



LAPINJÄRVI LAPTRASK



PORVOO BORGÅ



# ITUA-yhdessä tekemisestä Hankesuunnitelma

Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille

Hankesuunnitelma

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue

28.10.2021

**Sisällysluettelo**

<u>1</u>	<u><a href="#">Hankkeen tarve</a></u> .....	3
<u>2</u>	<u><a href="#">Kohderyhmä</a></u> .....	4
<u>3</u>	<u><a href="#">Hankkeen tavoitteet</a></u> .....	5
<u>4</u>	<u><a href="#">Toteutus</a></u> .....	7
<u>4.1</u>	<u><a href="#">Aikataulu</a></u> .....	7
<u>4.2</u>	<u><a href="#">Toimenpiteet</a></u> .....	7
<u>5</u>	<u><a href="#">Tuotokset, tulokset ja vaikutukset</a></u> .....	9
<u>6</u>	<u><a href="#">Hankkeen hallinnointi</a></u> .....	10
<u>6.1</u>	<u><a href="#">Hankkeen toimijat ja organisoituminen</a></u> .....	10
<u>6.2</u>	<u><a href="#">Hankkeen resurssit</a></u> .....	10
<u>6.3</u>	<u><a href="#">Viestintä</a></u> .....	10
<u>6.4</u>	<u><a href="#">Seuranta ja arviointi</a></u> .....	11
<u>6.5</u>	<u><a href="#">Riskit ja niihin varautuminen</a></u> .....	12

## Hankkeen tarve

### Taustatietoja ja lähtökohdat

Itä-Uudenmaan väestö ikääntyy koko maan keskiarvoa nopeammin. Vuonna 2019 75 vuotta täyttäneiden osuus Itä-Uudenmaan väestöstä oli 9,1 % ja sen odotetaan kasvavan yli 14 %:iin vuoteen 2030 mennessä (Tilastokeskus). Nopean ikääntymisen vuoksi Itä-Uudellamaalla on tunnistettu tarve edelleen panostaa jo tulevaisuuden sote-keskus kehittämisessä esiin nostettuun ja kehitystyön kohteeksi valittuun ikäihmisten neuvonta ja asiakasohjauspalveluun. Alueella halutaan sen lisäksi kehittää omaishoidon tuen kokonaisuutta, ikääntyneiden psykososiaalisia palveluja ja kuntoutustoimintaa. Hankesuunnitelma toteuttaa Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 -suosituksia.

### Alueella aiemmin tehty kehitystyö valituissa teemoissa

Alueen kunnat ovat tehneet vapaaehtoiselta pohjalta yhteistyötä jo reilun vuosikymmenen. Itä-Uusimaa on myös osallistunut vuonna 2018 osana Uusimaa 2019 -hanketta ikääntyneiden palvelukokonaisuusprojektiin. Alueella on tällä hetkellä käynnissä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus sekä Rakenneuudistus -hankkeet, jotka ovat tiiviisti kytköksissä tähän hankkeeseen. Erityistä synergiaetua saadaan Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeessa aloitettujen kokonaisuuksien kanssa.

### Perustelut hankkeen sisältövalinoille

#### Alueellinen ikäihmisten neuvonta ja asiakasohjaus

Alueellisesti toimiva neuvonta ja asiakasohjaus turvaavat kuntalaisten tiedon saantia laajasti eri arkea tukevien toimintojen suhteen ja ovat näin osaltaan vaikuttamassa koko asiakkaan palvelupolkuun. Asiakasohjauksen ja neuvonnan periaatteet ja käytännöt vaihtelevat nykyisellään alueen kuntien välillä. Tähän mennessä kehitetty asiakasohjauksen ja neuvonnan malli turvaa alueellista saatavuutta. Hankerahoituksen avulla turvataan ko. mallin jalkauttaminen koko hyvinvointialueelle. Oikea-aikainen tiedon saanti ja kevyet palveluratkaisut tukevat arjessa pärjäämistä ja vahvistavat toimintakykyä. Tämä vaikuttaa siirtymiin raskaampien palvelujen piiriin, jolloin neuvonta ja asiakasohjaustyö arvioidaan olevan erityisen vaikuttavaa. Työnjaon selkiytyminen yhteydenottoihin vastaamisessa parantaa toiminnan tuottavuutta. Alueen yhdenmukaiset käytännöt tuovat synergiaetua ja mahdollistavat joidenkin hallinnollisten töiden keskittämistä, jolloin asiakastyön määrää voidaan lisätä.

#### Omaishoito

Omaishoidolla on merkittävä rooli mm. ikääntyneiden ja vammaisten henkilöiden muihin julkisiin palveluihin ohjautumisessa. Tehdään oikeita asioita, joilla on vaikutusta ja joiden avulla voidaan kustannuksia hillitä. Oikea-aikaisuudella on merkittävä rooli palvelujen vaikuttavuudessa. Tuen ja avun seuranta ja kokemusten mittaamiskäytäntöjä ei juurikaan vielä ole. Koska omaishoito on merkittävä sosiaalipalvelujen osa niin ikääntyneille, vammaisille henkilöille kuin jopa erityistä tukea tarvitseville lapsiperheillekin, haluamme yhdenmukaistaa omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja käytännöt alueelle soveltuviksi.

