

SPS Painopiste: tuetaan ikäihmisten toimintakykyä ja kehitetään hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi

PALVELURAKENTEEN KEHITTÄMINEN

Lisätään omaishoidon tukea	Lisätään ja kehitetään palveluohjausta	Kohdennetaan ja kehitetään kotihoitoa	Vähennetään ja kehitetään ympärivuorokautista hoitoa	Kustannuskehityksen hillitseminen vammaispalveluissa
----------------------------	--	---------------------------------------	--	--

Omaishoidontuen sisällöllinen kehittäminen

1. a) Omaishoitajien jaksamisen tukeminen ja b) vapaapäivä järjestelmän kehittäminen. (T. Turja)
2. Tilapäishoidon toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto (ROCE) (J. Ritvanen ja A. Kainulainen)
3. Tilapäishoidon paikkojen lisääminen sekä tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantaminen xxxxxx

Vaikuttavien ja kustannustehokkaiden ennaltaehkäisevien palvelujen järjestäminen ja tehostaminen

1. Asiakas- ja ratkaisukeskeisen palveluohjaustyömallin kehittäminen ja käyttöönotto (P. Penkkala ja A. Lehtonen)
2. Uuden palveluverkon luominen (P. Penkkala ja A. Lehtonen)

Kotihoidon tehostaminen ja järjestämistapojen arviointi

1. RAI-järjestelmän käyttöönotto (L. Rinne ja A. Kainulainen)
2. Toiminnanohjausjärjestelmän kehittäminen ja optimointi (A. Nieminen)
3. Kotihoidon työvälineiden kehittäminen: kannettavat, a) mobiilitabletit, b) logistiikan kehittäminen (satelliittiauto) (A. Kainulainen)
4. Oman kotihoidon tuotantoprosessin tehostaminen: a) ruuhkahuippujen purut, b) resurssipooli, c) henkilöstön työhyvinvointi, d) sairaanhoitajien tehtävien kehittäminen (A. Vuorinen, L. Rinne ja M. Kuusela)
5. Kotihoidon järjestämistapojen arviointi 02/15 Sosterla

Uuden strategiakauden valmistelu (S. Ahonen)

SAS-prosessin kehittäminen

1. SAS järjestelmä hankinta (ROCE) (J. Ritvanen ja A. Kainulainen)

Lääkkeiden koneellinen annosjakelu (J. Ritvanen)

Palvelusetelin käytön laajentaminen avopalveluissa, kotihoidossa, siivouspalveluissa, omaishoidossa ja asumispalveluissa (xxxx)

Sähköinen palveluseteli järjestelmä (PSOP) (T. Kaila)

Hoidon laadun kehittäminen ja rakennemuutos asumispalveluissa

1. Tuotantosuunnitelma/ rakennemuutoksen toteuttaminen ja palveluverkko (K. Kiviniemi)
2. RAI-järjestelmän vakiinnuttaminen ja hyödyntäminen ja rakenteellisen kirjaamisen kehittäminen (S. Pirttialo)
3. Varahenkilötoiminnan laajentaminen ja sijaiskäyttötoimintamallin uudistaminen (E. Grünberg-Liuska)
4. Pitkäaikaishoidon laadun kehittäminen : a) kaatumisen ehkäisy – malli, b) ergonomia osaaminen, c) omavalvontasuunnitelma (b: A. Pura, S. Laiho, J. Tutti, K. Kiviniemi, c: T. Perko)

Talousjärjestelmän optimointi

Vammaispalvelujen ostopalvelujen kokonaistarkastelu

1. Laitosomistuksen purkaminen (Valtioneuvoston periaatepäätös)
2. Oman tuotannon kehittäminen/lisääminen
3. Asumispalveluiden järjestämistapojen arviointi
4. Painopisteen siirtäminen kevyempiin asumispalveluihin (K. Kiiski)

TAVOITE

KEINOT

Toimenpiteet/
Hankkeet

Projektit ja osaprojektit

Turku Uudistamisohjelman U2 –hanke tai projekti (kv 25.8.2014 § 123)

Hyönte organisaation uudistamis-muutosprojektien tulos (R.Liuksa pptk:t 2.7., 7.8 ja 21.8.2014)

Muu tarve kehittämiseen (esim. SPS/OPS sopimustavoite)

Poikkihallinnollinen projekti

Vanhus- ja vammaispalveluiden kehittämissalkku

SPS Painopiste: tuetaan ikäihmisten toimintakykyä ja kehitetään hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi

TAVOITE

SPS
MITTARI
T

Omaishoidontukea saavien +75-v osuus kasvaa: 3,2%

+75v säännöllisen kotihoidon piirissä olevien määrä laskee: 13,2%

Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtyvien keski-ikä myöhentyy: 84v 11kk

Kotona asuvien +75-vuotiaiden määrä kasvaa: 90,1%

KEINOT

Lisätään omaishoidon tukea

Lisätään ja kehitetään palveluohjausta

Kohdennetaan ja kehitetään kotihoitoa

Vähennetään ja kehitetään ympärivuorokautista hoitoa

Kustannuskehityksen hillitseminen vammaispalveluissa

OPS
MITTARI
T

Omaishoidontuen sisällöllinen kehittäminen

Ympäri vuorokautisen lyhytaikaishoidon paikkamäärän lisääminen 75->90

Poimintoja mittareista: Omaishoitajien terveystarkastusten määrä

Sijaishoitajamallin käyttöönotto

Tilapäishoidon paikkojen käytön tehokkuus/käyttöaste

Vaikuttavien ja kustannustehokkaiden ennaltaehkäisevien palvelujen järjestäminen ja tehostaminen

Palveluohjauksen ohjauksen käyttö määrä 5200

Poimintoja mittareista: Oman kotihoidon 1. palveluluokkaan tulevien uusien asiakkaiden määrä

Palveluiden lkm

Palveluiden käyttö

Palvelukartta

Asiakaspalaute

Palveluntuottajien arviointi (netti)

Ohjauksen laatu, asiakaskysely

Toimintakykymittarit raskaassa (RAI, siirtymät esim. ympärivuorokautiseen asumiseen jne.)

Kotihoidon tehostaminen ja järjestämistapojen arviointi

Painottuminen keskiraskaaseen hoitoon:
1. 32,90% -> 28%
2. 20,58% -> 24%
3. 25,26% -> 26,5%
4. 16,81% -> 18%
5. 4,45% -> 3,5%

Kotihoidon välittömän työajan lisääntyminen +5%

Sairaalasta kotihoitoon siirtyvien kotiutusten määrä 2100 -> 2200
Ilman ilmoitusta siirtyvien määrän 97-> 0

Kotihoidon vaikuttavuuden parantuminen: ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon jono 70 -> <90
Pitkäaikaishoitoon siirtyvien keski-ikä 84v 4kk -> 84v 11kk

Poimintoja mittareista: RAI arviointien eteneminen %/kk
Aamun alkamisen aikaistuminen 20min ->12/15
Resurssipooli käytössä 07/15
Alueelliset erot tuntihinnassa selvitetty 10/15

SAS-proessin kehittäminen

Järjestelmä käytössä 03/15

Lääkkeiden koneellinen annosjakelu

Sairaanhoidtajien työajan vapautuminen

Palvelusetelin käytön laajentaminen avopalveluissa, asumispalveluissa ja vammaispalveluissa

- Kotihoidon palveluseteli 122 -> 150
- Tehostetun palveluasumisen palveluseteli 13 -> 25

Hoidon laadun kehittäminen ja rakennemuutos asumispalveluissa

Asiakkaat pitkäaikaishoidossa 1871-> 1840, joista laitoshoidossa 54,9%-> 50%

Tehostetun palveluasumisen osuus 4,5%-> 5%
Hoivahoidon osuus 5,6% -> 4,9%

RAI laatuindikaattorit: Vuoteeseen hoidettavat asukkaat :
Tehostettu palveluasuminen 0%-> 0%
Vanhankotihoito 13% -> 12%
Pitkäaikaissairaanhoito 49% -> 45%

Asukkaat, joilla ei aktiiviteetteja 67% -> 55%
Asukkaat, joilla säännöllinen unilääkitys 22% -> 20%

Poimintoja mittareista: HaiPro ilmoitusten määrä
6 koulutettua RAI vastaavaa Yksiköissä
ergonomiavastaavat 80% lääkehoitolupa oikeutetuista suorittanut lääkeluvan

Vammaispalvelujen ostopalvelujen kokonaistarkastelu

Asiakkaat kehitysvammaisten laitosten ja asumispalveluissa 444 -> 434

- Omat 69 -> 73
- Ostetut 278 -> 276
- Laitospalvelut 97 -> 85

Laitishoidon ja asumispalveluiden eurot 24,87M€ -> 23,7M€

Vaikeavammaisten palveluasuminen :
Asiakkaat 104 -> 104
Eurot 5,2M€ -> 4,12M€

Hankkeiden/projektien omat mittarit

Jokaisen palvelun pitäisi täyttää edellytykset A ja/tai B:

A. Input (esim. asiakasjono)

A. Tehdään oikeita asioita

- Hoidon/palvelun tarve on olemassa/todettu
- Yhdenvertaisuus toteutuu
- Asiat tehdään oikeassa paikassa oikeaan aikaan
- Resursseja käytetään oikea määrä suhteessa asiaan / palveluun

B. Prosessit (esim. palveluketjut)

B. Tehdään asioita oikein

- Työnjako on optimaalinen
- Työtä ohjaavat tarve, näyttö ja tasapuolisuus
- Työtapoihin ja prosesseihin käytetään pienin mahdollinen energia ja aika (Lean)
- Asioita osataan tehdä

Jolloin toteutuu C:

C. Output (esim.)

C. Palveluiden kustannukset ovat suhteessa saatuun hyötyyn

- Hyöty on mitattavissa

Kehittämissalkkuun voi kuulua myös projekti jossa toteutuu D:

D. Apuvälineet edellisille

Kehittämissalkku (projekti) 2015 luokiteltuna kehittämiskohteen palveluntuottamisedellytysten mukaan

Projektit joissa toteutuu A+B

- Omaishoitajien jaksamisen tukeminen, esim. vapaapäiväjärjestelmän kehittäminen
- Asiakas- ja ratkaisukeskeisen palveluohjaustyömallin kehittäminen ja käyttöönotto
- Oman kotihoidon tuotantoprosessin kehittäminen
- Uuden strategiakauden valmistelu
- Tuotantosuunnitelma/rakennemuutos toteuttaminen ja palveluverkko
- Pitkäaikaishoidon laadun kehittäminen (ikinä, ergonomia ja omavalvonta)
- Vammaispalveluiden ostopalveluiden kokonaistarkastelu

Projektit joissa toteutuu A

Projektit joissa toteutuu B Avopalvelut

- Uuden palveluverkon luominen (palveluohjaus)
- Kotihoidon järjestämistapojen arviointi
- Palvelusetelin käytön laajentaminen avopalveluissa kotihoidossa, siivouspalveluissa, omaishoidossa ja asumispalveluissa
- Varahenkilötoiminnan laajentaminen ja sijaiskäyttömallin uudistaminen

Projektit joissa toteutuu C Asumispalvelut

- RAI järjestelmän vakiinnuttaminen ja hyödyntäminen ja rakenteellisen kirjaamisen kehittäminen
- Tilapäishoidon paikkojen lisääminen sekä tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantaminen

Projektit joissa toteutuu D Avopalvelut

- SAS järjestelmähankinta ja tilapäishoidon toiminnanohjaus (ROCE)
- Toiminnanohjausjärjestelmän kehittäminen ja optimointi (HILKKA)
- Kotihoidon työvälineiden kehittäminen
- RAI järjestelmän käyttöönotto
- Talousjärjestelmän optimointi
- Lääkkeiden koneellinen annosjakelu

SELITE

Valmisteluvaihe = P0 - P2



- Määrittely, Suunnittelu
- Päätöksenteko
- Hankinnat, Sopimukset

Toteutusvaihe = P3 - P5



- Päätöksenteko
- Koulutus, perehdytys
- Pilotointi
- Käyttöönotto

Seurantavaihe = P6



- (Väli)Arviointi, hyötyjen mittaus



Raportointi- ja/tai seuranta-pvm.
Päätös, sopimus- ja/tai allekirjoitus-pvm.

Projektin nimi: Omaishoitajien jaksamisen tukeminen

Päivämäärä:	14.11.2014
Toimiala/yksikkö:	Vanhus- ja vammaispalvelut/vanhusten avohuollon palvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Tiina Turja , vastuhenkilö täytyy olla heti nimettynä, vaikka olisikin vain selvitys/valmisteluvaihe kyseessä.
Yhteyshenkilö:	Tiina Turja

1. Tausta
<p><i>i-avuste: Kuvaa tarpeen historia. Kuvaa, mitä tarpeen osalta on aiemmin tehty ja mikä tilanne on nyt.</i></p> <p>Omaishoitajille vuosittain tehtävän asiakastyytyväisyyskyselyn palautteessa vuonna 2014 omaishoitajat toivovat säännöllisiä seurantakäyntejä omaishoidon ohjaajalta sekä keskustelua ja kannustusta oman jaksamisen tukemiseksi. Yleisesti ottaen omaishoitajille järjestettäviin tapahtumiin oltiin tyytyväisiä. Ne koettiin voimaa antavina ja virkistävinä. Ehdotuksena oli erilaista toimintaa omaishoitajien fyysisen kunnon kohentamiseen sekä virkistymiseen. Toivottiin suunnattavan toimintaa eri-ikäisten omaishoitajien erilaiset tarpeet huomioiden.</p> <p>Tällä hetkellä Turun kaupungissa järjestetään Uusille omaishoitajille suunnattu tieto ja ohjaus: Ovet valmennus x 2/vuosi yhdessä Omaiset ja Läheiset ry:n kanssa. Lisäksi tarjotaan Omaishoidon ohjaajien järjestämiä Infoiltoja, vuosittainen piknikristeily uusille omaishoitajille. Omaishoitajien vertaistukiryhmiä järjestetään kuukausittain yhdessä Diakoniakeskuksen ja SPR:n sekä Folkhälsanin kanssa.</p> <p>Turun kaupungin omaishoidontuki on mukana Omaishoitajat ja läheiset -liiton ja Mielenterveysomaisten keskusliitto- FinFamin Opastava –yhteishankkeessa. Tavoitteena on luoda Turkuun omaishoitajista, sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä sekä yhdistysten ja päättävien tahojen edustajista muodostuva yhteistyöelin, omaishoidon asiakasraati, joka antaa palautetta palveluiden laadusta, tekee ehdotuksia niiden parantamiseksi sekä tuo ideoita palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen. Sosiaali- ja terveyslautakunta hyväksyi esityksen omaishoidon raadin perustamisesta ja kokoonpanosta 263/10.12.2014. Asiakasraadista useista esiin tulleista kehittämiskohteista on valittu ensimmäiselle sijalle Turussa omaishoitajien jaksamisen tukeminen. Omaishoitajien jaksamista voidaan tukea omaishoitajille suunnatuilla terveystarkastuksilla.. Usein omaishoitajana toimii pitkään samanikäinen aviopuoliso tai esimerkiksi monilapsisen perheen vanhempi. Vaativassa elämäntilanteessa oma terveydentila jää huomioimatta eikä voimavaroja omasta terveydentilasta huolehtimiseen aina riitä. Terveystarkastukseen voisi liittää</p>

asiakasneuvontaa ja ohjausta mm. vertaistukeen.

2. Asiaan liittyvät päätökset

Otsikot ja diaarinumerot

<Tuodaat tiedot Ohjaus välilehdeltä kohdasta Päätöksenteko>

3. Perustelu ja strategiakytkös

i-avuste: Kuvaa ongelma tai haaste, joka halutaan ratkaista. Miksi muutos on tärkeää? Mitä tapahtuu, jos ei tehdä mitään?

Liittymispinnat Turku strategiaan ja Hyvinvointi ja aktiivisuus ohjelmaan. Vanhuspalvelusuunnitelma.

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi sisältöalue mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamisen osalta: Ikäihmisille järjestetään tavoitteellista toimintakykyä ylläpitävää toimintaa, Terveys – ja elintapaohjaus – tuetaan terveyttä edistäviä elintapoja ja Riskiryhmien tunnistaminen, kohdenneet toimenpiteet.

Kansallisessa omaishoidon kehittämisohjelmassa, Työryhmän loppuraportti Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2, linjataan omaishoidon kehittämisen strategiset tavoitteet ja kehittämistoimenpiteet. Ohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota omaishoitajien aseman vahvistamiseen, yhdenvertaisuuteen asuinpaikasta riippumatta ja jaksamisen tukemiseen.

4. Hyödyt ja sidosryhmät

i-avuste:

Mitä, mihin muutos vaikuttaa, minkälaisia hyötyjä tavoitellaan, ovatko hyödyt mitattavissa? Kuka hyötyy muutoksesta? Kuinka merkittävästä kohderyhmästä/asiakassegmentistä on kyse?

Tähän kytkeytyminen SPS ja OPS-tuloskortin tavoitteisiin.

Turun kaupungin yli 18 vuotiaiden omaishoidontuessa oli heinäkuussa 2014 asiakkaita 968. Terveystarkastuksista hyötyisivät eniten ne ikääntyneet omaishoitajat, joilla ei ole juuri muita palvelukontakteja kuin omaishoidontuki ja joilla on nähtävissä omaan terveydentilaan liittyvä huoli, eivätkä ole muun terveydenhoidon piirissä. Lisäksi yksin ilman muita lähiomaisia ja sosiaalista verkostoa tai tukipalveluja hoitavat omaishoitajat. **Kuinka suuri määrä tuosta 986:sta omaishoitajasta kuuluu varsinaisesti kohderyhmään?**

5. Projektin tavoite

Mitä projektilla tavoitellaan ja kenelle

Terveystarkastusta yli 80-vuotiaille omaishoitajille, jotka eivät ole käyneet tarkastuksessa yli vuoteen.

1. Kutsu tarkastukseen/tarkastuksesta sopiminen. Ennakkokyselyn lähettäminen omaishoitajalle. 2. Omaishoitaja ja terveydenhoitaja/(lääkäri) tapaavat, sisältö suunnattu ennakkokartoituksen perusteella tarpeeseen vastaavaksi. Mm.

terveystottumusten läpikäynti, kokonaisvaltainen kartoitus: fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen jaksamisen, tarvittaessa myös taloudellinen, esim. aisteihin ja raajojen toimintaan liittyvät mittaukset.

3. Terveystarkastaja tekee jatkolähteet esim. lääkärille, fysioterapeutille, palveluohjaukseen ja saa palautteen.

4. SEURANNASTA SOPIMINEN

Terveystarkastaja ottaa yhteyttä omaishoitajaan ja sopii seurannasta: 2 vuoden välein kutsu terveystarkastukseen? tarvittaessa useammin? Onko resursseja tällaiseen seurantaan?

Tässä pitäisi kyetä jotenkin näyttämään myös taloudellista hyötyä, eli jos tähän kohdennetaan uutta resurssia, niin miksi se on tarkoituksenmukaista?

Resurssit kohdassa pitäisi myös kyetä esittämään tähän sitoutuva resurssi, eli kuinka paljon ja mitä resurssia toteutus vaatisi ja mikä on sillä saatu vaikuttavuus, jotta tähän kannattaa lähteä?

6. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

i-avuste: Mitä projektissa tehdään, mitä ei, mihin muuhun tekemiseen projekti liittyy. Onko tässä myös läheistä kytköstä Palvelutori -hankkeeseen? Jos terveystarkastuksessa nousee jotakin sellaista esille, johon voitaisiin Palvelutorin palveluohjauksen kautta vastata. Hoidettaisiinko terveystarkastukset Palvelutorin kautta?

7. Aikataulu ja vaiheet

i-avusta: Aikataulutetut päävaiheet, ml. koulutus, hankinta
<Syötetään tällä lomakkeella>

8. Päätuotokset

i-avuste: Projektissa syntyvät päätuotokset ja niiden laatukriteerit
<Tuodaan perustiedoista päätuotokset>

9. Tulosten juurruttaminen

i-avuste: Alustava suunnitelma siitä, miten projektin tulokset otetaan käyttöön organisaatiossa ja/tai miten ne ovat siirrettävissä muualle
<Syötetään tällä lomakkeella>

10. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektiorganisaatio

Avainhenkilöresurssit ja osaaminen

*Miten projekti vaikuttaa yksikön/organisaation muuhun henkilöstötarpeeseen ja osaamiseen? Palkataanko uusia henkilöitä projektiin tai perustoimintaan?
Miten sijaisuusjärjestelyt hoidetaan?*

<Tuodaan Ohjaus välilehdet (Projektiorganisaatio)> + <Tuodaan resurssoinnista perustiedot>

11. Projektin kustannukset ja rahoitus

Arvio projektin aikaisista kustannuksista, yhden vuoden käyttökustannuksista ja

hyödyistä, arvio ulkopuolisesta rahoituksesta

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
Kulut yhteensä (-)						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
Tulot yhteensä (+)						
Kassavirta yhteensä						

<Tuodaan salkusta>

12. Riskit

Merkittävimmät riskit (mm. liittyen projektin kompleksisuuteen, osaamiseen, avainhenkilöihin, innovatiivisuuteen, hyötyjen saavuttamiseen, toimintaympäristön muutoksiin, tulosten siirtämiseen käytäntöön) ja keinot niiden hallintaan

<Tuodaan riskit Avaintietojen Riskien syöttölomakkeelta> +

<vapaata tekstiä>

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

Projektin nimi: Omaishoitajien jaksamisen tukeminen vapaapäiväjärjestelmää kehittämällä

Päivämäärä:	14.11.2014
Toimiala/yksikkö:	Vanhus- ja vammaispalvelut/vanhusten avohuollon palvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	<perustiedoista>
Yhteyshenkilö:	<i>Tiina Turja</i>

1. Tausta

i-avuste: Kuvaa tarpeen historia. Kuvaa, mitä tarpeen osalta on aiemmin tehty ja mikä tilanne on nyt.

Turun kaupungin omaishoitajille vuosittain tehtävän asiakastyytyväisyyskyselyn palautteessa vuonna 2014 omaishoitajat toivovat vapaapäiväjärjestelyjen osalta lyhytaikaishoitajaksoille erilaisia vaihtoehtoja: muutaman tunnin vapaata välillä, yhden koko päivän vapaa, päivähoitomahdollisuuksia, sijaishoitajaa kotiin. Tällä hetkellä Turun kaupungissa lyhytaikaishoito on ainoa vaihtoehto omaishoitajan vapaan aikaisen hoidon järjestämiseen. Kaikki omaishoitajat eivät käytä lakisääteisiä vapaitaan, koska vielä ei ole ollut tarvetta tai on saanut avun lähipiiriltä, hoidettava ei halua tai sopivaa hoitopaikkaa ei ole löytynyt, omaishoitaja kokee kotona tapahtuvan hoidon parhaaksi hoidoksi, palautuminen kodin rutiineihin lyhytaikaishoitajakson jälkeen vaikeaa.

Turun kaupungin omaishoidontuki on mukana Omaishoitajat ja läheiset -liiton ja Mielenterveysomaisten keskusliiton Opastava –yhteishankkeessa. Tavoitteena on luoda Turkuun omaishoitajista, sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä sekä yhdistysten ja päättävien tahojen edustajista muodostuva yhteistyöelin, omaishoidon asiakasraati, joka antaa palautetta palveluiden laadusta, tekee ehdotuksia niiden parantamiseksi sekä tuo ideoita palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen. Sosiaali- ja terveyslautakunta hyväksyi esityksen omaishoidon raadin perustamisesta ja kokoonpanosta 263/10.12.2014. Asiakasraadin useista esiin tulleista kehittämiskohteista on valittu ensimmäiselle sijalle Turussa omaishoitajien jaksamisen tukeminen vapaapäiväjärjestelyjä kehittämällä. Omaishoitajilla on oikeus 3 vapaapäivään kuukaudessa. Osalla se toteutuu siten, että hoidettava siirtyy määräajoin intervallihoitoon hoitokotiin. Osa hoidettavista ei kuitenkaan ole halukas siirtymään hoitoon kodin ulkopuolelle eikä se heidän terveydentilansa tai perheen elämäntilanteen huomioiden ole tarkoituksenmukaista. Näiden omaishoidettavien omaisille on tarkoituksenmukaista tarjota käyttöön toimeksiantosopimusta.

Omaishoitajan vapaan tai muun poissaolon aikainen sijaishoito on voitu järjestää 1.8.2011

alkaen toimeksiantosopimuksella. Omaishoidon tuesta annettuun lakiin (937/2005) lisättiin v. 2011 § 4 a, jonka mukaan kunta voi järjestää omaishoitajan vapaan tai muun poissaolon aikaisen hoidon tekemällä tehtävään soveltuvan henkilön kanssa toimeksiantosopimuksen, jolla tämä sitoutuu huolehtimaan vakituisen omaishoitajan vapaan aikaisesta sijaishoidosta. Muutoksen (318/2011) tavoitteena on ollut tukea omaishoitajien jaksamista parantamalla heidän mahdollisuuksiaan pitää lakisääteiset vapaapäivät tai vapaapäivät muun poissaolon ajaksi.

2. Asiaan liittyvät päätökset

Otsikot ja diaarinumerot

<Tuodaat tiedot Ohjaus välilehdeltä kohdasta Päätöksenteko>

Vuoden 2015 omaishoidon tuen budjettiin on esitetty rahaa sijaishoitajan palkkaamiseksi toimeksiantosopimuksella osaksi vuotta 2015.

3. Perustelu ja strategiakytkös

i-avuste: Kuvaa ongelma tai haaste, joka halutaan ratkaista. Miksi muutos on tärkeää? Mitä tapahtuu, jos ei tehdä mitään?

Liittymispinnat Turku strategiaan ja Hyvinvointi ja aktiivisuus ohjelmaan. Vanhuspalvelusuunnitelma.

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi sisältöalue osallisuuden ja toimijuuden osalta tarkoittaa vanhus- ja vammaispalveluissa, että tuetaan ikäihmisten omaehtoista selviytymistä, Ikäihmiset ovat aktiivisia toimijoita ja läsnäolon antajia sekä läkkään mahdollisuutta vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin edistetään.

Kansallisessa omaishoidon kehittämissuunnitelmassa, Työryhmän loppuraportti Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2, linjataan omaishoidon kehittämisen strategiset tavoitteet ja kehittämistoimenpiteet. Ohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota omaishoitajien aseman vahvistamiseen, yhdenvertaisuuteen asuinpaikasta riippumatta ja jaksamisen tukemiseen.

Omaishoidon asiakasraati on tehnyt esityksen Turun kaupungin sosiaali- ja terveystalokunnalle sijaishoidon järjestämisestä toimeksiantosopimuksella käyttöönotosta. Turun kaupungin omaishoitajista vain osa käyttää lakisääteisiä vapaapäiviä tukemaan omaa jaksamistaan. Vaarana on omaishoitajan väsyminen ja hoidettavan siirtyminen laitoshoidon.

