



Paljon palvelua tarvitsevien iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittaminen Kainuun asiakas- ja palveluohjauksessa

PÄÄTULOKSET

- RAI-arvioinneista saatava tilannekuva iäkkään henkilön toimintakyvystä ja palvelutarpeista tarjoaa monipuolisesti hyödynnettyä tärkeää tietoa asiakasohjausprosessiin, palvelupolun selkeyttämiseen ja monipuolisen palvelukokonaisuuden suunnitteluun.
- Iäkkäiden palveluissa tarvitaan tiivistä monialaista yhteistyötä esimerkiksi peruspalvelujen, mielen-terveys- ja päihdetyön ja sosiaalityön välillä. Yhteistyötä voidaan rakentaa säännöllisissä yhteistyökokouksissa ja työpajoissa, joissa tunnistetaan eri ammattiryhmien rooleja ja osaamista.
- Palvelupäätösten tekemisessä voidaan hyödyntää hyvinvointialueella määriteltyjä palvelujen myöntämisperusteita, mutta asiakasohjaaja tarvitsee tietoa iäkkään henkilön yksilöllisestä palvelutarpeesta, josta saa tietoa RAI-kokonaisarvioinnin avulla.
- MAPLe-palvelutarvesegmenttikuvausten avulla voidaan tarkastella asiakas- ja palveluohjauksen toimintaa iäkkäiden henkilöiden palvelujen järjestämisestä.

Tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä asiakasohjaus on usein ensimmäinen taho, johon apua tarvitseva iäkäs henkilö on yhteydessä (Ristolainen ym. 2020). Asiakasohjaus voidaan jakaa matalan kynnyksen neuvontapalveluun ja laajempaan palvelutarpeeseen perustuvaan asiakas- ja palveluohjaukseen. Matalan kynnyksen neuvontapalveluista on kyse silloin, kun iäkkään henkilön esittämään huoleen, ongelmaan tai tarpeeseen löydetään ratkaisu neuvonnan ja ohjauksen keinoin. Varsinaisella asiakas- ja palveluohjauksella vastataan tilanteeseen, kun iäkkäällä henkilöllä on suurempi palveluntarve, jota ei pystytä ratkaisemaan neuvonnan ja ohjauksen keinoin. (Noro & Karppanen 2019). Asiakas- ja palveluohjauksessa kartoitetaan iäkkään henkilön tilannetta ja toimintakykyä kokonaisvaltaisesti ja arvioidaan hänen palvelutarvettaan. Tässä julkaisussa esitellään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sekä Kainuun hyvinvointialueen välisen yhteistyöhankkeen tuloksia, joka keskittyi Kainuun asiakasohjauksen kehittämiseen.

Palvelutarpeen arvioinnissa käytetään laaja-alaista RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointivälineistöä. Asiakasohjaaja tekee arvioinnin yhdessä iäkkään henkilön kanssa. Arviointitilanteeseen osallistuu mahdollisesti myös arvioitavan henkilön läheiset, jotka selvittävät muun muassa hänen sen hetkistä arjessa pärjäämistä. Palvelupäätöksen teossa asiakasohjaaja hyödyntää palvelutarpeen arviointitietoja ja palvelujen myöntämisperusteita sekä huomioi alueella tarjolla olevat palvelut. (Heikkilä ym. 2022.) Asiakasohjauksen avulla pyritään kohdentamaan ja järjestämään oikea-aikaisia palveluita iäkkään henkilön omien tavoitteiden, toiveiden ja tarpeen mukaisesti ja turvaamaan hoidon ja palveluiden riittävyys ja jatkuvuus (Noro & Karppanen 2019; Heikkilä ym. 2022).

RAI-välineistö on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoin arviointivälineistö, johon kuuluu eri toimintaympäristöihin suunniteltuja välineitä. RAI-väline muodostuu 1) kysymyslomakkeesta, 2) arviointikäsikirjasta, jossa on ohjeet arvioinnin tekemiseen ja sen kirjaamiseen, 3) herätekäsikirjasta, jonka avulla tunnistetaan asiakkaan vahvuuksia ja toimenpiteitä vaativia ongelmia, sekä 4) RAI-mittareista, joiden avulla hoitoa tai palvelua voidaan suunnitella ja seurata. Asiakasohjauksessa palvelutarpeen kokonaisarviointivälineet ovat interRAI-CHA (Community Health Assessment) tai portaittainen interRAI-CA (Contact Assessment)+HELSA© (sosiaalisten tilanteiden arviointi -täydennysosa). (THL 2023-a.) Pääsääntöisesti RAI-arviointi tehdään kokonaisarviointina, jossa vastataan kaikkiin kysymyksiin. Kokonaisarviointi on vanhuspalvelulain tavoitteiden mukainen ja sillä turvataan iäkkään oikeus kattavaan ja yhdenmukaiseen yksilöllisten voimavarojen ja palvelutarpeiden arviointiin. Joissain tapauksissa, kun esimerkiksi halutaan selvittää tarvetta laaja-alaiseen palvelutarpeiden arviointiin, voidaan käyttää osittaisarviointia. Silloin vastataan vain osaan RAI-kysymyksiä. Osittaisarviointi ei voi korvata vanhuspalvelulain tarkoittamaa RAI-arviointia. (THL 2024-b.)

