

Kärkihanke

**KEHITETÄÄN IKÄIHMISTEN KOTIHOITOA
JA VAHVISTETAAN KAIKENIKÄISTEN OMAISHOITOA**

Hankesuunnitelma - luonnos 25.02.2016

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
1 KÄRKIHANKKEEN TAVOITTEET JA ODOTETUT TULOKSET	6
1.1 Taustaa	6
1.2 Tavoitteet	6
1.3 Odotetut tulokset	8
2 UUDISTUSTA OHJAAVAT LINJAUKSET JA PERIAATTEET	9
3 I&O MUUTOSOHJELMAN KESKEINEN SISÄLTÖ	13
3.1 Iäkkäiden yhteen sovitettu palvelukokonaisuus alueellisena toimintamallina	13
3.2 Iäkkäiden kotihoidon toimintamallien kehittäminen	15
3.3 Omais- ja perhehoidon toimintamalli	16
3.4 Muutoksen tuki ja kohdennettu ohjaus	17
3.5 Seuranta ja arviointi	18
4 VIESTINTÄ JA VAIKUTTAMISSUUNNITELMA	20
5 RISKIANALYYSI	21
6. JATKOTOIMENPITEET	21
7 TAUSTOITUSTA KÄRKIHANKKEELLE	22
7.1 Iäkkäiden palvelujen kokonaiskuva	22
7.2 Omais- ja perhehoidon kokonaiskuva	22
LIITTEET	26
Liite 1. Keskeisiä käsitteitä	26
Liite 2. Poikkihallinnollinen ja yhteinen työ kärkihankkeen toimeenpanossa	28
Liite 3. Taustoittavia tilastoja	30

Tiivistelmä

Hallituksen kärkihanke: **Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa.**

Vastuuministeri: Perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehula, STM.

Kärkihankkeen tavoitteena on kehittää ikäihmisille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut. Hankkeen toimeenpanon läpileikkaavina ajureina ovat iäkkäiden osallisuuden lisääminen, digitalisaation potentiaalin hyödyntäminen, tiedolla johtaminen sekä poikkihallinnollinen yhdessä tekeminen. Myös toimintaympäristössä tapahtuva nopea muutos, kuten maahanmuutto, on toimeenpanossa huomioon otettava tekijä. Kärkihankkeen toteuttamiseen on käytettävissä yhteensä 30 miljoonaa euroa vuosille 2016–2018.

Kärkihanketta toimeenpannaan toimintaympäristössä, jossa on meneillään koko palvelujärjestelmän muuttava sote- ja aluehallintouudistus. Palveluiden järjestäminen on siirtymässä tulevien maakuntien vastuulle. Uudistuksessa asiakkaiden valinnanvapautta lisätään ja muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja rahoitusta. Kärkihanke tukee palvelujärjestelmän uudistusta tuottamalla osaltaan sisältöä uusiin rakenteisiin.

Iäkkäiden palveluja uudistetaan ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki 980/2012) toimeenpanoa vahvistaen sekä tutkimusten esiin nostamia laatu puutteita korjaten. Kärkihankkeen kärjet ovat a) alueellisen palvelukokonaisuuden ja keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen toimintamallin muodostamisessa, b) iäkkäiden tuen ja palvelujen, erityisesti kotihoidon, sisällön sekä kotihoidon ensisijaisuutta painottavan palvelurakenteen uudistamisessa sekä c) omais- ja perhehoidon vahvistamisessa ja näiden palveluvaihtoehtojen houkuttelevuuden lisäämisessä. Lasten ja nuorten omaishoidon malleja kehitetään yhteistyössä Lasten ja perheiden palvelujen muutosohjelma -kärkihankkeen kanssa.

Iäkkäiden palvelukokonaisuuden toteutus rakentuu seuraavista:

1. otetaan käyttöön ja juurrutetaan kaikissa maakunnissa iäkkäiden integroitu palvelukokonaisuus ja nopeutetaan kohdennetulla ohjauksella jo hyvin alkanutta kehitystyötä; tässä hyödynnetään jo määriteltyjä ja mallinnettuja alueellisia palvelujenkokonaisuuksia
2. luodaan ja kokeillaan keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen mallia, joka helpottaa neuvoa, apua, tukea ja palveluja hakevien elämää sekä koordinoi ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan.

Iäkkäiden kotihoidon kehittämiseksi

3. luodaan, kokeillaan ja juurrutetaan kotihoidon ja muiden kotona asumista tukevien palvelujen sisältöä kehittäviä toimintamalleja

Omais- ja perhehoidon tueksi järjestetään

4. valmennusta omais- ja perhehoitajille
5. hyvinvointi- ja terveystarkastuksia omais- ja perhehoitajille
6. kuntoutusta sekä omais- ja perhehoitajille että hoidettaville
7. monipuolisia vapaiden sijaistuksia sekä
8. perustetaan alueellisia omais- ja perhehoidon keskuksia.

Kehitetyt ja juurrutettavat toimintamallit mallinnetaan (STM, THL) ja haku kokeiluihin avataan. Kokeilut alkavat lokakuussa 2016. Kokeilujen ja alueellisen toimeenpanon seurannassa hyödynnetään olemassa olevia seurantaindikaattoreita, kootaan erillisiä seuranta- ja arviointiaineistoja ja arvioidaan toimintaprosessien onnistumista koko hankkeen ajan. Hankkeesta viestitään laajasti eri medioita käyttäen kaikille relevanteille osallisille. Hankkeen toteuttamiseen liittyvät riskit on analysoitu ja niihin varaudutaan ennakolta. Kärkihankkeen toteuttamisesta ja vaikutuksista teetetään ulkoinen arviointi.

Tulevaisuus tehdään nyt - Suomi 2025!

Digitalisaatio, eriarvoistuminen, väestön ikärakenteen muutos ja maahanmuuton lisääntyminen sekä julkisten palvelujen murros ovat tekijöitä ja trendejä, jotka muuttavat yhteiskuntaa pysyvästi. Sosiaalinen ja kulttuurinen monimuotoisuus lisääntyy, ihmisten tarpeet moninaistuvat ja muuttuvat myös ajassa. Alueellinen keskittyminen ja kaupungistuminen ovat trendeinä todennäköiset, mutta edelleen palvellaan myös haja-asutusalueiden ihmisiä.

Toimintaympäristössä sosiaali- ja terveydenhuolto ovat integroituneet, ja mahdollisuutemme saada tarvittava sote -tieto oikeaan aikaan ja paikkaan ovat ratkaisevasti parantuneet. Toimintaympäristö on digitalisaation lävistämä, jossa mm. automatisaation ja robotiikan eteneminen luo jatkuvasti uusia mahdollisuuksia, mutta myös uhkia.

- *lääkäiden palvelurakenteessa ensisijaisia ovat kotona asumista tukevat ja varhaista tukea ja kuntoutusta tarjoavat palvelut, joita tuottamassa on laaja kirjo erilaisia toimijoita. Lääkäiden tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ml. päivystys- ja erikoissairaanhoido, ovat joustavasti ja asiakkaan palvelutarpeen mukaan kohdennettuja ja koordinoituja, ja niiden vaikuttavuutta arvioidaan säännöllisesti. Kotona asumista tukeviin palveluihin luotetaan ja ne ovat vetovoimaisia.*

Toimintaympäristössä

- *iäkkäät ihmiset nähdään yhteiskunnan arvostettavana voimavarana*
- *yhä useampi asiakas on iäkäs ihminen*
- *kotona asumista tukevat palvelut ovat palvelujen kehittämisessä ja -rakenteessa ensisijaisia*
- *iäkkäät henkilöt saavat oikea-aikaista ohjausta omien palvelutarpeidensa ratkaisemiseksi, heillä on mahdollisuus käyttää valinnanvapautta ja osallistua omien palvelujensa suunnitteluun*
- *paljon palveluja tarvitsevien iäkkäiden henkilöiden palvelukokonaisuus on koordinoitu osana asiakas-/palveluohjausta ja heille on osoitettu palvelukoordinaattori*
- *yhä useampi asiakas on tilanteessa, jossa hänen ongelmansa ovat monikerroksiset, osin jo ylisukupolviset, ja jotka voidaan ratkoa vain monien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteisenä työnä*
- *sairauksien kirjo on moninaistunut ja haastaa ammattilaisten osaamisen*
- *ammattilaisten roolina on yhtäältä terveys-/hyvinvointivalmentajan rooli, jossa toimien tarjotaan tukea hyvinvoinnin ylläpitoon, kuten omahoitoon, kulloinkin optimaalisen terveyshyödyn ja toimintakyvyn lisäämiseksi, ja toisaalta, turvataan hyvä saattohoito elämän loppuvaiheessa*
- *omais- ja perhehoitajia on enemmän ja nämä palvelumuodot ovat ratkaisevasti yleistyneet*
- *palveluympäristönä on yhä useammin asiakkaan/potilaan koti*
- *hoitajaksot sairaaloissa ovat yhä lyhempiä, jolloin erityisenä kehittämisen kohteena ovat asiakkaan siirtymävaiheet, ns. harmaat alueet, joissa ovat suurimmat laadun ja vaikuttavuuden uhat*
- *työn ja johtamisen tukena käytetään näyttöä nykyistä enemmän*
- *maakunnat, kunnat ja niiden asuinalueet ovat ikäystävällisiä.*

1 KÄRKIHANKKEEN TAVOITTEET JA ODOTETUT TULOKSET

1.1 Taustaa

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen kärkihankkeiden tavoitteena on juurruttaa pysyviä uudistuksia 3-vuotisten investointien turvin. *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (jatkossa I&O)* -kärkihankkeessa kehitetään ikäihmisille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut. Kärkihankkeen toteuttamiseen on käytettävissä yhteensä 30 miljoonaa euroa vuosille 2016–2018.

Kärkihanketta tarvitaan sen vuoksi, että iäkkäiden palvelujärjestelmä on pirstaleinen, sen rakenne ei ole uudistunut kansallisten tavoitteiden mukaiseksi, hyvät käytännöt ovat levinneet hitaasti ja alueelliset erot pysyneet suurina. Tästä syystä iäkkäiden tarpeisiin ei vastata yhdenvertaisesti ja nykyinen palvelurakenne on myös kustannuksiltaan kallis. Iäkkäiden palveluiden rakenteiden ja sisältöjen uudistaminen on välttämätöntä.

Omaishoidon tuen laajasta käytöstä huolimatta se toteutuu alueellisesti vaihtelevasti, tukipalveluja tarjotaan liian vähän ja ne ovat yksipuolisia. Omaishoitajien vapaiden järjestäminen on puutteellista ja sijaisjärjestelyt eivät vastaa asiakkaiden tarpeita. Perhehoito ei ole vakiintunut osaksi palvelujärjestelmää, vaikka siinä on lisäyspotentiaalia erityisesti iäkkäiden osalta.

Kärkihankkeessa uudistetaan iäkkäiden palveluja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki 980/2012) toimeenpanoa vahvistaen sekä tutkimusten esiin nostamia laatupuutteita korjaten.

Kärkihanketta toimeenpannaan toimintaympäristössä, jossa meneillään on koko palvelujärjestelmän muuttava sote- ja aluehallintouudistus. Uudistuksessa asiakkaiden valinnanvapautta lisätään ja muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja rahoitusta. Kärkihankkeeseen tuetaan uudistusta tuottamalla osaltaan sisältöä uusiin rakenteisiin. Hankkeen aikaisissa kokeiluissa vaikuttaviksi osoittautuvat toimintatavat juurrutetaan alueellisten tarpeiden pohjalta kohdennetulla ohjauksella erilaisiin toimintaympäristöihin. Uusilla toimintakäytänteillä varmistetaan pysyvällä rahoituksella järjestettävien palveluiden tehokas toteuttaminen.

1.2 Tavoitteet

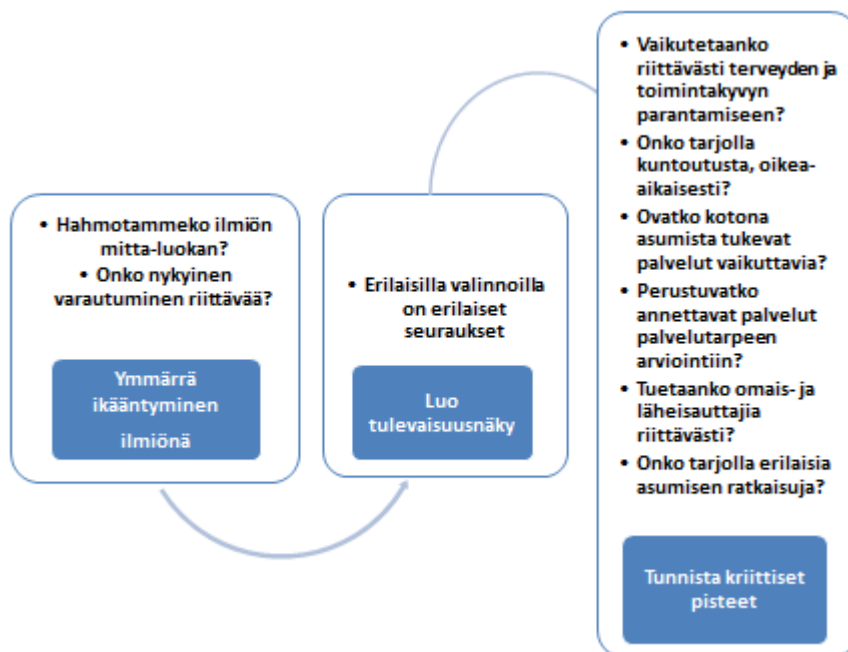
Kärkihankkeen tavoittelemien muutosten toteutumisen edellytys on, että ymmärrämme väestön ikärakenteen muutosta ilmiönä ja sen mittaluokan. Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on yksi tärkeimpiä varautumistoimia ikääntyvässä Suomessa. Koska jokainen ikäihminen asuu jossakin kunnassa, ratkaiseva osuus arjen sujuvuuteen ja pärjäämisen edellytyksiin riippuu siitä, kuinka hyvin kunta vastaa kuntalaisten hyvinvoinnista (mm. asuntopolitiikka, lähipalvelut, kulttuuri-, liikunta-, vapaa-ajan ja koulutuspalvelut, järjestöjen ja yhdistysten tuki, liikennesuunnittelu, kaavoitus,

kuljetuspalvelut ts. kuinka ikäystävällinen kunta on). Kuntien elinkeinopolitiikka yritystoiminnan edistämisessä on myös tärkeässä asemassa.

Hyvän vanhuuden turvaaminen edellyttää myös rakenteiden muuttamista, sillä nykyisenkaltaisen palvelujärjestelmän ylläpitäminen ei ole taloudellisesti kestäväällä perustalla. Palvelujen rakennemuutoksen onnistuminen edellyttää puolestaan niin palvelujen sisällöllistä remonttia kuin iäkkäiden parissa toimivien osaamisenkin kehittämistä ja laajaa yhteistyötä.