4. Hyödyt ja sidosryhmät

i-avuste:

Mitä, mihin muutos vaikuttaa, minkälaisia hyötyjä tavoitellaan, ovatko hyödyt mitattavissa? Kuka hyötyy muutoksesta? Kuinka merkittävästä kohderyhmästä/asiakassegmentistä on kyse?

Tähän kytkeytyminen SPS ja OPS-tuloskortin tavoitteisiin.

Turun kaupungin yli 18 vuotiaiden omaishoidontuessa oli heinäkuussa 2014 asiakkaita 968. Näistä 288 sai omaishoidon tuen 2. palkkioluokkaa, johon sisältyy lakisääteinen oikeus 3 vapaapäivään kuukaudessa. Kaikki lakisääteiseen vapaaseen oikeutetut omaishoitajat eivät kuitenkaan käytä vapaapäiviä.

5. Projektin tavoite

Mitä projektilla tavoitellaan ja kenelle

Tuetaan Turun kaupungin omaishoitajien jaksamista parantamalla heidän

mahdollisuuksiaan pitää lakisääteiset vapaapäivät tai vapaapäivät muun poissaolon ajaksi.

Omaishoidon tuesta annettuun lakiin lisättiin v. 2011 § 4 a, jonka mukaan kunta voi järjestää omaishoitajan vapaan tai muun poissaolon aikaisen hoidon tekemällä tehtävään soveltuvan henkilön kanssa toimeksiantosopimuksen, jolla tämä sitoutuu huolehtimaan vakituisen omaishoitajan vapaan aikaisesta sijaishoidosta.

Sijaishoitajan ei tarvitse olla hoidettavan omainen tai muu läheinen henkilö.

Sijaishoitajien soveltuvuuden edellytyksenä ovat samat omaishoitolain 3 §:n 3 kohdan säädökset, jotka koskevat omaishoitajan terveyttä ja toimintakykyä.

Sijaishoitajan soveltuvuutta on aina arvioitava hoidettavan henkilön kannalta kokonaisvaltaisesti.

Kunta tekee sijaishoitajan kanssa toimeksiantosopimuksen. Toimeksiantosopimus tehdään jokaisesta hoidettavasta erikseen siltä hoitoajalta, jolloin sijaishoitaja toimii omaishoitajan sijaisena. Kunta voi siten tehdä yhden sijaishoitajan kanssa useita eri hoidettavia henkilöitä koskevia toimeksiantosopimuksia.

Sijaishoitajan toimeksiantosopimus voidaan tehdä toistaiseksi voimassaolevaksi tai määräaikaiseksi.

Toimeksiantosopimuksessa sovitaan sijaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion määrästä ja maksutavasta, tarvittaessa sijaishoitajalle aiheutuvien kustannusten korvaamisesta, toimeksiantosopimuksen voimassaolosta sekä muista sijaishoitoa koskevista asioista.

Sijaishoitaja ei ole työsopimuslain mukaisessa työsuhteessa sopimuksen tehneeseen kuntaan, hoidettavaan tai huoltajaan, vaan sijaishoitajan työoikeudellinen asema sekä eläke- ja tapaturmavakuutusurva on samanlainen kuin omaishoitajalla.

Kunta päättää sijaishoitajalle maksettavan palkkion määräytymisperusteista.

Omaishoitajan sijaisen palkkion määrä ei ole sidoksissa omaishoitajalle omaishoitolain 5 §:n mukaan maksettaviin palkkioihin, vaan palkkiosta sovitaan kunnan ja sijaishoitajan välillä. Sijaishoitajien palkkiot voivat olla esimerkiksi tunti- tai vuorokausikohtaisia.

Kunta päättää myös siitä, onko palkkio aina sama vai porrastetaanko se sijaishoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan

Kunta päättää myös siitä, että maksetaanko sijaishoitajalle korvauksia kustannuksista, joita hänelle mahdollisesti aiheutuu omaishoitajan sijaisena toimimisesta.

Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaisesta sijaishoidosta, joka korvaa omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa, kunta voi periä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaissa (734/1992) säädetyn maksun.

Kunta päättää omaishoitajan muun vapaan tai poissaolon aikaisen sijaishoidon maksuista. Maksu voi olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen.

6. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

i-avuste: Mitä projektissa tehdään, mitä ei, mihin muuhun tekemiseen projekti liittyy.

Onko tässä myös liittymäpintaa tilapäishoidon osalta? Eikö osittain vapaapäiviä hoideta näiden käytön kautta? Tuleeko sijaishoitaja systeemi halvemmaksi kuin tilapäishoidon paikat? Jos niin tätä pitäisi jotenkin aukaista suunnitelmassa, koska se olisi peruste asian kehittämiseksi.

7. Aikataulu ja vaiheet

i-avusta: Aikataulutetut päävaiheet, ml. koulutus, hankinta

<Syötetään tällä lomakkeella>

8. Päätuotokset

i-avuste: Projektissa syntyvät päätuotokset ja niiden laatukriteerit

<Tuodaan perustiedoista päätuotokset>

9. Tulosten juurruttaminen

i-avuste: Alustava suunnitelma siitä, miten projektin tulokset otetaan käyttöön organisaatiossa ja/tai miten ne ovat siirrettävissä muualle

<Syötetään tällä lomakkeella>

10. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektiorganisaatio

Avainhenkilöresurssit ja osaaminen

Miten projekti vaikuttaa yksikön/organisaation muuhun henkilöstötarpeeseen ja osaamiseen? Palkataanko uusia henkilöitä projektiin tai perustoimintaan?

Miten sijaisuusjärjestelyt hoidetaan?

<Tuodaan Ohjaus välilehdet (Projektiorganisaatio)> + <Tuodaan resurssoinnista perustiedot>

11. Projektin kustannukset ja rahoitus

Arvio projektin aikaisista kustannuksista, yhden vuoden käyttökustannuksista ja hyödyistä, arvio ulkopuolisesta rahoituksesta

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
Kulut yhteensä (-)						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
Tulot yhteensä (+)						
Kassavirta yhteensä						

<Tuodaan salkusta>

12. Riskit

Merkittävimmät riskit (mm. liittyen projektin kompleksisuuteen, osaamiseen, avainhenkilöihin, innovatiivisuuteen, hyötyjen saavuttamiseen, toimintaympäristön muutoksiin, tulosten siirtämiseen käytäntöön) ja keinot niiden hallintaan

<Tuodaan riskit Avaintietojen Riskien syöttölomakkeelta> +
<vapaata tekstiä>

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>
Projektitoimisto

Projektin nimi: Asiakas- ja ratkaisulähtöisen palveluohjaustyömallin kehittäminen ja käyttöönotto

Päivämäärä:	14.11.2014
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Päivi Penkkala, Antero Lehtonen, Anne Vuorinen
Yhteyshenkilö:	Antero Lehtonen

1. Tausta

Vuonna 2013 uudistetussa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetaan ikäihmisten palvelujen palvelurakennetta koskevia määrällisiä tavoitteita. Palvelurakenteen muutoksen ytimessä on kotona asumisen tukeminen. Määrällisten tavoitteiden mukaisesti vuoteen 2017 mennessä 75 -vuotta täyttäneistä henkilöistä (sulkeissa vuoden 2013 tiedot):

- 13–14 % (13,8 %) saa säännöllistä kotihoitoa
- 6-7 % (3,0 %) saa omaishoidon tukea
- 6-7 % (4,3 %) on tehostetun palveluasumisen piirissä
- 2-3 % (6,3 %) on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla.

Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla palveluohjaus on yhtenä kehittämisen painopistealueena. Tässä hankkeessa kehitetään palveluohjausta ennaltaehkäisevien vanhustalveluiden osalta. Lautakunnan 25.4.2013 § 96 hyväksymän suunnitelman mukaisesti palveluohjauksen uuden toimintamallin kehittäminen käynnistetään keskittämällä useissa kaupungin toimipisteissä tapahtuva palveluohjaus, Poijun toiminta ja vanhusneuvola ja vapaaehtoistoiminnan koordinointi yhteen toimipisteeseen. Asiakaspalvelupisteessä tapahtuvan toiminnan on tarkoitus olla vanhustalvelulain ja kaupungin tulevan strategian mukaista tehokasta, vaikuttavaa ja asiakaskeskeistä palvelua.

Tampereen kaupungilla kehitetty Palvelutori on toimintamalli, joka yhdistää palvelut, tekijät ja asiakkaat. Palvelutori ei itse tuota palveluita, vaan kertoo kaikista kunnan, palveluyrittäjien ja kolmannen sektorin tarjoamista palveluista ja niiden hinnoista. Tukea ja tietoa palvelutarjonnasta tarjotaan myös kunnan omille työntekijöille ja muille

palvelutarjoajille. Kaikki palvelut täyttävät niille asetetut laatuvaatimukset. Asiakkaan ei tarvitse jonottaa useisiin eri paikkoihin, ja neuvonta on maksutonta.

Palvelutorin ytimessä on ratkaisukeskeinen toimintamalli, jossa ikäihminen asetetaan keskiöön ja palvelut järjestetään hänen tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Tavoitteena on, että ratkaisukeskeisen toimintatavan perusteella asiakkaan valitsemat palvelut toteutetaan monitoimijamallia noudattaen eli kumppaniverkoston avulla. Asiakas- ja palveluohjauksen sisältö riippuu asiakkaan palvelutarpeesta, toimintakyvystä ja siitä, onko hän jo ennestään palvelujen piirissä (kuvio 1.).

Palvelutori kehittää asiakkaiden tarpeiden mukaisia uusia palvelukokonaisuuksia ja auttaa tuottajaverkoston toimijoita kehittämään omia palveluitaan ja toimintaansa vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita. Lisäksi edistetään toimijoiden keskinäistä verkostoitumista järjestämällä yhteisiä tapaamisia ja koulutuksia.

Palvelutorin tehtävänä on varmistaa tuottajaverkoston tuottamien palveluiden luotettavuus ja laatu. Palvelutori seuraa säännöllisesti asiakkaiden palautetta, auditoi toimijoita ja ehdottaa tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä sekä valvoo niiden toteutumista. Luotettavuuden varmistaminen ja laadun hallinta toteutetaan yhdessä tuottajaverkoston toimijoiden kanssa.

Mallin kehittämisessä huomioidaan, että tulevat ikäihmiset ja heidän omaisensa ovat ostovoimalta ja palveluiden kulutustottumuksiltaan erilaisia kuin tämän päivän ikäihmiset. Yksityisiä kotihoitopalveluita on runsaasti tarjolla, mutta asiakkaan on vaikea niitä hankkia ja hallita.

2. Asiaan liittyvät päätökset

Turun kaupunki § Kokouspvm Asia 1
Sosiaali- ja terveyslautakunta 152 20.05.2014 11
Diaarinumero 4488-2013

3. Perustelu ja strategiakytkös

Projekti toteuttaa strategiaa ja Hyvinvointi ja aktiivisuus- ohjelman linjauksia 2.1.1. ja 2.1.2 ja 3.2.1. ja 2.3.2. sekä Turun kaupungin vanhuspalvelusuunnitelmaa 2014-2016. Projekti toteuttaa myös Hyton strategisen sopimuksen painopistettä 4 ja kohdentuu erityisesti tavoitteeseen:

- +75 –vuotiaiden säännöllisen kotihoidon piirissä olevien määrä laskee 13,2%

Asiakas- ja ratkaisulähtöisen palveluohjauksen kehittäminen edellyttää:

- yhteiset tavoitteet omaavaa toimijaverkostoa
- toimijaverkoston yhteistä toimintatapaa
- yhteistä palvelutarjotinta
- tiedonhallintaa
- markkinointiviestintää
- asiakastarpeiden tuntemusta
- henkilöstön kouluttamista uuteen toimintatapaan.

Näillä mahdollistetaan kuntalaiselle hänen tarpeensa mukainen ja tasoinen palvelutarjonta. Koko palvelupaletin tunteminen ja sen aktiivinen hyödyntäminen mahdollistavat valinnanvapauden toteutumisen ja asiakastarpeeseen perustuvien palveluiden räätälöinnin ja turkulaisen ikäihmisen tarkoituksenmukaisen ohjautumisen yksityissektorin ja järjestöjen tuottamien palvelujen tai kunnallisten palvelujen piiriin.

4. Hyödyt ja sidosryhmät

OPS tavoite: palveluohjauksen ohjauuskäyntien määrä 2015: 5200

U2 taloudellinen hyöty 2015: 0,2M€ (koskee koko SITRA projektikonaisuutta)

Hankkeen lopputuloksena

1. on turkulainen palvelutori, jossa
 - kaupunkilaisten palveluverkko on tarkoituksenmukainen ja suunniteltu osana kaupungin asiakaspalvelupisteverkoston uudistamista,
 - palvelupisteissä tarjotaan asiakas- ja ratkaisukeskeistä palveluohjausta,
 - jonka palveluvalikoimassa on julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut.
2. turkulainen ikäihminen ohjautuu tarkoituksenmukaisesti yksityissektorin, kolmannen sektorin palveluihin ja tarve kunnan järjestämisvastuulla oleviin palveluihin myöhentyy.

Sidosryhmät

Järjestöt ja seurakunnat, tietojärjestelmän kehittämiseen osallistuvat julkiset ja yksityiset tahot, vanhusneuvostot ja mahdollisesti muut vaikuttajaryhmät, Tampereen kaupunki ja muut yhteistyökunnat, Eetu ry, yksityisen palveluntarjoajat, media.

5. Projektin tavoite

Osana Turun asiakaspalvelupisteiden, vapaa-ajan toimialan palveluiden uutta koordinaatiota ja vanhuspalveluiden ennaltaehkäisevien palveluiden kehittämistä selvitetään nykyinen asiakaspalvelupisteverkosto, sen tarpeenmukaisuus, alueelliset omaleimaisuudet ja käyttäjäprofiilit. Projektissa luodaan suunnitelma palveluverkosta, jossa palvelutori, lähipalvelut ja liikkuvat palvelut muodostavat ehjän, helposti saavutettavan kokonaisuuden.

6. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Kehittämistyön tuloksena syntyvän uuden palveluohjausmallin käyttäjinä ja siten varsinaisena kohderyhmänä ovat turkulaiset yli 65-vuotiaat,

- jotka eivät ole vielä kaupungin säännöllisen hoivapalveluiden käyttäjiä ja
- joiden kotona asumista ja – pärjäämistä voidaan tukea ratkaisukeskeisesti ja asiakaslähtöisesti toteutetulla palveluohjauksella ja sen avulla räätälöidyillä ennaltaehkäisevillä palveluilla. Palvelutorin keskitetyn ensivaiheen neuvonnan ja ohjauksen tavoitteena on ehkäistä ennenaikainen ohjautuminen kunnan järjestämisvastuulla olevien palvelujen piiriin.

7. Aikataulu ja vaiheet

Hanke toteutetaan elokuun 2014 ja maaliskuun 2015 välisenä aikana.

Hankkeen päävaiheet ovat:

- Valmistelu ja suunnittelu
- Toteutus
- Käyttöönotto
- Seuranta ja arviointi

8. Päätuotokset

Asiakas- ja ratkaisukeskeinen toimintamallin siirtäminen käytännön työhön

9. Tulosten juurruttaminen

Asiakas- ja ratkaisukeskeisen palveluohjausmallin käyttöönotto osaksi käytännön palveluohjaustyötä

10. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektipäällikkö Päivi Penkkala
Palveluohjauksen esimies Antero Lehtonen
Projektisihteeri Noora Wallin
Palvelualuejohtaja Sari Ahonen
Kotihoidon johtaja Anne Vuorinen
Kehittämispäällikkö Sari Kinnunen

11. Projektin kustannukset ja rahoitus

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
Projektirahoitettu henkilöstö	2500	2500				
Vakinainen henkilöstö						
Ulkoiset palvelut						
Investoinnit						
Ylläpitokulut						
Kulut yhteensä (-)						
Ulkopuolinen rahoitus						
Säästöt						
Tulot yhteensä (+)						
Kassavirta yhteensä						

12. Riskit

Riski: Onnistumisia ei synny riittävän nopeasti

Hallintakeinot:

- Pyritään rekrytoimaan oikeat toimijat toteuttamaan hankkeen projekteja.
- Ennakoidaan tarvittavat päätöksentekopisteet ja niiden tarvitsema aika. Huolehditaan hyvästä päätöksenteon valmistelusta.
- Huolehditaan hankkeen viestinnästä ja avainhenkilöiden sitoutumisesta viestintäsuunnitelman mukaisesti.

Riski: Yhteistyö-kumppanit eivät sitoudu hankkeen tavoitteisiin ja toteutukseen

Hallintakeinot:

- Rakennetaan luottamuksellinen ilmapiiri avoimella, riittävällä viestinnällä ja yhteistyökumppaneiden osallistamisella kehittämistyöhön esimerkiksi yhteisiä työpajoja järjestämällä.
- Määritetään julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyö – projektin projektisuunnitelmassa konkreettiset keinot sitouttaa yhteistyökumppanit.
- Sovitaan kumppaneiden kanssa käytännön yhteistyötavoista.

Riski: Muutosvastarinta

Hallintakeinot:

- Työntekijöitä innostetaan kehittämistyöhön viestinnän ja osallistamisen keinoin. Tämä huomioidaan projektien projektisuunnitelmissa.
- Hankkeen ja projektien avainhenkilöt tunnustetaan ja heidän sitouttaminen huomioidaan viestintä- ja projektisuunnitelmissa.

Riski: Tavoitteet jäävät saavuttamatta

Hallintakeinot:

- Tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan mahdollisuuksien mukaan jo hankkeen

aikana tehokkaan ohjaus- ja hankeryhmätyöskentelyn avulla. Havaittuihin poikkeamiin reagoidaan nopeasti, ne analysoidaan ja niihin etsitään oikeat hallintakeinot.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

Projektin nimi: Uuden palveluverkon luominen

Päivämäärä:	14.11.2014
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Päivi Penkkala, Antero Lehtonen
Yhteyshenkilö:	Antero Lehtonen

13. Tausta

Vuonna 2013 uudistetussa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetaan ikäihmisten palvelujen palvelurakennetta koskevia määrällisiä tavoitteita. Palvelurakenteen muutoksen ytimessä on kotona asumisen tukeminen. Määrällisten tavoitteiden mukaisesti vuoteen 2017 mennessä 75 -vuotta täyttäneistä henkilöistä (sulkeissa vuoden 2013 tiedot):

- 13–14 % (13,8 %) saa säännöllistä kotihoitoa
- 6-7 % (3,0 %) saa omaishoidon tukea
- 6-7 % (4,3 %) on tehostetun palveluasumisen piirissä
- 2-3 % (6,3 %) on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla.

Turun kaupungin hyvinvointitoimialalla palveluohjaus on yhtenä kehittämisen painopistealueena. Tässä hankkeessa kehitetään palveluohjausta ennaltaehkäisevien vanhustalveluiden osalta. Lautakunnan 25.4.2013 § 96 hyväksymän suunnitelman mukaisesti palveluohjauksen uuden toimintamallin kehittäminen käynnistetään keskittämällä useissa kaupungin toimipisteissä tapahtuva palveluohjaus, Poijun toiminta ja vanhusneuvola ja vapaaehtoistoiminnan koordinointi yhteen toimipisteeseen. Asiakaspalvelupisteessä tapahtuvan toiminnan on tarkoitus olla vanhustalvelulain ja kaupungin tulevan strategian mukaista tehokasta, vaikuttavaa ja asiakaskeskeistä palvelua.

Tampereen kaupungilla kehitetty Palvelutori on toimintamalli, joka yhdistää palvelut, tekijät ja asiakkaat. Palvelutori ei itse tuota palveluita, vaan kertoo kaikista kunnan, palveluyrittäjien ja kolmannen sektorin tarjoamista palveluista ja niiden hinnoista. Tukea ja tietoa palvelutarjonnasta tarjotaan myös kunnan omille työntekijöille ja muille palvelutarjoajille. Kaikki palvelut täyttävät niille asetetut laatuvaatimukset. Asiakkaan ei

tarvitse jonottaa useisiin eri paikkoihin, ja neuvonta on maksutonta.

Palvelutorin ytimessä on ratkaisukeskeinen toimintamalli, jossa ikäihminen asetetaan keskiöön ja palvelut järjestetään hänen tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Tavoitteena on, että ratkaisukeskeisen toimintatavan perusteella asiakkaan valitsemat palvelut toteutetaan monitoimijamallia noudattaen eli kumppaniverkoston avulla. Asiakas- ja palveluohjauksen sisältö riippuu asiakkaan palvelutarpeesta, toimintakyvystä ja siitä, onko hän jo ennestään palvelujen piirissä (kuvio 1.).

Palvelutori kehittää asiakkaiden tarpeiden mukaisia uusia palvelukokonaisuuksia ja auttaa tuottajaverkoston toimijoita kehittämään omia palveluitaan ja toimintaansa vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita. Lisäksi edistetään toimijoiden keskinäistä verkostoitumista järjestämällä yhteisiä tapaamisia ja koulutuksia.

Palvelutorin tehtävänä on varmistaa tuottajaverkoston tuottamien palveluiden luotettavuus ja laatu. Palvelutori seuraa säännöllisesti asiakkaiden palautetta, auditoi toimijoita ja ehdottaa tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä sekä valvoo niiden toteutumista. Luotettavuuden varmistaminen ja laadun hallinta toteutetaan yhdessä tuottajaverkoston toimijoiden kanssa.

Mallin kehittämisessä huomioidaan, että tulevat ikäihmiset ja heidän omaisensa ovat ostovoimalta ja palveluiden kulutustottumuksiltaan erilaisia kuin tämän päivän ikäihmiset. Yksityisiä kotihoitopalveluita on runsaasti tarjolla, mutta asiakkaan on vaikea niitä hankkia ja hallita.

14. Asiaan liittyvät päätökset

Turun kaupunki § Kokouspvm Asia 1
Sosiaali- ja terveyslautakunta 152 20.05.2014 11
Diaarinumero 4488-2013

15. Perustelu ja strategiakytkös

Projektin toteuttaa strategiaa ja Hyvinvointi ja aktiivisuus- ohjelman linjauksia 2.1.1. ja 2.1.2 ja 3.2.1. ja 2.3.2. sekä Turun kaupungin vanhuspalvelusuunnitelmaa 2014-2016. Projektin toteuttaa myös Hyton strategisen sopimuksen painopistettä 4 ja kohdentuu erityisesti tavoitteeseen:

- +75 –vuotiaiden säännöllisen kotihoidon piirissä olevien määrä laskee 13,2%

16. Hyödyt ja sidosryhmät

OPS tavoite: palveluohjauksen ohjauksen määrä 2015: 5200

U2 taloudellinen hyöty 2015: 0,2M€ (koskee koko SITRA projektikonaisuutta)

Hankkeen lopputuloksena

3. on turkulainen palvelutori, jossa

- kaupunkilaisten palveluverkko on tarkoituksenmukainen ja suunniteltu osana kaupungin asiakaspalvelupisteverkoston uudistamista,
- palvelupisteissä tarjotaan asiakas- ja ratkaisukeskeistä palveluohjausta,
- jonka palveluvalikoimassa on julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut.

4. turkulainen ikäihminen ohjautuu tarkoituksenmukaisesti yksityissektorin, kolmannen sektorin palveluihin ja tarve kunnan järjestämisvastuulla oleviin palveluihin myöhentyy.

<p>Sidosryhmät</p> <p>Järjestöt ja seurakunnat, tietojärjestelmän kehittämiseen osallistuvat julkiset ja yksityiset tahot, vanhusneuvostot ja mahdollisesti muut vaikuttajaryhmät, Tampereen kaupunki ja muut yhteistyökunnat, Eetu ry, yksityisen palveluntarjoajat, media.</p>
<p>17. Projektin tavoite</p>
<p>Osana Turun asiakaspalvelupisteiden, vapaa-ajan toimialan palveluiden uutta koordinaatiota ja vanhuspalveluiden ennaltaehkäisevien palveluiden kehittämistä selvitetään nykyinen asiakaspalvelupisteverkosto, sen tarpeenmukaisuus, alueelliset omaleimaisuudet ja käyttäjäprofiilit. Projektissa luodaan suunnitelma palveluverkosta, jossa palvelutori, lähipalvelut ja liikkuvat palvelut muodostavat ehjän, helposti saavutettavan kokonaisuuden.</p>
<p>18. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus</p>
<p>Kehittämistyön tuloksena syntyvän uuden palveluohjausmallin käyttäjinä ja siten varsinaisena kohderyhmänä ovat turkulaiset yli 65-vuotiaat,</p> <ul style="list-style-type: none"> • jotka eivät ole vielä kaupungin säännöllisen hoivapalveluiden käyttäjiä ja • joiden kotona asumista ja – pärjäämistä voidaan tukea ratkaisukeskeisesti ja asiakaslähtöisesti toteutetulla palveluohjauksella ja sen avulla räätälöidyillä ennaltaehkäisevillä palveluilla. Palvelutorin keskitetyn ensivaiheen neuvonnan ja ohjauksen tavoitteena on ehkäistä ennenaikainen ohjautuminen kunnan järjestämistä olevien palvelujen piiriin.
<p>19. Aikataulu ja vaiheet</p>
<p>Hanke toteutetaan elokuun 2014 ja maaliskuun 2015 välisenä aikana.</p> <p>Hankkeen päävaiheet ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valmistelu ja suunnittelu • Toteutus • Käyttöönotto • Seuranta ja arviointi
<p>20. Päätuotokset</p>
<p>Palvelutori loppuraportti ja toimintamallin kuvaus sisältäen tila- ja henkilöstötarpeen, jota käytetään pohjana tilatarveselvityksen teolle.</p>
<p>21. Tulosten juurruttaminen</p>
<p>Tulokset liittyvät olennaisena osana kaupungin asiakaspalvelupisteiden kehittämisestä josta vastaa kehittämispäällikkö Sari Kinnunen, sekä ennaltaehkäisevien vanhuspalveluiden tilojen käytön pohdintaa.</p>
<p>22. Organisointi ja avainhenkilöresurssit</p>
<p><i>Projektipäällikkö Päivi Penkkala</i> <i>Palveluohjauksen esimies Antero Lehtonen</i> <i>Projektisihteeri Noora Wallin</i> <i>Palvelualuejohtaja Sari Ahonen</i> <i>Kotihoidon johtaja Anne Vuorinen</i> <i>Kehittämispäällikkö Sari Kinnunen</i></p>

23. Projektin kustannukset ja rahoitus

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>	2500	2500				
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<i>Kulut yhteensä (-)</i>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<i>Tulot yhteensä (+)</i>						
<i>Kassavirta yhteensä</i>						

24. Riskit

Riski: Onnistumisia ei synny riittävän nopeasti

Hallintakeinot:

- Pyritään rekrytoimaan oikeat toimijat toteuttamaan hankkeen projekteja.
- Ennakoidaan tarvittavat päätöksentekopisteet ja niiden tarvitsema aika. Huolehditaan hyvästä päätöksenteon valmistelusta.
- Huolehditaan hankkeen viestinnästä ja avainhenkilöiden sitoutumisesta viestintäsuunnitelman mukaisesti.