Vaikka asiakas- ja palveluohjauksessa toimivilla asiakasohjaajilla on päävastuu iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arvioinnista, edellyttää palvelujen yhteensovittaminen useimmiten monialaista yhteistyötä eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien välillä (Sosiaalihuoltolaki 2013/1301, §41; Kettunen 2018; Noro & Karppanen 2019). Keskeisenä työvälineenä moniammatillisessa yhteistyössä on asiakassuunnitelma. Siihen kirjataan yksilöllisten voimavarojen ja toiveiden mukaisesti tavoitteet ja niiden saavuttamiseen tähtäivät toimenpiteet (Kettunen 2018). Monialaisessa yhteistyössä haastetta voi aiheuttaa tietämättömyys toisten ammattiryhmien rooleista ja osaamisesta sekä työn sisällöstä ja siihen liittyvästä terminologiasta (Juujärvi ym. 2019).

Rauha Heikkilä

THL

Seija Salomaa

Kainuun hyvinvointialue

Mari Aaltonen

THL

Palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen lainsäädännöllinen perusta

Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) ja vanhuspalvelulakiin (980/2012) on kirjattu palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen lainsäädännöllinen perusta.

- Vanhuspalvelulakiin tehtyjen muutosten tavoitteena on ollut parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita sekä vahvistaa hänen mahdollisuuttaan vaikuttaa järjestettävien palvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan (HE4/2020).
- Iäkkäiden säännöllisissä palveluissa ja asiakas- ja palveluohjauksessa on käytettävä iäkkään palvelutarpeen arvioinnissa järjestelmällistä ja laaja-alaista RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointivälineistöä (2012/980, §15a).

Kainuun hyvinvointialueen asiakas- ja palveluohjaus

Iäkkäiden henkilöiden palvelujen järjestämistä ohjaa hyvinvointialueen strategia. Kainuun strategiaan sisältyy asiakaslähtöisyyden toteutuminen palvelujen suunnittelussa ja koordinoinnissa. Kainuussa palvelujen järjestämisessä haasteena ovat pitkät välimatkat sekä julkisen liikenteen ja yksityisten palvelujen tarjoajien keskittyminen isompiin kuntiin. Lisäksi hyvinvointialueen oman tuotannon kotiin annettavien palvelujen tuottaminen voi vaihdella alueellisesti hoitohenkilöstön rekrytointiongelmien vuoksi. Haasteita on lisännyt asiakas- ja palveluohjauksessa käytettyjen RAI-arviointivälineiden vaihtuminen.

Aiemmin Kainuussa säännöllisiä palveluja hakevien palvelutarpeen arviointi on tehty kotihoidon (RAI-HC) välineellä, mutta vuoden 2023 alusta arviointivälineenä on nimenomaan asiakas- ja palveluohjaukseen tarkoitettu interRAI-CHA-väline. Samaan aikaan kotihoidossa siirryttiin interRAI-HC välineeseen ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa interRAI-LTCF välineeseen. Uusien RAI-välineiden käyttöönotto vaatii koulutusta ja perehdytystä RAI-arvioinnin tekemisestä ja arviointitiedon hyödyntämisestä.

Kainuun hyvinvointialueella on aluehallituksen hyväksymät palvelujen myöntämisperusteet kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Asiakkaan palvelujen järjestämiseen ja koordinointiin liittyvässä päätöksenteossa asiakasohjaaja huomioi palvelujen myöntämisperusteet. Sosiaalipalveluissa on huomioitava iäkkään henkilön toimintakykyyn liittyvät myöntämisperusteet, asiakkaan omat voimavarat ja selviytyminen jokapäiväisistä toiminnoista, ulkopuolisen avun tarve, läheisavun saatavuus ja palvelutarpeen mukaisten tukien ja palvelujen järjestäminen. Paljon apua tarvitsevien iäkkäiden palvelutarpeita ja palveluihin ohjautumista voidaan tarkastella Vähäkankaan ym. (2017) tutkimuksessa muodostettujen MAPLe-asiakastarvesegmenttien¹ avulla. Asiakassegmenttien kuvauksia ja sisältöä haluttiin kuitenkin uudistaa, jotta ne kuvaisivat asiakkaan moninaisten ja monialaisten palvelutarpeita entistä kattavampina.

Hyvinvointialueelle siirryttäessä ikääntyneiden omais- ja perhehoito siirtyi asiakasohjauksesta Sosiaali- ja perhepalvelujen toimialueelle. Kainuussa omaishoidon sosiaaliohjaajat tekevät omaishoidossa olevien asiakkaiden toimintakykyarvioinnit asiakasohjausarviointivälineellä (interRAI-CHA) palvelun aikana esimerkiksi asiakkaan hakiessa korkeampaa omaishoidon tukea.

Yhteistyöhankkeen tavoitteet ja menetelmät

Kainuun hyvinvointialueen ja THL:n yhteistyöhankke Asiakasohjauksen kehittäminen liittyy Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman sote-integraatiohankkekokonaisuuden osahankkeeseen *Soteintegraatio iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluissa (SOIPA) – Kotihoidon asiakkaiden palvelukokonaisuudet ja palvelujen tarve (2022–2023)*.

Yhteistyöhankkeen tarkoituksena oli edistää onnistuneen palveluohjauksen kautta iäkkään henkilön tarpeisiin vastaavien ja sujuvien palvelukokonaisuuksien suunnittelua. Hankkeen tavoitteita olivat 1) Kainuun asiakasohjausprosessin selkeyttäminen, 2) monialaisen yhteistyön edistäminen sekä 3) THL:n asiakasohjaustietokannan uudistamiseen liittyvä MAPLe-asiakastarvesegmenttien päivitys.

