisuutta koordinoitaessa asiakkaan omat voimavarat ja läheisten resurssit ovat lähtökohtana. Palveluiden tarve on subjektiivinen kokemus, palvelutarpeen arvioinnin tarkoituksena on saada esiin tarpeet ja suunnitella yhdessä, millä asiakkaan tarpeisiin voidaan vastata.

Palveluohjaus toteutuu yhdessä asiakkaan kanssa (tarvittaessa omaisen/yhteyshenkilön kanssa), asiakas vastuutetaan oman palvelusuunnitelmansa laatimiseen aktiivisena osallistujana. Asiakkaan asioista tulee ottaa kokonaisvaltaisesti vastuu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Palvelutarpeen arviointi on vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa asiakkaan elämäntilanne, toimijuus ja tarpeet ovat keskiössä ja mittarit apuvälineitä. Iäkäs ihminen on aina omien voimavarojensa mukaisesti osallistuja ja toimija.

Tuen ja palveluiden tarpeen monipuolinen moniammatillinen, luotettava ja vertailukelpoinen arviointi tehdään silloin, kun iäkäs henkilö ei selviä arjestaan ilman toisen ihmisen apua tai tällainen tilanne on odotettavissa. Sisältö riippuu siitä, tuleeko henkilö arvioon sosiaali- vai terveyspalvelujen kautta ja siitä, mikä arvioinnin monista syistä on kyseessä.

Iäkkäille kohdentuva tuki, ohjaus ja palvelut perustuvat laajaan ja kattavaan palvelutarpeen arviointiin ja palvelut ylläpitävät ja lisäävät toimintakykyä ja kuntoutumista kaikissa eri toimintaympäristöissä: kotona, palvelutalossa tai muissa ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa toimintayksiköissä.

Henkilön toimintakyky arvioidaan käyttämällä mittareita, keskustellen ja havainnoiden. Arviointi käsittää aina vähintään viisi toimintakyvyn ulottuvuutta (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja arjessa suoriutuminen). Mittareiden sisältämät yksittäiset kysymykset antavat arvokasta tietoa asiakkaan tarpeista. Niihin liittyvät raja-arvot (cutpoint) ja eri mittareiden yhdistelmät informoivat arvioijaa siitä, miten vaikea-asteinen arjesta suoriutumisen vaje on. Raja-arvon ylittävä tulos edellyttää taustalla vaikuttavien sairauksien, tilojen tai elämänolosuhteiden tunnistamista ja niihin puuttumista.

Palveluohjauksen keskeinen tehtävä on yksilöllinen ohjaus, palvelutarpeen arviointi ja tarvittaessa palvelujen suunnittelu yhdessä asiakkaan kanssa. Palveluohjaus keskitetään, mutta jalkautetaan toimimaan alueellisesti. Onnistunut ohjaus edellyttää, että alueella on tasavertaiset ja riittävät palvelut, laaja palveluvalikoima sekä henkilöstöllä monipuolista sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista. Valinnanvapaus lain voimaan tullessa tämä tarkoittaisi käytännössä sitä, että ihminen listautuu valitsemansa sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakkaaksi. Sote-asiakas- ja palveluohjauksessa tehdään palvelutarpeen arviointi ja hallintopäätös palveluista. Sen jälkeen asiakas voi tehdä asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin avulla palveluntuottajan valinnan. Kun asiakkaalle on myönnetty asiakasseteli johonkin palveluun tai palveluihin, niin asiakkaalla on oikeus valita itselleen sopiva palveluntuottaja hyväksytyjen palveluntuottajien joukosta.

4.3 Omatyöntekijä

Omatyöntekijä on nimettävä tarvittaessa palvelutarpeen arvioinnin jälkeen. On luontevaa, että omatyöntekijä on sellainen työntekijä, jonka kanssa palveluja tarvitseva asiakas olisi palvelujen yhteydessä muutoinkin tekemisissä. Omatyöntekijä vastaa asiakkaan päivittäisen tilanteen seuraamisesta kokonaisvaltaisesti ja ilmoittaa tilanteen muuttumisesta palveluohjaukseen. Omatyöntekijä määräytyy asiakkaan palvelutarpeen mukaan ja voi vaihtua palvelutarpeen muuttuessa. Omatyöntekijänä voi toimia esimerkiksi omainen, kotihoidon työntekijä, sosionomi, geronomi, fysioterapeutti, muistihoitaja tai muu avuntarvitsijan tilannetta tunteva palveluntuottajan työntekijä.

Kehittämiskohteet

Yksi palveluneuvonnan puhelinnumero

Yhteinen toimintakyvyn – ja palvelutarpeen arviointijärjestelmä RAI:n hankinta ja käyttöönotto

Asiakasohjausjärjestelmän hankinta ja käyttöönotto

Omatyöntekijän roolin selkeyttäminen

5. Kotihoito

Lähtöajatus toimivalle kotihoidolle nousee ikäihmisen ja ikääntymisen yksilöllisyydestä, itsenäisestä ja merkityksellisestä elämästä omassa kodissa sekä osallisuudesta ympäröivään maailmaan. Maakunnan liikelaitoksen asiakasohjaus tekee kotihoidon palvelupäätökset. Ennen säännöllistä palvelupäätöstä toteutetaan kuntouttava arviointijakso. Kotihoito ja kotiin vietävät muut palvelut toteutetaan lähipalveluna, joissa toteuttajina ovat liikelaitos, yksityiset palveluntuottajat ja järjestöt. Kotiin järjestettävien palvelujen perustaksi tehdään asiakkaan kanssa asiakassuunnitelma, jota säännöllisesti seurataan.

Ikäihmiset pystyvät asumaan kotona entistä pidempään monipuolisempien kotiin tarjottavien kotihoidon ja muiden palveluiden avulla. Kotihoidossa keskeistä on tukea ikääntyneen normaalia elämää ja hänen elämäntyyliään. Ikäihmisten kotihoidon toimintamallit tukevat ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämistä. Läheisten jaksamista tuetaan. Kotihoito tarjoaa kohdennettuja lyhytaikaisia ja kuntoutumista edistäviä palveluja.

Kotihoidon samoin kuin muidenkin iäkkään käyttämien palveluiden henkilöstö toimii asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävästi. Kuntoutuksen palveluntuottajat ja kotihoidossa toimivat kuntoutuksen ammattilaiset tarjoavat osana kotihoitoa kotikuntoutusta, joilla saadaan aikaan pysyviä muutoksia ikäihmisten arjessa toimimisessa. Ikäihmisten kotona pärjäämistä tukevat myös hyvinvointitekniologia ja muut turvapalvelut.