Riski: Yhteistyö-kumppanit eivät sitoudu hankkeen tavoitteisiin ja toteutukseen

Hallintakeinot:

- Rakennetaan luottamuksellinen ilmapiiri avoimella, riittävällä viestinnällä ja yhteistyökumppaneiden osallistamisella kehittämistyöhön esimerkiksi yhteisiä työpajoja järjestämällä.
- Määritetään julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyö – projektin projektisuunnitelmassa konkreettiset keinot sitouttaa yhteistyökumppanit.
- Sovitaan kumppaneiden kanssa käytännön yhteistyötavoista.

Riski: Muutosvastarinta

Hallintakeinot:

- Työntekijöitä innostetaan kehittämistyöhön viestinnän ja osallistamisen keinoin. Tämä huomioidaan projektien projektisuunnitelmissa.
- Hankkeen ja projektien avainhenkilöt tunnustetaan ja heidän sitouttaminen huomioidaan viestintä- ja projektisuunnitelmissa.

Riski: Tavoitteet jäävät saavuttamatta

Hallintakeinot:

- Tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan mahdollisuuksien mukaan jo hankkeen aikana tehokkaan ohjaus- ja hankeryhmätyöskentelyn avulla. Havaittuihin poikkeamiin reagoidaan nopeasti, ne analysoidaan ja niihin etsitään oikeat hallintakeinot.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>
Projektitoimisto

Projektin nimi: Kotihoidon RAI-järjestelmän käyttöönotto 1.9.2014-30.4.2015

Päivämäärä:	<i>20.8.2014 toimialajohtaja Riitta Liuksa on tehnyt Kotihoidon RAI-hankkeesta projektin asettamispäätöksen 20.8.2014, § 15.</i>
Toimiala/yksikkö:	<i>Hyvinvointitoimiala Vanhuspalvelut, Kotihoito</i>
Omistaja:	<i>Sari Ahonen</i>
Projektipäällikkö:	<i>Leena Rinne ja Auli Kainulainen</i>
Yhteyshenkilö:	<i>Kotihoidon palvelupäällikkö Leena Rinne ja projektipäällikkö Auli Kainulainen</i>

25. Tausta

RAI- järjestelmä on otettu käyttöön Vanhuspalveluiden ympärivuorokautisissa palveluissa ja psykiatrisessa hoidossa vuonna 2013–2014. Kotihoidossa on valmisteltu RAI- järjestelmän käyttöönottoa vuonna 2013–2014 ja hanke on käynnistynyt syksyllä 2014.

26. Asiaan liittyvät päätökset

Peruspalvelulautakunta on tehnyt päätöksen RAI-järjestelmän käyttöönotosta vanhuspalveluissa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa 19.12.2012 (dno 13288- 2012). Toimialajohtaja Riitta Liuksa on tehnyt Kotihoidon RAI- hankkeesta projektin asettamispäätöksen 20.8.2014, § 15.

27. Perustelu ja strategiakytkös

Projekti toteuttaa strategiaa ja hyvinvointi- ja aktiivisuusohjelman linjauksia 2.1.2. ja 2.1.3. sekä Turun kaupungin vanhuspalvelusuunnitelmaa vuosille 2014–2016. Projekti toteuttaa myös Hyton strategisen sopimuksen painopistettä 4 ja kohdentuu erityisesti tavoitteeseen:

- Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtyvien keski-ikä myöhentyy

RAI järjestelmä tuo kokonaisvaltaisen (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen, sosiaalinen) mittarin asiakkaiden toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointiin. RAI mittaria hyödynnetään asiakkaiden yksilökohtaisissa hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laadinnassa. RAI järjestelmän avulla saadaan arviointitietoa hoidon toteutumisesta. RAI mittarin avulla voidaan seurata ja kehittää hoidon laatua yksilö-, työyksikkö- ja organisaatiotasolla. RAI järjestelmän avulla saadaan tietoa myös hoidon vaikuttavuudesta toiminnan kehittämiseksi. RAI järjestelmän avulla saadaan laajemmin vertailutietoa koko maasta (RAI THL:n vertailukehittämisessä mukana olevista kunnista). RAI järjestelmä on asiakas- ja yksikkö- ja kuntakohtaisen hoitotyön laadun kehittämisen, kuin myös resurssien johtamisen apuväline.

28. Hyödyt ja sidosryhmät

RAI järjestelmän avulla saadaan kokonaisvaltaista ja asiakaskohtaista tietoa hoidon suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. RAI antaa tietoa myös yksikkökohtaisesti ja laajemmin koko kunnan tasolla. RAI vertailukehittämisen kautta saadaan tietoa myös laajemmin koko maasta RAI- kunnista. RAI on laadun kehittämisen apuväline hoitotyössä ja myös apuväline yksikkö- ja kuntatasolla resurssien johtamisessa. Sidosryhmät: Kaikki asiakkaan hoitamiseen osallistuvat tahot hoitotyön toteuttamisessa ja arvioinnissa= moniammatillinen työ. Hyvinvointitoimialalla saadaan tietoa yhteisesti sovittujen mittarien tulosten avulla toiminnasta ja toiminnan vaikuttavuudesta.

Kohderyhmä on merkittävä, koska väestön ikääntyessä ja palvelurakennemuutoksen myötä kotihoito on painopistealue. Säännöllisen kotihoidon piirissä on n. 2800 asiakasta, omaishoidon tuen piirissä n. 950 asiakasta. Kotihoito kattavuuden tavoitteena on n. 13,2% yli 75- vuotiaista ikäihmisistä vuonna 2015. Turun väestöstä yli 75- vuotiaiden määrä_____ ja yli 85- vuotiaiden määrä____ ja jälkimmäinen kasvaa koko ajan.

29. Projektin tavoite

Kotihoidon RAI projektin tavoitteena on saada RAI kotihoidon työvälineeksi, jonka avulla tuloksena saadaan systemaattinen asiakkaan toimintakyvyn arviointimenetelmä ja käyttöön laaja-alaiset ja kokonaisvaltaiset mittarit (fyys/psykykk/kong/sos), jotka on validoitu.

Tavoitteena on, että RAI arviointi toimii kotihoidon hoidon ja huolenpidon päätöksenteon pohjana hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Tavoitteena on, että kotihoidon toimintakykyä arvioidaan RAI-järjestelmällä kattavasti syksystä 2015 lähtien, jolloin henkilöstöstä olisi koulutettu RAI:n käyttöön 2/ 3 RAISoftin koulutuksessa (I aalto kevät ja II aalto syksy 2015), ja loput 1/ 3 koulutetaan sisäisesti.

Tavoitteena, että asiakkaista 10 %:lle on tehty RAI- arviointi 31.5.2015 mennessä ja 30 %:lle 31.12.2015 mennessä.

RAI- käyttöönotto on kestoaltaan n. 2 vuoden hanke.

RAI- tietojen pohjalta analysoidaan hoidon ja palveluiden vaikuttavuutta, kun saavutettu riittävä peittävyys RAI-arvioinneissa. Vaikuttavuus-arviointien perusteella kehitetään hoito- ja palvelumuotoja ja ohjataan toimintaa hyvinvointitoimialan joka tasolla yhteisesti Hyto- tasolla sovittujen mittarien mukaisesti.

30. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Projektin aikataulu, sisältö ja rajaukset: Projektin kesto 1.9.2014- 30.4.2015.

Projekti sisältää kotihoidon ensimmäisen aallon käyttöönoton, seuraavien aaltojen suunnittelun ja budjetoinnin sekä omaishoidon tuen käyttöönoton. Projekti sisältää integraation Pegasokseen. Kotihoidon ensimmäinen aalto ottaa RAI järjestelmän käyttöön tammi- helmikuussa 2015 ja koulutuksiin osallistuu tällöin kotihoidosta 200 työntekijää. Toinen koulutusaalto on suunnitella syksy 2015, jolloin kotihoidon henkilöstöstä koulutetaan n. 240 työntekijää ja loput 1/ 3 henkilöstöstä n. 200 työntekijää, koulutetaan kotihoidossa sisäisesti jatkossa vuosina 2015- 2016. RAI:n käyttöönottoon liittyy kotihoidon mobiilivälineiden kehittäminen ja SAS-toiminnan kehittäminen. Tämä projekti ei vastaa niistä, vaan ne ovat omia projektejaan.

31. Aikataulu ja vaiheet

Päätös Kotihoidon RAI projektista 20.8.2014.

- 1) Kotihoidon RAI projektin, RAI:n käyttöönoton ja koulutusten valmistelua syksy 2013- syksy 2014
- 2) *käyttöönottovalmennuskoulutukset* moniammatilliselle toimijajoukolle (2 koko päivän kestoista, samansisältöistä koulutusta 22.10. ja 12.11.2014, eli 2 x n. 30 henkilölle, osallistujat: kotihoidon palveluesimiehet 22, vanhuspalveluiden lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä, kotiinkuntoutustoiminnan oh, muistihoitajia 1, palveluohjauksen esimies, omaishoidon tuen ohjaajia 4, kotihoidon hallintoa yms. toimijoita 6) sekä
- 3) *työpajat* (3 samansisältöistä puolipäivän kestoista työpajaa 26.11. ja 28.11.2014, osallistujina 22 palveluesimiestä ja kotihoidon hallintoa/ projektin vastuuhenkilöt)

- 4) ensimmäisen aallon henkilöstön käyttöönottovalmennus ja koulutukset käynnistyvät tammikuussa 2015, ja
- 5) toisen aallon käyttöönottovalmennus ja koulutukset syksyllä 2015.
- 6) Asiakaskohtaisten RAI- arviointien tekeminen, tavoitteena arvioida kaikki asiakkaat vuonna 2015. Koulutusten jälkeen aloitetaan heti 1.aallossa ja 2. aallossa asiakkaiden RAI- arviointien tekeminen.
- 7) Kotihoidon RAI hankkeen Ohjausryhmä on päättänyt, että RAISoftilta ostetaan 1. ja 2. aallon koulutukset ja 3. aalto koulutetaan kotihoidossa sisäisesti myöhemmin, mahdollisesti vuonna 2015- 2016. Sisäistä koulutusta on järjestettävä jatkossa kaiken aikaa, kun henkilökuntaa vaihtuu/ tulee uusia sijaisia yms.
- 8) RAI käyttöönotto on kestoltaan n.2 vuotta, kun henkilöstö on koulutettu ja opittu tekemään RAI-arviointeja ja hyödyntämään arviointien tuloksia. RAI-hanke edellyttää vahvaa muutoksen johtamista ja sitoutumista projektin läpivientiin sekä henkilöstöltä uuden oppimiseen ja tekemiseen mahdollisuutta ja sitoutumista.

32. Päätuotokset

Projektissa syntyvät päätuotokset ja niiden laatukriteerit

Kotihoidon RAI projektin päätuotos 1.9.2014- 30.4.2015: Kotihoidon RAI järjestelmän käyttöönoton valmistelu, 1. aallon koulutukset, seuraavien aaltojen suunnittelu, budjetointi, integrointi Pegasokseen.

Kotihoidon RAI järjestelmän käyttöönoton päätuotos kotihoidossa: Kokonaisvaltaisen toimintakyky- ja palvelutarpeen arviointimittarin käyttöönotto ja mittarin hyödyntäminen kotihoidossa asiakaskohtaisen hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. RAI- järjestelmän hyödyntäminen hoidon vaikuttavuustietojen perusteella laadun kehittämisessä ja toiminnan suunnittelussa sekä prosessin johtamisessa niin yksikkötasolla kuin Hyto-tasolla ja Vanhuspalveluissa, yhteisesti sovittujen mittarien mukaisesti. RAI järjestelmästä saadaan RAI kunnista koko maasta THL:n vertailutietoa, jota voidaan hyödyntää kunta- ja palvelualue- sekä yksikkötasolla vertailukehittämisessä.

33. Tulosten juurruttaminen

Projektissa otetaan käyttöön Kotihoidon RAI HC järjestelmä, kokonaisvaltainen arviointimittari asiakkaiden hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, hoidon arviointiin sekä laadun kehittämisen ja resurssien johtamisen apuvälineeksi.

Hyvinvointitoimialalle on perustettu laajapohjainen RAI-johtoryhmä, joka ohjaa ja kehittää RAI-mittarien hyödyntämistä johtamisen työvälineeksi.

34. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Kotihoidon RAI ohjausryhmä: pj Sari Ahonen, jäsenet: Anne Vuorinen, Leena Rinne ja Marja Kuusela, Auli Kainulainen, Tapio Rajala, Kirsi Kiviniemi, Päivi Sannola, Antti Nieminen, Tarja Helenius, Karoliina Luukkainen ja sihteerinä Auli Kainulainen
Kotihoidon RAI- hankkeen, projektin projektipäällikkö Auli Kainulainen ja kotihoidon sisällön osalta vastuuhenkilö palvelupäällikkö Leena Rinne
Kotihoidon RAI projektin pientyöryhmä, pientyöryhmä (valmisteleva työryhmä, johon kuuluvat: Auli Kainulainen, Eija Tamminen, Johanna Ritvanen, Leena Rinne)
Kotihoidon RAI iso työryhmä, moniammatillinen työryhmä (keskustelu- pohdintafoorumi, RAI:n käyttöönoton valmistelun ja motivoinnin apuväline)
RAI sovellustukikäyttäjät kotihoidossa (RAI arviointien sisällön osalta) Eija Tamminen, Merja Heinonen, Marjut Aalto, Sari Aaltonen ja Hanna Kaukonen ja Admin käyttäjät (tekninen osio) pegasos pääkäyttäjät

35. Projektin kustannukset ja rahoitus

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut koulutukset</i>	9400	51800	30 000			
<i>Investoinnit</i>		54 000				
<i>Ylläpitokulut</i>			20 000	20 000	20 000	
<i>käyttökustannukset tekninen palvelu (it palvelu maksaa 2014)</i>		15 000				
Kulut yhteensä (-)						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
Tulot yhteensä (+)						
Kassavirta yhteensä						

Arvio siitä paljonko kouluttautumiseen jne. menee sisäistä resurssia= henkilöstön työaika(htv/€/menetetyt suoritteet) 660 pvää koulutuksiin (440 henkilöä x 1,5 pv)

36. Riskit

1. Tulee samanaikaisesti muita haasteita/uudistuksia: ajankäyttö, motivaatio, jaksaminen, resurssitilanne
2. Esimiesten ja johdon tuki ja sitoutuminen: koetaanko hyödyksi vai haitaksi?
3. Henkilöstön motivointi: tehdäänkö arviointeja ja hyödynnetäänkö niitä hoitosuunnitelmien tekemiseen? Kirjataan Pegasokseen riittävästi arvioinnin tekemiseksi?
4. Hyödyntäjien motivointi ja muutoksen RAI järjestelmän käyttöönoton johtaminen: käytetään RAI- arviointeja asiakkaan hyödyksi ja toiminnan ohjaukseen, johtamiseen, suunnitteluun ja kehittämiseen

Päiväys ja hyväksyjä Kojo käsittely 17.12.2014, - >Vanhus- ja vammaispalveluiden johto, - >Hyto toimialajohto

<vapaata tekstiä>
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>
Projektitoimisto

Projektin nimi: Toiminnanohjausjärjestelmän kehittäminen ja optimointi

Päivämäärä:	13.11.2014
Toimiala/yksikkö:	<i>Vanhus- ja vammaispalvelut</i>
Omistaja:	<i>Sari Ahonen</i>
Projektipäällikkö:	<i>Selvitysvaihe Antti Nieminen</i>
Yhteyshenkilö:	

37. Tausta

Vanhuspalveluiden tulosalueella on ollut käytössä Pegasos Mukana kotihoidon mobiilijärjestelmä 2011 alkaen. Järjestelmän on kehittänyt CGI Suomi Oy.

Järjestelmällä avulla lisätään asiakastyöaika (välitön asiakastyö), kerätään toimintatietoja ja asiakkaisiin kohdistuvia palvelutietoja ja työntekijät ovat työpisteissä mahdollisimman vähän kirjaamassa päivän aikana tapahtuneita palvelutapahtumia. Kaikki asiakastietojärjestelmään vietävät tiedot (kirjaukset, laboratoriotilaukset, lähetteet, lääkekorttiusinnat yms.) tallennetaan asiakkaan luona.

Järjestelmän hankinnan jälkeen markkinoille on tullut kehittyneempi kotihoidon Hilikka-mobiilijärjestelmä, jossa on mm. valmis toimiva optimointi. Järjestelmän toimittaja on Kuntien Tiera. Hilikka on myös käytössä useissa kunnissa (Espoo, Tampere, Kuopio, Lahti, Lappeenranta, Mikkeli, Eksote, Kaarina, Lieto, Kalajoki, Kirkkonummi, Peruskuntayhtymä Akseli), joka tuo varmuutta jatkokehittämiseen.

Koska Hilikka on edelleen kehittyvä järjestelmä ja myös Pegasos Mukana järjestelmään on tulossa selkeitä parannuksia ja laajennuksia (mm. optimointi) on perusteltua selvittää onko järkevää jatkaa Pegasos Mukana järjestelmällä ja jatkokehittää sitä vai vaihtaa se Hilikkaan.

38. Asiaan liittyvät päätökset

Otsikot ja diaarinumerot

39. Perustelu ja strategiakytkös

Ratkaisujen olennaiset erot ovat lisätoimintojen valmiusasteessa ja kehittämispotentiaalissa. Hilikan valinta on mobiilisovelluksen kehittymisen varmistamista tulevaisuudessa

Perusteluja Hilkan hankkimiseen ovat

- 1) Valmis ja toimiva optimointi
- 2) Muiden isojen kaupunkien yhteistyö tuo varmuutta ja synergiaetua jatkokehittämiseen
- 3) Tieran koordinointi kehittämiseen ja integraatioihin ja sitä kautta kehittäminen on joustavampaa
- 4) Kilpailutettu sähkölukkojärjestelmä ja integraatio siihen
- 5) Pegasos- ja Titania integraatiot ovat olemassa

40. Hyödyt ja sidosryhmät

Yleistä Hilka-järjestelmästä:

Plussat:

Monen kaupungin käytössä.

Tieran koordinointi (ja kehittämisen ohjaus?).

Lisäominaisuuksia Mobilogiin verrattuna (esim. ennakoimattoman työn lisäys, hoidon arviointikirjaus, tiimin asiakkaat näkyvissä).

Integraatiot Pegasokseen ja Titaniaan toteutettu.

Optimointi toteutettu.

Kotihoidon tuottavuus paranee.

Työntekijät tyytyväisempiä työvälineiden kokonaisuuteen.

Järjestelmä kehittyä toiminnan tarpeita vastaavasti, sujuvammin kuin nykyisin.

Miinukset:

Uuden käyttöönoton resurssointi ja työmäärä.

Uuden järjestelmän hankintakustannus.

Jotkin asiat toimivat huonommin kuin Mobilogissa (esim. NFC-kuittaus).

Hilka ei tuo riittävästi lisäarvoa.

Henkilöstö väsyä uusiin järjestelmiin.

Saada riittävästi resurssia muutokseen nykyisessä taloustilanteessa.

Optimointi

Plussat:

Valmis sovellus, optimointi automaattisesti.

Nopeuttaa työjärjestelyä, nopeuttaa uudelleenjärjestelyä muutoksissa.

Pystyy määrittelemään useita optimointi-kriteerejä.

Näyttää selkeästi "ylimääräisen" resurssin, mahdollisuus kohdentaa toiseen paikkaan.

Tuottavuuden lisäys.

Erilaisia toimintamalleja (hajautettu - keskitetty optimointi, sijaisjärjestelyt).

Miinukset:

Kustannukset.

Jotta järjestelmän vaihtamisesta olisi hyötyä kokonaisuudessaan, on toimintamalleja analysoitava ja muutettava.

Isoja rakenteellisia muutoksia? Tiimit tarvitsevat enemmän tukea, osaaminen suhteessa vaatimuksiin, esimiesten osaaminen, henkilöstön vaihtuvuus...

Jos optimointi keskitetään vahvasti, asiakaslähtöisyys heikentyy (Lahden malli).

Jos sijaisjärjestelyt keskitetty → esimiesvastuu?

Jos työntekijä noudattaa orjallisesti optimoinnin järjestystä, tilannekohtainen arviointi jää pois.

Fastroin kuvaus: Älykäs HILKKA® -optimointi suunnittelee, arvioi ja laskee parhaat mahdolliset työnjaot, reitit ja aikataulut huomioiden paitsi asiakas- myös työntekijäkohtaiset reunaehdot, rajoitteet ja vaatimukset. Optimoinnin avulla päivän ruuhkahuiput tasoittuvat ja työkuormitus jakaantuu tasaisesti työntekijöiden kesken.

Sähkölukko

Plussat:

Asiakkaiden turvallisuus paranee.

Eri avustajatahojen pääsy asiakkaan luokse varmistuu ja sähläämiskustannus vähenee.

Henkilöstön liikuteltavuus joustavammaksi.

Avainten häviämiskahva poistuu.

Kustannussäästö avainten teettämisestä (ja asiakkaat eivät halua luovuttaa avainta).

Työntekijöiden tarve käydä toimistolla vähenee, toiminnan tehostuminen.

Pystytään hoitamaan kasvava heikompi-kuntoisten asiakkaiden määrä.

Miinukset:

Kustannus kaupungille.

Kustannus asiakkaalle.

Ei toimi älytaloissa.

Tekninen toimintavarmuus?

Valinnassa huomioitavia asioita

Pegasos Mukana kehitys:

Mukana sovellukseen eli kännykkään **tulossa** seuraavat toiminnallisuudet

- Historia tiedot hoito kertomuksesta (viimeisimmät kirjaukset)
- Elintoiminto mittaukset näkyy myös edelliset mittaukset
- Langaton ovenavaus samasta sovelluksesta, eli ei tarvitse aukaista muuta sovellusta kun mennään asiakkaan luo sisälle.

Kehityksessä

- optimointi
- valokuvausarkisto pegasokseen, nythän ei saisi esim. haavoista otettuja kuvia säilyttää missään omassa kansioissa.
- asiakkaan hoke historia näyttö
- viimeisten Kertomus testien selaus (tämä vaatii tätä tukevan Pegasos version sitä ei vielä kerrottu milloin se tulee)

Pegasos Mukana käyttäjiä (CGIn esittelykalvosta):

4000 päivittäistä käyttäjää seuraavilla asiakkailla:

Helsinki, Turku, Järvenpää, Valkeakoski, Ylöjärvi, Parainen, Pieksämäki, Loimaa, Sastamala, Akaa, Huittinen, Kemi, Tornio, Ylitornio, Tervola, Simo, Keminmaa

5 Mukana optioiden budjetäriset hinnat 2015

ovat luottamuksellisia, niitä ei saa toimittaa eteenpäin

	Käyttöön-ottomaksu	toiminnallisuuden Jatkuva palvelumaksu €/kk/matkapuh
Pegasos Mukana -laajennuksen optiot		
Paikkatieto	2000	2
Työvuorotietojen tuonti Titaniasta (Mukana -järjestelmän osalta)	2000	2
Työaikakirjausten vienti Titaniaan (Mukana -järjestelmän osalta)	2000	2
Ateriajakelulistojen tuonti Aromista ja esitys mobiilissa	2000	2
Elintoimintomittausten kirjaaminen mobiilisti	2000	2
Optimointi - parametrinen työn suorittamisen optimointi	25000	9
	Käyttöön-ottomaksu	toiminnallisuuden Jatkuva palvelumaksu €/kk/matkapuh
Langaton oven avaus -toiminnallisuus	6000	6
Langaton lukkoyksikkö asunnon tai porraskäytävän oveen		

Mitä projektilla tavoitellaan ja kenelle						
42. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus						
i-avuste: Mitä projektissa tehdään, mitä ei, mihin muuhun tekemiseen projekti liittyy.						
43. Aikataulu ja vaiheet						
i-avusta: Aikataulutetut päävaiheet, ml. koulutus, hankinta Selvitysvaihe menossa. Hilkan ja Pegasos-mukana tarjoukset saatu ja niiden vertailu käynnissä. Läpikäyntikokous pidetään 3.2.2015, jonka jälkeen etenemisestä on tehtävä esitys ja mahdollinen hankintapäätös viedään lautakuntaan.						
44. Päätuotokset						
i-avuste: Projektissa syntyvät päätuotokset ja niiden laatukriteerit						
45. Tulosten juurruttaminen						
i-avuste: Alustava suunnitelma siitä, miten projektin tulokset otetaan käyttöön organisaatiossa ja/tai miten ne ovat siirrettävissä muualle						
46. Organisointi ja avainhenkilöresurssit						
Projektin omistaja on Vanhuspalveluiden tulosaluejohtaja Sari Ahonen. Järjestelmän toimittaja on Kuntien Tiera Oy ja järjestelmän kehittäjä on FastROI Oy. Pegasos-integraation toteuttaa CGI Suomi Oy.						
<i>Projektioorganisaatio</i>						
<i>Avainhenkilöresurssit ja osaaminen</i>						
<i>Miten projekti vaikuttaa yksikön/organisaation muuhun henkilöstötarpeeseen ja osaamiseen? Palkataanko uusia henkilöitä projektiin tai perustoimintaan? Miten sijaisuusjärjestelyt hoidetaan?</i>						
47. Projektin kustannukset ja rahoitus						
Hilkan osalta hankinnan kokonaiskustannukset ovat 255 000€, koostuen järjestelmästä 117 880€, Pegasos-integraatiosta 100 000€ ja It-palveluiden projektipäällikön osuudesta 37 120€. Vuosittainen ylläpitokustannus on 124 992€. Lisäys nykyiseen Pegasos Mukana ratkaisuun on 44 108€						
Järjestelmän hankintaan on varattu Hyton vuoden 2015 IT-budjettiin 155 000€ ja IT-palveluiden budjettiin integraation osuus 100 000€						
Tarkistettu kannattavuuslaskelma						
	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
Projektirahoitettu henkilöstö						

Vakinainen henkilöstö						
Ulkoiset palvelut						
Investoinnit						
Ylläpitokulut						
Kulut yhteensä (-)						
Ulkopuolinen rahoitus						
Säästöt						
Tulot yhteensä (+)						
Kassavirta yhteensä						

48. Riskit

Merkittävimmät riskit (mm. liittyen projektin kompleksisuuteen, osaamiseen, avainhenkilöihin, innovatiivisuuteen, hyötyjen saavuttamiseen, toimintaympäristön muutoksiin, tulosten siirtämiseen käytäntöön) ja keinot niiden hallintaan

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>
Projektitoimisto

Projektin nimi: Kotihoidon tuottavuuden ja vaikuttavuuden kehittäminen

Päivämäärä:	18.12.2014
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Anne Vuorinen
Yhteyshenkilö:	Leena Rinne, Marja Kuusela

49. Tausta

Tulevaisuuden muutokset kuten väestön ikääntyminen lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta erityisesti kotihoidossa. palvelurakennetta muutetaan laitospainotteisesta avopainotteiseksi, väestö ikääntyy, kotihoidon henkilöstö eläköityy ja työvoiman saatavuus vaikeutuu. Vuonna 2013 uudistetussa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetaan ikäihmisten palvelujen palvelurakennetta koskevia määrällisiä tavoitteita. Ensimmäisen kerran kotona annettavalle palvelulle ja hoidolle asetettiin määrällinen tavoitearvo. Samoin määriteltiin välittömän ja välillisen asiakastyön sisällöt. Turussa on voitu mitata luotettavasti jo vuodesta 2010 (mobiilisti puhelimella) asiakkaan hoidon sisältöjä ja tehdä niistä analyyseja. Vanhuspalvelulaki edellyttää hoidon ensijaistamista kotiin ja kotiin annettavan palvelun määrällistä kasvua. Kuntatalouden suhdanteet eivät kuitenkaan salli suuressa määrin henkilöstön kasvua, joten kotihoidon tehostaminen on avain tulevaisuuden haasteiden ratkaisemiseksi. Kotihoidon tulee olla tehokasta, oikein kohdennettua ja vaikuttavaa.