Yhteistyön yksityiskohtaisemmat tavoitteet olivat:

1. Asiakasohjausprosessin ja palveluketjun selkeyttäminen
 - a. Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin päivittäminen.
 - b. Tiedonkulun parantaminen palveluketjuun liittyvän RAI-portaiden nivelkohdissa.
2. Monialaisen yhteistyön edistäminen
 - a. Asiakas- ja palveluohjauksen ja perusterveydenhuollon väliset yhteistyöpalaverit.

¹ MAPLe (Method for Assigning Priority Levels) asiakastarvesegmentit on ryhmitelty MAPLe 15 palvelutarveryhmittelijästä pieniä ja palveluprofiililtaan samankaltaisia ryhmiä yhdistäen kahdeksaan asiakastarvesegmenttiin: omatoiminen, lievä avun tarve, rajattu avun tarve, avun tarve, rajattu kognitiovaje, avun tarve -kognitiovaje, romahdusvaara ja jatkuva valvonta.

- b. Asiakas- ja palveluohjauksen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä aikuissosiaalityön väliset yhteistyöpalaverit ja työpaja.
3. Säännöllisiä palveluja hakevien iäkkäiden palvelutarpeiden kuvausten päivittäminen ja selkeyttäminen
 - a. InterRAI-CHA arviointien ja asiakassuunnitelmien tarkastelu.
 - b. Tunnistaa asiakaskuvausten avulla MAPLe-palvelutarvesegmenttien eri asiakasryhmissä iäkkäiden avun tarve ja millaisia palveluratkaisuja on tehty sekä millaisilla vertailumittareilla voidaan seurata eri asiakasryhmiä.

Kehittämistyössä palvelutarpeen kuvaamisessa käytettiin MAPLe 15 palvelutarveryhmittelijää, joka ryhmittelee asiakkaat palvelutarpeiltaan erilaisiin alaryhmiin riskitekijöiden, kuten kaatuminen, vaeltelu ja aliravitsemus tunnistamiseksi (Hirdes ym. 2018). Tavoitteessa 3 on käytetty MAPLe 8 palvelutarvesegmenttiä, jotka on muodostettu MAPLe 15 palvelutarveryhmittelijän avulla siten, että pieniä palveluprofiililtaan samankaltaisia ryhmiä on ryhmitelty kahdeksaan palvelutarvesegmenttiin. Nämä ovat omatoiminen, lievä palvelutarve, rajattu avun tarve, avun tarve, rajattu avun tarve, rajattu kognitiovaje, romahdusvaara, avun tarve, kognitiovaje sekä jatkuva valvonta. (Vähäkangas ym. 2017.)

Kainuun hyvinvointialueella käytössä oleva interRAI-välineistö:

- Asiakas- ja palveluohjauksessa interRAI-CHA
- Kotihoidossa interRAI-HC
- Ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa interRAI-LTCF

Tulokset

Asiakasohjausprosessin ja palvelupolun selkeyttäminen

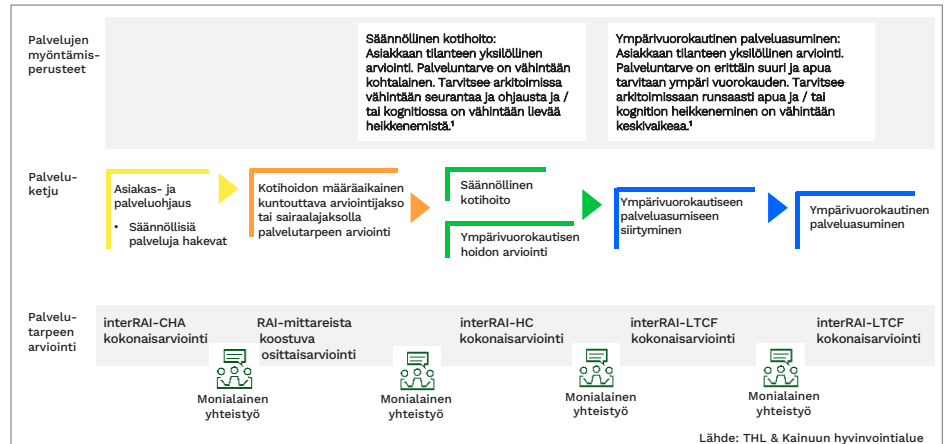
Säännöllisiä palveluja hakeva iäkäs henkilö tai hänen omaisensa on useimmiten puhelimitse yhteydessä asiakasohjaukseen, missä asiakasohjaaja arvioi iäkkään henkilön esittämän huolen, ongelman tai tarpeen. Jos yhteydenottovaiheessa iäkkään esittämään huolen, ongelmaan tai tarpeeseen ei löydetä ratkaisua neuvonnan keinoin, arvioi asiakasohjaaja iäkkään tarpeita tekemällä palvelutarpeen kokonaisarvioinnin interRAI-CHA-välineellä. Kun palvelutarpeen arvioinnin perusteella todetaan säännöllisen kotihoidon tarve, aloitetaan määräaikainen kuntouttava arviointijakso. Tälle jaksolle asetetaan tavoitteet palvelutarpeen kokonaisarvioinnin pohjalta ja ne kirjataan asiakassuunnitelmaan. Muutos aiempaan käytäntöön on se, että siirryttiin käyttämään kuntouttavan jakson lopussa osittaisarviointia aiemmin käytössä olevan kotihoidon välineistön kuuluvan kokonaisarvioinnin tilalla. Osittaisarviointiin valitaan valikoidut arviointikysymykset, joista muodostuu vähintään säännöllisen kotihoidon myöntämisperusteissa olevat RAI-mittarit (IHIER-C, ADL-H, CPS, MAPLe 5). Kotihoidon työntekijä arvioi missä määrin kuntoutumista on tapahtunut suhteessa asiakkaan määräaikaiselle kuntouttavalle arviointijaksolle asetettuihin tavoitteisiin. Tämän perusteella voidaan selvittää onko iäkkäällä henkilöllä säännöllisen kotihoidon tarvetta. Kuntouttavan arviointijakson aikana iäkkään henkilön toimintakyky voi kohentua ja hoivapalvelutarve vähetä, jolloin on pohdittava kotona asumista tukevia palveluvaihtoehtoja. (Kuvio 1.)

