

# VANTAAN OSAHANKE: VANTAAN VANHUSPALVELUVERKOSTO

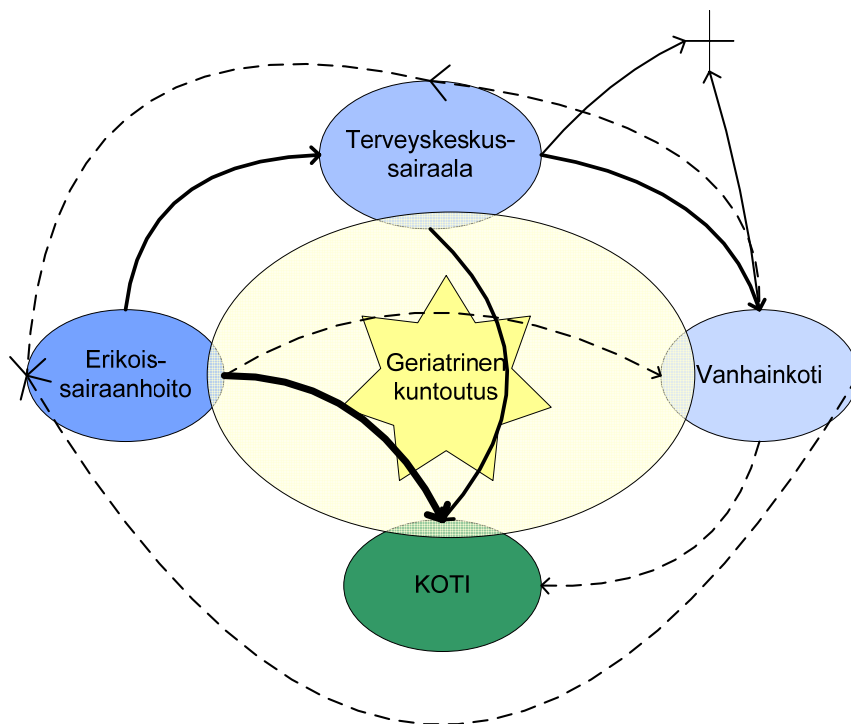
Päivi Haho ja Leena Saurén

## Johdanto

Vanhuspalveluverkoston toimintaa tutkiva Vantaan osahanke aloitettiin vuoden 2006 keväällä ja saatiin päätökseen saman vuoden syksyn aikana. Siinä mallinnettiin vanhuspalvelujen toimijoiden verkosto, joka on mukana vanhuksen siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotiin tai uuteen hoitopaikkaan sekä vanhuspalveluprosessi esimerkkitapauksen avulla. Hankkeessa tutkittiin nykyisten toimintamallien käytäntöjä ja kehittämiskohtia sekä toimijoiden muihin kohdistamia odotuksia. Vantaan tavoitteena oli pystyä kotiuttamaan mahdollisimman moni asiakas suoraan erikoissairaanhoidosta ja tehostaa asiakkaiden virtaa terveyskeskussairaalaan kotiin.

Vantaan erikoissairaanhoidon järjestetty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvassa Peijaksen sairaalassa. Kun potilas on valmis siirtymään Peijaksesta jatkohoitopaikkaan, sairaalan ylilääkäri tekee asiasta päätöksen. Päätöksen jälkeen Vantaan kaupungilla on kolme päivää aikaa siirtää asiakas jatkohoitopaikkaan. Jos paikkaa ei ole järjestetty vaaditun ajan puitteissa, joutuu kaupunki maksamaan sakkomaksua. Vuonna 2005 sakkopäivien yhteenlaskettu arvo oli 1,8 miljoonaa euroa.

Alla olevassa kuvassa (Kuva 1) on kuvattu asiakkaan reitit hoitopaikasta toiseen sellaisena kuin ne osahankkeen alussa ymmärrettiin. Tavoitteena oli pystyä kotiuttamaan mahdollisimman moni asiakas suoraan erikoissairaanhoidosta. Myös potilasvirtaa terveyskeskussairaalaan kotiin pyrittiin lisäämään. Nämä olivat ainoat keinot nopeuttaa erikoissairaanhoidosta tulevien asiakkaiden sijoittamista uuteen hoitopaikkaan. Vanhainkotipaikkoja ei voida juurikaan lisätä, koska omat paikat ovat kaikki käytössä ja lyhytaikaisia paikkoja ei voida ostaa. Tutkimuksen mukaan geriatrisen kuntoutuksen yksikkö, joka vastaisi kokonaisvaltaisesti asiakkaiden siirtymisestä vanhustenhoidon verkoston eri hoitopaikkoihin, voisi mahdollisesti edistää kotiuttamista.