Muutoksen keskiössä on yhteinen näkemys asiaintilasta – yhteinen tilannekuva siitä, mitä tavoitellaan, millä perusteilla ja miten muutos tehdään. Tavoitteiden asettamisen tueksi on käytettävissä paljon ”täsmätietoa”. Palveluita järjestävän tahon on voitava vastata kysymyksiin

- vaikutetaanko nykyisillä ja suunnitelluilla toimilla riittävästi iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen?
- onko tarjolla oikea-aikaista kuntoutusta?
- onko kotiin annettavien palvelujen valikko vaikuttavaksi osoitettu?
- tuetaanko omais- ja läheisauttajia sekä perhehoitajia riittävästi?



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 kuormittavat, ellei iäkkäiden piilevää palvelutarvetta tunnisteta ja arvioida ajoissa. Sairaalaan 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 kokonaiskoordintointi on erityisen tärkeässä asemassa iäkkäiden palveluiden kokonaisuudessa.

Kärkihankkeessa luodaan tutkimusten, kehittämishankkeiden ja kokeilujen tuloksia hyödyntäen yhdessä iäkkäiden, asiakkaiden, kuntien, palvelun järjestäjien ja julkisten ja yksityisten palveluntuottajien, järjestöjen ja seurakuntien kanssa, iäkkäiden palvelujen kokonaisuus, joka on asiakaslähtöinen, kustannusvaikuttava ja hyvin yhteen sovitettu. Uudistetussa rakenteessa kotona asumista tukevat palvelut ovat ensisijaisia ja monialainen kuntoutus nykyistä huomattavasti kiinteämpi osa kotiin tuotavien palveluiden kokonaisuutta. Kärkihankkeessa edistetään toimintakykyisyyttä ja tervettä ikääntymistä lisääviä palveluja. Lisäksi rinnalla kehitetään asumisen vaihtoehtoja ja ennakointia yhteistyössä Ympäristöministeriön kanssa.

Kärkihankkeen kärjet ovat siis

- a) alueellisen palvelukokonaisuuden ja keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen toimintamallin muodostamisessa,
- b) iäkkäiden tuen ja palvelujen sisällön, erityisesti kotihoidon, sekä palvelurakenteen uudistamisessa sekä
- c) omais- ja perhehoidon vahvistamisessa ja näiden palveluvaihtoehtojen houkuttelevuuden lisäämisessä.

Työikäisten miesten ja naisten mahdollisuuksia omaisen hoitamiseen lisätään sukupuolinäkökulma huomioiden. Omaishoidon osalta hanke kohdentuu kaikenikäisiin. Lasten ja nuorten omaishoidon malleja kehitetään yhteistyössä Lasten ja perheiden palvelujen muutosohjelma -kärkihankkeen kanssa.

1.3 Odotetut tulokset

Kärkihankkeen määräaikainen rahoitus tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden toteuttaa rakennemuutos tehokkaasti: vahvalla kansallisella kohdennetulla ohjauksella ja tietoon perustuvalla johtamisella ja yhdessä toimien, eri toimijoiden asiantuntijuus ja kokemukset hyödyntäen. Näiden tueksi on nyt ensi kertaa käytettävissä kattava tietoperusta. Kärkihankkeen toimenpidekokonaisuus on määräaikainen investointi, jolla varmistetaan pysyvä muutos, toiminnan tehostumisesta saatavat säästöt sekä kustannusten kasvun hillintä.

Hanke rakentaa ikäystävällistä yhteiskuntaa, jossa iäkkäiden on hyvä elää ja asua.

Kärkihankkeen päätyttyä vuonna 2019

1. Iäkkäiden osallisuus on lisääntynyt ja heidän vaikuttamismahdollisuutensa maakunnissa ovat turvatut.
2. Iäkkäille ihmisille uudistus on tuonut enemmän yhdenvertaisuutta, parempia ja joustavammin kohdennettuja palveluja ja vähentänyt ympärivuorokautisen (tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido) hoidon tarvetta. Tähän on vaikuttanut erityisesti toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän toiminnan ja palvelujen lisääntyminen.
3. Iäkkäiden yhteensovitettu palvelukokonaisuus on juurtumassa alueille - kokonaisuudessa kotona asumista tukevat palvelut ovat ensisijaisia ja asumisvaihtoehtojen kirjo monipuolistunut.
4. Yhteensovitetun palvelukokonaisuuden keskiössä on keskitetty asiakas-/palveluohjaus, jota hyödyntäen voidaan nykyistä paremmin kohdentaa iäkkäille heidän arvioituja tarpeitaan vastaavia palveluja, joita tuottamassa

on julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia, järjestöjä, seurakuntia ja erilaisia vapaaehtoistoimijoita.

5. Asiakas-/Palveluohjauksen keskeinen tehtävä on koordinoita iäkkään henkilön palvelukokonaisuutta ja arvioida sen vaikuttavuutta. Asiakas-/palveluohjaus toimii tiiviissä yhteistyössä eri palvelujen kanssa. Palveluprosessit ja tiedonkulku perus- ja erikoistason sairaalahoidon ja päivystyspalvelujen kanssa on sujuvaa.
6. Kotihoidon ja kotona asumista tukevien palvelujen sisältö on muuttunut niin, että toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviä toimintamalleja on käytössä kattavasti. Kotihoidon prosessit ovat tehostuneet ja joustavoituneet.
7. Kotona asumista tukevat lääkäripalvelut ovat toimivia ja kotiin on tarjolla sekä kotisairaalapalveluja että saattohoitoa tukevia palveluja.
8. Omais- ja perhehoitajien sekä heidän hoidossaan olevien henkilöiden hyvinvointi ja yhdenvertaisuus ovat parantuneet. Omaishoitoa tukevat monipuolistuvat palvelut vastaavat paremmin erilaisten omaishoitoperheiden tarpeisiin.
9. Omais- ja perhehoito ovat lisääntyneet (erityisesti iäkkäiden perhehoito) ja nämä ovat palvelumuotoina vakiinnuttaneet osuutensa palvelujen rakenteessa. Tämä on vaikuttanut ympärivuorokautisen hoidon (tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido) tarpeeseen vähentävästi.
10. Uudistuksen toimenpiteet ovat lisänneet omais- ja perhehoidon houkuttelevuutta ja helpottaneet työikäisten omaishoidon ja työssäkäynnin yhteen sovittamista.
11. Omais- ja perhehoidon keskuskeskukset ovat toiminnassa kattavasti eri puolilla Suomea.

2 UUDISTUSTA OHJAAVAT LINJAUKSET JA PERIAATTEET

I&O -kärkihankkeen uudistusta ohjaavat linjaukset, niistä johdetut tavoitteet ja keinot varmistavat, että hallitusohjelman kirjaukset yhdenvertaisuuden paremmasta toteutumisesta, palvelujen paremmasta koordinaatiosta ja kustannusten kasvun hillitsemisestä toteutuvat. Ikääntynyt väestö ja eri palvelujen asiakkaat ovat uudistuksen keskiössä ja osallistuvat sekä omien palveluidensa suunnitteluun ja toteuttamiseen omien voimavarojensa mukaan että palvelujen kehittämiseen sekä asumisen vaihtoehtojen suunnitteluun. Keskeisiä käsitteitä on avattu liitteessä 1.

Läpileikkaavina teemoina ovat iäkkäiden osallisuuden lisääminen, poikkihallinnollinen yhdessä tekeminen, digitalisaatio ja tiedolla johtaminen. Toimintaympäristön muutokset, kuten maahanmuutto, otetaan huomioon kehittämisessä.

Iäkkäiden osallisuus kärkihankkeessa

Kärkihankkeen läpileikkaavana periaatteena on iäkkäiden osallisuuden monimuotoinen turvaaminen niin, että iäkkäiden ihmisten ääni kuuluu kehittämisessä. Osallisuuden turvaamiseksi on kehitetty hyviä käytäntöjä ja niitä otetaan hankkeessa käyttöön. Hankkeessa edistetään sellaisten käytänteiden syntyä, joissa eri toimijat ja eri ikäpolvet kohtaavat toisensa ja voivat oppia toinen toisiltaan.

lääkäiden osallisuus tarkoittaa myös omaa vastuuta omasta terveydestä ja toimintakyvyn ylläpitämisestä, ja valintoja, joita jokainen tekee ja joilla on vaikutusta omaan ikääntymiseen. Asennemuutosta tarvitaan kaikissa ikäryhmissä, jotta ikääntyminen nähtäisiin normaalina, elämään kuuluvana vaiheena, johon pitää varautua monella tavalla. lääkäiden osallisuutta edistetään myös kehittämällä valinnanvapautta tukevia toimintamalleja.

Yhteisiä foorumeita iäkkäiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa ovat mm.:

- säännölliset tapaamiset vanhusneuvostojen kanssa sekä
- yhteistyö hanketta varten luotavien asiakas-/kansalaisraatien sekä
- olemassa olevien raatien, kuten Muistiaktiivien¹ ja omaishoidon asiakasraatien, kanssa.

Kärkihankkeen perusluonteinen lähtökohta on näkemys siitä, että iäkkäät ihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä. Joukossa on hyvin eri-ikäisiä (tällä hetkellä 63–110 -vuotiaita) ja erilaisia miehiä ja naisia, joista suuri osa on varsin terveitä ja hyväkuntoisia. Vain joka neljäs 75 vuotta jo täyttäneistä käyttää säännöllisiä palveluja. On aktiivisia ”harmaita panttereita” ja niitä iäkkäitä ihmisiä, jotka eivät toimintakykynsä rajoitteiden tai vammaisuutensa vuoksi pysty osallistumaan yhteisönsä ja yhteiskunnan toimintoihin ilman tukea. On hyväosaisia ja syrjäytyneitä. On myös erilaisiin vähemmistöihin kuuluvia sekä etniseltä taustaltaan erilaisia iäkkäitä. Ikäystävällinen yhteiskunta ottaa huomioon moninaisuuden kirjon toiminnassaan ja mahdollistaa erilaisen osallisuuden.

Poikkihallinnollinen yhteistyö kärkihankkeessa

Hankkeessa merkittäviä yhteistyökumppaneita ovat palvelujen järjestäjät kunnat/alueet, julkiset ja yksityiset palveluntuottajat, t&k –toimijat, moninainen järjestötoimijoiden joukko sekä ennen kaikkea iäkkäät sekä omais- ja perhehoitajat, jotka ovat mukana hankkeessa em. tavoin. Ministeriöiden välistä yhteistyötä tiivistetään merkittävällä tavalla.

Ikäihmisten kotihoidon lisäämistä ja kaikenikäisten omaishoitoa koskeva kärkihanke toteutetaan yhteistyössä hallituksen muiden kärkihankkeiden kanssa, erityisesti huomioon ottaen

- Sosiaali- ja terveystieteiden uudistus, aluehallintouudistus (STM)
- Palvelut asiakaslähtöiseksi (STM)
- Lasten ja perheiden palveluiden muutosohjelma (STM)
- Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta (STM)
- Digitalisaatiohankkeet (VM, LVM, STM)
- Kuntien tehtävien ja veloitteiden vähentäminen (VM)
- Kokeilukulttuurin käyttöönotto ja avoin hallinto (VM, VNK).

Sote -palvelujen siirtyminen maakuntien järjestämisvastuulle, asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen ja näistä muutoksista aiheutuva kuntien tehtävien muutos luovat monituottajaisille palveluille uudenlaisen toimintaympäristön, jossa palvelujen yhteensovittamiselle on aivan uudenlainen tarve. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja asuminen ovat kokonaisuuksia, jotka jäävät edelleen

¹ Muistiliitto: Muistisairauksiin sairastuneiden ja omaisten asiantuntijaryhmä; lisätietoa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/tietoa-muistiliitosta/sairastuneiden-ja-laheisten-tyoryhma/>

kuntien tehtäviksi. Kyseessä on suuri, monia hallinnonaloja koskeva muutos, joka edellyttää juuri tässä vaiheessa nykyistä vahvempaa kansallista ohjausta ja määrääikaista satsausta palvelukokonaisuuden luomisen, mallintamisen ja kuntakokeilujen mahdollistamiseksi. Eri ministeriöt (liite 2) ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita hankkeessa, sillä lähes kaikilla on vireillä toimintaa, joka osaltaan turvaa iäkkäiden kotona asumista ja luo edellytyksiä omais- ja perhehoidon lisäämiselle.

Uudistus sovitetaan yhteen kaikkien muiden hallinnonalojen uudistusten kanssa, kuten

- iäkkäiden kotona elämistä tukeva asumisen vaihtoehtojen kehittäminen edellyttää tiivistä yhteistyötä ympäristöministeriön kanssa ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelman toimeenpanossa (asuntojen esteettömyys, hissien rakentaminen, asuinympäristöjen turvallisuuteen vaikuttaminen, uudenlaisten asumisen ja palvelut yhdistävien mallien kehittäminen: muisti- ja perhehoitokylät, palvelukorttelit)
- iäkkäiden osallisuuden mahdollistaminen liikenne- ja viestintäministeriön kanssa (liikennejärjestelyt ja digitalisaatio) ja valtiovarainvarainministeriön kanssa (avoin hallinto, jossa tuetaan iäkkäiden osallisuutta, yhteiset kansalais-/asiakasraadit ym.)
- iäkkäiden turvallisuuden varmistaminen sisäministeriön (palo- ja pelastustoimi) kanssa.
- vanhuspalveluissa työskentelevien työnjaon kehittäminen on mahdollista yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön sekä työ- ja elinkeinoministeriön kanssa (mm. hoiva-avustajien koulutuksen lisääminen, osaamisen monipuolistaminen).

Digitalisaatio kärkihankkeessa

Digitalisaation merkittävin haaste tällä hetkellä on erilaisten sähköisten palvelujen ja teknologiaratkaisujen pirstaleisuus. Kehittämistyön ytimessä on tarkoituksenmukaista olla sellaisten ratkaisujen kehittäminen, joiden avulla sähköisistä palveluista ja erilaisista kotona asumista tukevista teknologiaratkaisuista saadaan muodostettua sellainen kokonaisuus, josta saatava tieto ja hyöty ovat laajasti sekä asiakkaan, omaisten että ammattilaisten käytettävissä. Näin eri tahojen voimavarat ovat parhaiten hyödynnettävissä asiakkaan parhaaksi.

Julkisten palvelujen digitalisointi on kärkihankkeessa läpileikkaava teema. Digitalisaatio ja hyvinvointitekniikan kehittyminen mahdollistavat uudentyyppisten sähköisten palveluiden käyttöönoton sekä palveluprosessien uudistamisessa että kansalaisen omahoidossa ja tietojen hyödyntämisessä. Palvelut perustuvat kansalliseen kokonaisarkkitehtuuriin, avoimiin rajapintoihin ja yhteisten tietovarantojen (Kanta, Kansa) hyödyntämiseen.

Hankkeessa hyödynnetään digitalisaation ja hyvinvointitekniikan mahdollisuuksia.