Terveyskeskussairaalan osastolla pidetään kotiutushoitoneuvottelu sellaiselle henkilölle, joka ei enää tarvitse sairaalahoitoa, mutta ei myöskään selviä vielä kotona omatoimisesti. Terveyskeskussairaalan osastolta kotiutuva tarvitsee palveluja kuntoutumisen edistämiseksi. Aiemmassa toimintamallissa mikäli iäkkäällä ei ole ollut aiemmin kotiin annettavia sosiaalipalveluja, osallistui asiakasohjaaja osastolla pidettävään hoitoneuvotteluun. Osaston sairaanhoitaja tekee jatkossa kotiutushoitoneuvotteluun iäkkään henkilön RAI-osittaisarvioinnin joko kotiutumiseen liittyvää määräaikaista kotikuntoutusjaksoa tai ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitopaikkaa varten. Terveyskeskussairaalaossa on alka-
massa sairaanhoitajien RAI-koulutus.

(Kuvio 1.)

Säännöllisessä kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asiakkaalle tehdään kokonaisarviointi hoidon alkaessa, hoidon aikana vähintään puolen vuoden välein tai asiakkaan voinnin muuttuessa. Muutos aiempaan on arviointivälineen vaihtuminen. RAI-

arviointivälineiden vaihto interRAI-välineisiin koko palveluketjussa, eli asiakas- ja palveluohjauksessa, kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa, edellytti RAI-osaamisen varmistusta sekä uuden RAI-välineen sisällöllisessä osaamisessa että RAI-arvioinnin tekemistä RAI-arviointiprosessin mukaisesti. (Kuvio 1.)



¹ Palvelutarpeen, arkiuuriutumisen ja kognition heikentymisen arvioinnissa käytetään RAI-mittareita MAPLe 5, IHIER-C, ADL-H, CPS.

Kuvio 1. Päivitetty iäkkäiden henkilöiden palvelujen järjestäminen Kainuun hyvinvointialueen ikäihmisten palveluissa

Monialaisen yhteistyön edistäminen

Asiakkaan palvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä tarvitaan monialaista yhteistyötä erityisesti perusterveydenhuollon sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kanssa. Asiakas- ja palveluohjauksen ja perusterveydenhuollon yhteistyön kehittämisen kohteena oli jo edellisessä kappaleessa mainittu iäkkään henkilön kotiutusprosessi terveyskeskussairaalan osastolta kotiin. Asiakasohjauksen ja terveyskeskussairaalan osastojen esihenkilöt aloittivat yhteisen toimintakäytännön suunnittelemisen sairaalasta kotiutuvan iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnin toteuttamiseksi. Tavoitteena on, että terveyskeskussairaalan osastolla sairaanhoitaja tekee osittaisarvioinnin iäkkään palvelutarpeen selvittämiseksi. Sairaalajakson jälkeen iäkkäällä alkaa kotona määräaikainen kuntouttava arviointijakso, jonka alussa asiakasohjaaja tekee vielä interRAI-CHA kokonaisarvioinnin iäkkään palvelutarpeen tarkentamiseksi ja jakson lopussa kotihoidon työntekijä tekee osittaisarvioinnin iäkkään kuntoutumisesta.

Asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyön kehittäminen aikuissosiaalityön sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kanssa eteni hankkeessa vaihteittain. Ensimmäisessä vaiheessa yhteistyökokouksissa tuli esille aikuissosiaalityön sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen vähäiset resurssit iäkkäiden ihmisten palvelutarpeiden selvittämiseen. Asiakas- ja palveluohjauksen erikoissuunnittelija kertoi RAI-arviointiprosessista, RAI-arvioinnin sisällöstä ja RAI-arvioinnista saatavan tiedon hyödyntämisestä. Mielenterveyspalvelujen henkilöstön kanssa keskusteltiin RAI-arviointivälineistöön kuuluvan mielenterveyden täydennysosion ottamisesta mukaan palvelutarpeen arviointiin mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla. Mielenterveyspalvelujen työntekijät olivat sitä mieltä, että täydennysosio on sisällöltään hyvin laaja-alainen ja spesifinen, joka edellyttää arvioinnin tekijältä mielenterveyden syvällistä osaamista. Toisessa vaiheessa pidetyssä työpajassa pohdittiin asiakasesimerkkien avulla, miten moniammatillinen yhteistyö ilmenee ja missä kohdin se on tärkeää sekä miten moniammatillinen yhteistyö koetaan tällä hetkellä ja miten sitä voisi kehittää.

