

Kotona asuvan ikäihmisen palvelut

Varsinais-Suomessa

hankesuunnitelma

Turun kaupunki

29.10.2021

Sisällysluettelo

1. Hankkeen tarve	3
2. Kohderyhmä.....	6
3. Hankkeen tavoitteet	7
4. Toteutus.....	11
4.1. Aikataulu	11
4.2. Toimenpiteet	12
5. Tuotokset, tulokset ja vaikutukset.....	17
6. Hankkeen hallinnointi	19
6.1. Hankkeen toimijat ja organisoituminen	19
6.2. Hankkeen resurssit	20
6.3. Viestintä.....	21
6.4. Seuranta ja arviointi	21
6.5. Riskit ja niihin varautuminen	23

1. Hankkeen tarve

Varsinais-Suomessa ikääntyneiden kotihoidon palvelujen järjestämisessä on erilaisia rakenteita: 20 kuntaa, yksi kuntayhtymä (kolme kuntaa) ja yksi yhteistoiminta-alue (kaksi kuntaa) järjestävät kotihoidon palvelut ikääntyneelle väestölle. Kaksi kuntaa järjestävät itse ikääntyneiden kotipalvelut ja kotisairaanhoidon palvelut järjestää terveydenhuollon yhteistoiminta-alue, johon kunnat kuuluvat.

Tarve kehittämistyölle on tunnistettu yhteistyössä alueen vanhuspalveluista vastaavien henkilöiden, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa toimeenpanevan ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivatyöryhmän sekä muiden yhteistyötahojen kanssa.

Alueen kunnilla ei ole käytössä yhtenäisiä, asiakaslähtöisiä ikäväestön kotona asumista tukevia kuntoutuksen toimintakäytäntöjä. Yksittäisissä kunnissa on kuitenkin kehitetty kuntoutuksen toimintakäytäntöjä iäkkään ihmisen asiakaspolkuun liittyvien siirtymävaiheiden osalta. Hyviksi ja vaikuttaviksi todetut käytännöt on tärkeää saada käyttöön koko alueella ja siten edistää ikäväestön yhdenvertaisuutta ja toimintakykyisyyttä.

Kunnat ovat ottaneet käyttöön erilaisia teknologisia ratkaisuja ikääntyneiden palveluissa. Esimerkkinä voi mainita lääkeannostelijarobotti, Menuumat kotiateriat, etäkäynnit ja ikäihmisten turvallisuutta edistävät teknologiset ratkaisut. Alueella ei ole tällä hetkellä käytössä yhtenäisiä periaatteita ja käytäntöjä teknologisten ratkaisujen käytöstä ikäväestön palveluissa.

Kolmannes kunnista ei ole vielä ottanut käyttöön RAI-arviointijärjestelmän välineitä. Palvelutarpeen arvioinnissa RAI-arviointijärjestelmän käyttöön ottaneissa kunnissa on Oulu Screener. Vain muutamassa kunnassa on käytössä interRAI-arviointivälineet. InterRAI-arviointivälineiden käyttöönoton yhteydessä on palvelutarpeen arviointiin valittava uusi väline. Alueen kunnilla ei ole käytössä yhtenäisiä palvelutarpeen arvioinnin toimintakäytäntöjä esimerkiksi siten, että kuntouttava arviointijakso sisältyisi palvelutarpeen arviointiprosessiin. Alueen kunnilla ei ole yhtenäisiä palvelujen myöntämisen perusteita ikääntyneiden palveluihin.

I & O kärkihankkeen aikana keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen kehittämisen yhteydessä osa alueen kunnista otti käyttöön Oulu Screenerin palvelutarpeen arviointiin. Näiden kuntien RAI-yhdyshenkilöillä on ollut yhteisiä verkostopalavereja. Kukin kunta on itsenäisesti vastannut RAI-arviointiosaamisen kehittämisestä ja ylläpitämisestä. Turun kaupungin RAI-asiantuntijat ovat osallistuneet THL:n toteuttamaan RAI-erityisasiantuntijavalmennukseen. Alueellista RAI-asiantuntijatoimintaa ei ole eikä alueen yhteisiä toimintakäytäntöjä RAI arviointiosaamisen laadun varmistamiseksi tai RAI-arviointitiedon hyödyntämisessä asiakkaan hoidon ja palvelun suunnittelussa, toteutuksen arvioinnissa tai johtamisen eri tasoilla.

Keva julkaisi keväällä 2021 tilastollisen analyysimallin ammattinimiketasoisista työvoimatarpeista Varsinais-Suomen kunnissa¹. Analyysin mukaan hoitotyössä toimivien lähihoitajien kysyntä oli tarjontaa huomattavasti suurempaa. Tarvetta olisi ollut 782 lähihoitajalle. Analyysimalli ennakoii työvoimapulaa lähihoitaja-nimikkeeseen kohdalla vuoteen 2030 asti, mihin asti analyysimalli ulottuu. Niin ikään sairaanhoitajanimikkeeseen kohdalla maakunnassa on työvoimapula. Tarvetta olisi ollut 598 sairaanhoitajalle. Työvoimapulaa sairaanhoitajista ennakoidaan jatkuvan tulevana vuosina.

Hoitohenkilökunnan työvoimapula koskettaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa kokonaisuutena. Työvoimapula edellyttää mm. alan vetovoimaisuuden parantamista ja koulutuksellisia ratkaisuja. Kaiken kaikkiaan väestön ikääntymisestä ja matalasta syntyvyydestä johtuen ikääntyneiden palveluissa on vahvistettava teknologisten ratkaisujen käyttöä asiakkaiden hoidon ja palvelujen toteuttamisessa. Tämän lisäksi on kehitettävä ratkaisumalleja, miten käytettävissä olevaa henkilöresurssia kohdennetaan asiakkaille ja miten samanaikaisesti tuetaan henkilöstön hyvinvointia ja jaksamista.

Alueen kotihoidossa työskentelevistä ammattinimikkeistä ja henkilöiden lukumääristä ei ole käytettävissä yhteismitallista vertailutietoa. Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja käytettävissä olevan resurssin seuranta toteutetaan kuntakohtaisilla toimintamalleilla.

Palvelujen laadun varmistaminen koostuu iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeiden selvittämisestä monipuolisesti sekä palveluiden toteutuksesta asiakassuunnitelmien ja päätösten mukaan. Hoidon ja palvelun laadusta saadaan tietoa esimerkiksi RAI-arviointitiedon indikaattoreilla sekä asiakkaalta, läheiseltä ja henkilöstöltä kerättävällä palautteella. Alueella ei ole tällä hetkellä seurantajärjestelmää, jossa asiakastietoa olisi mahdollista yhdistää henkilöstöstä saatavaan tietoon tai taloustietoihin. Alueella ei myöskään ole käytössä seurantajärjestelmää, joka mahdollistaisi asiakasohjauksen vertaiskehittämisen ja asiakasohjauksessa tehtävien päätösten ja perusteiden seurannan.

Alueellista kehittämistä ja toimintakäytäntöjen yhtenäistämistä on tehty matalan kynnyksen asiakasneuvonnassa ja ohjauksessa. Parhaillaan kehitetään päivystykseen tulevan ikäihmisen asiakaspolkua ja arviointitiimin toimintaa akuuttigeriatrian projektissa. Omavalvontaa ja palvelutuottajien valvontaa kehitetään ylikunnallisen valvontakeskuksen projektissa.

Alueella toimii ikääntyneiden keskitetty asiakas- ja palveluohjaus (KomPASSi) Turun kaupungin koordinoimana ja kuntien välisellä yhteistyösopimuksella. Sopimuksessa ovat mukana kaikki alueen kunnat. Asiakasneuvonta.fi -sivuston kautta ikäihminen tai hänen läheisensä voivat etsiä tarvitsemiaan palveluja, joita tuottavat yritykset, ammatinharjoittajat, järjestöt, seurakunnat tai julkisen sektorin toimijat. Sivustolta on myös pääsy esimerkiksi Omaolon itsearviointikyselyihin. Sivuston kautta voi jättää yhteydenottopyynnön tai aloittaa chat-keskustelun asiakasohjaajan kanssa. Sivustolta löytyy myös alueen kunnissa olevien palvelupisteiden yhteystiedot. Keskitetyllä asiakasohjauksella on alueella yksi puhelinnumero sekä suomenkieliselle että ruotsinkielisille väestölle.

Tavoitteena on, että asiakas- ja palveluohjaukseen yhteyttä ottavan henkilön asia ratkaistaan yhteydenoton aikana. Jos yhteydenottajan asia edellyttää esimerkiksi kotikunnan asiakasohjaajan asiantuntemusta niin asiakkaan asia siirtyy toiminnanohjausjärjestelmän kautta asiakasohjaajalle. Yhteydenottajan ei tarvitse itse ottaa yhteyttä kotikuntaan vaan sieltä otetaan häneen yhteyttä ja jatketaan asian selvittelyä.