#### Ikääntyneiden psykososiaalinen tuki

Psykososiaaliset tekijät unohtuvat tai ohitetaan usein, kun kyseessä on ikääntynyt henkilö. Henkilö itse, lähipiiri ja ammattilaisetkin ovat pulmiensa kanssa liian usein ilman ratkaisuja. Ongelmina voivat olla päihteet, yksinäisyys, psyykkinen jaksamattomuus tai ympäristön luomat paineet. Haastavat tilanteet arjessa, kotona

asumisessa ja avun saannin ongelmassa edellyttäisivät asiantuntijoita, joita ei joko osaa etsiä, niitä ei ole tai osaaminen on vajavaista. Ikääntyneet saavat periaatteessa samoja hoitoja sote-keskuksesta kuin aikuisetkin, mutta käytännössä tämä ei useinkaan toteudu.

### **Kuntoutustarpeen tunnistaminen ja kuntoutuksen toteutus**

Kuntoutus on teemana erittäin laaja käsite ulottuen omaehtoisesta hyvinvointia ja terveyttä tukevasta toiminnasta, ammattilaisten käyttämiin kuntouttavaan työöteeseen sekä kohdennettuihin kuntoutuksen interventioihin. Palveluiden tulee toimia tiiviissä yhteistyössä muiden sote-palveluiden sekä palvelualojen ja -tuottajien kanssa. Kuntoutuspalveluihin katsotaan sisältyvän myös apuvälinepalvelut ja pienimuotoiset asunnonmuutostyöt.

Kuntoutustoiminnan järjestämisen käytännöt ja myös käytössä olevien resurssien määrä vaihtelee eri kunnissa. Keskeinen haaste on kuntoutustarpeen tunnistaminen. läkkäiden osalta arkikuntoutuksesta / kotikuntoutuksesta on tehty Uudenmaan alueelle palvelumalli, joka soveltuu siirrettäväksi hyvinvointialueelle. Ikääntymisen ja kotona asumisen tukemiseksi apuvälinepalveluiden kysyntä kasvaa ja toimintamallien toimivuus korostuu. Nykyiset apuvälinepalvelut ovat hajautuneet Itä-Uudenmaan alueen kuntiin eri toimintatavoin.

Oikea-aikaiset kuntoutumista ja toimintakykyä tukevat toimenpiteet kuten apuvälinepalvelut vaikuttavat siirtymiin raskaampien palvelujen piiriin. Nykyistä varhaisempi tarpeen tunnistaminen ja riittävät, monipuoliset keinot turvaavat kustannusten hillintää. Kuntoutustoimenpiteiden vaikutusten arviointia tehdään vähän ja kokemusten mittaamiskäytäntöjä ei juurikaan vielä ole. Alueellista moniammatillista osaamista tulee lisätä.

### **Hanketyön läpileikkaavat teemat**

Edellisten lisäksi hanketyössä ovat läpileikkaavina teemoina palvelujen laatu ja vaikuttavuus, tiedolla johtamisen kokonaisuus sekä sähköiset palvelut, jotka on tunnistettu alueella kaikkiin kehityskohteisiin liittyviksi teemoiksi. Teemat mukailevat Tulevaisuuden sote-keskuskehittämisessä määritettyjä kuvauksia ja toteutusta, mutta sisällölliset vaatimukset ja määritykset syntyvät tämän erillisen kehitystyön tuloksena.

## **Kohderyhmä**

Itä-Uusimaa on asettanut hankkeelle neljä kärkeä; ikääntyneiden asiakasohjaus ja neuvonta, omaishoito, ikääntyneiden psykososiaaliset palvelut sekä kuntoutus. Hankkeessa painotetaan erityisesti 75 vuotta täyttäneiden ikäsegmenttiä. Kehitystoimintaa edistetään ikääntyneiden asiakasryhmä edellä, mutta on tärkeä huomioida, että näihin teemoihin linkittyy vahvasti myös muitakin asiakas- ja sidosryhmiä. Hanke mahdollistaa ikääntyneiden osalta tehdyn kehitystyön tulosten hyödyntämisen muissakin asiakasryhmissä. Toiminnan kehittämisen keskiössä ovat asiakkaat ja palvelunsaajat sekä tuen saajan lähipiiri ja muu verkosto. Tämän lisäksi kehitystyöllä halutaan tukea ammattilaisia ja heidän työtään luomalla strukturoitu ja ymmärrettävä toimintamalli, joka auttaa eri kuntien toimijoita toteuttamaan palveluja yhdenvertaisesti ja tasalaatuisesti.

### **Kohderyhmän määrän arviointi**

Ikääntyneen väestömäärän kasvu ei ole vain suhteellisena osuutena merkittävä, vaan myös absoluuttinen yli 75-vuotiaiden määrän kasvu (5343 henkilöä) vuoteen 2030 mennessä lisää palvelujen käyttäjien määrää. Ikääntyneen väestömäärän kasvu luo

myös merkittävää painetta Itä-Uudenmaan demografiselle huoltosuhteelle, jonka odotetaan nousevan vuoden 2019 64 %:sta 69 %:iin vuoteen 2030 mennessä. (Tilastokeskus).

Omaishoidon tuen piirissä olevia henkilöitä on alueella koko maan keskiarvoon nähden suhteellisesti vähemmän. Omaishoidon tuen hoidettavien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli Itä-Uudellamaalla vuonna 2018 keskimäärin 3,6 % (koko maa 4,8 %), mutta osuus vaihtelee merkittävästi kuntien välillä (1,8-6,1%) (THL).