Kolmannessa vaiheessa pidettiin aikuissosiaalityön ja asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyökokous, jossa keskusteltiin yhteistyöstä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen järjestämisessä. Aikuissosiaalityöntekijät kokivat, että RAI-kokonaisarviointi ei sovellu kiireellisten palvelujen järjestämiseen. Osaltaan kokemuksiin vaikuttivat epä tietoisuus RAI-arvioinnin sisällöstä, toteutuksesta ja sen tekemiseen liittyvästä ajankäytöstä. Asiakasohjaajat toivat esille, että heillä on jo kertynyt vahva arviointiosaaminen mukaan lukien tiedon keruu ja havainnointi asiakkaan kotiympäristössä. Yhteistyökokouksessa sovittiin yhteistyön syventämisestä säännöllisin palaverein, joiden koolle kutsujana on

asiakasohjauksessa toimiva RAI-erityisasiantuntija. Tavoitteena on tehdä yhteistyön toimintamalli. Mielen terveys- ja päihdepalvelujen sekä asiakas- ja palveluohjauksen yhteistyökokouksessa keskusteltiin vielä RAI-mielen terveystäydennysosioista. Mielen terveyspalvelujen työntekijät kertoivat, että he kartoittavat ja havainnoivat asiakaskäynneillä samoja asioita mitä on täydennysosiossa. Sovittiin, että mielen terveyspalveluissa perehdytään paremmin täydennysosioon, jonka jälkeen yhteisessä kokouksessa sovitaan tarkemmin täydennysosion käytöstä.

Taulukko 2. Yhteistyön kehittäminen Kainuun asiakas- ja palveluohjauksen, aikuissosiaalityön sekä mielen terveys- ja päihdepalvelujen välillä.

Vaihe	Toteutustapa	Tilaisuuden ydinkohdat	Sovitut asiat
I	Yhteistyökokous aikuissosiaalityön kanssa. Yhteistyökokous mielen terveys- ja päihdepalvelujen kanssa.	Aikuissosiaalityö saa tiedon iäkkään ihmisen palvelutarpeesta huoli-ilmoituksen kautta. Asiakasohjaaja ei tee kotikäynnillä mielen terveyden täydennysosiota.	Työpaja aikuissosiaalityön sekä mielen terveys- ja päihdepalvelujen kanssa. Iäkkään ihmisen kotikäynnille menee asiakasohjaaja ja mielen terveyspalvelujen työntekijä, jos iäkäs on mielen terveyspalvelujen asiakas.
II	Työpaja aikuissosiaalityön, mielen terveys- ja päihdepalvelujen kanssa.	Moniammatillisen yhteistyön näkyvyys palvelupolussa. RAI-arviointitiedon hyödyntäminen palvelupolun eri askeleissa ja nivelkohdissa.	Jatketaan monialaisen yhteistyön syventämistä.
III	Yhteistyökokous aikuissosiaalityön kanssa. Yhteistyökokous mielen terveys- ja päihdepalvelujen kanssa.	Epätietoisuus RAI-arvioinnin sisällöstä ja RAI-arviointiprosessista. Mielen terveysongelmista kärsivän iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa mielen terveys täydennysosion hyödyntäminen.	Säännölliset palaverit, joissa on tavoitteena tehdä yhteistyön toimintamalli.

Asiakkaiden palvelutarpeiden kuvaukset MAPLe-asiakstarvesegmenttien mukaan

Lähtökohta säännöllisiä palveluja hakevien iäkkäiden palvelutarpeiden kuvausten päivittämiseen ja selkeyttämiseen oli asiakasohjaajien palvelutarpeen arviointien pohjalta laatimat asiakassuunnitelmat. Asiakasohjauskokouksissa jokainen asiakasohjaaja esitti tekemänsä asiakassuunnitelman mukaan lukien asiakkaan taustan, kotikäyntitilanteen, asiakkaan palvelutarpeen ja tehdyt palveluratkaisut. Keskusteluissa pohdittiin palvelujen järjestämiseen liittyviä asioita, kuten palvelujen saatavuutta kasvukeskuksissa vs. haja-asutusalueella. Asiakasohjaajat kokivat saavansa vertaistukea toisilta asiakasohjaajilta käymällä asiakastilanteet yhdessä läpi. Asiakassuunnitelmien läpikäynnin jälkeen asiakasohjaajat ryhmittelivät asiakassuunnitelmat kahdeksaan eri MAPLe-palvelutarvesegmenttiin asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti.

Asiakasohjauskokouksessa käsitellyt asiakassuunnitelmat ryhmiteltynä MAPLe-asiakstarvesegmentteihin:

- Omatoiminen, 4 asiakassuunnitelmaa
- Lievä avuntarve, 1 asiakassuunnitelma
- Rajattu avuntarve, 3 asiakassuunnitelmaa
- Avun tarve, 3 asiakassuunnitelmaa
- Rajattu kognitiovaje, 4 asiakassuunnitelmaa
- Romahdusvaara, 2 asiakassuunnitelmaa
- Avuntarve kognitiovaje, 1 asiakassuunnitelma
- Jatkuva valvonta, 3 asiakassuunnitelmaa.