**Kuva 1. Vanhusten siirtyminen erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon**

## Tavoitteet

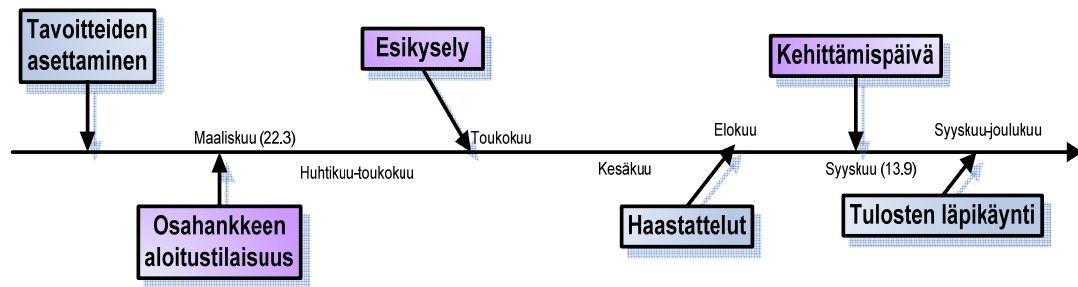
Vantaan osahankkeen tavoitteena oli:

- kuvata eri toimijoista muodostuva verkosto, joka on mukana vanhuksen siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotiin tai uuteen hoitopaikkaan, sekä eri toimijoiden roolit
- kartoittaa eri toimijoiden toisiinsa kohdistamat odotukset
- tunnistaa palveluprosessin kehittämiskohdat
- luoda puitteet ja toimintatavat vanhusten sujuvalle siirtymiselle erikoissairaanhoidosta oikeantasoiseen hoitopaikkaan ja edistää kotiin siirtymistä
- selvittää, millainen geriatrisen kuntoutuksen yksikön tulisi olla ja kenen pitäisi koordinoita sitä
- luoda yhteiset pelisäännöt verkoston toimijoille
- lisätä toimijoiden välistä luottamusta ja tiedon jakamista sekä asiakaslähtöisyyttä
- edistää tietojärjestelmien käyttöä eri tahojen välisen tiedonkulun parantamiseksi
- selvittää erilaisten teknologisten apuvälineiden hyödyllisyys verkoston koordinoinnin ja potilaiden kotiuttamisen tukena
- parantaa kaupungin kykyä siirtyä uuteen sosiaali- ja terveystoimen organisaatioon

Hankkeen tarkoituksena oli edistää verkoston toimivuutta tutkimalla nykyisten toimintamallien hyviä käytäntöjä ja kehittämiskohtia. Tarkastelussa hyödynnettiin muiden KIMPPA-osahankkeiden tuloksia.

## Tutkimuksen vaiheet ja aineisto

Vantaan osahanke toteutettiin kevästä syksyyn 2006. Aikataulu on esitetty kuvassa 2. Hanke aloitettiin yhteisten tavoitteiden asettamisella. Maaliskuussa järjestettiin osahankkeen aloitustilaisuus, jossa hanke esiteltiin siihen osallistuville osapuolille. Kevään aikana julkaistiin myös internet-kysely ja syksyllä tehtiin haastattelut. Kehittämispäivä järjestettiin syksyllä heti viimeisten haastattelujen jälkeen.



Kuva 2. Tutkimuksen vaiheet

### *Esikysely*

Tutkimuksen esikysely toteutettiin internetissä kyselylomakkeella sekä joillekin toimijoille kotiin tai työpaikalle postitse lähetettynä kaavakkeena. Esikysely lähetettiin toukokuun puolivälissä 95 keskeiselle vanhuspalveluun osallistuvalla toimijalla, joista 37 vastasi kesäkuun puoliväliin mennessä. Täten vastausprosentti oli noin 40. Valittu osallistujajoukko edusti toimijakenttää koko laajuudessaan. Kuitenkin vastaajista suurin osa edusti toimijoita, jotka ovat läheisessä ja jatkuvassa kanssakäymisessä vanhusasiakkaiden kanssa. Näin ollen esimerkiksi kotihoito on vastauksissa laajemmin edustettu kuin moni muu toimija. Yksittäisten kysymyksiä vastauksista löytyi yhtäläisyyksiä ja toistuvuutta eri vastaajien välillä.