5.1 Akuutti kotihoito ja kotihoito 24/7

Sosiaali- ja terveysministeriö on suunnitellut ja toteuttamassa mallia, missä maakuntaudistuksen myötä jokaiseen maakuntaan perustetaan sosiaali- ja terveystoimen tilannekeskus (sote-tike). Kyseessä on toiminnallinen ratkaisu, missä sairaalan ulkopuolisten akuuttipalvelujen toimintojen ohjaus järjestetään yhteen tilaan niin, että yhteistyö on mahdollista ilman teknisiä apuvälineitä, kaikilla avaintoimijoilla on yhteinen tilannekuva ja hätäkeskuksen välittämien ensihoitotehtävien, koti- ja laitoshoidon erityisosaajien sekä sosiaalipäivystyksen tehtävät päästään synkronoimaan potilaita ja asiakkaita hyödyttävällä tavalla päällekkäisyyksiä välttämällä.

Sote-tike koordinoi ja valvoo maakunnan liikkuvia päivystyspalveluita. Alueilla on paikalliset olosuhteet sekä koti- ja laitoshoidon resurssit tuntevat ammattilaiset. Paikallisten asiantuntijoiden ja sote-tiken ammattilaisten yhteistyöllä tehtävät hoidetaan tarkoituksenmukaisimmalla resurssilla, alueellisia kotiin annettavia kiireettömiä palveluita ja lähisairaaloita hyödyntäen.

Tulevaisuuden Satakunnan visiossa on uusi innovatiivinen liikkuva yksikkö, combilanssi. Yksikön toiminnan ydin perustuu kahden erityisosaamisen yhdistämiseen. Tavoitteena on yhdistää hoitotasoinen ensihoito sekä koti- ja laitoshoidon erityisosaaminen (mobiilitoiminta) samaan liikkuvaan yksikköön. Yksikön tehtäväkenttä muodostuu pääasiallisesti kiireettömistä tehtävistä. Tehtävät välittyvät sekä hätäkeskuksesta että suorina yhteydenottoina.

Tavoitteena on että kotihoitoa voi saada jokaisena vuorokauden aikana joka viikonpäivänä. Yöaikaisen kotihoidon järjestäminen on ollut haasteellista pienissä kunnissa ja tässä on kehitettävää.

5.2 Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen

Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on lisätä asiakkaan terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta sekä ennaltaehkäistä raskaampaa palveluntarvetta. Kuntouttavan arviointijakson aikana asiakkaan toimintakykyä mitataan erilaisin toimintakykymittarein ja testein (esim. Rai – arviointi). Säännöllisen kotihoidon asiakkuutta edeltää aina kuntouttava arviointi. Kuntoutuksessa toimii moniammatillisen tiimit, joissa kussakin vähintään lääkäri/geriatri, fysio-/toimintaterapeutteja ja sairaanhoitaja. Lisäksi konsultoitavissa sosionomi/sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti, suuhygienisti ja muistihoitaja.

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. Arviointijakson pituus on enintään neljä viikkoa. Asiakkaan kokonaistilanne arvioidaan gerontologisen kokonaisarviointin mallilla ja lääkehoito ILMA- (Moniammatillisen lääkitysarvioinnin) toimintamallin mukaisesti. Kuntouttavan arviointijakson aikana asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutumista tuetaan ja hänelle järjestetään tarpeenmukainen hoito ja palvelut. Kuntouttavalla arviointijaksolla jokainen kotikäynti on asiakkaan toimintakykyä arvioiva ja omatoimisuutta tukeva.

Henkilökohtaiseen asiakassuunnitelmaan kirjataan asiakkaan omat tavoitteet ja toiveet sekä konkreettiset keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Keinoja ovat mm. yksilöllinen harjoittelu, ohjaus lähialueen avoimeen toimintaan (esim. istumajumput), kotihoidon toteuttama hyvinvointisopimuksen mukainen toiminta, vapaaehtoisen tuen saaminen, ohjaus yksityisiin palveluihin jne. Suunnitelma räätälöidään aina asiakkaan tarpeiden perusteella ja asiakas saa valita kuka palvelun hänelle tuottaa. Jakson jälkeen asiakasohjaus arvioi tilanteen ja tarvittavat jatkotoimenpiteet.

5.3. Moniammatillisuus ja henkilöstö

Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö sekä tiedolla johtaminen ovat keskeisellä sijalla.

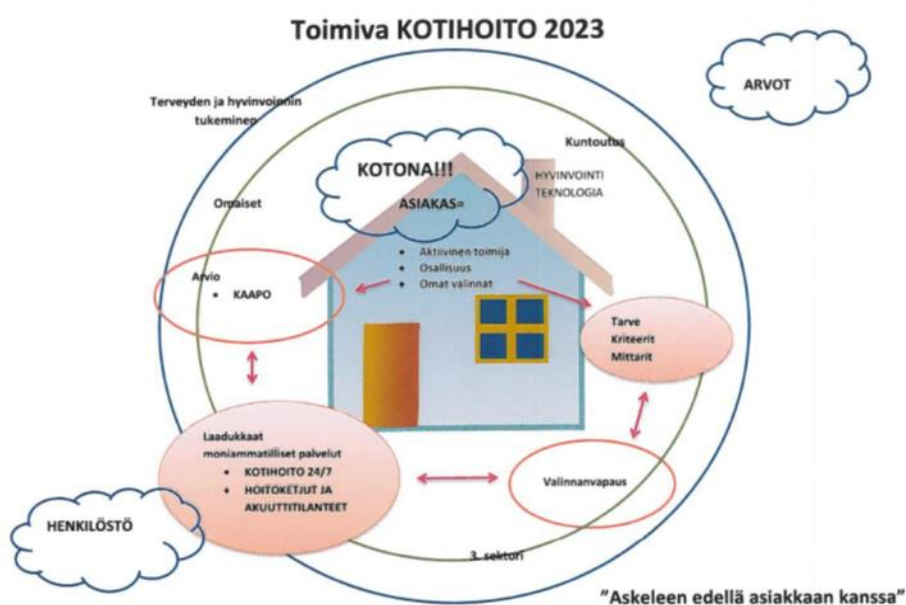
Kotihoidossa henkilöstö on keskeisessä asemassa. Henkilöstö osallistuu oman työnsä ja johtamisen kehittämiseen jatkuvan kehittämisen menetelmiä hyödyntäen. Hyvinvoivalla henkilöstöllä ja hyvällä julkisuuskuvaalla on iso vaikutus uusien työntekijöiden rekrytoinnissa. Työkierto on suunniteltua ja sillä tähdätään osaamisen lisäämiseen, oman työn arvostamiseen ja työhyvinvoinnin lisäämiseen.