Digitalisaatio mahdollistaa onnistuessaan iäkkäille ja omaisille

- sähköisen asioinnin mahdollisuuksia eri palveluntuottajien kanssa asuinpaikasta riippumatta

- sähköisiä omahoitopalveluja sekä omien tietojen hallinnan (omakanta), joka tukee terveysongelmien ennaltaehkäisyä, palvelun tarpeen itsearviointia ja itsenäistä selviytymistä
- luotettavan hyvinvointitiedon käyttöä elämänhallinnan tukena ja oman tai lähiomaisen hyvinvoinnin edistämiseksi
- oman toimintakyvyn ja palvelujen tarpeen arviointia
- kotona asumista, kuten turvallisuuden tunteen lisääntymistä mahdollistavaa teknologiaa ja muita geroteknologisia ratkaisuja.

Ammattilaisille digitalisaatio tarjoaa mm.

- yhteisiä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä palveluiden ohjauksen ja seurannan tueksi
- sujuvamman työskentelyn ja etätuen optioita
- etäteknologian lääketieteellisen ja muun erityisosaamisen hankkimisen tueksi
- paikannusteknologiaa muistisairaiden turvallisen liikkumisen seurantaan
- useita erilaisia teknologisia ratkaisuja yhdistäviä ”palvelualustoja”.

Kärkihankkeelle on nimetty ”kokonaisarkkitehtuurikummi”, jonka tehtävänä on hankkeen ajan huolehtia kaikin tarkoituksenmukaisin tavoin siitä, että digitalisaation lisäarvo saadaan hankkeessa käyttöön. Kummi auttaa tarvittaessa hankkeen osakokonaisuuksien mallintamisessa kokonaisarkkitehtuurimenetelmällä ja tuo hankkeeseen tietoa olemassa tai suunnitteilla olevista sähköisistä palveluista ja tietovarannoista. Kun kärkihankkeet ovat edenneet, hahmotellaan kärkihankkeiden yhteistä isoa kuvaa. Erityisesti pyritään tunnistamaan toimintamallien ja prosessien yhteyksiä sekä yhteisiä sähköisiä palveluja tai tietovarantoja.

Iäkkäiden palvelukokonaisuuden ja omais- ja perhehoidon toimintamallien suunnittelun yhteydessä niistä laaditaan kokonaisarkkitehtuurikuvaukset. Menetelmän avulla kuvataan palvelun ja hoidon toimintaprosessit sekä niitä tukevat tietojärjestelmäratkaisut yhteentoimivana kokonaisuutena. Mallinnus tehdään osana toimintamallien suunnittelua hankkeen alussa ja kokonaisarkkitehtuurikuvauksia päivitetään kehitettäessä toimintamalleja edelleen kokeiluista saatavien kokemusten perusteella. Kokonaisarkkitehtuurikuvausten avulla suunnitellaan, millä tavalla olemassa olevia tietojärjestelmäratkaisuja hyödynnetään iäkkäiden palvelukokonaisuudessa sekä omais- ja perhehoidossa. Tästä tehdään erillistä mallinnustyötä. Lisäksi kokonaisarkkitehtuuri ohjaa uusien toiminnan tarpeiden mukaisten tietojärjestelmäratkaisujen kehittämistä.

Tietojohtaminen kärkihankkeessa

Kuntiin ja kuntayhtymiin ja maakuntiin kohdennetaan tietoon perustuvaa ohjausta. Tässä hyödynnetään aiempia kokemuksia syksyltä 2014 nk. vanhuspalvelulain ja rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon täsmäohjauksesta (STM & THL).

Konkreettisesti ohjausta toteutetaan alueellisina kehittämistyöpajoina, joihin osallistuvat alueen iäkkäiden palvelujen sekä omais- ja perhehoidon kehittämisen keskeiset viranhaltijat sekä muita toimijoita, kuten poliittisia päätöksentekijöitä, asiantuntijoita sekä henkilöstöä, iäkkäitä ihmisiä ja omais- ja perhehoitajia edustavien tahojen edustajat.

Kohdennettu ohjaus hyödyntää monipuolisesti kaikkea käytettävissä olevaa, aluetta koskevaa tietoa. Tiedolla tukeminen tarkoittaa tässä kärkihankkeessa erityisesti sitä, että

- tavoitteiden saavuttamiseksi kuntia/maakuntia täsmäohjataan luomalla alueprofiilit; ohjauksen perustana on aluetta koskeva analysoitu tieto, jossa on hyödynnetty kaikkia käytettävissä olevia tarkoituksenmukaisia tietovarantoja
- toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi työstetään yhdessä kuntien/maakuntien toimijoiden kanssa työpajoissa
- muutos räätälöidään kunnan/maakunnan lähtökohdista kohti tulevaa hyödyntäen muutosjohtamisen asiantuntemusta
- nk. vanhuspalvelulain ja rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanossa on kehitetty täsmäohjauksen mallia: avoin ja vuorovaikutteinen täsmäohjaus, jossa otetaan huomioon paikallinen historia ja erityisolosuhteet sekä kuntien/alueiden omat vahvuudet, on osoittautunut lupaavaksi työvälineeksi.

3 I&O MUUTOSOHJELMAN KESKEINEN SISÄLTÖ

I&O -uudistuksessa toteutetaan seuraavat kokonaisuudet

1. mallinnetaan ja juurrutetaan iäkkäiden yhteen sovitettu alueellinen palvelukokonaisuus ja keskitetty asiakas-/palveluohjauksen toimintamalli
2. kehitetään iäkkäiden kotihoidon toimintamalleja, jotka parantavat kotihoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä
3. juurrutetaan kaikenikäisten omaishoidon vahvistamisen toimintamalleja.

Iäkkäiden kotihoidon kehittämässä omais- ja perhehoidon lisääminen ovat keskeisiä yhteisiä toimintamalleja. Hankkeen eri osa-alueiden yksityiskohtaiset toteuttamissuunnitelmat työstetään erikseen.

3.1 Iäkkäiden yhteen sovitettu palvelukokonaisuus alueellisena toimintamallina

Palvelukokonaisuus

Iäkkäiden yhteen sovitetuista palvelukokonaisuuksista on käytettävissä malleja (esim. Eksote, Kainuu). Vastaavat, alueelliset erityispiirteet huomioon ottavat integroidut kokonaisuudet juurrutetaan hankkeen aikana kaikissa maakunnissa. Yhteensovitettu palvelukokonaisuus varmistaa yhdenvertaisten, asiakaslähtöisten ja laadukkaiden palvelujen tuottamisen perustuen asiakkaiden palveluiden tarpeeseen. Huomio kiinnitetään niihin palveluihin, joissa saadaan sekä lisäarvoa asiakkaalle että kustannusvaikuttavuutta palveluita yhdessä tuottamalla, erilaista osaamista yhdistämällä ja yhteen sovittamalla eri toimijoiden palveluja. Toiseksi erityishuomio kiinnitetään paljon palveluita käyttäviin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiin asiakkaisiin, joista monet ovat iäkkäitä. Iäkkään asiakkaan arjessa tukeminen on toiminnan keskiössä. Muutoksen toteuttamisessa keskeisiä toimijoita ovat iäkkäät, heidän omaisensa ja palveluja järjestävät tahot sekä julkiset ja yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat henkilöstöineen, järjestötoimijat ja seurakunnat.

Keskitetty asiakas-/palveluohjaus

Osana yhteen sovitettua palvelukokonaisuutta luodaan ja kokeillaan keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen mallia, joka helpottaa neuvoa, apua, tukea ja palveluita hakevien ja niitä jo saavien elämää sekä koordinoi ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan. Alueellinen verkostomainen keskitetty asiakas-/palveluohjaus ohjaa asiakasvirtoja ja palvelut kohdennetaan palvelutarpeen arvioinnin perusteella eri asiakassegmenttien sijoittuville asiakkaille. Keskitetyn palveluohjauksen kautta kohdentuu sekä henkilöstöä että kustannuksia suunnitellusti ja yhteisiä linjauksia noudattaen. Henkilöstö ja esimiehet kytketään vahvasti mukaan kehittämistyöhön Lean tekniikkaa soveltaen.

Keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen tavoitteena on tehdä läpinäkyväksi a) ne tuet ja palvelut, jotka ovat alueella saatavissa, b) kriteerit, joilla palvelua voidaan myöntää sekä c) varmistaa ja seurata myönnetyn palvelun toteutumista. Kaikessa tässä hyödynnetään laajasti alueella käytettävissä olevia voimavaroja. Palveluohjauksessa keskeistä on ns. yhden luukun periaate. Asiakkaan ei tarvitse itse tietää mitä ja mistä palvelua haetaan, vaan yhteydenotto riittää; asiakkaan tilanne selvitetään ja palvelutarve arvioidaan monialaisesti ja luotettavia menetelmiä käyttäen ja tämän tiedon perusteella arvioidaan mahdollisesti tarvittavat tuet ja/tai palvelut. Tukea/palvelua hakeva henkilö voidaan ohjata keskitettyyn palveluohjaukseen useita eri väyliä pitkin: omasta tai omaisten aloitteesta, sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöstön, naapurien tai viranomaisten esityksestä.

Julkisista, yksityisistä ja kolmannen sektorin tuottamista palveluista muotoutuu alueellinen palveluvalikko, josta palveluohjaajat voivat tarjota asiakkaille vaihtoehtoisia palveluita. Jos alueellinen palveluvalikko on julkinen, myös iäkkäät voivat itse tai tuetusti valita tarvitsemiansa palveluita mikäli he maksavat tai jos heillä on käytettävissä esimerkiksi palveluseteli.

Palveluohjaus tekee erityisen kiinteää yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon, kuntoutuksen ja erikoissairaanhoidon tuottajien kanssa huomioon ottaen erilaisten siirtymien (palvelusta kotiin, palvelusta toiseen) kriittisen merkityksen iäkkäillä.

Osana asiakas-/palveluohjausta kehitetään myös asiakassegmentoinnin kansallista rakennetta. Erityisesti muisti- ja monisairaat, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat sekä vammaiset iäkkäät ovat tärkeitä asiakasryhmiä, jotka hyötyvät segmentoinnin pohjalta määritetyistä ja kohdennettavista palvelukokonaisuuksista. Myös monet sotiemme veteraanit kuuluvat edellä mainittuihin ryhmiin. Asiakkuuksia segmentoimalla - erilaisten asiakasryhmien erilaisia palvelukokonaisuuksia tavoitteellisesti johtamalla - voidaan varmistaa asiakkaan/potilaan arjessa pärjäämistä tukeva ja sujuva sekä taloudellinen palvelukokonaisuus. Erilaisia asiakassegmenttejä voidaan muodostaa asiakkaiden monialaisen palvelutarpeen arvioinnin ja tarvittavan avun määrän perusteella. Jos palvelutarve ja avun määrä on vähäinen, asiakas voidaan määritellä neuvonta-asiakkaaksi. Mikäli asiakkaalla on suuri palvelutarve ja tarvittavan avun määrä on suuri, asiakas voidaan määritellä paljon apua ja hoivaa tarvitseväksi henkilöksi. Eri asiakassegmentteihin kuuluville asiakkaille ja heille myönnettäville ja tarjottaville palveluille ja tuille luodaan yhtenäiset palvelujen myöntämiskriteerit, mutta kuitenkin niin, että samankaltaiseen palvelutarpeeseen voidaan vastata eri keinoin.

Keskitetyn palveluohjauksen toimintaa tuetaan ja seurataan yhteisillä tunnusluvuilla ja indikaattoreilla, jotka kuvaavat hoitoprosesseja, tiedonkulkua, ja tuovat näkyväksi palveluohjaajien tekemiä päätöksiä ja myös niiden vertailtavuutta ja kustannuksia. Toiminnanohjausjärjestelmät ovat tässä keskeisiä. Asiakas- ja potilastiedon saavutettavuus on kiinteässä yhteydessä kokonaisarkkitehtuurin ja siihen liittyviin digitaalisiin ratkaisuihin.

Tehtävät

1. kaikissa maakunnissa otetaan käyttöön/juurrutetaan alueellinen integroitu iäkkäiden palvelujen kokonaisuus (vrt. Eksote), ja nopeutetaan kohdennetulla ohjauksella alueilla jo hyvin alkanutta kehitystyötä. Tähän kokonaisuuteen sisältyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, asuminen, kulttuuri, liikkuminen jne.
2. luodaan kokeiltavaksi maakunnallinen keskitetyn asiakas- /palveluohjauksen toimintamalli, jossa keskiössä ovat mm.
 - a. vertailukelpoinen monialainen palvelutarpeen arviointi
 - b. asiakassegmentointi palvelutarpeen perusteella
 - c. palvelujen myöntämisen kriteereiden yhdenmukaistaminen.

3.2 Iäkkäiden kotihoidon toimintamallien kehittäminen

Kotihoidon sisältöä kehitetään ottamalla käyttöön nykyistä huomattavasti suuremmissa määrin näyttöön perustuvia ja erilaisten asiakassegmenttien selviytymistä tukevia toimintamalleja. Yhteistyössä eri toimijoiden, erityisesti kotihoidon henkilöstön, kanssa kehitetään palveluja, jotka tehostavat kotihoidon prosesseja, eri ammattilaisten välistä yhteistyötä ja jotka mahdollistavat ja turvaavat iäkkäiden turvallisen kotona asumisen lisääntymisen. Tavoitteena iäkkäille ovat toimeliaan arjen ja arkikuntoutuksen toteuttaminen. Tavoitteena on myös tehostaa kotihoidon henkilöstön ajankäyttöä siten, että asiakaskohtainen välitön työaika lisääntyy. Geroteknologian ja sähköisten palvelujen sekä erilaisten tukipalvelujen roolia kotihoidon tukena selvitetään. Erityisen tärkeää on kehittää ja jalkauttaa kuntouttavia työmenetelmiä sekä varmistaa ja kehittää lääkäreiden asiantuntemuksen saatavuutta erilaisilla toiminnallisilla ratkaisuilla.

Näyttöön perustuvia asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista lisääviä toimintamalleja (mm. kotikuntoutus, sairaalasta kotiuttamisen mallit) otetaan käyttöön ja kehitetään uudenlaisia malleja yhteistyössä keskitetyn asiakas- /palveluohjauksen kanssa. Kotona työskentelevien työturvallisuus otetaan kehittämisessä huomioon. Toimintamallit tarkentuvat mallinnuksen yhteydessä. Kotihoidon sisältöä kehittävä alatyöryhmä on aloittamassa toimintaansa maaliskuussa 2016.

Tehtävät

1. Luodaan ja testataan uusia kotihoidon toimintamalleja
2. Kehitetään henkilöstön ja tukipalvelujen työnjakoa ja lisätään välittömän työajan kohdentumista asiakkaille
3. Haetaan uusia innovatiivisia ratkaisuja asiakkaiden kotona asumisen ja selviytymisen tueksi.