Rakenneuudistuksen rahoituksella palveluketjut ja -kokonaisuudet osakokonaisuudessa käynnistyi vuoden 2020 lopussa Akuuttigeriatrian kehittämisprojektin suunnittelu. Projekti jatkuu vuonna 2022 tulevaisuuden sotekeskus -ohjelman rahoituksella. Projektissa Tyks Akuutin Turun päivystyspisteessä pilotoidaan akuuttigeriatrian tiimiä, jossa on kaksi geriatria ja neljä geriatriasta sairaanhoitajaa. Pilotointi käynnistyi lokakuussa 2021. Pilotissa ovat mukana kaikki alueen kunnat.

Tiimi arvioi tilannetta ja toimintakykyä sellaisella yli 75-vuotiaalla päivystykseen tulleella henkilöllä, jolla ei ole säännöllistä kotihoitoa, joka on alle kuukauden sisällä ollut päivystyksessä tai kolmen kuukauden sisällä sairaalahoidossa. Kaikille potilaille tehdään tullessa geriatrinen triage-seula, jonka perusteella potilaat ohjautuvat tiimin arvioon. Arviossa kiinnitetään huomiota muun muassa avuntarpeeseen, toimintakykyyn, muistitilanteeseen, liikkumisen vaikeuksiin ja lääkitykseen. Tarkoituksena on tuoda esiin sellaisia asioita, jotka vaikuttavat iäkkään potilaan pärjäämiseen jatkossa ja joihin olisi hyvä puuttua omassa kotikunnassa, jotta potilaan toimintakyky pysyisi yllä mahdollisimman pitkään.

Tavoitteena on varmistaa katkeamaton hoitoketju päivystyksen ja perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä. Toimintaa on tarkoitus jatkossa hyödyntää mahdollisuuksien mukaan myös alueen muissa päivystyspisteissä.

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman mukaan kotiin vietävien akuuttipalveluiden työnjako ja koordinaatio vaatisi sairaanhoitopiirin alueella kehittämistä yhteistyössä ensihoidon, päivystyksen, perusterveydenhuollon, ikääntyneiden palveluiden, kotihoidon, kotisairaalan ja sosiaalipäivystyksen kanssa. Tyks Akuutissa on aloitettu kotiin vietävien akuuttipalveluiden suunnitelman eteenpäin työstäminen. Ensimmäisessä vaiheessa aloitetaan ensihoidon ns. D-tehtävien seulonta. Ensihoidon hälytystehtävät jaetaan hätäkeskuksessa tehtävän riskiarvion perusteella neljään tehtäväkiireellisyysluokkaan. D-tehtävät ovat tehtäviä, joissa avuntarvitsijan tila on vakaa eikä hänellä ole peruselintoiminnon häiriötä, mutta ensihoitopalvelun on tehtävä hoidon tarpeen arviointi. Tavoitteena on jatkaa suunnitelman työstämistä kohti kotiin vietäviä palveluita yhteistyössä edellä mainittujen tahojen kanssa.

Varsinais-Suomessa tunnistettiin tarve terävöittää palveluntuottajien valvontaa kehittämällä ennakoivaa riskienhallintaa, palveluntuottajien ennakoivaa ohjausta sekä jälkikäteistä, järjestäjän toteuttamaa valvontaa. Näihin haasteisiin käynnistettiin Varsinais-Suomen Rakennemuutos -rahoituksella hanke vuoden 2020 lopulla jatkuen vuonna 2021. Kaikki maakunnan kunnat ovat mukana hankkeessa. Hanke aloitti valvontaprosessien kehittämisen luvanvaraisista iäkkäiden ja lastensuojelun palveluista. Hankkeen tavoitteena on luoda alueelle ylikunnallinen valvontakeskus, joka tarjoaa asiantuntijapalvelua ennakoivan ja jälkikäteisen valvonnan toteuttamiseen sekä koulutuspalveluja omavalvontaan. Tavoitteena on myös määritellä valvontaa toteuttavien ammattihenkilöiden kompetenssi sekä tarvittavan koulutuksen sisältö ja määritellä palveluntuottajien ennakoivassa ja jälkikäteisessä valvonnassa tarvittavat tietosisällöt.

Hanke jatkaa vuonna 2022 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman rahoituksella. Tavoitteena on valvonnan ja omavalvonnan osaamisen tason varmistaminen sekä valvonnassa kerättävän tiedon läpinäkyvyyden ja hyödynnettävyyden parantaminen.

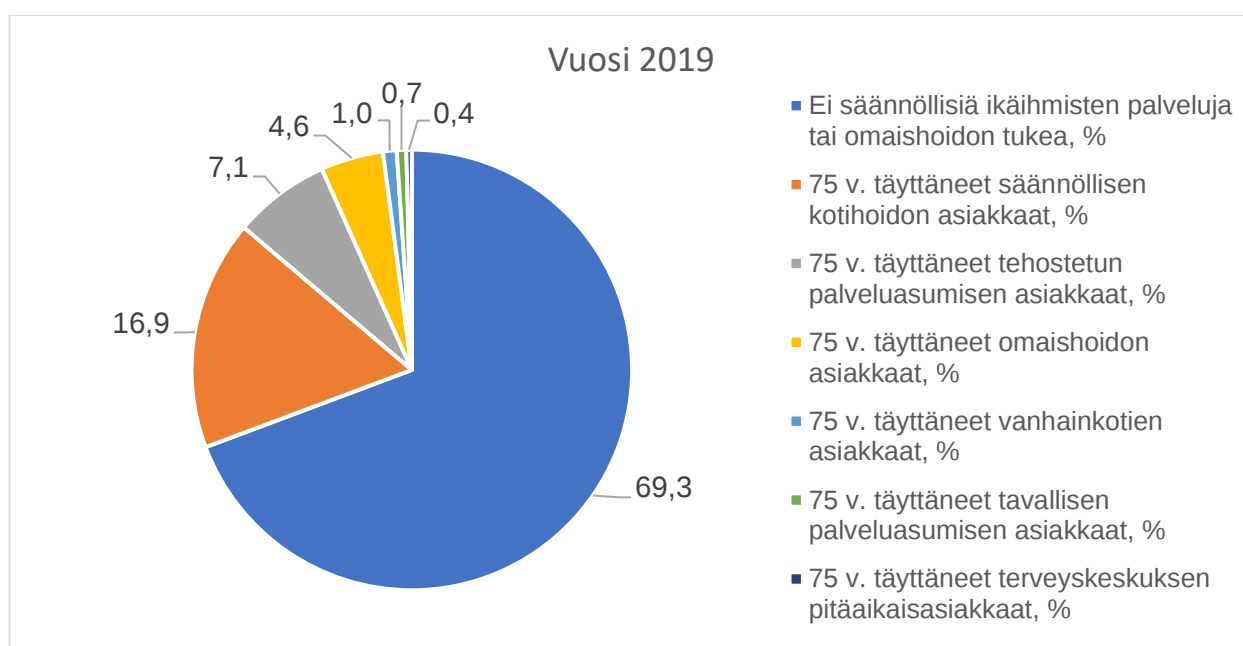
Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman täydentävässä haussa on mukana "Toimintakykyisenä ikääntyminen" osaprojekti, jossa tavoitteena on parantaa ja ylläpitää ikäväestön hyvinvointia kehittämällä toimintakykyä edistäviin palveluihin liittyviä asiakaspolkuja. Kehittämisen yhteydessä vahvistetaan perustason ehkäisevää työtä ja samalla määritellään yhdyspintapalvelut hyvinvointialueen ja kuntiin jäävien palveluiden kanssa sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Projektissa määritellään asiakassegmentoinnin perusteet toimintakyvyn perusteella ja määritellään palvelut, jotka vastaavat asiakassegmentin tarpeita. Projektissa määritellään toimintamalli ja yhteiset toimintaohjeet asiakaspolun ohjauksessa. Projekti toteutetaan

yhteistyössä sosiaali- ja terveyspalvelujen, kunnan tuottamien palvelujen ja järjestöjen tuottamien palvelujen kanssa.

¹ Keva (2021). Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeista. Varsinais-Suomi. Verkkolähde: https://www.keva.fi/globalassets/uutishuone/uutisten-tiedostoliitteet/kuntientyovoimatarpeet-pdf/kuntien-tyovoimatarpeet_varsinais-suomi.pdf

2. Kohderyhmä

Varsinais-Suomessa 75 vuotta täyttäneiden palvelurakenne oli vuoden 2019 tiedoilla koko maan keskiarvoihin verrattuna hieman raskaampi. Ympäri vuorokautisissa palveluissa (tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito, terveyskeskuksen pitkäaikaissairaanhoito) olevien asukkaiden osuus oli 0,4 prosenttiyksikköä korkeampi kuin koko maassa. Säännöllisessä kotihoidossa asiakkaiden osuus oli samoin 0,4 prosenttiyksikköä korkeampi kuin kansallinen keskiarvo.



Kuvio 1. Varsinais-Suomen 75 vuotta täyttäneiden palvelurakenne vuonna 2019.

