

Pia Vähäkangas
Katriina Niemelä
Matti Mäkelä
Anja Noro

Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen

RAI-tunnuslukuja hyödyntäen

RAPORTTI



Raportti 13/2017

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Matti Mäkelä, Anja Noro

Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-980-4 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-981-1 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-981-1>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2017

Esipuhe

Suomessa väestörakenteen muutos on Euroopan nopeinta. Kyse ei ole vain iäkkäiden määrän kasvusta vaan koko väestörakenteen muutoksesta kun samalla nuoremman väestön määrä vähenee. Tällä hetkellä 65 vuotta täyttäneitä suomalaisia on noin miljoona. Vuoteen 2030 mennessä määrä kasvaa yli puolitoistakertaiseksi ja 80 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu. Pidentyneen eliniän ansiosta elämme jo nyt historiallista neljän samanaikaisen sukupolven aikaa.

Iäkkäät henkilöt tarvitsevat toimintakyksensä heikentyessä usein apua ja muita palveluja elääkseen haluamaansa omanlaista elämää. Lainsäädännöllä on sekä turvattu että rajattu, millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon tulee tähän tarpeeseen vastata. Paljon toiveita asetetaan asiakasohjaustoimintoon ja sitä tukevaan palvelutarpeiden selvittämiseen: avun tulee kohdata asiakkaan yksilölliset tarpeet.

Hyvä asiakasohjaus vaatii yhtenäistä toimintatapaa joka kuitenkin ottaa huomioon asiakkaan yksilölliset tavoitteet, voimavarat ja tarpeet. Kuntoutumisen mahdollisuudet tulee tunnistaa ja niiden kautta pyrkiä vähentämään pitkäkestoisia säännöllisen ja intensiivisen palvelun jaksoja. On siis tiedettävä, millaista palvelua kukin asiakas tarvitsee juuri nyt mutta myös mikä voisi olla mahdollista pitemmän ajan kuluessa. Ratkaisut eivät voi olla kaavamaisia, mutta tyypillisiä toimintatapamalleja voidaan sopia suurille tarpeiltaan yhdenmukaisille ryhmille.

Asiakasohjauksessa tarvitaan laaja-alaista ja moniulotteista asiakkaan tarpeiden kartoitusvälinettä, sen avulla kertyvän tiedon käyttökelpoista tiivistämistä ja syntyvien ratkaisujen yhdenmukaista ohjausta. Asiakasohjauksen johtaminen edellyttää tämän asiakas- ja prosessitiedon ja asiakasohjausratkaisujen vaikutusseurannan vertailutietoa ymmärrettävässä muodossa.

Tässä raportissa on ensimmäistä kertaa yhdistetty palvelutarpeen arviointi ja asiakkaiden palveluihin ohjautuminen hyödyntämällä RAI-järjestelmän tarjoamia mahdollisuuksia. Vaikka mikään yksittäinen mittari tai luokitus ei sellaisenaan sanele asiakkaan oikeaa palvelua, moniulotteinen tarvekartoitus voidaan tiivistää prosessin johtamisen kannalta mielekkäiksi asiakassegmenteiksi. Palveluohjaajat ja palveluohjauksen esimiehet voivat hyödyntää tuloksia toimintakäytäntöjen kehittämisessä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon sisällöllisessä kehittämistyössä esimerkiksi asiakassegmenttien mukaan kohdennettavien kuntoutusinterventioiden toteuttamisessa. Johtamisessa tarvitaan tietoa prosessin lopputuloksista, niistä palveluista, joiden käyttäjäksi asiakas lopulta ohjautuu.

Raportin käsikirjoitusta arvioivat asiantuntijat Anna Haverinen, Sari Kehusmaa, Johanna Kiiskilä ja Mari Patronen. Kiitämme heitä arvokkaista huomautuksista, joiden tuella raportti saatettiin viimeistellä.

Helsingissä, 23.11.2017

Minna-Liisa Luoma, iäkkäät, vammaiset ja toimintakyky -yksikön päällikkö

Tiivistelmä

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Matti Mäkelä ja Anja Noro. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 2017_13. 53 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-302-980-4 (painettu); ISBN 978-952-302-981-1 (verkkojulkaisu)

Palvelutarpeen arviointi ja siihen liittyvä asiakas- ja palveluohjaus ovat toimintoja, joita suunnitellaan siirrettävän sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen rakenneuudistuksen myötä kunnilta maakuntien vastuulle. Uudistuksen eräänä tavoitteena on parantaa asiakkaiden palveluihin liittyvää valinnanmahdollisuutta, edistää yhdenvertaisuutta ja parempaa palvelujen saatavuutta. Palvelutarpeen arviointi sekä asiakas- ja palveluohjaus ovat keskiössä tuotettaessa edellä mainittujen tavoitteiden mukaisia palveluja ikäihmisille.

Tässä raportissa tarkastellaan palvelutarpeen arvioinnissa olleiden ikäihmisten palvelutarpeita ja palveluihin ohjautumista RAI-välineillä tutkittuna. Tutkimusaineisto (n=1744) on koottu käyttämällä palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden RAI-arviointeja keväällä 2014, ja liittämällä näihin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kotihoidon laskennan, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen sekä terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterien aineistoja. Teoreettisena viitekehystenä toimivat asiakas- ja palveluohjausta säätelevät kansalliset linjaukset, säädökset ja suositukset.

Tulosten mukaan sosiaalihuoltolain ja vanhuspalvelulain mukaisessa palvelutarpeen arvioinnissa keväällä 2014 olleiden asiakkaiden keski-ikä oli 80 vuotta. Naisia asiakkaista oli 58 %. Yksin asuvia oli vajaa puolet. Usealla (85 %) oli kuitenkin myös omaishoitaja. Kotiympäristöön liittyviä ongelmia oli noin 20 %:lla. Joka viidennellä oli yksinäisyyden kokemuksia ja neljä viidestä koki terveydentilansa olevan tyydyttävä tai huono. Vajaa puolet kävi ulkona kerran viikossa tai vähemmän. Asiakkaista 44 % oli käyttänyt sairaala- tai päivystyspalveluja viimeisen 90 vuorokauden aikana. Toimintakyvyn osalta suurimmat arkiselviytymisen haasteet liittyvät IADL toimintoihin ja niistä selviytymiseen. Lääkkeitä asiakkailla oli keskimäärin kymmenen. Asiakkaiden palvelutarve vaihteli omatoimisuuden, lievän ja erittäin suuren palvelutarpeen välillä.

Palvelutarpeen laatua kuvaavalla MAPLe 15 ryhmittelyllä voitiin nähdä säännönmukaisuutta asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin hakeutumisessa sekä palveluihin ohjautumisessa puolen vuoden kuluttua palvelutarpeen arvioinnista. Sosiaalihuoltolain mukaisessa palvelutarpeen arvioinnissa, omaishoidon tuen, tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon tarpeen arvioinnissa kaikissa nousi esille kaksi MAPLe ryhmää, joissa asiakkaiden palvelutarve oli suuri tai erittäin suuri – MAPLe 45 (fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema) ja MAPLe 54 (alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt). Näihin

MAPLe-ryhmiin kuuluvista asiakkaista joka neljäs oli ohjautunut ympärivuorokautiseen hoitoon ja joka viides sai omaishoidon tukea. Kotihoitoon ohjautuneet asiakkaat olivat usein omatoimisia, mutta osalla oli myös suuri palvelutarve esimerkiksi käytösoireisiin, vaelteluun tai kognitioon liittyvien ongelmien vuoksi. MAPLe 1-2 ryhmään kuuluvista valtaosalla ei ollut puolen vuoden kulutta mitään säännöllistä palvelua, mutta kuudesosa oli kotihoidon asiakkaita.

Raportissa on ensimmäistä kertaa yhdistetty palvelutarpeen arviointi ja asiakkaiden palveluihin ohjautuminen hyödyntämällä RAI järjestelmän palvelutarvetta kuvaavaa MAPLe 15 ryhmittelyä. Palveluohjaajat ja palveluohjauksen esimiehet voivat hyödyntää tuloksia käytännön palveluohjauksen kehittämisessä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää johtamisen apuvälineenä ja kotihoidon sisällöllisessä kehittämistyössä esimerkiksi asiakassegmenttien mukaan kohdennettavien kuntoutusinterventioiden toteuttamisessa.

Avainsanat: RAI, palvelutarpeen arviointi, palveluohjaus, palveluihin ohjautuminen, ikäihmiset

Sammandrag

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Matti Mäkelä, Anja Noro. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen [De äldres servicebehov och styrning till service med hjälp av RAI nyckeltal]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 2017_13. 53 sidor. Helsingfors, Finland 2013. ISBN 978-952-302-980-4 (tryckt); ISBN 978-952-302-981-1 (nätpublikation)

Det finns planer att förflytta bedömningen av servicebehovet samt klient- och servicehandledningen från kommunerna till landskapen när den nationella strukturreformen för social- och hälsovården träder i kraft. Målsättningen med reformen är bland annat att förbättra klienternas valfrihet gällande service, stöda jämlikhet och göra servicen bättre tillgänglig. Utvärderingen av servicebehovet samt klient- och servicehandledningen står i fokus vid serviceproduktion enligt de tidigare angivna målen för äldreservice.

Denna rapport behandlar servicebehovet och styrningen till service hos de klienter som varit föremål för en utvärdering av servicebehovet med hjälp av RAI-instrumentet. Forskningsmaterialet består av (n=1744) RAI-bedömningar av klienter vars servicebehov karterats våren 2014. Utöver detta ingår data från klientinventeringen i hemvården, från socialvårdens institutions- och boendeservice samt från hälsovårdens vårdanmälningsregister administrerade av Institutet för hälsa och välfärd. Som referensram har de nationella riktlinjerna, förordningarna och rekommendationerna som berör servicehandledningen använts.

Medelåldern var 80 år för de klienter som deltagit i bedömningen av servicebehovet enligt socialvårdslagen och äldrevårdslagen våren 2014. Andelen kvinnor var 58 %. Knappt hälften av klienterna var ensamboende. Många (85 %) hade en närstående som deltog i vården. Cirka 20 % hade problem med hemmiljön. Var femte klient kände sig ensam och fyra av fem ansåg sitt hälsotillstånd vara nöjaktigt eller dåligt. Färre än hälften av klienterna vistades utomhus högst en gång i veckan. Andelen klienter som använt sjukhusvård eller jour under de senaste 90 dyggen var 44 %. Vardagsutmaningarna med tanke på funktionsförmågan var kopplade till IADL-funktionerna och hur personen skulle klara av dessa. Klienterna hade i genomsnitt tio mediciner. Servicebehovet varierade mellan självständigt agerande, litet och mycket stort servicebehov.

Klassificeringen MAPLe 15 som beskriver servicebehovet visar ett systematiskt mönster i hur klienter söker sig till bedömning av servicebehovet och hur klienterna styrs till service inom sex månader efter servicebehovsbedömningen. Inom alla bedömningstyper (bedömningen av servicebehovet som baserar sig på socialvårdslagen, bedömning vid ansökan för närståendevård samt av behovet för effektiviserat serviceboende och institutionsvård) framkom två MAPLe-grupper med stort eller mycket stort vårdbehov – MAPLe 45 (nedsatt fysisk funktion och medelsvår nedsatt kognition) samt MAPLe 54 (nedsatt fysisk funktion och

beteendesymtom). Var fjärde klient i dessa MAPLe-grupper hade styrts till dygnet-runt-vård och var femte fick stöd för närståendevård. De klienter som styrts till hemvården var ofta självständigt agerande, men en del av dem hade även stort vårdbehov på grund av beteendesymptom, vandrande och nedsatta kognitiva funktioner. De flesta i grupperna MAPLe 1-2 hade ingen regelbunden service efter ett halvt år, men en sjätte del hörde till hemvården.

I denna rapport har man för första gången med hjälp av MAPLe 15 grupperingen inom RAI-instrumentet lyckats samkoppla bedömning av servicebehov med styrning till service. Servicehandledare och förmän kan använda resultaten för utveckling av det praktiska arbetet inom servicehandledningen. Resultaten är också användbara som arbetsinstrument för ledare och för utveckling av hemvården. Klientsegmenten kan användas då rehabiliteringsfrämjande interventioner utvecklas.

Nyckelord: RAI, bedömning av servicebehov, servicehandledning, styrning till service, de äldre

Abstract

Pia Vähäkangas, Katriina Niemelä, Matti Mäkelä ja Anja Noro. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. [Needs assessment and allocation of services for the aged using RAI measures]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 2017_13. 53 pages. Helsinki, Finland 2017. ISBN 978-952-302-980-4 (printed); ISBN 978-952-302-981-1 (online publication)

Needs assessment and care management or case management are functions that are expected, in the Finnish reformation of social and health care, to be a responsibility of the counties. The goals of the reform include increasing the client's freedom of choice, promoting equality, and improving the availability of services. Needs assessment and care management are central functions needed to attain these goals for the aged.

In this report, we examine the assessed care needs and the resulting service allocation of aged persons subjected to needs assessment using the RAI toolset. The register-based data (N=1744) was formed from the RAI assessments for possible care needs in the first half of 2014, linked to the health and social care event registers of THL from the latter half of 2014. The theoretical framework of the report is based on national guidelines, recommendations and legislation.

The mean age of the subjects was 80 years, and 58 % of them were female. Just less than half lived alone, but many (85 %) had access to informal care. Home environment problems were identified in 20 % of the assessments. Loneliness was experienced by 20 % of the subjects, and four out of five experienced their health as poor or satisfactory. Almost half went outdoors only once a week or less. Emergency room visits or hospital care had been used during the preceding three months by 44 % of the subjects. The most common limitations of function were those related to instrumental activities of daily living. The average number of medications in use was ten. The service needs level ranged from independent to full dependency.

A qualitative grouper of service needs, the MAPLe 15 grouping, was consistent with the service profile of the client six months after the initial needs assessment. Regardless of the assessment setting, when the subject had a needs profile in the MAPLe groups 45 (reduced physical function and a marked cognitive decline) or 54 (reduced physical function and behavioural issues), 25 % ended up in residential care and a fifth received informal care subsidy. Many of the clients ending up in home care were initially independent, but some had high levels of care needs due to behavioural or cognitive problems. Most of the clients in the MAPLe groups 1 and 2 ended up not receiving any regular care, but one in six were home care clients.

This is the first report in Finland to combine a needs assessment for aged care services, based on the RAI measures, including the MAPLe 15 grouper, with the

service outcome six months post-assessment. Case managers, and the leadership of case management, can use these results when developing good service allocation practices. Also, the results can be used to support development of the service content of home care, for instance as segmented guidelines to plan and follow through rehabilitative interventions.