3.3 Omais- ja perhehoidon toimintamalli

Omais- ja perhehoidon toimintamalleissa hyödynnetään KASTE- ja lukuisissa järjestöjen hankkeissa kehitettyjä omaishoidon toimintamalleja ja kansallisen omaishoidon kehittämissuunnitelman linjauksia. Mahdollisuus järjestää iäkkään henkilön tarvitsema palvelu omaishoitona tai perhehoitona sekä omais- ja perhehoitoa tukevien palvelujen ja muun tuen tarve arvioidaan osana iäkkäiden keskitettyä asiakas- /palveluohjausta.

Lasten ja nuorten omaishoidon malleja kehitetään yhteistyössä Lasten ja perheiden palvelujen muutosohjelma -kärkihankkeen kanssa. Kärkihankkeen aikana kokeillaan uusia omais- ja perhehoidon toimintamalleja, joissa korostuvat hyvinvoinnin tuki (vrt. työterveyshuolto), valmennus ja kuntoutus ja juurrutetaan jo toimiviksi osoittautuneita malleja. Toimintamallit mallinnetaan ja käynnistetään kuntakokeilut.

Omais- ja perhehoidon tueksi järjestetään

1. valmennusta omais- ja perhehoitajille
2. hyvinvointi- ja terveystarkastuksia omais- ja perhehoitajille
3. kuntoutusta sekä omais- ja perhehoitajille että hoidettaville
4. monipuolisia vapaiden sijaistuksia sekä
5. perustetaan omais- ja perhehoidon keskuksia

Valmennus

Omais- ja perhehoitajille järjestetään tarpeellinen valmennus tehtävänsä. Valmennus toteutetaan yhteistyössä järjestöjen kanssa hyödyntäen niiden kehittämiä valmennusohjelmia. Valmennuksessa käsitellään keskeisiä omais- ja perhehoitajuuteen liittyviä asioita sekä tuetaan hoitajien vahvuuksia ja uusien voimavarojen löytämistä. Valmennus järjestetään ryhmätoimintana tai verkkovalmennuksena niille hoitajille, joiden on hankala osallistua ryhmätoimintaan.

Hyvinvointi ja terveystarkastukset sekä kuntoutus

Palvelunjärjestäjä seuraa omais- ja perhehoitajan ja hoidettavan terveydentilaa ja toimintakykyä säännöllisesti sopimuskauden aikana ja tukee hoitajan jaksamista ja hoidettavan toimintakyvyn ylläpitämistä tarpeen mukaan. Palvelunjärjestäjä järjestää omais- ja perhehoitajille hyvinvointi- ja terveystarkastuksia hoidon laadun turvaamiseksi ja jaksamisen tukemiseksi. Tarkastuksia toteutetaan eri sisältöisinä eri kohderyhmille esimerkiksi omais- ja perhehoidon keston ja omaishoitajan työmarkkina-aseman mukaan. Jaksamisongelmista kärsivät omais- ja perhehoitajat ohjataan kuntoutukseen riittävän aikaisin, jotta hoito voi jatkua turvallisesti.

Vapaiden sijaistukset

Alueella tarjotaan monipuolisia tapoja järjestää omais- ja perhehoitajien lomien ja vapaiden sijaistukset esimerkiksi perhehoitona, kotiin tuotavina palveluina (perhelomitus) ja erilaisina palvelusetelillä järjestettävänä palveluina.

Omais- ja perhehoidon keskuksien

Lastensuojelussa on saatu hyviä kokemuksia alueellisista perhehoitoyksiköistä, jotka vastaavat alueellaan sijaisperheiden rekrytoinnista, valmennuksesta, täydennyskoulutuksesta, työnohjauksesta, tukemisesta ja sijaisperheiden välittämisestä. Yksiköt järjestävät koulutusta myös alueen työntekijöille. Yksiköiden kumppaneina on alueen järjestötoimijoita. Omais- ja perhehoidon lisäämiseksi

vastaavien alueellisten omais- ja perhehoidon keskusten perustaminen koordinoimaan ja tukemaan kaikenikäisten omais- ja perhehoitoa on perusteltua.

Omaishoidon ja perhehoidon lisääminen ja vahvempi tukeminen edellyttävät keskitettyä suunnittelua, kehittämistä ja uudistusten toimeenpanoa.

Perustettavat omais- ja perhehoidon keskuksat

- uudistavat omais- ja perhehoitoa tukevia palveluja ja muuta tukea
- toimivat omais- ja perhehoidon osaamiskeskuksina
- järjestävät ennako- ja muuta valmennusta ja jatkokoulutusta omais- ja perhehoitajille, sijaisomaishoitajille ja omaishoitajien tukihenkilöille sekä alueen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille
- vastaavat uusien perhehoitajien, omaishoitajien sijaisten ja omaishoitajien tukihenkilöiden rekrytoinnista
- ottavat huomioon kaikenikäisten (lapset, työikäiset, iäkkäät) hoidettavien ja heidän omais- ja perhehoitajiensa tarpeet ja eri erityisryhmien, kuten mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaishoitajiensa, erityistarpeet. Keskuksat toimivat yhteistoiminnassa alueen lasten ja nuorten palvelujen kanssa (LAPE-Kärkihanke).
- suunnittelevat omais- ja perhehoidon järjestämistä osana alueen palvelujen kokonaisuutta/palveluvalikkoa.

3.4 Muutoksen tuki ja kohdennettu ohjaus

Muutosagentti

Alueet valmistautuvat sote -uudistukseen ja niissä on jo luotu uudistusta tukevia rakenteita ja kehitetty muutosjohtamisen malleja. Myös kärkihankkeessa muutoksen läpiviemiseksi on tärkeää jalkautuva, käytännön työn tasolle menevä ohjaus ja muutoksen tuki. Muutoksen tueksi maakuntiin palkataan ns. muutosagentteja, joiden tehtävänä on tukea ja juurruttaa yhteen sovitettu palvelukokonaisuus sekä tukea käynnistyviä kokeiluja. Muutosagentin tehtävänä on muutokseen innostaminen, muutoksen sisällöllinen tuki ja tietoon perustuva muutoksen ohjaus yhteistyössä alueen muiden keskeisten toimijoiden kanssa. Maakuntien tuleva määrä ratkaisee palkattavien muutosagenttien lukumäärän.

Maakunnan kunnat valitsevat ja palkkaavat alueeltaan yhden yhteisen muutosagentin, jonka työtä I&O -hanke rahoittaa vuosina 2016-2018. Muutosagentilla on oltava alueen kuntien valtuutus toimia alueella. Muutosagentit saavat tukea ja tietoa työhönsä kansallisilta toimijoilta, mutta he työskentelevät osana alueellista toimintaorganisaatiota vastuullaan iäkkäiden palveluiden ja omaishoidon kehittäminen. Muutosagenttien henkilökohtaisesta ja tiimivalmennuksesta huolehditaan kohdennetulla ohjauksella koko hankeajan ja heidän toimintamallejaan arvioidaan ja seurataan.

Muutosagentin tehtävänä on mm.

1. johtaa muutosta
2. innostaa ja motivoida kaikkia maakunnan toimijoita muutokseen
3. ohjata tietoon perustuvaa muutosta hallitsemalla alueellinen tietoperusta ja ymmärtämällä alueen historiallinen kehitys

4. alueellisen iäkkäiden integroidun palvelukokonaisuuden rakentaminen ja juurruttaminen
5. tukea kokeiluja alueilla
6. tukea keskitettyjen asiakas- /palveluohjauskeskusten perustamista
7. tukea omais- ja perhehoitokeskusten perustamista.

Muutoksentehtävät

Pysyvän muutoksen aikaansaaminen vie useita vuosia, mutta muutoksen eteenpäin viemiseen pitää kaikkien sitoutua. Tässä työssä tärkeää on lähiesimiesten tuki ja koko johdon sitoutuminen etenkin, kun asiakkaiden ja väestön palvelutarve jatkossa yhä enemmän määrittää palveluiden kohdentumista.

Tärkeimpiä muutoksen tekijöitä ovat henkilöstö ja johtajat. Muutoksen toteuttamisessa on usean eri tason haasteita. Johtaminen, henkilöstön toiminta, työpaikan kulttuuri, toimintaympäristö, palvelukonseptit/-prosessit ja asiakkaat vaikuttavat samanaikaisesti toimintatapoihin, palvelun laatuun ja toiminnasta syntyvään mielikuvaan. Nämä vaikutukset konkretisoituvat asiakasrajapinnassa. Pitkän aikavälin vaikuttavuus taas konkretisoituu työntekijöiden työurien pidentymisessä, työpaikan ja yhteiskunnan taloudellisissa tunnusluvuissa.

3.5 Seuranta ja arviointi

Kärkihanketta seurataan ja arvioidaan usealla eri tavalla. Kansallisiin rekistereihin kertyvä tieto ja sen pohjalta tehtävä useamman vuoden tausta-analyysi muodostaa seurannalle pohjan siitä, mitä maakunnissa tapahtuu.

Uudet toimintamallit mallinnetaan ja siinä yhteydessä luodaan myös arviointikehikko ja määritetään seurannan indikaattorit. Käyttöönottojen ja kokeilujen osalta kootaan erillistä seuranta- ja arviointitietoa ja arvioidaan toimintaprosessien onnistumista monin eri tavoin. Koko I&O -kärkihankkeen toteuttamisesta ja vaikutuksista teetetään ulkoinen arviointi. Hankkeen arvioinnin tukena on perustettava tieteellinen neuvosto.

Aineistot

Iäkkäiden palvelua koskevaa seurantatietoa on jo runsaasti. Uudistuksen seurannassa ja arvioinnissa hyödynnetään kansallisia hoitoilmoitustietovarantoja, joista saada aikasarjatietoa säännöllisten palvelujen piirissä olevasta väestöstä, ikäryhmän, sukupuolen, palvelutyyppin ja alueen mukaisena (THL). Kuolemansyyrekisterit (Tilastokeskus) yhdistettynä hoitoilmoitustietoaan tuottavat tietoa kuolemien jakautumisesta alueilla.

Vanhuspalvelulain seuranta-aineistot (THL) vuosilta 2013 ja 2014 kunnista ja kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköistä kertovat toimintamalleista, johtamisesta, muutoksen vauhdista ja ikääntyneiden palvelujen henkilöstörakenteesta, määrästä ja kohdentumisesta (www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta).

Tiedonkeruu asiakkaiden, omaisten ja henkilöstön arvioimasta hoidon laadusta ja riittävydestä käynnistyy syksyllä 2015 (THL, www.thl.fi/asla). Henkilöstön

hyvinvointi tilanteessa ennen muutosohjelman toimeenpanoa selvitetään kyselyillä syksyllä 2015 (THL, www.thl.fi/hela).

Asiakkaiden palvelutarpeesta, toimintakyvystä ja hoidon ja palvelun laadusta kertyy jatkuvaa ajantasaista tietoa; tiedontuotannon piirissä on noin 45 prosenttia ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista ja kolmannes kotihoidon asiakkaista Suomessa (THL). RAI-tietovarannoista määritetyt indikaattorit tuottavat vertailutietoa asiakastyypeittäin, toimintayksiköittäin ja kunnittain/alueittain päätöksenteon tueksi (www.thl.fi/finrai).

Omaishoidosta on käytettävissä tietoa kansallisesti laajojen väestötutkimusten perusteella, mutta hankkeen aikana on perusteltua tehdä kattava selvitys omaishoidosta ja siihen liittyvistä erityiskysymyksistä. Tältä osin suunnittelu on meneillään. Haasteena on erityisesti kehittää tiedonkeruuta niin, että se kattaa myös omaishoidon tukena annettavat palvelut, kuten hyvinvointi- ja terveystarkastukset sekä omaishoitajan vapaan ajaksi myönnettävät palvelut.

Uudistuksen seurannan välineet (indikaattorit) määritetään seuraavien tulosuuttajien pohjalta ja niitä seurataan vuosina 2016 - 2019:

- kotona asuvien yli 75 vuotta/80 vuotta täyttäneiden määrä on kasvanut
- kotiin annettujen palvelujen (tukipalvelut, kotihoito, omaishoito) määrä on lisääntynyt suhteessa laitoshoidon määrään
- intensiivisen kotihoidon piirissä olevien määrä on lisääntynyt (erit. huomio muistisairaiden asiakkaiden kotihoitoon)
- laitoshoidossa olevien määrä on vähentynyt ja kohdentunut määrittelyjen² mukaisesti
- kotihoidon asiakkaiden kaatumistapaturmien määrä on vähentynyt
- kotihoidossa olevan henkilöstön määrä on kasvanut suhteessa laitoshoidon henkilöstön määrään
- omaishoitajien ja -hoidettavien määrä on kasvanut (ml. työikäiset omaishoitajat)
- iäkkäiden perhehoidettavien ja heitä hoitavien perhehoitajien määrä on kasvanut
- iäkkäiden säännöllisesti käyttämien palvelujen kustannusten kasvu on hidastunut
- yhteistyö järjestöjen kanssa on lisääntynyt (ennakoiva ja ennaltaehkäisevä toiminta)
- palveluiden piirissä olevien iäkkäiden toimintakyky on parantunut tai pysynyt ennallaan (arviointi palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä järjestelmällisesti)
- kotihoidon henkilöstön hyvinvointi on parantunut
- asiakkaiden ja omaisten kokemus palveluiden vastaavuudesta tarpeeseen (lisäarvo) on parantunut

Lisäksi vuosina 2016-2019 seurataan seuraavia:

- uudet ja päättyneet kotihoitoasiakkuudet
- lyhyt- ja pitkäaikaiset kotihoitoasiakkuudet (uudenlaiset toimintamallit)
- usean palvelun yhtäaikaiset käyttäjät (monikäyttäjät)
- kotihoidon henkilöstön työajan kohdentuminen (mikä osuus työajasta kohdentuu välittömään asiakasaikaan)

² Iäkkäiden laitoshoidon yhtenäisiä perusteita laaditaan osana Hoidon saatavuus ja yhtenäisen hoidon perusteet -työryhmän työtä. Lisätietoa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/tyoryhma-pohtii-hoidon-saatavuutta-ja-hoidon-yhtenaisia-perusteita

- palvelutarpeen arviointien vertailukelpoisuus (lisäarvo yhdenvertaisuuden kannalta)

Uusien tiedonkeruiden aikataulut

- nk. vanhuspalvelulain seurantatiedon keruu: 2016 ja 2018 - tässä yhteydessä tietoa kerätään myös eri-ikäisten omais- ja perhehoidon tarpeisiin uudistuksen määrittämällä tavalla
- erillinen, uudistuksen tarpeisiin kohdennettu omais- & perhehoidon laajempi tiedonkeruu: suunnitteilla
- asiakaspalautteen tiedonkeruut: 11/2015 (jatko vielä avoin)
- henkilöstön hyvinvoinnin tiedonkeruut: 12/2015 (jatko vielä avoin)

4 VIESTINTÄ JA VAIKUTTAMISSUUNNITELMA

Viestinnän ja vuorovaikutuksen tavoitteena on

- viestiä osallistavalla tavalla aktiivisesti, avoimesti ja ymmärrettävästi uudistuksen kokonaiskuvasta, tavoitteista ja etenemisestä sekä vaikutuksista yhteiskuntaan.
- tavoittaa hyvin laaja joukko erilaisia ihmisiä: iäkkäitä, omaisia, omaishoitajia, perhehoitajia, ammattilaisia, päättäjiä jne.
- ylläpitää myönteistä kuvaa uudistuksesta ja sitouttaa sidosryhmiä sen hyväksymiseen ja onnistumiseen.
- tukea muutosjohtamista viestinnän keinoin eli tukea innostavaa, toimintaan johtavaa dialogia eri toimijoiden kanssa.
- tukea sisäistä viestintää ja sovittaa yhteen viestintä muiden kärkihankkeiden kanssa.