Lähde: Sotkanet

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ikärakenteesta on käytettävissä tietoa vuodelta 2018. Tällöin alueella oli säännöllisessä kotihoidon asiakkuudessa lähes 6500 asiakasta. Asiakkaista hieman yli tuhat oli 65-74 -vuotiaita. 75-79 -vuotiaita asiakkaita oli lähes 900 ja 80-84 vuotiaita oli lähes 1400. Yli 3200 säännöllisen kotihoidon asiakasta oli 85 vuotta täyttäneitä.

Kotihoidossa työskentelevän henkilöstön rakenteesta ja lukumäärästä ei ole tässä vaiheessa käytettävissä yhteismitallista tietoa.

Hankkeen tavoitteiden saavuttaminen edellyttää asiakasohjauksessa ja kotihoidossa työskentelevän henkilöstön osallistamista kehittämiseen. Asiakasohjauksen palvelutarpeen arviointi edellyttää monialaista asiantuntemusta, mikä on huomioitava työskentelyssä. Toimintakäytäntöjä yhtenäistettäessä, työskentelyssä pitää olla mukana kuntoutuksen, gerontologisen sosiaalityön sekä päihde- ja mielenterveyspalvelujen ammattilaisia ja geriatreja/terveyskeskuslääkäreitä.

Hankkeen käynnistyessä on tärkeää saada tietoa kotihoidon asiakkailta ja heidän läheisiltään. Tiedonkeruun menetelmän voi olla asiakasraati tai asiakkaalle ja/tai hänen läheiselleen kohdennettu kysely.

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman yhtenä toimenpiteenä on ”hyvinvointitori” konseptin kehittäminen alueella. Tähän liittyen alueen ikääntyvälle väestölle toteutettiin kysely syys-lokakuussa 2021. Sähköisen kyselyn linkkiä välitettiin ikäväestölle vanhusneuvostojen ja järjestöjen kautta. Linkki kyselyyn oli myös asiakasneuvonta.fi -sivustolla. Muutaman yhdistyksen kautta jaossa oli myös paperisia kyselylomakkeita. Kyselyyn saatiin lähes 1000 vastausta, joista yli 80 % oli sähköisen kyselyn vastauksia. Vastauksia tuli yhtä lukuun ottamatta kaikkien Varsinais-Suomen kuntien ikäväestöltä. Kyselyssä selvitettiin ikäväestön näkemyksiä siitä, minkälaisia neuvonnan ja ohjauksen tarpeita heillä on, miten he selviytyvät päivittäisistä askareista sekä mahdollisuuksia ja halua sähköisen neuvonnan, ohjauksen ja palvelujen käyttöön. Kyselyn tulokset ovat käytettävissä vuoden 2021 lopussa. Soveltuvien osien kyselyn tuloksia hyödynnetään hankkeessa.

Hankkeen käynnistyessä jatketaan yhteistyötä vanhusneuvostojen ja järjestötoimijoiden kanssa. Hankkeen aikana tehdään yhteistyötä alueen oppilaitosten ja yliopiston kanssa. Sidosryhmät osallistetaan toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.

Hankkeen tavoitteet ovat yhteneviä hyvinvointialueen valmistelun tehtävien kanssa ja tarkoitus on, että hanke tekee tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen valmistelun kanssa ja että hankkeen tuotokset ovat hyödynnettävissä hyvinvointialueen valmistelussa.

3. Hankkeen tavoitteet

(1) Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä

Asiakaslähtöisyys on sitä, että hoito ja palvelut ovat iäkkään asiakkaan tarpeita vastaavia, palvelut ovat helppokäyttöisiä ja kestävää hoito- ja palvelusuhdetta tukevia. Asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa tärkeitä periaatteita ovat mm. yksilöllisyys, turvallisuus, hoidon jatkuvuus ja henkilöstön ammattitaito. Asiakaslähtöisyyteen liittyy myös iäkkään asiakkaan omaisten ja läheisten huomioiminen.

Iäkkäillä ihmisillä on suuri riski toimintakyvyn laskuun ja siksi on erityisesti huomioitava kuntoutumista ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta asiakkaan päivittäisessä palvelussa. Hyvä ravitsemustila on toimintakykyä ylläpitävään toimintaan osallistumisen

edellytys. Suun sairaudet ja ongelmat saattavat aiheuttaa iäkkäälle asiakkaalle kipua, epämukavuutta ja syömisvaikeuksia ja tästä saattaa seurauksena olla heikentynyt ravitsemustila.

Toimintakyky-termi käsittää sekä fyysisen, kognitiivisen, sosiaalisen että psyykkisen toimintakyvyn. Vastaavasti kuntoutus käsittää toimintakäytännöt, jotka edistävät ja ylläpitävät iäkkään ihmisen toimintakyvyn eri ulottuvuuksia. Kuntoutuksen toimintakäytännöt perustuvat tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuviin hyviin käytäntöihin.

Asiakaslähtöisessä palvelussa tunnistetaan iäkkään asiakkaan tarve kuntoutukselle ja tarve monialaiselle asiantuntemukselle kuten kuntoutuksen ammattilaisten palvelut, sosiaalityön palvelut, lääkäripalvelut ja suun terveydenhuollon palvelut.

Ikäväestön yhdenvertaisuuden näkökulmasta palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa pitää olla alueella yhtenäisiä toimintaperiaatteita ja käytäntöjä. Yhtenäisten toimintaperiaatteiden ja käytäntöjen noudattaminen edistää osaltaan asiakaslähtöisyyttä ja palvelujen laatua.

Osatavoitteet:

1A. Iäkkään asiakkaan kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutuksen toimintakäytäntöjen ja -prosessien yhtenäistäminen.

1B. Asiakkaan tarpeiden edellyttämien lääkäri- ja suun terveydenhuollon palvelujen toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen.

1C. Asiakasturvallisuutta ja palvelun laatua edistävien teknologisten ratkaisujen tarpeen kartoitus ja ratkaisuvaihtoehtojen tunnistaminen ja käyttöönotto.

(2) Oikeat palvelut oikeaan aikaan — Asiakas- ja palveluohjaus kuntoon

Ikääntyneiden matalan kynnyksen neuvonta ja asiakasohjaus toimii alueella jo kuntien välisellä yhteistyösopimuksella, jota Turun kaupunki koordinoi. Asiakasneuvonta.fi -sivustolta löytyy järjestöjen toimintaa ja palveluja, kunnan muiden toimialojen palveluja sekä yksityisten tuottamia palveluja. Iäkäs ihminen saa yhteyden asiakasohjaukseen lähettämällä yhteydenottopyynnön, chat-yhteydellä tai puhelimitse. Asiakkaan asia etenee yhden yhteydenoton perusteella tarvittaessa yhteydenottajan kotikunnan asiakasohjaajalle. Osassa kuntia on myös asiakasohjauksen palvelupiste.

Vain osa yhteydenotoista etenee palvelutarpeen arviointiin. Palvelutarpeen arvioinnissa pitää olla käytössä yhtenäiset arviointivälineet ja toimintakäytännöt, jotta alueen ikäväestön yhdenvertaisuus toteutuu. Säädösten mukaan palvelutarpeen arvioinnin menetelmä on RAI-arviointijärjestelmä.

Iäkkään ihmisen palvelutarpeen selvittely edellyttää usein monialaista asiantuntemusta: hoitotyö, kuntoutus, gerontologinen sosiaalityö, lääketiede tai päihde- ja mielenterveystyö. Palvelutarpeen arviointiprosessiin sisältyy kuntouttava arviointijakso, jonka perusteella tarkentuu iäkkään ihmisen tarvitsema palvelu.

Palvelujen myöntämisen kriteerien pitää olla yhtenäiset. Asiakasohjauksessa toimivat asiakasohjaajat tekevät päätökset palveluista ja yhdessä asiakkaan kanssa valitsevat palvelun tuottajat. Jos iäkkään ihmisen palvelutarve on moninainen ja palvelujen koordinointi edellyttää omatyöntekijää, hänelle nimetään omatyöntekijä. Omatyön-

tekijän tehtävänä on myös varmistaa ja seurata, että myönnetty palvelukokonaisuus toteutuu.

Ikäväestön yhdenvertaisuuden näkökulmasta alueella toimiva asiakasohjaus noudattaa yhtenäisiä toimintakäytäntöjä ja tätä tuetaan asiakasohjaajien verkostolla. Asiakasohjauksen toimintaa seurataan ja johdetaan yhteisillä tunnusluvuilla ja indikaattoreilla. Näiden avulla seurataan asiakkaiden prosesseja, asiakasohjaajien tekemiä päätöksiä ja myös vertaillaan kustannuksia.

Osatavoitteet:

2A. Luodaan alueelle keskitetyn palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli, laaditaan yhtenäiset palvelujen myöntämisen kriteerit ja otetaan käyttöön toiminnan seuranta-järjestelmä ja indikaattorit.

2B. Alueelle luodaan ja otetaan käyttöön RAI- arviointivälineiden käytön jatkuvan osaamisen ja kouluttamisen toimintamalli ja RAI-osaajien verkosto.