Perusterveydenhuollon muun erityisterapian ja kuntoutuksen käyntejä oli vuonna 2019 suhteellisesti vähemmän Itä-Uudellamaalla kuin koko maassa keskimäärin (86 vs. 123 käyntiä per 1 000 asukasta), mikä viittaisi kuntoutuksen tarpeen tunnistamisen ongelmiin (THL).

### **Keskeisten asiakkaiden ja muiden sidosryhmien osallistaminen**

Alueella pidetään marraskuussa 2021 osallisuusfoorumi, jossa käynnistetään Itäisen Uudenmaan hyvinvointialueen osallisuussuunnitelman laatiminen. Hankkeessa toteutuva osallisuustyö nivotaan sen osaksi. Tässä hankkeessa hyödynnetään muiden käynnissä olevien hankkeiden aikana luotuja osallisuussuunnitelmia ja käytäntöjä. Osallistumisen keinot voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen; i) osallisuus omassa elämässä, ii) osallisuus yhteisöissä ja vaikuttaminen prosesseissa, iii) osallisuus yhteisestä hyvästä. Osallistumisen keinoina voidaan hyödyntää mm. erilaisia neuvostoja, kokemusasiantuntijoita, asiakaspalautteita ja kyselyitä, julkisia äänestyksiä, asiakastyöpajoja, julkisia kyselytunteja sekä viestintää. Osallistamisen eri foorumit voivat sisältää toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyviä teemoja. Osallisuuden edistäminen on jatkuva prosessi, joka ei pääty hankkeeseen, vaan tulee juurtua pysyväksi toimintamuodoksi.

### **Kohderyhmien segmentointi**

Asiakasohjauksen ja neuvonnan suurimmaksi käyttäjäryhmäksi on arvioitu ikääntyneet ja/tai ikääntymässä olevat henkilöt sekä heidän läheisensä, jonka vuoksi tämä ikäsegmentti on luonteva aloituskohde. Kun geneerinen malli on luotu, sen laajentaminen on mahdollista muihinkin ikäluokkiin ja palveluihin. Omaishoidon palvelukokonaisuus kohdennetaan sekä omaishoitajiin että -hoidettaviin. Kohderyhmään kuuluvat sekä ikääntyneet henkilöt että vammaiset henkilöt. Psykososiaalisten palvelujen kohderyhmänä ovat erityisesti ikääntyneet henkilöt. Kuntoutuskokonaisuuden pääfokus hankkeessa on ikääntyneet henkilöt ja heidän kuntoutustarpeen tunnistamisensa. Tunnistamista tukevien menettelyjen yhdenmukaisuus huomioidaan kehitystyössä, jotta lopputulosta voidaan sovellettuna hyödyntää muiden ikäryhmien ja asiakassegmenttien kohdalla.

### **Hankkeen tavoitteet**

Seuraavaksi kuvataan hankkeen tavoitteet kullekin valitulle teemalle erikseen. Kunkin teeman kohdalla esitetään sen tavoitteiden nivoutuminen hanketyölle asetettuihin päätavoitteisiin.

Hanketyölle ministeriön asettamat päätavoitteet:

1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä
2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan
3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun
4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla

## **Ikääntyneiden neuvonta ja asiakasohjaus**

Kehitystyö tukee kolmea päätavoitetta: kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan ja palvelujen laatu ja jatkuvuus varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla.

Oikea-aikaisuuden varmistumiseksi otetaan käyttöön suunniteltu asiakasohjauksen ja neuvonnan toimintamalli vuoden 2022 aikana. Toimitaan ennakoivasti ja varmistutaan, että eri toimijoilla on aiempaa paremmat tiedot eri tasoisiin ratkaisuihin tukea asiakkaiden esiin nousevia tieto- ja palvelutarpeita. Osataan ohjata asiakasta monipuolisten ratkaisujen pariin.

Monialaisuus ja yhteen toimivuus eri palvelujen neuvonta ja asiakasohjaustyössä varmistetaan luomalla toiminnalliset periaatteet, joiden mukaisesti alueella toimitaan. Lisäksi osaamisen lisäämisen tavat on kuvattu ja osaamista tuetaan ja ylläpidetään systemaattisen toimintamallin mukaisesti.

## **Omaishoito**

Kehitystyö tukee kolmea päätavoitetta: kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan ja palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla.

Oikea-aikaisuuden turvaamiseksi omaishoidon yhtenäiset myöntämisen periaatteet ovat luodut ja ne ovat käytössä koko alueella vuoden 2023 alussa. Toiminta on ennakoivaa, neuvonnassa ja asiakasohjauksessa tunnistetaan aiempaa paremmin omaishoidon asiakkaan tarpeet ja osataan ohjata asiakasta ratkaisujen pariin ennen kuin tilanteet kriisiytyvät. Omaishoidon tuen keskitetyt ja lähipalvelukokonaisuudet täydentävät toisiaan. Käyttöön otettujen omaishoidon laadun ja vaikuttavuuden seurannan mittareiden perusteella omaishoitoa saa aiempaa tasapuolisemmin ja palvelujen vaikutukset näkyvät omaishoidon tuen piirissä olevien henkilöiden aiempaa parempana jaksamisena ja hyvinvointina. Tavoitteena on, että omaishoidon piirissä olevat saavat tarpeeseensa nähden palvelut oikea-aikaisina, ja he kokevat saavansa riittävästä tietoa ja tukea arjessa pärjäämiseensä. Digitaalisia ja jalkautuvia palveluja on tarjolla riittävästi ja niitä käytetään aktiivisesti osana muuta palveluvalikoimaa.

