

Johanna Sinkkonen & Tiina Palmu
Järvenpään kaupunki

Intensiivisellä tuella kohti itsenäisempää asumista Järvenpäässä vaikuttavia tuloksia asiakkaan elämänlaatuun ja kaupungin kokonaistalouteen

Ikääntyneiden määrä kasvaa Järvenpäässä seuraavien 20 vuoden ajan tasaisesti. Nykyisellä toimintatavalla ikääntyneiden palvelujen tuottaminen on jatkossa haasteellista, ellei mahdotontakin, talous- ja henkilöstöressurssien niukkuuden vuoksi. Haaste synnytti kaupungissa vahvan halu löytää vaikuttava uusi toimintamalli, jolla voidaan vaikuttaa kuntalaisten toimintakyvyn ja itsenäisyyden säilymiseen sekä kotona asumisen tukemiseen. Visiona oli, että tehokkaalla, intensiivisellä ja oikea-aikaisella tuella voidaan kuntalaisen omaa osallisuutta, voimavaroja ja aktiivisuutta vahvistaa niin, että näköpiirissä olevien palvelujen tarve siirtyy, vähenee tai poistuu kokonaan. Ensimmäiset tulokset noin vuoden kehittämistyön ajalta ovat erittäin rohkaisevia: voimavaralähtöisellä intensiivisen tuen toimintamallilla voitiin vaikuttaa merkittäväällä tavalla sekä ikääntyneen elämänlaatuun että kaupungin kokonaistalouteen.

Kehittämistyön taustalla kasvavat talous- ja henkilöstöhaasteet

Valtakunnallisena ikäpoliittisena linjauksena on tukea ja mahdollistaa ikääntyvien ja muiden tukea tarvitsevien asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Järvenpään väestösuunnitteen mukaan ikääntyneiden määrä kasvaa kaupungissa seuraavien 20 vuoden ajan, voimistuen vuoden 2020 jälkeen. Tämä tarkoittaa, että erityisesti kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen tarve lisääntyy merkittävästi tulevien vuosien aikana. Väestösuunnitteen mukaan yli 75-vuotiaiden määrän arvioidaan kotihoidossa kolminkertaistuvan ja tehostetun ympärivuorokautisen palveluasumispaikkojen tarpeen kaksinkertaistuvan vuoteen 2035 mennessä. Nämä palvelutarpeen kasvut tarkoittaisivat keskimäärin lähes 1 miljoonan euron lisämäärärahaa vuosittain siitäkkin huolimatta, että Järvenpäässä ikääntyneiden palvelurakenne on Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatusuosituksen mukainen ja kotona asumisen palveluita on kehitetty määrätietoisesti. Jotta tähän kasvavaan palvelutarpeeseen pystytään vastaamaan lisäämättä kestävämmällä tavalla kustannuksia, luotiin Järvenpään kotona asumista tukeviin palveluihin uudenlainen monialainen toimintamalli, missä asiakas sekä hänen verkostonsa ja läheisensä ovat aiempaa aktiivisemmassa roolissa.

Tavoitteena voimaantunut asiakas

Kehittämistyön taustalla oli visio siitä, että tehokkaalla, oikein kohdennetulla ja intensiivisellä määrää-aikaisella tuella voidaan ikääntyneen omaa toimintakykyä ja itsenäisyyttä vahvistaa tietyissä asiakasryhmissä niin, että näköpiirissä olevien palvelujen tarve siirtyy, vähenee tai poistuu kokonaan. Aiemmin henkilöstön huomio on keskitetty asiakkaan ongelmien ratkaisemiseen, ja asiakas on jäänyt liian usein varsin passiiviseksi palvelunsaajaksi. Nyt yhdessä henkilöstön kanssa käännettiin huomio ikääntyneen asiakkaan sekä hänen verkostojensa kykyihin, motivaatioon, osaamiseen, osallisuuteen ja aktiiviseen toimijuuteen. Asiakkaalle pyrittiin varmistamaan oikea-aikainen, varhainen ja vahvasti omatoimisuutta tukeva kohtaaminen, missä toteutuu asiakkaan ja hänen läheisverkostonsa aito osallisuus ja kuulluksi tuleminen. Yhdessä haluttiin löytää keinoja, joiden avulla asiakas voi jatkaa mahdollisimman laadukasta ja antoisaa elämää omassa kodissaan toimintakyvyn heikkenemisestä tai tuen tarpeen kasvamisesta huolimatta.