Päivitystyö jatkui asiakas- ja palveluohjauksen, aikuissosiaalityön sekä mielen terveys- ja päihdepalvelujen yhteisessä työpajassa. MAPLe-asiakstarvesegmenttikuvausten päivittämisessä hyödynnettiin THL:n asiakasohjaustietokannassa olevia aiemmin tehtyjä MAPLe-

asiakastarvesegmenttikuvauksia (THL, Asiakasohjaustietokanta). MAPLe-palvelutarvesegmenttikuvaukset rakentuvat kolmesta osasta: asiakkaiden palveluntarpeet, tehdyt palveluohjausratkaisut ja asiakkaan kannalta oleelliset RAI-vertailumittarit. Työpajassa päivitettiin yhteisiä MAPLe-palvelutarvesegmenttien kuvauksia hyödyntäen asiakassuunnitelmia. Työpajaan osallistui aikuissosiaalityön sekä mielenterveys- ja päihdepalvelun kutsutuista työntekijöistä. Siksi heidän kanssaan jatkettiin kuvauksien tekemistä yhteistyökouksissa. Yhdessä pohtiminen syvensi monialaista yhteistyötä. Tarkoitus on hyödyntää päivitettyjä MAPLe-palvelutarvesegmenttikuvauksia THL:n Asiakasohjaustietokannan uudistamisprojektissa.

Esimerkki MAPLe-palvelutarvesegmenttikuvauksesta

MAPLe palvelutarvesegmentti Rajattu kognitiovaje	Yhteenveto asiakkaiden palvelutarpeista	Asiakkaalle tehtyjä palveluohjausratkaisuja
	<ul style="list-style-type: none"> Asiakkaalla on edennyt muistisairaus, joka vaikuttaa hänen arkielämänsä ja aiheuttaa käytösoireita. Asiakkaan avuntarve vaihtelee. Asiakkaalla on fyysistä toimintakykyä jäljellä, mutta hän tarvitsee apua välineellisissä ja arkielämässään toiminnissa, kuten raha-asioissa, lääkkehoidossa, ravitsemuksessa, hygienian hoidossa. Asiakas kokee yksinäisyyttä ja turvattomuutta ja hänellä voi olla sekavuutta ja harhaisuutta. Edenneen muistisairauden vuoksi asiakas on menettänyt ajo-oikeuden. 	<ul style="list-style-type: none"> Asiakkaan palveluntarve kartoitetaan kotihoidon määräaikaisen kuntouttavan arviointijakson alussa. Asiakkaan asuinpaikan arviointi silloin, kun asiakkaan palveluntarve on suuri, mutta asuu kaukana kuntakeskuksesta, jonne palveluja ei pystytä järjestämään. Palveluohjausratkaisuna voi olla esimerkiksi perhehoito. Kotihoidon käynnit useamman kerran päivässä lääkityksen, ravitsemuksen turvaamiseksi sekä asiakkaan hygieniasta huolehtiminen. Asiakkaan turvallisuuteen kiinnitetään huomiota teknologian ratkaisujen avulla, kuten esim. hellavahti, ovivahti. Edunvalvontavaltuudet asiakkaan asioiden hoitamiseksi. Tukipalveluita ovat esim. ateria-, turvapalvelu.
	Palvelutarvesegmentissä tarkasteltavia mittareita	
	<ul style="list-style-type: none"> Läheisapu: jatkuvuusriski Lääkitys: ei aina noudata lääkitystä Avun tarvetta lääkityksestä suoriutumisessa Kotiympäristö: jokin ongelma 	<ul style="list-style-type: none"> Lääkitys: antipsykootti, rauhoittava tai unilääke Osallisuus: ulkoilu korkeintaan kerran viikossa Osallisuus, tuntee itsensä yksinäiseksi Sairaalahoito tai käynti päivystyksessä 90 vrk aikana

Pohdinta

Kainuussa on toteutettu alueellista asiakasohjausta jo useamman vuoden ajan. Asiakas- ja palveluohjauksessa on ollut vakiintunut toimintamalli asiakaslähtöisten palvelujen toteuttamiseen. Hyvinvointialueella nousi tarve kehittää monialaista yhteistyötä, koska iäkkäiden moninaisiin palvelutarpeisiin ei pysty vastaamaan yksin ikäihmisten palvelu toimialueen palveluilla. Tässä kehittämishankkeessa keskityimme asiakasohjausprosessin ja palvelupolun selkeyttämiseen ja monialaisen yhteistyön edistämiseen. THL:n Asiakasohjaustietokannassa olevia yhteisiä MAPLe-asiakastarvesegmenttikuvauksia päivitettiin osana THL:ssä alkavaa Asiakasohjaustietokannan uudistamisprojektia.

THL:n ja Kainuun hyvinvointialueen yhteistyöhankkeessa paneuduttiin sosiaali- ja terveyspalvelujen monialaisen yhteistyön toiminnan kehittämiseen palvelujen järjestämisessä. Asiakas- ja palveluohjauksen yhteydenotto aikuissosiaalityöhön ja mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä kaikkien osapuolien sitoutuminen pitkäjänteiseen kehittämistyöhön, selkeytti palvelujen järjestämistä.