## **Psykososiaaliset palvelut**

Kehitystyö tukee kaikkia neljää päätavoitetta: kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan, riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun ja palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla.

Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden ja oikea-aikaisuuden parantaminen, toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön sekä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen korostuvat tämän hankkeen peruslähtökohtina ja tavoitteina. Tavoitteena on, että psykososiaalisten palvelujen piirissä olevat asiakkaat saavat tarpeeseensa nähden palvelut oikea-aikaisina, ja he kokevat saavansa riittävästä tietoa ja tukea arjessa pärjäämiseensä. Tämän todentamiseksi on otettu käyttöön alueellisesti sovitut mittarit. Alueella halutaan löytää tarvittavan tuen kotiin tarjoamiseen malli yhteistyössä terapiat etulinjaan hankkeen ja kuntoutusosion kanssa.

## **Kuntoutus**

Kehitystyö tukeen neljää päätavoitetta: kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan, palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla, sekä riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palveluiden laadun.

Kuntoutustarpeet tunnistetaan ja käytetään asiakkaalle tarpeenmukaisia keinoja kuntoutuksen toteutuksessa. Toimiva palveluohjaus ja osaava moniammatillinen henkilöstö takaavat, että asiakkaan palvelupolku pysyy yhtenäisenä. Toiminta on ennakoivaa, eri toimijoilla on aiempaa paremmat tiedot kuntoutustarpeen arviointiin ja tunnistamiseen, jolloin he osaavat ohjata asiakasta monipuolisten ratkaisujen pariin. Koko hyvinvointialueella on käytössä THL:n suosittelema arviointimenetelmä, jolla pyritään tunnistamaan sekä seuraamaan aikuisten kuntoutustarvetta. Alueella on toiminnassa yksi yhteinen apuvälineyksikkö. Monialaisuus ja yhteen toimivuus varmistetaan luotujen ja kirjattujen periaatteiden ja niiden mukaan toimimisen kautta. Osaamisen lisäämisen menettelyt on kuvattu ja osaamista tuetaan ja ylläpidetään systemaattisen toimintamallin mukaisesti. Kuntouttavaa työtä käytetään laajasti eri palveluissa toimintaa läpileikkaavana työotteena. Laatu ja vaikuttavuus varmistetaan alueella käytössä olevan yhtenäisen kysynnän ja tarjonnan sekä toiminnan kokemusten mittaamisen ja seurannan mallin avulla. Kuntoutuksen kokonaisuuteen liittyvä osaaminen on alueen toimijoiden piirissä kohentunut.

## Toteutus

### Aikataulu

Hankkeen aikataulu esitetään kuvassa 1. Hankeaika käytetään syksystä 2021 vuoden 2023 loppuun saakka.



## Toimenpiteet

Seuraavaksi esitellään hankkeessa tehtävät toimenpiteet, jotta asetetut tavoitteet saavutetaan. Toimenpiteet ja menetelmät esitetään teemakohtaisesti ja ne on suunniteltu tavoitteiden perusteella. (taulukot 1-4)

<b>Taulukko 1. Ikääntyneiden neuvonta ja asiakasohjaus</b>
<b>1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suunnitellaan rakenteet alueelliselle ikääntyneiden asiakasohjaustoiminnalle ja luodaan edellytykset alueellisen toiminnan käynnistymiselle. Mallia laajennetaan palvelukohtaisesti ja luodaan rakenteet ja organisointimalli alueelliselle geneeriselle neuvonta- ja asiakasohjaustoiminnalle (yksikön perustaminen, toiminnan organisointi, keskitetyt, lähi- ja etäpalvelut)</li> <li>- Laaditaan yhteistyötä tukeva toimintamalli kolmannen sektorin ym. toimijaverkoston kanssa tehtävään työhön</li> </ul>
<b>2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alueellisen yhteistyön vahvistamiseksi Otetaan käyttöön Tulevaisuuden sote-keskushankkeessa luotu geneerinen neuvonnan ja asiakasohjauksen malli aluksi ikäihmisten palveluissa. Lisätään toiminnan tunnettavuutta eri sidosryhmien kanssa käytävällä jatkuvalla vuoropuhelulla. Laajennetaan mallia muille kuin ikäihmisten palvelualueille.</li> <li>- Suunnitellaan neuvontapuhelinpalvelu alueelliseksi toiminnaksi.</li> <li>- Luodaan malli, jolla tunnistetaan ongelmien syntymiseen viittaavat indikaattorit jo varhaisessa vaiheessa.</li> </ul>
<b>4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otetaan käyttöön yhtenäinen mittaristo kysynnän, tarjonnan, palvelujen ja asiakasohjauksen ja neuvonnan toiminnan seurantaan sekä vaikutusten arviointia varten.</li> <li>- Kuvataan ikääntyneiden neuvonnan ja asiakasohjauksen asiakaspolut yhteisesti suunnitellun geneerisen mallin pohjalta ja asetetaan näihin liittyvät mitattavat tavoitteet. Laajennetaan kuvaukset koskemaan muita kuin ikääntyneiden palvelualueita.</li> <li>- Luodaan ja kehitetään asiakasohjauksen moniammatilliselle työlle yhdenmukainen ja moniammatillista työtä tukevan työtavanmalli.</li> <li>- Lisätään esimiesten osaamista tiedolla johtamisessa.</li> </ul>

<b>Taulukko 2. Omaishoito</b>
<b>1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartoitetaan alueen kunnissa olevat omaishoidon tuen käytännöt, kootaan ja kirjataan tunnistetut hyvät käytännöt sekä luodaan alueelle soveltuvat toimintaperiaatteet omaishoidon tuen järjestämiseksi. Luodaan malli omaishoidon tuen linkittymiseksi neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintaan.</li> <li>- Luodaan tietopaketti, joka sisältää erilaiset tuen keinot sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tuen antamiseen. (Mm. kehitettävä perhehoitomalli, sijaishoitaja kotiin, sähköiset palvelut, etäkuntoutus, erilaiset vertaistukimuodot jne.)</li> </ul>
<b>2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuvataan asiakkaan palvelupolku, määritetään ja kuvataan alueelliset palveluprosessit.</li> <li>- Suunnitellaan ja otetaan käyttöön omaishoitajille säännölliset terveystarkastukset. Terveystarkastusten toteutuksessa hyödynnetään Omaolo –palvelun sähköistä hyvinvointitarkastusta tai ne toteutetaan fyysisesti terveysasemalla.</li> <li>- Alueellisen yhteistyön vahvistamiseksi luodaan alueellinen palvelujen toteutuksen malli. Luodaan työkaluksi palveluvalikoima, jolla tuetaan omaishoitajien jaksamista ja näin turvataan omaishoidolla saatavaa kustannushyötyä.</li> <li>- Lisätään digitaalisten palvelujen osuutta tuen palvelumuotona ohjaamalla sopivat asiakkaat digitaalisten palvelujen piiriin. Tuetaan digitaalisten palvelujen laaja-alaista hyödyntämistä kouluttamalla ammattilaisia niiden käyttöön.</li> </ul>
<b>4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otetaan käyttöön yhtenäinen mittaristo kysynnän, tarjonnan, palvelujen ja asiakasohjauksen ja neuvonnan toiminnan seurantaan sekä vaikutusten arviointia varten.</li> <li>- Lisätään esimiesten osaamista tiedolla johtamisessa.</li> </ul>

<b>Taulukko 3. Ikääntyneiden psykososiaaliset palvelut</b>
<b>1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartoitetaan alueen kunnissa olevat ikääntyneiden psykososiaalisen tuen käytännöt, kootaan ja kirjataan tunnistetut hyvät käytännöt ja luodaan alueelle soveltuvat toimintaperiaatteet mm. päihteiden, yksinäisyyden ja psyykkisen jaksamattomuuden aiheuttamien ongelmien ratkaisemiseksi.</li> <li>- Laajennetaan Terapiat etulinjaan -hankkeen mukaisesti psykososiaalisen tuen kohderyhmää koskemaan myös ikääntyneitä.</li> </ul>
<b>2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luodaan ikääntyvän väestön erityispiirteet huomioiva toimintamalli terapiakoordinaattorin työkaluksi.</li> <li>- Laajennetaan Terapiat etulinjaan -hankkeen mukaisesti psykososiaalisen tuen kohderyhmää koskemaan myös ikääntyneitä.</li> </ul>



<b>3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Koulutetaan henkilöstöä tunnistamaan psykososiaalisen tuen tarve yhteistyössä terapiat etulinjaan hankkeen kanssa.</li> <li>- Otetaan käyttöön terapiakoordinaatiomalli ikäihmisten palveluihin.</li> </ul>
<b>4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luodaan malli, jolla tunnistetaan ongelmien syntymiseen viittaavat indikaattorit jo varhaisessa vaiheessa.</li> <li>- Otetaan alueen käyttöön vaikutusten arvioinnin mittaristo.</li> <li>- Lisätään esimiesten osaamista tiedolla johtamisessa.</li> </ul>

<b>Taulukko 4. Kuntoutus</b>
<b>1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartoitetaan alueen kunnissa olevat kuntoutumisen tuen käytännöt, kootaan ja kirjataan tunnistetut hyvät käytännöt ja luodaan alueelle soveltuvat toimintaperiaatteet kuntoutuksen järjestämiseksi.</li> <li>- Luodaan ja kootaan palveluvalikoima, jolla varmistetaan asiakkaalle soveltuvimman kuntoutumista tukevan keinon löytymistä.</li> <li>- Yhtenäistetään apuvälinepalvelut ja laajennetaan vammaispalveluiden selvityksessä laaditut asumisenmuutostöiden ohjeistukset koskemaan myös ikäihmisiä</li> </ul>
<b>2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuvataan eri asiakasryhmien palvelupolut ja määritetään ja kuvataan alueelliset palveluprosessit.</li> <li>- Määritetään HYTEN ja kuntoutuksen yhdyspintaan liittyvät yhteistyön periaatteet, toimintakäytännöt ja sovitaan pelisäännöt mm. erityisliikunnan ja kuntoutustoiminnan jatkumon toteutukseen. Kartoitetaan ja mallinnetaan kuntoutuksen muotojen yhdyspinnat ja toimintamallit.</li> <li>- Lisätään vuoropuhelua eri sidosryhmien kanssa toiminnan tunnettuuden lisäämiseksi</li> <li>- Lisätään digitaalisten palvelujen osuutta palvelumuotona ottamalla käyttöön hyviksi tunnistettuja digitaalisia etäkuntoutuspalveluja ja ohjaamalla sopivat asiakkaat näiden piiriin. Tuetaan digitaalisten palvelujen laaja-alaista hyödyntämistä.</li> </ul>
<b>3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suunnitellaan toimintamalli, jolla vahvistetaan kuntouttavaa työtettä laajasti peruseriaatteena kaikessa palvelutoiminnassa.</li> <li>- Luodaan yhtenäinen kuntoutustoiminnan malli, joka vahvistaa alueellista yhteistyötä. Mallissa kuvataan riittävällä tarkkuudella eri kuntoutuksen muotojen järjestäminen, asiakkaan palvelupolut, toimijoiden yhteistyökäytännöt sekä osaamisen lisäämisen menettelyt.</li> </ul>
<b>4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luodaan malli, jolla tunnistetaan ongelmien syntymiseen viittaavat indikaattorit jo varhaisessa vaiheessa.</li> <li>- Otetaan käyttöön suosituksen mukainen valtakunnallinen vaikutusten arvioinnin mittaristo.</li> <li>- Lisätään esimiesten osaamista tiedolla johtamisessa.</li> </ul>