Esikyselyn tavoitteena oli saada selkeä käsitys verkoston nykyisestä toiminnasta sen hyvine ja huonoine puolineen. Ennen kaikkea kyselyssä keskityttiin kartoittamaan eri toimijoiden muihin kohdistamia odotuksia ja toimijoiden uskomuksia siitä, mitä muut toimijat heiltä odottavat. Parannusehdotuksia verkoston toimintaan ei vielä odotettu. Vastaajilta pyydettiin tietoa edustamastaan yksiköstä, mutta omaa roolia verkostossa ei tiedusteltu. Näin ollen vastaajat pystyttiin erottelamaan vain toimipaikan/toimintakentän mukaan.

### *Haastattelut*

Tutkimuksen loppuosa toteutettiin SimLabin liiketoimintaprosessien kehittämismenetelmää käyttäen. Esikyselyn vastauksien perusteella suunnattiin varsinaisten haastattelujen kysymyksiä alueille, jotka vaikuttivat olennaisimmilta tutkimuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Esikyselyssä epäselviksi jääneitä käsitteitä pyrittiin ymmärtämään ja tavoitteena oli löytää esiin tulleisiin ongelmakohtiin parannusehdotuksia.

Haastatteluilla syvennettiin ymmärrystä verkoston toiminnasta ja kerättiin ideoita kehittämispäivää varten. Haastatteluihin valittiin työntekijöitä eri organisaatio- ja eri

puolilta vanhuspalveluverkosta kuten Peijaksen ja Katriinan sairaaloista, terveyskeskuksista, vanhainkodeista sekä alueellisista sosiaali- ja terveyspalvelujen yksiköistä. Haastatteluja toteutettiin yhteensä 15 ja haastateltavia oli 16. Haastatteluista tehtiin muistiinpanot ja ne nauhoitettiin jatkokäsittelyä silmälläpitäen.

## ***Kehittämispäivä***

Kehittämispäivään osallistui 26 kutsuvierasta sekä 12 SimLabin tutkijaa. Vantaan kaupungin työntekijöiden lisäksi päivään osallistui HUS:n palveluksessa olevia henkilöitä, Espoon ja Hämeenlinnan kaupunkien työntekijöitä, yrittäjien ja yksityisten vanhainkotien edustajia sekä omaishoitaja. Vantaan kaupungin sosiaalityö, kotihoito sekä kaupungin johto olivat kehittämispäivässä melko heikosti edustettuina esteiden vuoksi.

Kehittämispäivässä käytiin läpi vanhuspalveluverkoston rakenne sekä sen eri toimijoiden roolit verkostokartan (liite 4) avulla. Vanhuspalveluprosessiin tutustuttiin esimerkkitapauksesta tehdyn prosessikartan (liite 5) avulla. Prosessikarttaa käyttämällä pureuduttiin palveluprosessin haasteisiin. Verkoston haasteisiin perehdyttiin myös iltapäivän ryhmätöissä, joiden tavoitteena oli samaistuminen toisten verkoston toimijoiden kohtaamiin ongelmiin sekä ratkaisujen kehittäminen ja arvioiminen eri näkökannoista. Kehittämispäivän lopuksi keskusteltiin päivän aikana syntyneistä kehittämisideoista.

## **Tulokset**

Hankeessa syntyneet tulokset esitellään seuraavassa taulukossa jaotteleamalla haasteet ja ratkaisuehdotukset eri toimijoiden välisiin rajapintoihin. Haasteet ja kehittämisideat esitetään aiheiden mukaisessa järjestyksessä, ei siis tärkeysjärjestyksessä. Tulokset on koottu kehittämispäivän keskusteluista, idealapuista ja ryhmätöistä sekä päivää edeltäneistä haastatteluista ja internet-kyselystä. Lähes kaikki asiakkaan hoidossa esiintyvät haasteet näkyvät juuri näissä rajapinnoissa. Haasteet saattavat johtua joko hoidon aikaisesta toiminnasta tai toiminnasta itse rajapinnassa. Taulukossa esitettävien rajapinnoissa ilmenevien haasteiden lisäksi verkostossa ilmeni myös merkittäviä yleisemmin koko verkoston toimintaa koskevia haasteita kuten

- yksityisten palveluntarjoajien yhteydet kaupungin tietojärjestelmiin,
- jaetun hoitovastuun ottaminen asiakkaasta,
- kuntouttavaan hoitoon ja työotteeseen kannustaminen,
- tehokkaampi raportointi nykyhetken tilanteesta eri yksiköissä ja
- asiakkaan hoidon loppuun saakka vieminen.

**Taulukko 1. Kehittämishaasteita ja niiden ratkaisuehdotuksia**

	<b>Haaste</b>	<b>Ratkaisuehdotus</b>
1. Kotona asuminen	Ennaltaehkäisevän toiminnan riittämättömyys yksinasuville vanhuksille	Kerhotoiminta, päiväkeskustoiminta ja muu ohjattu aktiviteetti
		Enemmän panostusta yksinäisten vanhusten tilan seurantaan
	Asiakkaan puutteellinen sitoutuminen omaan hoitoprosessiin sekä hoitoverkostoon	Asiakkaan sitouttaminen hoitoon
		Ennakointi
	Omaishoitajan heikko tukeminen	Omaishoitajan oikeuksien tuominen selkeästi esiin ja niistä kiinnipitäminen
		Vertaistuki
		Virkistymismahdollisuuksia potilaalle
		Omaishoitajan työ tutummaksi
		Rahallinen tuki
	2. Siirtyminen terveyskeskus-päivystykseen	Asiakkaan ohjaaminen liian helposti päivystykseen
Neuvontapuhelimen käyttö		
Tehostettu kotihoitotiimi/ kotisairaala		
Kotihoidon informointi		
Ongelmat kotihoidon ja sairaankuljetuksen ensihoidon välillä		Yhteiset tapaamiset
3. Siirtyminen terveyskeskus-päivystyksestä eteenpäin	Vaikeus sijoittaa asiakas oikeantasoiseen jatkohoitopaikkaan	Geriatrinen arviointi
		Päivystävä sosiaalityöntekijä
		Tietojärjestelmien tehokkaampi hyödyntäminen
		Päivystysaikaisia palveluja terveyskeskuksiin
		Asiakaslähtöisyyden lisääminen
		Enemmän vaihtoehtoja
4. Kotiutuminen Peijaksesta	Alkuperäinen ongelma ei ole ratkennut	Kokonaisvaltainen katsaus
		Riskiryhmien kartoittaminen
	Liian nopealla aikataululla kotiuttaminen	Yhteiset hoitoneuvottelut
		Yhteiset pelisäännöt
		Hoitokoordinaattoreiden hyödyntäminen
		Mahdollisuus konsultoida lähettävää yksikköä
	Puutteellinen kommunikointi kotihoidon ja asiakkaiden omalääkärin välillä	Kotihoidolle omalääkäri
		Hyvien käytäntöjen kerääminen.
	Puutteellinen tiedonsiirto	Selkeästi määrätyt tehtävät kotiutuksessa
		Avofysioterapian käytön tehostaminen

5. Siirtyminen Peijaksesta toiseen jatkohoitopaikkaan	Sopivaa jatkohoitopaikkaa ei ole vapaana	Hoitoprosessin tehostaminen.
	Turhautuminen ”väärintasoisiiin” potilaisiin	Yhteisen kielen muodostaminen
	Tietojärjestelmien varaan lasketaan liikaa	Vuorovaikutusta osapuolten välillä tulisi lisätä Tietojärjestelmien yhtenäistäminen
6. Katriinan viikko-osastolta viikonloppuhoitojaksoon toiseen hoitopaikkaan	Hoitopaikkavaihdon aiheuttamat psyykkiset vaikutukset ja hoitokatkokset	Viikonloppukotiutumisen tukeminen tarjoamalla apua vanhukselle
		Asiakkaiden sijoittaminen todellista tarvetta vastaaville asiakaspaikoille
		Viikko-osaston toimintakonseptin uudelleen arviointi
7. Kotiutuminen Katriinan sairaalasta	Kuntouttamisen keskeytyminen	Kuntouttamisen tavoitteiden ja työnjaon määrittely
		Potilaan aktiivisuuden tukeminen
		Päiväohjelman laatiminen potilaalle
		Kuntoutuksen opastaminen
		Seuranta-, arviointi- ja ohjauskäynnit
		Sovittu yhteinen tiedonsiirto- ja tiedonhakemistapa
		Ennakointi
	Kotiutuksen jumiutuminen	Keskinäisen vuorovaikutuksen parantaminen sekä tietojärjestelmien tehokkaampi hyödyntäminen
		Kutsu hyvissä ajoin kotiutusneuvotteluihin
	Kotiutushoitajan vähäinen käyttö	Kotiutushoitajan toimenkuvasta tiedottaminen
Potilaan lähtötilanteen parempi selvittäminen	Kattavat merkinnät tietojärjestelmiin	
Kotiutuksen viivästyminen asiakkaan kotona tehtävien toimenpiteiden vuoksi	Asiakas ostaa tai muutoin järjestää itse palvelun.	
	Kotiutusasunto odotuksen ajaksi	
8. Siirtyminen Katriinan sairaalasta toiseen jatkohoitopaikkaan	Vastaanottavan hoitopaikan epävarmuus vastaanottaa asiakas	”Palautusmahdollisuus”

## Johtopäätökset

Vantaan vanhuspalveluverkostossa on kahdentasoisia haasteita: rakenteellisia sekä toimintatapoihin liittyviä. Käsitteet kietoutuvat toisiinsa: vanhat toimintatavat eivät ole mielekkäitä uusissa rakenteissa, vaan uudet rakenteet luovat uusia toimintatapoja. Toimintatapoja uudistettaessa on syytä myös uudistaa rakenteet tukemaan uutta toimintatapaa, vanhat rakenteet voivat estää hyvienkin toimintatapainnovaatioiden käyttöönoton.

Tämän tutkimuksen tuloksena Vantaan vanhuspalveluverkoston ehdotetaan geriatriksen keskuksen perustamista. Geriatriksen keskus olisi *suurin hoitoverkoston rakenteeseen vaikuttavista ratkaisuista* ja sen avulla olisi mahdollista vastata useaan eri tutkimuksessa esiin tulleeseen haasteeseen. Yksikön avulla voitaisiin kiinnittää enemmän huomiota *ennaltaehkäisevään vanhustyöhön*. Kotiuttamiseen liittyviin haasteisiin se voisi vastata *tarjoamalla kuntoutusta*, jonka avulla pystytään ehkäisemään vanhusten joutumista erikoissairaanhoidon tai laitoshoidon piiriin. Lääkäreille voitaisiin antaa mahdollisuus tehdä vanhusasiakkaalle lähete geriatriseen keskukseseen, jossa potilaan ongelmiin *perehdyttäisiin kokonaisvaltaisesti* ja aikaisemmassa vaiheessa. Keskuksella voisi olla useita funktioita: geriatriksen keskus voisi olla terveyskeskussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon välissä oleva kuntoutustyyppinen yksikkö. Siellä arvioitaisiin nopeasti potilaan tilanne ja tehtäisiin kuntoutussuunnitelma. Keskuksella voisi olla konsultoiva rooli; kaikki verkoston toimijat voisivat tukeutua halutessaan geriatriksen yksikön apuun. Geriatriksella keskuksella voisi olla verkostossa vanhuksen siirtymistä koordinoivaa vastuuta; se tekisi läheistä yhteistyötä muiden verkoston toimijoiden kanssa ja se voisi auttaa vanhusten sijoittamisessa oikeantasoiseen hoitopaikkaan. Geriatriksen keskus voisi tarjota akuuttisairaalahoidon jälkeistä kuntoutusta geriatrikselle potilaille. Keskuksen yhteyteen voitaisiin myös rakentaa päivystävä terveyskeskusvuodeosasto, jolla olisi geriatria erityisosaamista. Päivystävä terveyskeskusvuodeosasto toisi ratkaisun siihen, ettei terveyskeskustasoisia vanhuksia ensinnäkään siirrettäisi terveyskeskuspäivystyksestä erikoissairaanhoidon ja toisekseen he saisivat kokonaisvaltaista geriatria hoitoa. Geriatriksen keskus toisi selkeyttä organisaatorakenteeseen sekä työntekijöiden että asiakkaiden näkökulmasta, kun kaikki geriatriiset palvelut olisi koottu yhteen paikkaan.

*Muita rakenteellisia kehittämiskohtia* olivat Katriinan sairaalan viikko-osaston toimintakonsepti, alueellinen kotihoidon omalääkärikonsepti, terveyskeskusten päivystysaikaiset palvelut, ennaltaehkäisevä virkistystoiminta ja vertaisryhmien toiminta.

Suurimpia *toiminnallisia haasteita* olivat yhteistyö eri toimijoiden välillä, asiakkaan kokonaisvaltainen palvelu sekä tiedonvälitys ja yhteiset pelisäännöt. Vastuu asiakkaasta mielletään usein vain hoitovastuuksi. Laillinen hoitovastuu asiakkaasta katkeaa, kun asiakas kirjataan ulos yksiköstä. Vastuu asiakkaasta tulisi kuitenkin ymmärtää kokonaisvaltaisemmin; hoitoon palautumisen katkaisemiseksi tarvitaan asiakkaan hoidon näkemistä kokonaisvaltaisempina toimenpiteenä sekä geriatriksen erityisosaamisen lisäämistä hoitoprosessiin. Asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu kunnollisen hoito- ja palvelusuunnitelman teko. Lisäksi asiakkaan hoitoon osallistuvan henkilön tulisi saada nähdä lopputulos eli miten asiakkaan hoito on onnistunut. Tällä hetkellä verkostoon saapuvan asiakkaan kulkua hoitoverkostossa ei ohjailta millään systemaattisella tavalla. Jatkoselvityksen varaan jää,

kuuluisiko näin olla. Yhtenä vaihtoehtona olisi palkata palveluohjaajia, joiden tehtävänä olisi huolehtia asiakkaan ohjaaminen oikeantasoiseen hoitopaikkaan. Tämä voitaisiin järjestää myös geriatriasta keskusta hyödyntäen. Vantaalla vanhuspalveluiden verkostossa on käytössä *useita erilaisia tietojärjestelmiä*. Suurimpana haasteena on, että hoitoverkostossa on monta eri tietojärjestelmää. Lisäksi eri käyttäjillä on erilaiset oikeudet päästä tietojärjestelmiin ja erilaiset merkintöjentekotavat. Näihin haasteisiin ratkaisuna on käytäntöjen yhtenäistäminen. *Tiedonvälitykseen tulee luoda yhteiset pelisäännöt*. Toimijoiden välisissä viestintään liittyvissä asioissa asiakkaalle ei tulisi antaa sanansaattajan roolia. Tärkeä havainto oli, että tiedonjakamisen funktiona on viimekädessä aina asiakkaan kokonaisvaltainen palvelu. Tämän palvelun olisi jatkuttava myös oman yksikön ulkopuolelle. Vanhustenpalveluverkoston haasteena onkin tulevaisuudessa saada tämä ajattelutapa juurrutettua kaikille toimijoille. Hyvä tiedonvälitys on osa asiakkaan onnistunutta kokonaispalvelua. Toimijoilta odotettiin esikyselyssä *avoimempaa tietotusta resursseistaan sekä tarjoamastaan hoidosta*. Odotukset keskittyivät ennen kaikkea tilanteisiin, joissa vanhusasiakas siirtyy toimijalta toiselle, mutta osa odotuksista liittyi myös jatkuvaan yhteistyöhön. Toisia toimijoita haluttiin nähdä useammin kasvotusten ja heidän toivottiin olevan paremmin tavoitettavissa. Näihin odotuksiin voitaisiin vastata sekä luomalla *uusia tiedonvälityksen foorumeita, esimerkiksi poikkiorganisatoristen yhteistyöryhmien muodossa* että tehostamalla ja parantamalla nykyisten tiedonvälitysjärjestelmien käyttöä. Kotiutumisosprosessin sujuvoittamiseen tarvitaan vastuuhenkilö ja muutosta toiminnallisissa käytännöissä. Kotona asumisen tueksi kaivataan myös tukirakenteita.