Kotihoidon henkilöstöllä on vahvaa osaamista asiakkaan päivittäisen toimintakyvyn ylläpitämisestä sekä muistisairauksista. Asiakslähtöisenä tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosin lisääminen, sekä mahdollistaa asuminen kotona niin kauan kuin se ihmisarvoa kunnioittaen on tarkoituksenmukaista.

Henkilöstön ammattietiikka sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset arvot luovat perustan turvalliselle ja laadukkaalle palvelulle. Koska iäkkäät henkilöt käyttävät monia eri sosiaali- ja terveyspalveluja, on niin sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon palveluissakin turvattu riittävä geriatrinen ja gerontologinen osaaminen ja -konsultaatiomahdollisuudet.

Sosiaalityön osaamista on vahvistettava, koska monilla ikääntyneillä on muun muassa elämäntilanteeseen, asumisen ja talouteen liittyviä haasteita. Osaaminen, sen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen varmistavat iäkkäille asiakkaille selvitettyjen tarpeiden mukaisen hoidon ja huolenpidon sekä lisäävät asiakas- ja potilasturvallisuutta. Kotihoidon palvelut toteutetaan tukemalla henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Näillä toimenpiteillä ehkäistään erityisesti pitkäaikaishoidon tarvetta. Tavoitteena on, että asiakas voisi asua turvallisesti omassa kodissaan mahdollisimman pitkään

Kuva 6. Toimivan kotihoidon malli, Satakunnan kotihoidon työryhmä



Kehittämiskohteet

Keskitetty kotiutus

Kuntouttava arviointijakso

Kotihoidon saatavuus 24/7

Tehostettu kotikuntoutus

Päiväkuntoutus

Kuntouttava lyhytaikaishoito

Moniammatillisen yhteistyön lisääminen

Hyvinvointiteknologian mahdollisuuksien hyödyntäminen

Gerontologisen sosiaalityön lisääminen

Lääkehoidon kehittäminen, Moniammatillisen lääkitysarvioinnin toimintamalli ILMA-mallin mukaisesti

6. Kaikenikäisten omais- ja perhehoito

Tavoitteena on perustaa maakunnallinen, mutta verkostomaisesti ja monituottajamaisesti toimiva omais- ja perhehoidon keskus, joka pyrkii turvaamaan omaishoidon- ja perhehoidon riittävyyden tulevaisuudessa. Yksikkö tarjoaa kaikenikäisten omais- ja perhehoitoon liittyvää tietoa ja osaamista sekä koordinoi Satakunnan alueella omais- ja perhehoitoa mm. omais- ja perhehoitajien sijaisjärjestelyjä, toimintakykyä ja jaksamista tukevia ratkaisuja sekä koulutusta ja valmennusta. Omais- ja perhehoidon yksikön tavoitteena on tuottaa omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut.

6.1 Omaishoito

Maakunnalle on työstetty yhteinen toimintaohje ja omaishoidon tuen myöntämisen kriteerit. Palkkioluokkien väliset erot on tehty selkeiksi, jotta käytännön työssä olisi helpompaa sijoittaa asiakas oikeaan maksuluokkaan. Vanhuksilla ja vammaisilla on samat palkkioluokat, mutta erilaiset myöntämisperusteet. Omaishoidon lakisääteinen vapaa järjestetään ja resursoidaan samalla tavalla koko maakunnassa. Omaishoitajien tukipalvelut ja valmennukset järjestetään myös yhteneväisellä tavalla.

Omaishoito on elämäntilanne, jossa sairaus ja vammaisuus, auttaminen ja tukeminen sovitetaan eri tavoin perheen elämään. Omaishoitotilanteessa sekä hoidettava että hoitaja, koko omaishoitoperhe, tarvitsee tukea. Tukea saavat myös ne läheishoitajat, jotka eivät ole virallisesti omaishoitajia ja joilla ei ole hoitosopimusta kunnan kanssa.

Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä vastaa tulevaisuudessa maakunta. Omaishoidontuki koostuu omaishoitajalle maksettavasta palkkiosta ja yksilöllisesti suunnitelluista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Omaishoidon tuki myönnetään

pääsääntöisesti toistaiseksi, mutta erityisestä syystä voidaan myöntää määräaikaiseksi.. Omaishoidon tukea haetaan maakunnan asiakasohjauksen kautta. Omaishoidon tuen myöntäminen perustuu yksilölliseen tarveharkintaan ja tukena on maakunnassa käytössä olevat toimintakyvyn arvioinnin työkalut ja kriteerit. Myönteisen päätöksen jälkeen omaishoidon tuesta laaditaan omaishoitajan ja maakunnan välinen sopimus, jonka liitteenä on asiakassuunnitelma.

6.2 Perhehoito

Perhehoitoa annetaan henkilölle, jonka hoitoa, kasvatusta tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hyväksi käyttäen. Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon, kuntoutuksen tai muun ympäri-vuorokautisen tai osavuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona.

Perhehoidossa olevalla henkilöllä on muihin perhekodin jäseniin nähden tasavertainen asema. Perhehoito tarjoaa kiinteän lähiyhteisön, pysyvät ihmissuhteet, jokapäiväisiä kodin askareita, yksilöllistä hoitoa ja turvallisuutta. Se voi olla pitkäaikaista, lyhytaikaista tai osavuorokautista.

Perhehoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka maakunnan kanssa tekemänsä toimeksiantosopimuksen perusteella antaa perhehoitoa omassa yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. Perhehoitaja ei ole työsuhteessa maakuntaan eikä yksityinen palveluntuottaja.

Perhehoitoon sijoittamisen lähtökohtana ovat asiakkaan elämäntilanne, aikaisemmat elämänkokemukset sekä tuen, ohjauksen, hoivan ja huolenpidon tarve. Sen tavoitteena on turvata läheiset ihmissuhteet, edistää toimintakykyä sekä ylläpitää perusturvallisuutta ja sosiaalisia suhteita.