(3) Osaavan henkilöstön riittävä määrä ja saatavuuden varmistaminen

Hankkeessa uudistetaan ja yhtenäistetään alueen toimintatapoja. Toimintatapojen uudistaminen tarkoittaa henkilöstölle mahdollisuutta osallistua muutosten suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan. Mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä lisää myös henkilöstön hyvinvointia.

Uudistettujen ja yhtenäisten toimintakäytäntöjen käyttöönottoa edeltävät koulutukset ja muutosvalmennus sekä asiakastyössä olevalle henkilöstölle että toimintaa eri tasoilla johtaville henkilöille. Lähijohtajat sekä taktisen ja operatiivisen tason johtajat tarvitsevat työnsä tueksi tietojohtamisen työvälineitä.

Osaamisen varmistaminen ja asiakasturvallisuuden parantaminen edellyttävät jatkuvan koulutuksen toimintamallin luomista alueelle. Asiakastyötä tekevien verkostoilla vahvistetaan vertaiskehittämistä. Verkkokoulutusympäristöjen hyödyntäminen ja kehittäjätyöntekijöiden toiminta tukevat osaltaan henkilöstön osaamista. Yhteistyö koulutusta järjestävien ja tutkimusta tekevien organisaatioiden kanssa rakentuu osaksi osaamisen ylläpitämisen kokonaisuutta.

Asiakaslähtöisyys ja alueen ikäväestön yhdenvertaisuus edellyttää, että käytössä on järjestelmä, jolla voidaan seurata asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja suunnitella käytettävissä olevan henkilöstöresurssin kohdentuminen vastaamaan asiakkaiden palvelutarvetta.

Osatavoitteet:

3A. Alueelle luodaan yhtenäiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan resurssin määrittelyyn ja resurssin kohdentamiseen tiimeille ja otetaan käyttöön toiminnan johtamista tukeva teknologia.

3B. Kehitetään toimintamalli, jossa lisätään erilaisia alueellisia sijaisjärjestelyjä henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi.

(4) Palvelujen laadun varmistaminen

Palveluiden laadun varmistaminen on osa tietojohdantamista ja siihen liittyvän tietopohjan kehittämistä ja käyttöä. Laadun varmistaminen koostuu iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeiden selvittämisestä monipuolisesti sekä palveluiden toteutuksesta asiakassuunnitelmien ja päätösten mukaan. Hoidon ja palvelun laadusta saatu palaute asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä auttaa löytämään ne laadun osa-alueet, joilla toimitaan jo hyvin ja myös ne alueet, joissa on kehitettävää.

Ikääntyneiden palvelujen johtamisen lähtökohta on tiedolla johtaminen. Johtaminen tarvitsee tietoa, jossa yhdistyy asiakastieto, henkilöstöä kuvaava tieto ja palvelujen järjestämisestä aiheutunut kustannustieto. Palvelujen johtamisessa tarvitaan vertailutietoa yhtäältä alueen toimintayksiköiden osalta ja toisaalta yhteismitallista vertailutietoa muiden hyvinvointialueiden ikääntyneiden palveluista.

Osatavoitteet:

4A. Ikääntyneiden palveluissa kehitetään tietojohdantamisen käytäntöjä johtamisen eri tasoilla ja otetaan käyttöön tietojohdantamisen mahdollistavat välineet.

4B. Alueen ikääntyneiden palveluissa otetaan käyttöön yhtenäinen palautekysely, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta asiakkaalta, läheiseltä ja henkilökunnalta.

4. Toteutus

4.1. Aikataulu

Tavoitteiden 2 – 4 osaprojektit käynnistyvät heti hankkeen alussa. Alkuvaiheessa on nykytila-analyysi ja sen jälkeen yhtenäisten toimintakäytäntöjen suunnittelu, koulutukset, mahdollisesti toimintakäytäntöjen pilotointi ja alueelliset käyttöönotot.

Osaprojektit 1A ja 1B käynnistyvät vuodenvaihteessa 2022 - 2023. Nykytila-analyysia tehdään jo vuoden 2022 aikana.

Taulukko 1: Hankkeen alustava aikataulu.

2022						2023					
1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12
						1A. lääkään asiakkaan kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutuksen toimintakäytäntöjen ja -prosessien yhtenäistäminen					
						1B. Asiakkaan tarpeiden edellyttämien lääkäri- ja suun terveydenhuollon palvelujen toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen.					
1C. Asiakasturvallisuutta ja palvelun laatua edistävien teknologisten ratkaisujen tarpeen kartoitus ja ratkaisuvaihtoehtojen tunnistaminen ja käyttöönotto.											
2A. Luodaan alueelle keskitetyn palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli, laaditaan yhtenäiset palvelujen myöntämisen kriteerit ja otetaan käyttöön toiminnan seurantarjestelmä ja indikaattorit.											
2B. Alueelle luodaan ja otetaan käyttöön RAI- arviointivälineiden käytön jatkuvan osaamisen ja koulutuksen toimintamalli ja RAI-osaajien verkosto.											
3A. Alueelle luodaan yhtenäiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan resurssin määrittelyyn ja resurssin kohdentamiseen tiimeille ja otetaan käyttöön toiminnan johtamista tukeva teknologia.											
3B. Kehitetään toimintamalli, jossa lisätään erilaisia alueellisia sijaisjärjestelyjä henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi.											
4A. Ikääntyneiden palveluissa kehitetään tietojohdamisen käytäntöjä johtamisen eri tasoilla ja otetaan käyttöön tietojohdamisen mahdollistavat välineet.											
4B. Alueen ikääntyneiden palveluissa otetaan käyttöön yhtenäinen palautekysely, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta asiakkaalta, läheiseltä ja henkilökunnalta.											

4.2. Toimenpiteet

(1) Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä

1A. Iäkkään asiakkaan kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutuksen toimintakäytäntöjen ja -prosessien yhtenäistäminen.

Tavoitteena on luoda toimintamalli, jossa iäkkäiden asiakkaiden kuntoutustarve arvioidaan systemaattisesti siirtymävaiheissa sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä säännöllisen palveluiden aloittamisesta. Kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti asiakkaan kotona hyödyntäen myös etäkuntoutuksen vaihtoehtoja. Asiakkaan tarpeeseen vastaava toimintaa voi olla tarjolla myös järjestöillä tai muilla kolmannen sektorin toimijoilla. Ikäihmisen kuntoutustarve voi olla fyysisen, kognitiivisen, sosiaalisen tai psyykkisen toimintakyvyn heikentymisestä johtuvaa.

- kartoitetaan alueen kunnissa ja muissa kunnissa olevat hyvät kuntoutuskäytännöt
- tunnistetaan ikäihmisen asiakaspolkuun sisältyvät siirtymät, joissa pitää erityisesti huomioida kuntoutustarve. Esimerkiksi sairaalasta tai päivystyksestä kotiin siirtyminen tai toimintakyvyn lasku. Tässä on yhteys myös akuuttigeriatrian pilottiin.
- kuntoutustarpeen tunnistamisen menetelmien valinta ja toimintakäytäntöjen kuvaaminen
- asiakasryhmien segmentointi. Asiakkaan hoito- ja palvelutarpeen taustalla on erilaisia syitä kuten heikentynyt toimintakyky, muistisairaus, päihde- ja mielenterveysongelma tai useat eri ongelmat. Kotihoidon asiakkuudessa olevien nuorempien päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen selkeyttäminen.
- asiakassegmenttien tarpeita vastaavien kuntoutuspalvelujen tunnistaminen ja kartoittaminen sekä toteutettavien palvelujen yhdensuuntainen kehittäminen. Palveluista käytettävien termien yhtenäistäminen: arkikuntoutus / kotikuntoutus, päivä kuntoutus / kuntouttava päivätoiminta, muistikuntoutus, kuntouttava arviointijakso, etäkuntoutus
- kehitetyn toimintamallin käyttöönottokoulutukset ja muutosvalmennus
- toimintamallin pilotointi
- toimintamallin alueellinen käyttöönotto

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut.

1B. Asiakkaan tarpeiden edellyttämien lääkäri- ja suun terveydenhuollon palvelujen toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen.

Ikäihmisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edellytyksenä on, että hänellä mahdollisesti olevat sairaudet ja lääkitys ovat hoidossa.

- kartoitetaan alueen kunnissa ja muissa kunnissa olevat hyvät käytännöt toteuttaa kotihoidon asiakkaiden lääkäripalveluja ja suun terveydenhuollon palveluja
- valitaan alueelle toimintakäytännöt toteuttaa lääkäripalvelut ja suun terveydenhuollon palvelut kotihoidon asiakkaille huomioiden asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden yhdenvertaisuus

- vahvistetaan henkilökunnan osaamista kouluttamalla esimerkiksi iäkkään asiakkaan suun terveyden arviointiin ja toteuttamaan arvioinnin edellyttämiä hoitotoimenpiteitä
- luodaan yhtenäiset käytännöt kotihoidon asiakkaiden vuositarkastuksille ja lääkehoidon kokonaisarvioinnille
- kehitetyn toimintamallin käyttöönottokoulutukset ja muutosvalmennus
- toimintamallin pilotointi
- toimintamallin alueellinen käyttöönotto

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut.