RAI-arvioinneista saatavan tiedon hyödyntäminen asiakkaan palveluketjun eri vaiheissa edellyttää tarkoituksenmukaisimpien RAI-välineiden valintaa ja käyttöä. Tarkoituksenmukaisimpien RAI-välineiden käytön tarkastelu asiakasohjauksen eri vaiheissa oli yksi kehittämishankkeen tehtävistä. Ensimmäiseksi palvelujen järjestämisessä määräaikaisen kuntouttavan arviointijakson prosessia selkeytettiin siten, että tavoitteet kuntouttavalle arviointijaksolle määritellään asiakasohjaajan tekemän kokonaisarvioinnin (interRAI-CHA) pohjalta. Kuntouttavan arviointijakson vaikutusten arvioiminen toteutui kotihoidon työntekijän tekemän RAI-mittareista koostuvan osittaisarvioinnin perusteella. Toiseksi RAI-kokonaisarvioinnin tekeminen määriteltiin tehtäväksi asiakas- ja palveluohjauksessa silloin, kun iäkäs henkilö hakee säännöllisiä palveluja sekä silloin, kun iäkäs henkilö saa säännöllisiä palveluja yksityisestä kotihoidosta palvelusetelillä. Kolmanneksi perusterveydenhuollossa tehtävä palvelutarpeen arviointikäytäntö liittyen iäkkään henkilön kotiutumiseen tarkentui. Perusterveydenhuollon osastolla sairaanhoitaja tekee jatkossa RAI-osittaisarvioinnin kotiutushoitoneuvotteluun sairaalasta kotiutuvan henkilön palveluntarpeen arvioimiseksi. Neljänneksi monialaista yhteistyötä pyrittiin tiivistämään. Tiivis monialainen yhteistyö paransi

Tutkimuksessa käytetyt lyhenteet

IHIER-C

Instrumental Activities of Daily Living Capacity hierarchy scale. Arki-suorittuminen, välinetoiminnot, viiden toiminnon suorituskyky mittari.

MAPLe 15

Method for Assigning Priority Levels. Palvelutarveluokitus, hienojakoinen.

MAPLe 5

Method for Assigning Priority Levels. Suppea luokitus.

Palvelutarvesegmentti

MAPLe 15 palvelutarveryhmittelijän avulla ryhmitelty pieniä ja palveluprofiililtaan samankaltaisia ryhmiä 8 asiakastarvesegmenttiin. Palvelutarvesegmentit ovat Omatoinen, Lievä avuntarve, Rajattu avuntarve, Avun tarve, Rajattu kognitiovaje, Romahdusvaara, Avuntarve, kognitiovaje, Jatkuva valvonta.

interRAI-CA

InterRAI Contact Assessment. Palvelujen seuloontaan suunniteltu interRAI-väline.

interRAI-CHA

InterRAI Community Health Assessment. Palvelutarpeen selvittämiseen ja palveluohjaukseen suunniteltu interRAI-väline.

interRAI-CHA-MH täydennysosa

(interRAI Community Health Assessment Mental Health). Mielenterveysongelmien laajaan kartoitukseen suunniteltu täydennysosa.

interRAI-HC

InterRAI Home Care. Kotihoitoon suunniteltu interRAI-väline.

interRAI-LTCF

InterRAI Long Term Care Facilities. Ympäri vuorokautiseen hoivaan suunniteltu interRAI-väline.

RAI

Resident Assessment Instrument. Asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeiden arviointimenetelmä.

RAI-HC

RAI Home Care. Kotihoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettu RAI-väline.

asiakasohjausprosessin toteutumista ja auttoi iäkkäitä saamaan entistä paremmin palvelutarpeitaan vastaavia palveluita. Monialaista yhteistyötä edisti eri ammattiryhmien roolien ja tehtävien sekä iäkkäiden palvelutarpeen RAI-arviointivälineen sisällön ja RAI-arviointiprosessin tunteminen.

Ammattiryhmien roolien ja osaamisen tunnistaminen yhteistyökokouksissa ja työpajassa rakensi pohjaa syvempään monialaiseen yhteistyöhön. Sen vaikutus tulee jatkossa näkyään palveluketjun toimivuudessa tarpeenmukaisten palvelujen järjestämisessä (ks. myös Juujärvi ym. 2019). Asiakkaan tarpeiden niin vaatiessa on tärkeää huomioida asiakas- ja palveluohjauksen ohella aikuissosiaalityön sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen näkemys.

Esimerkiksi mielenterveysongelmista kärsivän iäkkään palvelutarpeen arvioinnissa, mielenterveyspalvelujen asiantuntijat eivät kannattaneet asiakasohjaajan tekemän täydennysosaa (mielenterveysongelmien laaja kartoitus) kokonaisarvioinnin (interRAI-CHA) lisäksi. Pelkona oli, että iäkäs henkilö saattaa jäädä ahdistavien ajatusten kanssa yksin arviointitilanteen jälkeen. Monialainen yhteistyö tulee näkyviin siinä, että mielenterveysongelmista kärsivän iäkkään henkilön kotikäynnille tulee asiakasohjaajan lisäksi mielenterveyspalveluista työntekijä, kun henkilöllä on asiakkuus mielenterveyspalveluissa. Tämä on hyvä alku yhteistyölle niukkojen resurssien puitteissa.

Kainuun hyvinvointialueella on aluehallituksen hyväksymät palvelujen myöntämisperusteet kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Palvelupäätöksen teossa asiakasohjaaja auttaa palvelujen myöntämisperusteissa mainitut RAI-mittareiden arvot. Vaarana kuitenkin on, että palvelupäätös perustuu pelkästään mittariarvoihin, eikä huomioida kaikkia palvelutarpeen arvioinnista (interRAI-CHA) saatavaa tietoa, joka kuvaa iäkkään henkilön yksilöllistä kokonaistilannetta. RAI-arviointitiedon hyödyntäminen edellyttää asiakasohjaajalta RAI-osaamista ja ymmärrystä siitä, miten erilaisten kysymysten ja mitta- reiden antamia tietoja tulkitaan. Tarve RAI-arviointitiedon syvälliseen ymmärtämiseen tuli esille asiakasohjaajien omassa kokouksissa ja työpajassa. Asiakasohjaajat kokivat, että iäkkään henkilön RAI-arvioinnin ja sen pohjalta tehtyjen palvelupäätösten läpikäyminen asiakasohjaajien kokouksissa, auttoi rakentamaan kuvaa iäkkään henkilön kokonaistilanteesta.