Keskeisiä kehittämistyön kysymyksiä olivat:

- 1) Mitä tapahtuu, jos asiakkuutta tarkastellaan voimaantumisen näkökulmasta?
- 2) Millä keinoilla ikääntyneen ja muun tukea tarvitsevan kuntalaisen palvelutarpeeseen voidaan vaikuttaa tuloksellisesti ja pitkäaikaisesti?

Voimaannuttamisen näkökulma asiakkuuteen

Uuden voimavaralähtöisen toimintamallin ideointi käynnistettiin johtotiimin, esimiesten ja henkilöstön työpajoissa joulukuussa 2014. Työpajoissa käsiteltiin asiakkuutta sosiaali- ja terveystalvissa, voimavaralähtöisen ajattelun perusteita sekä toimivia toimintamalleja Suomesta ja muualta maailmalta. Lisäksi THL toi ajantasaista tietoa ikääntyneiden tilasta ja palvelujen laadun kehittämistarpeista Järvenpään kaupungista ja valtakunnallisesti. Saadun laajan tiedon pohjalta luotiin pohjaideologia voimaannuttavan asiakkuuden näkökulmasta sekä voimavaralähtöisyyden merkityksestä asiakas kohtaamisessa ja palvelujen suunnittelussa.

Perinteisesti palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi on keskittynyt asiakkaan elämän puutteisiin ja ongelmiin, joihin voidaan palvelujen ja tuen avulla vastata. Uudessa näkökulmassa lähdetään liikkeelle asiakkaan omasta näkemyksestä hänen elämästään ja motivaatioon sekä tavoitteista, joihin hän on valmis sitoutumaan. Keskustelu asiakkaan kanssa lähtee liikkeelle kysymyksistä ”Missä näet itsesi (esimerkiksi) puolen vuoden päästä?” ja ”Millaisia asioita tulisi tapahtua, että tähän pääseminen olisi mahdollista?”.

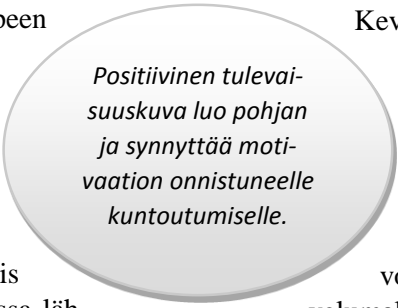
Näin asiakkaan ääni tulee uudella tavalla esiin ja hänen tilanteeseensa nähdään positiivisen tulevaisuuskuvan kautta. Toiveikas näkymä tulevasta luo pohjaa kuntoutumiselle sekä motivoi omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen. Asiakas sitoutuu yhdessä laadittuun suunnitelmaan paremmin, kun hän on itse voinut piirtää oman elämänsä tulevaisuuskuvan omin sanoin. Keskeistä on myös, että omaiset ja läheiset kuulevat asiakkaan toiveen hänen omasta elämästään ja tulevaisuudestaan.

Kun tulevaisuuskuva ja tavoite ovat selvillä, tarkastellaan yhdessä kokonaisvaltaisesti asiakkaan voimavaroja, joita hänellä on tämän tavoitteen ja tulevaisuuskuvan saavuttamiseksi. Apuna arvioinnissa käytetään erilaisia välineitä (RAI-toimintakykyarviointi, voimavarakartta ja voimavarapiirakka). Tämän pohjalta yhdessä sovitaan, millaisin askelin asiakas etenee kohti tavoitetta ja millaisia asioita hän itse tekee tavoitteen saavuttamiseksi. Sitten keskustellaan läheisten, omaisten ja muun verkoston voimavaroista ja

roolista tavoitteen toteutumiseksi. Viimeisenä arvioidaan, millaista tukea asiakas tarvitsee edellisten lisäksi intensiivijakson aikana kaupungin intensiivitiimiltä.