1C. Asiakasturvallisuutta ja palvelun laatua edistävien teknologisten ratkaisujen tarpeen kartoitus ja ratkaisuvaihtoehtojen tunnistaminen ja käyttöönotto.

Asiakasturvallisuuden edistämiseen liittyvät mm. asiakkaan kodin paloturvallisuuden kartoitus ja ohjeistus tarvittaviin muutoksiin. Asiakkaan turvallisuutta lisäävien kodin muutostöiden ja tarvittavien apuvälineiden kartoittaminen ja asioiden edistäminen monialaisessa yhteistyössä. Asiakasturvallisuutta edistää myös se, että asiakkaan kotiympäristö on arvioitu hoito- ja auttamistoimenpiteiden turvallisen toteuttamisen näkökulmasta.

Asiakasturvallisuuden parantamiseen on tarjolla erilaisia teknologisia ratkaisuja. Asiakasta voidaan seurata yksityisyyden turvaavalla teknologialla, joka hälyttää mikäli henkilön elintoiminnoissa on muutoksia, henkilö kaatuu tai poistuu turvallisesti määritellyltä liikkumisen alueelta. Teknologian välityksellä on mahdollista kontaktoida asiakasta, toteuttaa etävastaanottoa esimerkiksi valvottu lääkkeenotto, pitää yhteyttä asiakkaan läheisiin ja toteuttaa erilaista sosiaalista hyvinvointia edistävää toimintaa.

- kartoitetaan alueen kunnissa olevat käytännöt: paloturvallisuuden kartoitus, ohjeistus tarvittaviin muutoksiin, apuvälineiden tarpeen arvioinnin käytännöt, kotiympäristön turvallisuus hoito- ja auttamistoimenpiteiden toteuttamisen näkökulmasta
- luodaan yhtenäiset toimintakäytännöt ja prosessit yhteistyötahojen kanssa, laaditaan toimintaohjeet
- kartoitetaan alueella käytössä olevat asiakasturvallisuutta edistävät teknologiat ja etävastaanotot mahdollistavat teknologiat
- laaditaan lyhyen- ja pitkántähtäimen suunnitelma teknologisten ratkaisujen käyttöönotosta asiakasturvallisuuden ja palvelujen laadun parantamiseksi
- toteutetaan toimintakäytäntöjen käyttöönottokoulutukset ja muutosvalmennus
- toimintakäytäntöjen pilotointi
- toimintakäytäntöjen alueellinen käyttöönotto

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut.

2A. Luodaan alueelle keskitetyn palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli, laaditaan yhtenäiset palvelujen myöntämisen kriteerit ja otetaan käyttöön toiminnan seurantajärjestelmä ja indikaattorit.

Keskitetyssä palvelutarpeen arvioinnin toimintamallissa alueella on yhtenäiset toimintakäytännöt ja välineet arvioinnin toteuttamiseen. Arviointi on monialaista ja arviointiprosessiin kytketään kuntouttava arviointijakso ennen palvelujen myöntämisen päätöstä.

Arviointia tekevien asiakasohjaajien osaamista ja työskentelyn yhdensuuntaisuutta tuetaan asiakasohjaajien verkostolla.

Asiakasohjausta johdetaan tietoon perustuen ja tätä varten eri johtamisen tasoilla on käytettävissä väline, joka mahdollistaa asiakasohjauksen toiminnan vertailun alueella ja edelleen auttaa kehittämistoimenpiteiden tunnistamista.

- alueella on tulossa siirtyminen interRAI-arviointivälineiden käyttöön. Tässä yhteydessä nyt käytössä oleva Oulu Screener jää pois ja alueella on valittava uusi RAI-järjestelmän arviointiväline palvelutarpeen arviointiin
- luodaan toimintaperiaatteet monialaiselle palvelutarpeen arvioinnille ja luodaan sujuvat asiakaspolut sen toteuttamiselle: resurssit, nimikkeet, tehtävänkuvat, hoidon ja palvelutarpeen uudelleen arviointi, keskeiset yhteistyötahot
- kuntouttava arviointijakso kytketään osaksi palvelutarpeen arviointiprosessia, suunnitellaan asiakaspolun eteneminen yhteistyötahojen kanssa
- laaditaan alueen yhteiset palvelujen myöntämisen kriteerit
- luodaan käytännöt asiakasohjauksen osaamisen varmistamiseksi
- otetaan käyttöön tietojohdamisen välineet asiakasohjauksen seurannassa, johtamisessa ja vertaiskehittämisessä
- toteutetaan toimintakäytäntöjen käyttöönottokoulutukset ja muutosvalmennus
- toimintakäytäntöjen pilotointi
- toimintakäytäntöjen alueellinen käyttöönotto

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut.

2B. Alueelle luodaan ja otetaan käyttöön RAI- arviointivälineiden käytön jatkuvan osaamisen ja kouluttamisen toimintamalli ja RAI-osaajien verkosto.

RAI-arviointijärjestelmä on alueella käytössä ja nykyisin käytössä olevista välineistä on siirrytty inter-RAI-välineiden käyttöön. Alueella toimii RAI-asiantuntija, joka koordinoi alueen RAI-arviointiosaamisen ylläpitoa, tukee johtoa RAI-arviointitiedon hyödyntämisessä ja vastaa RAI-yhdyshenkilöverkoston toiminnasta.

- Kartoitetaan RAI-järjestelmän käyttöönoton tilanne: a) RAI-välineet eivät ole vielä lainkaan käytössä ja b) interRAI-välineiden käyttö
- Luodaan toimintaperiaatteet, miten tuetaan kuntia välineen käyttöönotossa tai välineiden vaihdossa
- Laaditaan RAI-asiantuntijatoiminnan periaatteet ja otetaan ne käyttöön

- Laaditaan alueellinen RAI-arviointiosaamisen varmistamisen toimintamalli ja sen käyttöönotto
- Laaditaan RAI-tiedon hyödyntämisen toimintamalli johtamisen eri tasoilla
- Hyödynnetään RAI-arviointitietoa omavalvonnassa ja palvelutuottajien valvonnassa – yhteistyö ylikunnallisen valvontakeskuksen kanssa
- Kartoitetaan RAI-järjestelmän käytön sopimukset ja laaditaan ehdotus alueen sopimuksista
- toteutetaan toimintakäytäntöjen käyttöönottokoulutukset ja muutosvalmennus
- toimintakäytäntöjen pilotointi
- toimintakäytäntöjen alueellinen käyttöönotto

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut.

(3) Osaavan henkilöstön riittävä määrä ja saatavuuden varmistaminen

3A. Alueelle luodaan yhtenäiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan resurssin määrittelyyn ja resurssin kohdentamiseen tiimeille ja otetaan käyttöön toiminnan johtamista tukeva teknologia.

lääkkäiden palvelutarvetta vastaavasti on oltava välittömän asiakastyön resurssia. Resurssien kohdentumista arvioidaan strategisen johtamisen tasolla muutaman kerran vuodessa resurssityökalulla. Operatiivisessa johtamisessa päivittäisen resurssin kohdentamisessa on kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmät. Muutoksen johtamisessa huomioidaan työhyvinvointia parantavat tekijät.

- strategisen tason johtaminen
 - nykytila-analyysi alueen asiakkaiden palvelutarpeesta ja käytettävissä olevasta välittömän työajan määrästä – strategisen ja taktisen johtamisen suunnittelu
 - kotihoidon resursointityökalun käyttöönotto ja sen edellyttämät koulutukset
 - henkilöstön kohdentamisen tavoitteiden asettaminen ja yhteisten periaatteiden luominen
- operatiivisen tason johtaminen
 - alueella käytössä olevien toiminnanohjausjärjestelmien kartoittaminen
 - päivittäisjohtamisessa käytettävien määrittelyjen ja tavoitteiden yhtenäistäminen: välitön asiakastyö, matka-ajat ym.
 - toimintatapojen uudistamisen tarpeiden tunnistaminen ja tarvittavien muutosten suunnittelu
- tarvittavat muutokset toimintakäytäntöihin suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä työntekijöiden ja johdon kanssa.
- toteutetaan toimintakäytäntöjen käyttöönottokoulutukset ja muutosvalmennus
- toimintakäytäntöjen pilotointi
- toimintakäytäntöjen alueellinen käyttöönotto

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut.

3B. Kehitetään toimintamalli, jossa lisätään erilaisia alueellisia sijaisjärjestelyjä henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi.

Alueella on Kevan tekemän analyysin perusteella merkittävää vajausta lähihoitajista ja sairaanhoitajista. Tämä vajaus näkyy myös ikääntyneiden palveluissa. Henkilöstön pitovoima on myös heikentynyt. Kotihoidon näkökulmasta heikentyneeseen työvoimatilanteeseen saattaa vaikuttaa myös ympärivuorokautisen hoidon lakisääteinen mitoitus.