STM:llä on koordinoitavastuu koko viestinnästä. Myös yhteistyökumppanit ja sidosryhmät viestivät kärkihankkeesta – ja niitä kannustetaan siihen.

Hankkeen sisäinen viestintä

Hankkeen onnistumiselle on tärkeää, että sisäinen viestintä ja tiedonkulku toimivat. Kaikkien valmisteluun osallistuvien pitää tietää hankkeen työskentely- ja viestintätavat sekä uudistuksen visio ja tavoitteet.

Sisäisen viestinnän kanavat

- STM:n intranet
- ekstranet
- Kärkicafé
- ohjausryhmän ja projektiryhmien kokoukset
- Senaattori
- Hankesalkku

Ulkoisen viestinnän ja vuorovaikutuksen kanavat ja keinot

- www.stm.fi: Kärkihankkeen omat sivut
- www.stm.fi: Tiedotteet, uutiset, julkaisut, kuntainfot
- taustatilaisuudet, tiedotustilaisuudet
- innokyla.fi
- sosiaalinen media
 - STM:n oma Twitter-tili (su, ru, en), Youtube, Slideshare

- hankkeen vastuuhenkilöiden henkilökohtaiset Twitter-tilit
- kaikkien ohjaus- ja projektiryhmien osanottajien henkilökohtaiset Twitter-tilit (voidaan rohkaista käyttämään; ei voida velvoittaa)
- Otakantaa.fi, lausuntopalvelu.fi
- uutiskirje (suunnattu kunnille ja sosiaali- ja terveysalalle)
- työpajat, kuulemiset, seminaarit
- aluekierrokset, mediatilaisuudet niiden yhteydessä
- muutosagentit, koulutukset, ohjeet, muutosjohtamisen ja viestinnän työkalupakki (suunnitteilla)
- sidosryhmien kanavat
- blogikirjoitukset
- videot, valokuvat
- tiedon visualisoinnit
- projekti- ja ohjausryhmien työskentely

5 RISKIANALYYSI

Kärkihankkeen toteutuksessa on useita riskejä, joiden pyritään varautumaan. Riskejä liittyy sekä valittuihin asiasisältöihin ja hankkeen toteuttamiseen sekä projektointiin ja kokeiluihin ja juurruttamiseen.

Seuraavia riskejä on tunnistettu:

- Asiantuntijaresurssin riittävyys ei vastaa kärkihankkeen tarpeita
- Kuntia, alueita ja muita keskeisiä toimijoita ei saada sitoutettua kärkihankkeeseen
- Kärkihankkeen viestintä ei tavoita keskeisiä toimijoita
- Kärkihankkeen viestintä ei tavoita kohderyhmiä
- Kärkihanketta ei saada sovitettua yhteen SOTE-uudistuksen kanssa
- Aikataulu on liian tiukka muutoksen aikaansaamiseen ja juurruttamiseen
- Kärkihankkeen tavoitteisiin ja palvelulupaukseen kohdistuvia odotuksia ei saada täytettyä
- Kokeilujen ja tulosten arviointia ei ole tai sitä ei saada hyödynnettyä

6. JATKOTOIMENPITEET

Seuraavaksi työstetään yksityiskohtaiset toteuttamissuunnitelmat seuraaville

1. Palvelukokonaisuus ja keskitetty asiakas-/palveluohjaus
 - a. mallinnukset ja arviointikehikko (THL)
 - b. käyttöönoton ja kokeilujen pohja
 - c. arviointisuunnitelma ja tiedonkeruut
2. Kotihoidon uudet toimintamallit, joita työstää kotihoidon jaos
 - a. mallinnukset ja arviointikehikko (THL)
 - b. käyttöönoton ja kokeilujen pohja
 - c. arviointisuunnitelma ja tiedonkeruut

3. Omais- ja perhehoidon toimintamallit
 - a. mallinnukset ja arviointikehikko (THL)
 - b. käyttöönoton ja kokeilujen pohja
 - c. arviointisuunnitelma ja tiedonkeruut
4. Hankkeen ulkoisen arvioinnin suunnitelma sekä muu arviointitutkimus, jota tieteellinen neuvosto tukee
5. Käyttöönoton ja kokeilujen hakukuulutus.

7 TAUSTOITUSTA KÄRKIHANKKEELLE

7.1 Iäkkäiden palvelujen kokonaiskuva

Iäkkäät ihmiset käyttävät samoja sosiaali- ja terveyspalveluja kuin muukin väestö. Joka viides iäkkäistä on jonkin säännöllisen iäkkäille suunnatun palvelun piirissä. Säännöllisten palvelujen iäkkäistä asiakkaista suurimmalla osalla on jokin muistihäiriö tai muistisairaus ja mahdollisesti myös muita toimintakyvyn rajoituksia. Useiden palvelujen käyttäjiä on suuri joukko, josta aiheutuu suuri palveluiden ja tukien yhteensovittamisen tarve. Noin 20 prosenttia asiakkaista käyttää 80 prosenttia palveluista.

Iäkkäiden palveluissa on tapahtunut suuri rakennemuutos (kts. Liite 3). Iäkkäiden hoitaminen vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on viimeisten vuosikymmenien aikana vähentynyt. Samaan aikaan tehostetun palveluasumisen määrät ovat huomattavasti lisääntyneet. Omaishoidon tuella hoidettavien iäkkäiden määrä on myös lisääntynyt. Tavoitteena on ollut lisätä kotihoitoa, mutta säännöllinen kotihoito on pysynyt melko ennallaan noin 12 %:ssa viime vuosina. Kotihoidossa on tapahtunut paljon kehitystä, jossa lyhytaikaisen hoidon osuus on lisääntynyt. Seurantatietoa tästä tuottaa THL:n AvoHILMO. Omaishoidon tukea saavia asiakkaita on noin puolet kaikista kotihoidon säännöllisistä asiakkaista.

Iäkkään väestön tarpeet muuttuvat ja lisäksi suuri osa iäkkäistä tarvitsee hoidon ja hoivan yhdistämistä ml. monisairaat ja useiden eri palvelujen käyttäjät. Palveluiden integraation avulla erilainen osaaminen voidaan tuoda yhteen. Erityisesti palveluiden yhdistämisessä haasteena ovat muisti- ja monisairaat asiakkaat, joiden tarpeisiin ei voida vastata eikä ongelmia ratkaista ilman eri osaamisalueiden yhdistämistä.

7.2 Omais- ja perhehoidon kokonaiskuva

Työn ja omaishoidon yhteensovittaminen

Hoitovapaa-oikeus omaishoitoon on mahdollista jo nykyisen lainsäädännön puitteissa. Omaisiaan hoitaville säädettiin työsopimuslaissa 1.4.2011 alkaen (Työsopimuslain (2001) luku 4, 7 a §) hoitovapaa-oikeus. Jos työntekijän poissaolo on tarpeen hänen perheenjäsenensä tai muun hänelle läheisen henkilön erityistä hoitoa varten, työnantajan on pyrittävä järjestämään työt niin, että työntekijä voi jäädä määrääjäksi pois työstä. Työnantaja ja työntekijä sopivat vapaan kestosta ja muista

järjestelyistä. Tämä mahdollisuus on heikosti tunnettu ja sitä on käytetty erittäin vähän (Kaisa Kauppisen ym. selvitys).

Keinoja työ ja omaishoivan yhteensovittamiseen on jo nyt. Näitä ovat mm. joustavat työkäytännöt kuten liukuva työaika, työaikapankki, lyhennetty työaika, etätö, vuosilomapäivien säästäminen, vuorotteluvapaa, poissaoloista sopiminen lähijohdon kanssa. Keinoja ovat myös käytäntöjen kirjaaminen työsuojelu- tai tasa-arvo- ohjelmaan tai työpaikalla yhdessä sopiminen ja tiedottaminen sekä vuonna 2011 voimaan tulleen hoitovapaasäännös tunnetuksi ja siitä työpaikalla informointi ja sopiminen.

Meneillään olevat selvitykset

Valtioneuvoston tutkimus-, ennakointi-, arviointi- ja selvitystoiminnan (TEAS-toiminnan) yhtenä hankkeena on tänä vuonna (3-11/2016) selvitys, jossa tarkastellaan millaisia tukitoimia omaishoitajat tarvitsevat selviytyäkseen omaishoitajan tehtävässä. Etenkin tapaturmissa ja äkillisissä vakavissa sairastumistapauksissa omaishoivan tarve voi pitkittyä siten, että syntyy työn ja hoivan yhteensovittamisen ongelmia. Ruotsissa maksetaan sairausvakuutuksesta päivärahaa (närståendepenning) henkilölle, joka jää hoitamaan omaistaan tai läheistään tämän sairastuttua vakavasti. Saajia oli Ruotsissa v. 2015 noin 16 000, naisia hieman enemmän kuin miehiä. Suomessa ei ole vastaavaa päivärahaa läheisen hoitamisen ajan toimeentuloturvaksi.

Yhtenä tutkimuskysymyksenä on hoivavapaajärjestelmän selvittäminen eli selvitys Ruotsin hoivavapaajärjestelmästä ja muista mahdollisista vastaavista kansainvälisistä, erityisesti länsieurooppalaisista järjestelmistä, kokemukset järjestelmän toimivuudesta sekä järjestelmän kustannukset. Selvityskysymyksiä ovat mm:

- Tulisiko Suomeen luoda esimerkiksi vastaava hoivavapaajärjestelmä kuin Ruotsissa on käytössä ja mitkä olisivat järjestelmän käyttöönoton edellytykset ja arvioidut kustannukset Suomessa?
- Miten järjestelmän käyttö vaikuttaisi sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksiin?
- Miten hoivavapaajärjestelmä vaikuttaisi sukupuolten tasa-arvon toteutumiseen?
- Mitkä olisivat järjestelmän käyttöönoton edellyttämät lainsäädännön muutokset?

Omaisiaan ja läheisiä auttavien määrä

lääkkeitä, vammaisia tai sairaita läheisiään auttavien määrä on väestötutkimusten perusteella runsaat 1,2 miljoonaa henkilöä. Ns. pääasiallisten auttajien määrä oli vuonna 2013 arviolta noin 350 000 henkilöön. Pääasiallisten auttajien määrä ei kuitenkaan kerro suoraan auttamisen määrästä tai siitä, mihin toimintoihin apua annetaan. Eri selvitysten pohjalta kansallista omaishoidon ohjelmaa laatinut työryhmä arvioi, että noin 60 000:lla sitovaa ja vaativaa hoitoa ja huolenpitoa antavalla omaisella tai läheisellä omaishoidon tuen saantiedellytykset täyttyisivät, mutta heistä nykyisin noin 20 000:lla ei ole kunnan kanssa tehtyä omaishoitosopimusta. Arvioiden mukaan noin 20 000 henkilöä antaa vaativaa ja sitovaa hoivaa ilman omaishoidon tukea (KOHO). Noin viidennes omaishoidon tuen piirissä olevista omaishoitajista käy omaishoivan ohessa työssä tai opiskelee

Työterveyslaitoksen kolmen vuoden välein toistettavan Työ ja terveys Suomessa-kyselyn (v. 2012) mukaan 28 prosenttia työssäkäyvistä huolehtii työnsä ohella apua

tarvitsevasta omaisesta tai läheisestä tämän korkean iän, sairauden tai vamman vuoksi. Tämä tarkoittaa noin 700 000 työssäkäyvää henkilöä.

Hoivavastuita oli eniten 45 vuotta täyttäneillä työssäkäyvillä. Kuten muinakin ajankohtina, vuonna 2012 naisilla huolenpitovastuita oli enemmän kuin miehillä (naiset 31 %, miehet 22 %). Naisista 60 prosenttia ja miehistä 40 prosenttia kertoi huolehtivansa läheisestään viikoittain tai päivittäin, viidennes naisista ja 30 prosenttia miehistä huolehti läheisestään 2-3 kertaa kuukaudessa.

Omaishoidon nykytila ja haasteet

Omaishoidon tuen rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudessa vaihtelee paljon alueittain. Tämä aiheuttaa omaishoitajien ja -hoidettavien eriarvoisuutta. Nykyinen palvelujärjestelmä on myös monimutkainen ja vastaa puutteellisesti omaishoitoperheiden tarpeisiin. Omaishoitajat kokevat mahdollisuutensa vaikuttava palveluihin olevan vähäiset. Omaishoidon tukemiseen tarvitaan uudenlaisia, monimuotoisia, perhekohtaisesti suunniteltuja ja paremmin eri-ikäisten omaishoitoperheiden tarpeita vastaavia toimintamalleja. Omaishoidon tukea uudistamalla voidaan parantaa omaishoitajien ja hoidettavien elämänlaatua. Samalla vaikutetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskäyttöön ja hillitään väestön ikääntymisestä aiheutuvaa palvelujen kustannusten kasvua. Uudessa toimintamallissa on otettava huomioon myös omaishoitajat, jotka eivät ole lakisääteisen omaishoidon tuen piirissä.

Perhehoito on asumisen, hoidon ja huolenpidon järjestämistapa, jota käytetään nykyisin hyvin vähän iäkkäiden hoidossa. Perhehoito sopii ikäihmiselle, jolla on kotona elämistä tukevista palveluista huolimatta vaikeuksia selviytyä arjessa, mutta joka ei tarvitse palveluasumista tai laitoshoidtoa. Iäkkäiden perhehoito voi olla jatkuvaa tai lyhytaikaista. Se voi olla myös osavuorokautista. Lyhytaikainen perhehoito tarjoaa mahdollisuuden esimerkiksi omaishoidon sijaishoittoon tai kuntoutumiseen ennen kotiutumista sairaalahoidon jälkeen. Iäkkäiden perhehoitoa vahvistetaan lisäämällä perhehoitajille annettavaa tukea ja valmennusta sekä viestinnällä perhehoidon mahdollisuuksista.

Kansallisessa omaishoidon kehittämissuunnitelmassa linjattiin omaishoidon kehittämisen strategiset tavoitteet ja kehittämistoimenpiteet vuosille 2014 - 2020. Ohjelma kattoi toimeksiantosopimukseen perustuvan sopimusomishoidon ja muun hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisen omaishoidon. Kaikenikäisten toimintakyvyltään heikentyneiden, vammaisten ja sairaiden henkilöiden omaishoidon tukeminen oli keskeisenä tavoitteena. Ohjelmalla tavoiteltiin omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa yhdenvertaisuutta asuinpaikasta riippumatta, omaishoitajien aseman vahvistamista ja jaksamisen tukemista sekä omaishoidon ja ansiotyön parempia yhteensovittamismahdollisuuksia.