Kotihoidon kehittäminen on ollut sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä vuodesta 2009 lähtien tärkeä kehittämisalue ja kotihoidolle on asetettu avainasema etsittäessä ratkaisuja turkulaisen voimakkaasti lisääntyvän vanhusväestön palveluiden järjestymisessä.

50. Asiaan liittyvät päätökset

Toimialajohtaja päätös 10.9.2013 NHG:n selvityksen tilaamisesta
U2 kirjaus KV 2014

51. Perustelu ja strategiakytkös

Muutos on välttämätön, jotta turvataan lisääntyvän vanhusväestön tarpeet ja Vanhuspalvelulain edellyttämä kotihoidon ensisijaisuus kuntatalouden realiteetit huomioiden. Kotihoidon kehittäminen ja sen tuottavuuden ja vaikuttavuuden lisääminen on koko vanhuspalveluiden tulevaisuuden suuri ratkaistava kysymys. Tätä edellyttää vanhuspalveluihin liittyvä lainsäädäntö, mutta myös se realiteetti, että kuntien voimavarat eivät riitä hoitamaan ikääntyvän väestön tarpeita tulevaisuudessa.

- Kaupunkistrategia ja Hyvinvointi ja aktiivisuus –ohjelma. Kytkeytyy ohjelman linjauksiin 2.1.2. ja 2.1.3.
- Vanhuspalvelusuunnitelma vuosille 2014-2016
- Hyton strateginen sopimus, painopiste 4.

52. Hyödyt ja sidosryhmät

Vaikuttavilla palveluilla voidaan toteuttaa palvelurakenteen muutos. On kyse merkittävästä ja kasvavasta väestöryhmästä, jonka palveluiden oikea-aikaisuudella ja vaikuttavalla toteutuksella on merkitystä koko Hyvinvointitoimialalla. Hyödyt ovat mitattavissa, esim päivystyksen käyttö, raskaampiin hoitoihin siirtyminen.

- Sopimusmittareissa tavoitteena: välittömän työajan lisääntyminen +5%, oman kotihoidon palveluluokkajaan muutos ja painottuminen keskiraskaaseen hoitoon, jolla voidaan myöhentää raskaampiin palvelumuotoihin siirtymistä (1. 28%, 2. 24%, 26,5%, 4. 18%, 5. 3,5%), sairaalasta kotihoitoon siirtyvien kotiutusten kokonaismäärä 2200 ja ilman ilmoitusta kotiutuvien määrä 0. Ympäri vuorokautisen pitkäaikaishoidon jono <90.
- SPS tavoitteet: Kotona asuvien +75-vuotiaiden määrä kasvaa 90,1% ja ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyvien keski-ikä myöhentyy 84v 11kk.

53. Projektin tavoite

Projektin tavoitteena on kotihoidon tuottavuuden, laadukkuuden ja vaikuttavuuden kehittäminen.

Palveluiden tulee olla vaikuttavia, jotta saadaan aikaan toivottua tulosta. Toivottu tulos voi olla esimerkiksi asiakkaan kuntoutuminen, terveydentilan heikkenemisen hidastaminen tai elämänlaadun lisääminen.

Palveluiden laatu ei saa vaihdella määrittelystä tasosta ja tuotetaan sitä mitä asiakkaalle on luvattu.

Toiminnan tulee olla tuottavaa, jotta nykyresurssit hyödynnetään mahdollisimman hyvin laadukkaiden ja vaikuttavien palvelujen tuottamiseen. Tämä siitä huolimatta, että kuntatalouden kestävyys ja hoitajien saatavuus ovat uhkana.

54. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Projekti on kotihoidon kehittämistyön tiekartta ja toimii sateenvarjona kaikelle kotihoidon kehittämistyölle. Riippuvuudet kotihoidosta ovat moninaiset. Omaishoidontuen, palveluohjauksen ja terveyspalveluiden kehittäminen liittyy olennaisesti kotihoidon tulevaisuuteen ja sen mahdollisuuteen onnistua.

55. Aikataulu ja vaiheet

Systemaattinen työskentely on alkanut syksyllä 2013. Perustettu LaTu –kehittämisyryhmä, joka huolehtinut prosessin etenemisestä. Tuotokset määriteltä. Jatkuva seuranta. Vuoden 2015 alusta omat kehittämisryhmät eri kehittämisalueille.

Vaiheiden eteneminen on kuvattuna liitteessä 1.

56. Päätuotokset

Tuottavuus:

- Välittömän työajan (laatusuosituksen mukaisen asiakastyöajan) nosto. Toimenpiteet:
 1. Ruuhkahuippujen purku - Palvelu- ja hoitosuunnitelmien laadinta siten, että aikakriittiset käynnit siirretty iltapäivään, aikakriittiset käynnit määriteltä, jatkuva

seuranta

Ensimmäisenä vaiheena tulee uudelleen arvioida aikakriittiset työtehtävät, jos määrittelyyn tulee olennaisia muutoksia, tulee palvelu- ja hoitosuunnitelmat laatia uudestaan siten, että ei-aikakriittiset tehtävät siirretään pois aikaikkuna 7-10. Ensimmäinen tarkastelu tapahtuu ko aamukäyntien osalta. Tämä voidaan toteuttaa maaliskuussa. Kyseessä on siis tarkastus, että käynnit on siirretty toiseen ajankohtaan helmikuussa annetun ohjeistuksen mukaisesti.

Aikajanakuviossa nämä ovat erillään. Milloin palvelusuunnitelmat läpikäyty tai miten eteminen jakautuu kuukausille? Miten toteutumista seurataan, mikä on mittari x% asiakastunneista tehty klo 7-10 välillä, osuuden pieneneminen, vai jokin muu mittari? Lisäksi mittariksi toteutuneiden käyntien määrä (paljonko +5% välitöntä asiakasajaa nostaa käyntimäärää?).

2. Aamun aloituksen terävöittäminen – Päivän aloitusta, siirtymää ensimmäiselle asiakkaalle seurataan. Työvuoron aloituksen ja ensimmäisen kotikäynnin välinen viiveaika (laskee 20min vuoden 2015 loppuun mennessä)
3. Asiakkaiden palveluaikojen sijoittelu tasaisesti eri viikonpäiville ja vuorokauden aikoihin – palvelujen määrittelyllä ei saa synnyttää ruuhkaa.
4. Kotihoidon tuntihinnan seuranta – alueellisten vaihtelujen selvittäminen – keskimääräinen tuntihinnan lasku. Mikä on tavoitetaso tuntihinnan laskulle vuoden 2015 aikana?
5. Toiminnanohjauksella taataan työntekijöille tasavertainen työpäivän kulku ja edellytetään suunnitelluille asiakastunneille minimimäärä =5 tuntia välitöntä asiakastyötä. Ohjeistus on annettu kesäkuu 2014. Tämä on seurattava mittari. Kysely tammikuu 2015, tuloksien pohjalta seurataan alueiden toimintamallia ja annetaan tukea mobiilin työskentelyn toteuttamiseen. Seurantamalli on saatavana toiminnanohjauksesta. Miten tämä etenee, puuttuu aikajanasta? Pitäisi olla omanaan sairaanhoitajien tavoite 3h välitöntä työaikaa. Miten toiminnanohjauksen ja optimoinnin käyttöönotto hanke (Hilkka) kytkeytyy tähän? Mitä lisäarvoa tuo ja missä se tulee näkymään (käyntilistasuunnitteluun liittyvän resurssoinnin laskeminen?)
6. Henkilöstöresurssien liikuteltavuus resurssipoolin avulla. Resurssipoolin käyttöönotto kaksivaiheinen: 1. nykytila-analyysi: resurssintilaskelmat, työpajoja ja koulutusta esimiehille, infotilaisuuksia henkilöstölle. 2. Suunnittelu ja implementointi: resurssintilaskelmien päivitys, minimivuorovahvuus ja pooliin siirrettävän henkilöstön määrä, henkilöstön sisäinen rekrytointi resurssipooliin, toiminnan aloitus, toiminnan selkiyttäminen. Resurssipooli on käytössä syyskuun loppuun mennessä 2015. Tämä täytyy aikataulullisesti yhteen sovittaa kohtien 1, 2, 3 ja 5 kanssa. Vähimmäisvuorovahvuuden määrittely eri vuoroille. Poolin vaste-aika mittariksi. Mihin poolia hyödynnetään, mikäli kaikki sen resurssi ei ole kiinni hoitotyössä? Resurssipoolin käsikirjan toteuttaminen (sis. tilausprosessi ja kriteerit käytölle jne.).
7. Kotihoidon logistiikan kehittäminen – välimatkoihin käytetty aika vähentää asiakastyöaikaa – autot, satelliittiauto (erillinen hanke) kuka on tämän projektipäällikkö?
8. Työvälineiden kehittäminen – kotihoidon tabletit tai tarpeeksi suuret älypuhelimet, kannettavat tietokoneet edesauttavat yhä enemmän kirjallisen työn (mm hoitotyön suunnittelun) viemistä asiakkaan luokse (erillinen hanke) P2 tai PO puuttuu: Auli Kainulainen?
9. Koneellisen annosjakelun käynnistäminen – vapauttaa työaikaa (erillinen hanke) Johanna Ritvanen

Laatu:

- Asiakkaille annetun palvelulupauksen toteutuminen ja yleisesti tunnistettujen hoitoon ja palveluun liittyvien laatutekijöiden vahvistaminen

Toimenpiteet:

1. Siirrytty omahoitajaryhmiin, joka takaa viiden tutuimman hoitajan osuuden (80%) asiakkaan käynneistä (siirretään tavoitearvo aikajanalle tähteen)

2. Siirrytty yhden työnjärjestelijän malliin 1.10.2014, joka varmistaa asiakkaan tarkoituksenmukaisen hoidon järjestymisen tehokkaammin (mikä tässä on resurssisäästö ja mihin se vapautuva kohdentuu ja missä se näkyy?)
3. Suunnitellun palveluajan toteutuminen suhteessa toteutuneeseen työaikaan. Pyritään löytämään asiakastietojärjestelmässä olevat hidasteet asian seurannassa. Tavoitetaso 80%. Siirretään tavoitearvo aikajanelle tähteen.
4. Palvelu- ja hoitosuunnitelmien päivittämisen tehostaminen. Viive 3 vrk. (mikä viive nyt on?, siirretään tavoitearvo aikajanelle tähteen)
5. Henkilökunnan työhyvinvoinnin lisääminen, joka varmistaa laadukkaan hoitotyön onnistumisen (erill. hanke), sairauspäivien alueelliset erot, sairauspäivien lasku tavoitteena.

Vaikuttavuus:

- Kotihoidon asiakkaille annettu hoito ja palvelu on sisällöltään vaikuttavaa ja sillä on merkitystä asiakkaan kuntoutumisen kannalta, hänen terveydentilansa heikkenemistä estävää ja hänen elämänlaatuansa parantavaa

Toimenpiteet:

1. Palvelurakenteen muutos tapahtuu palveluluokissa – 1. palveluluokan asiakkaiden osuus vähenee – seurannassa (OPS palveluluokkajako)
2. Asiakkaiden terveydentilan muutoksiin reagoidaan nopeasti – sairaanhoitajien tehtävien ja toimenkuvien selkiyttäminen ja vaikuttavan potilastyön lisääminen. Tämä vaatii avaamista, ei ole mitään kuvattuna myöskään aikajanelle. Kuka tätä vetää, tuleeko oma projektiryhmä ja P2?
3. Kotiutumistilanteessa tehokotihoito, joka takaa ja turvaa sairaalasta siirtyvän asiakkaan kotona asumisen mahdollisuudet (erillinen hanke kotiutuksiin) Tämän eteenpäinviemisestä täytyy sopia poikkihallinnollisesti.
4. Lääkäripalveluiden kehittäminen – laadukkaat ja riittävät lääkäripalvelut ovat kotona annettavan kotihoidon perusta. Tätä täytyy avata, tuleeko tähän oma osa-projekti, kuka vetää, mikä on tuotos ja tavoitearvot?
5. Asiakkaiden toimintakyvyn laaja-alaisempi arviointi, jonka pohjalta tehdään päätöksentekoa hoitoon liittyvissä tilanteissa, siirryttäessä laajempaan palveluun tai laitoshoidon. Käyttöön otetaan kotihoidon RAI HC. Käyttöön oton ensimmäinen aalto kevät 2015. RAI HC (erillinen hanke)

57. Tulosten juurruttaminen

Henkilökunnan jatkuva kouluttaminen kotihoidon toimintatapojen uudistamistyölle. Esimiesten roolin vahvistaminen ja tukeminen tekemään muutostyötä.

Kuinka tätä muutostyötä viestitään henkilöstölle ja asiakkaille? Vaatisi ihan oman suunnitelmansa ja muutosjohtamisen.

58. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Kyseessä on oman toiminnan kehittämistyö. Käynnistetään kehittämissuunnitelmat huolehtimaan tuottavuuden, vaikuttavuuden ja laadun osatekijöiden eteenpäin menoa. Ryhmissä on mukana myös työntekijöiden edustajat. Kehittämissuunnitelmat raportoivat kotihoidon johtoryhmälle. Osaprojekteille on omat projektiryhmät.

Kotihoidon kehittämisen organisoinnille on luotu oma organisaatio. Kuva liitteenä.

59. Projektin kustannukset ja rahoitus

Arvio projektin aikaisista kustannuksista, yhden vuoden käyttökustannuksista ja hyödyistä, arvio ulkopuolisesta rahoituksesta

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

Arvioitava, mikä määrä sisäistä resurssia tähän käytetään, työaika jne.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<i>Kulut yhteensä (-)</i>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<i>Tulot yhteensä (+)</i>						
<i>Kassavirta yhteensä</i>						

60. Riskit

1. Riski: Kotihoidon henkilökunnan vaihtuvuus heikentää pitkien prosessien eteenpäin viemistä
2. Riski: Muutosvastarinta. Henkilökunnan ajatukset työpäivän toteutuksesta tarvitsevat uudistamista ja kehittämistä
3. Riski: Henkilöstön ikärakenne. Vanhemmat työntekijät eivät ole innokkaita oppimaan uudenlaisia työmalleja ja nuoremmilta puuttuu työkokemuksen tuoma viisaus
4. Riski: Lähiesimiesten työn kuormittavuus. Lähiesimiehet ovat tärkeässä roolissa viemään muutosta eteenpäin, mutta heidän oma työnsä velvollisuuksineen on jo kuormittavaa.
5. Riski: Asiakasrajapintojen kompleksisuus.
6. Riski: Teknologian kehittymisen toive riippuvainen palvelun ulkopuolisista toimijoista

Päiväys ja hyväksyjä

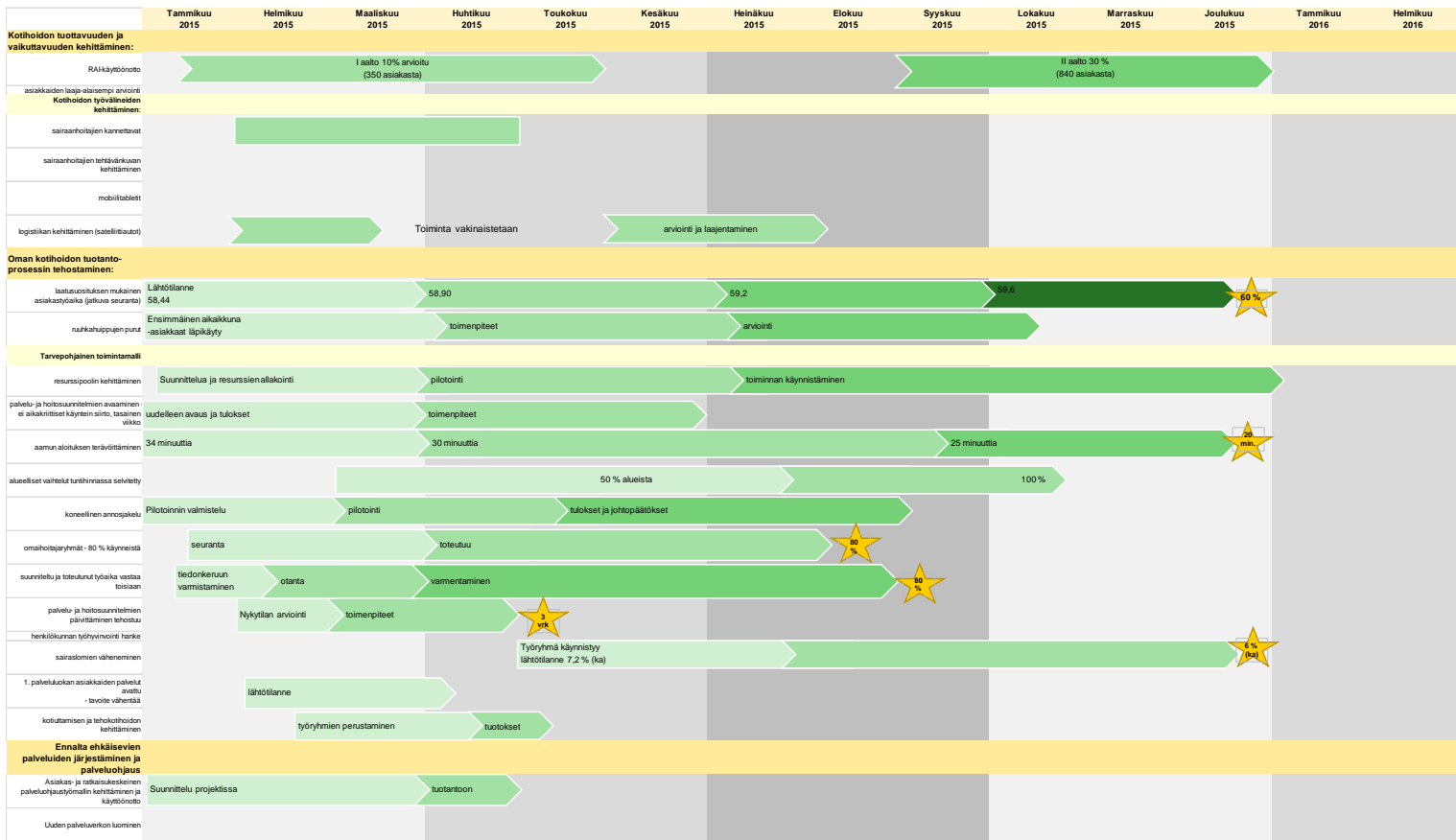
<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto



Projektin nimi: Turun kaupungin hyvinvointitoimialan SAS-toimintaa tukevan tietojärjestelmän (selvitä – arvioi - sijoita) ja tilapäishoidon toimintaa tukevan tietojärjestelmän käyttöönottoprojekti

Päivämäärä:	11.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Vanhus- ja vammaispalvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Toiminnan projektipäällikkö Johanna Ritvanen Projektinhallinnan projektipäällikkö Auli Kainulainen
Yhteyshenkilö:	

61. Tausta

SAS -sovelluksella tarkoitetaan vanhusten asumispalvelujen ja tilapäishoidon asiakassijoitusten hallintaa. Vapautuvat hoitopaikat ilmoitetaan SAS -järjestelmään toimintayksiköstä, josta paikka on vapautunut. Toimijoiden käytössä on koko ajan reaaliaikainen tieto sekä vapautuneista paikoista että odottavista asiakkaista. Tietojärjestelmän tuki on tarkoitus saada seuraaviin asioihin:

- **Palvelun laadun ja prosessin tehokkuuden parantaminen**
 - Palveluprosessien tehostaminen asiakaslähtöisestä näkökulmasta (oikea asiakas oikeassa paikassa oikeaan aikaan)
 - Riittävän tiedon saanti: asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisen, yksilökohtaisen selvittämisen ja asianmukaisen hoitopaikan harkinnan helpottuminen
 - Asiakkaan tiedottaminen ja paikan saannin seuranta
- **Tiedon kulun parantaminen ja toiminnan seuranta**
 - Läpinäkyvyys ulospäin systemaattisesti samanlaisen asiakastietopohjan kautta
 - Yhtenevät käytännöt
 - Lakisääteisyys: 3kk:n sisällä jonoon laittamisesta
 - Raportointi

62. Asiaan liittyvät päätökset

3699-2013 23.06.2014 SAS-järjestelmän käyttöönottoprojektin asettaminen

3699-2013 04.03.2014 SAS-toimintaa tukevan tietojärjestelmän hankinta

3699-2013 24.01.2014 Sopimusluonnos

3699-2013 24.01.2014 Toiminnan kuvaus

3699-2013 24.01.2014 Turun kaupungin hyvinvointitoimialan SAS-toimintaa tukeva ohjelmisto (selvitä - arvioi - sijoita)

63. Perustelu ja strategiakytkös

Tämä projekti käynnistyi, koska järjestelmän käyttöönotto koskee useita tulosyksiköitä ja kokonaisprosessi aina lähetteestä varsinaiseen sijoituspäätökseen on varsin monivaiheinen.

Tarjouspyynnön laatimisesta on jo kulunut aikaa ja toimintaympäristöön on tullut tai tulossa uusia järjestelmiä tai toimintatapoja (eArkisto, rakenteinen kirjaaminen, RAI, PSOP), joten prosessien tarkastelu ennen toteutusta on tarpeen. Tiedonhallinnan näkökulmasta SAS-toimintaan liittyviä muita järjestelmiä ovat Pegasos, RAI-toimintakyvyn arviointijärjestelmä, PSOP-palvelusetelijärjestelmä ja SoteDW.

Vanhuspalvelulaki 2013, Laatusuositus STM 2013, Vanhuspalvelulaki: pykälistä toiminnaksi THL 2013, Vanhustenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma 2014

64. Hyödyt ja sidosryhmät

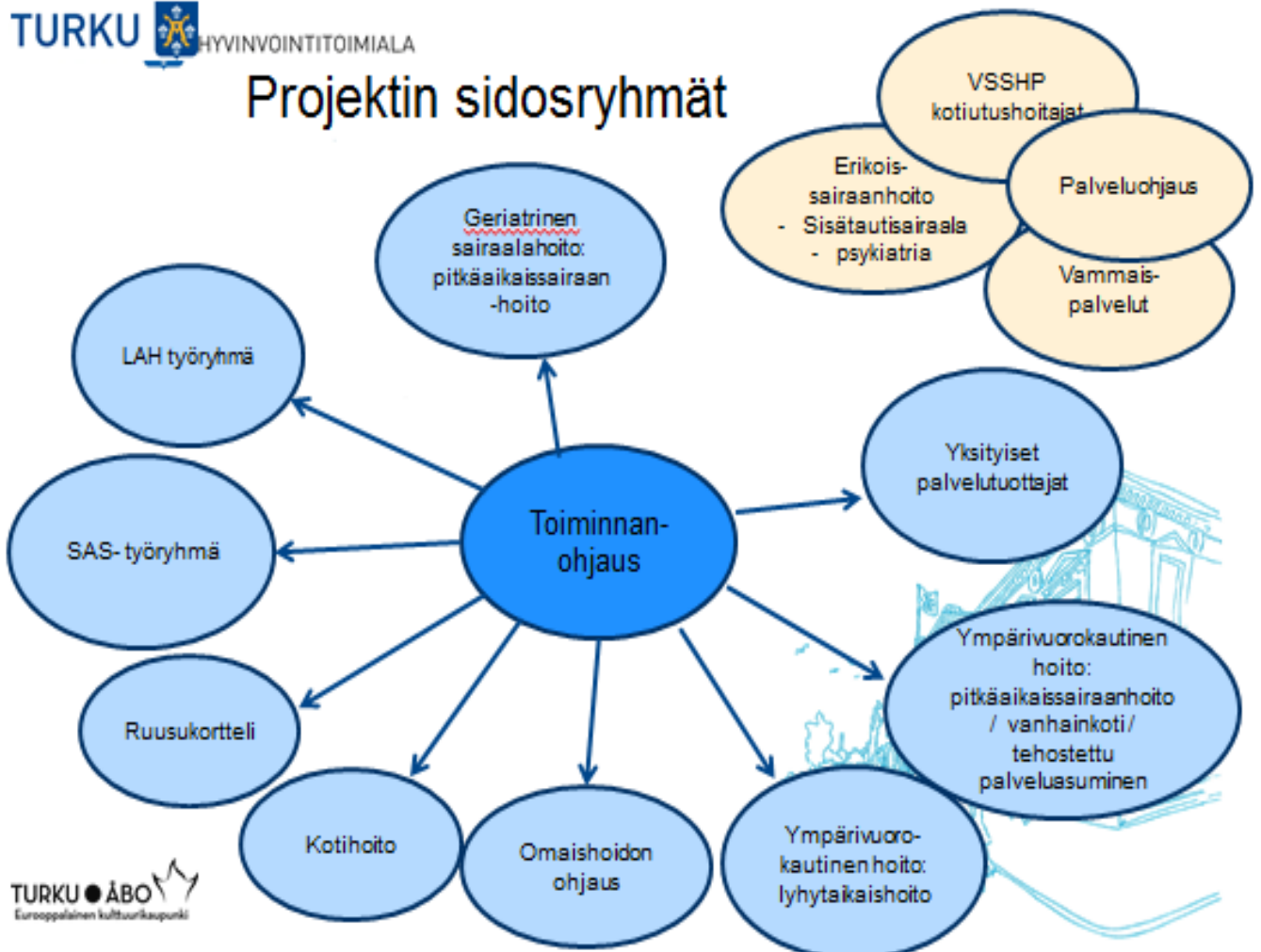
Hyödyt:

- Yhdenmukaiset toimintatavat tuottavat vertailtavaa ja läpinäkyvää tietoa koko prosessin kulusta
- Reaaliaikainen paikkatilanteen kokonaisuuden hallinta tehostaa paikkojen täyttöastetta
- Työprosessien kehittäminen ja yhtenäistäminen parantaa palvelua asiakkaan näkökulmasta ja tehostaa prosessin kulkua
- Tiedonkulun parantuminen vähentää adhoc-toimintaa
- Raportoitavat tiedot syntyvät prosessin dokumentaatiosta, mikä vähentää erillisen tiedontallennuksen tarvetta
- Täyttää muutetun vanhuspalvelulain edellyttämät tietotarpeet

Rajapinnat:

- RAI-toimintakyvyn arviointiväline ympärivuorokautisessa hoidossa, kotihoidossa ja omaishoidossa
- Pegasos
- Yksityiset palvelutuottajat ja PSOP
- Sote-DW

Projektin sidosryhmät



65. Projektin tavoite

- **Asiakkaan hoitopaikan tarpeen arvioinnin tehostaminen**
 - Yhtenevät käytännöt, asiakkaiden tasapuolinen palvelu
- **Palvelun laadun ja prosessin tehokkuuden parantaminen**
 - Palveluprosessien tehostaminen asiakaslähtöisestä näkökulmasta (oikea asiakas oikeassa paikassa oikeaan aikaan)
 - Prosessien yhtenäistäminen
 - Toiminnan systemaattisuuden lisääminen
 - Dokumentoinnin yhdenmukaistaminen ja läpinäkyvyyden lisääminen
- **Tiedonkulun parantaminen ja toiminnan seuranta**
 - Uusi työväline tiedonkulun tueksi
 - Pegasoksen mahdollisuuksien hyödyntäminen ja osaamisen kehittäminen
 - Raportointi toiminnan johtamisen tueksi

66. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Sisältyy projektiin:

- Nykytilan toimintaprosessien kuvaaminen SAS- ja LAH-prosessit
- Tavoitetilan määrittely ja kuvaaminen SAS- ja LAH-prosessit
- Uuden järjestelmän suunnittelu, testaus ja käyttöönotto SAS- tai LAH-prosessin osalta
- Pegasoksen toiminnallisuuden huomiointi osana em. prosessia

Rajaukset (ei sisälly projektiin):

- Integraatitotarpeiden arviointi tai toteutus
- Sote-DW

Linjajohdon vastuulla:

- Toiminnallisten muutosten johtaminen
- Pegasos-käytön osaamisen kehittäminen
- Pegasos toimintatapojen arviointi ja muutokset osana prosessia
- RAI-mittarien hyödyntäminen arvioinnissa

67. Aikataulu ja vaiheet**1.8.2014 – 31.3.2015****Tammikuu: Tilapäishoito-työkalun valmiiksi tekeminen ja käyttöönotto**

Tilapäishoito muutosten toteutus ja muutosten testaus
Sovelluksen tekninen testaus
Sovelluksen käytettävyyden ja toimintojen testaus
LAH-Raportointitarpeet
Pääkäyttäjät
Tietosuoja Käyttäjärühmät, käyttöoikeudet
Hyväksymistestaus
Käyttöohjeiden ja koulutusaineiston laadinta
Toiminnalliset koulutukset
Käyttöönotto

Helmikuu: SAS-työkalun määrittely jatkuu (aloitettu syksyllä 14)

SAS-työkalun määrittely, suunnittelu ja dokumentointi omana työnä
Ohryn katselmointi, sovelluksen suunnitelman hyväksyminen
Sovelluksen toteutus, 1. iterointikierros

Maaliskuu: SAS-työkalun tekninen toteutus ja käyttöönotto

Sovelluksen testaus
Muutostarpeiden kuvaus
Ohryn katselmointi, muutosten hyväksyminen
Sovelluksen muutosten toteutus, 2. iterointikierros
Tietosuoja, käyttäjärühmät, käyttöoikeudet
Perustietojen koonti ja vienti sovellukseen
SAS-hyväksymistestaus
Käyttöohjeiden ja koulutusaineiston laadinta
Toiminnalliset koulutukset
Käyttöönotto

68. Päätuotokset

SAS ja LAH toiminnan kehittäminen toiminnanohjausjärjestelmän avulla
Turun kaupungin vanhuspalveluiden toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton harkittu ja

suunnitelmallinen toteutus.

Optimaalinen toiminnan kehittämistä ja toimintaprosessia tukeva järjestelmä käytössä.

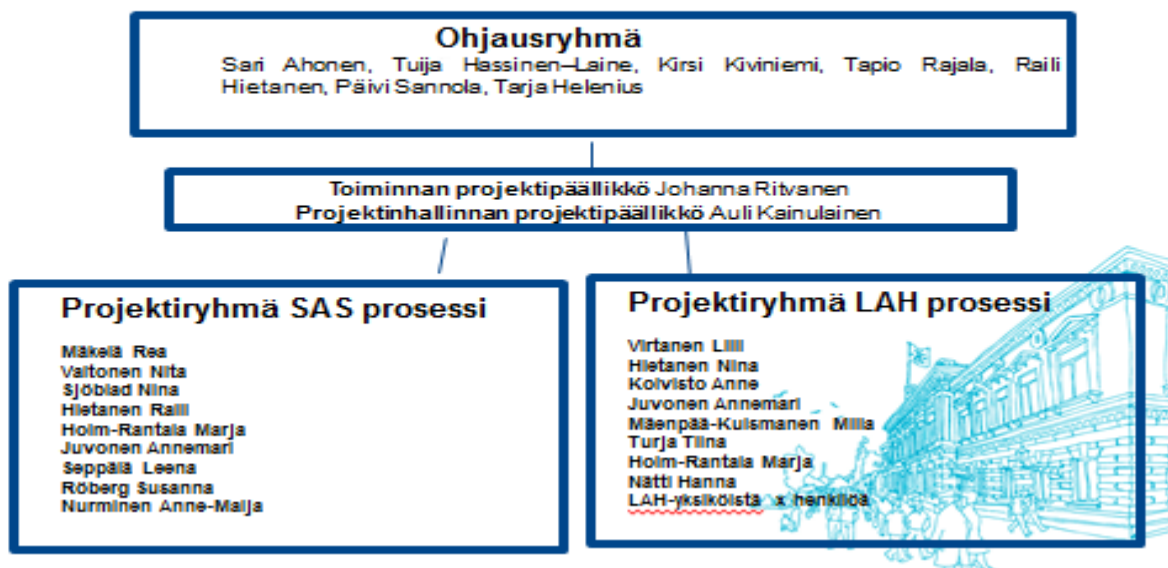
69. Tulosten juurruttaminen

Järjestelmä on käytössä maaliskuun 2015 loppuun mennessä. Projektissa syntyneitä toimintakuvauksia voidaan hyödyntää jatkokehityksessä ja arvioidessa projektin tuotosten toimivuutta. Toiminnan kehittäminen edelleen jää linjajohdon vastuulle, projekti antaa kuvauksen sen aikana havaituista kehittämiskohteista.

70. Organisointi ja avainhenkilöresurssit



PROJEKTIOORGANISAATIO



Resurssit:

Johanna Ritvanen 40 %

- toiminnan mallintaminen ja sovelluksen määrittely siihen, koulutusten valmistelu ja toiminnallinen koulutus

Auli Kainulainen 50 %

- sovelluksen määrittely, suunnittelu ja projektinhallinta

Marja Gråsten 80 %

- sovelluksen suunnittelu ja tekninen testaus, toiminnallinen testaus käyttäjien kanssa, perustietojen koonti

Tilapäishoidon koordinaattorit tammikuun ajan 20 %

SAS-ydintyöryhmä helmi-maaliskuu 20 %

Tuleva pääkäyttäjä tammi-helmi-maaliskuu 20%

71. Riskit

- **Laaja kokonaisuus**
 - Asiakkaat kuuluvat moniin palveluketjuihin: Monet osapuolet arvioivat asiakkaan hoidon tarvetta, käytännöt hyvin moninaisia, jo hyvin pienessä kokonaisuudessa tai prosessin osassa, yksittäisissä työntekijöissä
 - Osapuolten tietoisuus toisistaan ja toistensa toiminnasta
 - Paljon tietoa, joka ei ole "näkyvää"
 - Toimintaprosessin kuvaaminen mahdollisimman kattavaksi
 - Osapuolet oppisivat alansa suuressa kokonaisuudessa
 - Tulevaisuuden näkymä mahdollisimman kattavaksi
- **Rajaaminen eri järjestelmien välillä**
 - Monessa eri järjestelmässä hoitopaikan tarpeen arvioinnissa tarvittavaa tietoa
 - Kuvattava tarve integraatioihin ja tiedonkulkuun järjestelmien välillä
 - Määriteltävä ROCE – järjestelmän täsmällinen käyttötarkoitus
- **Tilanne**
 - Meneillään monia keskeneräisiä kehittämishankkeita, jotka saattavat vaikuttaa toimintaan
 - Organisaatiouudistus
 - Eri järjestelmien kehittäminen
- **Aikataulu ja resurssit**

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>
Projektitoimisto

Projektin nimi: Lääkkeiden koneellinen annosjakelu **Vanhus- ja vammaispalveluissa**

Päivämäärä:	18.12.2014
Toimiala/yksikkö:	Vanhus- ja vammaispalvelut/vanhusten avohuollon palvelut ja vanhusten asumispalvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	vanhusten avohuollon palvelut Johanna Ritvanen vanhusten asumispalvelut Sanna Pirttisalo
Yhteyshenkilö:	

1. Tausta

Läketurvallisuuden parantamiseksi sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa 2005:32 "Turvallinen lääkehoito – valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa" suositellaan lääkkeiden koneelliseen annosjakeluun siirtymistä.

Annosjakelun piirissä on valtakunnallisesti jo useita kymmeniä tuhansia kotihoidon ja palvelutalojen asiakkaita. Fimean systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan annosjakelun piirissä oli vuonna 2011 arviolta reilut 27 000 asiakasta, joista noin puolet saa palvelusta sairausvakuutuksen mukaista korvausta.

THL ja Valvira tekivät kunnille ja toimintayksiköille 2013 vanhuspalvelukyselyn, jossa selvitettiin myös apteekin annosjakelun käyttöä tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja kotihoidossa. Kotihoidossa joka kolmas julkisista ja joka viides yksityisistä yksiköistä käytti apteekin lääke-jakelua kaikilla asiakkaillaan. Puolet kotihoidon yksiköistä ei käyttäneet apteekin lääkeannosjakelua lainkaan.

Turun kaupungilla kotihoidossa tehtiin vuoden 2011 lopussa kartoitus apteekkien tarjoamista palveluista asiakkaille ja niiden maksuista. Kartoitus liittyi palvelurakenteen muutoksen myötä tulleeeseen tarpeeseen ohjata vähäisillä palvelutarpeilla olevat asiakkaat vaihtoehtoihin palveluihin, kuten lääkkeenjaon osalta apteekin palveluihin. Koneellisen annosjakelun hinnat vaihtelivat silloin 7,50€-15€/vko/asiakas. Osalla apteekista oli silloin käytössä myös erillinen aloitusmaksu. Lääkkeiden kotiinkuljetuksen hinta vaihteli 5-20€. Osa apteekeista toimitti lääkkeitä kotiin satunnaisesti ja osalle kuului palveluvalikoimaan, jolloin kotiinkuljetus saattoi olla myös ilmainen kanta-asiakasetu.

Turun kaupungin kotihoidossa on tehty lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta esiselvitystyötä keväällä ja syksyllä 2014, esiselvitystyö Suomen tilanteesta

annosjakelussa päättyi 9 / 2014. Esiselvitys sisälsi 15 eritasoista opinnäytetyötä sekä lukuisia kansallisia julkaisuja ja ohjeita sekä artikkeleita.

Vanhuspalveluissa pidettiin lääkehoidon iltapäivä 19.11.2014 jossa käsiteltiin kotihoidon ja vanhusten asumispalveluiden nykytilannetta sekä koneellisen annosjakelun tilannetta valtakunnallisesti.

Kotihoidossa ja vanhusten asumispalveluissa on kuvattu lääkehoidon nykytilannetta syksyllä 2014 projektin pohjaksi erilaisissa lääkehoidon työryhmissä. Tämä selvitystyö on valmis.

Koneellisen annosjakelun järjestämismallia on käyty läpi kotihoidon lääkehoidon työryhmässä ja tutustuttu eri malleihin ja lääkehoitojakelun teknisiin mahdollisuuksiin. Lisäksi on selvitetty juridisia asioita, laskutusmalleja eri kaupungeissa ja palvelumalleja liittyen koneelliseen lääkejakeluun, sekä mallinnettu näitä lääkehoidon prosesseja.

2. Asiaan liittyvät päätökset

Lääkkeiden jakelu on kunnan lakisääteiseen järjestämisvelvollisuuteen kuuluva tehtävä osana terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoittamaa sairaanhoitoa. Kunnalla on erilaisia vaihtoehtoisia tapoja järjestää lakisääteiset tehtävänsä. Kunta voi kuntalain (365/1995) 2 §:n 3 momentin ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n perusteella esimerkiksi hoitaa lääkkeiden jakelun itse tai hankkia lääkkeiden annosjakelupalvelun apteekilta. (Kuntainfo 6/2013, Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu)

Asiakkaiden kotona asumisen tukemisen kannalta on olennaista, että heidän lääkehoidostaan huolehditaan osana kotihoitoa. (Kuntainfo 6/2013) Kunta työnantajana on aina ensisijaisesti vastuussa potilaaseen nähden, kun se tarjoaa lääkehoitoa palveluna kotihoidossa. (STM Oppaita 2005:32)

Jos kotisairaanhoidon piirissä olevan asiakkaan hoitoon ei kotisairaanhoidon hoitosuunnitelman mukaan sisälly lääkehoitoa, lääkejakelu ei sisälly kotisairaanhoidon piirissä, voivat vapaaehtoisesti liittyä annosjakeluun niin halutessaan. Jos kuitenkin kunta edellyttää asiakkailtaan annosjakeluun liittymistä, kunnan tulisi ministeriön mukaan vastata kustannuksista. Eduskunnan oikeusasiamies katsoi, että lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta ei saa aiheutua asiakkaalle lisäkustannuksia verrattuna kunnan itsensä suorittamaan vastaavaan palveluun. (Sosiaali- ja terveysministeriön lausunto 11.1.2013; Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu 7.3.2013)

Ministeriö toteaa, että säännöllisestä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta peritään yhteinen kuukausimaksu, jonka enimmäismäärä on säädetty asiakasmaksuasetuksessa. Lääkkeiden jakelun sisältyminen kotisairaanhoidon voi korottaa asiakkaan maksamaa säännöllisen kotihoidon maksua, ellei hän ole ilman lääkejakeluun kuluvaan aikaan kotihoidon enimmäismaksun piirissä. Lääkkeiden annosjakelun sisältyminen kunnan järjestämiin palveluihin voi vaikuttaa asiakkaalta perittävään asiakasmaksuun esimerkiksi silloin, jos tuntiperusteisen laskutuksen tuntimäärä lisääntyy (Kuntaliiton yleiskirje 4/80/2014 Kuntien järjestämä lääkkeiden annosjakelu kotihoidossa ja palveluasumisessa).

Turun kaupungin vanhuspalveluiden tulosalueen vuoden 2013 operatiivisessa palvelutuotosopimuksessa esitetään ikäihmisten elämänlaadun turvaamisen yhtenä tavoitteena kotihoidon palveluiden edistäminen kehittämällä erilaisia vaihtoehtoisia palveluratkaisuja. Tavoitteen toimenpiteenä on lääkehoitojakelun järjestämismallin selvittäminen.

TURUN KAUPUNGIN PÄÄTÖKSENTEKO:

Myöhemmin tähän

3. Perustelu ja strategiakytkös

POTILASTURVALLISUUSTRATEGIA
LÄÄKEHOITOSUUNITELMA
VANHUSPALVELULAKI
JNE.

Asiakasturvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus lisääntyy, asiakkaiden lääkekustannuksissa tulee säästöä ja hoitohenkilöstön työaika vapautuu lisääntyviin hoito- ja hoivatehtäviin sekä kuntoutusta tukevaan toimintaan (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen lausunto 17.5.2011, Oikeusasiamiehen ratkaisu 7.3.2013). Kotihoidon tehostamiseen ja tuloksellisuuteen tarvitaan erilaisia teknisiä ratkaisuja, joista koneellinen annosjakelu on yksi. (Kotihoidon tiekartta 2012)

Vuonna 2013 kotihoidossa raportoitiin lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumia 686 kaikkiaan, joista 581 liittyi lääkkeen jako- ja antotilanteisiin. (kotihoidon HaiPro-tilasto 2013)

Kotihoidossa on vuoden 2014 osalta elokuun 21. päivään mennessä tehty lääkehoitoon liittyviä HaiPro-ilmoituksia 393 kpl ja näistä antovirheitä 90 kpl ja jakovirheitä 73 kpl. Ilmoitetuista jakovirheistä läheltä piti - tilanteita on ollut 25 kpl ja tapahtui potilaalle - tilanteita 48 kpl. Tapahtui potilaalle ilmoitusten (48kpl) riskiluokat on arvioitu seuraavasti: vakava riski 0 kpl, merkittävä riski 0 kpl, kohtalainen riski 8 kpl, vähäinen riski 30 kpl ja merkityksetön riski 6 kpl. Ilmoitusten tarkemmassa tarkastelussa tulee ilmi, että virheitä vain tapahtuu, lääkkeitä jää jakamatta tai jaetaan väärin, eikä niihin johtaneita olosuhteita osata aina eritellä, jolloin myös toimenpiteet jäävät yleisluonteisiksi ja olemassa olevien ohjeiden läpikäymiseksi.

4. Hyödyt ja sidosryhmät

Koneellisen annosjakelun käyttöönotto vaatii tulevan lääkehoitoprosessin mallinnuksen tarkasti kokonaisuudessaan huomioiden kaikki toimijat, jotka osallistuvat asiakkaan ja asukkaan lääkehoitoon.

Kotihoidossa on noin 3000 säännöllisen kotihoidon asiakasta, joista lähes kaikilla osana hoitosuunnitelmaa on lääkehoidon suunnitelma. Lääkehoidon logistiikka on huomioitava lääkkeiden kuljetuksesta asiakkaalle kotiin. Tarkoitus säästää kotisairaanhoidon aikaa ja matkakustannuksia.

Annosjakelupalvelu soveltuu erityisesti ikääntyneille, joilla on useita lääkevalmisteita ja vaikeuksia ottaa lääkkeit oikeaan aikaan määrättyinä annoksina. Palvelua tarvitsevan asiakkaan hoitoyksikkö tekee sopimuksen annosjakelujärjestelyistä ja asiakas tekee kirjallisen asiakassopimuksen palvelusta apteekin kanssa. Koneellisen annosjakelun prosessissa apteekki säilyttää reseptit sähköisessä muodossa. Hoitaja tekee kirjallisen tilauksen kahden viikon välein lomakkeella. Lääkäri vahvistaa muutokset sähköiseen reseptin tai tekee uuden reseptin. Apteekki tilaa annosjakeluyksiköltä lääkkeit sovituksi jaksoksi kerrallaan ja toimittaa ne. Apteekki laskuttaa asiakasta jaetuista lääkkeistä ja kuntaa annosjakeluun liittyvistä kustannuksista

Annosjakelun myönteisinä vaikutuksina lääkitysturvallisuuteen koettiin, että annosjakelu oli turvallisempi, hygieenisempi ja selkeämpi dosettijakeluun verrattuna ja jakovaiheen virheet vähenivät. Asiakkaan kotona säilytettävien lääkkeiden määrät vähenevät koneelliseen annosjakeluun siirtymisen myötä. Hävikin pieneneminen, suurten pakkauskojojen käyttö ja järjestelmään siirryttäessä tehtävä kokonaislääkityksen arviointi voivat alentaa lääkekustannuksia

Läkelain mukaan apteekkien tulee hakea Fimealta lupa voidakseen valmistaa annospusseja. Tällä hetkellä (2014) koneellista annosjakelua tuottaa kaksi pääkaupunkiseudun apteekkia, Espoonlahden apteekki ja Itäkeskuksen apteekki, omien yhteistyöyhtiöidensä kautta: PharmaService Oy ja Pharmac Oy. Muut apteekit voivat tilata näiltä apteekeilta palvelua omille asiakkailleen. Myös Helsingin Yliopiston Apteekki ja Itä-Suomen Yliopiston apteekki tekevät koneellista annosjakelua. (Kuntaliiton yleiskirje 4/80/2014.)

SIDOSRYHMÄT:

Kilpailutuksessa osallistuneet yksityisapteekit

Annosjakeluyksikkö

Lääketukkukauppa

Asiakkaat

Omaiset, asiakkaiden edustajat

Asiakkaan hoitorinki: lääkärit (terveysasema, kotihoito, yksityinen?), hoitajat, muut toimijat

Pegasos – pääkäyttäjät (lääkekortti, e-reseptikeskus)

Asiakkaan eri hoitotahot: sairaala, tk, kh, jne.

MITTARIT:

työajan seuranta, **kuinka paljon sairaanhoitajien työaika pitäisi tästä vapautua, kuinka monta sairaanhoitajaa kh:ssa on? Miten vapautuva työaika voidaan hyödyntää, syntyykö lisäkäyntejä vai mitä? Siirtyvä resurssi ei saa mennä hukkaan!**

HaiPro – ilmoitusten seuranta

Asiakastyytyväisyyskysely

5. Projektin tavoite

Rationaalisen lääkehoidon toteutuminen

Läkehoidon turvallisuus

Läkehoidon onnistuminen

Tarpeettomien lääkehoidon kustannusten väheneminen

<p>Työajan optimointi Asiakas- ja lääketurvallisuuden lisääminen Kotihoidon tehostuminen</p> <p>Lääkehoidon turvallisuutta voidaan edistää, kun annosjakelupalvelussa olevien potilaiden lääkitys tarkistetaan tarpeettomien, keskenään yhteen sopimattomien ja päällekkäisten lääkitysten poistamiseksi. Potilaiden lääkehoidon kustannuksia voidaan vähentää, kun potilaalla on kerralla kotonaan enintään kahden viikon lääke-erä. Tällöin esimerkiksi lääkitysmuutoksista aiheutuvaa lääkehävikki vähenee eikä potilaan kotiin kerry tarpeettomia lääkkeitä. Koneellisen annosjakelun seurauksena hoitajien työaikaa avoterveydenhuollossa kuluu vähemmän lääkkeiden jakeluun, reseptien hallinnointiin ja uusintaan sekä apteekissa asiointiin.</p>
<p>6. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus</p>
<p>Tässä projektissa keskitytään koneelliseen annosjakeluun, Erilaiset muut tekniset apuvälineet, eli mobiilitunniste pussissa, evondos – apuvälineet liittyen lääkepussien ottamiseen (kuuluuko projektiin vai ei)</p>
<p>7. Aikataulu ja vaiheet</p>
<p>Kevät 2015 pilotoidaan koneellista annosjakelua ylempi AMK opinnäytetyönä Syksyllä 2014 sovittu pilotoitavan koneellisen annosjakelun toimintamalli yhdellä kotihoidon alueella ja tehostetun palveluasumisen yksikössä.</p> <p>Tammikuu 2015 pilotoinnin valmistelu Helmi-maalis-huhtikuu 2015 pilotointi touko-kesäkuu tulokset ja niiden käsittely, johtopäätökset</p> <p>Kilpailutuksen valmistelu: esiselvitys, nykyisen ja tavoitetilan kuvaus Konkreettiset toimintatavat optimaaliset kuvattuna Markkinoihin tutustuminen... Projektisuunnitelma Kilpailutus Koulutukset Käyttöönotto TARKENTUVAT JA KIRJATAAN MYÖHEMMIN</p>
<p>8. Päätuotokset</p>
<p>Koneellinen annosjakelu onnistuneesti kotihoidossa ja vanhusten asumispalveluissa käytössä.</p>
<p>9. Tulosten juurruttaminen</p>
<p>Projektin tulokset juurrutetaan sisällyttämällä koneellinen annosjakelu osaksi kotihoidon ja vanhusten asumispalveluiden työprosessia ja toimintaa. Muutosjohtamisen huomiointi toimintamallissa.</p>
<p>10. Organisointi ja avainhenkilöresurssit</p>
<p><i>Projektiorganisaatio, Avainhenkilöresurssit ja osaaminen, henkilöstötarve ja osaaminen, uusien henkilöiden palkkausprojektiin tai perustoimintaan, sijaisuusjärjestelyt, resurssointi</i> Sovitaan myöhemmin, mikä on projektiryhmä ja ohry?</p>

11. Projektin kustannukset ja rahoitus

Arvio projektin aikaisista kustannuksista, yhden vuoden käyttökustannuksista ja hyödyistä, arvio ulkopuolisesta rahoituksesta

Tarkistettu kannattavuuslaskelma: lasketaan myöhemmin

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<i>Kulut yhteensä (-)</i>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<i>Tulot yhteensä (+)</i>						
<i>Kassavirta yhteensä</i>						

12. Riskit

Projektiin liittyvät riskit: resurssit, sitoutuminen, motivointi, ajankäyttö

Vapautuneen työajan kohdentuminen toisaalle kuin oli tarkoitus. Tämä riski hallitaan muutosjohtamisella: Tuotetaanko sillä lisää kotikäyntejä vai kohdennetaanko työaika asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseen.

Merkittävimmät riskit (mm. liittyen projektin kompleksisuuteen, osaamiseen, avainhenkilöihin, innovatiivisuuteen, hyötyjen saavuttamiseen, toimintaympäristön muutoksiin, tulosten siirtämiseen käytäntöön) ja keinot niiden hallintaan

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

Projektin nimi: 1. Tuotantosuunnitelma/ rakennemuutoksen toteuttaminen ja uuden strategiakauden valmistelu

Päivämäärä:	9.1.2015
Toimiala/yksikkö:	<i>Vanhus- ja vammaispalvelut / Vanhusten asumispalvelut</i>
Omistaja:	<i>Sari Ahonen</i>
Projektipäällikkö:	<i>Kirsi Kiviniemi</i>
Yhteyshenkilö:	<i>Kirsi Kiviniemi</i>

72. Tausta

Laki iäkkäiden ihmisten toimitakyvyn tukemisesta ja sosiaali- ja terveystalouden parantamisesta sekä laatusuositus linjaavat vanhusten ympärivuorokautisen hoidon palvelujen kattavuuden osalta vuodelle 2017 seuraavat tavoitetasot 75 vuotta täyttäneen väestön osalta: vanhainkodit ja pitkäaikainen laitoshoidon terveyskeskuksessa 2 % ja tehostettu palveluasuminen 7 %. Turkulaisesta 75 vuotta täyttäneestä väestöstä oli pitkäaikaisessa laitoshoidossa 6,3 % ja tehostetussa palveluasumisessa 4,3 % vuoden 2013 lopussa. Joulukuun 28 pvä vuonna 2014 pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli 5,7 % 75 vuotta täyttäneestä turkulaisesta väestöstä ja tehostetussa palveluasumisessa oli 4,6 %.