## Tuotokset, tulokset ja vaikutukset

Kehitystyön tuloksena alueen palvelutuotannon laatu, tasa-arvoisuus ja vaikuttavuus kohenee. Lisäksi tuloksena on alueella kehityskohteiden toimintoihin yhteneväiset toimintamallit, joiden kautta sekä asiakaspalvelu että asiantuntijoiden tekemä työ jäsenyvät. Tuloksia ja vaikutuksia seurataan määritellyillä menetelmillä ja mittareilla hankkeen aikana sekä sen jälkeen, jotta nähdään kehitystyön tuottavan tavoiteltua vaikuttavuutta. Hyvä asiakaskokemus sitouttaa, jolloin hoidon ja palvelun vaikuttavuus paranee. Tarkoituksenmukaisten palveluiden peittävyys kasvaa, kun palveluja tarvitsevat asiakkaat ohjataan oikea-aikaisesti oikeanlaisten palveluiden piiriin. Palveluiden saatavuus paranee alueellisten yhteistyömallien kehittämisen myötä.

**Ikääntyneiden neuvonta ja asiakasohjaus** tehostaa toimintaa sekä parantaa palveluiden oikea-aikaista kohdentumista ja vähentää toissijaisten tarpeiden syntyä. Asiakasohjauksen kautta asiakkaista ohjataan yksityisen ja 3-sektorin palveluiden piiriin, kun kokonaisratkaisu työkaluineen on toteutettu.

**Omaishoitokokonaisuuteen** on otettu käyttöön alueellinen toimintamalli, omaishoidon tukea myönnetään alueella yhteneväisin perustein ja tuen piirissä olevilla on nykyistä enemmän vaihtoehtoja tuen saantiin.

**Psykososiaalisen tuen** palvelutarve tunnistetaan aiempaa paremmin ja vaihtoehtoisia keinoja tukea on aiempaa enemmän. Alueella toimii ikääntyneiden palvelujen terapiakoordinaattori. Tukea saa aiempaa tasapuolisemmin ja palvelujen vaikutukset näkyvät ikääntyneen henkilön aiempaa parempana jaksamisena ja hyvinvointina.

**Kuntoutuksessa** on käytössään toimintamalli kuntoutustarpeen tunnistamiseen ja lisäksi käytössä kuntoutustarpeen arvioinnin työkalut. Asiakkaille annetaan palveluita oikea-aikaisesti varhaisessa vaiheessa, jolloin korjaavien palveluiden tarve vähenee. Alueen palveluvalikoimaan kuuluu etäkuntoutus ja alueelle on perustettu yksi yhteinen apuvälineyksikkö.

## Hankkeen hallinnointi

### Hankkeen toimijat ja organisoituminen

Hanke kokonaisuus on kuntien yhteinen ja kattaa 100% Itä-Uudenmaan väestöpohjasta. Hankkeen hallinnointi yhdistetään Tulevaisuuden sote-keskuksen kehitystyöhön, jolloin hankeorganisaatio sekä hankehallinnointi sijoittuu Porvoon kaupungin organisaatioon. Tässä saavutetaan synergiahyötyä hallinnon kustannuksiin. Itä-Uudenmaan sote-johtajien foorumi nimetään hankkeen johtoryhmäksi ja ohjausryhmänä toimii ITUA-hankkeiden ohjausryhmä. Hankeorganisaation toiminnasta vastaa hankepääällikkö tukenaan hankesihteeri. Hankkeiden hallinnolliset henkilöt vastaavat muun muassa hallinnointiin, viestintään, arviointiin, rahoittajayhteydenpitoon ja seurantaan, hankkeiden etenemisestä esiin nousevien konkreettisten kysymysten selvittämiseen sekä muihin ns. juokseviin asioihin liittyviin tehtäviin.

### Hankkeen resurssit

Hankkeen toteutus edellyttää ulkopuolisen rahoituksen saamista kehitystyöhön. Onnistuminen edellyttää, että johto sitoutuu ja alueen henkilöstö osallistuu kehitystyöhön. Hankkeen läpivieminen edellyttää noin kuuden (6) henkilötyövuoden panosta. Lisäksi hankkeella tulee olla mahdollisuus hankkia asiantuntijapalveluja toteutuksen tueksi. Hankkeen kokonaisbudjetti on annettujen aluekohdennusten perusteella noin 455 000 €. Se jakautuu kehittämistehtäviin seuraavasti: neuvonta ja asiakasohjaus noin 120 000 €, omaishoito noin 110 000€, psykososiaaliset palvelut noin 115 000 € ja kuntoutus noin 110 000 €. Rahoitus kohdennetaan hankehenkilöstön palkkauskuluihin, osallistuvan henkilöstön osallisuuden kuluihin sekä asiantuntijapalveluiden ostoihin. Kulujen jakauma esitetään budjettilomakkeella.