Tiedolla johtamisessa voidaan hyödyntää MAPLe- palvelutarvesegmenttejä asiakasohjauksen toiminnan tarkastelussa (ks. myös Vähäkangas ym. 2017). Yhteistyöhankkeen alussa asiakasohjauksen johtaja ja esihenkilö esittivät yhtenä tavoitteena MAPLe-palvelutarvesegmenttien hyödyntämisen tiedolla johtamisessa. Hankkeen aikana päivitimme MAPLe-palvelutarvesegmenttikuvauksia Kainuun hyvinvointialueen näkökulmasta. Kuvauksissa tuli näkyviin Kainuun hyvinvointialueen ominaispiirteitä, kuten palvelujen järjestämiseen vaikuttavat pitkät välimatkat sekä julkisen liikenteen ja yksityisten palvelujen tarjoajien keskittyminen isompiin kuntiin. Hankkeen keston nähden kaikkia tavoitteita ei pystytty kokonaan toteuttamaan. Kainuun hyvinvointialueen RAI-asiakasohjausprosessiin tehtyjen toimintakäytäntöiden kehittäminen esimerkiksi palvelutarpeen arviointikäytäntöjen ja monialainen yhteistyön osalta jatkuu.

Sote-uudistuksen jälkeisessä palvelujen suunnittelussa asiakas- ja palveluohjaus voi olla avainasemassa iäkkään henkilön monialaisten palvelujen suunnittelussa. Asiakas- ja palveluohjauksen on vastattava iäkkäiden henkilöiden kasvavaan tarpeeseen sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisesta. Palvelunjärjestäjä näkökulmasta asiakas- ja palveluohjauksen iäkkäiden henkilöiden tarpeen mukaisten palvelukokonaisuuksien järjestämiseen vaikuttavat asiakas- ja palveluohjauksen toimintakäytännöt sekä hyvä monialainen yhteistyö. Monialaista yhteistyötä asiakkaan tarpeiden tunnistamisessa voisi edistää se, jos eri ammattilaiset tunsivat palvelutarpeen arviointien sisällön ja tulkinnan. Iäkkäiden henkilöiden lukumäärän kasvu heijastuu palvelujen kasvavaan kysyntään, varsinkin monisairaiden ja heikossa asemassa olevien iäkkäiden kohdalla. Iäkkäiden henkilöiden palvelukokonaisuuksien integroinnissa yli organisaatorajojen on huomioitava sekä terveys- että sosiaalipalvelut. (Garattini ym. 2022.)

Kun asiakas- ja palveluohjauksen tavoitteeksi asetetaan selkeästi se, että asiakasohjaaja miettii palvelukokonaisuuksia hyvin laaja-alaisesti ja hänellä on toimivat kontaktit yli toimija palvelualueiden, saataisiin aikaiseksi asiakkaan usein moninaisiin tarpeisiin soveltuva palveluketju. Tähän taas tarvitaan ammattitaitoista palvelutarpeen arviointia, jotta tunnistetaan ne yksilölliset tarpeet, sekä oman alueen erilaisten sote-toimijoiden tuntemista.

Lähteet

Garattini L, Martini MB, Mannucci PM. Integrated care: easy in theory, harder in practice? Internal and Emergency Medicine 2022;17:3–6. <https://doi.org/10.1007/s11739-021-02830-9>

Heikkilä R, Lammintakanen J, Laulainen S, Noro A. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen asiakas- ja palveluohjauksen eri vaiheissa. Focus Localis 2022; 50(1):5–23.

Hirdes J, Poss J, Curtin-Telegdi N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. BMC Medicine 2018;6:9.

Juujärvi S, Sinervo T, Laulainen S, Niiranen V, Kujala S, Heponiemi T, Keskimäki I. Sote-ammatilaisten yhteinen osaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa. Päätösten tuoksi. Helsinki: THL, 2019.

Kettunen, M. IkäOpastin asiakasohjaus Kymenlaakossa. Periaatteet ja toimintamalli. Sosiaali- ja terveysministeriön raportti 54/2018.

Noro A, Karppanen S. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportti 29/2019.

Ristolainen H, Roivas P, Mustonen E, Hujala A. Asiakaslähtöinen asiakasohjaus. Teoksessa Hujala A, Taskinen H (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press. Tampere, 241–266.

THL 11.12.2023-a. Tietoa RAI-järjestelmästä. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-valineisto>

THL 9.2.2024-b. Suositus RAI-arviointivälineistön käyttöön iäkkäiden asiakasohjauksessa. <https://thl.fi/aiheet/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-valineisto/suositus-rai-arviointivälineiston-kayttoon-iakkaiden-asiakasohjauksessa>

Vähäkangas P, Niemelä K, Mäkelä M, Noro A. Ikäihmisen palveluntarve ja palveluihin ohjautuminen. RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Raportti 13/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Tämän julkaisun viite:

Heikkilä R, Salomaa S, Aaltonen M (2024) Paljon palvelua tarvitsevien iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittaminen Kainuun asiakas- ja palveluohjauksessa. Tutkimuksesta tiiviisti 17/2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-408-295-2 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-295-2>