Vuoden 2015 operatiivisessa sopimuksessa on tavoitteeksi asetettu, että ympärivuorokautisessa pitkäaikaisessa hoidossa on 1840 asukasta ja että enintään 50 % näistä asukkaista on laitoshoidossa. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää laitoshoidon purkamista. Ympärivuorokautisen hoidon sisäisen palvelurakenteen osalta tavoitteena on, että 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 5,0 % on tehostetussa palveluasumisessa ja 4,9 % on laitoshoidossa. Tämä rakennemuutos on kirjattu Turku 2029 strategiaan sisältyvän Vanhuspalvelusuunnitelmaan (vuosille 2014 – 2016).

73. Asiaan liittyvät päätökset

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta annetun lain muuttamisesta HE 240/2014vp

Strategian hyväksyminen. Kv / Dnro 3050-2013. Vanhuspalvelusuunnitelma 2014 – 2016 sisältyy strategiaan.

Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015 sosterla / Dnro 8746-2014. Kh / Dnro 1149-2013.

Vuoden 2015 talousarvioon ja vuosien 2015 -2018 taloussuunnitelmaan sisältyvien

strategisten sopimusten hyväksyminen. Kh / Dnro 7446-2014.

Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015. Sosterla / Dnro 8746-2014

3. Perustelu ja strategiakytkös

Projekti toteuttaa strategiaa ja hyvinvointi- ja aktiivisuusohjelman linjauksia 2.1.2. sekä 2.1.3.

Vanhusten pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon sisäinen palvelurakennemuutos (laitoshoidosta tehostettuun palveluasumiseen) on kirjattu myös Turku 2029 strategiaan sisältyvän Vanhuspalvelusuunnitelmaan (vuosille 2014 – 2016).

Projekti toteuttaa SPS painopistettä 4: Tuetaan ikäihmisten toimintakykyä ja kehitetään hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi.

Laitosmainen hoitoympäristö ja laitosmaiset toimintakäytännöt eivät edistä asiakaslähtöistä ja asiakkaan toimintakykyä ylläpitävää toimintaa. Kaupungin oman palvelutuotannon käytössä olevat tehostetun palveluasumisen yksiköiden tilat eivät suurelta osin vastaa sitä mitä tiloilta tänä päivänä edellytetään.

Ellei muutosta tehdä, Turku ei saavuta kansallisella tasolla asetettuja palvelurakennetavoitteita.

Vuoden 2014 lopussa vanhusten ympärivuorokautisesta hoidosta 38 % on järjestetty ostopalveluina. Tehostetusta palveluasumisesta ostopalveluina järjestetään 70 %.

4. Hyödyt ja sidosryhmät

OPS tavoitteet vuodelle 2015:

- *asiakkaat pitkäaikaishoidossa 1840*
- *joista laitoshoidossa 50%*
- *tehostetun palveluasumisen asukkaat 930*
- *+75-vuotiaat asukkaat tehostetussa palveluasumisessa 824 (5%)*
- *hoivahoidon asukkaat 910*
- *+75-vuotiaat asukkaat hoivahoidossa 806 (4,9%)*

Muutoksella tavoitellaan sitä, että vanhukset eivät asu laitoksissa vaan kodinomaisissa ryhmäkodeissa. Palvelurakenteen muutokseen sisältyy iäkkään henkilön näkökulmasta muutokset asiakasmaksujen määräytymisessä. Palvelurakenteen muutokseen liittyy kiinteästi hoidon ja huolenpidon toiminnallinen muutos toimintakykyä ylläpitäväksi ja asukaslähtöiseksi toiminnaksi. Ensisijainen hyötyjä on turkulainen iäkäs ihminen. Muutoksella tavoitellaan myös taloudellista hyötyä mm. sillä, että nykyiset pienet yksiköt saadaan yhteisiin tiloihin.

Hyötyjä voidaan mitata ympärivuorokautisen hoidon sisäistä palvelurakentta kuvaavilla %-osuuksilla (laitushoito vs. tehostettu palveluasuminen, vrt. laatusuosituksen tavoitetasot) ja palvelujen tuottamisen nettokustannuksilla.

Kohderyhmä käsittää noin 9 - 10 % 75 vuotta täyttäneestä turkulaisesta väestöstä. Tämän lisäksi ovat ne alle 75 vuotiaat turkulaiset, jotka tarvitsevat 24/7 hoitoa ja huolenpitoa ja joille palvelua ei ole mahdollista järjestää muulla tavoin.

Keskeisenä sidosryhmänä tilojen osalta ovat strategiset tilapalvelut ja tilapalvelut/kiinteistöliikelaitos.

5. Projektin tavoite

Tavoitteena on saada korvaavat tilat seuraaville yksiköille: Mäntykoti, Sävelkoti, Niittykoti, Katariinan palvelutalo, Höveli, Kurjenpesä, Mansikkapaikka ja Pohjantähti sekä Kutomokoti. Tämän lisäksi tavoitteena on Kurjenmäkikotien peruskorjaus ja laajennusrakentaminen siten että niissä on 160 tehostetun palveluasumisen paikkaa. Viime kädessä tavoitellaan asianmukaisia tiloja turkulaisille iäkkäille henkilöille: 1-hengen huone ja oma wc, yhteisöllisyyttä edistävät yhteiset tilat, hyvät ulkoilumahdollisuudet.

Toisena tavoitteena on käynnistää vanhuspalvelujen strategian päivittäminen pidemmälle aikavälille (ns. vanhuspalvelusuunnitelma).

6. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Projektissa tavoitellaan em. yksiköille korvaavia tiloja ja peruskorjausta. Projekti liittyy projektiin 4: pitkäaikaishoidon laadun kehittäminen.

Strategian päivittämisessä keskeisiä sidosryhmiä ovat turkulainen ikääntynyt väestö, vanhusneuvosto, työntekijät, muut toimialat.

7. Aikataulu ja vaiheet

Korvaavat tilat Mäntykodille kevään 2015 aikana.
Vuosina 2016-2017 korvaavat tilat noin 120 asukkaalle.
Vuosina 2018 – 2019 korvaavat tilat noin 100 asukkaalle.
Vuosina 2020 – 2021 Kurjenmäkikotien peruskorjaus ja uudisrakentaminen.

Strategian päivittämisen aloittaminen v. 2015 aikana.

8. Päätuotokset

Korvaat tilat aiemmin mainituille yksiköille sekä peruskorjatut ja laajennetut tilat Kurjenmäkikodeille.

Vanhuspalvelujen strategia on laadittu pitkälle aikavälille.

9. Tulosten juurruttaminen

Korvaavien toimitilojen myötä kehitetään myös toimintakäytäntöjä.

10. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Kun korvaavat tilat ovat tiedossa, perustetaan projektiryhmä, joka suunnittelee ja toteuttaa muuton uuteen toimipisteeseen. Tämä vaihe edellyttää 1 – 1,5 työntekijän vapauttamista omasta työstään muuton suunnitteluun ja toteuttamiseen (yksikön esimies ja toimistohenkilö). Näille henkilöille tarvitaan sijaiset perustoimintaan vastaavaksi ajaksi. Suunnittelu ja muutto tarvitsee aikaa 1 – 2 kk. Tähän liittyy konkreettisen muuton lisäksi asukkaiden ja heidän läheistensä sekä henkilökunnan informointi prosessin etenemisestä ja valmentaminen muuttoon ja muutokseen.

Muuttoon uuteen toimitilaan liittyy myös koko henkilöstölle järjestettävät uuden toimitilan käyttöönottokoulutukset. Arviona on, että koulutusta on 1 pv / työntekijä. Esim. Mäntykodissa on 53 vakanssia.

11. Projektin kustannukset ja rahoitus

Muuttoon korvaaviin tiloihin liittyy 1,5 htv:n irrottaminen omista työtehtävistään 1 – 2 kk ajaksi, eli tähän tarvitaan sijaiset (jokaista uutta korvaava tilaa kohden). Tämän lisäksi tulevat yksikön muutosta aiheutuvat kuljetuskustannukset, tarvittavat muutostyöt ym. Muutosta aiheutuvia kustannuksia ei pysty tässä vaiheessa arvioimaan. Vuoden 2015 osalta arviona on Mäntykodin muutto korvaaviin tiloihin.

Arvio omasta työstään irrotettavan henkilöstön kustannuksista on ilmoitettu sivukuluineen. Korvaaviin tiloihin muuton logistisista kustannuksista tai esim. tietoliikenteen järjestämisestä koituvista kustannuksista ei ole tässä vaiheessa riittävästi tietoa arvion tekemiseksi.

Muutos laitoshoidosta tehostettuun palveluasumiseen edellyttää koko henkilöstölle (n=53) kolmen päivän mittaista koulutusta ja toiminnan käynnistäminen korvaavissa tiloissa yhden päivän mittaista käyttöönottokoulutusta.

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>		14300				
<i>Ulkoiset palvelut</i>		tarkentuu myöhemmin				
<i>Investoinnit</i>		sängyt?				
<i>Ylläpitokulut</i>						
Kulut yhteensä (-)						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
Tulot yhteensä (+)						
Kassavirta yhteensä						

<Tuodaan salkusta>

12. Riskit

Suurin riski on se, että korvaavat tilat eivät syystä tai toisesta järjesty.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

Projektin nimi: RAI-järjestelmän vakiinnuttaminen ja hyödyntäminen ja rakenteellisen kirjaamisen kehittäminen

Päivämäärä:	7.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala / Vanhus- ja vammaispalvelut / Vanhusten asumispalvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Sanna Pirttisalo
Yhteyshenkilö:	Sanna Pirttisalo

74. Tausta

Vanhusten asumispalveluiden asukkaiden toimintakykyä ja hoidon tarvetta on mitattu pääosin RaVa-mittarilla, joka on varsin suppea (13 kysymystä), lähinnä siinä kartoitetaan asukkaan fyysistä toimintakykyä. Psykkistä- ja sosiaalista toimintakykyä sekä muistitasoa ja päätöksentekokykyä ei mittari kuvaa kattavasti ja monipuolisesti. RaVan lisäksi on käytetty muita hoidon mittareita esim. painehaavan riskiluokitusta (Braden), ravitsemustason arviointi (MNA), kaatumisen riskikartoitus (Frat), kipumittareita (VAS, Painad) jne. Useiden mittareiden tekeminen ja niiden tulosten hyödyntäminen asukkaan tarpeiden määrittämisessä sekä toimintakykyä ja voimavaroja tukevassa hoidon suunnittelussa on monimutkaista.

Rakenteinen kirjaaminen kansallisen mallin mukaan on jo useita vuosia ollut käytössä. Rakenteinen kirjaaminen koostuu hoitotyön ydintiedoista (hoidon tarve, toiminnot, tulos, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus) ja sovitusta luokituksesta, FinCC:stä. Kirjaamisen sisällön laatua on seurattu ja parannettu vuosien myötä. Tähän on nimetty toimintayksiköihin kirjaamisvastaavia ja heidän tueksi kirjaamisen asiantuntijoita. Lisäksi kirjaamisen tasoa seurataan sisällön analyysimittarilla ja aikaisemmin disco-ajoilla.

Asukkaan hoitosuunnitelma on kaiken perusta yksilölläiselle toimintakykyä ja voimavaroja tukevalle hoidolle. Asukkaan päivittäiset tarpeet, tavoitteet ja hoitotoiminnot kirjataan yhdessä asukkaan ääntä kuunnellen hoitosuunnitelmaan. Hoidon mittareista saatuja tuloksia ja johtopäätöksiä kirjataan vaihtelevasti hoitosuunnitelmaan, jolloin asukkaiden saama hoito ei aina ole yhtenäistä, asukaslähtöistä ja tavoitteellista.

RAI on työväline selvitetäessä yksittäisen asiakkaan/asukkaan toimintakykyä. Se antaa toimintakyvystä ja voimavaroista kokonaisvaltaisesti tietoa eri mittareilla. Mittaritiedon tulee olla peruste asukkaan hoidon suunnittelulle.

Johtamisen näkökulmasta mittaritiedon avulla voidaan myös seurata hoidon laatua ja vaikuttavuutta. RAI-järjestelmään kuuluu myös kansainvälisesti validoituja hoidon laatua

kuvaavia indikaattoreita, joiden tuottama tieto toimii yksikkötasolla toiminnan kehittämisen tukena. Johtamisen näkökulmasta RAI-tieto palvelee myös osaamisen kehittämisen tukena. RAI-tieto mahdollistaa johtamisen näkökulmasta asukasrakenteeltaan samankaltaisten yksiköiden vertailun kustannusten osalta.

RAIn käyttöönotto alkoi vanhusten asumispalveluissa syksyn 2013 aikana henkilöstön koulutuksilla. Koulutukseen osallistuva hoitotyöntekijä tekee omassa yksikössään RAI-oppien mukaan ja sähköistä järjestelmää käyttäen omalle asukkaalleen puolivuositain RAI-arvioinnin. Asukkaan RAI-arvioinnista muodostuu perusraportti, jossa on kuvattu RAI-mittareilla asukkaan toimintakykyä monipuolisesti. RAI-mittaritietoa käytetään asukkaan hoitosuunnitelman laatimisessa. Hoitosuunnitelma perustuu seuraaviin RAI-mittareihin: fyysistä toimintakykyä kuvaava (ADL_28), päätöksentekokykyä ja muistitasoa kuvaava (CPS), sosiaalista aktiivisuutta kuvaava (SES), ravitsemuksen arviointi (BMI, MNA), kivun taso (Pain), masennusasteikko (DRS) ja terveydentilan vakaus (CHESS).

RAIn jalkauttamiseen tarvitaan avainhenkilöitä, jotka ovat RAI:n monipuolisia osaajia ja auttavat hoitajia RAI-arvioinnin tekemisessä, tulosten tulkinnessa ja asukkaan hoidon suunnittelemisessa. Näiden avainhenkilöiden koulutus käynnistyy alkuvuodesta 2015 ja he tulevat jatkossa olemaan organisaatiomme voimavara RAI:n käytön vakiinnuttamisessa.

Rakenteisen kirjaamisen otsikkoiden ja RAI:n tuottaman mittaritiedon integrointi saumattomaksi kokonaisuudeksi asukaslähtöisen, asukkaan voimavaroja tukevan ja kuntouttavan hoitotyön otteen vahvistamisessa on osa projektia.

75. Asiaan liittyvät päätökset

RAI-järjestelmän käyttöönotto vanhuspalveluissa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Perla / Dnro 13288-2012.

Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015. Sosterla / Dnro 8746-2014

76. Perustelu ja strategiakytkös

Projekti toteuttaa kaupungin strategiaa ja sen hyvinvointi- ja aktiivisuusohjelman linjauksia 2.1.2. ja 2.1.3. Projekti liittyy strategisen sopimuksen painopisteeseen 4: tuetaan ikäihmisten toimintakykyä ja kehitetään hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi.

Vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013 ja sen perusteella päivitetty laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi julkaistiin myös heinäkuussa 2013. Laissa ja laatusuosituksessa edellytetään, että vanhuksen toimintakykyä ja voimavaroja arvioidaan monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Arvioinnissa huomioidaan iäkkään henkilön voimavarat ja mm. vanhuksen liikkuminen, kaatumisriski, avun tarve päivittäisissä toiminnoissa, mieliala, päätöksentekokyky- ja muistiongelmat, aistitoiminnot, sosiaalinen aktiivisuus, ravitsemus, ihon kunto, erittämisen ongelmat, sairaudet ja lääkehoito.

Vanhusten asumispalveluiden tulokortin laatukriteereinä ovat seuraavat RAI-laatuindikaattorit: vuoteeseen hoidettavien asukkaiden määrä, asukkaat joilla ei ole aktiviteetteja ja säännöllisten unilääkkeiden käyttö. RAI-laatuindikaattorit kuvaavat sen parempaa laatua, mitä pienempi on indikaattorin %-osuus.

77. Hyödyt ja sidosryhmät

OPS tavoitteet vuodelle 2015:

vuoteeseen hoidettavat potilaat:

- tehostettu palveluasuminen 0%

- vanhainkotihoito 12%
- pitkäaikaissairaanhoido 45%

Asukkaat, joilla ei aktiviteetteja 55%

Asukkaat, joilla käytössä säännöllinen unilääkitys 20%

RAI-järjestelmän käytön vakiinnuttamisella ja RAI-mittaritiedon hyödyntämisellä asukkaan kirjallisen hoitosuunnitelman laatimisessa tavoitellaan asukaslähtöisen, asukkaan voimavaroja tukevan ja toimintakykyä ylläpitävän hoitosuunnitelman laatimista. Hoitosuunnitelma on väline, jonka ohjaamana jokainen työntekijä toteuttaa asukkaan saamaa hoitoa.

Toiminnalla tavoitellaan yksilöllistä hoitoa ja hoidon jatkuvuutta. Toisena keskeisenä hyötynä on tiedonkulun parantuminen.

Ensisijaisia hyötyjiä ovat vanhusten asumispalveluiden runsaat 1100 asukasta.

Hyötyjä mitataan em. RAI-laatuindikaattoreilla (vuoteeseen hoidettava, aktiviteetit, unilääkkeiden käyttö). Tiedonkulun parantumista mitataan haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten (HaiPro) määrällä (myös lääkehoitoon liittyvä ilmoitukset).

78. Projektin tavoite

RAI-järjestelmän käytön vakiinnuttamiseksi ja rakenteellisen kirjaamisen kehittämiseksi on suunniteltu RAI-avainosaajien koulutusta henkilöille, jotka ovat toimineet yksikössä sekä kirjaamisvastaavina ja RAI-vastaavina. Heitä on kuusi. Tavoitteena on RAI-avainosaajan koulutuksessa, että avainosaajat kehittävät kirjaamiseen mallin, jossa käytetään RAI:n mittareiden ja FinCC-luokituksen yhteneväistä käyttöä ja kirjaamisen malli tulee toimimaan käsikirjana vanhusten asumispalveluiden yksiköissä hoitajien tukena asukkaiden hoitosuunnitelmien laadinnassa.

79. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

RAI-avainosaajat toimivat oman työn ohessa (toimivat hoitotyössä sairaanhoitajana tai lähihoitajana). Heidän vastuualueensa RAI:n vakiinnuttamisessa ja kirjaamisen kehittämisessä on isompi. RAI vuosikellon laatiminen.

80. Aikataulu ja vaiheet

RAI-avainosaajien oma koulutus 3 x 3 pv vuoden 2015 aikana + sähköisen oppimisympäristön käyttö ja ennakotehtävien tekeminen.

RAI-avainosaajien säännölliset tapaamiset, joka kuukausi ½ pv

Yksiköiden RAI-vastaavien ja lähiesimiesten tukemiskäytäntöjen vakiinnuttaminen.

RAI-järjestelmän käyttöönoton toisen vaiheen hoitosuunnitelmakoulutukset keväällä 2015 (noin 150 työntekijää á 6 tuntia).

81. Päätuotokset

Jokaisen iäkkään asukkaan toimintakyky on arvioitu laaja-alaisesti: fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen (arvion tehdään RAI-mittareita hyödyntäen)

Jokaiselle iäkkäällä asukkaalla on ajantasainen hoitosuunnitelma (päivitys väh. 6 kk välein), joka perustuu laaja-alaiseen toimintakyvyn arviointiin. Hoitosuunnitelman perustana ovat asukkaan jäljellä olevat voimavarat ja hoidon tarve.

Asukkaan päivittäisessä hoidossa toteutetaan kirjattua hoitosuunnitelmaa.

82. Tulosten juurruttaminen

Käsikirjan jalkauttamiseen liittyy RAI-avainosaajan toiminta, RAI- ja kirjaamisvastaavien toiminta, kirjaamisen asiantuntijoiden toiminta ja lähijohtaminen. Kaikkien näiden panos tarvitaan juurruttamiseen.

83. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektiorganisaatio

Avainhenkilöresurssit ja osaaminen

Miten projekti vaikuttaa yksikön/organisaation muuhun henkilöstötarpeeseen ja osaamiseen? Palkataanko uusia henkilöitä projektiin tai perustoimintaan? Miten sijaisuusjärjestelyt hoidetaan?

täydentyy!

<Tuodaan Ohjaus välilehdet (Projektiorganisaatio)> + <Tuodaan resurssoinnista perustiedot>

84. Projektin kustannukset ja rahoitus

Arvio projektin aikaisista kustannuksista, yhden vuoden käyttökustannuksista ja hyödyistä, arvio ulkopuolisesta rahoituksesta

RAIn käyttöön ottoon liittyvä ns. toisen aallon hoitosuunnitelmakoulutukset n.

Avainosaajien koulutus n. 5600 €

RAI-järjestelmän ja pilvipalveluiden käyttökustannukset n.

täydentyy vielä!

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
Kulut yhteensä (-)						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
Tulot yhteensä (+)						
Kassavirta yhteensä						

85. Riskit

RAI-avainhenkilöiden sitoutuvuus tai vaihtuvuus. RAI-avainhenkilön rooli muodostumassa, mutta vaatii vielä tarkennusta esim. heidän ajan käyttöön, ty

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

Projektin nimi: 3. Varahenkilötoiminnan laajentaminen ja sijaikäyttötoiminnan mallin uudistaminen

Päivämäärä:	12.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala / Vanhus- ja vammaispalvelut / Vanhusten asumispalvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Grünberg-Liuska Elisabeth, Kiviniemi Kirsi
Yhteyshenkilö:	

86. Tausta

Vanhusten asumispalveluiden tulosityksikössä on 1117 ympärivuorokautisen hoidon paikkaa, joista 94 % on pitkäaikaishoidon asiakkaiden käytössä. Tulosityksikön vakanssien määrä on 922. Noin 60 % henkilökunnan vakansseista on lähihoitajan vakansseja ja 16 % on sairaanhoitajan vakansseja.

Vuonna 2013 lähihoitajien ammattiryhmällä oli 1–3 pv:n mittaisia sairauspoissaoloja yhteensä 2873 päivää. 4 – 10 päivän sairauspoissaoloja oli yhteensä 3909 päivää. Henkilötyövuosina 1-3 päivän poissaolot tarkoittavat noin 11 htv:tä ja 4-10 päivän poissaolot ovat noin 15 htv:ta. Vakiintuneena toimintakäytäntönä on ollut, että näihin lyhyisiin akuutteihin poissaoloihin rekrytoidaan lyhytaikaisia sijaisia.

Vuoden 2013 osalta analysoitiin yksityiskohtaisemmin vanhuskeskus 4 ja 5 toteutuneita lisä- ja ylityötunteja ja näistä aiheutuneita kustannuksia. Analyysi osoitti, että merkittävä osa lisä- ja ylityötunneista oli lyhytaikaisten sijaisten tekemiä. Tämä johtui siitä, että lyhytaikaiset sijaiset kiertävät hyvinvointitoimialan eri yksiköissä ja tästä syystä heidän viikkottainen tuntimääränsä nousi niin korkeaksi, että muodostui lisä- ja ylityötunteja. Vanhuskeskus 4 ja 5 osalta lisä- ja ylityökorvauksia maksettiin lähes 162 000 euroa vuonna 2013.

Sen lisäksi, että lyhytaikaisten sijaisten palkkaaminen on osoittautunut kalliiksi, niin heidän rekrytointinsa vaatii kohtuutonta työpanosta lähinnä yksiköiden esimiehiltä. Tästä syystä päädyttiin käynnistämään vakainainen varahenkilötoiminta.

Ensimmäisessä vaiheessa toiminta käynnistyi vanhuskeskus 4 ja 5 kesäkuussa 2014. Toiminta käynnistyi kohdentamalla siihen 10 lähihoitajan vakanssia ja 1 sairaanhoitajan vakanssi. Toteutuneet nimikemuutokset mahdollistivat sen, että vakansseja oli mahdollista kohdentaa toimintaan.