Ohjelmassa ehdotettiin lainsäädännön muutoksia, joilla yhtenäistettäisiin tuen saantiperusteita ja hoitopalkkioita sekä kehitettäisiin omaishoitajien ja hoidettavien palveluita. Ohjelmaan sisältyivät omaishoitajan vapaan aikaisten hoidettavan sijaishoitovaihtoehtojen monipuolistaminen, omaishoitajan valmennus, aloitus- ja muut terveystarkastukset ja kuntoutus sekä vastuutyöntekijän tuki omaishoitoperheille. Lisäksi ohjelmaan sisältyivät kunnan järjestämien palvelujen lisäksi toimeksiantosuhteisille ja muille omaishoitajille annettava vertaistuki, valmennus ja neuvonta järjestöiltä ja seurakunnilta sekä alueelliset omaishoidon

yhteistyöfoorumit. Näiden periaatteiden pohjalle ja jo aiemmin tehdyille kokeiluhankkeille voidaan I&O hankkeessa rakentaa toimintamalleja sekä kokeiluihin että kuntiin alueille käyttöön otettaviksi.

Perhehoito on vielä melko uusi palvelumuoto, jota on enemmän käytetty lasten ja nuorten palveluissa. Iäkkäiden jatkuvan perhehoidon piirissä oli vuonna 2014 noin 220 iäkästä. Omaishoitajien lomien takia perhehoidossa olleiden iäkkäiden määriä ei tällä hetkellä tilastoida kattavasti. I&O pyritään löytämään keinoja, jolla iäkkäiden perhehoitoa voitaisiin lisätä.

LIITTEET

Liite 1. Keskeisiä käsitteitä

Asiakas

- lääkäs henkilö, omaishoidon asiakas iästä riippumatta, iäkäs perhehoidossa oleva henkilö

Asiakaslähtöinen palvelukokonaisuus (integroitu)

- asiakkaan palvelutarpeeseen perustuva palveluiden kokonaisuus

Kuntoutus

- Fysio- tai toimintaterapeutin antama kuntoutus joko asiakkaan kotona (kotikuntoutus) tai kodin ulkopuolella sekä kotona asumisen tukena
- sosiaalinen kuntoutus (sosiaalihuoltolain 17§).
- päihdekuntoutus, mielenterveyskuntoutus, muistikuntoutus.

Kuntoutumista edistävä toiminta

- hoitajien toimintaa, joka tukee kuntoutumista ja jossa asiakkaan jäljellä olevia voimavaroja hyödynnetään

Toimintakykyä ylläpitävä toiminta

- iäkkään omat voimavarat otetaan käyttöön ja hänen aktiivisuuttaan tuetaan ja tätä toteuttavat kaikki hoitoon ja palveluun osallistuvat

Keskitetty asiakas-/palveluohjaus

- verkostomainen yhden luukun toimipiste, josta saa tarvittavat neuvot, palvelutarpeen arvioinnin, hoito- ja palvelusuunnitelman ja palveluiden koordinoinnin asiakas- ja palvelutarvelähtöisesti
- alueellinen palveluntuottajarekisteri ammattilaisten ja väestön käyttöön

Koti

- Henkilön vuokraukseen tai omistukseen perustuvassa hallinnassa oleva yksityinen asunto tai vuokrasuhteeseen perustuva asunto palvelutalossa tai senioriasunnossa.

Sopimusomaishoitaja

- Omaishoitaja, joka on tehnyt kunnan kanssa omaishoidon tuesta annetussa laissa (937/2005) tarkoitetun omaishoitosopimuksen.

Muu omaishoitaja

Henkilö, joka toteuttaa omaishoitoa hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti ilman kunnan kanssa tehtyä omaishoitosopimusta.

Läheisauttaja

- henkilö, joka auttaa omaisistaan tai muuta läheistään osana normaalia perhe- ja ystävyyssuhteisiin kuuluvaa toimintaa. Läheisauttajan antama apu on sitovuudeltaan ja vaatavuudeltaan vähäisempää kuin sopimusomaishoito tai muu omaishoito. Läheisavun antaja voi saada vertaistukea, valmennusta ja neuvontaa myös järjestöiltä, seurakunnilta ja lähiyhteisöiltä.

Perhehoito

- Perhehoito on hoidon tai muun osa- tai ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. Kunta tai kuntayhtymä tekee toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa tai sopimuksen perhehoidon järjestämisestä yksityisen perhehoidon tuottajan kanssa.

Liite 2. Poikkihallinnollinen ja yhteinen työ kärkihankkeen toimeenpanossa

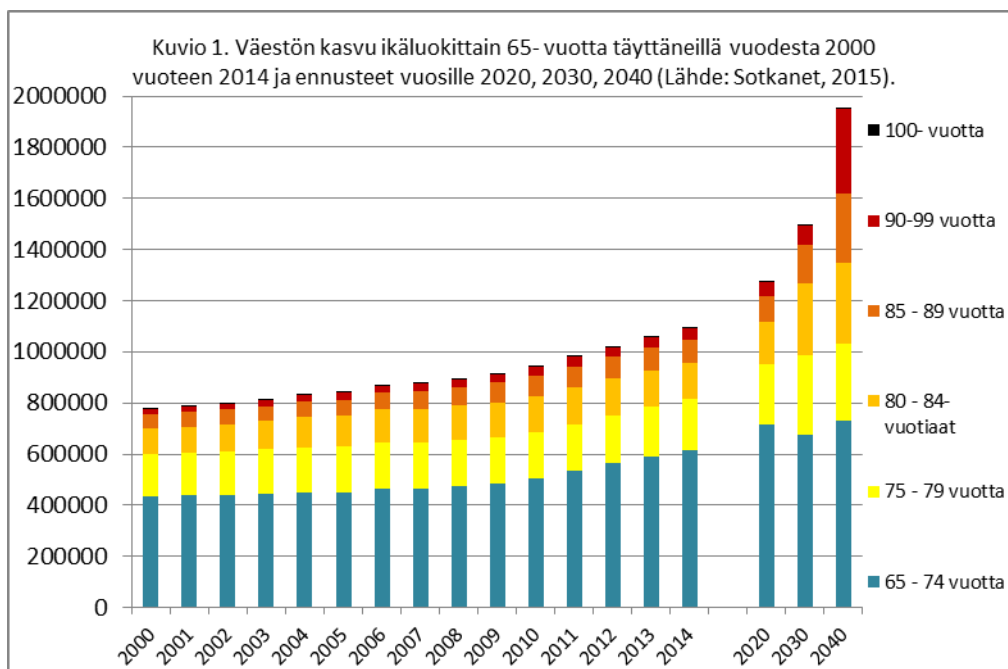
Ministeriöt	
YM	yhteinen työ ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelman toimeenpanossa, kuten mallintamalla ja pilotoimalla ikääntyneen väestön toimintakykyä ylläpitävien asuin ympäristöjen sekä asumisen ja palvelujen toimivaksi yhteensovittamiseksi luotuja konsepteja, kuten palvelualueet/-korttelit, muistisairaiden kylät, perhehoitokylät.
SM	Yhteinen työ turvallisen kotona asumisen edistämässä (palo- & pelastusturvallisuus, koti- & vapaa-ajantapaturmat). Kotihoito / omaishoito. Yhteinen työ tulipalojen ja muiden onnettomuuksien ehkäisemiseksi sekä turvallisuuden ylläpitämiseksi; Yhteinen työ kotihoidon asukkaiden toimintakyvyn arvioimiseksi paloturvallisuuden näkökulmasta; RAI-arviointimenetelmään pohjautuva PaloRAI. Yhteinen työ turvallisuustekniikan edistämiseksi (huoneistokohtainen sammutuslaitteisto, turvaliedet, liesiturvalaitteet) kotihoidossa. Yhteinen työ kotihoidolle annettavan omaoimiseen varautumiseen liittyvän ohjauksen, valistuksen ja neuvonnan tehostamiseksi (pelastuslaitoksen vastuulla). Yhteinen työ kotihoidon henkilöstön paloturvallisuusvalmiuksien kehittämiseksi, jotta he osaisivat huolehtia asukkaidensa paloturvallisuudesta (toiminnanharjoittajan vastuulla).
OKM	Yhteinen työ ammatillisen osaamisen varmistamiseksi ikäihmisten palveluissa toteutetaan ammatillisen koulutuksen reformissa niin, että se vastaa sosiaali- ja terveysalan osaamisvaatimuksia ja eri toimijoiden saumatonta yhteistyötä työelämässä
TEM	Yhteinen työ omaishoidon innovaatioiden kehittämiseksi. Yhteinen työ iäkkäiden palveluissa toimivien työnjaon kehittämisessä, erit. hoiva-avustajien käytön lisäämisessä. Taustalla STM:n kanssa yhdessä toteutettu 'Kotipalvelut kuntoon' –hanke
LVM	Yhteinen työ asuin ympäristön liikenne palvelujen ja –turvallisuuden sekä viestintä palvelujen kehittämisessä digitalisaatiota hyödyntämällä. Esineiden internet; kiinteistönvalvonta, etävalvonta. Tietoturva; yksityisydensuoja, luottamus internetiin, riskienhallinta. Robotisaatio/automaatio; automaattinen diagnostiikka, hoivarobotit, älykäs liikenne. Avoin data; potilastiedon, palvelutiedon ja oman tiedon (My data) saatavuus, tietosuoja. Liikenne palveluna (Maas); saumattomat matka- ja kuljetukset, yhdistetyt kuljetukset, jakamistalousyhteinen työ asuin ympäristön liikennejärjestelyjen ja -turvallisuuden sekä viestintäteknologian kehittämisessä. Yhteinen työ Liikenneturvan iäkäs -ohjelman toimeenpanossa?
MMM	Yhteinen työ tarkoituksenmukaisten ohjelmien (erit. Manner-Suomen maaseudun kehittämisohjelma) ja hankkeiden (esim. Leader -työ maaseudun hyvinvoinnin edistämässä ja laajakaista-/digitalisaatiohankkeet) kautta. Yhteinen työ maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän (YTR) verkostojen kanssa (erityisesti elämänlaadun ja harvaan asuttujen alueiden -teemaverkostot)
OM	Yhteistä työtä yhdenvertaisuuden edistämässä sekä väkivallan ja rikosten ehkäisyssä
VM	Avoin hallinto hanke, jossa edistetään iäkkäiden mahdollisuuksia osallistumiseen ja vaikuttamiseen
Muut yhteistyökumppanit	
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, yhteinen työ	
	palvelukokonaisuuden ja toimintamallien mallintamisessa kohdennetussa, tietoon perustuvassa ohjauksessa uudistuksen toimeenpanemiseksi kokeilu- ja itsehallintoalueilla luodaan malli tiedolla johtamisesta seurannassa ja arvioinnissa (ml. kustannusvaikuttavuus), erityisesti nk. vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannan ja arvioinnin jatkoissa sekä indikaattorimäärittelyissä asiakaslähtöisyyden, ml. digitalisaatio, huomioon ottaminen läpileikkaavana periaatteena
Yhteistyö tutkimuslaitosten ja yliopistojen kanssa	
	ohjausryhmän yhteyteen perustetaan tieteellinen neuvosto, jonka toimeksiantoa muokataan sitten ao. tehtäviä sisältäväksi kärkihankkeen toimeenpanon ulkoinen arviointi // ulkoisen arvioinnin suunnittelu & mahdollinen toteutus yhteistyö hankkeen sisältöjen edelleen kehittämiseksi kustannusvaikuttavuus huomioon ottaen, täsmenny mahdollinen teknologian hyödyntämiseen liittyvä yhteistyö, täsmenny
Yhteistyö kehittämissyksiköiden kanssa (erit. sosiaalialan osaamiskeskukset, perusterveydenhuollon yksiköt)	
	täsmenny

Yhteistyö Suomen Kuntaliiton kanssa (täsmentyy neuvotteluissa)	
	yhteistyö viestinnässä hanketta koskien yhteiset neuvottelut kuntien ja tulevien itsehallintoalueiden kanssa yhteinen työ mm. kuntakokeilujen toteuttamisessa mahdollinen yhteinen työ kärkihankkeen sisältöjä tukevien osahankkeiden kautta, täsmentyy
Yhteistyö järjestöjen kanssa (→ täsmentyy edelleen neuvotteluissa)	
	yhteinen työ toimintamallien määrittämisessä, viestinnässä, työvälineiden, hyvien käytänteiden edelleen kehittämisessä, levittämisessä, juurruttamisessa
Yhteistyö ammattijärjestöjen kanssa (→ täsmentyy edelleen neuvotteluissa)	
	yhteinen työ henkilöstöä koskevien toimintamallien määrittämisessä, viestinnässä, työvälineiden, hyvien käytänteiden edelleen kehittämisessä, levittämisessä, juurruttamisessa
Yhteistyö yksityisten palveluntuotajien kanssa (→ täsmentyy edelleen neuvotteluissa)	
	yhteinen työ toimintamallien määrittämisessä, työvälineiden, hyvien käytänteiden edelleen kehittämisessä, levittämisessä, juurruttamisessa
Yhteistyö iäkkäiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa + Asiakaslähtöisyys –kärkihankkeen kanssa + Avoin hallinto –hankkeen kanssa, kuten	
	Asiakas-/kansalaisraadit (luodaan hanketta varten), mutta hyödynnetään myös olemassa olevia vanhusneuvostot Muistiaktiivit ³ , omaishoidon asiakasraadit

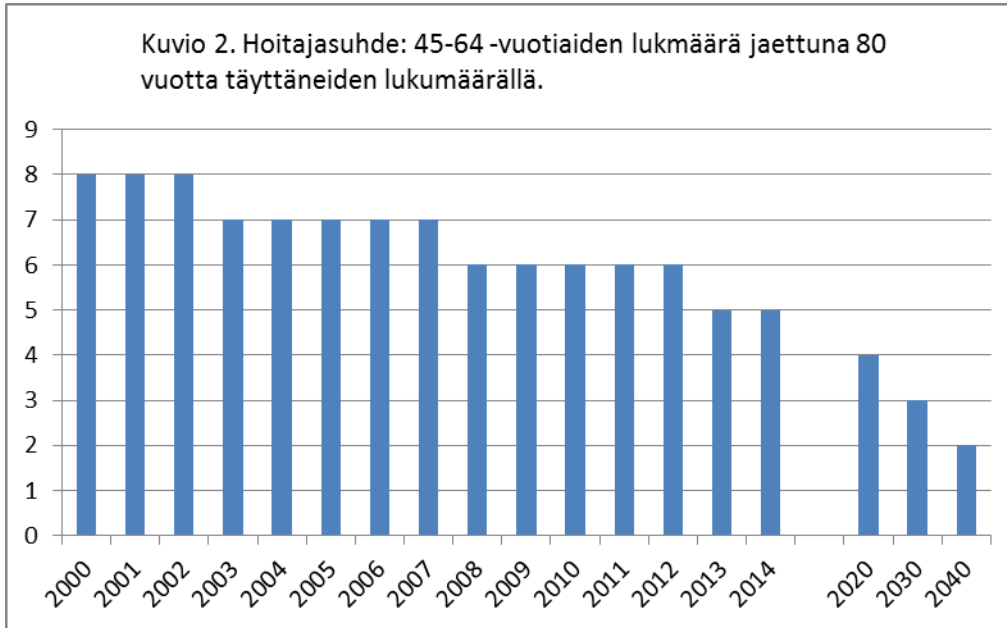
³ Muistiliitto: Muistisairauksiin sairastuneiden ja omaisten asiantuntijaryhmä; lisätietoa:
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/tietoa-muistiliitosta/sairastuneiden-ja-laheisten-tyoryhma/>