- nykytila-analyysi sijaistarpeen laajuudesta ja vaihtelusta
- ratkaisuvaihtoehtojen työstäminen johdon, henkilöstön ja keskeisten yhteistyökumppanien kanssa esimerkiksi liikkuvan hoitajan toimintamalli, keskitetty resurssipooli
- tavoitteiden asettaminen ja yhteisten toimintakäytäntöjen luominen
- toteutetaan toimintakäytäntöjen käyttöönottokoulutukset ja muutosvalmennus
- toimintakäytäntöjen pilotointi
- toimintakäytäntöjen alueellinen käyttöönotto

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut.

(4) Palvelujen laadun varmistaminen

4A. Ikääntyneiden palveluissa kehitetään tietojohtamisen käytäntöjä johtamisen eri tasoilla ja otetaan käyttöön tietojohtamisen mahdollistavat välineet.

Palveluiden laadun kehittäminen edellyttää vertailukelpoista asiakas-, henkilöstö- ja taloustietoa. Tiedon analysointi edellyttää tietojohtamisen välineiden käyttöönottoa. Alueella on käytössä laaja kirjo tietojärjestelmiä, joista tieto pitää kerätä. Esimerkiksi asiakastietojärjestelmistä alueella on käytössä Pegasos, Life Care, Omni365, Abilita ja Mediatri.

Palvelujen johtaminen ja laadun kehittäminen edellyttää yhtäältä vertailutietoa alueella toimivista toimintayksiköistä ja toisaalta kansallisen tason vertaiskehittämistä.

- nykytila-analyysi
- otetaan käyttöön kotihoidon vertaiskehittämisen työkalu
- alueen yhteisten palvelujen laatutavoitteiden määrittely
- kehittämiskohteiden tunnistaminen
- kehittämistoimenpiteiden suunnittelu
- jatkuvan seurannan suunnittelu
- toteutetaan toimintakäytäntöjen käyttöönottokoulutukset ja muutosvalmennus
- toimintakäytäntöjen pilotointi
- toimintakäytäntöjen alueellinen käyttöönotto

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut

4B. Alueen ikääntyneiden palveluissa otetaan käyttöön yhtenäinen palautekysely, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta asiakkaalta, läheiseltä ja henkilökunnalta.

Johtamisessa tarvitaan myös tietoa iäkkään henkilön, läheisten ja ammattilaisten kokemusta palvelun laadusta. Alueella ei ole käytössä yhtenäistä palautekyselyä eikä yhtenäisiä käytäntöjä kolmikanta palautekyselystä.

- Analysoidaan alueella käytössä olevat asiakaspalautekyselyt
- Kartoitetaan kansalliset asiakaspalautekyselyt sekä hyvinvointialueen suunnitelmat asiakaspalautekyselyjen käyttöönotosta
- Laaditaan ikääntyneiden palveluihin palautekysely huomioiden kansalliset / hyvinvointialueelle käyttöön otettavat palautekyselyt. Huomioidaan, että kysely on sellainen, että sillä voidaan kerätä palautetta sekä iäkkäältä ihmiseltä itseltään, läheiseltä ja henkilökunnalta.
- otetaan palautekysely käyttöön – sähköisenä versiona ja tarvittaessa paperiversiona
- pilotoidaan palautekyselyä
- otetaan palautekysely käyttöön alueella

Työmenetelminä ovat nykytila-analyysi, ammattilaisten/johdon/sidosryhmien työpaikat, asiantuntijapalvelut.

5. Tuotokset, tulokset ja vaikutukset

Hankkeen tuotokset, tulokset ja vaikutukset esitetään tavoitekohtaisesti.

Taulukko 2: Hankkeen tavoitteet, tuotokset, tulokset ja vaikutukset.

Tavoite	Tuotokset, tulokset, vaikutukset
(1) Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä	
1A. Iäkkään asiakkaan kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutuksen toimintakäytäntöjen ja -prosessien yhtenäistäminen.	TUOTOKSET - yhtenäiset kuntoutustarpeen arvioinnin menetelmät, asiakasprosessit ja tarpeita vastaavat palvelut on määritelty ja toimintaohjeet laadittu TULOKSET - toimintamallin koulutukset ja käyttöönotto toteutettu, kuntoutusta toteuttavien verkosto on otettu käyttöön VAIKUTUKSET - esim. raskaampiin palveluihin siirtyminen myöhemmin, ei todettavissa vielä hankkeen aikana
1B. Asiakkaan tarpeiden edellyttämien lääkäri- ja suun terveydenhuollon palvelujen toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen.	TUOTOKSET - asiakkuudessa olevien kohdalla yhtenäiset käytännöt esim. vuositarkastukset, lääkehoidon kokonaisarviointien toteutus – yhteiset toimintaohjeet - asiakkaan suun terveydentilan arviointi, seuranta ja päivittäiset toimenpiteet – toimintaohjeet, koulutuskäytännöt suunniteltu TULOKSET - hoitotyöntekijät arvioivat systemaattisesti asiakkaan suun terveyttä, on otettu käyttöön suun terveyttä edistäviä toimenpiteitä VAIKUTUKSET

	- jos suun terveydentila on haitannut asiakkaan ruokailua, vaikutukset on oletettavasti havaittavissa lyhyelläkin aikajänteellä
1C. Asiakasturvallisuutta ja palvelun laatua edistävien teknologisten ratkaisujen tarpeen kartoitus ja ratkaisuvaihtoehtojen tunnistaminen ja käyttöönotto.	TUOTOKSET - yhteiset toimintaohjeet ja tarkistuslista mm. asiakkaan kodin turvallisuus, kotiympäristön turvallisuus asiakkaan tarvitseman hoidon toteuttamisen näkökulmasta mukaan lukien yhtenäiset suositukset apuvälineistä asiakkaan turvallisen hoidon toteuttamiseksi - yhteiset periaatteet ja tavoitteet etähoivaratkaisujen hankinnalle – turvallinen asuminen, etäseuranta, yhteydenpito esim. omaisiin, etävastaanotot ja etänä toteutettava ryhmätoiminta TULOKSET - henkilöstö koulutettu asiakkaan kodin turvallisuuden tarkistuslistan käyttöön, tarkistuslistan käyttö on systemaattista ja dokumentoitua, VAIKUTUKSET - vaikutukset eivät välttämättä ole todettavissa hankkeen aikana
(2) Oikeat palvelut oikeaan aikaan — Asiakas- ja palveluohjaus kuntoon	
2A. Luodaan alueelle keskitetyn palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli, laaditaan yhtenäiset palvelujen myöntämisen kriteerit ja otetaan käyttöön toiminnan seurantarajajärjestelmä ja indikaattorit.	TUOTOKSET - palvelutarpeen arvioinnissa on yhtenäiset prosessit ja toimintakäytännöt, toimintaohjeet - palvelutarpeen arviointi toteutetaan monialaisena yhteistyönä, jonka prosessit on kuvattu ja vastuutettu - yhteiset palvelujen myöntämisen kriteerit on laadittu TULOKSET - kuntouttava arviointijakso sisältyy palvelutarpeen arviointiprosessiin - asiakasohjauksen johtamisessa on käytössä seurantarajajärjestelmä, joka mahdollistaa toteutuneen asiakasohjauksen vertailun alueella ja suhteessa muihin alueisiin VAIKUTUKSET - paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluja koordinoi ja seuraa omatyöntekijä, jolloin asiakas saa tarvitsemansa palvelut
2B. Alueelle luodaan ja otetaan käyttöön RAI- arviointivälineiden käytön jatkuvan osaamisen ja kouluttamisen toimintamalli ja RAI-osaajien verkosto.	TUOTOKSET - RAI-asiantuntijan tehtävät on määritelty - RAI-arviointiosaamisen varmistamisen suunnitelma ja käytännöt on määritelty - RAI-yhdyshenkilöverkoston toiminta on suunniteltu ja otettu käyttöön - RAI-tiedon hyödyntäminen johtamisessa on suunniteltu ja johdon ja muiden sidosryhmien koulutukset on järjestetty TULOKSET - iäkkään ihmisen palvelutarpeen arviointi sekä hoidon ja palvelun suunnittelu perustuu RAI-arviointitietoon - RAI-indikaattoritietoa hyödynnetään johtamisessa, omavalvonnassa ja palvelutuottajien valvonnassa VAIKUTUKSET - asiakkaan tarpeet on arvioitu laajasti ja hoito- ja palvelusuunnitelma on laadittu tarpeiden perusteella; asiakastason hyötyjä on todettavissa lyhyelläkin aikajänteellä