### Viestintä

Hankkeen viestintä toteutetaan osana Tulevaisuuden sote-keskuskehitystyön ja sen täydennyshankkeen viestintää. Hankkeita johdetaan yhtenä kokonaisuutena, mistä syystä ei ole tehty erillistä viestintäsuunnitelmaa. Viestintävastuu on hankepääälliköllä.

Hankkeen **viestinnän tavoitteena** on lisätä tietoisuutta hankkeessa kehitettävistä toimintamalleista, päämääristä, keinoista sekä tuloksista. Tavoitteena on lisäksi oppia tunnistamaan käyttäjäasiakkaan näkökulmasta relevantteja tietotarpeita ja muokata viestintää siten, että se täyttää kaikkien kohderyhmien tietotarpeet. Palautteen pohjalta kehitetään myös viestintää entistä tavoitettavammaksi ja ymmärrettävämmäksi.

Ulkoisen viestinnän osalta **kohderyhminä** ovat muut kuin hankkeeseen osallistuvat tahot sekä laajempi yleisö. Sisäisen viestinnän kohteena on hankkeeseen kuuluvien tahojen keskinäinen viestintä sekä avaintoimijoiden kautta omille kohdeyhteisöille

välittämät viestit. Kohderyhmiksi on tunnistettu mm. hankehenkilöstö ja kehittämiseen osallistuneet tahot, hyvinvointialueen muut hanketoimijat, toimintaa ohjaavat tahot (mm. STM, THL), muut hyvinvointialueet, asiakkaat / asukkaat (ml omaiset), henkilöstö / virkamiestaso, palveluja tuottavat yksiköt, yritykset, 3. sektori ja seurakunnat, vapaaehtoistoimijat, sekä alueen poliittiset päättäjät ja johto (mm. lautakunnat, valtuustot).

Sidosryhmien saavuttamiseksi ja yhteisen viestin välittämiseksi kootaan hankkeen työryhmiin osallistujat jokaisesta kunnasta. Johdon sitoutuminen ja tietoisuus hankkeesta varmistaa osaltaan, että tietoa hankkeesta levitetään suunnitellusti, aktiivisesti ja yhdenmukaisin viestein. Hankepääällikkö vastaa siitä, että osallistuvien kuntien käytössä on yhteneväinen viestintäaineisto.

Käytettäviä viestintäkanavia ovat mm. kunkin toimijan omat www-sivut, henkilöstön käytössä olevat sisäiset intra-sivut, sosiaalinen media: Facebook, LinkedIn, Twitter, paikalliset palvelu- ja asiointipisteet, seminaarit ja työpajat ja muut tilaisuudet sekä osallistavat keinot, asiakas- ja asukasraadit ja tilaisuudet sekä muut osallistamisen keinot (esim. vanhusneuvosto, vammaisneuvosto), paikallislehdistö ja videot.

## Seuranta ja arviointi

Tässä hankkeessa kehitetään erityisesti valittuja, mutta välillisesti näiden kautta myös koko palveluketjuun kuuluvia palveluja, sekä järjestämisen että tuotannon toimintamalleja yhteistyössä alueen väliaikaisen valmistelutoimielimen jaostojen kanssa. Kehittämiseen, pilotointiin ja toimeenpanoon osallistuu monialainen asiantuntijajoukko alueen kunnista. Lisäksi osallistetaan kuntalaisia ja asiakkaita. Hanketyössä korostuu vaikutusten arviointi.

Ohjelma-arvioinnin lisäksi toteutetaan oma-arviointia. Oma-arviointi sisältää muun muassa lähtötilannekartoituksen ja tavoitteen asetannan, edistymisen seurannan ja se on säännöllistä ja systemaattista. Arviointia toteutetaan STM/THL määrittämän aikataulun mukaisesti sekä jatkuvana arviointina. Ohjaus- ja johtoryhmälle raportoidaan tilanne säännöllisesti 8 viikon välein sekä etenemisen että ilmenneiden riskien osalta. Jatkuvan arvioinnin lisäksi kerättyä arviointitietoa käsitellään ohjausryhmässä, johtoryhmässä hanketyöntekijöiden ja projektiin osallistuvien tahojen ja sidosryhmien kesken. Arvioinnin tuloksia jaetaan avoimesti.

Lähtökohtana arvioinnissa toimii hankesuunnitelma ja yksityiskohtaisemmat toteutussuunnitelmat. Arviointikysymyksiä peilataan hankkeelle asetettuihin päätavoitteisiin. Tavoitteena arvioinnissa on nykytilanteen ja tavoitetilanteen välisen eron kaventaminen muutokseen tähtäävillä toimenpiteillä. Arviointia kohdennetaan erityisesti muutoksen toteutumiseen. Hankkeen arvioinnin lähtökohdaksi otetaan toimenpiteiden mahdollisimman konkreettinen lähtötilannemittaanminen, sekä tavoitteiden konkreettinen asettaminen operationalisoitavissa ja mitattavassa olevaan muotoon.