Liite 3. Taustoittavia tilastoja

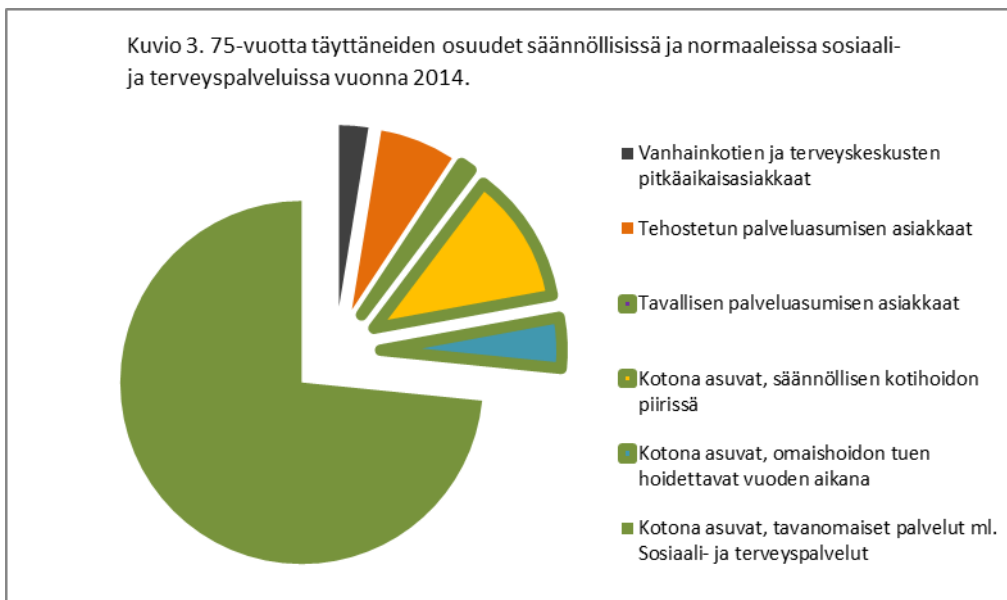
Muutosohjelman tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua lisäämällä ja kehittämällä kotihoitoa ja tukemalla omais- ja perhehoitoa. Väestön ikääntyessä etenkin iäkkäimpien ikäryhmien (85-99 - ja 90-99 –vuotiaat) kasvu lisää painetta sekä ennaltaehkäiseviin että ennakoiviin palveluihin sekä joustavasti että tehokkaasti järjestettyihin sosiaali- ja terveyspalveluihin, ja ikääntyneillä erityisesti säännöllisiin palveluihin (Kuvio 1).



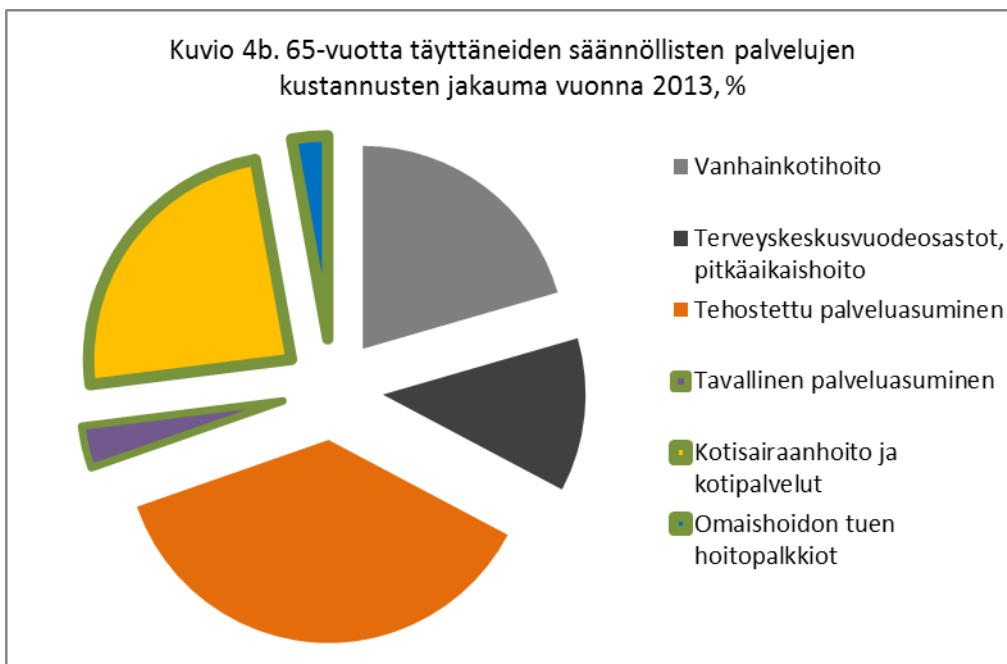
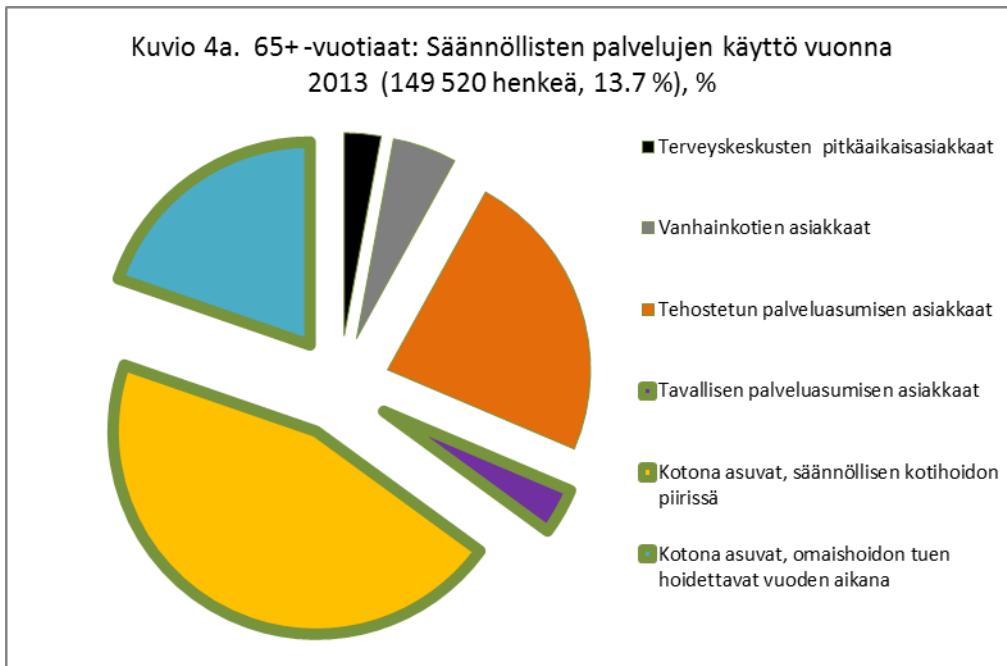
lääkkään väestön lisääntyessä ja nuoremman väestön vähetessä käytettävissä on yhä vähemmän työvoimaa ja potentiaalisia hoitajia. Kuviossa 2 esitetään 45-64 -vuotiaan väestön suhde 80 vuotta täyttäneeseen väestöön. 45-64 -vuotiaiden lukumäärä potentiaalisia hoitajia on jaettu 80 vuotta täyttäneiden mahdollisesti apua tarvitsevien lukumäärällä. Vuodesta 2000 potentiaalisten hoitajien suhde on laskenut 8 henkilöstä viiteen vuonna 2014 ja edelleen väestöennusteiden perusteella laskee kolmeen vuonna 2030. Tämä hoitajasuhde tarkastelee etenkin omaishoidon potentiaalisia hoitajina toimivien 45-64 -vuotiaiden ryhmissä, mutta heijastelee myös muun henkilöstöpotentiaalin vähenemistä.



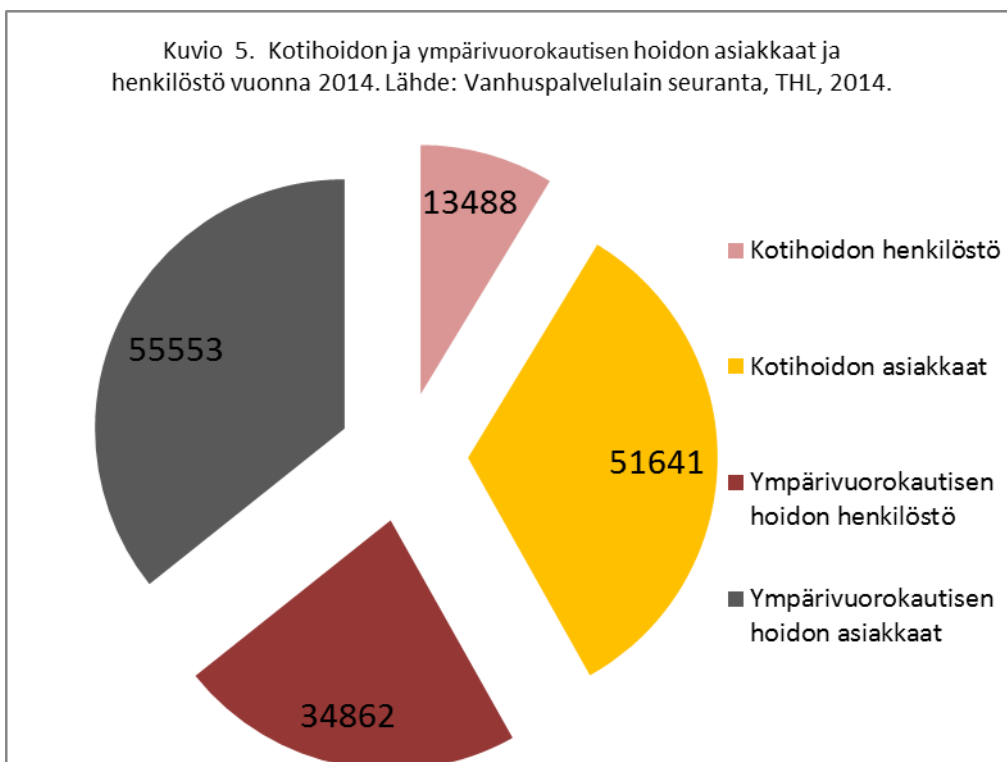
Säännöllisten ikääntyneille tarkoitettujen palvelujen piirissä oli yksi neljästä 75 vuotta täyttäneestä henkilöstä vuonna 2014 (Kuvio 3). Kolme neljästä tämän ikäisestä asui kotonaan ja käytti normaaleja palveluita ml. sosiaali- ja terveyspalvelut. Ympäri vuorokautisen hoidon piirissä oli 9.3 prosenttia, josta laitoshoidossa 2.6 prosenttia. Kotona asuvia säännöllisen kotihoidon piirissä oli 11.8 prosenttia ja omaishoidon tuen asiakkaita oli 4.5 prosenttia. Terveyskusten lääkärikäynneistä noin puolet kohdentuu 65 vuotta täyttäneille ja vanhemmille. Erikoissairaanhoidossa iäkkäiden osuus on myös suuri.



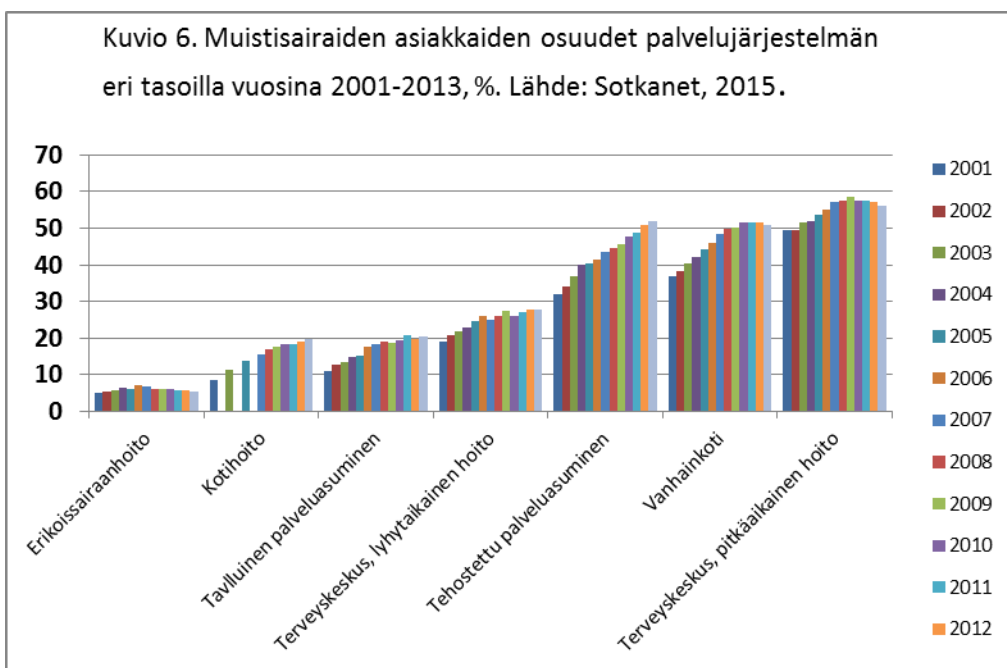
Säännöllisten palvelujen piirissä kotihoidossa olleet olivat suurin käyttäjäryhmä vuonna 2013 (kuvio 4a), mutta kustannuksista kotihoitoon kohdentui vai neljäsosa (Kuvio 4b). Ympäri vuorokautiseen hoitoon (tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja terveyskeskus pitkäaikaishoito) kohdentui kolme neljäsosaa kustannuksista vaikka käyttäjiä oli vain neljäsosa kaikista säännöllisten palveluiden piirissä olleista.



Suuren osan kustannuksista iäkkäiden palveluissa muodostaa henkilöstö. Koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevia asiakkaita on suurin piirtein yhtä paljon, mutta ympärivuorokautisessa hoidossa on suurempi osuus henkilöstöstä (Kuvio 5).