Intensiivisessä toimintamallissa moniammatillinen lähestymistapa

Lähtökohtana kehittämistyössä oli, että asiakas voi intensiivisen tukijakson (noin 4 viikkoa) jälkeen jatkaa asumista omassa kodissa mahdollisimman oma-toimisesti, itsenäisesti, toimintakykyisenä ja voimaantuneena. Olennaista oli siis löytää keinoja, joiden avulla asiakas todella voimistuu ja saa luottamusta siihen, että hän pärjää ja viihtyy hyvin kotonaan.



Positiivinen tulevaisuuskuva luo pohjan ja synnyttää motivaation onnistuneelle kuntoutumiselle.

Keväällä 2015 ideoinnin ja suunnittelun jälkeen lähdettiin Järvenpäässä kokeilemaan uudenlaista intensiivistä, määräaikaista ja tehokasta palvelumallia, jossa jokaisella asiakkaalla on yksilöllinen polku ja henkilökohtaisesti asetetut tavoitteet. Jotta uusi intensiivinen palvelumalli osattiin kohdentaa oikealle asiakasryhmälle, tunnistettiin asiakassegmentoinnin kautta neljä asiakasryhmää, joille intensiivinen ja määräaikainen tuki olisi hyödyllinen ja vaikuttava. Nämä ryhmät olivat (mukaillen Koivuniemi & Simonen 2010; Kekomäki 2010):

- pärjääjäasiakas: asiakkaalla melko pieni palvelutarve, mutta mikäli siihen ei vastata, asiakas tarvitsee kunnallista palvelua
- tukiasiakas: asiakkaan palvelutarve on moninainen ja -syinen eikä palveluohjauksen ja -tarpeenarvioinnin kautta saada yhteistä kokonaiskäsitystä asiakkaan tilanteesta ja tarpeista
- yhteistyöasiakas: asiakkaan toimintakyky on äkillisesti muuttunut esim. kaatumisen tai yleistilan laskun vuoksi
- huolenpitoasiakas: asiakkaan kotona asuminen on vaarantumassa ja siirtyminen tehostettuun palveluasumiseen on edessä.

Intensiivisen toiminnan onnistumisen lähtökohtana oli monialaisen tiimin saumaton yhteistyö, jossa asiakasta tuetaan ja kannustetaan yksilöllisesti. Työryhmässä työskenteli intensiivitiimin tiimivastaava sairaanhoitaja ja tiimin lähihoitajat sekä heidän tukenaan lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja lukuisa joukko muiden alan ammattilaisia asiakkaan tarpeen

mukaisesti (esim. muistikoordinaattori, muistihoitaja, ravitsemusterapeutti, optikko, hammaslääkäri).

Intensiivitiimin toiminta käynnistyi huhtikuussa 2015 ja kiinnostuneet kotihoidon työntekijät saivat hakea mukaan siihen. Tiimin jäseniä koulutettiin voimavara- lähtöiseen ajatteluun ja asiakkuuden uuteen näkökulmaan pääasiallisesti sisäisillä koulutuksilla (kehittämistyölle perustetun ohjausryhmän jäsenet). Tiimi loi mallin voimaannuttavan asiakkuuden näkökulmasta, intensiivijakson kokonaisuudesta ja käytettävistä välineistä yhdessä ohjausryhmän kanssa.

Asiakkaille yksilölliset jaksot

Asiakkaat ohjautuivat intensiivijaksolle pääasiassa palveluohjauksen, palvelutarpeen arvioinnin, erikoissairaanhoidon, akuuttiosaston ja päivystyksen kautta. Jakson alussa käytiin yhdessä asiakkaan kanssa tulevaisuuskeskustelu, jossa asiakas määritteli itse oman tavoitteensa. Tämän pohjalta kartoitettiin yhdessä asiakkaan ja hänen läheisverkostonsa kanssa asiakkaan voimavarat, tukiverkoston rooli ja voimavarat sekä jaksolle tuleva palvelutarve. Asiakkaalle laadittiin palvelu- ja hoitosuunnitelma, mistä ilmeni asiakkaan henkilökohtaiset voimavara- lähtöiset tavoitteet, jokaisen toimijan roolit, sovitut toimintatavat, hänelle nimetty vastuutyöntekijä sekä jakson pituus (noin 4 viikkoa). Kaikkein keskeisin rooli oli asiakkaalla.