<p>Varahenkilötoiminnan suunnitteluvaiheessa tulevat varahenkilöt ja projektipäällikkö kävivät tutustumassa Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystalouden varahenkilötoimintaan.</p>	
87.	Asiaan liittyvät päätökset
<p>Strategian hyväksyminen. Kv / Dnro 3050-2013. Vanhuspalvelusuunnitelma 2014 – 2016 sisältyy strategiaan. Varahenkilötoiminnan käynnistäminen sisältyy vanhuspalvelusuunnitelmaan.</p> <p>Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015 sosterla / Dnro 8746-2014. Kh / Dnro 1149-2013.</p> <p>Vuoden 2015 talousarvioon ja vuosien 2015 -2018 taloussuunnitelmaan sisältyvien strategisten sopimusten hyväksyminen. Kh / Dnro 7446-2014.</p>	
88.	Perustelu ja strategiakytkös
<p>Vanhuspalvelusuunnitelma sisältyy Turku 2029 strategiaan, joka on hyväksytty kaupungivaltuustossa kesäkuu 2014. Vanhuspalvelusuunnitelmaan sisältyy varahenkilötoiminnan käynnistäminen.</p>	
89.	Hyödyt ja sidosryhmät
<p>Varahenkilötoiminnan laajentamisella ja vakiinnuttamisella tavoitellaan ensi sijaisesti lyhytaikaisten sijaisten käytön vähentämistä. Hyötyjä voidaan mitata henkilötyövuosina ja palkkakustannuksina (sijaisten palkat ja eriliskorvaukset).</p> <p>Lyhytaikaisten sijaisten korvaaminen vakinaisilla varahenkilöillä vaikuttaa myös asukkaiden saamaan hoidon laatuun ja vaaratapahtumien esiintyvyyteen. Hyötyjä mitataan erityisesti lääkehoitoon liittyvillä haitta- ja läheltä piti ilmoitusten määrillä.</p> <p>Varahenkilötoiminta laajenee tammikuussa 2015 kaikkiin vanhusten asumispalveluiden yksiköihin. Lähihoitajan vakansseja on käytössä 22 ja sairaanhoitajan vakansseja on yksi.</p>	
90.	Projektin tavoite
<p>Projektin tavoitteena on</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Vähentää lyhytaikaisten sijaisten käyttöä (ensisijaisesti 1 – 3 pv:n poissaolot, myös 4 – 10 pv:n poissaolot) 2) laajentaa varahenkilötoiminta kattamaan kaikki vanhusten asumispalveluiden toimintayksiköt 3) kehittää varahenkilöiden varausjärjestelmää 4) kehittää varahenkilötoiminnan raportointia ja vaikuttavuuden seurantaa 5) vakiinnuttaa varahenkilötoiminta 	
91.	Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus
<p>Projektissa sisäänajetaan uudet 12 lähihoitajaa toimintaan. Projektissa kehitetään varahenkilöiden varausjärjestelmää ja kartoitetaan markkinoilla olevia ketteriä, selainpohjaisia varausjärjestelmiä. Projektissa kehitetään edelleen varahenkilötoiminnan pelisääntöjä.</p> <p>Projekti on yhteydessä vanhusten asumispalveluiden toiminnan sisällölliseen kehittämiseen ja RAI:n käytön vakiinnuttamiseen.</p>	
92.	Aikataulu ja vaiheet

<p>Varahenkilötoimintaa käynnistyy kaikissa vanhusten asumispalveluiden yksiköissä 12.1.2015.</p> <p>Helmi-maaliskuussa kartoitetaan, minkälaisia vaihtoehtoisia sähköisiä ohjelmistoja on markkinoilla varaustoimintaan.</p> <p>Kevään aikana rekrytoidaan varahenkilötoiminnan yksikön esimiehen virkaan vakinainen henkilö.</p> <p>Kesä-heinäkuussa arvoidaan käynnistymisvaiheessa sovittuja pelisääntöjä ja tehdään tarvittavat muutokset.</p> <p>Neljännes vuosittain analysoidaan lyhytaikaisten sijaisten käyttöä, lisä- ja ylityökustannuksia ja henkilötyövuosia.</p>
<p>93. Päätuotokset</p>
<p>Kaikki yksiköt käyttävät varahenkilöitä – seurantaan käyttöä ja kattavuutta Lyhytaikaisten sijaisten käyttö on vähentynyt – htv Varahenkilövakansseissa on työntekijät toistaiseksi voimassa olevissa työsuhteissa</p>
<p>94. Tulosten juurruttaminen</p>
<p>Varahenkilötoiminnan juurruttamisessa on keskeistä, että yksiköiden esimiehet ja henkilöstö oppivat käyttämään varahenkilöitä.</p>
<p>95. Organisointi ja avainhenkilöresurssit</p>
<p>Vanhusten asumispalveluiden johtoryhmä ohjaa varahenkilötoimintaa.</p> <p>Projektiryhmässä ovat varahenkilötoiminnan yksikön esimies, toimintayksiköiden yksiköiden esimiesten edustaja, vanhuskeskusjohtajien edustajat ja varahenkilöiden edustajat. Kevään 2014 aikana kuukausittaiset palaverit toiminnan hiomiseksi ja pelisääntöjen edelleen kehittämiseksi.</p> <p>Varahenkilöiden (n=23) osaamisen ylläpitäminen ja perehdyttäminen ½ pv / kk / työntekijä Toiminnan alkuvaiheessa työyhteisöpalaverille on varattu viikoittain aikaa 1,5 t/työntekijä.</p>
<p>96. Projektin kustannukset ja rahoitus</p>
<p>Varahenkilötoiminnan laajentuessa uusille työntekijöille hankitaan älykännykät (tieto seuraavien päivien työvuoroista välittyy sähköpostitse) ja työreput (mm. työkenkien kuljettaminen).</p> <p>Jatkuvia kustannuksia ovat ladattavat bussikortit (siirtyminen yksiköstä toiseen). Kiireisiä yksiköistä toiseen siirtymisiä varten työntekijöillä on varalla 1 – 2 kertakäyttöistä taksikorttia. Niillä työntekijöillä, joilla on mahdollisuus käyttää omaa autoa, on oman auton käyttöoikeus.</p> <p>Toiminnan käynnistysvaiheessa on varauduttu ryhmätyöohjauksen palveluiden ostamiseen.</p> <p>Sähköisen varausjärjestelmän hankkiminen ja siitä aiheutuvat kustannukset.</p> <p>Tavoitteena on 4 htv:n vähennys ja tätä vastaava euromäärän vähennys sijais-palkoista ja</p>

erilliskorvauksista (150 000 – 200 000 €).

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>		10000				
<i>Investoinnit</i>		15100				
<i>Ylläpitokulut</i>						
<i>Kulut yhteensä (-)</i>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<i>Tulot yhteensä (+)</i>						
<i>Kassavirta yhteensä</i>						

97. Riskit

Merkittävin riski on se, että toimintaan ei onnistuta rekrytoimaan motivoituneita työntekijöitä.

Toinen riskitekijä on se, että yksiköihin ei saada juurrutettua varahenkilötoiminnan käyttöä vaan yksiköt jatkavat lyhytaikaisten sijaisten rekrytointia.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>
Projektitoimisto

4c. Pitkäaikaishoidon laadun kehittäminen – kaatumisen ehkäisy – toimintamallin suunnittelu ja juurruttaminen

Päivämäärä:	26.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala, Vanhus- ja vammaispalvelut, Vanhusten asumispalvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Sanna Pirttialo, Anne Pura, Kirsi Kiviniemi
Yhteyshenkilö:	

98. Tausta

Vanhusten asumispalveluiden tuloyksikössä on 1117 ympärivuorokautisen hoidon paikkaa, joista 94 % on pitkäaikaishoidon asiakkaiden käytössä. Tuloyksikön vakanssien määrä on 922.

RAI-arviointitiedon mukaan vanhusten asumispalveluiden asukkaiden keski-ikä on 85,2 vuotta ja ¾ asukkaista on naisia. Asukkaista 73 %:lla on vähintään keskivaikkea kognition heikkeneminen (muistisairaus). 78 % asukkaista tarvitsee runsaasti apua tai on täysin autettava päivittäisissä toiminnoissa (peseytyminen, pukeminen, ruokailu, siirtyminen). Koska asukkaat ovat monisairaita, heidän fyysinen toimintakykynsä on heikentynyt ja he tarvitsevat paljon apua päivittäisissä toiminnoissaan.

Henkilökuntaa on ohjattu tekemään HaiPro-ilmoitus kaikista vanhusten kaatumistapahtumista. Kaatumistapahtumat ovat lähes kaksinkertaistuneet vuodesta 2012 vuoteen 2014.

Vuosi	Kaatumisilmoitukset	Kaikki HaiPro-ilmoitukset
2012	437	1907
2013	786	2883
2014	937	3043

Ilmoitusten määrän merkittävän lisääntymisen taustalla on varmasti raportoinnin kehittyminen, mutta myös se seikka, että ympärivuorokautiseen hoitoon tulevat iäkkäät henkilöt ovat entistä huonokuntoisempia. Tämä taas viittaa siihen, että vanhustan palvelurakenne on kehittymässä avohoitopainotteiseksi ja iäkkäät henkilöt asuvat mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan.

Kaatumistapahtumat ovat yksi merkittävä asukas-/potilasturvallisuuden mittari. Kaatumiseen vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden lisäksi monet muut tekijät kuten lääkehoito, toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö, ympäristö, asukkaan käytössä olevat

<i>apuvälineet</i>	
99.	Asiaan liittyvät päätökset
<i>Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista” 980/2012. Pykälässä 12 todetaan, että palveluihin on sisällytettävä iäkkään henkilön toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistäviä palveluja.</i>	
<i>Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi.</i>	
Strategian hyväksyminen. Kv / Dnro 3050-2013. Vanhuspalvelusuunnitelma 2014 – 2016 sisältyy strategiaan.	
Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015 sosterla / Dnro 8746-2014. Kh / Dnro 1149-2013.	
Vuoden 2015 talousarvioon ja vuosien 2015 -2018 taloussuunnitelmaan sisältyvien strategisten sopimusten hyväksyminen. Kh / Dnro 7446-2014.	
Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015. Sosterla / Dnro 8746-2014	
100.	Perustelu ja strategiakytkös
Projekti toteuttaa strategiaa ja hyvinvointi- ja aktiivisuusohjelman linjauksia 2.1.2.	
Projektin tavoitteena on luoda ja juurruttaa systemaattinen toimintamalli iäkkään henkilön fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kaatumisten ennaltaehkäisyyn.	
101.	Hyödyt ja sidosryhmät
Hyödyt asukkaan näkökulmasta:	
<ul style="list-style-type: none"> - Asukkaan fyysinen toimintakyky säilyy - Asukkaiden kaatumiset vähenevät 	
Organisaation ja johtamisen näkökulma:	
<ul style="list-style-type: none"> - Asukas-/potilasturvallisuus paranee 	
Sidosryhmät:	
<ul style="list-style-type: none"> - Yksiköiden RAI-, kirjaamis- ja ergonomiavastaavat - Yksiköiden lääkärit - Lääkinnällinen kuntoutus 	
102.	Projektin tavoite
<i>Projektin tavoitteena on laati toimintamalli, jossa</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>systemaattisesti arvioidaan asukkaan kaatumisvaraa (FRAT Falls Risk Assessment Tool)</i> - <i>systemaattisesti raportoidaan kaatumisen vaaratilanteet (HaiPro haittatapahtumat ja läheltä piti –tilanteet)</i> - <i>asukkaan hoitosuunnitelmaa laadittaessa huomioidaan RAI-arviointitieto (tasapainomittarit, kaatumisen uhka) ja edellä mainittu FRAT</i> - <i>kouluttaa henkilökunta kaatumisia ehkäiseviin interventioihin:</i> <ul style="list-style-type: none"> o <i>moniammatillisesti toteutetut tasapaino- ja fyysistä toimintakykyä kehittävät ryhmät</i> o <i>asukkaan lääkehoidon kokonaisarviointi</i> o <i>asukkaan jalkaterveys ml. asukkaan jalkineiden arviointi</i> o <i>asukkaan liikkumisen apuvälineiden arviointi</i> o <i>asukkaan ravitsemustila</i> 	
103.	Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus
Projekti kattaa kaikki vanhusten asumispalveluiden toimintayksiköt ja siten vanhusten	

asumispalveluiden koko henkilökunnan.

104. Aikataulu ja vaiheet

- Toimintamallin suunnittelu käynnistyy kevään 2015 aikana
- Henkilökunnan koulutukset käynnistyvät syksyllä 2015
- Toimintamallin implementointi toteutetaan vuonna 2016

105. Päätuotokset

- Kaatumisen ehkäisyn toimintamalli ja mittarit
 - o sovitut mittarit asukkaan kaatumisen riskin arviointiin
 - o ohjeet mittaritiedon soveltamisesta asukkaan hoidon suunnitteluun
 - o sovitut seurantamittarit ja raportoinnin aikataulu
- Sovittu mittarit ja niiden raportointi:
 - o Asukastasolla mittarina on asukkaan RAI-raportti
 - o Yksikkötasolla mittarina on yksikkötason RAI-laatuindikaattorit ja mittaritieto sekä HaiPro-ilmoitukset
 - o Vanhusten asumispalveluiden tasolla mittareina ovat myös RAI-laatuindikaattorit ja mittaritieto sekä HaiPro-ilmoitukset sekä kaatumisesta johtuvien sairaalapäivien määrä.
 - o Taloudellisen vaikuttavuuden näkökulmasta on toivottavasti käytettävissä tieto sairaalapäivistä, jotka ovat liittyneet asukkaiden kaatumisiin

106. Tulosten juurruttaminen

Tulosten juurruttaminen käynnistyy projektin alkaessa. Eli työntekijöiden edustaja osallistetaan toimintamallin suunnitteluun. Kirjaamis-, ergonomia- ja RAI-vastaavat ovat oman asiantuntemuksensa osalta mukana toiminnan suunnittelussa. Toimintamallin implementointivaiheessa heidän vastuullaan on edistää toimintamallin mukaista toimintaa omassa työyksikössään.

107. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektipäällikkönä ovat Sanna Pirttisalo ja Anne Pura. Projektin ohjausryhmänä on vanhusten asumispalveluiden johtoryhmä.

Arviona on, että projektille kohdennetaan 30 työpäivää vuoden 2015 aikana.

108. Projektin kustannukset ja rahoitus

Projektin kuluessa on tarve ostaa ulkoista koulutusta.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>		10 000				
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<i>Kulut yhteensä (-)</i>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<i>Tulot yhteensä (+)</i>						
<i>Kassavirta yhteensä</i>						

109. Riskit

Riskit liittyvät:

- Useat samanaikaiset projektit.
- Organisaation iso koko, muutokset vievät aikaa.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

4c. Pitkäaikaishoidon laadun kehittäminen – ergonomiosaamisen vahvistaminen ja fyysisten riskien hallintamalli

Päivämäärä:	26.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala, Vanhus- ja vammaispalvelut, Vanhusten asumispalvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Anne Pura, Sirpa Laiho, Jenni Tutti, Kirsi Kiviniemi
Yhteyshenkilö:	

110. Tausta

Vanhusten asumispalveluiden tuloyksikössä on 1117 ympärivuorokautisen hoidon paikkaa, joista 94 % on pitkäaikaishoidon asiakkaiden käytössä. Tuloyksikön vakanssien määrä on 922. Noin 60 % henkilökunnan vakansseista on lähihoitajan vakansseja ja 16 % on sairaanhoitajan vakansseja.

Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairauksien vuoksi vanhusten asumispalveluissa (aik. ympärivuorokautinen hoito) oli vuonna 2012 yhteensä 8670 sairauspoissaolopäivää työterveyshuollon tilastojen mukaan. Vuonna 2013 poissaolopäiviä oli 9006 ja arvio vuoden 2014 sairauspoissaolopäivistä on noin 8900. Kahdessa vanhuskeskuksessa, joissa ergonomiavastaavatoiminta oli vahvistunut, sairauspoissaolot olivat vähentyneet noin 20 prosenttiyksikköä. Yhdessä vanhuskeskuksessa sairauspoissaoloissa ei ollut merkittävää muutosta eri vuosien välillä. Yhdessä vanhuskeskuksessa TULES-vaivojen vuoksi sairauspoissaolot olivat lähes kaksinkertaistuneet.

Vanhusten asumispalveluissa on toiminut yksikkökohtaisia ergonomivastaavia vuodesta 2011. Ergonomiaan liittyviä asioita on tutkittu vanhusten asumispalveluissa: mm. hoitohenkiökunnan työn fyysinen kuormittavuus, Potilassiirtojen turvallisuuskulttuurin audit PHOQS, kyselyt ergonomiavastaaville ja yksiköiden esimiehille.

RAI-arviointitiedon mukaan vanhusten asumispalveluiden asukkaiden keski-ikä on 85,2 vuotta ja ¼ asukkaista on naisia. Asukkaista 73 %:lla on vähintään keskivaikea kognition heikkeneminen (muistisairaus). 78 % asukkaista tarvitsee runsaasti apua tai on täysin autettava päivittäisissä toiminnoissa (peseytyminen, pukeminen, ruokailu, siirtyminen). Koska asukkaat ovat monisairaita, heidän fyysinen toimintakykynsä on heikentynyt ja he tarvitsevat paljon apua päivittäisissä toiminnoissaan, työ vanhusten asumispalveluiden toimintayksiköissä on fyysisesti raskasta. Useissa tutkimuksissa on todettu tuki- ja liikuntaelinvaivojen olevan yhteydessä vanhusten/potilaiden siirtoihin.

Ergonomia liittyy yhtäältä työntekijän työkykyyn ja TULES-vaivojen ehkäisyyn ja toisaalta asukkaiden voimavaroja ylläpitäviin toimintakäytäntöihin päivittäisissä

auttamistoiminnoissa.

Vanhusten asumispalveluissa on kaksi Potilassiirtojen Ergonomiakorttikoulutuksen (Työterveyslaitoksen lisenssi) kouluttajakoulutuksen suorittanutta henkilöä. Nämä henkilöt toimivat kouluttajina vuosittain tulosyököön työntekijöille järjestettävissä Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksissa.

111. Asiaan liittyvät päätökset

Työturvallisuuslaki 732/2002. Lain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista” 980/2012. Pykälässä 12 todetaan, että palveluihin on sisällytettävä iäkkään henkilön toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistäviä palveluja.

Strategian hyväksyminen. Kv / Dnro 3050-2013. Vanhuspalvelusuunnitelma 2014 – 2016 sisältyy strategiaan.

Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015 sosterla / Dnro 8746-2014. Kh / Dnro 1149-2013.

Vuoden 2015 talousarvioon ja vuosien 2015 -2018 taloussuunnitelmaan sisältyvien strategisten sopimusten hyväksyminen. Kh / Dnro 7446-2014.

Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015. Sosterla / Dnro 8746-2014

112. Perustelu ja strategiakytkös

Projekti toteuttaa strategiaa ja hyvinvointi- ja aktiivisuusohjelman linjauksia 2.2.1 ja 2.1.2.

Projektin tavoitteena on vahvistaa ja laajentaa hoitohenkilökunnan ergonomiaosaamista asukkaan siirto- ja auttamistilanteissa.

113. Hyödyt ja sidosryhmät

Hyödyt asukkaan näkökulmasta:

- Hoitohenkilökunnan työote on asukkaan voimavaroja ja toimintakykyä tukevaa → asukkaan toimintakyky säilyy pidempään
- Asukas-/potilasturvallisuus paranee. Kun käytetään asianmukaisia tekniikoita ja apuvälineitä asukkaiden siirtämisessä, nostamisessa ja auttamisessa haittatapahtumat ja läheltä piti –tilanteet vähenevät

Työntekijän näkökulma:

- Fyysisen kuormituksen väheneminen
- Koetun tuki- ja liikuntaelinoireilun väheneminen

Organisaation ja johtamisen näkökulma:

- Sairauspoissaolopäivät TULES-vaivojen vuoksi vähenevät
- Palvelun laadukkuus, kun sijaistarve on vähäisempi kun ei ole sairauspoissaoloja
- Asukaskohtaisten apuvälineiden dokumentointi on yhtenevä

Sidosryhmät:

- Yksiköiden kirjaamisvastaavat – asukkaan auttamisessa tarvittavien apuvälineiden dokumentointi Pegasokseen, ohjeistuksen laatiminen
- Työterveyshuolto: yhteistyö TULES-vaivojen ehkäisyssä, sairauspoissaolojen syiden raportointi
- Työsuojelu: työsuojeluilmoitusten yhteenvetoraportit
- Lääkintälaittehuolto: lääkintälaiterekisteri, lääkintälaitteiden tulotarkastus, laitteiden huoltoprosessi, laitteiden hankintaprosessi – menettelytavat ja ohjeet

- Talous- ja hankintatoimi: ohjeistettu hankintaprosessi

114. Projektin tavoite

Projektin tavoitteena on

- Konkretisoida ergonomiavastaavien tehtäväkuva toiminnoksi ja toimintamalliksi
- Laatia kirjaamisen ohjeet asukkaan hoidossa käytettävien apuvälineiden kirjaamiseksi
- Juurruttaa toimintamalli kaikkien yksiköiden toiminnaksi (ergonomiavastaava, yksikön esimies)
- Valita ergonomiavastaavien toiminnan seurantamittarit ja sopia raportointiaikataulu
- Kouluttaa vuosittain 10 – 20 työntekijää Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksessa
- Suunnitella Potilassiirtojen ergonomiakortin täydennyskoulutusten toteuttamismalli (kortti on voimassa 5 vuotta)

115. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Projekti kattaa kaikki vanhusten asumispalveluiden toimintayksiköt.

116. Aikataulu ja vaiheet

- Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutus keväällä ja syksyllä 2015. Toiminnan vakiinnuttaminen.
- Maaliskuu 2015: käynnistetään ergonomiavastaavan tehtäväkuvan konkretisointi toiminnaksi ja sovitaan seurantamittarit ja raportoinnin aikataulu
- Huhtikuu 2015: Apuvälineiden kirjaamiskäytäntöjen ohjeistus
- Kevät 2015: täydennyskoulutuksen suunnittelu Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen päivittäjille
- Toukokuu 2015: käydään ergonomiavastaavien ja yksiköiden esimiesten kanssa läpi yksikkökohtaiset tulokset työn fyysisen kuormittavuuden mittauksesta (toteutettu v. 2014)
- Touko-kesäkuu 2015: yksikkökohtaiset suunnitelmat tarvittavista apuvälineistä (osaksi vuoden 2016 taloussuunnitelmaa)
- Kevät 2015: Turvallisuuskulttuurikysely esimiehille

117. Päätuotokset

- TULES-vaivoista johtuvat sairauspoissaolot vähenevät
- Potilassiirtojen ergonomiakortin suorittaneiden määrä lisääntyy
- Ergonomiavastaavien tehtäväkuva on konkretisoitu toiminnaksi ml. yhtenäiset kirjaamisohjeet
- Hoitotyön toimintakäytännöt tukevat asukkaiden toimintakykyä
- Sovittu mittarit ja niiden raportointi:
 - o Sairauspoissaolot TULES-vaivojen vuoksi vähentyneet 3 % yksikköä
 - o Tapaturmailmoitukset
 - o Kuntotutustumista edistävä hoitotyö lisääntynyt (RAI NREHAB-mittari) %
 - o Yksiköissä ergonomiavastaavan järjestämien ohjaus- ja opetustilanteiden määrä
 - o Suoritetut Potilassiirtojen ergonomiakorttien määrä
 - o HaiPro ilmoitusten määrä liittyen haittatapahtumiin tai läheltä piti –tilanteisiin asukkaiden siirto- ja nostotilanteissa, kävelyttämässä
 - o Yhden päivän sairauspoissaolon laskennalliset kustannukset ovat noin 300 euroa. Mikäli sairauspoissaoloja onnistutaan vähentämään 3 prosenttiyksikköä, tämä tarkoittaa noin 81 000 euron säästöä.

118. Tulosten juurruttaminen

Ergonomiavastaavien ja yksiköiden esimiesten kouluttaminen päivitetyn toimintamallin käyttöönottoon. Tässä hyödynnetään olemassa olevia tietoja työn fyysisestä raskaudesta, sairauspoissaoloista jne. Juurruttamisessa hyödynnetään vertaistukea ja hyvien käytäntöjen levittämistä yksiköiden välisessä yhteistyössä.

119. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektipäällikkönä ovat Anne Pura, Sirpa Laiho ja Jenni Tutti. Projektin ohjausryhmänä on vanhusten asumispalveluiden johtoryhmä.

Annen, Sirpan ja Jennin työpanos on kunkin 1 pv/kuukausi vuonna 2015. Ergonomiavastaavien ja esimiesten työpanos on 4 pv/vuosi vuonna 2015.

Koko henkilöstölle koulutus- ja vertaisoppimistilanteet 1 pv/vuosi

120. Projektin kustannukset ja rahoitus

Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen kustannukset: Työterveyslaitoksen perimät kulut verkko-oppimisympäristön linsessikustannukset ja Potilassiirtojen ergonomiakortin kustannukset á ?? /koulutettava työntekijä

Opetustilan vuokra ??

Projektin kuluessa on tarve ostaa ulkoista koulutusta.

Apuvälineiden hankinta.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>		10 000				
<i>Investoinnit</i>		70 000				
<i>Ylläpitokulut</i>						
Kulut yhteensä (-)						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
Tulot yhteensä (+)						
Kassavirta yhteensä						

121. Riskit

Riskit liittyvät:

- Useat samanaikaiset projektit.
- Organisaation iso koko, muutokset vievät aikaa.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

4c. Pitkääikaishoidon laadun kehittäminen – omavalvontasuunnitelma välineenä laadun kehittämisessä

Päivämäärä:	11.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala, Vanhus- ja vammaispalvelut, Vanhusten asumispalvelut
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Perko Tuula
Yhteyshenkilö:	Perko Tuula

122. Tausta

31.7.2013 voimaan astuneen lain, *"Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista"*, 23§:n perusteella kunnallisissa sosiaalihuoltolain toimintayksiköissä on järjestettävä omavalvonta jolla varmistetaan palvelujen laatu, turvallisuus ja asianmukaisuus. *Tätä varten jokaisen yksikön on laadittava 1.1.2015 alkaen julkinen omavalvontasuunnitelma.* Suunnitelman laadinta tulee tehdä yhdessä toimintayksikön johdon ja työntekijöiden kanssa. Sen toteutumista on seurattava ja palveluja kehitettävä toimintayksikön palveluja saavilta iäkkäiltä henkilöiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä toimintayksikön henkilöstöltä *säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella.*

1.1.2015 astui voimaan muutos *"Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista"* jonka mukaan iäkkäiden henkilöiden hoito ja huolenpito pitäisi jatkossa toteuttaa iäkkäiden henkilöiden kotiin annettavilla palveluilla tai muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla ennen hoidon ja huolenpidon toteuttamista pitkäaikaisena laitoshoidona. Tämä palvelurakenteen muutokseen tähtäävä lakimuutos koskee myös Vanhusten asumispalveluja.

Vanhusten asumispalveluiden yksiköillä *toimintatavat ovat olleet erilaisia ja toimintatapojen ja ohjeistuksien yhtenäistäminen nivotaan yhteen omavalvonta suunnitelman kanssa.*

123. Asiaan liittyvät päätökset

Omavalvonta suunnitelman laadinta on lakisääteinen.

(31.7.2013 voimaan astunut laki, *"Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisestä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista"* ja 1.1.2015 voimaan astunut muutos ko. lakiin).

Lisäksi asumispalveluiden toimintatapojen yhtenäistäminen varmistaa sen että vanhusten asumispalveluiden tavoite tasalaatuisesta ja yhdenmukaisesta hoidosta asukkaille toteutuu.

Strategian hyväksyminen. Kv / Dnro 3050-2013. Vanhuspalvelusuunnitelma 2014 – 2016

sisältyy strategiaan. Omavalvontasuunnitelman laatiminen sisältyy vanhuspalvelusuunnitelmaan.

124. Perustelu ja strategiakytkös

31.7.2013 voimaantullut "laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista" edellyttää omavalvontasuunnitelman laatimista. Omavalvontasuunnitelman laatiminen sisältyy strategian osana hyväksytyyn vanhuspalvelusuunnitelmaan.

Omavalvonta suunnitelma kattaa laajasti toiminnan eri osa-alueita.

Kehittämiskohteiksi omavalvontasuunnitelmasta otettiin seuraavat asiakokonaisuudet;

1. Arvojen konkretisointi osaksi käytännön toimintaa
2. Asukasturvallisuus
3. Ergonomiaosaamisen vahvistaminen
4. Lääkehoito
5. Perehdytys
6. Riskikartoitus ja haittatapahtumiin reagoiminen

Strategiakytkös:

Asukas- ja asiakaslähtöisyys:

Arvot ja niiden konkretisointi osaksi käytännön toimintaa:

- Toiminnan perusteina olevat arvot konkretisoidaan. Niiden tulee näkyä käytännön työssä. Jokaisen arvon kohdalla tulee miettiä, miten ko.arvo näkyy ja toteutuu käytännön hoitotyössä yksiköissä. Millainen toiminta saa arvot eläviksi?
- Asiakastyytyväisyyskyselyiden kehittäminen ja tulosten hyödyntäminen toiminnassa. Asukkaille, omaisille/läheisille ja henkilökunnalle tehtyjä kyselyjä tullaan kehittämään vastaamaan paremmin toimintaa. Kyselyjä tullaan jatkossakin tekemään säännöllisesti. Lisäksi käytössä on jatkuva palautteenanto järjestelmä. Palautteisiin vastaamisesta on annettu yhtenäinen ohjeistus jonka toteutumista seurataan.