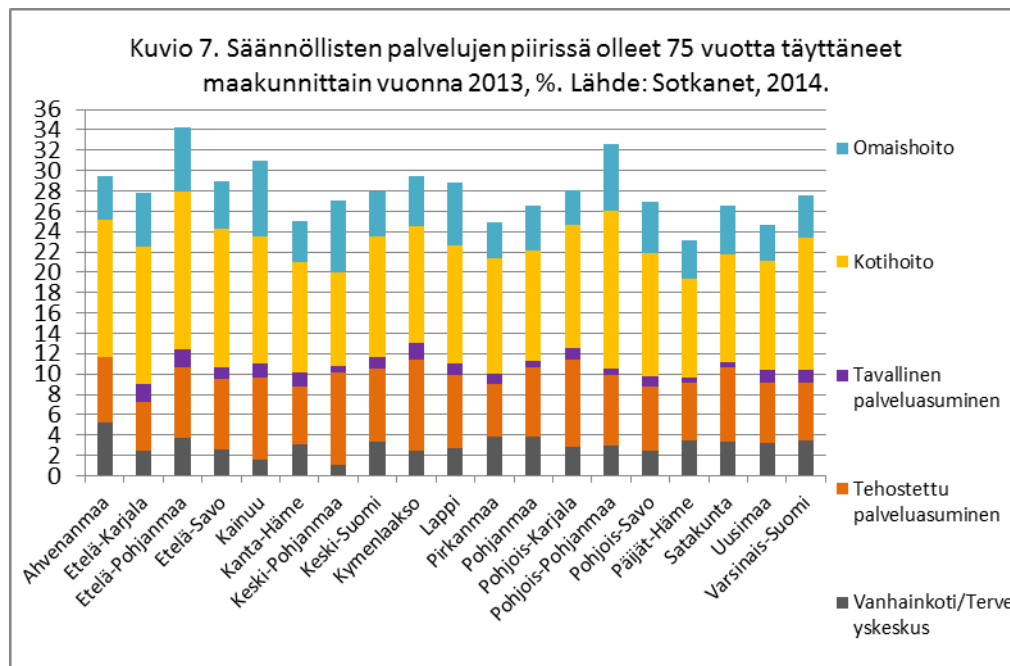


lääkkäät muistisairaat on suurimpia säännöllisten palvelujen käyttäjäryhmiä. Vanhainkotien ja terveyskeskusten asiakkaista muistisairaita on puolet (Kuvio 6). Kotihoidon asiakkaista joka viidennellä on muistisairaus. Lyhytaikaisessa sairaalahoidossa terveyskeskuksissa muistisairaita on kolmannes, erikoissairaanhoidossa noin viisi prosenttia.

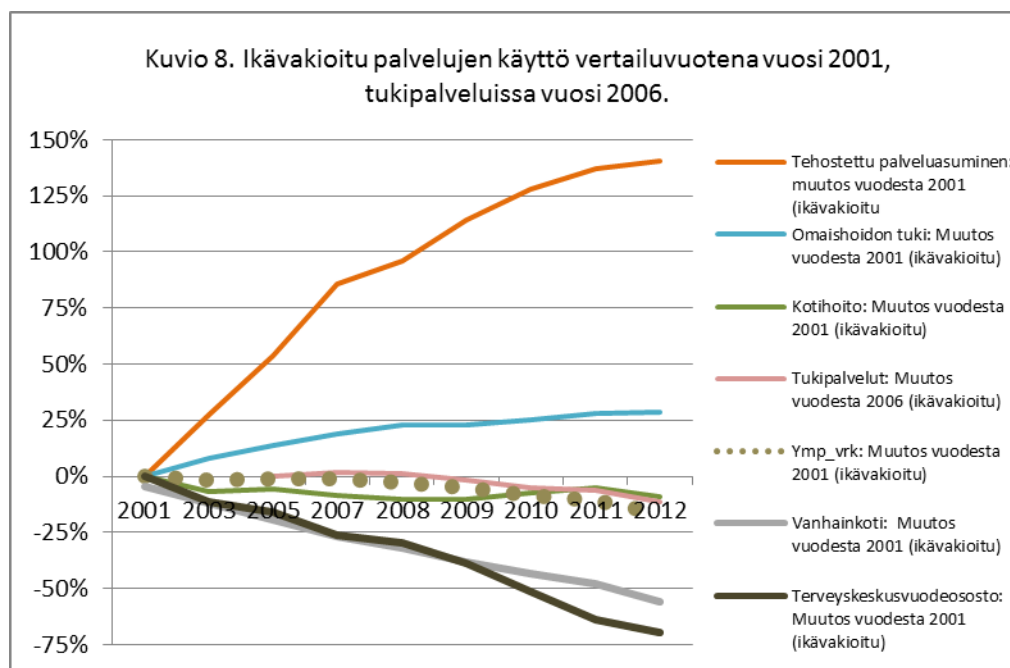


Säännöllisten palvelujen käytössä on suuria alueellisia eroja (Kuvio 7). Ympärivuorokautisen hoidon osuudet ovat pienimpiä Etelä-Karjalassa ja korkeimpia Keski-Suomessa ja Pohjois-Karjalassa. Ympärivuorokautisen hoidon sisällä perinteisessä laitoshoidossa olleiden osuus vaihtelee yhdestä prosentista viiteen

prosenttiin. Myös säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen asiakkaiden osuudet vaihtelevat suuresti maakunnittain.



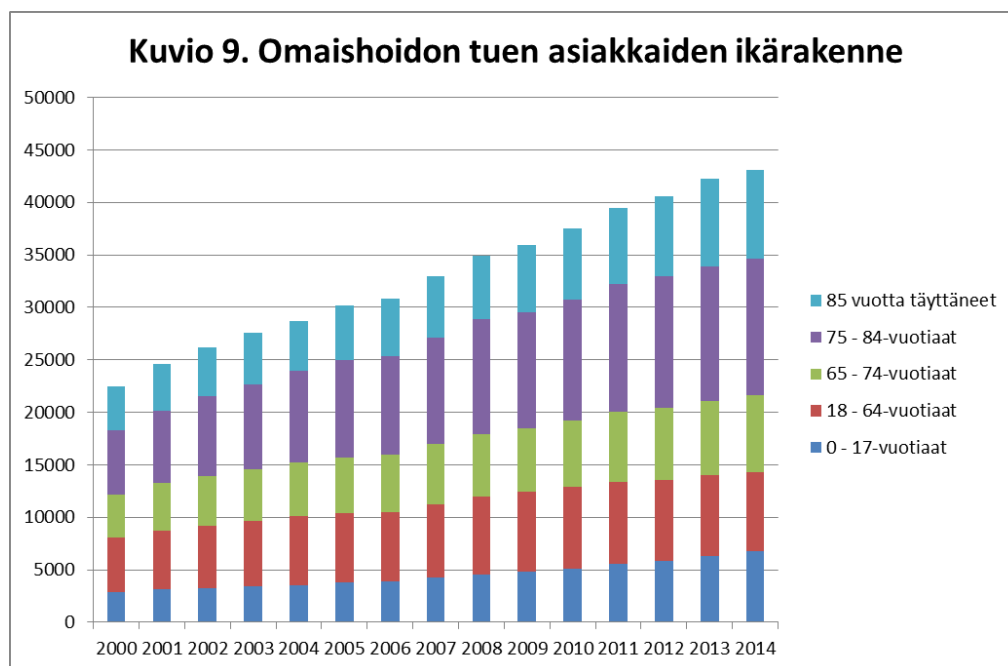
Ikävakioitu palvelujen käyttö osoittaa ympärivuorokautisen hoidon vähenemistä, mutta myös kotihoidon ja tukipalvelujen vähenemistä (Kuvio 8). Omaishoidon tuen asiakkaiden osuudet sen sijaan ovat huomattavasti lisääntyneet. Kun ympärivuorokautinen hoito jaetaan perinteiseen laitoshoitoon ja tehostettuun palveluasumiseen havaitaan, että tehostettu palveluasuminen on myös reippaasti kasvanut ja laitoshoidon vastaavasti vähentynyt, mutta kuitenkin ympärivuorokautinen hoito kaikkineen on vähenemässä väestöön suhteutettuna.

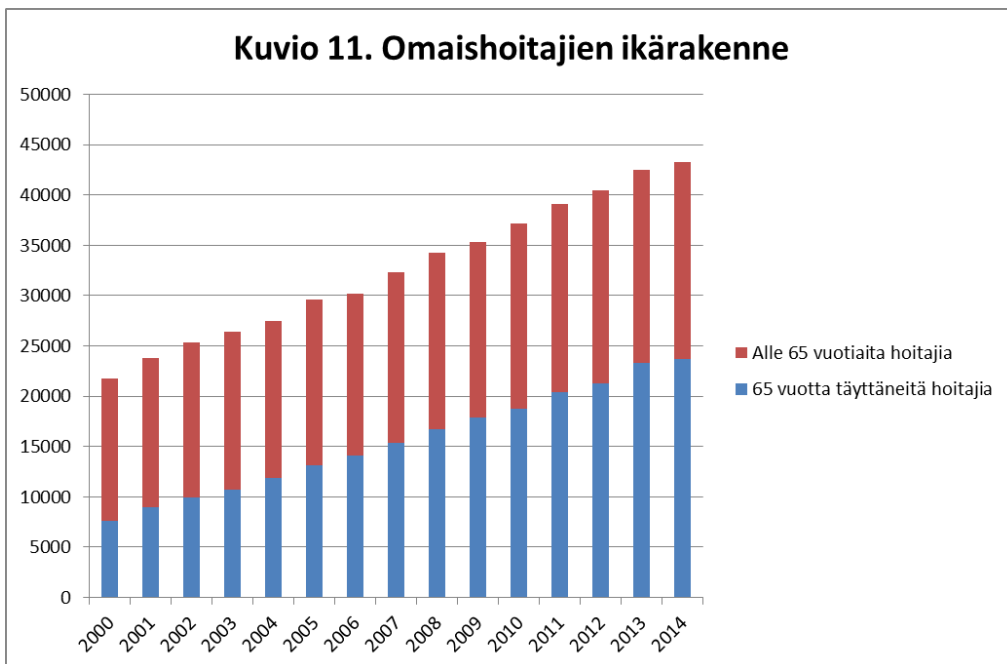
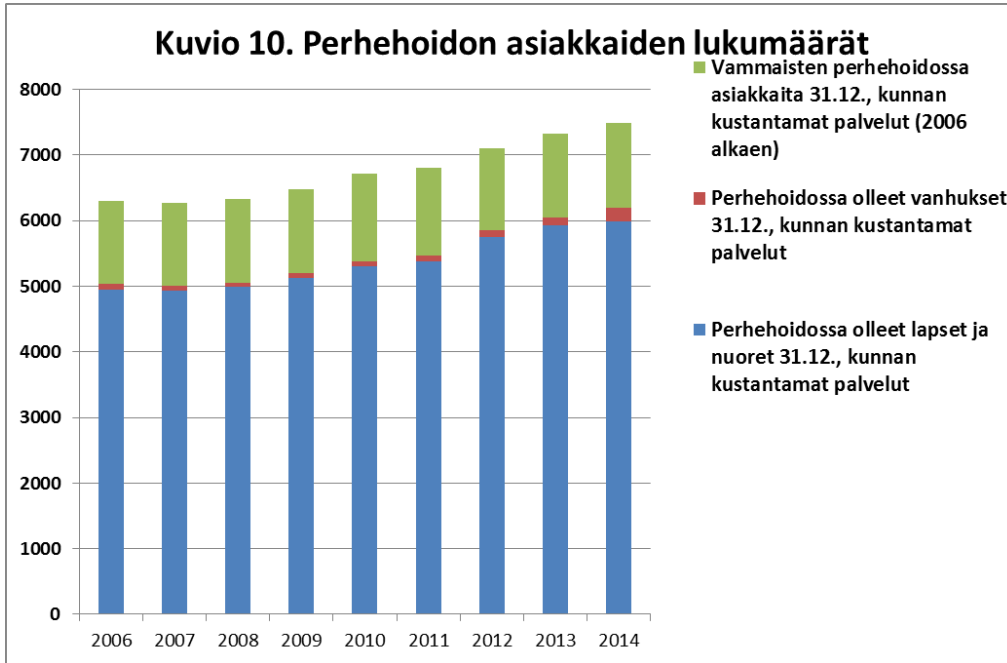


Viime vuosina on tehty monia merkittäviä ikääntymispoliittisia linjauksia. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012) eli niin kutsuttu vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013. Lain keskeisimmät sisällöt liittyvät järjestelmälliseen varautumiseen, jonka keskiössä on mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea-aikaisten ja laadukkaiden palveluiden varmistamiseen niin, että kotiin annettavien palvelujen ensi- ja laitoshoidon viimesijaisuus toteutuu sekä iäkkäiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien vahvistamiseen.

Ikääntyneiden palveluissa on tapahtunut ikääntymispoliittisten linjausten mukaisia muutoksia. Ikääntyneen väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen ovat keskeisiä haasteita tuleville vuosille. Kun kotihoitoa lisätään ja laitoshoidon pääsyä edelleen tiukennetaan, kotiloissa tullaan hoitamaan yhä enemmän hoitoa tarvitsevia asiakkaita. Palveluohjauksen, kotihoidon toimintamallien ja prosessien kehittäminen on siksi ensisijaista.

Omaishoidossa olevat asiakkaat ovat pääsääntöisesti iäkkäitä (Kuvio 9). Perhehoidon asiakkaista suurin osa on lapsia tai nuoria (Kuvio 10). Iäkkäiden omaishoitajien määrä kasvaa nopeimmin (Kuvio 11). Iäkkäiden perhehoidossa on noin 220 henkeä. Eri ikäisillä omais- ja perhehoitajilla ja heidän hoitajillaan on erilaisia avun ja tuen tarpeita (Taulukko 1).





Taulukko 1. Omais- ja perhehoidon asiakkaat ovat erilaisia -uudistuksessa otettava huomioon erilaisten asiakkaiden erilaiset tarpeet			
Lapset ja nuoret (0-17)	Omaishoito (sopimus)	Hoidettavat (n= 6 700): sairaat tai vammaiset lapset	Hoitaja: lapsiperheen äiti/isä tai muu lähiomainen
	Perhehoito	Asiakkaat (n= 6 000): lapsia ja nuoria syy huostaanotto	Perhehoitajat
Iäkkäät (65+)	Omaishoito (sopimus)	Hoidettavat iäkkäitä toimintakykyrajoitteisia (n= 28 800)	Hoitajat: puoliso tai avopuoliso; aikuiset lapset; muu lähiomainen
	Perhehoito	Hoidettavat (n= 220)	Perhehoitajat
Työikäiset (18-64)	Omaishoito (Sopimus)	hoidettavat: sairaat, vammaiset tai vammautuneet henkilöt (n= 7 500)	Hoitajat: puoliso tai avopuoliso; nuorimmilla työikäisillä omat vanhemmat; vanhimmilla työikäisillä omat lapset; muu lähiomainen
	Perhehoito	Hoidettavat vammaisia henkilöitä	Perhehoitajat