Asiakaan tilanteen mukaan yksilöllisesti sovitun jakson aikana asiakasta motivoitiin, tuettiin ja kannustettiin käyttämään omia voimavarojaan yhdessä tukiverkoston ja omaisten kanssa. Asiakaan kanssa luotu tavoite pilkottiin pienempiin konkreettisiin päämääriin, jotta edistyminen ja kuntoutuminen tulivat näkyväksi ja loivat uskoa tulevaan ja omatoimisuuden kasvamiseen. Jakson aikana arvioitiin jatkuvasti yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteisiin pääsyä sekä toimintakyvyn edistymistä ja edistysaskeleet kirjattiin yhdessä ylös. Lisäksi asiakkaan kanssa laadittiin kuvaa hänen verkostostaan ja eri toimijoiden roolista. Yhteistyötä tehtiin aktiivisesti alueen yritysten, järjestöjen, toimijoiden ja yksityishenkilöiden kanssa asiakkaan kokonaisvaltaisen tuen mahdollistamiseksi jakson aikana ja sen jälkeen.

Yleensä jakson alussa asiakkaan kotona käytiin useammin ja pidempään kuin jakson loppuvaiheessa, jolloin asiakkaan itsenäisyys ja omatoimisuus olivat vahvistuneet. Keskeistä intensiivisen toiminnan kannalta oli monialaisen tiimin yhteistoiminta asiakkaan

tukena. Tiimin toiminta oli ympärivuorokautista yhteistyössä kaupungin kotihoidon kanssa.

Jakson loppupuolella asiakkaan ja omaisten kanssa pidettiin verkostopalaveri. Palaverissa arvioitiin yhdessä, mitä jakson aikana oli tapahtunut, mistä asioista asiakas selviytyy jakson jälkeen itsenäisesti ja läheisten turvin, millaisia tukiverkostoja asiakkaalla on jatkossa sekä mihin asioihin asiakas mahdollisesti tarvitsee kunnallisia palveluja. Palaverissa päätettiin jatkosuunnitelmasta asiakkaan kotona asumisen turvaamiseksi.

Vaikuttavia tuloksia voimaantumisessa ja taloudessa

Intensiivitoiminta osoittautui ensimmäisen vajaan vuoden toiminnan aikana (tarkastelujakso 8.4–31.12.2015) tuloksiltaan vaikuttavaksi toimintamalliksi. Kaikkien intensiivijaksoasiakkaiden kohdalla tapahtui voimaantumista ja asiakkaan elämänlaadun kohentumista. Lisäksi intensiivitoiminnan taloudelliset vaikutukset ovat olleet merkittävät. Yli 85 %:lla jakson käyneistä asiakkaista (47 asiakasta/55 asiakkaasta) palvelutarve väheni merkittävästi tai poistui kokonaan voimavarojen vahvistumisen ja asiakkaan toimintakyvyn tukemisen kautta. Näistä asiakkaista:

- 36 % asiakkaan kotihoidon käyntimäärä väheni merkittävästi (keskimäärin 1,5 vuorokaudessa)
- 43 % asiakkaan kunnallisen palvelun tarve poistui kokonaan
- 21 % asiakkaan siirtyminen tehostettuun palveluasumiseen siirtyi ja asiakas pystyi jatkamaan kotona asumista.

Jakson käyneiden asiakkaiden palvelutarpeen kehitystä seurataan 3 kk, 6 kk ja 12 kk välein jakson päätymisen jälkeen yhteydenotolla. Ensimmäiset tulokset palvelutarpeen muutoksesta saatiin vuoden 2016 alussa kolme kuukautta jakson päättymisen jälkeen, jolloin otanta alkoi olla riittävän suuri. Tuolloin 74 %:lla asiakkaista palvelutarve oli edelleen jaksolla vähentyneellä tasolla, 21 %:lla palvelutarve oli edelleen vähentynyt ja 5 % kohdalla palvelutarve oli palannut samaan tilanteeseen, mikä se oli ennen jaksoa. Näiden 95 % (74 % + 21 %) osalta kaupungille syntynyt todellinen säästö oli pelkästään 3 kk ajalta vuonna 2015 yhteensä 117 600 €. Yksittäisten asiakkaiden kohdalla säästö saattoi olla jopa 150 € vuorokaudessa.

Intensiivisen toiminnan vaikuttavuutta seurataan säännöllisesti. Vuoden 2015 kokemukset osoittavat, että toiminnalla on erittäin merkittävät vaikutukset asiakkaan elämänlaatuun, mutta myös merkittävät taloudelliset vaikutukset kaupungin kokonaistaloudessa. Koska intensiivitoiminta on alkanut vasta huh-tikuusta 2015 alkaen, on tulevien vuosille odotetta-vissa merkittävää säästöä ja vaikuttavuutta koko sote-palvelujen kokonaistalouteen.

Kehittämistyön kokeiluna syntyneen toimintamallin kokemusten perusteella voidaan todeta, että oikein kohdennetulla ja intensiivisellä toiminnalla saavute-taan merkittäviä tuloksia. Asiakkaan oma motivaatio ja kuva tulevaisuudesta ovat keskeisiä tekijöitä onnis-tuneessa kuntoutumisessa ja toimintakyvyn parantu-misessa. Asiakkaan omien voimavarojen löytäminen vaikeassakin elämäntilanteessa tukee aktiivisuutta ja omatoimisuutta sekä lisää halua selviytyä mahdolli-simman itsenäisesti. Lisäksi kohdentamalla rajalliset resurssit oikea-aikaisesti, suunnitelmallisesti ja oike-alle asiakasryhmälle, voidaan kokonaistaloudellisesti saada aikaan merkittäviä tuloksia sekä asiakkaiden elämänlaatuun että kaupungin kokonaistalouteen.

Kohdentamalla resursseja tehokkaaseen ja vaikutta-vaan toimintaan oikea-aikaisesti, saadaan aikaan merkittäviä tuloksia sekä asiakkaiden elämänlaatuun että kaupungin kokonaistalouteen.

Keskeistä on tunnistaa asiakasryhmät, joille intensii-visellä palvelulla synnytetään vaikuttavuutta.

Intensiivijakso pysyväksi osaksi Järven-pään kaupungin palvelurakennetta

Luodun intensiivisen tuen toimintamallin ja sitä tuke-vien työvälineiden myötä asiakas nähdään osaavana, pystyvänä ja aktiivisena toimijana, joka voimaantuu oikea-aikaisen ja riittävän tuen avulla. Hänellä on pal-jon myös sellaisia voimavaroja, joita hän ei itse heik-kona hetkenä näe, mutta jotka saadaan näkyviksi, kun lähtökohtana ovat hänen omat toiveensa ja motivaati-onsa suhteessa tulevaisuuteen. Kun näkökulma suun-nataan ongelmien ja puutteiden sijaan positiivisiin kykyihin ja aktiiviseen toimijuuteen, asiakas ja hänen läheisverkostonsa sitoutuvat jaksoon vahvemmin ja sen vaikuttavuus kasvaa.

Järvenpäässä uusi toimintamalli on vakiinnutettu osaksi palvelurakennetta. Uusi toiminta on vahvista-nut kuntalaisten terveyttä, osallisuutta sekä ennalta-ehkäissyt kotiin jäämistä ja syrjäytymistä. Toiminta tukee itsenäisyyttä, toimintakykyä sekä merkittävällä tavalla vähentää asiakkaan tarvitsemien palvelujen määrää. Näin se synnyttää säästöä palvelukustannuk-sissa, jotka voidaan kohdentaa vaikuttavaan ja laa-dukkaaseen palveluun ja hoitoon.

Voimavaralähtöinen kotona asumisen malli on herät-tänyt myös erittäin laajaa mielenkiintoa kaupungin si-sällä, alueellisesti ja valtakunnallisesti. Malli on sel-laisenaan tai kontekstiin muutettuna siirrettävissä kai-kille sosiaali- ja terveydenhuollon alueille. Mallissa asiakkaan voimaantumisen, osallisuuden, aktiivisuu-den ja toimijuuden vahvistamisen kautta voidaan kai-kissa kaupunkimme yksiköissä, muissa kunnissa ja sote-palvelujen piirissä saada merkittäviä elämänlaa-dullisia ja taloudellisia vaikutuksia aikaan.

Lisätietoja:

Johanna Sinkkonen, koti- ja erityisasumisen johtaja
Tiina Palmu, kotihoidon päällikkö
etunimi.sukunimi@jarvenpaa.fi