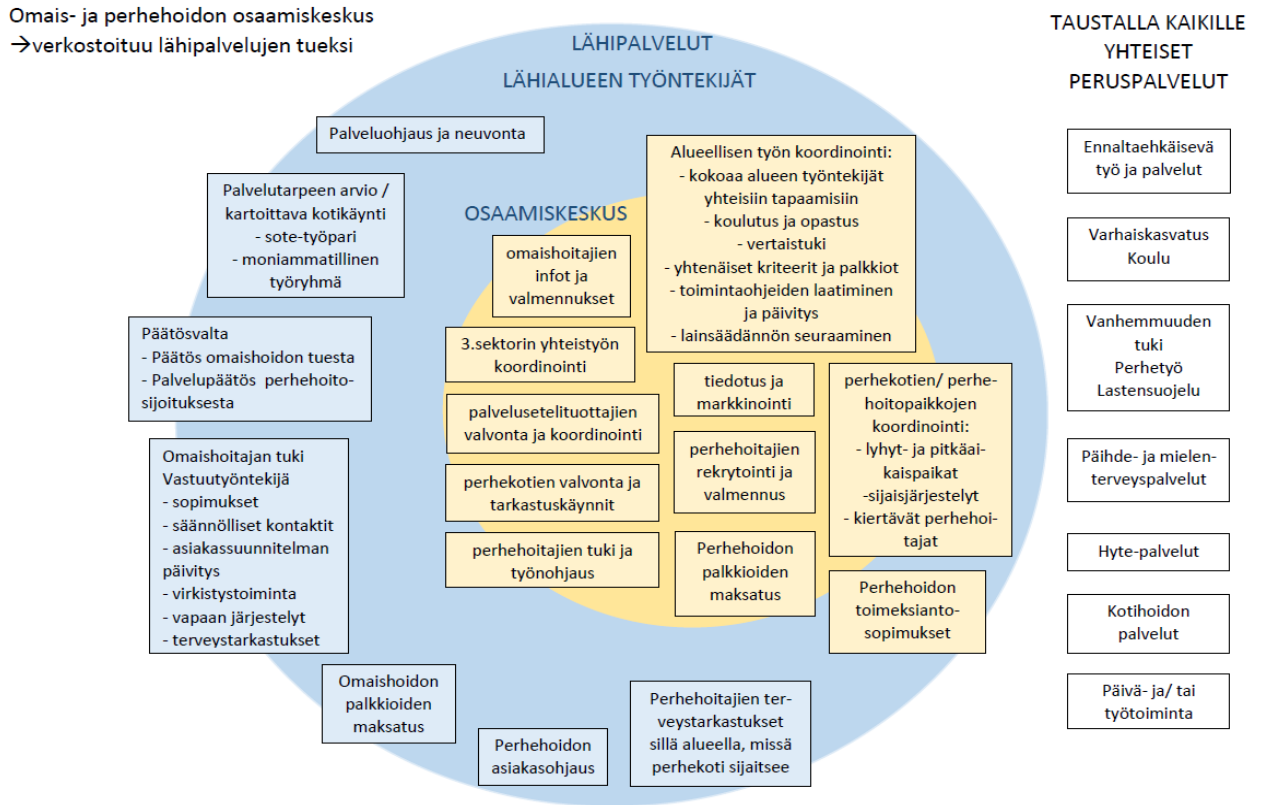
Perhehoidon järjestämistä koordinoi omais- ja perhehoidon keskus yhteistyössä maakunnan viranhaltijoiden kanssa. He sijoittavat yhteistyössä muun vanhus- ja vammaistyön organisaation kanssa asiakkaita perhehoitoon Satakunnan alueella. Sijoittamisessa otetaan huomioon sijoitettavan henkilön omat toivomukset, hänen omaistensa tai läheistensä mielipide ja perhehoitajan arvio omista valmiuksistaan.

Perhehoidon alueellinen toimintaohje sisältää sekä vanhusten että vammaisten perhehoidon. Toimintaohje sisältää palvelusisältökuvauksen, ohjeet toiminnan järjestämiseksi, palkkiot ja kulukorvaukset.

6.3 Omais- ja perhehoidon osaamiskeskus

Osaamiskeskus ei ole fyysinen rakennus, vaan yhteistyöverkosto, joka toimii eri puolilta maakuntaa. Osaamiskeskuksesta ja sen toiminnoista on tehty kuva, josta ilmenee mitä työtä tehdään osaamiskeskuksen puitteissa ja mitä paikallisella tasolla lähityöntekijän toimesta. Kuvassa osaamiskeskuksessa näkyy, mitkä palvelut ovat keskitettyjä ja mitkä palvelut tapahtuvat lähipalveluina.

Kuva 7. Omais- ja perhehoidon osaamiskeskus yhteistyöverkosto



Kuviossa on kuvattu mitä toimintoja sisältyy osaamiskeskukseen ja mitkä toiminnot tapahtuvat lähellä asukkaita.

Kehittämiskohteet

Omaishoidon yhtenäinen toimintamalli otetaan käyttöön

Perhehoidon toimintamalli otetaan käyttöön ja perhehoitoa lisätään

Perustetaan maakunnallinen omais- ja perhehoidon osaamiskeskus, joka verkostoituu lähipalvelujen tueksi

Omais- ja perhehoitajien tukimuotoja monipuolistetaan

Omais- ja perhehoidon määrärahojen oikein kohdentaminen ja riittävydestä huolehtiminen

7. Asumispalvelut ja ympärivuorokautinen hoiva

Ikääntyneiden asumisen lähtökohtana on, että omassa kodissa asutaan mahdollisimman pitkään kotiin annettavien laadukkaiden palvelujen turvin. Tärkeää on koko ikääntyneen väestön tietoisuutta lisätä asumisen ennakkoinnin merkityksestä sekä mahdollisuuksia tehdä valintoja asumisen suhteen tulevia tarpeita ennakoiden. Tällä hetkellä iäkkäille on tarjottavissa liian vähän vaihtoehtoisia asumisen muotoja. Perinteisesti on ollut oma koti ja sitten ympärivuorokautinen hoiva, tähän väliin tulee kehittää erilaista yhteisöllistä asumista. Suuri haaste iäkkäillä on yksinäisyys ja turvattomuus, joita yhteisöasumisella voidaan lievittää.

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. Asumisen järjestäminen on kunnan tehtävää. Uusia innovatiivisia asumisen yhteisöllisen asumisen ratkaisuja ovat myös kehittäneet monet yhdistykset ja säätiöt.