Arviointia toteutetaan systemaattisesti koko hankkeen toteutuksen ajan. Arvioinnissa käsiteltävät aineistot koostuvat hankehallinnossa tuotetuista asiakirjoista sekä erillisesti tehtävistä toiminnasta kerättyyn dataan perustuvista aineistoista. Mittarit toimivat keskeisenä hankejohtamisen välineenä ja niiden seuranta toteutetaan säännöllisesti sekä hankepääällikön, että ohjaus- ja johtoryhmän toimesta. Arviointi toteutetaan läpinäkyvästi, tasapuolisesti ja eettisiä periaatteita noudattaen. Arviointilähteiden muodostamisessa sekä tulosten tulkinnassa pyritään noudattamaan hyviä tieteellisiä periaatteita.

## Riskit ja niihin varautuminen

Hankesuunnitteluvaiheessa on tunnistettu merkittävimpiä riskejä ja laadittu varautumissuunnitelma niiden minimoimiseksi (taulukko 5). Hankeaikana tunnistettuja mahdollisia ja ilmeneviä riskejä käsitellään säännöllisesti ohjausryhmässä ja aktiivisilla toimilla etsitään keinoja niiden ennakoiduksi ja pienentämiseksi. Tämän hankkeen riskienhallinta toteutetaan rinnakkain Tulevaisuuden sote-keskuksen kehityshankkeen kanssa.

<b>Taulukko 5. Keskeisimmät tunnistetut riskit, varautuminen sekä vastuutaho</b>			
<b>Riski</b>	<b>Kuvaus</b>	<b>Varautuminen</b>	<b>Vastuu</b>
<b>Aikatauluriski</b>	Hankkeelle määritetty kokonaisaikataulu on liian tiukka suunniteltujen kehitystoimenpiteiden toteuttamiseksi ja niiden tuottaman muutoksen laadun ja vaikuttavuuden arvioimiseksi.	Toteutuksen aikataulua seurataan säännöllisesti. Hanke on jaettu useaan eri ongelmaan, toimenpiteisiin ja tavoitteisiin. Näistä kukin toimii osaltaan virstanpylväänä, ja pieniinkin viivästymisiin voidaan reagoida jo projektin aikana. Avainhenkilöille resursoidaan riittävästi työaikaa hankkeen läpivientiin. Resurssit allokoidaan ja suunnitellaan huolellisesti jo alkuvaiheessa. Resurssien käyttöä ja töiden edistymistä seurataan tiiviisti, ja mahdollisiin ongelmiin reagoidaan projektinjohdollisin keinoin.	Ohjausryhmä sekä hankehallinto
<b>Muutoksen mahdollistava henkilöstö vaihtuu tai osallisuus on riittämätöntä</b>	Kunnat eivät pysty panostamaan kehittämiseen toivomallaan tavalla tai joku alue jää aliedustetuksi. Hankkeen keskeiset avainhenkilöt vaihtuvat ja tiedon siirto vaarantuu.	Vastuutehtäviä allokoidaan kunnittain, ja eri osioihin nimetään eri vastuuhenkilöt työkuorman tasaamiseksi. Avainhenkilöiden vaihtumisen riskiin hankkeessa varaudutaan dokumentoimalla vaiheet huolellisesti ja laajasti. Hankkeessa työskennellään useissa eri tiimeissä, joten yksittäisten henkilöiden vaihtuvuus tai mahdolliset poissaolot eivät estä hankkeen menestyksekkästä läpivientiä. Toimeenpano edellyttää vahvaa muutosjohtamista. Valituille kehityksen teemoille valitaan palvelutuotannon johdosta vastuutaho/ henkilö, joka tukee alueellista toimeenpanoa. Varmistetaan riittävä ulkoinen tuki toimeenpanon toteutukselle.	Ohjausryhmä sekä hankehallinto
<b>Löyhä yhteys muuhun kehitystyöhön</b>	Riski, että ulkokehälle jää yhteistyö keskeisiin sidosryhmiin kuten terveydenhuolto, aikuissosiaalityö, vammaispalvelut	Tunnistetaan segmentti- ja palvelukohtaisesti keskeiset yhdyspinnat ja laaditaan toimenpiteet yhteistyön ja tiedonkulun sujuvoittamiseksi. Mahdollistetaan yhteiskehittäminen ja integraatio merkittävisissä kehityskohteissa. Jatketaan yhdyspintatyötä keskeisten sidosryhmien kanssa. Lisätään yhteistyötä ja mallien rakentamista myös kuntiin jäävän HYTEN kanssa.	Ohjausryhmä Muut palvelut
<b>Viestintä epäonnistu</b>	Riskinä on, että jaettava tieto ei ole oikea-aikaista, ei saavuta oikeita tahoja, se on ristiriitaista tai se ei aiheuta toivottuja vaikutuksia (esim. muutosta toiminnassa).	Täsmennetään ulkoisen ja sisäisen viestinnän suunnitelmaa hankkeen alussa. Viestintätoimenpiteistä keskustellaan ohjausryhmässä, palautteita käsitellään, ja viestintäsuunnitelmaa päivitetään säännöllisesti. Hyödynnetään monipuolisia viestintäkeinoja ja kanavia. Hyödynnetään monipuolisia viestintäkeinoja ja kanavia. Viestintävastuu osoitetaan ensi sijassa yhdelle taholle, joka varmistaa yhdenmukaisuuden viestinnässä, mutta viestien jakoa toteuttavat aktiivisesti kaikki. Viestinnän fokus siirretään hallitusti VATElle ja edelleen hyvinvointialueelle.	Ohjausryhmä Kaikki hankkeeseen osallistuvat tahot