(3) Osaavan henkilöstön riittävä määrä ja saatavuuden varmistaminen	
3A. Alueelle luodaan yhtenäiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan resurssin määrittelyyn ja resurssin kohdentamiseen tiimeille ja otetaan käyttöön toiminnan johtamista tukeva teknologia.	TUOTOKSET - alueella on strategisella tasolla yhtenäiset periaatteet kohdentaa käytettävissä oleva henkilöresurssi suhteessa asiakkaille myönnettyihin palveluihin. TULOKSET - kotihoidon resursointityökalu on otettu käyttöön - uusien käytäntöjen käyttöönottoon liittyvä muutosvalmennus on toteutettu - toteutetuilla muutoksilla on myönteinen vaikutus kotihoidon henkilöstön työhyvinvointiin VAIKUTUKSET - henkilöstöresurssi kohdentuu alueellisten asiakas- tarpeiden perustella vuositasolla
3B. Kehitetään toimintamalli, jossa lisätään erilaisia alueellisia sijaisjärjestelyjä henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi.	TUOTOKSET - yhdessä sovitut periaatteet ja toimintamallit sijaisjärjestelyihin esimerkiksi liikkuva resurssi, resurssipooli TULOKSET - henkilöstö ja johto ovat yhdessä työstäneet ja sitoutuneet valittuihin toimintakäytäntöihin VAIKUTUKSET - hyödyt eivät välttämättä näy hankeaikana
(4) Palvelujen laadun varmistaminen	
4A. Ikääntyneiden palveluissa kehitetään tietojohdamisen käytäntöjä johtamisen eri tasoilla ja otetaan käyttöön tietojohdamisen mahdollistavat välineet.	TUOTOKSET - tietojohdamisen väline on otettu käyttöön - palvelujen kehittäminen on nivottu yhteen johtamisen vuosikellon kanssa - vertailukehittämisen toiminta on suunniteltu ja vastuutettu TULOKSET - palveluja kehitetään alueen sisäisellä ja kasallisen tason vertailukehittämisellä VAIKUTUKSET - hyödyt eivät välttämättä näy hankeaikana
4B. Alueen ikääntyneiden palveluissa otetaan käyttöön yhtenäinen palautekysely, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta asiakkaalta, läheiseltä ja henkilökunnalta.	TUOTOKSET - alueella on laadittu palautekysely, jolla kerätään tietoa iäkkäältä asiakkaalta, läheiseltä, henkilökunnalta TULOKSET - palautekysely on otettu käyttöön VAIKUTUKSET - palautekyselyn tietoa käytetään alueen yksiköiden vertailukehittämisessä

6. Hankkeen hallinnointi

6.1. Hankkeen toimijat ja organisoituminen

Varsinais-Suomessa on 27 kuntaa: Aura, Kaarina, Kemiönsaari, Koski Tl, Kustavi, Laitila, Lieto, Loimaa, Marttila, Masku, Mynämäki, Naantali, Nousiainen, Oripää, Paimio, Parainen, Pyhäranta, Pöytyä, Raisio, Rusko, Salo, Sauvo, Somero, Taivassalo, Turku, Uusikaupunki ja Vehmaa, jotka kaikki osallistuvat hankkeeseen.

Maakunnan väkiluku oli 481 403 vuoden 2020 lopussa. Väestöstä 75 vuotta täyttä-neitä oli 10,6 %, 80 vuotta täyttäneitä oli 6,1 % ja 85 vuotta täyttäneitä 3,1 %.

Hankkeen hallinnoija on Turun kaupunki.

Hankeorganisaatiota johtaa hankejohtaja. Projektipäälliköt johtavat osaprojekteja. Osaprojekteilla on projektiryhmät.

Hankkeen ohjausryhmänä toimii Varsinais-Suomen aluehankkeiden ohjausryhmä, jossa jäsenenä ovat kaikkien kuntien sosiaali- ja terveysjohtajat sekä Varsinais-Suo-men erityishuoltopiiriin edustaja, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin edustaja, jär-jestöjen edustaja ja sosiaalialan osaamiskeskus Oy Vasso Ab:n edustaja.

Hankkeessa tehdään yhteistyötä vanhusneuvostojen, järjestöjen sekä alueen koulu-tusorganisaatioiden ja yliopiston kanssa. Mainitut tahot kutsutaan työpajatyöskente-lyyn. Koulutusorganisaatioiden ja yliopiston kanssa yhteistyö voi olla myös opinnäy-tetöiden tuottamaa tietoa tai kartoitusta.

6.2. Hankkeen resurssit

Hankkeelle palkataan hankejohtaja, neljä projektipäällikköä, kaksi suunnittelijaa ja hankesihteeri. Kumpikin suunnittelija työskentelee kahdessa osaprojektissa. Lisäksi hanke tarvitsee osa-aikaista taloushallinnon ja viestinnän resurssia. Mahdollisiin hankintoihin liittyen hanke saa asiantuntijatukea Turun kaupungin hankintapalve-luista.

Hankkeessa mukana olevien kuntien työntekijät, lähijohto ja johtajat osallistuvat työskentelyyn.

Taulukko 3: Hankkeeseen palkattava henkilöstö.

Nimike	Tehtävä	Tarve
Hankejohtaja	hankkeen johtaminen	1
Asiakaslähtöisten palve-lujen projektipäällikkö	Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä -osaprojektin vetovas-tuu	1
Asiakasohjauksen projek-tipäällikkö	Oikeat palvelut oikeaan aikaan — Asia-kas- ja palveluohjaus kuntoon -osapro-jektin vetovastuu	1
Resurssisuunnittelun pro-jektipäällikkö	Osaavan henkilöstön riittävä määrä ja saatavuuden varmistaminen -osaprojek-tin vetovastuu	1
Vertaiskehittämisen pro-jektipäällikkö	Palvelujen laadun varmistaminen -osa-projektin vetovastuu	1
Suunnittelija	Osaprojektit	2
Hankesihteeri	hankkeen toimistotyöt, organisointi,	1
Controller	talousraportointi	0,2
Viestintäsuunnittelija	sisäinen ja ulkoinen viestintä	0,2

Työskentely toteutetaan hybridimallilla siten että osa työajasta toteutuu etätöyönä ja osa lähityönä. Työpajatyöskentelyä on tärkeää toteuttaa myös fyysisesti yhteisissä tiloissa. Hanketiimille varaudutaan järjestämään yhteinen työtila Turun kaupungin

tilapalvelujen kautta. Työpajatyöskentelyssä hyödynnetään Turun kaupungin tai muiden kuntien toimintaan sopivia tiloja.

6.3. Viestintä

Viestintä on vaikuttavuuden perusedellytyksiä ja siksi tärkeä osa hankkeen toimintaa. Hyvin suunniteltu ja toteutettu viestintä sujuvoittaa hankkeen käynnistymistä, parantaa hankkeen tunnettavuutta ja edistää hankkeessa kehitettyjen toimintamallien ja hyvien käytäntöjen käyttöönottoa ja juurtumista.

Viestinnän tavoitteena on

- 1) sujuvoittaa yhteistyötä ja varmistaa tiedonkulku yhtäältä hankkeessa mukana olevien kuntien sotepalvelujen työntekijöille ja johdolle sekä hyvinvointialueen valmistelusta vastaaville ja toisaalta väestölle ja sidosryhmille
- 2) motivoida hankkeessa olevien kuntien sotepalvelujen työntekijät ja johto suunnittelemaan ja toteuttamaan toimintakäytäntöjen yhtenäistämistä
- 3) edistää yhtenäisten toimintakäytäntöjen juurtumista alueella.

Hankkeen ydinviesti on se, että alueen ikäväestön palvelujen asiakaslähtöisyys ja laatu paranevat ja kotihoidon palvelut toteutetaan yhdenvertaisesti alueella.

Sisäisen viestinnän kohderyhmänä ovat kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijät ja johto, hyvinvointialueen valmistelijat, vanhusneuvostot, järjestöt, sote-alan koulutusorganisaatiot ja yliopistojen laitokset. Sisäisessä viestinnässä edistetään viestinnän kaikkia tavoitteita.

Ulkoisen viestinnän kohderyhmänä ovat kuntalaiset ja tiedotusvälineet. Viestinnän tavoitteena on ensisijaisesti tiedon välittäminen hankkeesta.

Ensisijaisena viestintäkanavana ovat olemassa olevat sähköiset kanavat kuten sote-uudistuksen ja kuntien nettisivut sekä sähköiset uutiskirjeet. Hankkeen työskentelyyn osallistuvien viestinnässä käytetään sähköpostiryhmiä ja Teamsissä olevia tiimitoimintoja ja yhteydenpidon kanavia.

Alustavan suunnitelman mukaan uutiskirje julkaistaan joka kolmas kuukausi. Työskentelyyn osallistuvien henkilöiden kanssa viestintä toistuu tarpeen mukaan.

Viestinnän vastuuhenkilönä on hankejohtaja.

Viestinnän mittarina on verkkosivukäynnit.

Viestintäsuunnitelma tarkennetaan hankkeen alussa. Tässä yhteydessä myös tarkennetaan sosiaalisen median kanavien käyttö hankkeen viestinnässä.

6.4. Seuranta ja arviointi

(1) Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä

1A. läkkään asiakkaan kuntoutustarpeen tunnistamisen ja kuntoutuksen toimintakäytäntöjen ja -prosessien yhtenäistäminen.

1B. Asiakkaan tarpeiden edellyttämien lääkäri- ja suun terveydenhuollon palvelujen toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen.

1C. Asiakasturvallisuutta ja palvelun laatua edistävien teknologisten ratkaisujen tarpeen kartoitus ja ratkaisuvaihtoehtojen tunnistaminen ja käyttöönotto.