Asukasturvallisuuden lisääminen toiminnassa:

- Riskikartoituksia ja haittatapahtumiin reagointia parannetaan. Haiopro - ilmoitusten tekoa, käsittelyä ja ilmoitusten vaikuttavuutta tehostetaan. Haiopro-ilmoitukset osoittavat missä kohdin toiminnassa on kehitettävää.
- Ergonomiaosaamisen vahvistaminen. Henkilökunnalle pidettäviä ergonomia koulutuksia jatketaan Vanhusten asumispalveluiden omien ergonomiakouluttajien/-yhdyshenkilöiden järjestäminä koulutuksina. Jokaisessa yksikössä on myös ergonomiavastaavat. Ergonomista työskentelyä tukevien apuvälineiden hankintaa tehostetaan ja niiden käyttöön annetaan opastusta. Ergonominen työskentely vähentää TULES-vaivoista johtuvien sairauslomien määrää, parantaa henkilökunnan voimaa ja työtehoa. Oikeat toimintatavat lisäävät asukasturvallisuutta esim. siirtotilanteissa. Ne parantavat asukkaiden saaman hoidon laatua ja lisäävät näin ollen asukkaiden elämänlaatua.
- Asianmukainen lääkehoito lisää asukasturvallisuutta. Lääkehoitoa kehitetään mm. laatimalla yhtenäiset linjat lääkehoidon toteutukselle. Lääkeluvallisten hoitajien määrän lisääminen niin että lääkehoitolupa on oikeutetuista hoitajista 80 % on suorittanut lääkeluvan. Niille hoitajille joilla on ongelmia lääkeluvan suorittamisessa pidetään lisäkoulutusta. Lääkehoitosuunnitelman laadintaan on tulossa muutoksia. Asiaan liittyvää koulutusta järjestetään yksiköiden lääkevastaaville jotka puolestaan informoivat yksiköittensä henkilökuntaa.
- Perehdytys auttaa uusia työntekijöitä ja opiskelijoita työskentelemään yksikössä. Vanhusten asumispalveluiden perehdytyksen yhtenäistämällä taataan yhtenäiset

toimintavat. Omavalvontasuunnitelman laadinnassa on tavoitteena että siitä tulee perehdytysopas, mihin kootaan kaikki perehdytyksen kannalta tarpeellinen tieto.

Vastuullisuus ja suvaitsevaisuus:

- Omavalvonta suunnitelmaa tähtää siihen, että toiminta lähtee asukkaista ja heidän tarpeistaan. Vastuullinen toiminta käsittää lisäksi työntekijöiden huomioimisen (esim. ergonomia koulutus, osallistuminen omavalvonta suunnitelman laadintaan). Hyvinvoiva työntekijä on tärkeä työnantajan voimavara (sairauspoissaolot vähenevät, laadukas ja innovaativinen toiminta lisääntyvät ja tätä kautta asukkaiden saama laadukas hoito).
- Vanhusten asumispalveluissa työskentelee paljon maahanmuuttaja taustaisia työntekijöitä.

Uudistuminen ja yhteistyö:

- Ergonomia koulutusten avulla muutetaan toimintatapoja
- Henkilökunnan ottaminen mukaan omavalvontasuunnitelman laadintaan. Erilaisissa työryhmissä työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa omavalvontasuunnitelmaan ja sitä kautta omaan toimintaansa. Yhteistyön lisääntyminen yli vanhuskeskusrajojen.

125. Hyödyt ja sidosryhmät

Omavalvonta suunnitelma on väline:

- toimintatapojen kriittiseen tarkasteluun
- toimintatapojen yhdenmukaistamiseen
- toimintatapojen kehittämiseen
- henkilökunnan mukaan ottamiseen työn kehittämiseen
- yhteistyön lisäämiseen johdon ja henkilökunnan kesken

Hyötyjiä ovat:

Asukkaat, omaiset, läheiset:

- asukkaiden ja omaisten/läheisten vaikutusmahdollisuuksien lisääntyminen
- hoito on tavoitteellista, yhdenvertaista ja vaikuttavaa
- annetun hoidon laatu paranee
- riskikohtien kartoitus ja vaaratilanteisiin, haittatapahtumiin ja läheltä piti – tilanteisiin puuttuminen selkiintyy

Henkilökunta:

- henkilökunnan työmotivaation ja työhön sitoutumisen paraneminen,
- uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisen yhtenäistyminen ja selkiytyminen

Hyödyt on välillisesti mitattavissa:

- asiakastyytyväisyyskysely, kouluarvosana
- välittömän asiakaspalaute, kiitosten osuus palautteista
- RAI-laatuindikaattorit (OPTS-mittarit)
- taloudellisten hyötyjen mittareita on vaikea nimetä

Sidosryhmät:

1. Kaikki Vanhusten asumispalveluiden työntekijät ja johto
2. Vanhusten asumispalveluiden asukkaat ja heidän omaiset ja läheiset

126. Projektin tavoite

Tavoitteena on osaltaan tukea Vanhusten asumispalveluiden tavoitetta tarjota asukkaille

yhdenmukaista ja laadukasta hoitoa riippumatta siitä missä asumispalveluiden yksikössä hän asuu.

- Tavoitteeseen päästään luomalla Vanhusten asumispalveluihin yhdenmukaiset toimintatavat

Tavoitteena on osaltaan luoda edellytykset toimintakulttuurille jossa toiminnan arviointi ja sitä kautta kehittäminen on osa jokapäiväistä toimintaa.

- Yhdenmukaiset toimintatavat (ja tavoitteet) helpottavat arviointia.

127. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Projektissa kerätään olemassa olevaa tietoa, yhdenmukaistetaan ja ajantasaistetaan sitä. Projektissa keskitytään muutamaaan (tärkeimpään) osa-alueeseen ja projektin pidemmän tähtäimen tavoitteena on luoda toimintatapa jolla jatkossakin voidaan tarkastella ja kehittää toimintaa.

Projektissa ei varsinaisesti luoda uusia toimintatapoja (pohjana aina voimassa oleva) vaan siinä tarkastellaan olemassa olevia tapoja ja malleja ja pyritään löytämään toiminnan kannalta soveliaimmat vaihtoehdot kaikkien käytettäväksi.

128. Aikataulu ja vaiheet

Omaevalvontasuunnitelman laatimisen aloittaminen:

- loka- joulukuu 2014 (ensimmäinen versio)

Omaevalvontasuunnitelman hiominen:

- tammi- toukokuu 2015

Omaevalvontasuunnitelman jalkauttaminen:

- helmikuu 2015

Omaevalvontasuunnitelma työryhmän valitsemien osaprojektien aloittaminen:

- ryhmien jäsenten valitseminen ja työryhmä työskentelyn aloittaminen
- helmikuu/maaliskuu 2015 >
- ensimmäiset työryhminen tulokset tarkasteluun elokuu 2015

Osaprojektien työskentely, ohjeistusten laadinta:

- syyskuu 2015 >

Osaprojektien mahdolliset koulutukset, uusien toimintatapojen esittely/opastus:

- toukokuu 2015 >

129. Päätuotokset

Projektissa laaditaan ns. vanhuspalvelulain edellyttämä omaevalvontasuunnitelma ja jalkautetaan se yksiköiden toimintaan.

Päivitetään ja yhtenäistetään olemassa olevat toimintaohjeet vastaamaan omaevalvontasuunnitelman sisältöä → muotoutuu vanhusten asumispalveluiden toimintaa ohjaava käsikirja.

130. Tulosten juurruttaminen

Omaevalvontasuunnitelmasta kertominen yksiköissä, omaevalvontasuunnitelma työryhmä jäsenten jalkautuminen yksiköihin/vanhuskeskuksiin.

Uudenlaisen toimintatavan juurruttaminen Vanhusten asumispalveluihin; työryhmätyöskentely, niin että työryhmien jäsenet ovat eri yksiköiden työntekijät. Toiminnan arviointi ja kehittäminen osaksi jokapäiväistä työtä.

Omaevalvontasuunnitelman jatkokehittäminen; varsinaisen suunnitelman jatkokehittäminen ja lisäksi eri työryhmissä kehittämisalueiksi valittujen alueiden kehittämistyö (ergonomiaosaaminen, ikinä-mallin implementointi, as.

131. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektin omistaja: ympärivuorokautisen hoidon vs. johtaja Kirsi Kiviniemi

Projektipäällikkö: yksikön esimies Tuula Perko

Omavalvontasuunnitelma työryhmä:

- edustajat jokaisesta vanhuksetuksesta (1 sairaanhoitaja ja 1 lähihoitaja)
- yksikön esimiesten edustaja
- lääkäriedustaja
- kirjaamisen asiantuntija edustaja

Yksittäisen aihealueen ympärille muodostetut pienryhmät:

- edustajat joka vanhuksetuksesta (sairaanhoitaja/lähihoitaja)

Kehittämisaalueisiin liittyvät avainhenkilöt:

- ergonomia kouluttajat/yhdyshenkilöt
- lääkevastaavat
- mahdolliset ulkopuoliset kouluttajat (tarkentuvat pienryhmien kokoontumisen jälkeen, jos näissä tulee tarve ulkopuoliseen kouluttajaan)
- sihteeri pienryhmien avuksi kirjaamaan kokoontumisissa syntyneet tulokset

Sijaisjärjestelyt hoidetaan tehtäviä jakamalla, kokoontumiset ovat noin kahden kolmen tunnin mittaisia.

Työryhmien vetäjille järjestettävä aikaa suunnittelua ja tuloksien yhteenvetoa varten.

Uusia henkilöitä ei palkata, lukuun ottamatta mahdollisia kouluttajia ja heidän koulutuspalkkioitaan.

Omavalvontasuunnitelman laatiminen:

Projektipäällikkö: 4 pv / kk

Projektiryhmä: 10 henk. x 6 t / kk

Alatyöryhmät: lääkehoito, asukasturvallisuus

Työryhmän vastuuhenkilö: 1 pv / kk

Työryhmän jäsenet: 10 henk. x 6 t / kk

Uusien toimintakäytäntöjen kouluttaminen (ja tutorointi, vertaisryhmät, yksikköpalaverit) henkilöstölle:

700 työntekijää á 4 tuntia

132. Projektin kustannukset ja rahoitus

Projektin kuluessa on tarve ostaa ulkoista koulutusta.

Tarkistettu kannattavuuslaskelma

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>		30 000				
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<i>Kulut yhteensä (-)</i>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<i>Tulot yhteensä (+)</i>						
<i>Kassavirta yhteensä</i>						

133. Riskit

Riskit liittyvät:

- Osaamiseen: projektiosaamisen vähyys.
- Sitoutumiseen: projekti on pitkäkestoinen, vaatii pitkäaikaista sitoutumista. Motivaation säilyminen.
- Laajuuteen: projekti koostuu useasta osaprojektista. Projektin tavoitteen säilyttäminen ja osaprojektien liittyminen kokonaisuuteen. Kokonaisuuden näkeminen.
- Kilpailutilanteeseen: menossa useita toimintatapojen muutoksia ja projekteja. "Projektiähky".
- Työaikajärjestelyihin: ryhmiin osallistuvilla kolmivuorotyö, yhteisen ajan löytyminen haasteellista. Yksiköissä tehtävien jakaminen muille kun työryhmään osallistuva on työryhmässä.
- Tuloksena syntyvien mahdollisten uusien toimintatapojen levittäminen ja niistä informointi ja niihin sitoutuminen.

Keinot riskien hallintaan:

- Esimiehen tuki projektiosaamiseen. Yhdessä oppiminen ja kehittyminen.
- Motivaation säilymistä tukee se, että projekti liittyy konkreettiseen toimintaan, niihin tehtäviin mitä työntekijät tekevät joka päivä työssään. Mahdollisuus näin vaikuttaa omaan työhönsä.
- Pienryhmissä voidaan keskittyä omaan aihealueeseen. Osaprojektien onnistunut loppuunvienti tukee alkuperäistä projektia.
- Esimiehille tähdenetään ryhmiin osallistumisen tärkeyttä. Yksiköissä on useampia eri ryhmiin osallistujia. Pidetään kokoontumisten välit kohtuullisina (ei liian tiheästi) niin ettei yksiköissä koeta niiden rasittavan normitoimintaa liiaksi.
- Työntekijät ovat olleet päivittämässä toimintatapoja ja siinä vaiheessa jo sitoutuneet siihen. He toimivat yksiköissään uusien tapojen viejinä.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

Projektin nimi: Vammaispalveluiden ostopalveluiden kokonaistarkastelu

Päivämäärä:	12.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala
Omistaja:	Sari Ahonen
Projektipäällikkö:	Kaisa Kiiski
Yhteyshenkilö:	Kaisa Kiiski

134. Tausta

Kehitysvammaisten henkilöiden yksilöllisen asumisen ja palveluiden turvaamisesta on tehty valtioneuvoston periaatepäätökset vuosina 2010 ja 2012. Periaatepäätösten mukaan mm. kehitysvammaisten henkilöiden laitosasuminen on lakkautettava vuoteen 2020 mennessä. Turun hyvinvointipalvelujen strategiaan tavoitteisiin on kirjattu, että kyseinen KEHAS-ohjelma tulee toteuttaa kustannusneutraalisti. Laitoshoidon vähentäminen ja asumispalvelujen lisääminen ei saa nostaa kustannuksia.

Asumispalvelujen järjestämistä säätelee Valviran valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014 "Vammaisten henkilöiden ympärivuorokautisen asumispalvelut" sekä STM:n ja ARA:n ohjeistukset. Vammaisen henkilön oman asunnon tulee suositusten mukaan olla vähintään 35 m² ja ryhmämuotoisessa asumisessa asuntojen määrä voisi olla ARA:n suositusten mukaan alle 10 asuntoa/yksikkö. ARA -rahoituksen edellytyksenä on, että asuntojen määrä samalla tai läheisillä tonteilla on enintään 15 asuntoa.

Kehitysvammaisten laitoshoidossa on noin 95 turkulaista ja lapsuudenkodeissaan asuu noin 150 täysikäistä kehitysvammaisia henkilöä. Uusia asumispalvelujen tarpeessa olevia henkilöitä on lähivuosina noin 60.

Kehitysvammaisten asumispalveluihin tulevat henkilöt saavat useimmiten itselleen kodin hyvin pitkäksi aikaa, eli asukkaiden vaihtuvuus on varsin pieni. Kehitysvammaisten pitkäaikaisissa asumispalveluissa asuu 351 turkulaista. Heistä 69 (20 %) ovat kaupungin omien asumispalvelujen piirissä ja 282 (80 %) ostopalveluna hankituissa asumispalveluissa. Turun kaupungilla on vain kolme ympärivuorokautista asumispalvelua järjestävää yksikköä (yht. 33 paikkaa) ja kaksi ohjatun asumisen yksikköä (19 asiakasta). Itsenäisesti ja tuetusti asuvien tukena

on kaksi ohjaajaa. Kaupungin kolmas ryhmäkoti perustettiin v. 2012, sitä ennen omaa toimintaa laajennettiin v. 2006.

Periaatepäätöksen perusteella tapahtunut kehitys on lisännyt ostopalveluna hankittujen asumispalvelujen osuutta, koska omaa toimintaa ei ole samanaikaisesti voitu lisätä. Asumispalveluja hankitaan lukuisilta eri toimijoilta, jonka johdosta kunnan valvontavastuu on lisääntynyt, mutta valvontaan käytettävissä olevat resurssit eivät.

135. Asiaan liittyvät päätökset

Kaupunginhallitus 10.6.2013 § 301, 16.6.2014 § 272, 18.8.2014 § 317
Kaupunginvaltuusto 17.6.2013 § 127, 23.6.2014 § 111, 25.8.2014 § 123

136. Perustelu ja strategiakytkös

Toteuttaa strategiaa ja hyvinvointi- ja aktiivisuusohjelman linjauksia 2.1.3.

Kaupunginvaltuuston hyväksymän uudistamisohjelman mukaan kehitysvammaisten henkilöiden asumispalveluissa on harkittava oman tuotannon lisäämistä.

Ostopalvelukustannusten ja toiminnan hallittavuuden takia oman toiminnan lisääminen on perusteltua. Omalla toiminnalla saadaan lisää joustavuutta ja monimuotoisuutta palvelun sisältöön ja järjestämiseen ja valvonta helpottuu.

Vääristynyt jako omaan ja ostopalveluihin vähentää mahdollisuutta vaikuttaa kustannusten kehitykseen ja lisää riippuvuutta yksittäisiin palveluntuottajiin.

Käyttötalouteen vaikuttava toimenpide-ehdotus U2-ohjelman mukaan:

Toimiala	Toimenpide	Toimenpiteen tarkempi kuvaus	Projektin aloittaminen	Resurssitarve	Asiakkaiden palvelukokemus	Kustannustenttuottojen kehitys	Tuotannon määrä tai mitoitus	Tarkennettu arvio taloudellisesta hyödyistä TA 2015	Tarkennettu arvio taloudellisesta hyödyistä TS 2016-2018	Perustelu
Hyvinvointitoimiala	Vammaispalvelujen ostopalvelujen kokonaistarkastelu	Laki vammaisten erityishuollosta ja vammaispalvelulaki. Tarkempi suunnitelma tehdään ja vahvistetaan keväällä 2015 ja asia liittyy myös sote-uudistukseen.	2015	2	+	0	0	1	3	Kevennetään palvelurakennetta, kustannustehokkuus paranee ja palvelut kohdentuvat paremmin

137. Hyödyt ja sidosryhmät

OPS tavoitemittarit: asiakkaat kehitysvammaisten laitos- ja asumispalveluissa 444 -> 434 (omat 69->73, ostetut 278 -> 276, laitospalvelut 97 -> 85). Laitoshoidon ja asumispalveluiden eurot 24,87M€ -> 23,7M€. Vaikeavammaisten palvelusasuminen: asiakkaat 104 -> 104, eurot 5,2M€ -> 4,12M€.

U2 taloudellinen hyöty 2015: 1M€

Oman toiminnan lisäämisellä voidaan hallita resursseja ja kustannuksia paremmin. Toiminnan ohjattavuus ja joustavuus paranee sekä palvelujen sisällön että

järjestämistavan ja palvelujen sijoittelun osalta. Hoidon porrastus asiakkaan tarpeen mukaan on sekä taloudellista että asiakaslähtöistä.

Monimuotoiset ja joustavasti toteutetut asumispalvelut mahdollistavat palvelujen keventämisen ja tuo vaihtoehtoja ostopalveluihin, mikä vähentää riippuvuutta yksittäisistä palveluntuottajista. Tietyissä rajoissa on mahdollista, että kalliilla ostopalvelupaikoilla asuvia asiakkaita muuttaa kaupungin omiin asumispalveluihin.

Uusien asiakkaiden myötä asumispalvelujen kokonaiskustannukset tulevat edelleen kasvamaan, mutta omien asumispalvelujen lisäämisellä voidaan hillitä kustannusten nousua.

Hyödyt ovat osittain ja laskennallisesti mitattavissa euroissa. Hyötyä on saavutettavissa 1-5 vuoden sisällä, viimeistään vuonna 2020.

Keskeiset sidosryhmät: Turun Kiinteistöliikelaitos, TVT Asunnot Oy, Kehitysvamma-alan tuki- ja osaamiskeskus, Varsinais-Suomen erityishuoltoapiiri (KTO), yksityiset palveluntuottajat ja terveystalouden tulosalue.

138. Projektin tavoite

Omia asumispalveluja tulee tarjota erityisesti ikääntyville sekä paljon apua tarvitseville kehitysvammaisille asiakkaille. Turkuun tulee perustaa kaksi ryhmäasumisen yksikköä, joissa on 15 asuntoa sekä lisäksi yhteiset oleskelu- ja ruokailutila sekä saunaosasto. Asumisyksiköiden tulee olla sisätilojen ja piha-alueen osalta esteettömiä ja niiden tulee sijaita hyvien liikenneyhteyksien varrella.

Kaupungin omat yksiköt voisi perustaa seuraavasti:

- 15-paikkainen ryhmäasumisen yksikkö v. 2017
- 15-paikkainen ryhmäasumisen yksikkö v. 2019

Laitosasumisen korvaamiseksi tarvitaan sekä asumispalveluja että työ- ja päivätoimintaa. Lähivuosina, erityisesti vuosina 2017 ja 2018 työ- ja päivätoimintaan on odotettavissa monta uutta, peruskoulunsa tai ammatilliset opinnot päättävää nuorta. Mikäli kaupungilla ei ole tarjota toimintaa omana palveluna, täytyy työ- ja päivätoimintaa ostaa palveluntuottajilta. Toiminnan suuntaamisen ja resurssien hallinnan kannalta myös työ- ja päivätoimintaa kaupungin omana toimintana tulee lisätä. Perustetaan

- monitoimikeskus 30 asiakkaalle v. 2016

KTO:n ja TVT Asuntojen kanssa tehdään jatkossakin tiivistä yhteistyötä laitosasumisen purkamisesta kustannusneutraalisti. On neuvoteltu siitä, että KTO:n ja kaupungin asumisyksiköt voivat hyödyntää samoja palveluntuottajia (esim. ateriat, kuljetukset, siivous), tiloja ja henkilökuntaa. Turkuun perustettavia, KTO:n hallinnoimia asumisyksiköitä on alustavasti suunniteltu seuraavasti:

- Paaskunnankatu (ARA -rahoitus päätös helmikuussa 2014) v. 2015 lopussa: olemassa olevat rakennukset remontoidaan ja tontille rakennetaan myös lisätilaa, yhteensä 15 asuntoa.
- Takamaan tontti (ARA -rahoitus, suunnitteluvaiheessa) v. 2015/2016: tontille rakennetaan kokonaan uusia asuntoja, 12–19 asuntoa. Kaupungilla on mahdollisuus varata asuntoja omaan asumispalvelutoimintaan. 8-10 ohjatun asumisen asuntoa varten tarvitaan kaksi ohjaajaa sekä yhteistilojen vuokrakustannukset.

Katariinan/Hövelin palvelutalo esim. 2016, jos vanhustenhuolto luopuu tiloista.

139. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Asumispalveluihin sopivien tonttien saaminen on Turussa vaikeaa, koska niiden sijaintia määrittää sekä valtakunnalliset ohjeistukset että asiakaskunnan erityistarpeet. Nyt ehdolla olevien tonttien ja rakennusten hyödyntäminen on erityisen tärkeää.

140. Aikataulu ja vaiheet

Laitoshoitoa korvaavia asumispalvelupaikkoja perustetaan niin, että laitosasuminen voidaan lakkauttaa vuoteen 2020 mennessä.

Kaupungin omat yksiköt voisi perustaa seuraavasti:

- 15-paikkainen ryhmäasumisen yksikkö v. 2017
- 15-paikkainen ryhmäasumisen yksikkö v. 2019
- Katariinan/Hövelin palvelutalo esim. 2016, jos vanhustenhuolto luopuu tiloista.

KTO:n hallinnoimia asumisyksiköitä on alustavasti suunniteltu seuraavasti:

- Paaskunnankatu (ARA -rahoituspäätös helmikuussa 2014) v. 2015 lopussa
- Takamaan tontti/"Rokkikoti" (ARA -rahoitus, suunnitteluvaiheessa) v. 2016/2017

Työ- ja päivätoiminnan laajentaminen omana toimintana v. 2016.

141. Päätuotokset

Kaupungin omien asumispalvelujen osuus kasvaa huomattavasti nykyisestä. Palvelurakenne kevenee.

142. Tulosten juurruttaminen

Suunnittelussa kiinnitetään huomiota omien ja ostopalveluna hankittavien asumispalvelujen tarjonnan tasapainoon. Palvelujen sisällön kehittämisessä huolehditaan siitä, että tarjottavat vaihtoehdot vastaavat kehitysvammaisten henkilöiden asumispalvelujen tarvetta.

143. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Laitosasumisen purku suunnitellaan ja toteutetaan ensisijaisesti yhteistyössä KTO, Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kanssa. Muutos laitoshoidosta asumispalveluihin tulee toteuttaa kustannusneutraalisti.

Kaupungin uusien asumisyksiköiden perustamiseen tarvitaan mm. Turun Kiinteistöliikelaitoksen ja TVT Asunnot Oy:n asiantuntemusta.

Vammaispalveluissa laitosasumisen purku ja asumispalvelujen kehittämisestä vastaa vammaispalvelujohtaja Kaisa Kiiski. Kehittämistyöhön osallistuu myös vammaispalvelusuunnittelija.

Laitoshoidon muuttuminen asumispalveluksi tulee lisäämään kehitysvammaisten henkilöiden sosiaalityön tarvetta, jolloin vammaispalvelujen Paletti-yksikön sosiaalityöntekijöiden rooli kasvaa entisestään. Asumispalvelujen asiakasmäärän kasvaessa tulee tarve ottaa vammaispalvelujen Paletti-yksikön kolmannen sosiaalityöntekijän virka käyttöön.

144. Projektin kustannukset ja rahoitus

15-paikkaisten ryhmäasumisen yksiköiden henkilöstömitoitus on 0,6 (9 lähihoitajaa sekä lähiesimies). Henkilökustannukset olisivat vuositasolla noin 400.000 euroa per yksikkö. Omana toimintana järjestetyn ympärivuorokautisen asumispalvelun nettovuorokausihinta on noin 130 euroa, jolloin yksikön kokonaiskustannukset olisivat noin 700.000 euroa vuodessa. Ostopalveluna toteutettuun toimintaan verrattuna säästöä tulisi vuositasolla 40.000–121.000 euroa, kun samankaltaisesta palvelusta maksetaan 135–150 euroa/vrk.

Kevyemmin resursoidun ohjatun asumispalvelun vuorokausihinnaksi tulee noin 38 euroa kaupungin omana toimintana. Vastaavaa palvelua ostetaan hintaan 30–69 euroa/vrk, asiakkaan tuen tarpeen mukaan.

Omana toimintana järjestetyn työ- ja päivätoiminnan kustannukset ovat noin 50 euroa/päivä, eli uuden yksikön vuosikustannukset olisivat noin 270.000 euroa. Vastaava hinta ostopalveluna on noin 60–70 euroa/päivä.

145. Riskit

Omien asumispalvelujen lisääminen ei vähennä samassa määrin kustannuksia ostopalveluista, koska asumispalveluihin tulee kokonaan uusia asiakkaita lapsuudenkodeista, mikä lisää kokonaiskustannuksia.

Asumispalvelujen rinnalle on kehitettävä työ- ja päivätoimintaa, mikä lisää kokonaiskustannuksia.

Kaupungin omana toimintana järjestetyssä asumispalvelussa on kiinteät kustannukset. Uuden asiakkaan valintaprosessi on oltava asiakaslähtöinen mutta tehokas, jotta kustannukset per asukas pysyisivät kohtuullisina. Asumispalvelujen tarve on kuitenkin sen verran suuri, ettei uusien asukkaiden saaminen tule olemaan ongelma.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto