

Kotiuttamisen toimintamalli

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Keusote
Projektipäällikkö Mervi Vornanen 3.10.2025

Kotiuttamisen toimintamallia edisti projektipäällikkö Stina Kettunen yhdessä palvelualueiden kanssa



Euroopan unionin
rahoittama
NextGenerationEU

KEUSOTE.FI

Esityksen sisältö

- Tausta ja tarve
- Toimintamallin kehittämisen aikataulu
- Toimintamallin kuvaus
- Pilotti ja sen tulokset
- Missä onnistuttiin, mitkä haastoivat
- Tilanne tänään



Tausta: Kestävä kasvu –hankkeen perustiedot ja tavoiteasetanta



Aikataulu

09/ 2023– 06/2025



Kohderyhmä

Keusoten alueen väestö sekä palveluiden henkilöstö, sote-palveluiden asiakkaiden lähiomaiset, järjestöt, palveluntuottajat ja kunnat



Rahoitus

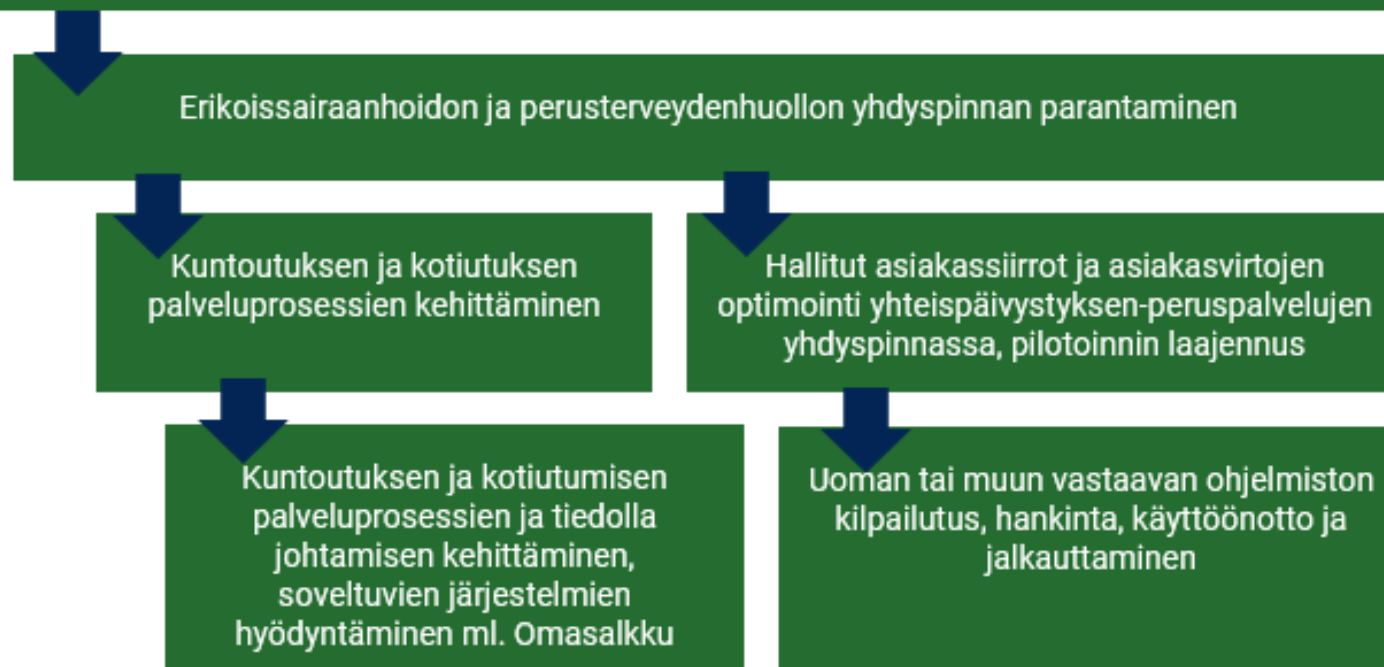
STM:n hallinnoima Kestävän kasvun ohjelma, jonka rahoittaa EU:n kertaluonteinen elpymisväline (NextGenEU)



Hankkeen strategiset tavoitteet

Edistetään hoitotakuun toteutumista sekä puretaan koronavirustilanteen aiheuttamaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa

Vaikuttavuusperusteinen järjestäminen ja palvelutuotannon ohjaus



KEUSOTE
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue



**Euroopan unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

Kotiuttamisen kokonaisuuden tavoite ja tuotos

Tausta ja tavoite

- Ikääntyneiden kotiutumisen kokonaisuudesta kehitetään asiakaslähtöinen, yhteinen jatkumo, nykyisten eri suunnista johdettujen toimintamallien sijaan.
- Muutoksella haetaan sujuvan kotiuttamisen lisäksi taloudellisia säästöjä (vaatii mm. eri vastuiden ja tehtäväkuvien uudelleenorganisointia)

Tuotos

- Toimintamalli, joka vastaa nykyisiä muutostarpeita sekä resurssi, prosessivastuullisten että hoitokoordinaattoreiden organisoitumisen ja tehtäväkuvien osalta
- Uoman käytön laajentaminen Keusoten sisällä v. 2024-2025 aikana.

Kehittämässä

- Kehittämiseen osallistuvat Keusoten sairaalapalvelut, kuntoutuspalvelut, ikääntyneiden palvelut ja asiakasohjaus. Kehittämiseen nivotaan yhdyspinnalla HUS-kotiutuskoordinaattorit.
- Asiakkaiden ja omaisten näkemystä toimintamallin kehittämiseen saatiin asiakasohjaajien avulla, kun tapasivat heitä

Kotiutumisen toimintamallin kehittäminen

HUOM. Kotiutumisella viitataan jatkohoitoon tai -palvelun siirtymiseen tai kotiutumiseen kotiin tai kodin kaltaiseen ympäristöön

Vertaiskehittäminen:

Muilla valituilla HVAilla käytössä olevien mallien kartoittaminen

Taustoitus:

Kotiutumisen keskeisten käsitteiden ja taustoittavan lainsäädännön määrittely

Asiakasvirrat:

Kotiutumisen asiakasvirtojen tunnistaminen ja visuaalinen kuvaus

Tavoitteiden konkretisointi:

Käytännön toimenpiteiden määrittely tavoitteisiin vastaamiseksi; toimintamallin ohjaavien ajatusten sekä hyötyjen määrittely asiakkaan ja ammattilaisen näkökulmasta

Asiakasryhmien määrittely:

Kotiutuvien asiakkaiden segmentointi niin HUSista jatkohoitoon siirtyvien kuin Keusotesta kotiutuvien osalta

Toimintamallin luonnostelu:

Kotiutumisen prosessin hahmottelu kullekin HUSin ja Keusoten asiakasryhmälle moniammatillisuus huomioiden

Pilotin suunnittelu ja pilotointi:

Kotiutumisen toimintamallin mukaisen moniammatillisen kotiutumisen kokeilun suunnittelu Keusoten akuuttiosastolle (prosessi, eri työntekijöiden tehtävät, mittarointi, seuranta jne.)

Moniammatillisuudella viitataan asiakasohjaajan ja hoitokoordinaattorin (tai muun hoitohenkilökunnan) kotiutumisprosessissa tekemään yhteistyöhön



KEUSOTE
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue



**Euroopan unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

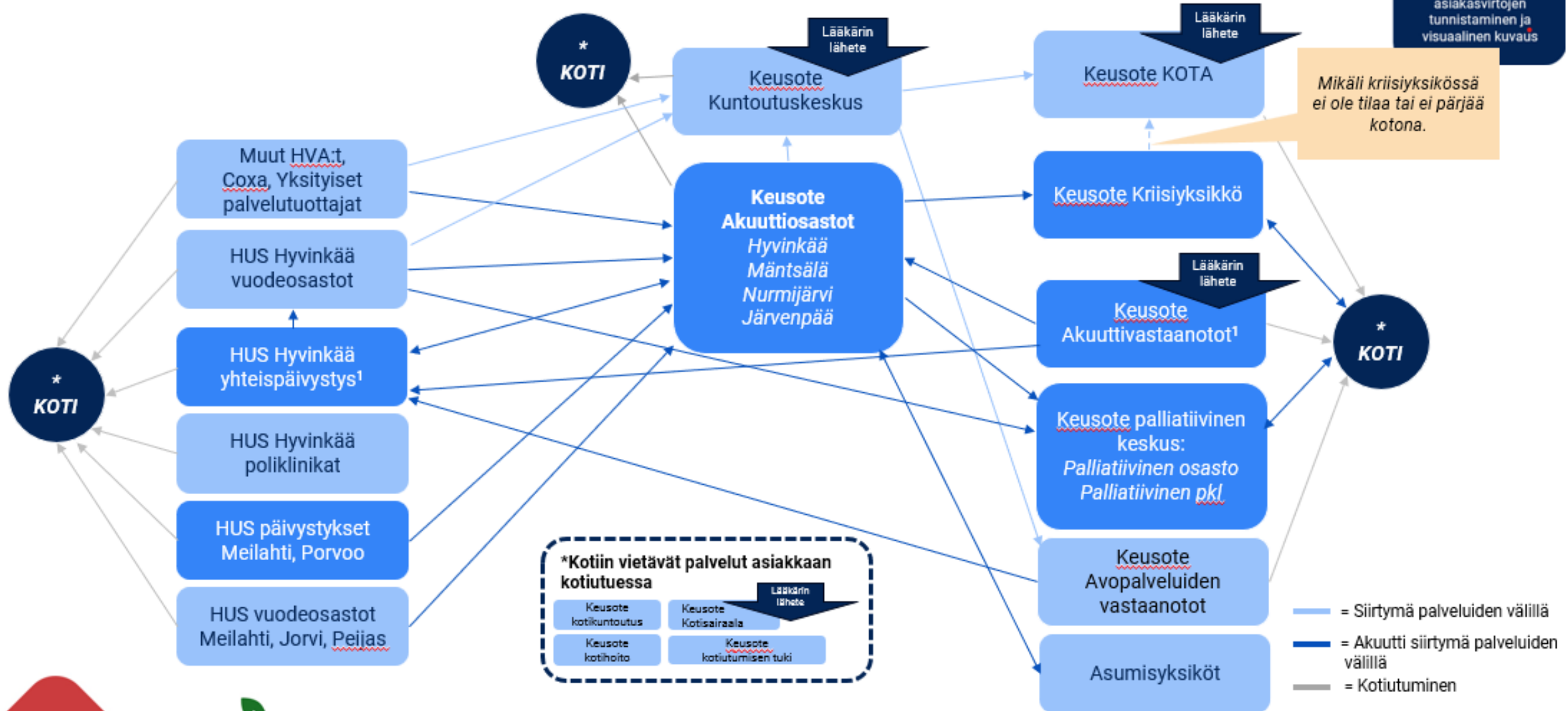
Kotiutusprosessin keskeiset käsitteet

Taustoitus:

Kotiutumisen keskeisten käsitteiden ja taustoittavan lainsäädännön määrittely

- 1 Kotiuttaminen**
Kotiuttamisella viitataan laaja-alaisesti sote-toimijoiden toteuttamaan kotiuttamiseen ja käsittää asiakkaan koko polun erikoissairaanhoidosta kotiin asti. Tähän sisältyvät mm. siirtyminen HUSista Keusoteen jatkohoitoon, siirrot palvelusta toiseen Keusoten eri yksiköiden välillä, ja kotiutuminen kotiin tai asumispalveluihin.
- 2 Kotiutuminen**
Asiakas siirtyy HUSista, Keusoten osastolta tai vastaavasta yksiköstä omaan kotiin/omaan asumisyksikköön joko ilman kotiin tuotavia palveluita tai palveluiden turvin.
- 3 Siirtyminen/siirrot**
Siirrot HUSin ja Keusoten osastojen välillä, siirrot Keusotessa esim. osastolta Kuntoutuskeskukseen. Ts. kaikki siirtymät, joissa ei kotiuduta asiakkaan omaan kotiin/omaan asumisyksikköön.
- 4 Jatkohoito**
Potilaiden jatkohoito on osa palveluketjua. Ensisijaisesti potilas pyritään kotiuttamaan suoraan erikoissairaanhoidon hoitojaksoilta. Mikäli tarvitaan sairaalahoidon, tulisi ensisijaisesti pohtia kotisairaalahoitoa mahdollisuutta. Jos potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon jälkeen vielä hoitoa tai kuntoutusta perusterveydenhuollon osastolla, tulee sairaalahoidon tarve perustella jatkohoitolähetteeseen.
- 5 Yhdyspinta**
Yhdyspinnalla tarkoitetaan lähtökohtaisesti HUSin ja Keusoten yhdyspintaa, kuten yhteistyötä yksikkösiirroissa esim. HUS päivystyksestä osastolle tai HUS-Keusote osastojen välillä. Yhdyspinnalla saatetaan viitata myös Keusoten sisäisiin yhdyspintoihin esim. siirroissa Keusoten eri yksiköiden välillä. Tämän vuoksi yhdyspinta-käsitettä käyttäessä on tarpeen tarkentaa, mitä yhdyspintaa tarkoitetaan.
- 6 Yhteensovittava johtaminen**
Yhteensovittava johtaminen on keinoja ja välineitä, joilla halutaan vahvistaa, muuttaa tai kehittää useiden, toisiinsa liittyvien, itsenäisten toimijoiden muodostamaa kokonaisuutta, jossa päätösvalta on jakautunut usealle eri toimijalle. Yhteensovittavalla johtamisella johdetaan palvelujen sisäisiä valta- ja vastuusuhteita, palvelujen välistä yhteistoimintaa ja näiden yhdessä muodostamaa vertikaalista ja horisontaalista kokonaisuutta.
- 7 Ikääntynyt**
Lähtökohtaisesti ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiaasta henkilöä.
- 8 Asiakas**
Tässä yhteydessä asiakkaalla tarkoitetaan kotiutuvaa asiakasta, jotka jaotellaan uusiin ja vanhoihin asiakkaisiin. Asiakkuutta tarkastellaan vain kotiutumisen kannalta tarkoituksenmukaisten palveluiden ja asiakassegmenttien näkökulmasta.
- 9 Uusi asiakas**
Asiakas saattaa olla Keusoten palveluiden piirissä (esim. omaishoito tai edunvalvonta), mutta asiakkaalla ei ole aiempia Keusoten kotiin vietäviä palveluja.
- 10 Aiempi ns. vanha asiakas**
Asiakkaalla on ollut aiemmin tilapäistä tai pysyvää tuen tarvetta ja hänellä on tarpeen mukaista kotiin vietävää palvelua/palveluja. Tuen tarve voi kuitenkin muuttua/lisääntyä.

Kotiutumisen asiakasvirrat



Toimintamallilla tavoiteltavat hyödyt

Tavoitteiden konkretisointi:

Käytännön toimenpiteiden määrittely
tavoitteisiin vastaamiseksi;
toimintamallin ohjaavien ajatusten
sekä hyötyjen määrittely asiakkaan ja
ammattilaisen näkökulmasta

- 1 Asiakaslähtöinen ja sujuva kotiutuminen läpi prosessin
- 2 Kotiutumisen toiminnallisen koordinaation vahvistuminen (pilotointi vaiheessa tätä tavoitetta ei edistetty)
- 3 Päällekkäisten työtehtävien väheneminen ja oikea-aikainen toteuttaminen
- 4 Kotiutumista tukevien toimintojen tehostuminen mm. Uoma-potilassiirtojärjestelmän avulla

Kotiutumisen asiakasryhmät

Asiakasryhmien määrittely:

Kotiutuvien asiakkaiden segmentointi niin HUS:sta jatkohoitoon siirtyvien kuin Keusotesta kotiutuvien osalta



HUS:sta jatkohoitoon siirtyvät asiakkaat

Vuodeosastolta siirtyvät:

- 1 Asiakas HUS vuodeosastolla, voi kotiutua ilman kotiin vietäviä palveluja
- 2 Asiakas HUS vuodeosastolla, voi kotiutua kotiin vietävien palveluiden kera
- 3 Asiakas vuodeosastolla, ei voi kotiutua

Päivystyksestä siirtyvät:

- 4 Asiakas päivystyksessä, voi kotiutua ilman kotiin vietäviä palveluja
- 5 Asiakas päivystyksessä, voi kotiutua kotiin vietävien palveluiden kera
- 6 Asiakas päivystyksessä, ei voi kotiutua

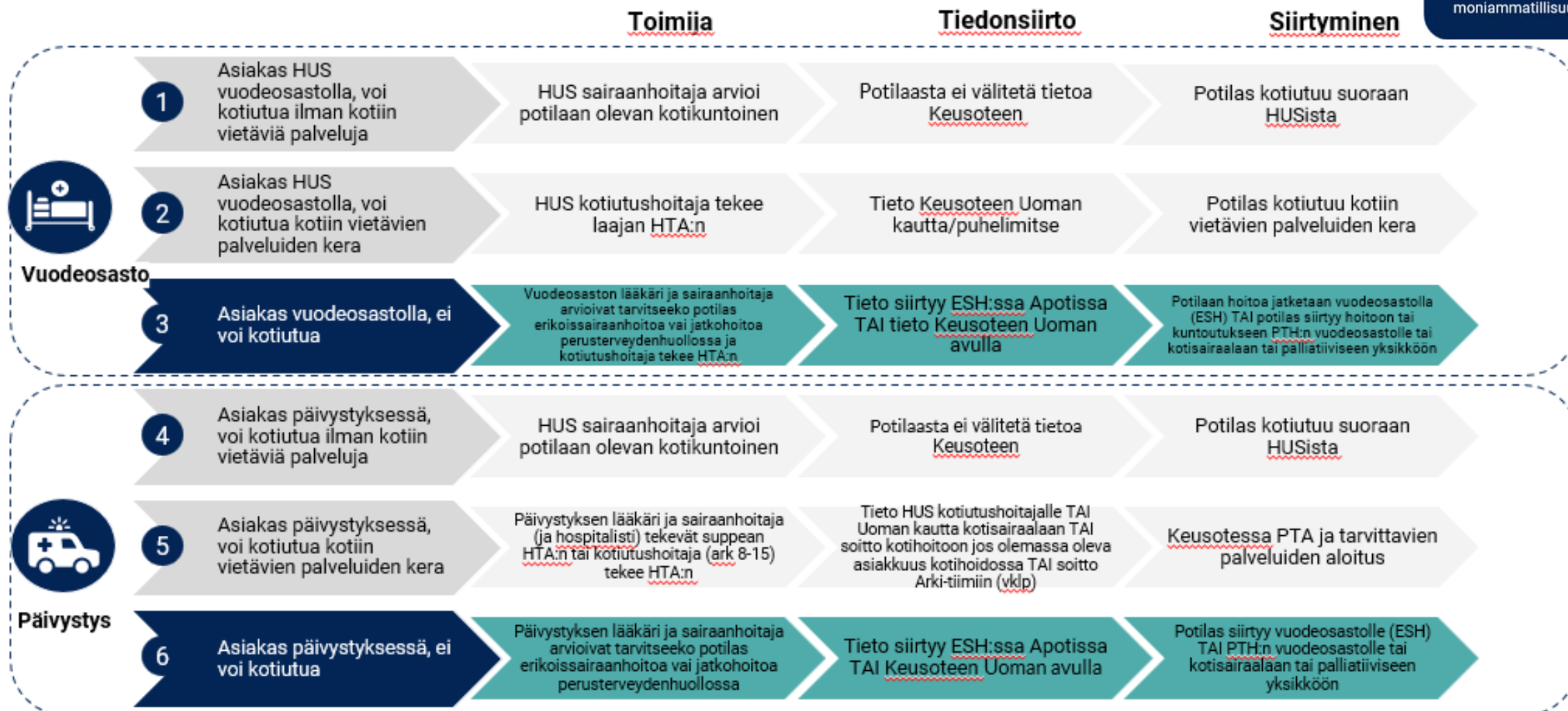
Keusotesta kotiutuvat asiakkaat

- 1 Asiakas voi kotiutua ilman kotiin vietäviä palveluja
- 2 Uusi asiakas; tarvitsee pitkäaikaisia tai lyhytaikaisia kotiin vietäviä palveluja
- 3 Asiakkaalla on jo kotihoidon asiakkuus
- 4 Asiakkaalla on tarve kotisairaalahoidolle tai palliatiiviselle erityishoidolle (B-taso)
- 5 Asiakas on jo asumispalveluiden piirissä
- 6 Asiakas ei voi kotiutua; täyttää asumispalvelun kriteerit
- 7 Asiakas ei voi kotiutua; tarvitsee kuntoutumista tukevia palveluita, ei täytä asumispalvelun kriteereitä

HUSista jatkohoitoon siirtymisen toimintamalli

Toimintamallin luonnostelu:

Kotiutumisen prosessin hahmottelu kullekin HUSin ja Keusoten asiakasryhmälle moniammatillisuus huomioiden



KEUSOTE
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

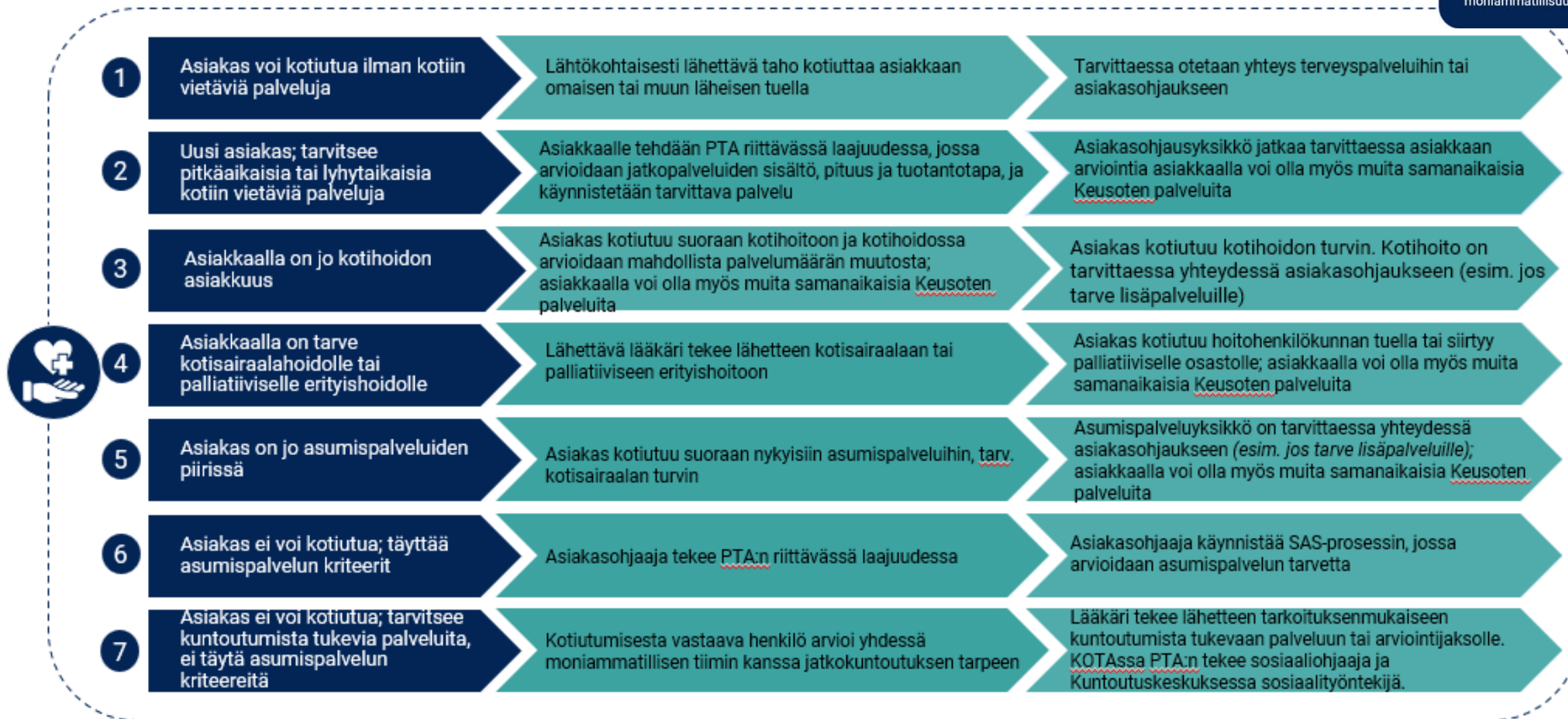


**Euroopan unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

Keusoten kotiutumisen toimintamalli

Toimintamallin luonnostelu:

Kotiutumisen prosessin hahmottelu
kullekin HUSin ja Keusoten
asiakasryhmälle
moniammatillisuus huomioiden



KEUSOTE
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue



**Euroopan unionin
rahoittama**
NextGenerationEU

Muutos entiseen

- Muutoksella kohdennettiin asiakasohjaajan työtä asiakkaanpolulla varhaisempaan vaiheeseen
 - Asiakasohjaaja työskenteli fyysisesti Keusoten sairaalapalveluiden tiloissa
 - Asiakasohjaa ohjasi ja neuvoi asiakkaita sekä käsitteli osastolla olevien asiakkaiden huoli-ilmoitukset
- Vahvistettiin moniammatillista yhteistyötä ja selkeytettiin rooleja
 - Asiakasohjaaja ja hoitokoordinaattori toimivat työparina osastolla
 - Lisättiin eri ammattilaisten välillä tiedon vaihtoa asiakkaan tilanteesta (mm. osaston pystypalaverit) sekä lisättiin ammattilaisten tietoutta tarjolla olevista / vaihtoehtoisista palveluista
 - Vähennettiin eri ammattilaisten tekemiä päällekkäisiä, rinnakkaisia tai peräkkäisiä samoja työtehtäviä
 - Asiakas- ja potilastietojärjestelmien laajemmat luku- ja/tai käyttöoikeudet
- Sujuvoitettiin ja tasalaatuistettiin asiakkaiden kotiuttamista
 - Kotiuttamisen suunnittelun aloittaminen sovitusti seuraavana arkipäivänä asiakkaan saavuttua osastolle
 - Asiakkaan palvelutarpeen arviointi osastolla (sis. RAI), asiakkaan tarvitsemat palvelut käynnistyvät asiakkaan kotiutuessa
 - Mikäli osastojakson aikana ei ole tarkoituksen mukaista tehdä palvelutarpeen arviointi, toteutetaan se asiakkaan kotiuduttua
 - Palveluntarpeen arviointia jatketaan asiakkaan kotona tarvittaessa hänen kotiuduttua
- Selkeyttämällä ja toteuttamalla asiakkaiden SAS-prosessia asiakkaan ollessa osastojaksolla
 - Asiakas siirtyy kotiin odottamaan asumispalvelupäätöstä, jos mahdollista. Mikäli kotona ei voi odottaa päätöstä, asiakas siirtyy sovittuihin palveluihin, jossa SAS-prosessia jatketaan.
- Kotiuttamisessa asiakastiedon välittämisessä käytetään UOMA järjestelmää ja tarkistuslistausta (HUS – Keusote + Keusoten sisäiset kotiuttamiset).

Tarkistuslista kotiuttamisessa

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

LOMAKKEEN TÄYTTÄMISPVM _____



Asiakkaan suunniteltu siirtyminen

Asiakkaan nimi: _____
Lähetävä yksikkö _____ Nimi _____ puh: _____
Vastaanottava yksikkö _____ Nimi _____ puh: _____

TULOVAIHE	LÄHTÖVAIHE Arvioitu siirtymispvm _____
☐ Siirtoilmoitus vastaanotettu ISBARIN mukaisesti puh: _____ ☐ Ilmoitus muutoksesta/peruuntumisesta vastaanotettu	☐ Asiakasta suullisesti informoitu siirtymisestä
☐ Asiakasta suullisesti informoitu siirtymisestä	☐ Omaiselle ilmoitettu siirtymisestä
☐ Omaiselle ilmoitettu siirtymisestä	☐ Siirtoilmoitus tehty ISBARIN mukaisesti puh: _____ ☐ Ilmoitus muutoksesta/peruuntumisesta vastaanotettu
☐ Kyyti: oma/taksi <u>pvm/klo</u> _____	☐ Kyyti: oma/taksi <u>pvm/klo</u> _____ ☐ Taksiraha (omavastuuosuus 25e)
☐ Lääkelista tarkistettu ja tulostettu	☐ Omaiset vastaanottamassa
☐ Hoidon tarve ja tavoite kirjattu	☐ Lääkelista tarkistettu ja tulostettu ☐ 5 vrkn lääkkeitä mukana ☐ Ei tarvetta
☐ Hoito-ohjeet mukana	☐ Hoitotyön yhteenveto
☐ Asiakkaan kansio mukana	☐ Lähetteet ja ajanvaraukset jatkohoitoon tehty
☐ Allergiat tarkistettu	☐ Hoito-ohjeet mukana
☐ Eristystarve tarkistettu ☐ Ei tarvetta	☐ Asiakkaan kansio mukana
☐ Painehaavariski arvioitu	☐ Hoitotarvikkeet mukana (<u>väh.</u> 3 hoitokerran tuotteet) ☐ hoitotarvikelähete tehty
☐ Hoitotarvikkeet mukana (<u>väh.</u> 3 hoitokerran tuotteet)	☐ Suostumukset ja luvat (esim. puolesta asiointilupa, luovutus sopimus, reseptikeskus)
☐ Haavahoitokonsultaatio tehty ☐ 3 haavanhoitokerran tuotteet mukana	☐ Tukipalvelut järjestetty, mitä? _____ ☐ Ei tarvetta
☐ Ei tarvetta	☐ Kotiutuu ilman palveluita
	☐ Asiakaspalaute saatu
	☐ Varmistettu ruoan riittävyys kotona

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

LOMAKKEEN TÄYTTÄMISPVM _____



☐ Omaiset hoitavat

LÄÄKÄRI

- ☐ Uusien reseptien voimassaolo tarkistettu
- ☐ Epikriisi
- ☐ Riskitiedot tarkistettu
- ☐ Mahdolliset tehdyt hoidonrajaukset tarkistettu ja kirjattu riskitietoihin

MUUT AMMATTIRYHMÄT

- ☐ Apuvälineet ja niiden tarkoituksenmukaisuus tarkistettu
 ☐ Lähetä terapeutille
- ☐ Sos. työntekijän /ohjaajan tarve järjestetty (esim. laskut, kodin siivous, huoli-ilmoitus)
 ☐ Ei tarvetta

Palvelukohtaiset: kotiutumisen tuki

- ☐ Raj tehty / uloskirjattu
- ☐ Palveluseteliasiakkuus arvioitu ☐ Ei tarvetta
- ☐ Muistiasiakkaat: ilmoitus muistikoordinaattorille
 muistiasiakkaan siirtyessä säännölliseen kotihoitoon
- ☐ Etähoiva järjestetty ☐ Ei tarvetta
- ☐ Axitare-lääkeautomaatti järjestetty ☐ Ei tarvetta
- ☐ Ilmoitus siirtymisestä asiakasohjauksen omatyöntekijälle
- ☐ Asiakkuus siirretty kotihoitoon tiimin alle
- ☐ Yhteiskäynti kotihoitoon kanssa sovittu ☐ Ei tarvetta
- ☐ ProConsonaan kotihoitoon hakemus tehty
- ☐ Vara-avain järjestetty
- ☐ Varmistettu kotiin riittävästi ruokaa

Moniammatillisen kotiutumisen kokeilu

Pilotin suunnittelu ja pilotointi:

Kotiutumisen toimintamallin mukaisen moniammatillisen kotiutumisen kokeilun suunnittelu Keusote akuuttiosastolle (prosessi, eri työntekijöiden tehtävät, mittarointi, seuranta jne.)

Kotiutumisen toimintamallin ohjaava ajatus

- Kotiutumisen suunnittelu ja järjestely aloitetaan mahdollisimman varhain, tarvittaessa moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen
- Tarkoituksena on, että vain jatkohoidon ja –palvelun sekä turvallisen kotiutumisen kannalta välttämättömät asiat järjestetään, ja potilaat/asiakkaat saadaan kotiutettua mahdollisimman pian

Kokeilun tarkoitus

- 1) Saada tietoa siitä, **millainen toimintamalli ja moniammatillinen yhteistyö** vastaa kaikista parhaiten toimintamallin tavoitteisiin
- 2) Kokeilun pohjalta **tarkennetaan käyttöön otettavaa toimintamallia ja saadaan arvio resurssin ja toiminta-aikojen laajentamisen lopullisille tarpeille**
- 3) Testataan toimintamallin mukaista ajatusta siitä, **missä tilanteissa tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista ja miten iso hyöty moniammatillisesta yhteistyöstä** on kunkin kotiutuvan asiakasryhmän kohdalla eri kotiutumisen vaiheissa → **yhteisvastuu työnjaosta ja resurssin käytöstä**

Missä? Kesto ja ajankohta?

- **1.5 kk** kestoinen kokeilu viikoilla 14-19 Järvenpään akuuttiosastolla.
- Kokeilu koskee **kaikkia osaston potilaita**
- **Kokeilun perusteella lopullisen toimintamallin ja potilassiirtojärjestelmä Uoman mahdollinen käyttöönotto 1.9. alkaen**

Ketkä? Miten?

- **1 asiakasohjaaja** on fyysisesti osastolla arvioimassa asiakkaita yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa
- **2 hoitokoordinaattoria** toimii "työparina" asiakasohjaajalle
- **Muu vuorossa oleva hoitohenkilökunta** (lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti) osallistuu kotiutumiseen ja asiakkaan arviointiin moniammatillisissa tapaamisissa
- Kokeilua toteutetaan **jatkuvan kehittämisen periaatteella**

Millä toiminta-ajoilla?

- Kokeilu toteutetaan **nykyisten toiminta- ja työskentelyaikojen puitteissa**
 - **Asiakasohjaaja** on osastolla lähtökohtaisesti virka-aikana
 - **Hoitokoordinaattorit** ovat osastolla klo 7-21

Kehittämistyön päätulokset ja johtopäätökset – vaikutukset

Pilotin suunnittelu ja pilotointi:

Kotiutumisen toimintamallin mukaisen moniammatillisen kotiutumisen kokeilun suunnittelu Keusoten akuuttiosastolle (prosessi, eri työntekijöiden tehtävät, mittarointi, seuranta jne.)



Onnistumiset ja ilot

- Asiakkaat saivat ohjausta ja neuvoa matalalla kynnyksellä
- Tehosti ja paransi moniammatillista yhteistyötä ja tiedonkulkua toimijoiden välillä sekä konsultointi ketterämpää
- Vähensi viivettä asiakkaan kotiutumisen prosessissa
- Asiakkaan jatkopalveluiden selvittelyä sujuvoitti ja nopeutti jatkopalveluiden toteutumista
- Tehtävien ja vastuiden selkeyttäminen kotiuttamisen prosessissa vähensi päällekkäisiä tai peräkkäisiä tehtäviä / toimintoja
- Uoma työkalu otettu käyttöön potilassiirtojen järjestämiseen ja tiedonkulkuun



Haasteet ja huomiota tarvitsevat asiat

Näkyvyyden lisääntyessä yhteydenottojen määrä lisääntyy, ja asiakasohjaajan työ lisääntyi

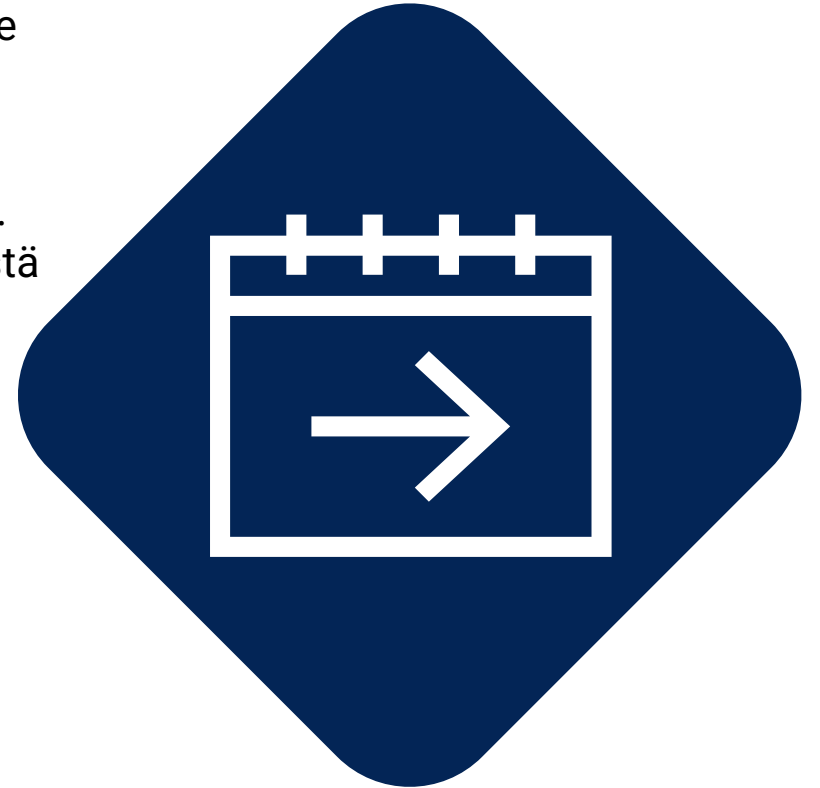
Asiakkaiden hoitolinjaukista ja hoitopäätöksistä vastaa lääkäri, muiden ammattilaisten vaikutusmahdollisuudet vähäiset

Palveluvalikoima ja palveluiden myöntämisenperusteet määrittävät asiakkaille tarjottavia palveluita

Asiakkaan asumisen arviointiprosessin sujuvoittaminen ei jouduta varsinaisen palvelun saamista (jonotilanne, paikkamäärä)

Tulevaisuudessa

- Toimintamallin laajentumista ja käyttöönottamista suunniteltu koko alueelle syksylle 2025, mutta tämä ei tule toteutumaan pilotoidulla toimintamallilla
- Toimintamallia jatkokehitetään muuttuneiden tilanteiden johdosta
 - Taustalla toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia, jotka johtuvat mm. alueella olleista muutosneuvotteluista, osastojen muuttumisesta entistä akuuttipainotteisemmiksi (vaikuttaa asiakasprofiiliin), SAS-prosessin käynnistäminen siirtyy osastoilta pois
- Mitä on jo tehty ja tehdään
 - Toimijoiden välistä yhteistyötä lisätty
 - Kotiuttamiseen liittyviä ohjeita ja toimintatapoja tarkastellaan ja päivitetään
 - Toimintamallin luominen kiireellisiin asiakastilanteisiin vastaamiseksi (sos.päivystyksen ja suunnitelmallisen työn väliin asettuva työ)



Kiitos kaikille!



Euroopan unionin
rahoittama
NextGenerationEU

KEUSOTE.FI