Tavoitteiden 1A, 1B ja 1C nykytila-analyysissa todetaan minkälaisia toimintakäytäntöjä ja hyviä käytäntöjä alueen kunnissa on. Väliarvioinnissa ja loppuarvioinnissa arvioidaan, miten alueella on otettu käyttöön hankkeessa luodut yhtenäiset toimintakäytännöt. Tietoa kerätään sähköisellä kyselyllä työntekijöiltä ja johdolta. Väliarvioinnin perusteella on mahdollista tunnistaa alueet, joilla tarvitaan tukea yhtenäisten käytäntöjen juurruttamisessa.

(2) Oikeat palvelut oikeaan aikaan — Asiakas- ja palveluohjaus kuntoon

2A. Luodaan alueelle keskitetyn palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli, laaditaan yhtenäiset palvelujen myöntämisen kriteerit ja otetaan käyttöön toiminnan seuranta-järjestelmä ja indikaattorit.

Nykytila-analyysissa saadaan tieto lähtötilanteesta. Väli- ja loppuarvioinnissa arvioidaan, onko otettu käyttöön: yhteiset palvelutarpeen arvioinnin kriteerit, kuntouttava arviointijakso, monialainen asiantuntijatiimi palvelutarpeen selvittelyssä. Asiakasohjauksen ja neuvonnan vertaiskehittämisen työkalu tuottaa seurantatietoa. Tämän lisäksi tietoa kerätään sähköisellä kyselyllä työntekijöiltä ja johdolta.

2B. Alueelle luodaan ja otetaan käyttöön RAI- arviointivälineiden käytön jatkuvan osaamisen ja kouluttamisen toimintamalli ja RAI-osaajien verkosto.

Seurantatietona käytetään RAI-koulutuksiin osallistuneiden työntekijöiden ja johdon osallistumismääriä, RAI-yhdyshenkilöverkoston toiminnan analyysia ja tehtyjen RAI- arviointien määrää suhteessa asiakasmääriin.

(3) Osaavan henkilöstön riittävä määrä ja saatavuuden varmistaminen

3A. Alueelle luodaan yhtenäiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan resurssin määrittelyyn ja resurssin kohdentamiseen tiimeille ja otetaan käyttöön toiminnan johtamista tukeva teknologia.

3B. Kehitetään toimintamalli, jossa lisätään erilaisia alueellisia sijaisjärjestelyjä henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi.

3A ja 3B: Käytössä on kotihoidon henkilöstön resursointityökalu ja toiminnanohjausjärjestelmät. Nykytila-analyysissa sekä väli- ja loppuarvioinnissa käytetään järjestelmien tuottamaa tietoa asiakkaille myönnettyistä palveluista ja miten välitön asiakastyö on kohdentunut asiakkaille.

Hankkeessa uudistetaan toimintakäytäntöjä, joilla tavoitellaan yhtäältä ikäihmisille asiakaslähtöisiä ja laadukkaita palveluja toisaalta kotihoidon työntekijöiden hyvinvointia ja pitovoimaa. Työntekijöiden työhyvinvointia kartoitetaan validoidulla mittarilla, esimerkiksi Kuopion yliopiston tutkimusryhmän kehittämällä sähköisellä työhyvinvointikyselyllä, jonka käyttöön saa luvan tutkimusryhmältä (Perkiö-Mäkelä M, Vauhkonen A, Kupari S, Saranen T, Honkalampi K, Järvelin-Pasanen S, Tarvainen M, Räsänen K & Oksanen T. 2021. Kotihoidon työntekijöiden työhyvinvointi. Publications of the

University of Eastern Finland Reports and Studies in Health Sciences number 31). Työhyvinvointikysely toteutetaan hankkeen alussa sekä väli- ja loppuarvioinnin yhteydessä.

(4) Palvelujen laadun varmistaminen

Osatavoitteet:

4A. Ikääntyneiden palveluissa kehitetään tietojohdamisen käytäntöjä johtamisen eri tasoilla ja otetaan käyttöön tietojohdamisen mahdollistavat välineet.

4B. Alueen ikääntyneiden palveluissa otetaan käyttöön yhtenäinen palautekysely, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta asiakkaalta, läheiseltä ja henkilökunnalta.

4A ja 4B: Alueella on käytössä kotihoidon vertaiskehittämisen väline, joka tuottaa yhteismitallista tietoa alueen kotihoidon tiimeistä. Tiedonkeruu toteutetaan vuosittain. Hankkeen alussa kaikissa kunnissa ei ole vielä käytössä kotihoidon RAI-arviointivälinettä. Näin ollen alkutilanteessa ei ole mahdollista arvioida palvelujen laatua koko alueen tasolla RAI-laatuindikaattoreilla. Väliarvioinnin ja loppuarvioinnin yhteydessä tietoa on jo käytettävissä.

Hankkeessa otetaan käyttöön yhtenäinen palautekysely, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta sekä asiakkaalta, läheiseltä että henkilökunnalta.

6.5. Riskit ja niihin varautuminen

Hankekokonaisuuden riskienhallinta jakautuu 1) riskien tunnistamiseen ja arviointiin, 2) riskien seurausten tunnistamiseen ja 3) riskienhallinnan toimenpiteisiin.

- 1) Riskien arvioinnissa tunnistetaan ja arvioidaan mahdollisia haittoja, vaaroja ja ongelmia laaja-alaisesti koko hankkeen toteutumisedellytyksien ja vaikutusten osalta. Riskien tunnistamista tehdään kaikissa hankkeen projekteissa. Riskit pyritään tunnistamaan taloudellisten, aikataulullisten, laadullisten ja turvallisuuden vaikuttavien tekijöiden näkökulmista.

Hankejohtaja on vastuussa riskiarvioinnin toteutuksesta koko hankkeen osalta ja projektipäälliköt johtamiensa projektien osalta.

- 2) Arvioiduille riskeille määritellään riskienhallintatoimenpiteet ja niille mahdollisuuksien mukaan vastuuhenkilöt sekä aikataulu. Toimenpiteiden tavoitteena on riskien poistaminen tai pienentäminen siedettävälle ja/tai hyväksyttävälle tasolle. Riskienarvioinnin ja -hallintatoimenpiteiden määrittelyn lopputuloksena on hankkeen riskienhallintasuunnitelma.

Hankejohtaja on vastuussa riskienhallintasuunnitelman laatimisesta koko hankkeen osalta ja projektipäälliköt johtamiensa projektien/toimenpiteiden osalta.

- 3) Riskiarvioinnin jälkeen riskien tilaa ja toimenpiteiden toteutumista seurataan määritellyn aikataulun mukaisesti tai vähintään hankkeen projektien/toimenpiteiden tarkasteluvaiheissa. Riskienhallintasuunnitelma päivitetään seurannan yhteydessä.

Hankejohtaja on vastuussa riskienhallintasuunnitelman seurannasta ja päivittämisestä koko hankkeen osalta ja projektipäälliköt johtamiensa projektien/toimenpiteiden osalta. Suunnitelmaa päivitetään hankkeen käynnistyessä ja edetessä.

Taulukko 4: Riskienhallintasuunnitelma.

Riskin kuvaus	Seuraus, jos riski toteutuu	Toimenpiteet riskin poistamiseksi tai pienentämiseksi	Vastuutaho
Alueen toimijoiden sitoutuminen yhteisten toimintakäytäntöjen luomiseen ja niiden käyttöönottoon ei toteudu	Alueella ei ole yhtenäisiä toimintakäytäntöjä, jolloin ikäväestön yhdenvertaisuus ei toteudu	Henkilöstön ja johdon osallistaminen työskentelyyn Juurruttamisessa hyödynnetään muutosjohtamisen työkaluja	Hankejohtaja Projektipäälliköt
Alueen toimintayksiköiden henkilöstövajaus	Henkilöstö ei pysty osallistumaan kehittämiseen, sitoutuminen jää ohueksi	Etsitään ratkaisuja, jotka mahdollistavat työntekijöiden osallistumisen kehittämiseen mm. etävälineiden käyttö	Alueen lähijohto, Hankejohtaja ja projektipäälliköt toteutuksessa käytettävien välineiden osalta
Yhteistyö hyvinvointialueen valmistelun suuntaan jää ohueksi	Hankkeessa on kehittämistoimia, jotka eivät ole yhteneviä hyvinvointialueen valmistelun kanssa	Tiivis yhteistyö hyvinvointialueen valmistelijoiden kanssa	Hankejohtaja Projektipäälliköt
Vertaiskehittämisen ja resursointityökalun käyttö edellyttää tiedonkeruuta kuntien järjestelmistä. Tiedonkeruu ei onnistu suunnitellusti.	Vertailukelpoista tietoa ei ole käytettävissä palvelun laadusta, asiakasohjauksesta ja henkilöstötyönäköksen käytöstä.	Tarkennetaan	Hankejohtaja / projektipäällikkö yhdessä kuntien järjestelmien pääkäyttäjien kanssa