7.1 Asumispalvelut

Ikääntyneiden ryhmäkodit tai senioriasunnot voivat olla vaihtoehto, mikäli omassa kodissa asuminen on vaikeutunut. Ikääntyville suunnatuissa vuokra-asunnoissa pyritään esteettömän ympäristön rakentamiseen, nykyaikaisiin ja inhimillisiin asumisolosuhteisiin. Vuokra-asuntojen sijainti mahdollistaa palvelujen paremman saatavuuden. Niistä voi käyttää yleisnimitystä senioritalo tai senioriasuminen, koska niissä on yleensä alaikäraja (55+). Ne eroavat yhteisöllisistä asumismuodoista siten, että ne yleensä pyrkivät tarjoamaan mukavaa asumista lähellä palveluja ja vapaa-ajanviettomahdollisuuksia. Taloissa voi olla lisäksi yhteisiä tiloja, mitkä helpottavat asukkaiden tutustumista toisiinsa. Joissakin senioritaloissa on palveluohjaaja, joka koordinoi talon toimintaa ja järjestää yhteistä ohjelmaa. Senioritaloihin asukkaaksi hakeutuminen tapahtuu kunnan tai talonomistajan kautta.

Kunnan kaavoitus- ja asuntopolitiikalla on merkittävä vaikutus ikääntyvien asumiseen, esimerkiksi hissien hankinta vanhoihin kerrostaloihin. Ikääntyneet toivovat asumiskustannuksiltaan kohtuullisia, esteettömiä, turvallisia asuntoja palveluiden ja hyvien kulkuyhteyksien läheisyyteen. Yhteistyö maakunnan ikääntyneiden palveluiden ja kuntien kanssa tulee olla jatkossa entistäkin tiiviimpää.

7.2 Ympärivuorokautinen hoiva

Palveluasuminen ja pitkäaikaishoito ovat hoidon jatkumo, kun kotona asuminen ei enää kotiin annetuin palveluin ole mahdollista. Vanhainkodit ja tehostetun palveluasumisen yksiköt tarjoavat kodin sellaisille ikääntyneille, jotka tarvitsevat jatkuvasti apua selviytyäkseen päivittäisistä toimistaan. Näissä yksiköissä henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden.

Ympärivuorokautista hoitoa tullaan tarvitsemaan kaikkein huonokuntoisemmille jossain määrin myös lähitulevaisuudessa. Muistisairaudet ovat suurin yksittäinen elämänlaatua heikentävä ja avun tarvetta aiheuttava tekijä, joka usein miten johtaa ympärivuorokautiseen hoivaan. Arvioiden mukaan keskimäärin kolme neljästä muistisairaasta tarvitsee kuitenkin sairauden edetessä ympärivuorokautista hoitoa. Ennusteiden mukaan muistisairaiden määrä kasvaa ikärakenteen muutoksen myötä kaikissa kunnissa.

Satakunnassa vanhusten ympärivuorokautisen hoidon paikkoja on yhteensä 3445 (marraskuu 2017), luvussa on mukana kuntien omat paikat ja yksityisten palvelutuottajien paikat. Tavoitteena on että 6 % yli 75- vuotiasta olisi ympärivuorokautisen hoivan piirissä. Tämä tarkoittaa sitä, että Satakunnassa ympärivuorokautisten paikkojen laskennallinen tarve olisi 1477 paikkaa ja vuonna 2025 tarve olisi 1996 paikkaa. Nykyiset paikkamäärät tulevat riittämään vuoteen 2030 asti, joten ympärivuorokautisen hoidon osalta ei nykyistä paikkamäärää ole enää syytä kasvattaa. Ympärivuorokautisen hoivan sisältöjä tulee kuitenkin edelleen kehittää asukaslähtöiseen ja kuntoutumista edistävään suuntaan.

	Yli 75-vuotiaiden määrä	%	tarvittavien hoitopaikkojen määrä
2017	24 616	6	1477
2025	33 291	6	1996

Ympärivuorokautisen hoitoon hakeudutaan aina palveluohjauksen kautta, missä arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen voimavaransa ja toiveensa asumisen suhteen. Kriteerit palvelujen saamiseen tulee yksilöllisyyden lisäksi perustua mittareihin, joiden avulla saadaan viitteellinen arvio palvelun tarpeesta. Mittareina käytetään tällä hetkellä RaVa- ja MMSE- mittaristoja. Tavoitteena on hankkia RAI- järjestelmä, joka tulee olemaan maakunnan yhteinen arvioinnin väline. RAI-ohjelma on järjestelmä, jota ylläpitää ja oikeudet omistaa on kansainvälisellä tutkijaverkostolla inter RAI:lla. Suomessa RAI:sta vastaa Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos THL.

Kehittämiskohteet:

Ympärivuorokautisten hoidon paikkojen hallittu vähentäminen

Palveluseteli/asiakassetelin yhtenäistäminen ja käyttöönotto asumispalveluissa

Kuntouttavan lyhytaikashoidon kehittäminen

Ympärivuorokautisen hoidon sisällön ja laadun yhtenäistäminen, kehittäminen ja seuranta

8. Perusterveydenhuolto ja sairaala

Valtakunnallisesti tarkastellen noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt henkilö tarvitsee toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi säännöllisiä palveluja, kuten kotihoitoa tai jopa ympärivuorokautista hoivaa. Suurin palvelutarve alkaa kuitenkin yhä useammilla vasta 85 ikävuoden saavuttamisen jälkeen. Noin puolet 90 vuotta täyttäneistä tarvitsee ulkopuolista apua. Hoidon ja palvelujen tarve on suurimmillaan elämän viimeisinä vuosina. Tämä aiheuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten painottumista kahteen viimeiseen elinvuoteen. Satakunnassa väestön sairastavuus on hieman maan keskitasoa korkeampi. Alueen aikuisväestön oma arvio terveydestään on heikompi kuin maassa keskimäärin; 39 prosenttia kokee terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi (koko maassa 33 %). Satakunnan 65 vuotta täyttäneillä oli vastaavan ikäiseen väestöön suhteutettuna sekä kaatumisiin ja putoamisiin liittyviä että vammojen ja myrkytysten hoidosta aiheutuvia hoitojaksoja keskimääräistä enemmän.

Varhainen ja riittävän nopea taudinmääritys ja hoidon aloitus on tärkeää, koska ikääntyneellä on usein monta sairautta ja toimintakyky heikentyy nopeasti. Akuutissa vaiheessa selvitetään välttämättömät osa-alueet kuten potilaan yleistila ja toimintakyky. Lääkehoidon ja liikkumisen apuvälinetarpeen selvittäminen on tärkeää. Vuodeosastojaksojen pitää olla mahdollisimman lyhyitä ja sisältää makuuttamisen sijaan aktiivista kuntouttamista.

8.1 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuolto on kaikkien saatavilla, ja se muodostaa terveysjärjestelmän perustan. Pitkäaikaissairauksien (astma, diabetes, sepelvaltimotauti, verenpainetauti ja muistisairaudet) hoidon ja ennaltaehkäisevän työn kehittäminen on erittäin tärkeää sekä asiakkaan hyvinvoinnin että yhteiskunnan talouden kannalta. Alkavien muistihäiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus on erityisesti kotihoidon, seniorineuvolan ja avovastaanoton tehtävä. Muistihäiriöiden varhainen tutkimus ja lääkityksen aloittaminen sekä kontrolliseuranta siirtävät ympärivuorokautiseen hoivaan joutumista useilla vuosilla. Geriatriin palvelujen saaminen alueelle on ensiarvoisen tärkeää, jotta pystymme vastaamaan tuleviin ikäihmisten haasteisiin kustannustehokkaasti

Seuraavassa tarkastellaan muutamia muutoksia, jotka erityisesti ovat ikääntyneillä kasvavia palvelujen ja avun tarvetta aiheuttavia tekijöitä, jaottelu on tehty Seniorikaste Lappin hankkeessa 2015..

Muistisairaudet ovat suurin yksittäinen elämänlaatua heikentävä ja avun tarvetta aiheuttava tekijä. Kansallisen muistiohjelman 2012 – 2020 (STM 2012) tavoitteena on edistää muistisairauksien varhaista toteamista ja hyvän hoidon edistämistä. Muistisairaiden asiakkaiden perustutkimukset sekä sairauden tunnistaminen tapahtuu perusterveydenhuollossa.

Ikääntyneiden kaatumiset ovat keskeinen kotona asumista uhkaava tekijä. Tutkimusten mukaan kaatumisriskiä lisäävät useat tekijät, kuten liikkumiseen ja tasapainoon liittyvät asiat ja aiemmat kaatumiset, ravitsemus ja erilaiset sairaudet sekä lääkehoidot.

Vähäiset sosiaaliset kontaktit, masennus ja yksinäisyys ennakoivat heikkoa kotona selviytymistä. Yksinäisyys koskettaa eri tavoin monia iäkkäitä. Suomalaisista iäkkäistä 5 – 10 % kokee tutkimusten mukaan usein tai aina yksinäisyyttä.

Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt 1990-luvulta lähtien ja raittiuden osuus on vähentynyt. Erityisesti valtakunnallisesti tarkastellen iäkkäiden naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Alkoholinkäytön ehkäisyyn ja tunnistamiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota, koska erityisesti suurten ikäluokkien alkoholin käyttö on runsasta. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö vaikuttaa moniin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja kognitiivisiin seikkoihin toimintakykyä heikentävästi, kuten kaatumisiin, masennukseen ja sekavuuteen. Runsas alkoholinkäyttö lisää muistisairauksien riskiä ja on merkittävästi kotona asumista vaarantava tekijä.

8.2. Sairaala

THL:n arviointiraportin 2018 mukaan Satakunnassa on somaattisen erikoissairaanhoidon laskennallisia sairaansijoja eniten maassa. Sen sijaan perusterveydenhuollon vastaavia sairaansijoja on maan toiseksi vähiten. Yhteenlaskettu vuodeosastokapasiteetti on maakuntavertailussa keskitasoa painottuen kuitenkin selvästi keskimääräistä enemmän erikoissairaanhoidon (73 %). Sen sijaan perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäiviä ja hoidettuja potilaita on selvästi keskimääräistä vähemmän. 75 vuotta täyttäneillä perusterveydenhuollon hoitajaksoja, hoitopäiviä ja hoidettuja potilaita on selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin. Keskimääräinen hoitoaika perusterveydenhuollon vuodeosastolla on 32 prosenttia lyhyempi (10,3 pv) kuin maassa keskimäärin.

Satakunnan sote-uudistukseen liittyy olennaisena osana Satakunnan keskussairaalan toiminnan ja tilojen uudistaminen. Satasairaala on hanke, jonka tarkoituksena on tukea koko maakuntaa ja sen palvelurakenteita.

Noin 110 miljoonaa euroa maksavan Satasairaalan toisessa vaiheessa keskussairaalan tontille rakennetaan uusi päivystyssairaala, jonka pitäisi olla alustavan suunnitelman mukaan valmis vuoteen 2024 mennessä. Satasairaalan ideana on keskittää toimintoja niin paljon, että erikoissairaanhoidon kaikki osat tukisivat toisiaan. Vuoteen 2024 tähtäävät investointisuunnitelmat on jo hyväksytty Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän yhtymävaltuustossa. Jokaisesta investointihankkeesta tehdään kuitenkin erillinen hankesuunnitelma hyväksyttäväksi.

Toiminnallisilla muutoksilla pyritään siihen, että Satasairaalassa sairaansijamäärä olisi enintään 350, joista korkeintaan 100 on psykiatrialla.

Kehittämiskohteet:

Ympäri vuorokautisen hoidon lääkäripalveluiden yhtenäistäminen esim. etälääkäripalvelut 24/7

Geriatrinen/gerontologinen kuntouttavien arviointiyksiköiden kehittäminen

Lääkejakelelun koneellistaminen

Kotisairaalan ja palliativisen hoidon kehittäminen koko maakuntaan

9. Monitoimijainen yhteistyö

Vanhuspalvelujen tulevaisuudenkuva perustuu vahvaan maakunnalliseen yhteistyöhön. Hyvinvointiedistävien ja ennaltaehkäisevien palvelujen kohdalla maakunnan ja kuntien yhteistyö tulee olla jatkuvaa.

Sote uudistuksen yksi keskeisimpiä tavoitteita on asiakaslähtöisyyden lisääminen. Ikääntynyt on aina omien voimavarojensa mukaisesti osallistuja ja toimija. Vanhuspalvelulaki on nostanut ikäihmisen osallisuuden keskeiseksi asiaksi. Lain yhtenä tarkoituksena on parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen. Asiakaslähtöisyyttä lisätään osallistamalla asiakkaita yhä enemmän omaan hoitoonsa. Paikallisten ja maakunnallisen vanhusneuvostojen rooli nousee merkittäväksi ja heiltä pyydetään lausuntoja ja kannanottoja suunnitelmiin ja päätöksentekoon.

Ikääntyneiden palveluissa tulee kuulla myös kokemusasiantuntijoita ja muodostaa kansalaisraateja, että saadaan ikääntyvien toiveet ja tarpeet huomioiduksi palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa.

Monitoimijainen yhteistyö tarkoittaa myös ammattilaisten välistä saumatonta, joustavaa ja toisen työtä arvostavaa yhteistyötä asiakkaiden parhaaksi. Työn täytyy olla asiakaslähtöistä ja palvelut suunnitella asiakkaan kokonaisuutta tukien. Vanhuspalvelusuunnitelman tarkoituksena on yhtenäistää organisaatiokohtaisia tulevaisuuden suuntaviivoja siten, että panostetaan ennaltaehkäisevään toimintaan ja arkikuntoutukseen kotihoidossa, jotta voidaan asteittain hillitä tulevia ympärivuorokautisen asumisen uusia investointeja.

10. Tietojärjestelmät

Sosiaali- ja terveysministeriössä on laadittu I & O (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa) muutosohjelman kokonaisarkkitehtuurikuvaus, mistä alla olevat tiedot on poimittu.

Ikäihmisten sekä kaiken ikäisten omais- ja perhehoidon toimintamalleja tukevien sähköisten palveluiden tavoitteena on asiakaslähtöinen tieto koordinoitusti yhteen tietojärjestelmään ja mahdollisimman sujuvan ja oikea-aikaisen tuen ja palvelun järjestämiseksi asiakkaalle; erityisesti paljon palvelua käyttäville. Tavoitetilan sähköiset palvelut tukevat asiakkaan omatoimista terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämistä sekä osallistumista omaan hoitoonsa. Ammattihenkilöllä on käytössään hyvät sähköiset työvälineet, joilla varmistetaan ajantasainen tiedon saanti ja kokonaisvaltainen kuva asiakkaan tilanteesta palveluketjun eri vaiheissa riippumatta palvelun antajasta.

Tärkeitä kehittämiskohteita ovat

1. Asiakas- ja palveluohjauksen tukijärjestelmä

Maakunnan asiakas- ja palveluohjauksen tukijärjestelmissä hyödynnetään mahdollisuuksien mukaan kansallisia palveluita, jotka ovat osittain sanoja kuin esimerkiksi itsehoitopalveluissa tai palvelutarpeen arvioinnissa. Kansallinen päivystyspuhelinnumero 116117 ”ei kiireellinen asiakasohjauskeskus” -puhelinpalvelu tulee olla linkitettyä asiakas- ja palveluohjauksen tukijärjestelmään.

2. Palvelutarpeen tunnistaminen arviointi

THL:ssa on käynnissä ikäihmisten palvelutarpeen arviointiprojekti, jossa tunnistetaan olemassa olevista menettelyistä ja mittareista ikäihmisten palvelutarpeen arviointiin tarvittavia keskeisiä työvälineitä. Jatkossa THL tarjoaa kansallisen järjestelmäratkaisun ikäihmisten palvelutarpeen arviointiin, jota voi käyttää rajapintojen avulla palvelukomponenttina muissa järjestelmissä sekä kansallisen palvelun oman käyttöliittymän avulla.

3. Asiakassuunnitelman laadinta

Asiakassuunnitelmat toteutetaan kehitettävillä maakuntien asiakas- ja potilastietojärjestelmillä, kuten Apotti, tai kehitettävillä Sote-yhteisillä tietorakenteilla, kuten UNA. THL määrittelee valtakunnallisesti yhtenäisen tietorakenteen yhteistä asiakassuunnitelmaa varten.

4. Palveluiden koordinointi- ja seuranta

Suunnitelmien toteuttamisen toiminnan ohjaus ja seuranta toteutetaan myös näissä järjestelmissä. Eri palvelutuottajat integroituvat näihin järjestelmiin. Käyttöliittymän tai rajapinnan käyttöoikeudet määräytyvät palveluntuottajan roolin mukaisesti.

THL huolehtii asiakassuunnitelman ja palveluiden koordinointi- ja seurantajärjestelmien kansallisesta määrittelystä yhteistyössä käyttäjien kanssa.

5. Tiedolla johtaminen

Maakunnat ja palvelun tuottajat toteuttavat ikäihmisten ja omaishoidon operatiivisessa johtamisessa ja kehittämisessä tarvittavat tiedon kokoamisen, analysoinnin ja raportoinnin palvelunsa osana asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehitystä.

STM ja THL määrittelevät kansallisesti tiedolla johtamisessa tarvittavat tiedot sekä rajapinnat, joihin maakuntien tulee toimittaa tiedot omista järjestelmistään. Kansallinen tiedolla johtamisen ratkaisu palvelee kansallisen seurannan ja päätöksenteon lisäksi maakuntien tarpeita keskinäisen vertailun osalta.

11. Seuranta ja arviointi

Palvelujen tuottamistapoja arvioidaan siten, että palvelut tuotetaan kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaisesti, saumattomasti ja viiveettä asiakaslähtöisesti. Vanhuspalvelusuunnitelman toteutumista seurataan ja arvioidaan normaalin talousarviosuunnitteluprosessin yhteydessä, sekä vuosittain erilaisten tilastojen ja kustannuslaskelmien valossa.

Talouden arvioiminen on erittäin haasteellista tässä vaiheessa, koska maakunta ja sote- uudistus on vielä vaiheessa ja esimerkiksi asiakasmaksulaki ja valinnanvapauslaki ovat vielä luonnosvaiheessa, myöskään digitaalisten palveluiden käyttöönoton aikataulut ovat avoimia. Digitaalisten välineiden esimerkiksi virtuaalihoivan käyttöönotto vaikuttaa tulevaisuuden henkilöstötarpeisiin. Vanhuspalvelurakenteen keventämien kotiin annettaviin ennaltaehkäiseviin ja kotiin annettaviin palveluihin tulee vaikuttamaan merkittävästi kustannuksiin.

Tuloksia voidaan kuvata alla olevan nelikentän kautta.

Kuva 7. Tulosten arvioinnin nelikenttä

TOIMINNAN NÄKYVYYS JA VAIKUTUS ASIAKKAILLE



TOIMINNAN EDELLYTYKSET

12. Viestintä ja juurruttaminen

lääkkäiden palvelukokonaisuus on rakentunut osin suunnitelmatasolla.

Jatkossa maakunnan järjestäjänä olisi tärkeää edellyttää palveluntuottajien sopimuksissa tässä raportissa kuvattuja toimintalinjauksia ja valvoa niiden toteutumista. Kehittämistyön ja jatkuvan parantamisen tulee olla kaikkien palveluntuottajien kohdalla osa normaalia toimintaa. Järjestäjän tulee resursoida riittävä määrä asiantuntijoita palveluiden toteuttamisen valvontatehtäviin.

lääkkään väestön tietoisuus tulevista uudistuksista lisääntyy vain, jos heille tarjotaan selkokieleistä tietoa sekä mahdollisuuksia keskustella heräävistä kysymyksistä. Maakunnan ja kuntien vanhusneuvostot ja erilaiset kansalaisraadit ovat keskeisessä roolissa tiedon välittämisessä. Osa iäkkäistä toimii 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. Tärkeää on ajantasaiset www.sivut ja chat-palvelut, mistä omaehtoisesti löytää tietoa. Lisäksi tarvitaan paperisia esitteitä/oppaita palveluista, jotta myös ne keillä ei ole sähköisiä välineitä saavat riittävän tiedon palveluista. Muutoksista tulee julkaista säännöllisin väliajoin lehtiartikkeleita.

Henkilöstö on keskeisessä asemassa sote-tiedon välittämisessä eteenpäin niin asiakkaille kuin omaisille, ja täytyy varmistaa, että heillä on käytössään ajantasaista tietoa valmistelun etenemisestä.

13. Toimintasuunnitelma

Ennaltaehkäisevien palveluiden vahvistaminen ja iäkkäiden arjessa tukeminen

Tavoite	Toimenpide	Mittari /(tavoitetaso)
Tukea ikääntyvän ihmisen hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä sekä antaa tietoa palveluista	Seniorineuvolatoiminta jokaisen kuntalaisen saavutettavaksi (kasvokkain, puhelimitse, sähköisesti)	Kontaktien määrä
Tukea iäkkäiden henkilöiden kotona selviytymistä ja omaishoitajien jaksamista	-Avoimet päiväkeskukset yhteistyössä 3.sektorin kanssa -Omaishoitoparkit - Kiertävät virikeohjaajat	Päiväkeskusten määrä Osallistujien määrät
Vapaaehtoistyön organisoituminen	-Vapaaehtoistyön seutukunnallisen koordinaation/vastuuhenkilön johtamaa ja koordinoimaa matalan kynnyksen palvelua -yhteiset vapaaehtoistyö koulutukset -yksi puhelinnumero vapaaehtoistyöhön ilmoittautumiseen ja vapaaehtoistyöntekijän tavoittamiseen	Kontaktien määrä Uusien vapaaehtoisten määrä Koulutuksen määrä

Omais- ja perhehoito

Tavoite	Toimenpide	Mittari/ (tavoitetaso)
Omaishoidon yhtenäinen toimintamalli	Yhteisen toimintamallin luominen	Omaishoidon tuen saajien lukumäärä Tavoite 8 % 75-vuotta täyttäneillä
Perhehoidon palvelusisällön ja prosessin kuvaaminen sekä esitys perhehoidon lisäämisestä	Yhteisen toimintamallin luominen	Perhehoidossa olevien määrät - vakituiset - määräaikaiset Perhehoitajien lukumäärä
Ehdotus maakunnallisesta omais- ja perhehoidon osaamiskeskuksesta, joka verkostoituu lähipalvelujen tueksi	Osaamiskeskuksen perustaminen	Osaamiskeskuksen toiminnan arviointi

Kotihoito		
Tavoite	Toimenpide	Mittari/ (tavoitetaso)
Keskitetty kotiutus	Keskitetty kotiutusmalli, moniammatillinen palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointi sekä tukijaksot.	Alle 50% asiakkaista päätyy säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi
Kuntouttava arviointijakso	Säännöllistä kotihoitoa edeltää kuntouttava arviointijakso noin 4 viikkoa moniammatillisen kuntoutustiimin toimesta (ft, tt, lh, sh, ger, tms)	Alle 50% asiakkaista päätyy säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi
Kotihoito 24/ 7	Kotihoitoa on tarjolla 24/7 yksilöllisten voimavarojen ja tarpeiden mukaan arvioituna	94 % 75-vuotiaista asuu kotona
Tehostettu kotikuntoutus	Moniammatillinen alkuarviointi ja suunnitelma asiakkaan kuntoutuksesta. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutuksen painopiste arjen toiminnallisessa harjoittelussa.	Ikäihminen pystyy elämään arvokkaasti ja omatoimisesti kotona mahdollisimman pitkään
Päiväkuntoutus	Päiväkuntoutus tukee asiakkaan elämän eri osa-alueita, kuten fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä.	Asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen
Kuntouttava lyhytaikaishoito	Kuntouttava ja arvioiva lyhytaikaishoito kotona asumisen tukena <ul style="list-style-type: none">• Kotiinkuntoutus (kotiutusasunto)• Arviointijaksot• Omaishoidettavien kuntoutuspäivät/vapaat• Kriisipaikat	Asiakasryhmäkohtaiset tavoitteet Kotona asumisen tukeminen

Asumis- ja laitospalvelut

Tavoite	Toimenpide	Mittari/ (tavoitetaso)
Ympäri vuorokautisten hoidon paikkojen hallittu vähentäminen	-Toimivat, monipuoliset kotiin vietävät palvelut ja kotihoito -kuntouttavan lyhytaikaishoidon kehittäminen	Tavoite 6 % 75 vuotta täyttäneistä ympärivuorokautisessa hoidossa
Senioriasumisen kehittäminen	Yhteistyö kuntien kanssa	Tavoite 94 % 75 vuotta täyttäneistä asuu kotona
Valinnan vapauden lisääminen asumispalveluissa	Palveluseteli/asiakassetelimallin yhtenäistäminen	Asiakas/palvelusetelin määrät vuosittain

Lähteet

KUVA-indikaattorit, SotkaNet –tietokanta

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

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980

Perusturvakeskus 2013. Porin yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluiden suunnitelma vuoteen 2020.

STM 2016:32. Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016–2018.

STM 2018 I & O kokonaisarkkitehtuurikuvaus

THL:n Toimia työryhmä. Suositus iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä.

THL:n I&O –kärkihankesivut www.thl.fi/io

THL:n ylläpitämä tilasto- ja indikaattoripankki www.sotkanet.fi

THL:n Satakunnan maakuntaprofiili ja arviointiraportit

Vanhuspalvelujen tila – tutkimuksen verkkosivut <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>

SenioriKaste Ikäihmisten palvelujen ja palveluketjujen kehittäminen Lapin-hankkeessa 2015

Satasote, Liikkuvat päivystyspalvelut loppuraportti 2018

Liitteet

- Palveluohjauksen palveluluonnoskuvaus
- Omaishoidon palveluluonnoskuvaus
- Perhehoidon palveluluonnoskuvaus
- Kotihoidon palveluluonnoskuvaus
- Asumis- ja laitospalveluiden palveluluonnoskuvaus