Keywords: RAI, needs assessment, care management, case management, service allocation, services for the aged, home care, informal care

Sisällys

Esipuhe.....	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	6
Abstract.....	8
Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen.....	13
Johdanto.....	13
Raportin tarkoitus.....	15
Palvelutarpeen arvioinnin lainsäädännöllinen perusta.....	16
Palvelutarpeen arviointi ja siihen liittyvä päätöksentekoprosessi.....	17
Palvelutarpeen arviointi RAI-järjestelmällä.....	20
RAI järjestelmä ja Oulu Screener.....	21
Tutkimustehtävät.....	24
Tutkimusaineistot ja menetelmät.....	24
Tutkimuseettiset näkökohdat.....	26
Tulokset.....	27
Asiakkaiden toimintakyky ja terveydentila.....	27
Asiakkaiden palvelutarve MAPLe-ryhmittelyn mukaisesti.....	28
Asiakkaiden palvelutarvesegmentointi MAPLe-ryhmittelyn perusteella.....	36
Palveluohjauksen lopputuloksen mukaiset asiakasprofiilit.....	37
Pohdintaa.....	39
Palvelutarpeiden arviointiin hakeutuminen.....	40
Palveluohjausta kuvaavan vertailutiedon vaatimuksia.....	41
MAPLe 15 ryhmittelijä palvelutarpeen arvioinnissa.....	41
Oulu Screener mittarivalikoiman käyttökelpoisuus.....	43
Palveluohjauksen kehittämissuhteita.....	44
RAI järjestelmän tunnuslukujen hyödyntäminen asiakkaan palvelutarpeen määrittämisessä.....	44
Kehittämissuhteus <u>1</u>	44
Asiakassuunnitelmaan liittyvät haasteet.....	45
Kehittämissuhteus <u>2</u>	45
Osaamiseen liittyvät haasteet.....	45
Kehittämissuhteus <u>3</u>	46
MAPLe 15 ryhmittely ja asiakassegmentit.....	46
Kehittämissuhteus <u>4</u>	46
Lähteet.....	50
Liite 1. Kotihoidon RAI-HC ja Oulu Screener arviointivälineiden sisällöt.....	53

Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen

Johdanto

Meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus sekä väestön ikärakenteen muutos asettavat uudenlaisia haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessien ja työvälineiden kehittämiseksi. Rakenneuudistuksen tavoitteena on mm. palveluiden yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantaminen sekä kustannusten kasvun hillitseminen (www.vn.fi). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa toimintamallissa suunnitellaan, että palvelujen tuottaja ja järjestäjä erotetaan toisistaan (www.alueuudistus.fi).

Kansallisten valinnanvapautta koskevien suunnitelmien (www.alueuudistus.fi) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla tulisi olla nykyistä laajempi mahdollisuus valita palveluja. Tarveharkinnan pohjalta saatavien asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin käytön avulla ajatellaan valinnanvapauden lisääntyvän. Kaiken hoidon ja palvelun perustaksi tulee laatia asiakassuunnitelma, jonka pohjalta palvelut toteutetaan. Asiakas- ja palveluohjauksen sekä palvelutarpeen arvioinnin menetelmien kehittäminen on eräs keino vastata asiakkaiden palveluihin ohjautumista ja valinnanvapautta koskeviin haasteisiin. Erityisesti niissä tilanteissa, kun ikäihmisen arkiselviytyminen kotona vaikeutuu ja palvelutarve lisääntyy, tarvitaan useita erilaisia palvelukokonaisuuksia ja kokonaisvaltaista palvelutarpeen arviointia. Lisäksi tarvitaan moniammatillista, sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden yli ulottuvaa saumatonta yhteistyötä. Tässä korostuu palvelujen järjestäjän rooli palvelujen yhteensovittajana (www.alueuudistus.fi).

Tärkeää on tunnistaa niiden ikäihmisten tarpeet, joihin voidaan kohdentaa ennaltaehkäiseviä, kuntoutumista edistäviä palveluja jo varhaisessa vaiheessa. Neuvonta, ohjaus ja palvelujen tarkoituksenmukainen kohdentaminen vaikuttavat myös henkilön elämänlaatuun ja -sisältöön positiivisesti. Lisäksi ne vaikuttavat sekä palvelutuotannon että niiden järjestämisen kustannuksiin alentavasti, kun raskaampien palveluiden tarve vähenee. Digitaalisia neuvonta- ja ohjauspalveluja kehittämällä voidaan lisätä palveluja käyttävien tietoa tarjolla olevista palveluista, tukea omahoitoa, osallisuutta ja valinnanvapautta sekä edistää kotona asumista.

Palvelutarpeen arviointi muodostuu ikäihmisen hyvinvointiin, terveyteen, toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen liittyvästä kokonaisvaltaisesta selvittämisprosessista. Asiakas- ja palveluohjaus on palvelutarpeen arvioinnin jälkeen tapahtuvaa toimintaa, johon liittyy palvelujen myöntämisprosessi. Myönnetty palvelu voi olla tilapäistä, toistuvaa tai pitkäaikaista. Palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen lainsäädännölliset perusteet löytyvät

sosiaalihuoltolaista (1301/2014) ja vanhuspalvelulaista (980/2012). Hoidon tarpeen arvioinnin perusta on määritelty terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Lainsäädännön tavoitteena on turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat palvelut sekä niihin liittyvän ohjauksen toteutuminen. Lisäksi tavoitteena on edistää asiakkaan osallisuutta ja parantaa hänen mahdollisuuttaan vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon.

Vaikka lainsäädännössä korostetaan palvelutarpeen arvioinnin kokonaisvaltaisuutta ja asiakkaan kokonaistilanteen arviointia, on asiakastasolla käytössä olevien mittareiden kirjo laaja ja monimuotoinen. Yhdenmukaisten palvelujen turvaaminen edellyttää asiakastason mittaamisen lisäksi organisaatio/kunta ja maakuntatasolla yhdenmukaisia palvelujen myöntämisen perusteita ja vakiintunutta tapaa selvittää palvelutarpeet. Kun asiakastason tiedottamisvelvoitteeseen yhdistetään yleinen palvelujen myöntämisperusteiden julkaiseminen, asettaa se myös haasteita päätöksenteon avoimuudelle ja läpinäkyvyydelle. Palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen prosessien tulee olla määritellyt ja palvelujen myöntämisperusteiden tulee olla nähtävillä, myös ennen päätösten tekemistä. Asiakkaan tulee aina voida ymmärtää, miksi palveluohjauksessa on päädytty siihen ratkaisuun johon päädyttiin. Prosessien avoimuus myös edistää asiakastasolla valinnanvapauden toteutumista. Toisaalta asiakas tarvitsee tietoa eri palveluiden saatavuudesta, turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta tehdessään valintoja.

Sipilän hallitusohjelman (www.valtioneuvosto.fi) kärkihankkeissa esille nouseva digitaalisten ja käyttäjälähtöisten palvelujen kehittäminen asettaa haasteita palveluohjauksen tietojärjestelmien laaja-alaiselle kehittämiselle. Asiakastasolla konkreettisten arviointimenetelmien ja mittareiden kehittäminen on keskeistä. Kansallisen tason näkökulmasta on tärkeää kehittää palvelutarpeen arviointiin liittyviä näyttöön perustuvia käytäntöjä ja vertailutiedon hyödyntämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Tulevaisuudessa tarvitaan tietoa ikäihmisten palvelujen kokonaisuuksista ja palveluihin ohjautumisesta, jotta palvelut voidaan allokoida tarkoituksenmukaisesti ja ratkaisuhakuisesti.

Kansallisella tasolla on viime vuosina käynnistetty useita hankkeita, joiden tarkoituksena on kehittää tunnuslukuja ja mittareita tietojohdamisen käyttöön maakunta- ja kansallisella tasolla. Esimerkiksi Sitra on yhteistyössä kuntien ja organisaatioiden kanssa kehittänyt Sote tietopaketteja ja raportoinnin työkaluja. Saatujen kokemusten mukaan tietopaketit antavat jäsennellyn kuvan palvelutuotannosta, mutta eivät palvele tuottajaa päivittäisessä johtamisessa (Suomen itsenäisyyden juhluvuoden rahasto 2016).

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa- kärkihankkeessa uudistetaan iäkkäiden palveluiden rakenteita. Eräänä kokeiluna mallinnetaan, kokeillaan ja otetaan käyttöön keskitetyn alueellisen asiakas- ja palveluohjauksen malli (KAAPO) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Tähän

liittyvää seurantatietoa saadaan lähivuosina. Tällä hetkellä asiakas- ja palveluohjauksen toiminnasta ei löydy valtakunnallista koottua tietoa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017).

Raportin tarkoitus

Tässä raportissa tarkastellaan kunnan tai kuntayhtymän asiakas- ja palveluohjauksessa käyneiden asiakkaiden palvelutarvetta ja palveluihin ohjautumista, kun asiakkaiden palvelutarpeet on selvitetty RAI-HC-välineeseen (Landi & al. 2000) perustuvalla Oulu Screener- mittarivalikoimalla (Vähäkangas & al. 2012).

Raportin tarkoituksena on tuottaa tietoa asiakkaiden palvelutarpeista, riskitekijöistä ja palveluihin ohjautumisesta sekä arvioida Oulu Screener välineen käyttökelpoisuutta asiakastason palvelutarpeen arvioinnissa. Palveluohjaajat ja lähijohtajat voivat hyödyntää saatua tietoa toiminnan sisältöjä, riskiasiakkaiden tunnistamista ja päätöksentekoprosesseja kehitettäessä. Raportti tuottaa tietoa edellä mainitun ohella myös asiakassegmentointiin ja kuntoutumista edistävien interventoiden kohderyhmien valintaan liittyen. Palveluiden järjestämisestä vastaavat voivat hyödyntää raportin tuottamaa palvelutarve- ja asiakassegmentointitietoa palveluiden järjestämisessä sekä arvioidessaan vastuullaan olevien palveluohjausprosessien toimivuutta ja vaikuttavuutta. Raportin luvuissa 2 ja 3 käsitellään palvelutarpeen arviointiin liittyvää taustaa, lainsäädäntöä ja sitä, mitä tietoa RAI-välineiden mittarit palvelutarpeiden arviointiin tarjoavat. Lisäksi luvussa 3 esitetään MAPLe 15 ryhmittelyn pohjalta muodostettu uudenlainen asiakkaiden tarvesegmentointi (Taulukko 2), joka ryhmittelee asiakkaat kahdeksaan palvelutarpeen mukaiseen asiakassegmenttiin. Raportin tutkimustehtävät esitetään luvussa 4. Empiirinen aineisto ja tulokset kuvataan luvuissa 5-6. Ehdotus palvelutarpeen arvioinnin ja päätöksentekoprosessin toimintamalliksi esitetään luvuissa 7-8. Tätä kirjoitettaessa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen lainsäädännön kokonaisuus on vielä työn alla. Koska asiakkaiden valinnanvapautta koskevilla kansallisilla suunnitelmilla ja niiden sisällöllä on vaikutusta palveluohjauksen rakenteeseen ja toimintamalleihin, keskitymme tässä raportissa palvelutarpeen arvioinnin sisältöihin ja palveluihin ohjautumiseen RAI-välineistöllä saatavan tiedon valossa. Viitekehyksenä käytämme tämänhetkisiä kansallisia linjauksia, säädöksiä ja suosituksia. Lähtökohtaisesti tässä raportissa ei oteta kantaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen suunnitelmiin, organisaatorakenteisiin ja palveluohjauksen muotoihin. Ajattelemme kuitenkin, että ikäihmisten palvelutarpeen arvioinnin lähtökohtien, menetelmien ja mittareiden tulisi olla yhteneväiset, luotettavat, käyttökelpoiset ja asiakkaiden palvelutarvetta sekä tuotetun palvelun tuloksia mittaavia riippumatta siitä, missä

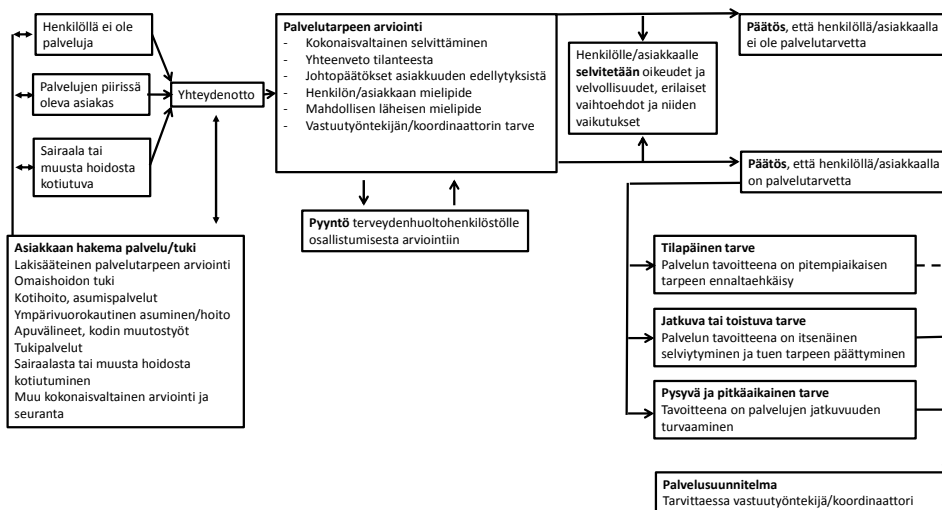
organisaatiossa palvelutarpeen arviointi ja asiakas- ja palveluohjaus tulevaisuudessa toteutetaan.

Tässä raportissa palvelutarpeen arvioinnilla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) ja vanhuspalvelulain (980/2012) mukaista palvelutarpeen selvitystä. Asiakas- ja palveluohjaus nähdään rinnasteisina käsitteinä, jotka sisältävät ohjausta ja neuvontaa, palveluihin liittyvää päätöksentekoa, moniammatillista asiakassuunnitelman tekoa sekä palveluiden toteutumiseen liittyvää seuranta- ja arviointia. Käsitteellä ”palveluihin ohjautuminen” tarkoitetaan niitä säännöllisiä palveluja, joita palvelutarpeen arvioinnissa olleet asiakkaat ovat käyttäneet noin puoli vuotta arvioinnin jälkeen.

Palvelutarpeen arvioinnin lainsäädännöllinen perusta

Palvelutarpeen arvioinnin lainsäädännöllinen perusta on kirjattu sosiaalihuoltolakiin (1301/2014), jossa myös säädetään sosiaalihuoltoon liittyvästä päätöksentekoprosessista (kuviot 1). Laatusuosituksessa ”Ikäihmisten hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017) on palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus nostettu keskiöön. Laatusuosituksen eräänä tarkoituksena on tukea vanhuspalvelulain (980/2012) toimeenpanoa. Suosituksessa korostetaan ns. yhden luukun periaatetta ja monialaista palvelutarpeen arviointia luotettavien menetelmien käyttäen. Laatusuositus ehdottaa, että asiakas- ja palveluohjaus järjestetään keskitetysti. Palveluohjauksen tulee sisältää neuvontaa ja ohjausta, palvelutarpeen arviointia, palvelujen koordinoimista, asiakkaan osallistamista ja valintojen mahdollistamista. Asioinnin tulee olla helppoa, palvelun lähellä ja yhteistyön tiivistä eri palvelutuottajien välillä. Palvelun tulee myös olla kustannusvaikuttavaa.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä (980/2012), nk. vanhuspalvelulaki, koskee erityisesti ikäihmisten palvelujen tuottamista ja niihin liittyvää palvelutarpeen arviointia sekä päätöksentekoa. Laissa (§ 15-16) säädetään yksityiskohtaisesti palvelutarpeiden selvittämisestä ja niihin vastaamisesta ikäihmisten palvelujen osalta. Palvelutarve on selvitettävä kokonaisvaltaisesti yhdessä ikäihmisen ja yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Palvelutarpeen arvioinnissa todettu eristeinen palvelutarve voi johtaa yksilölliseen palveluohjaukseen ja palveluihin. Vähäinen palvelutarve voi johtaa myös siihen, että asiakkaalle ei myönnetä palveluja. Palvelutarpeen arviointi ei itsessään anna henkilölle subjektiivista oikeutta saada palvelua.



Kuva 1. Palvelutarpeen arviointiin liittyvä päätöksentekoprosessi sosiaalihuoltolakia ja vanhuspalvelulakia (980/2012, 1301/2014) soveltaen.

Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehty päätös myönnettyistä palveluista on sosiaalihuollon virkamiehen tekemä valituskelpoinen hallintopäätös (1301/2014), jolloin päätöksentekoprosessia ohjaavat yleiset julkishallintoa ja viranomaiskoneistoa koskevat periaatteet ja normistot. Niissä esimerkiksi asiakkaan osallistumis- ja tiedonsaantioikeus sekä asiakkaan tasavertainen kohtelu ovat keskeisessä roolissa (Husa ja Pohjolainen 2014). Vanhuspalvelulain (980/2012) mukaan kunnan vastuulla on laadukkaiden, riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen sekä ikäihmisten palvelutarpeen kokonaisvaltainen ja moniammatillinen arviointi. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskeva rakenneuudistus toteutuu suunnitellun mukaisesti, siirtyy sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä vastuu maakunnille, jolloin myös palvelutarpeen arviointi sekä asiakas- ja palveluohjaus ovat maakunnan toimintaa osana palvelujen järjestämistehtävää (www.alueuudistus.fi).

Palvelutarpeen arviointi ja siihen liittyvä päätöksentekoprosessi

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) § 36 mukaan, kun sosiaalihuollon palveluksessa oleva työntekijä on saanut tietoon sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä, hänen on huolehdittava siitä, että kiireellisen avun tarve arvioidaan välittömästi. Eikiireellisessä tilanteessa on huolehdittava siitä, että henkilön oikeus palvelutarpeen arviointiin toteutuu. Vanhuspalvelulain (980/2012) § 15 mukaan lakisääteinen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemän vuorokauden kuluessa yhteydenotosta, jos henkilö on iältään 75 vuotta tai vanhempi tai saa

vammaisetuksista annetun lain (570/2007) mukaista ylintä hoitotukea (1301/2014). Omaishoidon tukea haettaessa on hoidettavan lisäksi arvioitava myös omaishoitajan tarpeet (937/2005). Edellä mainittujen arviointityyppien lisäksi palvelutarpeen arviointi voi kohdentua tilanteisiin, joissa arvioidaan kotihoidon, asumispalveluiden ja laitoshoidon tarvetta. Lisäksi palvelutarpeen selvittäminen voi kohdentua tukipalvelujen tarpeen arviointiin ja sairaalahoidon kotiutumisen yhteydessä tarvittaviin palveluihin.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan palvelutarpeen arviointi on sosiaalihuoltoon kuuluva keskeinen palvelutehtävä. Arviointi tehdään, kun henkilö ei selviä arjestaan ilman toisen henkilön tukea tai sellainen tilanne on ennustettavissa. Vähäisen ja selkeän palvelutarpeen osalta arviointi voi olla suppea. Palvelutarpeen arviointi voi johtaa palveluohjaukseen, jolloin palvelut räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Palveluohjauksessa asiakkaalle on selvitettävä oikeudet, velvollisuudet ja erilaiset vaihtoehdot palvelujen tuottamisen suhteen sekä vaihtoehtojen vaikutukset. Palvelun tarve voi olla (1) tilapäinen, (2) jatkuva tai toistuva tai (3) pysyvä tai pitkäaikainen. Tilapäiseen palvelutarpeeseen vastataan toimenpitein, joiden tarkoituksena on ennaltaehkäistä pitempiaikaista palvelutarvetta. Jatkuvaan ja toistuvaan palvelutarpeeseen vastataan palvelulla, jonka tarkoituksena on tukea itsenäistä selviytymistä ja edistää tuen tarpeen määräaikaaisuutta. Pysyvän ja pitkäaikaisen tarpeen osalta on tärkeää turvata palvelujen jatkuvuus ja kokonaisvaltaisuus. Asiakkaalla on oikeus saada kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Palveluista tehdään palvelusuunnitelma (812/2000). Tarvittaessa määrätään asiakkaalle omatyöntekijä. Erilaisista tilanteista johtuen palvelutarpeen arviointi, laajuus ja palvelun kesto vaihtelevat (1301/2014, 980/2012).

Sosiaalihuoltolain lisäksi terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään terveydenhuoltohenkilöstön velvollisuudesta osallistua moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin ja yhteistyöhön sosiaalihuollon edustajan sitä pyytäessä. Moniammatillisen palvelutarpeen arvioinnin käytännön toteuttamisen eräänä haasteena ovat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon lainsäädännön erilaiset käsitteet ja lähestymistavat koskien ikäihmisten hoidon- ja palvelutarpeen arviointia sekä ohjausta (Taulukko 1). Myös päätöksentekoprosessit ovat laillisuusperustaltaan erilaiset, sillä sosiaalihuollon päätökset ovat valituskelpoisia hallintopäätöksiä ja terveydenhuollon päätökset eivät. Ikäihmisen palvelutarpeen arviointiin liittyvät käsitteet ja näiden suhde lainsäädäntöön.

Taulukko 1. Palvelutarpeen arviointiin liittyviä käsitteitä eri laeissa

Käsite	Vanhuspalvelu- laki, 980/2012	Sosiaalihuolto- laki, 1301/2014	Terveydenhuolto- laki, 1326/2010
Palvelun tarve	Iäkkään henkilön palvelutarpeen selvittäminen (15 §)	Asiakkaan palvelutarpeen arviointi (36 ja 37§)	Potilaan hoidon tarpeen arviointi (50-53 §)
Päätös	Palveluista tehdään hallintopäätös, asiakkaalla on valitusoikeus	Palveluista tehdään hallintopäätös, asiakkaalla on valitusoikeus	Hoitopäätös, ei valituskelpoinen
Neuvonta ja ohjausvelvoite	Hyvinvoinnin edistäminen, neuvonta ja ohjaus (12 §)	Hyvinvoinnin edistäminen, neuvonta ja ohjaus (6 §)	Terveysneuvonta ja -tarkastukset (13 §)
Suunnitelma	Palvelusuunnitelma (16 §)	Asiakassuunnitelma ja omatyöntekijä (39 §)	Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma (24 §)
Yhteistyö	Yhteistyön vaatimus	Monialainen yhteistyö	Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö (32 §)
Vastuuhenkilö	Vastuutyöntekijä (17§)	Omatyöntekijä (42§)	Ei määritelty

Palvelutarpeen arvioinnista vastaa työntekijä, jolla on laaja-alainen asiantuntemus. Hänellä tulee olla sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (817/2015) tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu kelpoisuus. Työntekijä toimii arviointia tehdessään yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Sekä sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) että terveydenhuoltolaissa (1326/2010) nostetaan esille monialaisen yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamisessa. Sosiaalihuoltolain mukaan terveydenhuoltohenkilöstön osallistuminen palvelutarpeen arviointiin ja palvelusuunnitelman laatimiseen edellyttää vastaavan sosiaalihuollon työntekijän pyyntöä. Terveydenhuoltolain § 32 mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on vastattava pyyntöön osallistumalla henkilön palvelutarpeen arviointiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen, mikäli sosiaalihuollon mukainen palvelutarpeen

arviointi, päätöksen tekeminen tai palvelujen tuottaminen edellyttävät terveydenhuollon palveluja. Vanhuspalvelulaki (980/2012) korostaa palveluohjauksessa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tasavertaista yhteistyötä ja moniammatillisuutta. Asiakkaan/potilaan itsemääräämisestä ja osallistumisesta palvelujen ja hoidon suunnitteluun sekä tiedonsaannista säädellään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) liittyvässä laissa sekä potilasta koskevassa vastaavassa laissa (785/1992).

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan, jos potilas tarvitsee sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluja, on sovellettava niitä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon säännöksiä, jotka parhaiten turvaavat potilaan tuen tarpeita vastaavien palvelujen tuottamisen ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon. Potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön (51 §). Hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyttä, jollei arviointia tehty yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä viimeistään kolmen kuukauden aikana siitä, kun tarve on arvioitu. Hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseksi on tarvittaessa laadittava hoito ja palvelusuunnitelma (24 §). Terveysneuvonta, jonka tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy, on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin (13 §).

Yhteenvedona voidaan todeta, että palvelutarpeen arviointi ja siihen liittyvä asiakas/palveluohjaus on tärkeä nähdä moniammatillisena toimintana, jossa asiantuntijat toimivat verkostomaisesti, hyödyntäen palvelutarpeen arvioinnissa saatua luotettavin mittarein tuotettua tietoa. Tällöin asiakkaan palvelun tarpeeseen voidaan vastata tarpeen- ja tarkoituksenmukaisesti asiakasta osallistaen. Moniammatillista toimintaa säätelevät ammattiryhmiä koskevat erilliset sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöt sekä erilaiset kirjaamiskäytännöt. Asiakaslähtöisen asiakas- ja palveluohjauksen toteuttamiseksi tarvitaan tulevaisuudessa lainsäädännöllisiä toimenpiteitä, jotta ikäihmisten palveluprosesseja on mahdollista toteuttaa joustavasti koko sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä ikäihmisten tarkoituksenmukaisten palvelukokonaisuuksien turvaamiseksi.

Palvelutarpeen arviointi RAI-järjestelmällä

Palveluohjauksen päätöksenteon perustaksi tarvitaan palvelutarvetta kuvaavaa tietoa sekä tunnuslukuja kuvaamaan ikäihmisen toimintakykyä, terveydentilaa ja toimintaympäristöä. Esteettömyys, asumisen turvallisuus ja lähipalvelujen saatavuus nousevat keskiöön. Lisäksi on tärkeää varmistaa ikäihmisen oma osallistuminen tilanteensa arviointiin ja palvelunsa suunnitteluun (812/2000, 980/2012). Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että ikäihmisten

palvelukokonaisuuden koordinointi vähentää heidän päivystyskäyntejään ja lyhentää sairaalassaoloaikaa (Philp & al. 2013, Mylläri & al. 2014). Asumisympäristöllä sekä omaisista ja muista läheisistä koostuvalla tukiverkostolla on suuri merkitys ikäihmisen arkiselviytymiseen ja palvelutarpeeseen (Elo & al. 2011). Liikuntakyky edistää sosiaalista aktiivisuutta (Pynnönen 2017). Toisaalta tiedetään myös, että palvelujen suurkäyttö näyttää kasaantuvan tietyille käyttäjäryhmille (Leskelä & al. 2013) ja sairaalahoito laitostaa ikäihmistä (Jämsen & al. 2015).

Kansallisesti yhteismitallisia ja systemaattisesti käytössä olevia palvelutarpeen arviointimenetelmiä ei tällä hetkellä ole kattavasti käytössä. Sen sijaan jo palvelujen piirissä olevien iäkkäiden palvelutarvetta arvioidaan systemaattisesti (Noro & al. 2005, Finne-Soveri & al. 2006, Heikkilä ja Mäkelä 2015). Tietoa suositeltavista toimintakyvyn arviointimittareista on saatavissa Toimia-tietokannasta (www.toimia.fi). Näiden suositusten mukaan iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnin tulee sisältää fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaamista. Lisäksi tulee huomioida toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivat tekijät, sekä henkilön voimavarat ja taloudellinen tilanne.

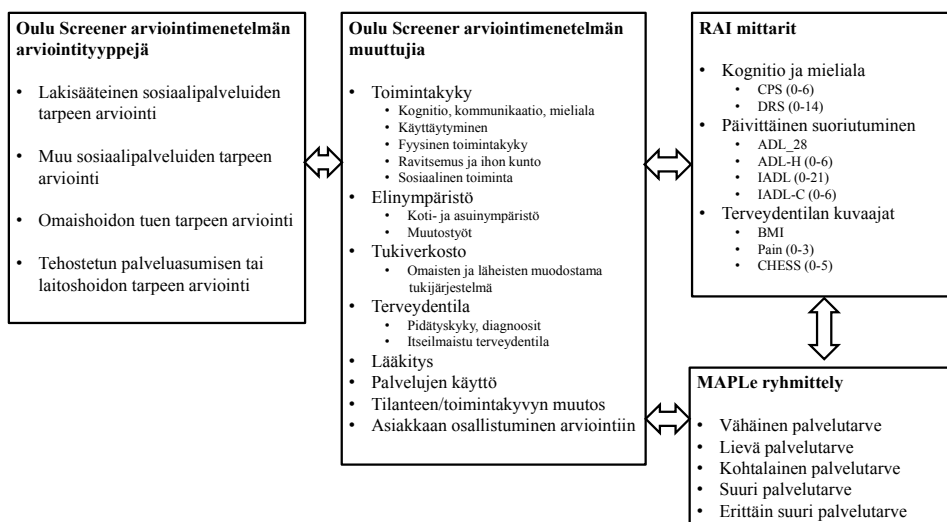
Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä selvitetään asiakkaan toimintakyky ja siihen liittyvä suoriutuminen konkreettisesti erilaisin testein. Luotettavan tuloksen saamiseksi hyvä vuorovaikutus arvioijan ja asiakkaan välillä on tärkeää. Ikäihmisen ja tarvittaessa hänen läheisensä osallistuminen tilanteensa arviointiin ja suoriutumista kuvaavien tunnuslukujen käsittelyyn on keskeinen osa hoidon ja palvelun suunnitteluprosessia.

RAI järjestelmä ja Oulu Screener

RAI järjestelmä on kunnissa ja yksityisissä organisaatioissa vapaaehtoisesti käytössä oleva tietojärjestelmä, joka tuottaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja arkiselviytymisestä sekä muista palvelutarpeista usealla eri mittarilla, joiden luotettavuus on kansainvälisesti testattu (Hawes & al. 1995, Sgadari & al. 1997, Hirdes & al. 2008). Järjestelmä tuottaa asiakastason tiedon lisäksi organisaatio- ja kuntatason laskennallista tietoa palveluja käyttävien asiakkaiden palvelutarpeista, resurssien käytöstä ja hoidon laadusta (Noro & al. 2005, Finne-Soveri & al. 2006, Heikkilä ja Mäkelä 2015). Palvelutarpeen arviointiin on kehitetty myös erityisesti sosiaalityön palvelutarpeen arviointiin soveltuva RAI-väline (Finne-Soveri 2010). Tässä raportissa arvioitavana oleva Oulu Screener on kotihoidon RAI järjestelmästä muodostettu mittarivalikoima moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin (liite 1) (Vähäkangas & al. 2012).

Kotihoidon RAI arviointi sisältää kysymyksiä, joiden avulla selvitetään ikäihmisen toimintakykyä, terveydentilaa, saatuja palveluita ja mm. lääkkeiden käyttöä (Finne-Soveri & al. 2006, Landi & al. 2000). Arvioinnin avulla saadaan strukturoitua tietoa henkilön arkiselviytymisestä ja palvelutarpeesta. Saatujen mittaritietojen ja tunnuslukujen (www.thl.fi/finrai) tarkoituksena on toimia hoidon ja

palvelun suunnittelun sekä toteutuksen seurannan ja arvioinnin apuvälineenä. Oulu Screener arviointivälineen käyttöä palvelutarpeen arvioinnissa on kuvattu Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen -hankkeessa Oulussa (Vähäkangas & al. 2012). Sen kysymyskokonaisuus muodostuu niistä kotihoidon RAI järjestelmän kysymyksistä, joiden avulla saadaan mittaritietoa henkilön kognitiosta, fyysisestä suoriutumisesta, mielialasta, ravitsemustilasta, terveydentilasta, lääkityksistä, omaisen jaksamisesta, asuinympäristöstä, palvelun tarpeesta ja palvelujen käytöstä (Kuva 2.). Oulu Screener arviointivälinettä on hyödynnetty esimerkiksi lakisääteisten ja muun sosiaalipalveluiden tarpeen arvioinnissa, omaishoidon tuen tarpeen arvioinnissa ja tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon tarpeen arvioinnissa. Edellä mainitut arviointityypit ovat sisällöllisesti samanlaisia ja tarkoitettu pääosin avohoidossa tapahtuvaan palvelutarpeen arviointiin.



Kuva 2. Oulu Screener -välineen arviointityypit, muuttujat, mittarit ja ryhmittelijät.

Toimintakykyä ja arkisuoriutumista mittaavien tunnuslukujen (www.thl.fi/finrai) lisäksi järjestelmä tuottaa luokitetun arvion asiakkaan palvelutarpeen määrästä (MAPLe; Method for Assigning Priority Levels; (Hirdes & al. 2008, Noro & al. 2011). Suppea palvelutarveluokka (MAPLe 5; mitä suurempi arvo sitä suurempi palvelutarve) kertoo ikäihmisen palvelutarpeen suuruudesta. Laajempi MAPLe 15 ryhmittelijä ryhmittelee asiakkaat palvelutarpeiltaan erilaisiin alaryhmiin, joiden perusteella pystytään tunnistamaan riskitekijöitä (esimerkiksi kaatuminen, vaeltelu, aliravitseminen), joihin puuttamalla voidaan ehkäistä tai siirtää suurempaa palvelutarvetta myöhempään ajankohtaan (taulukko 2).

Taulukko 2. Palvelutarveryhmittelijä MAPLe (Method for Assigning Priority Levels).

Palvelutarve- luokka MAPLe 5	Palvelutarveryhmä MAPLe 15	MAPLe-ryhmien tarvesegmentointi
1 Vähäinen palvelutarve	1 Omatoiminen arjessa	Omatoiminen
2 Lievä palvelutarve	2 Lievä palvelutarve tai ateriosta selviytyvä, ei täysin omatoiminen	Lievä avun tarve
3 Kohtalainen palvelutarve	31 Arkitoiminnan ongelmia	Rajattu avun tarve
	32 Arkitoiminnan, ympäristön ja lääkityksen ongelmia	Rajattu avun tarve
	33 Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja lievät kognition ongelmat	Avun tarve
4 Suuri palvelutarve	41 Päivittäisen päätöksenteon ongelmat, ei käytöshäiriöitä	Rajattu avun tarve
	42 Kliininen ongelma, paine- tai säärihaava	Rajattu avun tarve
	43 Kognition keskivaikea alenema, liikkuva	Rajattu kognitiovaje
	44 Ravitsemusongelmia, kaatuminen	Romahdusvaara
	45 Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema	Avun tarve, kognitiovaje
	46 Käytöshäiriöt, toimintakykyinen	Rajattu avun tarve
5 Erittäin suuri palvelutarve	51 Kognition alenema ja käytöshäiriöt	Romahdusvaara
	52 Vaeltelu, riski laitoshoitoon	Romahdusvaara
	53 Kaatumisriski	Jatkuva valvonta
	54 Alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt	Jatkuva valvonta

MAPLe 15 ryhmittelijää voidaan käyttää myös palvelutarpeen muutoksen seurantaan ja arviointiin (Vähäkangas & al. 2012).

Taulukossa 2 on kuvattu myös tässä tutkimuksessa esiteltävä palvelutarvesegmentointi, joka perustuu MAPLe 15 ryhmittelijään mutta yhdistää sen pieniä, palveluprofiililtaan samankaltaisia ryhmiä.

Tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen yleisenä tavoitteena on arvioida Oulu Screener mittarivalikoiman ja sen perusteella muodostetun MAPLe 15 ryhmittelyn soveltuvuutta palvelutarpeen arviointiin ja tarkastella sen tulosten perusteella millaisiin palveluihin ikäihmiset ovat sijoittuneet puolen vuoden seurannan jälkeen. Aineisto on koottu käyttämällä valmiita rekisteriaineistoja. Se ei anna mahdollisuutta arvioida tarkemmin asiakkaiden palveluohjauksen sisältöjä.

Tutkimustehtävät:

- Millainen toimintakyky ja millaisia palvelutarpeita palvelutarpeen arviointiin tulevilla henkilöillä on?
- Miten palvelutarpeen arviointiin tulleet henkilöt ovat sijoittuneet palveluihin puolen vuoden kuluttua?

Lisäksi tutkimustulosten pohjalta tarkastellaan Oulu Screener mittarivalikoiman ja erityisesti MAPLe 15 ryhmittelyn perusteella esille nousevia palveluohjauksen haasteita ja mahdollisuuksia.

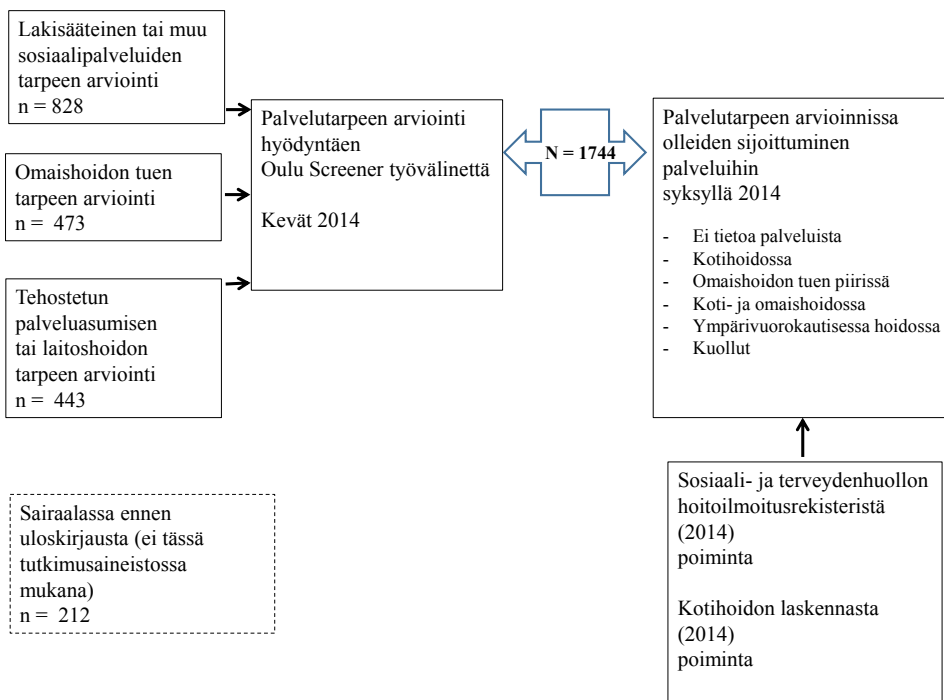
Tutkimusaineistot ja menetelmät

Tutkimusaineisto on muodostettu THL:n Oulu Screener tietovarannosta, johon Oulu Screener arviointivälinettä käyttäneet kunnat ja kuntayhtymät ovat lähettäneet tietoja vuodesta 2009 lähtien (n=8141). Tätä tutkimusta varten kyseisestä tietokannasta poimittiin tutkimusaineisto keväällä 2014 tehdyistä asiakasarvioinneista 18 kunnasta ja kuntayhtymästä. Aineistoon (n = 1744) poimittiin seuraavat asiakasarvioinnit: (1) lakisäätäinen tai muu sosiaalipalveluiden tarpeen arviointi, (2) omaishoidon tuen tarpeen arviointi sekä (3) tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon tarpeen arviointi. Kyseiseen asiakastason aineistoon yhdistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereistä (2014) ja kotihoidon laskennasta (2014) saatava palvelun käyttöä koskeva tieto syksyltä 2014 (ja kuolemien osalta koko vuodelta 2014). (Kuva 3)

Tutkimuksessa haluttiin selvittää asiakkaiden sijoittuminen palveluihin puolen vuoden kuluttua kevään 2014 palvelutarpeen arvioinnista, joten aineisto luokiteltiin asiakkaiden palveluihin sijoittumisen mukaan (syksyn 2014 tilanne) seuraavasti:

- ei tietoa palveluista (asiakkaasta ei ollut kirjausta tarkastelluissa rekistereissä)
- kotihoidossa (asiakkaasta oli kirjaus kotihoidon laskennassa 2014)

- saa omaishoidon tukea (asiakkaasta oli kirjattu omaishoidon tuen saajaksi mutta ei kotihoidon saajaksi kotihoidon laskennassa 2014)
- saa omaishoidon tukea ja on kotihoidossa (asiakas oli kirjattu sekä kotihoidon että omaishoidon tuen saajaksi kotihoidon laskennassa)
- on ympärivuorokautisessa hoidossa (asiakkaasta oli kirjaus joko sosiaali- tai terveydenhuollon hoitoilmoituksessa tai RAI-tietokannassa)
- kuollut (kirjaus oli joko HILMOssa tai RAI-tietokannoissa)



Kuva 3. Tutkimusaineiston muodostuminen.

Palvelutarpeen arviointiin osallistui keväällä 2014 yhteensä 1956 henkilöä (kuvio 3). Heistä 212 (11%) sijoittui ryhmään ”sairaalahoito”, jolloin Screener-arviointi oli tehty sairaalassa tilapäisen sairaalahoitajakson aikana. Tämä ryhmä ei ole mukana tämän raportin aineistossa, koska haluttiin keskittyä niihin arviointityyppeihin, jotka ovat sisällöllisesti samanlaisia ja tarkoitettu pääosin avohoidossa tapahtuvaan palvelutarpeen arviointiin.

Asiakkaiden taustatietoja on kuvattu iän ja sukupuolen lisäksi käyttämällä dikotomisia muuttujia (kyllä/ei) seuraavasti:

- asiakkaalla on asuinkumppani tai omaishoitaja arviointiajankohtana
- asiakkaalla on aikaisempi kotihoito
- asiakas on ollut sairaalahoidossa viimeisen 90 vrk aikana

Toimintakyky selvitettiin RAI-järjestelmään sisältyvillä mittareilla (www.thl.fi/finrai). Kognitiota mitattiin CPS-mittarilla, jossa 0 tarkoittaa normaalia kognitiota ja 6 erittäin vaikeaa kognition vajetta. Mielialaa mitattiin DRS-mittarilla, jossa tulos 3 tai enemmän tarkoittaa masennusepäilyä. Arkisuoriutumista mitattiin ADL-H-mittarilla, jossa taso 0 kuvaa itsenäistä suoriutumista ja 6 sitä, että asiakas on täysin autettava. Lisäksi suoriutumista välinetoiminnoista mitattiin hyödyntämällä IADL-C mittaria, jossa 0 tarkoittaa ei vaikeuksia välinetoiminnoista suoriutumisessa ja 6 tarkoittaa paljon vaikeuksia useissa näistä toiminnoista. Kivun määrää ja esiintymistiheyttä kuvattiin MDS-kipu mittarilla 0-3. Kivuttomat saavat arvon 0, arvo 3 tarkoittaa päivittäistä kovaa tai ajoittain sietämätöntä kipua.

Terveydentilan kuvaajina käytettiin arvioinnin erillisiä kysymyksiä, joista muodostettiin kyllä-ei-muuttajat:

- virtsanpidätyskyvyn ongelmat (ei ole tai vähän ongelmia/paljon ongelmia)
- kaatuminen (ei/kyllä)
- asiakkaan itse ilmaisema terveydentila (hyvä/tyyydyttävä, huono)
- monilääkitys (käytössä olevien lääkkeiden lukumäärä)
- psykoosilääkkeiden tai rauhoittavien lääkkeiden käyttö (kyllä/ei)
- alkoholin käyttö (yksi annos tai vähemmän/kaksi tai enemmän kuin kaksi annosta).

Sosiaalista toimintakykyä mitattiin seuraavasti:

- asiakas tuntee itsensä yksinäiseksi (kyllä/ei)
- kotiympäristössä on yksi tai useampi ongelma (kyllä/ei)
- omaishoitaja tuntee räsytystä/vihaa/masennusta (kyllä/ei)
- asiakas ulkoilee yhtenä päivänä viikossa tai vähemmän (kyllä/ei).

Palvelutarve mitoitettiin MAPLe ryhmittelijöillä (Taulukko 2.). MAPLe 5 (1 = vähäinen palvelun tarve, 5 = suuri palvelun tarve) luokittelee henkilön palvelutarpeen suuruuden. Palvelutarpeen yksityiskohtaisempaan erittelyyn käytettiin MAPLe 15 ryhmittelyä. Näistä mittareista ja muuttujista löytyy tarkempaa tietoa THL:n sivuilta osoitteesta www.thl.fi/finrai.

Tutkimustulokset ilmaistaan keskiarvoina, prosenttijakaumina ja ristiintaulukointeina. Tilastollista merkitsevyyttä arvioidaan khiin neliö -testillä.

Tutkimuseettiset näkökohdat

Tutkimus perustuu THL:n rekisteriaineistoista koottuihin tutkimusaineistoihin ja se toteutetaan THL:n tutkimusluvalla (THL/134/6.02.00/2012). Aineiston analyysit on tehty siten, että yksittäistä asiakasta ei voida tunnistaa tuloksista.

Tulokset

Asiakkaiden toimintakyky ja terveydentila

Keväällä 2014 palvelutarpeen arviointiin osallistuneet asiakkaat (n = 1744) olivat keskimäärin 80-vuotiaita (taulukko 3). Heistä 58 % oli naisia. Kotihoitoon puolen vuoden päästä arvioinnista ohjautuneiden asiakkaiden keski-ikä oli korkein (keski-ikä 81,8 vuotta). Omaishoidon tukea saavien ryhmään sijoittuneet olivat nuorimpia (keski-ikä 76,9 vuotta).

Yksinasuvia oli 43 %. Joka viides yksin asuva oli ohjautunut kotihoitoon puolen vuoden päästä arvioinnista. Usealla oli omaishoitaja (85 %). Tuloksista ei kuitenkaan ilmene kuinka moni omaishoitaja sai omaishoidon tukea. Omaishoitajista (n=1491) 16 %:lla oli raskuuden, vihan tai masentuneisuuden tunnetta. Niistä asiakkaista, joilla ei ollut omaishoitajaa, 17 % oli sijoittunut ympärivuorokautiseen hoitoon puolen vuoden päästä. Alle puolet (40 %) oli saanut kotihoidon palveluja palvelutarpeen arviointia edeltävänä ajankohtana. Heistä kotihoitoa sai puolen vuoden kuluttua 20 % ja 16 % oli sijoittunut ympärivuorokautiseen hoitoon. Sairaalahoitossa tai päivystyspoliklinikalla oli palvelutarpeen arviointia edeltäneen 90 vuorokauden aikana ollut lähes puolet (44 %) asiakkaista.

Arviointiin osallistuneista asiakkaista noin joka viides tunsi itsensä yksinäiseksi ja joka neljännellä oli jokin kotiympäristöön liittyvä ongelma (taulukko 4). Lähes puolet ulkoili vain kerran viikossa tai harvemmin. Terveydentilaa kuvaavien tekijöiden osalta voitiin havaita, että 38 %:lla oli virtsanpidätyskyvyn ongelmia ja 33 % oli kaatunut viimeisen 90 vrk:n aikana. Miltei neljä viidestä piti terveydentilaansa tyydyttävänä tai huonona. Noin 4 % käytti alkoholia yli kaksi annosta kerrallaan arviointia edeltäneen 14 vrk:n aikana. Joka kymmenes käytti psykoosilääkkeitä. Rauhoittavia lääkkeitä oli niin ikään käytössä joka kymmenennellä.

Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden ikäihmisten toimintakykyä tarkasteltaessa voitiin nähdä, että pääosin henkilöt sijoittuvat alle masennusepäilyn raja-arvon 3+ (DRS keskiarvo oli 1,79; 95% luottamusväli 1,67-1,91). Kognitiivisen suoriutumisen (CPS) keskiarvo oli 1,92 (95% luottamusväli 1,85-2,0), joka tarkoittaa vähäistä kognition alenemaa. Arkisuoriutumista kuvaavan hierarkkisen ADL-mittarin keskiarvo oli 1,30 (95% luottamusväli 1,22-1,37). Se ilmaisee ohjauksen tarvetta. Arkisten välinetoimintojen (IADL-C) huomattavaa heikentymistä kuvasi keskiarvo 4,10 (95% luottamusväli 4,0-4,19). Kipumittarin keskiarvo 1,10 (95% luottamusväli 1,05-1,15) tarkoittaa vähäistä, ei päivittäistä kipua. Lääkkeitä keväällä 2014 palvelutarpeen arvioinnissa olleilla henkilöillä oli keskimäärin 10 kpl (95% luottamusväli 9,75-10,88). Toimintakykyä kuvaavien mittareiden keskiarvot nousivat (eli toimintakyky heikkeni) sitä enemmän mitä raskaammasta palvelusta oli kyse (taulukko 5). Poikkeuksena oli kivun keskiarvo, joka oli alempi ympärivuorokautiseen palveluun ohjautuneilla verrattuna muihin

palvelumuotoihin ohjautuneisiin. Erot tarkasteltaviin palvelutyyppeihin sijoittumisessa olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$).

Asiakkaiden palvelutarve MAPLe-ryhmittelyn mukaisesti

Arviointityypeittäin tarkasteltuna palvelutarpeen arvioinnissa olleet asiakkaat jakautuivat keskeisten palvelutarvetta kuvaavien ryhmien osalta seuraavasti:

Lakisääteisessä tai muussa sosiaalipalveluiden tarpeen arvioinnissa olleet asiakkaat (n = 828)

- omatoiminen arjessa tai lievä palvelutarve (MAPLe 1-2), 35,6 %
- kognition keskivaikea alenema, liikkuva (MAPLe 43), 13,3 %
- fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema ja (MAPLe 45), 10,9 %
- arkitoiminnan, ympäristön ja lääkityksen ongelmia (MAPLe 32), 9,1 %
- alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt (MAPLe 54), 8,6 %

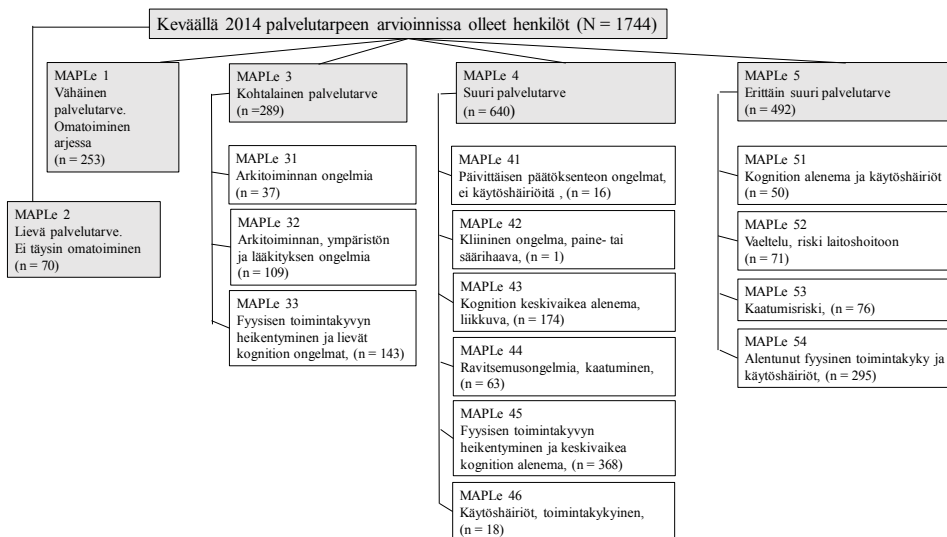
Omaishoidon tuen tarpeen arvioinnissa olleet asiakkaat (n = 473)

- fyysinen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema (MAPLe 45), 27,5%
- fyysinen toimintakyvyn heikentyminen ja lievät kognition ongelmat (MAPLe 33), 15,2%
- alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt (MAPLe 54), 15,2%

Tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon tarpeen arvioinnissa olleet asiakkaat (n = 443)

- alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt (MAPLe 54), 34,3%
- fyysinen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema (MAPLe 45), 33,4%

Kaikkien (n=1744) keväällä 2014 palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden palvelutarve vaihteli MAPLe 1-5 ryhmittäin (kuvio 4, taulukko 6 ja 7). Asiakkaista 15 % kuului ryhmään vähäinen palvelutarve. Lievä palvelutarve oli 4 %:lla ja kohtalainen palvelutarve 17 %:lla. Suuri palvelutarve oli 37 %:lla ja erittäin suuri palvelutarve 28 %:lla. Kohtalaisen palvelutarpeen ryhmään kuuluvilla oli yleisimmin arkitoiminnan, lääkityksen ja ympäristöön liittyviä ongelmia (n = 109) tai fyysisen toimintakyvyn laskua ja lieviä kognition ongelmia (n = 143). Suuren palvelutarpeen ryhmään kuuluvilla oli pääasiassa fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ja keskivaikeaa kognition alenemaa (n = 368). Erittäin suuren palvelutarpeen ryhmään sijoittuvilla oli yleisimmin alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöitä (n = 295).



Kuva 4. Keväällä 2014 palvelutarpeen arvioinnissa olleiden ikäihmisten (n=1744) palvelun tarve.

Kun tarkasteltiin kaikkien keväällä 2014 arvioinnissa olleiden asiakkaiden sijoittumista palveluihin puolen vuoden kuluttua arvioinnista, voitiin nähdä eroja ryhmien välillä (Taulukot 6 ja 7). Kohtalaisen palvelutarpeen ryhmässä (MAPLe 3), ne asiakkaat, joilla oli fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja lievät kognition ongelmat (n=143), olivat saaneet useammin (24 %) omaishoidon tukea puolen vuoden kuluttua arvioinnista. Suuren palvelutarpeen ryhmään kuuluvat asiakkaat (MAPLe 4), joilla oli kognition keskivaikea alenema ja kykenivät liikkumaan (n=174), olivat sijoittuneet useammin kotihoitoon (21 %) ja olivat saaneet useammin omaishoidon tukea (18 %) kuin muihin ryhmiin kuuluvat.

Niiden asiakkaiden määrä, joilla oli *fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema*, oli suuri (n = 368). Heistä joka viides oli sijoittunut ympärivuorokautiseen hoitoon puolen vuoden kuluttua ensimmäisen arvioinnin toteuttamisen jälkeen. Asiakkaista, joilla oli **erittäin suuri palvelutarve** ja *kaatumisriski* (n = 76) tai *alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt* (n = 295), lähes joka kolmas oli ohjautunut ympärivuorokautiseen hoitoon puolen vuoden kuluttua arvioinnista. Näissä ryhmissä myös moni oli saanut omaishoidon tukea. Asiakkaista, joilla oli *vaeltelua ja riski laitoshoittoon* (n= 71), 15 % oli sijoittunut ympärivuorokautiseen hoitoon, omaishoidon tukea oli saanut joka neljäs ja kotihoitoa joka viides.

Taulukko 3. Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden taustatiedot ja palveluihin ohjautuminen 6-12 kk arvioinnin jälkeen.

	N	%	Ei tietoa palvelusta		Kotihoito		Omaishoidon tuki		Kotihoito ja omaishoito		Ympäri- vuoro- kautainen hoito		Kuollut		Merkitse- vyyks K _{hii} ² , df, p-arvo
			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
Kaikki	1744		50	13	15	6	13								
Ikä, keskiarvo	80 (ka)		79,9 (ka)	81,8 (ka)	76,9 (ka)	80,2 (ka)	81,6 (ka)							81,8 (ka)	
Sukupuoli															
Mies	729	42	46	11	22	7	10							4	80,7; 5
Nainen	1015	58	55	14	10	5	15							2	<.0001
Asuinkumppani															
Yksin	774	43	58	19	2	1	16							3	258,8; 5
Yhdessä	970	56	45	8	25	9	11							2	<.0001
Läheisauttaja															
Ei	253	15	68	11	0	.	17							3	79,8; 5
On	1491	85	48	13	17	6	12							3	<.0001
Aiempi kotihoito															
Ei	1051	60	54	8	20	5	11							2	110,0; 5
On	693	40	46	20	7	7	16							3	<.0001
Päivystyskäynti 3kk aikana															
Ei	984	56	55	12	16	5	10							1	40,1; 5
On	760	44	46	14	13	6	17							5	<.0001

Taulukko 4. Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden terveydentilaa ja sosiaalista toimintakykyä kuvaavia tekijöitä luokiteltuna ja palveluihin ohjautuminen 6-12 kk arvioinnin jälkeen.

	N	%	Ei tietoa palvelusta		Kotihoito	Omaishoidon tuki		Kotihoito ja omaishoito		Ympäristö- ja kautinen hoito		Kuollut	Merkittävyyden p-arvo
			%	%		%	%	%	%	%	%		
Kaikki	1744		50	13	15	6	13	3					
Yksinäisyyden tunne													
Ei	1367	78	51	11	17	6	13	2					37,3; 5
Kyllä	377	22	49	20	9	4	14	4					<0001
Kotiympäristöongelmia													
Ei	1302	75	51	12	16	6	13	2					18,3; 5
On	442	25	51	16	11	5	13	4					0,0026
Läheisauttaja rasittunut													
Ei läheisauttajaa	235	13	69	11	0	0	17	3					
Ei	1227	70	50	13	17	7	10	3					111,8; 10
Kyllä	282	16	41	12	18	5	23	1					<0001
Virtsan pidätyskyvyn ongelmia													
Vähän	1083	62	56	14	16	5	7	1					120,8; 5
Paljon	661	38	42	11	13	6	23	5					<0001
Kaatumat													
Ei	1165	67	53	13	15	5	11	2					18,9; 5
On	579	33	47	13	14	6	17	4					0,002

	N		Ei tietoa palvelusta		Kotihoito		Omaishoidon tuki		Kotihoito ja omaishoito		Ympäristö- ja ympäristöhoito		Kuollut		Merkittävyyden Kht ² , df, p-arvo
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
(Taulukko 4 jatkuu)	1744		50	13	15	6	13	13	6	13	3				
Itse ilmaistu terveydentila															
Hyvä	407	23	55	12	13	3	16	13	3	16	2				14,8; 5
Tyydyttävä tai huono	1337	77	50	13	15	6	12	13	6	12	3				0,0113
Enin kerralla juotu alkoholi															
1 annos tai vähemmän	1667	96	51	13	15	6	14	13	6	14	3				15,5; 5
Vähintään 2 annosta	77	4	52	17	25	4	3	17	4	3	0				0,008
Psykoosilääke															
Ei	1592	91	51	13	16	6	11	13	6	11	3				64,6; 5
On	152	9	47	9	7	1	33	9	1	33	3				<.0001
Rauhoittava lääkitys															
Ei	1580	91	52	13	15	6	12	13	6	12	2				36,4; 5
On	164	9	43	8	14	4	24	8	4	24	7				<.0001
Ulkoilua enintään yhtenä päivänä viikossa															
Ei	908	52	59	13	18	4	6	13	4	6	1				136,9; 5
Kyllä	836	48	43	13	12	7	21	13	7	21	4				<.0001

Taulukko 5. Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden toimintakykyä kuvaavat mittarit keskiarvoina ja palveluihin ohjautuminen 6-12 kk arvioinnin jälkeen.

	Ei tietoa palvelusta		Kotihoito		Omaishoidon tuki		Kotihoito ja omaishoito		Ympäristövoimautus		Kuollut
	ka	ka	ka	ka	ka	ka	ka	ka	ka	ka	
Kaikki	N = 1744										
Masennusriski (DRS 0-14)	1,79	1,45	1,95	1,94	1,60	2,78	2,38				
Kognitio (CPS 0-6)	1,92	1,54	1,52	2,08	2,23	3,29	2,98				
Arkiorientutuminen (ADL-H 0-6)	1,30	0,94	0,78	1,40	1,92	2,52	2,66				
Välinetoinnot (IADL-C 0-6)	4,10	3,42	3,47	5,16	5,19	5,42	5,34				
Kipu (MDS-kipu, 0-3)	1,10	1,14	1,06	1,08	1,26	0,86	1,32				
Lääkkeiden lukumäärä	10,31	9,61	10,47	10,87	10,07	12,23	11,04				

Taulukko 6. Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden palvelutarveluokka (MAPLe 1-5) ja palveluihin ohjautuminen 6-12 kk arvioinnin jälkeen.

	N	%	Ei tietoa palvelusta		Kotihoito		Omaishoidon tuki		Kotihoito ja omaishoito		Ympäristö- kautinen hoito		Kuollut	
			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Kaikki	1744		50	13	15	6	13	3						
1 Vähäinen palvelutarve	253	15	86	13	1	0	1	0						
2 Lievä palvelutarve	70	4	77	17	4	1	0	0						
3 Kohtalainen palvelutarve	289	17	56	13	19	7	3	2						
4 Suuri palvelutarve	640	37	41	14	19	8	15	3						
5 Erittäin suuri palvelutarve	492	28	39	10	16	5	25	5						

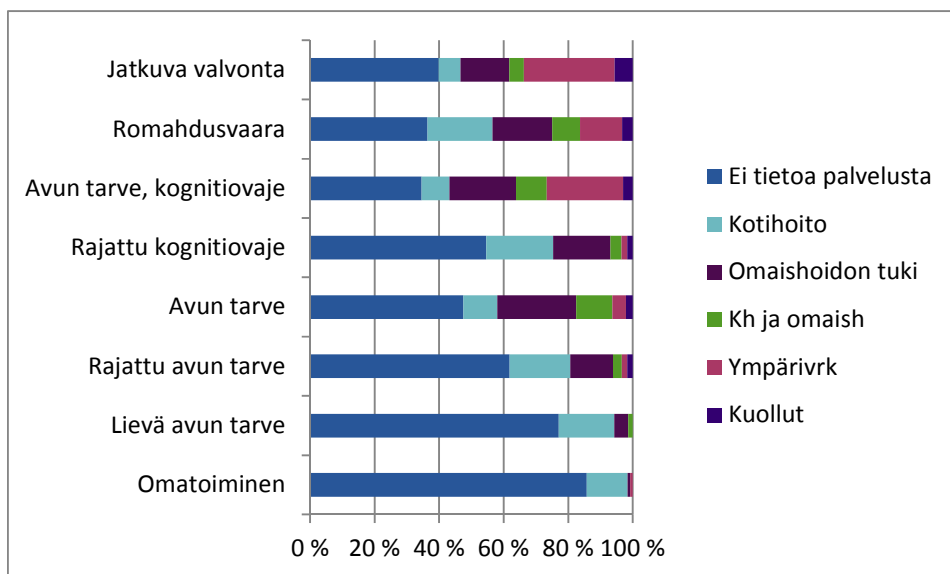
Taulukko 7. Palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden palvelutarveryhmä (MAPLe 15) ja palveluihin ohjautuminen 6-12 kk arvioinnin jälkeen.

	N	%	Ei tietoa palvelusta		Kotihoito		Omaishoidon tuki		Kotihoito ja omaishoito		Ympäristö- ja kaitainen hoito		Kuollut	
			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Kaikki	1744		50	13	15	6	13	3	0	1	13	3	0	
1. Omatoiminen	253	15	86	13	1	0	1	0	0	1	13	3	0	
2. Lievä palvelutarve	70	4	77	17	4	1	0	0	0	0	0	0	0	
31 Arkitoiminnan ongelmia	37	2	54	16	24	3	0	0	3	0	0	3	0	
32 ADL- ja lääkitysongelma	109	6	68	16	9	4	2	2	4	2	2	2	2	
33 Lievä ADL- ja kognition ongelmat	143	8	48	10	24	11	4	2	11	4	4	2	2	
41 Päätöksenteon ongelmat	16	1	63	19	13	0	6	0	0	6	0	0	0	
42 Hoidollinen tarve	1	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
43 Kognition keskivaikea alenema	174	10	55	21	18	3	2	2	3	2	2	2	2	
44 Ravitsemusongelma tai kaatuminen	63	4	37	17	17	13	10	6	13	10	6	6	6	
45 Merkittävä ADL- ja kognition ongelma	368	21	35	9	21	10	24	3	10	24	3	3	3	
46 Käytöshäiriöt	18	1	39	44	17	0	0	0	0	0	0	0	0	
51 Kognition alenema ja käytöshäiriö	50	3	44	22	12	8	14	0	8	14	0	0	0	
52 Vaeltelu, muu riski	71	4	31	21	24	6	15	3	6	15	3	3	3	
53 Kaatumisvaara	76	4	33	8	21	7	26	5	7	26	5	5	5	
54 Arki-suorittumisen ja käytöksen ongelmia	295	17	42	6	14	4	28	6	4	28	6	6	6	

Asiakkaiden palvelutarvesegmentointi MAPLe-ryhmittelyn perusteella

Palvelutarveluokat (MAPLe 5) erottelevat suuren ja vähäisemmän avun tarpeen. Palvelutarveryhmät (MAPLe 15) luonnehtii jo monin tavoin laadullisesti erilaisia palvelutarveryhmiä, mutta jotkut ryhmät ovat niin harvinaisia, että niiden perusteella vaikeaa muodostaa palveluohjauksen linjauksia. Olisi hyödyllistä segmentoida asiakkaat riittävän suurin ja kuitenkin tarpeensa mukaan laadullisesti erottuviin ryhmiin. Teimme sen yhdistämällä eräitä MAPLe 15 ryhmiä, jotka taulukon 7 mukaan muistuttivat palveluratkaisuprofiileiltaan toisiaan (Taulukko 2). On huomattava, että käytetyt nimet ainoastaan kuvailevat segmentin tarvetekijöitä eivätkä itsessään osoita mitkä palveluratkaisut ovat segmenttiin kuuluvalla henkilölle parhaita.

Tarvesegmenttien palveluratkaisuprofiilit esitetään taulukon sijasta kuviona (Kuva 5). Kuvioista ilmenee selkeästi, että lähes kaikista tarvesegmenteista on päädytty kaikkiin ratkaisuihin, myös siihen, että puolen vuoden kuluttua ei ole tietoa asiakkaan säännöllisestä palvelusta. Kuviossa näkyy myös omaishoidon suuri merkitys kaikissa muissa paitsi kevyimmissä segmenteissä. Jopa jatkuvan valvonnan tarpeessa olevista varsin suuri osa päätyy omaishoidon tuen asiakkaiksi, joko kotihoidolla vahvistettuna tai ilman sitä.



Kuva 5. MAPLe 15 ryhmittelijään perustuva tarvesegmentointi ja palveluihin ohjautuminen 6-12 kk arvioinnin jälkeen.

Palveluohjauksen lopputuloksen mukaiset asiakasprofiilit

Edellisissä kappaleissa on tarkasteltu keväällä 2014 palvelutarpeen arvioinnissa olleiden henkilöiden toimintakykyä ja palvelutarvetta arviointihetkellä sekä heidän sijoittumista palveluihin puolen vuoden kuluttua arvioinnista palveluketjun näkökulmasta. Tässä kappaleessa näkökulma käännetään toisin päin ja tarkastellaan, millaisia asiakasprofileja eri palvelumuotoihin oli ohjautunut. Ohjautumista tarkastellaan hyödyntämällä jälleen MAPLe 15 ryhmittelyä. Taulukossa 8 on korostettu ne MAPLe ryhmät, joissa asiakkaiden määrä oli suurin.

Kotihoidon asiakkaina päätyneiden joukossa nousivat esille ryhmät: omatoiminen arjessa (MAPLe 1), kognition keskivaikea alenema ja liikkuva (MAPLe 43) sekä fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema (MAPLe 45).

Pelkästään omaishoidon varaan päätyneistä (eivät saaneet kotihoitoa) joka kolmas kuului MAPLe ryhmään 45 (fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema). Myös ryhmiin 33, 43 ja 54 kuuluvia oli suuri osa omaishoidon asiakkaista. Ryhmiä kuvasi arkisuoriutumisen heikkeneminen yhdistettynä eriasteiseen kognition alenemaan tai käytöshäiriöön.

Ympäri vuorokautiseen hoitoon ohjautuneissa korostuivat erityisesti esiin MAPLe luokat 45 ja 54. Nämä luokat kuvaavat fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ja sen yhteyttä keskivaikeaan kognition alenemaan tai käytöshäiriöihin. Lisäksi tässä profiilissa esiintyi myös toisenlaisia ongelmia kuten kaatumisvaaraa ja ravitsemusongelmia.

Tärkeän ryhmän muodostivat henkilöt, jotka eivät puolen vuoden kuluttua olleet minkään säännöllisen palvelun saajia. Heistä neljännes oli arjessaan omatoimisia, mutta myös arkisuoriutumiseltaan heikentyneitä ja kognition keskivaikean alenemisen ja käytöshäiriöiden luonnehtimia henkilöitä löytyi tästä ryhmästä.

Taulukko 8. Asiakasprofiilit (MAPLe 15 palvelutarvoryhmien osuudet) 6-12 kk arvioinnin jälkeen toteutuneen palvelun mukaisissa ryhmissä.

	N	Ei tietoa palvelusta		Kotihoito		Omaishoidon tuki		Kotihoito ja omaishoito		Ympäristö- ja kautainen hoito		Kuollut	
		%	873	%	226	%	262	%	105	%	226	%	52
1. Omaoinen	253	24	14	1	1	0	1	0	1	0	0	0	
2. Lievä palvelutarve	70	6	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
31 Arkitoiminnan ongelmia	37	2	3	3	1	0	0	0	0	0	2	2	
32 ADL- ja lääkitysongelma	109	8	8	4	4	1	1	4	1	1	4	4	
33 Lievä ADL- ja kognition ongelmat	143	8	7	13	17	3	3	17	3	3	6	6	
41 Päätöksenteon ongelmat	16	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
42 Hoidollinen tarve	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
43 Kognition keskivaikkea alenema	174	11	16	12	6	6	1	6	1	1	6	6	
44 Ravitsemusongelma tai kaatuminen	63	4	4	4	8	3	3	8	3	3	9	9	
45 ADL- ja kognition ongelma	368	14	14	29	36	38	38	36	38	38	23	23	
46 Käytöshäiriöt	18	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
51 Kognition ongelma, käytöshäiriö	50	2	5	3	4	3	3	4	3	3	0	0	
52 Vaeltelu, muu riski	71	2	7	7	5	4	4	5	4	4	5	5	
53 Kaatumisvaara	76	3	3	6	5	9	9	5	9	9	9	9	
54 ADL- ongelma, käytöshäiriö	295	14	9	15	13	37	37	13	37	37	36	36	
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Pohdintaa

Ikäihmisen palvelutarpeen arviointi ja siihen liittyvää palveluohjaus on viime vuosina nostettu kansallisen tason kiinnostuksen kohteeksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Kehittämiskohteena ovat pääosin palveluohjauksen prosessit ja toimintamallit. Vähemmän on kiinnitetty huomiota palvelutarpeen arvioinnissa ja -ohjauksessa käytettäviin tunnuslukuihin, palveluohjauksen tuloksiin ja kustannusvaikutuksiin.

Tässä tutkimuksessa on ensimmäistä kertaa yhdistetty palvelutarpeen arviointi ja asiakkaiden palveluihin ohjautuminen käyttämällä RAI järjestelmän palvelutarvetta kuvaavaa MAPLe 15 ryhmittelyä. Tutkimuksessa on hyödynnetty rekisteriaineistoja. Siksi palveluohjauksen sisältöjä ei ole ollut mahdollista selvittää eikä myöskään arvioida sisältöjen merkitystä asiakkaiden palveluihin ohjautumiseen. Tutkimusaineisto muodostui niistä henkilöistä, joille kunnissa ja kuntayhtymissä (n = 18) on tehty Oulu Screener arviointi keväällä 2014. Vaikka Oulussa arvioinnit on tehty kattavasti palvelutarpeiden arviointitilanteissa, on mahdollista, että muissa Oulu Screener -välinettä käyttävissä kunnissa arvioitavat asiakkaat ovat valikoituneet tavoilla, joita tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista kartoittaa.

Palveluohjauksen sisältöjen ja menetelmien syiden ja seurausten ymmärtäminen edellyttää jatkotutkimusta. Esimerkkeinä tämänkaltaisista jatkotutkimuksista voivat olla 1) palveluohjauksen työmenetelmien kehittämiseen ja työmenetelmien vaikuttavuuden arviointiin liittyvät interventiot sekä 2) asiakkaiden liikuntasuunnitelmiin/harjoitteluohjelmiin liittyvät interventiot ja niiden vaikutusten arviointi eri asiakassegmentein tarkasteltuna.

RAI tunnuslukujen pohjalta asiakkaiden ryhmittely palvelutarpeensa mukaisiin ryhmiin näyttää käytännön palveluohjauksen näkökulmasta loogiselta. Aineistosta nousee esille kolme palveluohjauksen näkökulmasta haasteellista ryhmää. Suurta palvelutarvetta kuvaavien MAPLe ryhmien 45, 53 ja 54 asiakkaiden palveluohjausratkaisujen siirtyminen kotihoitopainotteisiksi asettaa kotihoidolle ja omaishoitajille suuria vaatimuksia. Vähäistä palvelutarvetta kuvaavien MAPLe 1 ja 2 ryhmien asiakkaiden ohjautuminen pitkäaikaiseen kotihoitoon haastaa etsimään kuntouttavia lyhytaikaisia ratkaisuja ja muita keinoja tukea kotona asuvia iäkkäitä. Lisäksi ”ei palvelua” saavien ryhmän asiakkaiden profiilit vaativat vielä jatkotutkimusta. Jatkossa tulee näiden palveluohjauksen näkökulmasta haasteellisten asiakasryhmien palvelutarpeeseen vastata tarkoituksenmukaisesti ja kuntoutumista edistävästi. Keskeistä on myös kehittää työvälineet niiden asiakkaiden ja tilanteiden tunnistamiseksi, kun asiakas ei enää hyödy kuntoutumista edistävästä kotona asumista tukevista palveluista, vaan tarvitsee ympärivuorokautista tukea ja valvontaa tarjoavaa asuinympäristöä.

Lähes kaikista palvelutarvesegmenteistä päätyi asiakkaita kaikkiin palveluratkaisuihin. Tulos on aiemman tutkimuksen mukainen (Kehusmaa & al.

2017). Palveluohjauksessa on siis otettava huomioon mahdollisuus, että asiakkaan ongelmiin saattaa olla useita erilaisia hyviä ratkaisuita. Valinta on tehtävä asiakkaan voimavarojen ja yksilöllisen kokonaistilanteen mukaisesti, pyrkien parhaaseen palvelustrategian mukaiseen ratkaisuun.

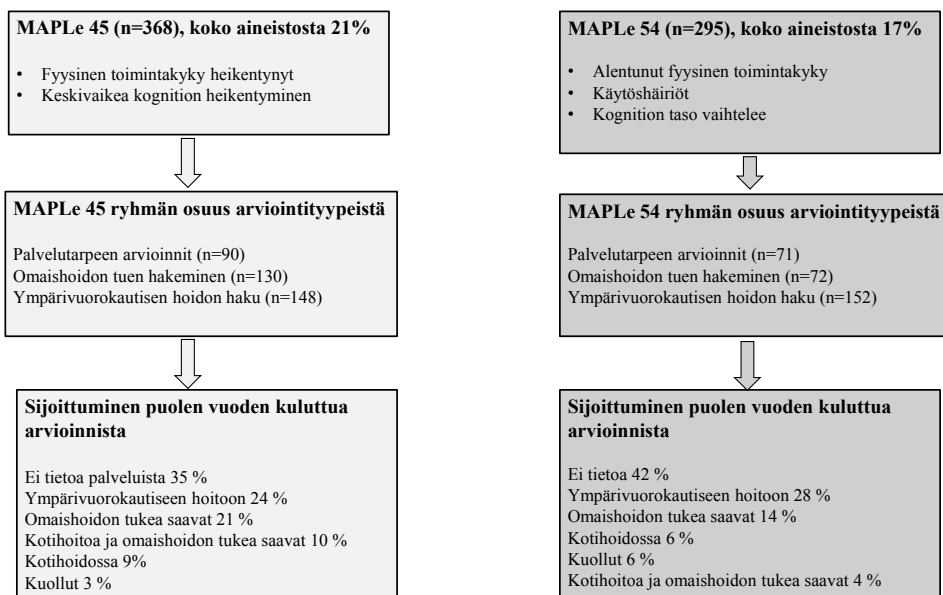
Palvelutarpeiden arviointiin hakeutuminen

Tässä tutkimuksessa asiakkaista (n=1744) vajaat 50 % oli ollut sairaalahoidossa tai käynyt päivystyspoliklinikalla viimeisen kolmen kuukauden aikana ennen palvelutarpeen arviointiin hakeutumista. Harvalla oli yksinäisyyden kokemuksia, mutta vajaa 80 % koki terveydentilansa tyydyttäväksi tai huonoksi. Yksin asuvia oli noin puolet.

Arviointityypeittäin tarkasteluna keväällä 2014 palvelutarpeen arvioinnissa olleille henkilöille (n=1744) lähes puolelle oli tehty sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arviointi, vajaalle 30 %:lle oli tehty omaishoidon tukihakemukseen liittyvä arviointi ja joka neljännelle oli tehty arviointi ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. Mielenkiintoista on kuitenkin se, että ns. palveluohjauksen kevyempään päähän (kotihoito, omaishoito, ei palveluja) sijoittui vähäisen palvelutarpeen asiakkaiden (MAPLe 1-2) lisäksi myös suuri joukko suuren palvelutarpeen asiakkaita. Toisaalta osa näistä suuren palvelutarpeen asiakkaista haki myös omaishoidon tukea ja ympärivuorokautista palvelua.

Palvelutarpeen arvioinnissa olleista asiakkaista varsin suuri osa (38 %) kuului MAPLe-ryhmiin 45 ja 54. MAPLe 45 (fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikea kognition alenema) ryhmään kuuluvat saivat palveluohjauksessa hyvin monenlaisia ratkaisuja. Sama ilmiö on nähtävissä MAPLe 54 (alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt) ryhmään kuuluvilla (kuvio 6). Voidaan myös todeta, että tutkimusaineistosta poissuljettujen Oulu Screener arviointien (sairaalassa ennen uloskirjausta arvioinnit, n =212) mukaan moni sairaalassa olleesta asiakkaasta kuului MAPLe ryhmiin 45 ja 54. Jatkossa on tärkeää, että tunnistetaan nämä asiakasryhmät ja vastataan heidän palvelutarpeeseensa soveltamalla, ns. ”yhden luukun” periaatetta. Tärkeää on myös välttää päällekkäisiä palveluja huolehtimalla hyvästä palvelujen yhteensovittamisesta ja tiedonkulusta. Monet asiakkaat saattavat tarvita omatyöntekijää. Silloinkin, kun asiakas ei päädy säännöllisen palvelun käyttäjäksi, hänen läheisverkostonsa jaksamiseen on kiinnitettävä huomiota.

Käytöshäiriöiden ja kognition ongelmien syiden selvittäminen ja asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden räätälöinti edellyttävät moniammatillista ja geriatriasta arviointia. Lisäksi edellytetään, että henkilöllä on yksi asiakas- ja hoitosuunnitelma, jonka toteutumista seurataan ja arvioidaan moniammatillisesti yhteistyössä asiakkaan ja läheisverkoston kanssa.



Kuva 6. MAPLe 15 palvelutarveryhmiön palveluohjauspolkuja.

Palveluohjausta kuvaavan vertailutiedon vaatimuksia

Palveluohjaus on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu siinä kuin mikä hyvänsä muukin palvelu. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa tarvitaan vertailutietoa palvelun toteutumisesta ja kohdentumisesta. Palveluohjauksen erityisluonne edellyttää, että vertailutieto suhteutetaan myös siihen palveluun, johon palveluohjauksen asiakkaat päätyvät. Tutkimuksemme tarjoaa siihen yhden toteutusmallin.

MAPLe 15 ryhmittelijä palvelutarpeen arvioinnissa

Tässä tutkimuksessa yhdistettiin palvelutarpeen arvioinnissa olleiden henkilöiden toimintakyky ja palvelutarve käyttämällä MAPLe 15 ryhmittelyä. Samalla pyrittiin kehittämään ns. asiakkaiden palveluohjauksen asiakassegmenttejä (taulukko 8). Tulosten mukaan näyttää siltä, että MAPLe 15 ryhmittelyn avulla on mahdollista tarkentaa riskitekijöitä ja luoda asiakasprofileja.

Palveluohjauksen eräänä haasteena ovat vähäisen palvelutarpeen asiakkaat (MAPLe 1 ja 2) ja heidän ohjautuminen kotihoitoon. Osalle heistä voisi mahdollisesti hyödyntää kunnan yleisiä hyvinvointipalveluja ja korvata niiden avulla kotihoitoa kevyitä palveluja. Näin voitaisiin vähentää esimerkiksi yksinäisyyden kokemusta erilaisin liikunta- ja kulttuuripalveluin tai esimerkiksi kunnan ylläpitämin korttelikerhoihin. Myös vapaaehtoistoiminnasta tai kolmannen sektorin tuottamista

palveluista voisi löytyä vaihtoehtoja. Erilaisten digitaalisten ratkaisujen ja uuden teknologian monipuolinen ja innovatiivinen käyttö lisäisi todennäköisesti myös MAPLe 1 ja 2 ryhmään sijoittuneiden asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ja aktiivisuutta sekä vähentäisi kotihoidon tarvetta ja mahdollisesti hakeutumista päivystyspalveluihin. Lisäksi digitaaliset ratkaisut voisivat toimia apuvälineenä kuntoutumista edistävien toimintamallien kehittämistyössä ja niiden vaikuttavuuden arvioinnissa myös suuremman palvelutarpeen asiakkaiden kohdalla.

Kognition heikentymistä kuvaavien ryhmien asiakkaiden (MAPLe 33, 41, 43, 51 ja 52) ohjautuminen kotihoitoon ja omaishoidon tukeen asettaa haasteita muistisairaana henkilön muistiongelmien kohtaamiselle sekä henkilöstön että omaishoitajien osaamisen kehittämiseksi. Muistisairaana hoito ja palvelu edellyttävät yleensä monialaista ja moniammatillisesti koordinoitua toimintaa, jolloin kokonaisvaltaisen, yhteisen asiakassuunnitelman merkitys korostuu.

”Ei tietoa palveluista” ryhmän asiakasrakenne oli mielenkiintoinen. Siihen sijoittui omatoimisten asiakkaiden lisäksi yllättävän moni paljon palveluja tarvitseva asiakas. Yksi mahdollinen selitys on se, että osa näistä asiakkaista ei puolen vuoden kuluttua tosiaan enää tarvitse palveluja. Toinen mahdollinen selitys on se, että he tarvitsevat säännöllistä apua, mutta eivät sitä saa. Kolmas selitys on se, että asiakkaat saavatkin apua, mutta tietoa siitä ei ole saatu tämän aineiston tietoihin, koska he ovat esimerkiksi sairaalahoidossa. Näiden vaihtoehtojen seuraaminen on ilmeisen tarpeellista, joten palveluohjaukseen tulisi kuulua saatujen palvelujen seuranta, ainakin korkean riskin asiakkailla.

Omaishoidon piiriin ohjautui hyvin erilaisia ja erilaisilla palvelutarpeilla olevia henkilöitä. Asiakkaiden erilaiset tarpeet asettavat haasteita paitsi omaishoidon tuen seurantaan ja arviointiin, myös omaishoidon tuesta vastaavan henkilöstön osaamiselle. Tulevaisuudessa on tärkeää, että varmistetaan asiakkaiden pysyminen toimintakykyisinä ja selviäminen omaishoitajan kanssa kotona. Jatkossa on myös tärkeää kehittää omaishoitajille kohdennettua opetusta ja ohjausta, jotta heillä olisi käytössään nykyistä parempia työvälineitä läheistensä kotona selviytymisen edistämiseksi. Tulisi myös kiinnittää erityistä huomiota niihin talouksiin, jotka saavat sekä kotihoitoa että omaishoidon tukea. Kotihoidon sisältö ja palvelukokonaisuus tulisi rakentaa ja kohdentaa tarkoituksenmukaisesti sekä asiakkaan että omaishoitajan näkökulmasta.

Fyysisen toimintakyvyn heikentymiseen ja kaatumiseen liittyvät ongelmat sekä käytöshäiriöt näyttivät ohjaavan asiakkaita ympärivuorokautiseen hoitoon. Henkilöistä, jotka olivat kuolleet (n=52) palvelutarpeen arviointia seuranneen puolen vuoden aikana joka neljäs sijoittui ryhmään 45 (fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja keskivaikkea kognition alenema) ja yli joka kolmas ryhmään 54 (alentunut fyysinen toimintakyky ja käytöshäiriöt).

Raportissa esitetyt asiakassegmentit palvelutarpeineen ovat ensimmäinen versio, jossa on hyödynnetty MAPLe 15 ryhmittelyä. Asiakassegmenttien soveltaminen

palveluohjauksen käytännön toiminnassa vaatii soveltavaa tutkimus- ja kehittämistyötä. Käyttämämme segmentointiratkaisu vaikuttaa MAPLe 15 ryhmittelyn kykyyn tunnistaa joidenkin ryhmien erityisiä tarpeita (Kuva 5 ja Taulukko 9), esimerkiksi ryhmiin MAPLe 46 ja 52 liittyvää läheisauttajien suurta kuormittuneisuusriskiä. Tällaiset erityiset riskit on otettava huomioon palveluja suunniteltaessa, samoin kuin muut yksilölliset tekijät. Käyttämämme tarvesegmenttien nimet eivät muutoinkaan kerro, mitä nimenomaisia ongelmia kunkin palveluohjauksen asiakkaan kanssa ollaan ratkaisemassa tai mitä muuta asiakkaan tilanteessa on otettava huomioon.

Oulu Screener mittarivalikoiman käyttökelpoisuus

RAI-HC-pohjainen mittarivalikoima Oulu Screener tuottaa monipuolista tietoa ikäihmisen toimintakyvystä, terveydentilasta ja toimintaympäristöstä. Se myös mahdollistaa henkilön osallistumisen palvelutarpeensa arviointiin. Tässä tutkimuksessa käytetty Oulu Screener on kotihoidon RAI järjestelmästä erotettu mittarivalikoima, joka tuottaa muun muassa tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja arkiselviytymisestä. Tässä tutkimuksessa 40 % palvelutarpeen arvioinnissa olleista henkilöistä oli käyttänyt kotihoidon palveluita jo ennen palvelutarpeen arviointia. Voidaan olettaa, että niissä kunnissa ja organisaatioissa, joissa RAI järjestelmää käytetään kattavasti, näille asiakkaille oli todennäköisesti aikaisemmin tehty kotihoidon RAI arviointi. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen 13 % ohjautui kotihoitoon, 15 % omaishoidon tuen piiriin ja 13 % ympärivuorokautiseen hoitoon. RAI:ta käyttävissä kunnissa ja organisaatioissa edellä mainituille asiakkaille tehdään todennäköisesti myös RAI arviointi esimerkiksi ympärivuorokautisessa hoidossa. Päällekkäisten arviointien välttämiseksi on tärkeää, että eri RAI järjestelmät ovat keskenään yhteensopivia ja integroituneita. Tämä asettaa haasteita myös Oulu Screener mittarivalikoiman soveltamiselle ja integroinnille osaksi RAI perhettä.

Palveluohjauksen työkaluksi saatetaan eri syistä valita sellainen toimintakyvyn arviointikehys, joka ei tuota OuluScreener mittarivalikoiman mittareita. Yksi toiminnallinen ratkaisu voisi olla, että silloin arviointia voitaisiin tarvittaessa täydentää kotihoidon RAI-arviointivälineellä sellaisena osittaisarviointina, joka tuottaa puuttuvat mittaritiedot.

Kun Suomessa käytettävään RAI-järjestelmään jatkossa lisätään uusia välineitä, on tärkeää, että myös niillä voidaan tuottaa MAPLe 15 ryhmittelijä. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tehtävien mittarien tulee olla yhteneviä muiden RAI järjestelmien mittarien kanssa, jotta asiakkaiden palvelu- ja hoitopolkuja voidaan seurata ja arvioida myös palvelukokonaisuuden näkökulmasta. Yhtenäiset tunnusluvut ohjaavat asiakastasolla palvelutarpeen arviointiprosessia ja yhdenmukaistavat palveluohjauksen käytäntöjä maassamme.

Palveluohjauksen kehittämisehdotuksia

Tulosten pohjalta on nostettu esille seuraavat palveluohjaukseen liittyvät kehittämisen teemat

- RAI järjestelmän tunnuslukujen hyödyntäminen asiakkaan palvelutarpeen määrittämisessä
- Asiakassuunnitelmaan liittyvät haasteet
- Osaamiseen liittyvät haasteet
- MAPLe 15 ryhmittely ja asiakassegmentit

RAI järjestelmän tunnuslukujen hyödyntäminen asiakkaan palvelutarpeen määrittämisessä

Palveluohjauksessa käytettävällä työvälineellä saatava tietosisältö tulee olla www.toimia.fi tietokannan suositusten mukainen. Oulu Screener –välinettä, samoin kuin muita RAI-järjestelmän välineitä, ollaan täydentämässä kysymyksillä asiakkaan tavoitteista ja niiden toteutumisesta edellisen arvioinnin jälkeen. MAPLe 15 ryhmittely on keskiössä, kun palvelutarvetta arvioidaan ja palveluihin ohjataan. Kaikissa asiakastasolla tapahtuvissa palveluohjaustilanteissa on kuitenkin tärkeä muistaa, että asiakkaan tilanne on aina yksilöllinen ja mittaritietoa tulee käyttää soveltaen. Täytyy myös muistaa, että palveluohjaukseen liittyy aina tiedotusta, neuvontaa ja ohjausta. Kaikille asiakkaille ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista käynnistää laajaa palvelutarpeen arviointiprosessia.

Kehittämisehdotus 1

MAPLe 15 ryhmittelyä käytetään asiakassegmentoinnin perustana ikäihmisten palvelukokonaisuutta suunniteltaessa, palvelutarpeen arvioinnissa, palveluohjauksessa, omaishoidon tukea ja tukipalveluja suunniteltaessa sekä kotihoidossa että sairaalahoidossa kotiutumisen tai kuntoutumisen suunnittelussa.

MAPLe 15 ryhmittelyn ja RAI-arviointiin perustuvien arkisuoriutumisen, kognitiivisen, psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn mittarien lisäksi huomioidaan laajassa palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluohjauksessa RAI muuttujien tuottamaa tietoa vähintään seuraavien asioiden osalta:

- näkö ja kuulo
- toimintakyvyn muutokset
- terveydentila (vakaus, kipu, lääkitys), sairaudet ja diagnoosit
- kuntoutumisen mahdollisuudet
- palvelujen käyttö
- läheisverkosto ja asumisympäristö
- yksinäisyyden kokemus ja käsitys omasta terveydentilasta
- alkoholin ja päihteiden käyttö
- asiakkaan osallistuminen sekä hänen omat tavoitteensa

Laaja palvelutarpeen arviointi tehdään aina, kun asiakkaan tilanne sitä edellyttää. Myös tilapäistä palvelua ja hoitoa suunniteltaessa tulee tehdä laaja palvelutarpeen arviointi sekä muulloinkin aina tarvittaessa. Laajan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettävät palvelut voidaan toteuttaa muiden järjestämistapojen ohella myös asiakassetelin, henkilökokohtaisen budjetin tai esimerkiksi omaishoidon tuen hakemisen muodossa.

Asiakassuunnitelmaan liittyvät haasteet

Ikäihmiset käyttävät monenlaisia palveluja, joista useat sijoittuvat sekä sosiaalihuoltoon että terveydenhuoltoon säätelevien lakien kenttään. Ikäihmisen näkökulmasta monenlaisten palvelujen käyttäjänä on tärkeää, että moniammatillisesti koordinoitu, tavoitteellinen asiakassuunnitelma on laadittu ymmärrettävällä tavalla, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollossa on erilaiset perinteet ja erilaiset kirjaamiseen liittyvät käytännöt. Lisäksi ikäihmisen näkökulmasta on tärkeää, että hänen oma osallistuminen hoitonsa ja palvelunsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin on mahdollista. Vaikka kansallisella tasolla on meneillään tietojärjestelmiin ja kirjaamisen käytäntöihin liittyviä kehittämishankkeita, tulisi edelleenkin kiinnittää erityistä huomiota asiakaslähtöisten tietojärjestelmien kehittämiseen sekä ikäihmisen osallistumista ja ymmärtämistä edistävien kirjaamisen käytäntöjen kehittämiseen.

Kehittämisehdotus 2

Lainsäädännöllä, tietoarkkitehtuurilla ja organisaatorajat ylittävillä toimintakäytännöillä tulee mahdollistaa, että monia palveluja käyttävälle ikäihmiselle on mahdollista rakentaa yksi asiakassuunnitelma, jonka tietosisältö kulkee eri palvelua tuottavien välillä mahdollistaen ikäihmisen palvelukokonaisuuden laatimisen, palvelujen toteuttamisen, seurannan ja arvioinnin.

Asiakassuunnitelman tietosisältö tulee sisältää vähintään toimintakykyä ja kuntotutkimisen mahdollisuutta kuvaavia tunnuslukuja. Asiakassuunnitelman päätavoitteiden tulee olla kokonaisvaltaisesti esitettyjä, konkreettisia, asiakkaalle ymmärrettävässä muodossa muotoiltuja ja mitattavia. Osatavoitteiden tulee olla yksityiskohtaisemmin esitetty. Ikäihmisen osallistuminen tulee turvata ja kuvata. Suunnitelman toteutusta tulee seurata ja arvioida.

Osaamiseen liittyvät haasteet

Palveluohjaus on moniammatillisista tiimityötä, jonka optimaalinen toteuttaminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisten perinteiden ymmärtämistä ja näkemistä sekä kykyä konsultoida muita ammattilaisia tarvittaessa. Yleisten pätevyysvaatimusten ja oman profession hallinnan lisäksi palveluohjaajalta

edellytetään kokonaisnäkemystä ikäihmisten palvelu- ja hoitoketjuista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon alueen osaamista. Lisäksi edellytetään vahvaa tietämystä hyvinvointia ja terveyttä edistävästä palveluista, kuten esimerkiksi liikunta- ja kulttuuripalveluista. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus tulee olla palveluohjauksen näkökulmasta integroitunutta ja tiivistä. Palveluohjauksessa korostuu ennaltaehkäisevä toiminta sekä ikäihmisen valinnanmahdollisuuden ja itsemääräämisen edistäminen ja tukeminen.

RAI järjestelmää käyttävissä kunnissa ja kuntayhtymissä on tärkeää, että palveluohjauksen henkilöstö hallitsee RAI-välineiden ja niiden tuottaman toimintakyky- ja palvelutarvetiedon käytön osana kokonaisvaltaista palvelutarpeiden selvittämistä asiakastasolla. Myös organisaatioiden johdon on ymmärrettävä millä tavoin tästä tiedosta voidaan saada tietojohtamiselle tukea. Palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus ovat palvelujen järjestämiseen liittyviä toimintoja, joten palveluohjaaja ja palveluohjauksen esimiehen tulee hallita RAI tunnuslukujen käyttö ikäihmisten palvelu- ja hoitoketjujen toimivuutta seurattaessa ja arvioitaessa.

Kehittämisehdotus 3

Asiakas- ja palveluohjaajana toimiville ja heidän esimiehilleen tulee saada riittävä osaamisen tuki esimerkiksi täydennyskoulutuksen muodossa. Koulutuksessa on tärkeää nostaa esille mm. ikäihminen asiakkaana, palveluohjauksen vaikutukset ja johtaminen. Palveluohjauksella on keskeinen rooli, kun ikäihmisten tarkoituksenmukaisia ja kustannusvaikuttavia palvelukokonaisuuksia laaditaan osana sosiaali- ja terveystalv palveluja.

MAPLe 15 ryhmittely ja asiakassegmentit

MAPLe 15 ryhmittely nostaa esille riskitekijöitä, joiden avulla asiakkaan tarpeisiin on mahdollisuus vastata ja myös ennaltaehkäistä palvelutarvetta. Toisaalta MAPLe 15 ryhmittelyssä voidaan nähdä ryhmien välillä myös yhteneväisyyksiä.

Kehittämisehdotus 4

MAPLe 15 ryhmän asiakkaiden palvelutarpeet kootaan asiakassegmenteiksi, jossa jokaisella segmentillä on oma palvelutarveprofiili. Taulukossa 9 on tehty muutamia nostoja kysymysmuodossa kunkin asiakassegmentin osalta.

Kaikkien asiakassegmenttien osalta tulisi arvioida ja tunnistaa asiakkaiden kuntoutumismahdollisuus ja tarvittaessa laatia tavoitteellinen kuntoutumis- ja aktivointisuunnitelma, jonka toteutumista seurataan ja arvioidaan. Suunnitelman laadinnassa tulee huomioida asiakkaan osallistuminen ja moniammatillinen näkökulma.

Taulukko 9. Palvelutarveryhmittelijä MAPLe (Method for Assigning Priority Levels).

MAPLe-luokkien tarvesegmentointi	MAPLe 15 ryhmät	Asiakaslähtöiset kysymykset
Omatoiminen, lievä avun tarve	1, 2	<ul style="list-style-type: none"> • Kotihoitoon ohjautuminen – onko vaihtoehtoisia, kevyempiä tukitoimia? • Hyötyykö asiakas digitaalisista ratkaisuista? • Kokeeko asiakas turvattomuutta? • Onko arkiselviytymisessä tapahtunut/tapahtumassa muutoksia? • Vaikka asiakkaan toimintakyky on hyvä, onko kuntoutumisen mahdollisuuksia? Onko toimintakyvyn alenemisen riskitekijöitä? • Liikkuuko asiakas kotona ja kodin ulkopuolella? – säännöllisyys ja määrä? • Onko asiakkaan sosiaalinen aktiivisuus vähentynyt? • Kokeeko asiakas itsensä yksinäiseksi? • Millaiseksi asiakas kokee terveydentilansa? • Onko asiakkaan terveydentila epävakaa – onko asiakkaalla sairaala tai päivystyskäyntejä? • Kuka koordinoi vähäisen palvelutarpeen asiakkaan hoitokokonaisuutta jos hänellä on useita kliinisiä ongelmia?
Rajattu avun tarve	31, 32, 41, 42, 46	<ul style="list-style-type: none"> • Onko alentuneen kognition syy selvitetty? • Kokeeko asiakas, että alentunut kognitio vaikeuttaa arkiselviytymistä? • Onko asiakkaan lääkitys tarkistettu ja kunnossa? • Osaako asiakas ottaa lääkkeensä? • Onko ryhmäkohtaisiin riskitekijöihin puututtu (esim. kotiympäristö)? • Käyttääkö asiakas paljon palveluja? • Onko asiakkaalla kliinisiä ongelmia? • Tarvitseeko asiakas palvelujen koordinointia? • Erityinen huomio MAPLe-ryhmään 46: tähän ryhmään kuuluvien läheisauttajat ovat usein kuormittuneita ja tarvitsevat erityistä tukea.
Avun tarve	33	<ul style="list-style-type: none"> • Onko kognition ja fyysisen suoriutumisen alenemisen syyt selvitetty? • Käyttääkö asiakas paljon erilaisia palveluita? • Onko asiakkaan terveydentila ja lääkitys tarkistettu ja kohdallaan?

		<ul style="list-style-type: none"> • Miten asiakkaan voimavarat on otettu huomioon? • Asiakkaan oma näkemys voimavaroistaan, käsitys terveydentilasta ja kuntoutumismahdollisuuksista • Mitkä ovat keskeiset kotona asumista edistävät toimenpiteet? • Onko asiakkaalla nimetty omatyöntekijä, joka koordinoi palvelukokonaisuutta?
Rajattu kognitiovaje	43	<ul style="list-style-type: none"> • Onko alentuneen kognition syy selvitetty? • Miten liikuntakykyä ylläpidetään ja parannetaan? Liikkuuko asiakas ulkona? • Onko asiakkaan lääkitys tarkistettu ja kunnossa? Millainen terveydentila asiakkaalla on? • Miten asiakas selviytyy arjessa? Onko hänellä omais-/läheisverkostoa? Miten omaisen/läheinen jaksaa?
Romahdusvaara	44, 51, 52	<ul style="list-style-type: none"> • Asuuko asiakas yksin? Onko hänellä omais- tai läheisverkostoa? • Miten omais- ja läheisverkosto jaksaa (erityisesti MAPLe 52)? • Onko romahdusvaaran taustalla kliininen ongelma, joka on selvitetty ja jota hoidetaan? • Kuka koordinoi palvelukokonaisuuksia? • Mikä on asiakkaan kokemus omasta terveydentilastaan ja tilanteestaan?
Avun tarve, kognitiovaje	45	<ul style="list-style-type: none"> • Millaisia palveluja asiakas käyttää? Onko palvelukokonaisuus suunniteltu moniammatillisesti? • Millainen terveydentila asiakkaalla on? Miten asiakkaan mahdollinen lääkehoito on järjestetty? • Hyötyykö asiakas kuntoutumista edistävistä palveluista? • Miten mahdollinen omaishoitaja jaksaa? Miten asiakas näkee oman tilanteensa?
Jatkuva valvonta	53, 54	<ul style="list-style-type: none"> • Onko asiakkaalla kliininen ongelma, onko se selvitetty ja hoidossa? • Kotona asumisen kriittinen tarkastelu, millaisia mahdollisuuksia asiakkaalla on kotona asumiseen? • Onko asiakkaalla kuntoutumisen mahdollisuus? Hyötyykö asiakas kuntoutumissuunnitelmasta?

Lopuksi

Lainsäädännön edellyttämä laaja, moniulotteinen ja yksityiskohtainen iäkkään henkilön toimintakyvyn ja muiden palvelutarpeiden kartoitus tuottaa arvioitavasta henkilöstä niin paljon tietoa, että se on tiivistettävä ollakseen vertailukelpoista. Toisaalta tiedon liika tiivistäminen, esimerkiksi muutamaksi mittariarvoksi tai liian karkeiksi luokiksi, hävittää palvelutarpeiden laadullisen moninaisuuden ja asiakkaan ongelmien vaatimat yksilölliset ratkaisut.

Palvelutarpeiden järjestelmällinen kartoitus RAI-järjestelmän mukaisesti voidaan tehokkaasti tiivistää keskeisten toimintakyvyluottuvuuksien mittareiksi ja ne yhdistäväksi MAPLe-palvelutarveryhmittelijäksi. MAPLe:n kahdeksanluokkainen tarvesegmentointitulkin antaa vahvaa sisällöllistä tukea iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden selvittelyyn sekä asiakas- tai palveluohjaukseen.

Lähteet

- Sosiaalihuollon ammattihenkilölaki 2015: Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä. 817/2015. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>).
- Sosiaalihuoltolaki 2014: Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>).
- Vanhuspalvelulaki 2012: Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. 980/2012. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>).
- Terveydenhuoltolaki 2010: Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>).
- Vammaisetuslaki 2007: Laki vammaisetuksista. 570/2007. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070570>).
- Omaishoitolaki 2005: Laki omaishoidon tuesta. 937/2005. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>).
- Sosiaalihuollon asiakaslaki 2000: Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 812/2000. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>).
- Terveydenhuollon ammattihenkilölaki 1994: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 559/1994. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>).
- Potilaslaki 1992: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>).
- Elo, Satu - Saarnio, Reetta - Isola, Arja 2011: The physical, social and symbolic environment supporting the well-being of home-dwelling elderly people. International Journal of Circumpolar Health 70, 90.
- Finne-Soveri, Harriet 2010: SosiaaliporrasRAI -hanke 2007-2009: gerontologisen sosiaalityön porrastettu palvelutarpeen arviointi. Tutkimuksia, Helsinki, Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto.
- Finne-Soveri, Harriet - Björkgren, Magnus - Vähäkangas, Pia - Noro, Anja 2006: Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Raportti, Helsinki, Stakes, 2006.
- Hawes, C. - Morris, J. N. - Phillips, C. D. - Mor, V. - Fries, B. E. - Nonemaker, S. 1995: Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). The Gerontologist 35, 172-178.
- Heikkilä, Rauha - Mäkelä, Matti 2015: Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Raportti, 2015_009. Helsinki, THL.

- Hirdes, J. P. - Poss, J. W. - Curtin-Telegdi, N. 2008: The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC medicine* 6, 9.
- Hirdes, John P. - Ljunggren, Gunnar - Morris, John N. - Frijters, Dinnus H. M. - Finne Soveri, Harriet - Gray, Len - Björkgren, Magnus - Gilgen, Reudi 2008: Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research* 8, 277.
- Husa, Jaakko - Pohjolainen, Teuvo 2014: Julkisen vallan oikeudelliset perusteet: johdatus julkisoikeuteen. 4. uud. p. painos. Helsinki, Talentum.
- Jämsen, Esa - Kerminen, Hanna - Strandberg, Timo - Valvanne, Jaakko 2015: Kun tauti paranee, mutta potilas ei - Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Suomen Lääkärilehti* 70, 977-983.
- Kehusmaa, Sari - Erhola, Kaaren - Luoma, Minna-Liisa 2017: Kotihoidon käyntien lukumäärä ei aina perustu arvioituun hoivan tarpeeseen. Tutkimuksesta tiiviisti, 2017_017. Helsinki, THL.
- Landi, F. - Tua, E. - Onder, G. - Carrara, B. - Sgadari, A. - Rinaldi, C. - Gambassi, G. - Lattanzio, F. - Bernabei, R. - SILVERNET-HC Study Group of Bergamo 2000: Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical care* 38, 1184-1190.
- Leskelä, Riikka-Leena - Komssi, Vesa - Sandström, Saana - Pikkujämsä, Sirkku - Haverinen, Anna - Olli, Sirkka-Liisa - Ylitalo-Katajisto, Kirsti 2013: Paljon sosiaali- ja terveystalvveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 68, 3163-3169.
- Mylläri, Elina - Kirsi, Tapio - Valvanne, Jaakko 2014: Miksi iäkäs ihminen lähtee päiväystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päiväystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisuja, 2. Helsinki, Suomen Kuntaliitto.
- Noro, Anja - Jeffrey, W. P. - John, P. H. - Harriet Finne-Soveri - Ljunggren, Gunnar - Jan Björnsson - Schroll, Marianne - Palmi, V. J. 2011: Method for Assigning Priority Levels in Acute Care (MAPLe-AC) predicts outcomes of acute hospital care of older persons - a cross-national validation. 11.
- Noro, Anja - Finne-Soveri, Harriet - Björkgren, Magnus - Vähäkangas, Pia (toim.) 2005: Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki, Stakes.
- Philp, Ian - Mills, Karen - Long, Judith - Thanvi, Bhomraj - Ghosh, Kris 2013: Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature. *International Journal of Integrated Care* 13, .
- Pynnönen, Katja 2017: Social engagement, mood, and mortality in old age. *Studies in sport, physical education*

and health, 259. Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto.

Sgadari, A. - Morris, J. N. - Fries, B. E. - Ljunggren, G. - Jonsson, P. V. - DuPaquier, J. N. - Schroll, M. 1997: Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing* 26 Suppl 2, 27-30.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2017:6. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016: Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten

omaishoitoa 2016-2018. Raportteja ja muistioita, 2016:32. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen itsenäisyyden juhluvuoden rahasto 2016: Sote-tiedosta tekoihin. Palvelupaketit raportoinnin työkaluna – ja mitä niillä voidaan seuraavaksi tehdä. Sitran selvityksiä, 113. Helsinki, Sitra.

Vähäkangas, Pia - Niemelä, Katriina - Noro, Anja 2012: Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen - Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti, 2012_048. Helsinki, THL.

Liite 1. Kotihoidon RAI-HC ja Oulu Screener arviointivälineiden sisällöt.

Kotihoidon RAI arviointi (kysymysten lkm)	Oulu Screener arviointi (kysymysten lkm)
Arviointityyppi	Arviointityyppi
Henkilötiedot, taustatiedot Sisäänkirjausta koskevat tiedot Arviointitiedot (7) Kognitiivinen kyky (3 + alakysymykset) Kommunikaatio/kuulo (4) Näkö (3) Mieliala ja käyttäytyminen (4) Sosiaalinen toiminta (3) Omaisten ja läheisten muodostama tukijärjestelmä (3) Arkisuoriutuminen (ADL+IADL) (7) Pidetäskyky viimeisen 7 vrk aikana (3) Diagnoosit (2) Terveystila ja ehkäisevä terveydenhoito (9), alkoholin käyttö puuttuu Ravitsemus ja nesteytyksen tila (3) Suun terveys/hampaisto (1) Ihon kunto (5) Ympäristön ja olosuhteiden arviointi (2) Palvelujen käyttö (7) Lääkitys (5, sisältää lääkelistan kokonaisuudessaan) Tietoja arvioinnista (2) Jatkotoimenpiteet (0)	Henkilötiedot, taustatiedot Sisäänkirjausta koskevat tiedot Arviointitiedot (2) Kognitio (3) Kommunikaatio (3, sisältää näkökyvyn) Näkö (0) Mieliala ja käyttäytyminen (2) Sosiaalinen toiminta (2) Omaisten ja läheisten muodostama tukijärjestelmä (4, osittain lyhennetyt kysymykset) Arkisuoriutuminen (ADL, IADL) (6) Pidetäskyky viimeisen 7 vrk aikana (1, ulosteen pidätäskyky puuttuu) Diagnoosit (3) Terveystila (7, ehkäisevä terveydenhoito puuttuu), alkoholin käyttö sisältyy Ravitsemus ja nesteytyksen tila (3) Suun terveys/hampaisto (0) Ihon kunto (1) Toimintaympäristön arviointi (2) Palvelujen käyttö (4) (erilainen sisältö) Lääkitys (3) (erilainen sisältö, ei sisällä lääkelistaa kokonaisuudessaan) Tietoja arvioinnista (1) Jatkotoimenpiteet (1)