

Omat Digiajan Hyvinvointipalvelut ODA

Loppuraportti

Hanke/projektipäällikkö: Hanna Nordlund

Hankkeen/projektin omistaja: Tuula Heinänen

Yhteenveto

ODA-hankkeessa uudistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleja ja kehitettiin kansallinen itse- ja omahoitoa tukeva sähköisten palvelujen kokonaisuus, Omaolo, mahdollistamaan uudenlaiset tavat toimia. Projektin tavoitteena oli kehittää ja pilotoida 14 mukana olevan kuntatoimijan yhdessä määrittelemä Omaolo-palvelukokonaisuus ja toteuttaa toiminnallinen muutos valituissa palveluprosesseissa, turvata palvelukokonaisuuden ylläpito ja edelleen kehittäminen kansallisen hallintamallin kautta sekä turvata palvelukokonaisuuden laaja leviäminen yhteisillä muutosvalmennuksen, viestinnän ja vaikuttavuuden arvioinnin konsepteilla. Palvelukokonaisuuden ensimmäiset osat ovat olleet asiakastestauksessa kevästä 2018 lähtien ja sekä asiakkailta että ammattilailta saatu palaute on ollut positiivista. Ensimmäinen tuotantoversio julkaistaan joulukuussa 2018. Palvelukokonaisuuden asiakastestaus jatkuu ja uusia tuotantoversioita julkaistaan vuoden 2019 aikana. Kansallisesta hallintamallista on sovittu ja levittämisen sekä jatkokehittämisen vastuu on siirretty SoteDigi Oy:lle 6.9.2018. Levittämistä tukevat konseptit toiminnallisen muutoksen valmennukseen, vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointiin sekä viestintään. Niiden tavoitteena on jakaa projektin aikana syntynyttä tietoa ja sujuvoittaa käyttöönottoa.

Projektin toimenpiteillä sekä Omaolo-palvelulla tavoitellaan pitkällä aikavälillä sekä terveys- ja hyvinvointihyötyjä että tuottavuushyötyjä. Projektin aika on kuitenkin liian lyhyt terveys- ja hyvinvointivaikutusten mittaamiselle ja arviointia tulee jatkaa. Projektin aikana yksittäisistä piloteista on kuitenkin saatu ensimmäisiä todisteita siitä, että toiminnallisten muutosten ja Omaolo-palvelun käytön seurauksena saapuvien puhelujen määrä vähenee, asiakkaat voivat suorittaa merkittävän määrän rutiinitehtäviä itse ilman ammattilaista, hoitoon ja palveluun pääsy nopeutuu, hoito- ja palveluprosessien suunnitelmallisuus paranee ja samalla resurssilla voidaan palvella useampia asiakkaita. Esior Oy:n tekemän analyysin perusteella vapautuvan kapasiteetin potentiaali skenaarion optimistisuudesta riippuen on 328-700 miljoonaa euroa vuodessa.

Hanke toteutettiin kolmessa vaiheessa: toiminnallisen muutoksen toteutus ja muutosvalmennus, Omaolo-ratkaisun toteutuksen kilpailutus, Omaolo-palvelukokonaisuuden toteutus sekä pilotointi. Suunnitellut vaiheet toteutuivat mutta palvelukokonaisuuden toteutus kesti suunniteltua pidempään ja lyhensi myös pilotointiin projektin puitteissa käytössä olevaa aikaa. Projekti toteutui pienemmillä resursseilla kuin oli suunniteltu, osittain em. viivästyksen ja esim. maakuntauudistuksen valmistelun mukanaan tuomien resurssihaasteiden vuoksi. Hankekokonaisuudessa oli 15 osaprojektia: koordinaatioprojekti ja 14 kuntapilottia. Kuntapiloteissa kehitettiin valittuja asiakasprosesseja ja pilotoitiin Omaolo-palvelua.

Käytön levittäminen jatkuu konsortioon kuuluvilla alueilla ja samalla SoteDigin kautta käyttöä levitetään kokonaan uusille alueille. Ensimmäisistä käyttöönottoprosesseista on jo sovittu. Samalla jatkuu palvelun kehittäminen, jonka tulee myös tulevana vuosina olla jatkuvaa. SoteDigissä Omaolo-palvelun yhteensovittaminen muiden kansallisten palvelujen kanssa jatkuu edelleen. Omaolo-palvelu perustuu avoimeen lähdekoodiin, avoimiin rajapintoihin ja mikropalveluarkkitehtuuriin, joka mahdollistaa yhteentoimivuuden muiden järjestelmien kanssa. Tavoitteena luoda asukkaille yhtenäisiä ja sujuvia palveluprosesseja, joissa on hyvä ja ehjä käyttökokemus.

SISÄLLYSLUETTELO

1	TULOKSET JA VAIKUTTAVUUS	1
1.1	TAUSTA	1
1.2	TAVOITTEET JA TULOKSET	2
1.3	HYÖDYT JA VAIKUTTAVUUS	7
2	TOTEUTUS	11
2.1	YLEISKUVA	11
2.2	AIKATAULUN TOTEUTUMINEN.....	13
2.3	TOTEUTUNEET KUSTANNUKSET- JA RESURSSIT	14
2.3.1	<i>Työmäärät ja tehtävien tekijät</i>	<i>14</i>
2.3.2	<i>Budjetti ja kustannukset</i>	<i>15</i>
2.4	RISKIT	16
3	OSAPROJEKTIT	18
3.1	YLEISTÄ.....	18
3.2	EKSOTEN PILOTTI.....	19
3.3	ESPOON PILOTTI	20
3.4	HELSINGIN PILOTTI	21
3.5	HÄMEENLINNAN PILOTTI	22
3.6	JOENSUUN PILOTTI	23
3.7	KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRIN PILOTTI	24
3.8	KUOPION PILOTTI.....	26
3.9	OULUN PILOTTI	28
3.10	PORVOON PILOTTI.....	30
3.11	PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIKUNTAYHTYMÄN PILOTTI	32
3.12	SODANKYLÄN PILOTTI.....	33
3.13	TAMPEREEN PILOTTI	35
3.14	TURUN PILOTTI	37
3.15	VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRIN PILOTTI	38
4	DOKUMENTOINTI.....	39
5	OPIT JA PALAUTTEET	40
6	PYSYVÄ TOIMINTA JA JATKOTOIMET	43
6.1	SIIRTYMINEN PYSYVÄÄN TOIMINTAAN	43
6.2	JÄLKIVARVIOINTI JA AVOIMET TEHTÄVÄT	44
6.3	IDEOITA JATKOKEHITYKSELLE	45
7	LIITTEET.....	46

LUETTELO KUVISTA JA TAULUKOISTA

Kuva 1. Omaolo-palvelun sisällöt.....	3
Kuva 2. ODA projektin tavoitellut hyödyt	8
Kuva 3. Vaikutukset tiivistettynä	9
Kuva 4. Vapautuvan kapasiteetin skenaariot	10
Taulukko 1. Projektin aikataulu	13
Taulukko 2. Henkilöstökulujen toteutuminen	15
Taulukko 3. Budjetti ja toteutuneet kustannukset.....	15
Taulukko 4. Riskiarvio	16

1 Tulokset ja vaikuttavuus

1.1 Tausta

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään kohdistuu kovia muutospaineita. ODA-projektin aikana on sote-uudistuksen suhteen esitetty erilaisia malleja ja voidaan sanoa uudistukseen pitkittyneen ja myös mutkistuneen matkan varrella. Projektin päättyessä ollaan lähes yhtä epävarmassa tilanteessa rakenteiden suhteen kuin sen alkaessakin ja tämä on heijastunut osaltaan myös projektin aikaiseen työskentelyyn. Sote-uudistuksen tavoitteet ovat edelleen samat. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja hallita kustannuksia. Sosiaali- ja terveystalouksia integroimalla pyritään ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumattomaan toimintaan ja toimiviin asiakaslähtöisiin peruspalveluihin.

Juha Sipilän hallitusohjelmassa asiakaslähtöiset palvelut nimettiin hyvinvointi- ja terveystalouksessa kärkihankkeeksi. Ohjelmassa linjataan, että ”Tehostetaan sähköisten palvelujen hyödyntämistä myös omahoidossa ja neuvonnassa” (Hallitusohjelma s. 18). Teknologia luo erilaisia mahdollisuuksia sekä kansalaisten että ammattilaisten toimintatapojen muuttamiseen. Itsepalvelua ja automaatiota lisäämällä voidaan joitakin ammattilaisten perinteisesti tekemiä tehtäviä nopeuttaa, siirtää kansalaisten itsensä tekemiksi tai automatisoida kokonaan. Näin siirretään ammattilaisten resursseja tehokkaampaan käyttöön ja mahdollistetaan toiminnan uudelleen organisointi. Ajantasaisemman tiedon kautta voidaan parantaa palvelun vaikuttavuutta ja erilaisia palvelukanavia rakentamalla nopeuttaa ja helpottaa kanssakäymistä kansalaisten ja ammattilaisten välillä. Teknologia on kuitenkin muutoksen mahdollistaja, joka tukee toiminnallisten muutoksen syntymistä mutta ei itsessään muuta mitään. ODA-projektissa toiminnallisen muutoksen aikaansaaminen on ollut kaiken keskiössä. Alusta saakka on tiedetty, että sen mahdollistamiseksi tarvitaan uusia älykkäämpiä palveluja. Siten Omaolo-palvelukokonaisuuden rakentaminen on ollut keskeinen osa projektia toiminnallisen muutoksen rinnalla. Omaolo-palvelun avulla sote-palvelut halutaan tuoda nykyaikaan ja antaa mahdollisuus asiakkaille valita, mitä kanavaa pitkin he haluavat asioida.

Projektiin osallistui 14 kuntatoimijaa. Espoon kaupunki toimi isäntäkuntana ja lisäksi konsortioon kuuluivat Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystaloukset, Helsingin kaupunki, Hämeenlinnan kaupunki, Joensuun kaupunki, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Kuopion kaupunki, Oulun kaupunki, Porvoon kaupunki, Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä, Sodankylän kunta, Tampereen kaupunki, Turun kaupunki sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Projekti käynnistyi osallistujien yhteisestä halusta määritellä, toteuttaa, ylläpitää ja jatkokehittää yhdessä itse- ja omahoitoa tukeva kansallinen sähköisten palvelujen kokonaisuus, ja samalla toteuttaa laajamittainen toiminnallinen muutos. Lähes kolmen vuoden yhteisen työn tuloksena on saatu aikaan merkittäviä muutoksia asiakasprosesseissa. Projektin aikana on myös luotu itse- ja omahoitoa tukeva sähköinen palvelukokonaisuus, Omaolo, joka tuo sote-palvelut asiakkaiden käyttöön ajasta- ja paikasta riippumatta. Palvelukokonaisuuden avulla asiakas voi arvioida

omaa hoidon tai palvelun tarvettaan, suunnitella omaa hoitoaan ja palveluaan yhdessä ammattilaisen kanssa ja tallentaa siihen liittyvää seurantatietoa sekä ottaa käyttöön sähköisiä hyvinvointivalmennuksia. Palvelu ohjaa asiakkaan nopeasti oikean ja tarkoituksenmukaisen palvelun piiriin. Palvelussa on toteutettu integraatiot ensimmäisiin potilastietojärjestelmiin (Effica, Pegasos, Mediatri), joka mahdollistaa esimerkiksi asiakkaan tekemän ajanvarauksen suoraan määritellylle ammattilaiselle. Asiakkaalle tämä tarkoittaa mahdollisuutta arvioida tilannettaan rauhassa, esimerkiksi omalla kotisohvalla, ilman jonottamista ja odottamista sekä nopeaa ohjausta oikeaan palveluun ja suunnitelmalliseen palveluprosessiin ilman pompottelua ammattilaiselta toiselle. Omaolo-palvelun myötä annetaan jokaisen asiakkaan valita se tapa asioida, joka hänelle parhaiten sopii. Näin ammattilaisten aikaa jää enemmän niille, jotka valitsevat asioita perinteisiä kanavia pitkin. Palvelu ei ole vielä täysin valmis ja sen jatkokehittämisen ja kansallisen levittämisen vastuu on siirretty SoteDigi Oy:lle syyskuussa 2018.

1.2 Tavoitteet ja tulokset

ODA-projektille asetettiin kolme päätavoitetta. Alla on käsitelty jokaisen tavoitteen toteutumista erikseen:

1. Kehittää ja pilotoida kuntien yhdessä määrittelemä ODA-palvelukokonaisuus.

ODA-palvelukokonaisuus nimettiin projektin aikana Omaolo-palveluksi. Yhdessä Kelan kanssa on sovittu, että Omaolo-palvelu julkaistaan Kanta-brändin alla, ja se seuraa Kanta-palvelujen ilmettä. Omaolopalvelu sisältää

- asiakkaan tilanteen arvioinnin palvelut: 13 oirearviota, 3 palveluarviota, modulaarisen hyvinvointitarkastuksen, joka kattaa terveyden ja hyvinvoinnin, elämänlaadun sekä suun terveyden arvioinnin osa-alueet. Lisäksi hyvinvointitarkastus sisältää rajatummalle kohderyhmälle suunnattuna moduuleja kuten omaishoitajat, nuoret, maahanmuuttajat sekä yötyöntekijät. Samassa kokonaisuudessa on myös digitalisoitu neuvola- ja kouluterveydenhuollon lakisääteisiä lomakkeita.
- asiakkaan hoidon ja palvelun suunnittelun työkalun: hierarkinen suunnitelma.
- 29 hyvinvointivalmennusta ja verkkokurssia.
- integraatiot: Omatietovaranto, Mediatri (diagnoositiedot), Effica ja Pegasos (Ajanvaraus ja minimikontekstinhallinta). Duodecim tietämyskanta. AVPH ja WinHit integraatiot on aloitettu mutta niiden viimeistely jää projektin jälkeiseen aikaan.
- palveluohjaus: kansalliseen toimintasuositukseen perustuva alueellinen palveluohjaus, joka ohjaa asiakkaan oikeaan palveluun alueellisesti tehdyn määrittelyn mukaisesti.

Alla olevassa kuvassa on yksityiskohtainen listaus palvelun sisällöistä

Sisällöt Omaolo-palvelussa

Oirearviot:

Hengitystietulehdus
Kurkkukipu
Yskä
Korvakipu
Närästys
Olkapään kipu
Peraaukon oireet
Polven oireet
Ripuli(n oireet)
Selkäkipu
Päänsärky
Räjähtäminen ja vetistävä silmä
Naisen 18-65-v virtsatieinfektio
Sukupuolitauti
Tuberkuloosi (keuhko)
Suun terveys

Palveluarvio- ja ohjaus

Omaishoidontuki
Kuljetuspalvelu
Henkilökohtainen apu

Hyvinvointivalmennukset

Alkoholin käytön vähentäminen
Liikuntaohjelma askeltajille
Hyvät teot -valmennusohjelma
Lapsiperheiden valmennusohjelma
Kiitollisuus -harjoitusohjelma
Optimismi -harjoitusohjelma
Positiivinen vuorovaikutus parisuhteessa
Ristiriitojen ratkaisu parisuhteessa
Arjen harmituksen vähentäminen
Liikuntaohjelma 3, 4, 5, yli 7 tuntia viikossa
Liikuntaohjelma diabeetikolle, sepelvaltimo- tai
verenpainetautiin sairastavalle, tuki- ja liikuntaelinsairaalle,
astmaatikolle
Painonhallinta
Terveellinen ravinto
Stressin hallinnan -harjoitusohjelma
Tietoisuustaidot
Tupakoinnin lopettamisen valmistelu, lopettaminen
Univalmennus

Päättökseentuki

n. 150 muistutetta

Hyvinvointitarkastus

Terveystarkastus
Elämänlaatu (BREF)
Suun terveys (OHIP)
Omaishoitajan jaksaminen (COPE)
THL lakisääteiset lomakkeet (koulu, NLA)
Nuoren hyvinvointi (3x10D)
Maahanmuuttajan kysely

Verkkokurssit:

Tyypin 2 diabeetikon ABC
Näin käytät Marevania
Haluaisitko nukkua paremmin?
Polven ja lonkan nivelrikon hoito
PEF-seuranta
Suola ja verenpaine
Rannemurtuman hoito

Suunnitelmapohjat:

Verenpaine
Diabetes
VTI

Kuva 1. Omaolo-palvelun sisällöt

Omaolo-palvelu on sisällöltään merkittävästi laajempi kuin projektin alkaessa oli määritelty. Merkittävimmät laajennukset olivat hyvinvointitarkastusten kohderyhmäkohtaiset moduulit ja suunterveydenhuollon osuudet. Sisällöllisten laajennusten lisäksi projektin aikana tuli vastaan odottamattomia teknisiä haasteita, kuten tarve rakentaa oma tietovaranto, palveluohjausten rakentaminen tilanteessa, jossa ei tiedetä valinnanvapauden lopullista toteutumista, ja FHIR standardiin liittyvien referenssitoteutusten puute. Lisäksi Kanta-integraatiota ei saatu tehtyä asiakastietolain viivästyksen vuoksi, jolloin tehtiin yksi suora potilastietojärjestelmäintegraatio, jotta Omaolo-järjestelmä voidaan tehdä Kanta-integraatiovalmiuteen. Näiden syiden vuoksi tekninen toteutus viivästyi mutta on tällä hetkellä hyvin skaalautuva ja integroitava. Lainsäädännön muutosten viivästyminen, erityisesti asiakastietolain osalta, sekä kansallisten määritysten viivästyminen, erityisesti asiakassuunnitelman osalta, hidastivat myös omalta osaltaan kehitystyötä. Tämä johti palvelukokonaisuuden kehittämisen, ja sitä kautta pilotoinnin viivästyminen. Koko Omaolo-palvelukokonaisuutta on pilotoitu asiakkaiden kanssa testiympäristössä ja tuotantoympäristön kaltaisessa beta-ympäristössä rajallisemmalla sisällöllä. Pilotointi ja palvelukokonaisuuden edelleen kehittäminen jatkuvat projektin päättymisen jälkeen, ja esimerkiksi Kanta-integraatiot päästään toteuttamaan vasta, kun asiakastietolain lopullinen sisältö on selvillä, ja laki voimassa. Palvelusta on kuitenkin asiakaskäytössä saatu erittäin positiivista palautetta, palvelu koetaan helpoksi ja nopeaksi käyttää.

Suunnitelmassa asetettiin sekä välillisiin että välittömiin hyötyihin liittyviä mittareita. Tuloksia on saatavissa projektin aikana yksittäisistä piloteista, jotka antavat suuntaa laajemman käytön tuloksille. Tulosten seuranta tulee jatkaa, ja mittaukset toistaa ainakin 1-3 kertaa seuraavan kahden vuoden aikana. Yleisesti voidaan sanoa, että pilottien tulokset ovat odotetun suuntaisia ja erittäin rohkaisevia. Joidenkin muutosten osalta voidaan todeta, että muutosten esiin saaminen mittareissa vaatii pidemmän ajan. Pilotoinnin aloittamisen viivästyminen on osan piloteista osalta antanut erittäin lyhyen seurantamahdollisuuden. Jotkut muutokset ovat niin isoja, että ne vaativat enemmän aikaa vakiintuakseen.

Omaolo-palvelukokonaisuuden *välittömät* hyödyt liittyvät tuottavuuden paranemiseen sekä ammattilaisten ja asiakkaiden ajan säästymiseen. *Välilliset*, ja pidemmällä aikavälillä toteutuvat hyödyt, liittyvät asiakkaiden omahoidon parempaan toteutumiseen ja siitä seuraavaan hyvinvointi- ja terveyshyötyyn. Välillisiä hyötyjä ei saada mitattua lyhyen projektin aikana vaan ne vaativat jatkuvaa seuranta.

Välittömille hyödyille asetettiin seuraavat mittarit, jotka perustuivat yhdessä konsortion kanssa tehtyihin laskelmiin:

Mittarit liittyen välittömiin hyötyihin (esimerkkejä, jotka perustuivat projektin lähtötilanteessa Hämeenlinnassa ja Eksotessa tehtyihin laskelmiin potentiaalista sekä kustannushyötyanalyysin arvioihin):

- *Terveysasemilla tehtävään hoidontarpeen arviointiin liittyvä puheluiden määrä vähenee 22,5%*

Yksittäisissä piloteissa saatiin jo lyhyessä ajassa rohkaisevia tuloksia. Helsingin ja VSSH:n pilottien perusteella hengitystieinfektioon liittyvien saapuvien puhelujen määrä väheni seurantajaksolla n. 10% vaikka käyttö vielä rajattua, ja markkinointia on tehty suhteellisen vähän. Pilotoinnin viivästymisen vuoksi palvelua ehdittiin käyttää hyvin lyhyen aikaa ennen mittausta eikä pahin influenssakausi ole vielä alkanut. Voidaan siis olettaa, että käytön laajentuessa tämä tavoite saavutetaan.

Puhelujen määrää voidaan vähentää myös tarjoamalla asiakkaalle oikeus tehdä sähköinen ajanvaraus itse. Espoon neuvolaterveydenhuollon pilotissa annettiin sähköinen ajanvarausoikeus, ja seurantajakson päättyessä 33% ajanvarauksista tehtiin sähköisesti. Hämeenlinnassa on toteutettu ensimmäisenä ajanvarausintegraatio. Hämeenlinnassa asiakkaat ovat päässeet oirearvion toimintasuosituksen perusteella itse varaamaan ajan, ilman jonotusta puhelimesta.

Puhelujen määrää vähentää myös se, että asiakkaat saavat hoidon- ja palvelutarpeen arvion mahdollisimman nopeasti, ja asia ratkeaisi mahdollisuuksien mukaan kerralla. Turussa suun terveydenhuollon pilotissa asiakkaiden, jotka eivät ohjautu jatkohoitoon, osuus on nostettu 63

prosentista 71 prosenttiin. Lisäksi vuorokauden sisällä hoitoon päässeiden määrä on kasvanut 88,7 prosentista 96,8 prosenttiin.

Turun maahanmuuttajien pilotissa on saatu keskimääräinen aika ensikontaktista hoidon/ palvelutarpeen arvioon vähenemään 73 vuorokaudesta 20 vuorokauteen. Tampereen vammaispalvelujen pilotissa tehtyjen muutosten ansiosta asiakas saa päätöksen 30 vuorokautta lähtötilannetta nopeammin.

Palvelulupaus ja vasteaika tulevat keskeisiksi sähköisten palvelujen myötä. Esimerkiksi Jyväskylässä sähköisten palvelupyyntöjen vasteaika muutettiin 7 vuorokaudesta niin, että palvelupyyntöihin vastataan saman vuorokauden aikana.

- *Pitkäaikaista hoitoa/ palvelua tarvitsevien asiakkaiden säännöllisiä käyntejä terveysasemilla voidaan vähentää 20% ja toteutuvia käyntejä tehostaa 25%*

Käyntien vähenemisen ja tehostumisen näkökulmasta hoidon ja palvelun suunnitelmallisuus on keskeisessä asemassa. Jyväskylässä suunnitelmaan perustuvat käynnit ovat seurantajaksolla lisääntyneet 38 asiakkaasta 531 asiakkaaseen. Oulun ja Joensuun piloteissa on luotu toimintamallit, jossa paljon palvelua tarvitsevilla asiakkailla on aina vastuhenkilö. Oulussa seurantajaksolla 96 prosentilla kohderyhmään kuuluvista asiakkaista oli ammattilaisen ja asiakkaan yhdessä tekemä palvelusuunnitelma.

Moniammatillinen yhteistyö on osoittautunut yhdeksi tavaksi vähentää käyntejä. Joensuussa pitkäaikaistyötön kävi lähtötilanteessa useilla ammattilaisilla 45 minuutista jopa 3 tuntiin kestävässä tapaamisissa. Moniammatillisten arviointikäyntien myötä riittää yksi tunnin tapaaminen, jossa on 2-3 ammattilaista läsnä. Asiakas ohjautuu heti oikeaan palveluun. Tässä tukee myös osana pilotointia käyttöönotettu elämänlaadun arviointi.

Pilottien yleiskuvana voidaan kuitenkin sanoa, että suunnitelman käyttö lisääntyy hitaasti ja vaatii pitkää sekä määrätietoista toiminnan muutostyötä ammattilaisten keskuudessa.

- *Äitiysneuvola-asiakkaan etukäteen tekemä sähköinen terveystarkastus vähentää neuvolan vastaanotolla tarvittavaa aikaa keskimäärin 25%*

Hyvinvointitarkastuksia hyödyntävistä piloteista saatiin erittäin hyviä tuloksia projektin aikana myös muualla kuin äitiysneuvolassa. Espoossa asiakasmäärä per terveydenhoitaja koulu- ja neuvolaterveydenhuollossa lisääntyi seurantajaksolla 7,9 asiakkaasta 10 asiakkaaseen/päivä. Vastaanottoaikaa voitiin parempien ennakkotietojen vuoksi lyhentää 75 minuutista 60 minuuttiin, joka vuositasona tarkoittaa noin 800 tunnin työpanosta allokoitavaksi muihin tehtäviin. Turun maahanmuuttajien pilotissa parempien ennakkotietojen sekä

prosessimuutosten ansiosta maahanmuuttajan terveystarkastuksen aikaa on pystytty vähentämään 90 minuutista 60 minuuttiin per asiakas. Tämä säästää sekä terveydenhoitajan että tulkin aikaa. Samalla ammattilaisten työtyytyväisyys parani.

Yötyöntekijöiden työterveystarkastuksessa keskimääräinen aika per tarkastettava yötyöntekijä pystyttiin vähentämään 83 minuutista 28 minuuttiin toiminnallisten muutosten ja järjestelmien paremman hyödyntämisen avulla. Kuopion pilotissa huolilapsia tunnistetaan yhä paremmin ja systemaattisesti yhteisiin kriteereihin perustuen. Muutosten ansiosta samalla resurssilla palvella useampia asiakkaita ja aikaa jää enemmän tukea tarvitsevien auttamiseen massatarkastusten ohella. Porvoossa muiden kuin määräaikaistarkastusten osuus opiskelijaterveydenhuollon käynneistä on saatu kasvamaan 15 prosentista 82 prosenttiin.

Kuntakohtaisissa piloteissa on kerätty yksityiskohtaista dataa pilottien lähtötilanteesta ja tilanteesta projektin lopussa. Kuntakohtaisissa tiivistelmissä tämän raportin luvussa 3 sekä liitteinä olevissa kuntapilottikohtaisissa raporteissa käydään läpi pilottikohtaisia tuloksia yksityiskohtaisemmin.

2. Palvelukokonaisuuden ylläpito ja edelleen kehittäminen on turvattu kansallisesti yhteisesti sovitun hallintamallin kautta

Omaolo-palvelun jatkokehittämisen vastuu, kuntatoimijoiden yhteistyön koordinaatio sekä palvelun levittämisen vastuu on siirretty 6.9.2018 alkaen SoteDigi Oy:n vastuulle. Projektinaikaiseen hallintamalliin on tehty joitakin muutoksia kuluneen kolmen vuoden kokemusten perusteella, mutta voidaan sanoa, että yhdessä eri toimijoiden kanssa on luotu hallintamalli, joka mahdollistaa ketterän kehittämisen ja nopean etenemisen mutta myös riittävän yhteisen keskustelun, jolla haetaan jatkuvasti palvelun kehittämisen oikeaa suuntaa kentän / käyttäjien tarpeiden mukaisesti. Myös kokemusten, toimintamallien ja hyvien käytäntöjen jakaminen on tärkeä osa verkoston työtä.

3. Palvelukokonaisuuden laaja leviäminen turvataan ja leviämistä tuetaan yhteisesti sovitulla toimintamallilla sekä yhteisillä muutosvalmennuksen-, viestinnän- ja vaikuttavuudenarvioinnin konsepteilla

Palvelukokonaisuuden leviämisen edellytykset on luotu hallintamallin ja tiiviin kuntatoimijayhteistyön kautta. SoteDigi Oy kansallisena toimijana pystyy toimimaan kansallisen levittämisen operaattorina. Sote-uudistuksen toteutumiseen liittyvä epävarmuus ja toimijarakenteeseen liittyvä epäselvyys tuovat oman haasteensa levittämisen suunnitteluun. Uusia kiinnostuneita Omaolo-palvelun käyttäjiä on useita, ja ensimmäisen uuden alueen kanssa on sovittu käyttöönotto-prosessin pilotoinnin aloittamisesta vielä vuoden 2018 aikana.

ODA-projektin aikana valmennettiin 35 moniammatillista tiimiä kolmella eri valmennuskierroksella. Näiden kierrosten aikana kehitettiin toiminnallisen muutoksen valmennuskonsepti, joka julkaistaan Omaolo-palvelun käyttöönoton käsikirjassa lokakuussa 2018 (ks. Liite 1). Viestinnän konseptia on rakennettu yhdessä Kelan kanssa, koska Omaolo-palvelu on osa Kanta-brändiä. Viestintään on luotu malli, jossa kansalliset yhteiset materiaalit toimivat paikallisen viestinnän pohjana, jota voidaan räätälöidä. Kansalliset materiaalit ovat kaikkien käytössä, ja niitä on rakennettu erilaisille kohderyhmille. Vaikuttavuuden arvioinnin konsepti kulkee tiiviisti valmennuskonseptin rinnalla. Siihen kuuluu alkutila- ja seuranta/lopputilamittarit sekä jatkuva yhden mittarin seuranta. Mittarit on räätälöity erilaisille kohderyhmille.

Projektsuunnitelmassa projektin tuotokset määriteltiin seuraavasti.

- Pilotoitu ja laajasti käyttöönotettavissa oleva omahoitoa- ja itsepalvelua tukeva palvelukokonaisuus (Ks. Omaolo-palvelukokonaisuuden kuvaus Liite 2)
- Pilotit alueilla, sis. toiminnallisen muutoksen (ks. Kuvaukset raportin luku 3 sekä kuntapilottien raportit Liitteet 3-17)
- Toiminnallisen muutoksen valmennuskonsepti (Ks. Liite 1 Käyttöönoton käsikirja)
- Vaikuttavuusarvio (Ks Liite 18 Esior vapautuvan kapasiteetin analyysi sekä Liite 19 ODA-projektin vaikuttavuuden arviointi raportti ja Pilottien arviointiraportit Liitteet 20-27)
- Kansallisten yhteisten palvelujen ylläpitoon ja edelleen kehittämiseen laajemminkin hyödynnettävissä oleva hallintamalli (Ks. Liite 28)
- Malli tiedon keruusta ja hyötykäyttömahdollisuudesta strategisessa päätöksenteossa: malli tarkentuu, kun palvelua on päästy käyttämään laajemmin ja datan pohjalta voidaan ohjata päätöksentekoa.

1.3 Hyödyt ja vaikuttavuus

ODA-projektilla tavoiteltiin hyötyjä sekä asiakkaan, sote-ammattilaisen, sote-organisaation, yhteiskunnan ja yritysten näkökulmasta. Hyvinvointi- ja terveyshyödyt sekä tuottavuushyödyt ovat molemmat projektin fokuksessa joskin alusta saakka tiedettiin, että projektin aika on liian lyhyt hyvinvointi- ja terveyshyötyjen saavuttamiseen ja mittaamiseen. Sen vuoksi on keskitytty tuottavuushyötyjen mittaamiseen, koska niiden syntyminen vaatii laajamittaisia toiminnan muutoksia ja palvelun laajaa käyttöä. Projektin aikana olikin tavoitteena saada pilottien kautta esimerkkejä hyödyistä ja vaikutuksista. Laajemmin niitä voidaan arvioida pilottien tuloksia skaalaamalla. Alla olevassa kuvassa tiivistetään hyötyjen syntymisen mekanismi.

Hyvinvointi- ja terveyshyöty

- Tutkittuun tietoon perustuvat sisällöt laajaan käyttöön (sekä ammattilaisten päätösten tueksi että kansalaisille)
- Vakioidut käytännöt: esim. tavallisten terveysongelmien hoidon tarpeen arvio, pitkäaikaissairaiden hoidon prosessit → paremmat hoidon tulokset
- Väestön ja potilaiden itse- ja omahoidon edellytykset paranevat

Tuottavuushyöty

- Digitalisoitujen asiakasprosessien myötä ammattilaisen aikaa säästyy / voidaan kohdentaa uudelleen
 - Puhelinpalvelusta
 - Oikean asiakasohjauksen ansiosta
 - Käyntien määrän ja keston vähenemisestä paremman suunnitelmallisuuden ja ennakkovalmistautumisen ansiosta

Palvelusta mahdollisuus saada väestötason (anonymisoitua, vertailukelpoista) tietoa terveys- ja hyvinvointitarpeista → järjestelmän suunnittelun tueksi

Kuva 2. ODA projektin tavoitellut hyödyt

Alla olevassa kuvassa on tiivistetty oletetut vaikutukset, joita ODA-projektin ja Omaolo-palvelun kautta saavutetaan. Näiden vaikutusten kautta syntyvät hyödyt.

NYT	Tulevaisuus
Hoidon/palvelun tarpeen arviointi ammattilaisten työtä. Suuri variaatio.	Kansalaisella on väline tehdä itse tai ainakin nähdä yhdessä sovitut standardit ja pohjat.
Pahimmillaan monta suunnitelmaa/asiakas.Ammattilaisten tekemiä.Asiakas ei aina edes tietoinen.	Yksi (kokoava) suunnitelma /asiakas.Asiakas ”omistaa”.
Asiakas on hoidon/palvelun kohde	Asiakas aktiivinen toimija. Ottaa vastuuta omista ratkaisuisistaan.Saa siihen välineitä.
Integraatio = organisaatorakenteet (esim. vanhuspalvelut, maakunta), hoito- ja palveluketjut, muut ammattilaisten väliset yhteistyömuodot, moniammatilliset verkostotapaamiset, asiakas joko sivuroolissa tai ei mukana lainkaan	Integraatio = minun palveluni ja suunnitelmani löytyvät yhdestä paikasta. Olen ollut niitä yhdessä ammattilaisen kanssa tekemässä.Tiedän, mikä on minun roolini ja mitä ammattilaiset aikovat seuraavaksi tehdä.

Kuva 3. Vaikutukset tiivistettynä

Oletettuja vaikutuksia on saatu todennettua projektin aikana. Omaolo-palvelussa kansalaisella on mahdollisuus tehdä hoidontarpeen arviointia liittyen yleisimpiin terveysasemien ja yhteispäivystysten käyntisiin, saada kansallisesti yhteinen toimintasuositus sekä paikallinen palveluohjaus. Palvelutarpeen arviointia varten toteutetut palveluarviot antavat mahdollisuuden arvioida oikeutta valittuihin sosiaalipalveluihin. Yhteisesti sovitut standardit ovat näkyvillä niiden kysymysten kautta, jolla asiakkaan tilannetta arvioidaan.

Omaoloon on myös toteutettu hierarkinen hyvinvointisuunnitelma, jonka kautta erillisiä suunnitelmia voidaan yhdistää yhteen näkymään, tai niitä voidaan edelleen tarkastella myös erikseen. Asiakas ja ammattilainen pääsevät muokkaamaan suunnitelmaa yksin ja yhdessä, molemmat voivat asettaa tehtäviä suunnitelmalle ja asiakas voi tallentaa seurantatietoa suunnitelmalleen, sekä luvittaa sen ammattilaisen nähtäväksi. Lisäksi asiakas ja ammattilainen voivat kumpikin kommentoida suunnitelmaa, ja siten keskustella suunnitelman kontekstissa. Suunnitelmaan voidaan liittää useita eri ammattilaisia. Omaolossa on siis olemassa toteutus yhdestä kokoavasta suunnitelmasta, joka voi toimia asiakkaan ja eri ammattilaisten yhteisenä työkaluna. Asiakassuunnitelmaan liittyvien kansallisten määrittelyjen keskeneräisyys sekä auki olevat kysymykset suunnitelman tallennuspaikasta sekä asiakastietolain viivästyminen kuitenkin rajoittavat tämän palvelun hyödyntämistä. Monissa piloteissa on kuitenkin saatu erittäin hyviä kokemuksia siitä, että eri ammattilaiset tuodaan asiakkaan ympärille sen sijaan, että asiakas kulkee eri ammattilaisten välillä. Yhdelle suunnitelmalle on kentällä suuri tarve. Näin on jo syntynyt paljon esimerkkejä aidosta integraatiosta sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä.

Asiakkaan roolin vahvistumisesta on ODA-projektin aikana syntynyt monia esimerkkejä, joita on tarkemmin avattu kuntapilottien tiivistelmissä ja raporteissa. Omaolo-palvelun avulla asiakas voi itse arvioida sekä yksittäisiä oireita ja yksittäisen palvelun tarvetta mutta myös hyvinvointiaan kokonaisvaltaisesti hyvinvointitarkastuksen avulla. Kansalaisella on mahdollisuus käyttää palveluja ilman ammattilaista, ja hän saa verkkokurssien sekä valmennusohjelmien kautta työkaluja itsenäiseen hyvinvoinnin kehittämiseen ja ongelmanratkaisuun. Suunnitelman avulla myös ammattilaiskontaktissa olevalle asiakkaalle voidaan asettaa selkeät omahoitotehtävät niin, että ammattilaisen ja asiakkaan roolit ja tehtävät ovat molemmille näkyvillä.

Vaikutusten mittaamiseen käytetyt mittarit on valittu pilottikohtaisesti. Pilottikohtaisissa raporteissa on tarkemmin avattu mittareita (Ks. Liitteet 3-17 ja 20-27).

Piloteista saatujen alustavien hyötyjen pohjalta tehtiin myös Esior Oy:n toimesta vapautuvan kapasiteetin analyysi (Liite 18). Siinä arvioitiin Omaolo-palvelun kautta vapautettavissa olevaa kapasiteettia, joka voidaan suunnata esimerkiksi suuremman asiakasmäärän hoitamiseen nykyisellä resurssilla tai allokoida muihin tehtäviin. Alla olevassa taulukossa on tiivistettynä vapautuvan kapasiteetin eri skenaariot. Skenaariot eroavat toisistaan suhteessa siihen, miten nopeasti palvelujen leviäminen ajatellaan tapahtuvan sekä toisaalta suhteessa siihen miten suuria vaikutuksia palveluilla on toimintaan. Laskelmassa ei ole huomioitu sosiaalipalvelujen osuutta, suun terveydenhuoltoa eikä koulu- ja neuvolaterveydenhuoltoa.

Skenaario	1. vuosi	2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi	5. vuosi	Yhteensä
Skenaario 1	332,7 milj. €	453,8 milj. €	575,7 milj. €	698,4 milj. €	700,6 milj. €	2 761 milj. €
Skenaario 2	272,9 milj. €	333,8 milj. €	395,1 milj. €	456,8 milj. €	458,3 milj. €	1 917 milj. €
Skenaario 3	215,5 milj. €	325,6 milj. €	436,4 milj. €	547,9 milj. €	549,7 milj. €	2 075 milj. €
Skenaario 4	161,0 milj. €	216,3 milj. €	271,8 milj. €	327,8 milj. €	328,9 milj. €	1 306 milj. €

Skenaario 1: ODA:n aikaansaamat muutokset saavutetaan kokonaisuudessaan neljäntenä vuotena.

Skenaario 2: ODA:n aikaansaamat muutokset saavutetaan kokonaisuudessaan kahdeksassa vuodessa; neljänteen vuoteen mennessä saavutetaan puolet resurssien käytön kokonaismuutoksesta.

Skenaario 3: ODA:n aikaansaamat muutokset saavutetaan kokonaisuudessaan neljäntenä vuotena, mutta vain 50 % arvioituista yksikkökustannusmuutoksista saavutetaan.

Skenaario 4: ODA:n aikaansaamat muutokset saavutetaan kokonaisuudessaan kahdeksassa vuodessa; neljänteen vuoteen mennessä saavutetaan puolet resurssien käytön kokonaismuutoksesta. Lisäksi vain 50 % arvioituista yksikkökustannusmuutoksista saavutetaan (yhdistelmä skenaarioista 2 ja 3).

© ESIOR

Kuva 4. Vapautuvan kapasiteetin skenaariot

2 Toteutus

2.1 Yleiskuva

Projektin toteutuksessa oli neljä päävaihetta, joiden toteutuminen ja poikkeamat on kuvattu alla:

1. Toiminnallisen muutoksen toteutus ja muutosvalmennus (2016-2018)

Toiminnallisen muutoksen aikaansaaminen asiakas- ja palveluprosessien tasolla oli ODA-projektin merkittävin tavoite. Muutostyö aloitettiin organisaatioissa heti projektin käynnistyessä, ja se jatkui projektin loppuun saakka. Muutosvalmennukset järjestettiin pääosin vuoden 2016 ja vuoden 2017 kevään aikana. Vaihe toteutui suunnitellusti. Muutostyötä tulee jatkaa myös projektin päättymisen jälkeen.

2. Omaolo-ratkaisun toteutuksen kilpailutus 2016/ 2017

Omaolo-ratkaisun toteutuksen kilpailutus keskittyi pääosin vuoteen 2016. Ratkaisu oli tarkoitus kilpailuttaa kahdessa osassa (ODA1 Lääketieteellisen tietämyksen tietämyskanta, ODA2 Omaolon tekninen toteutus) mutta lopulta päädyttiin erottamaan konesalipalvelut vielä omaksi kokonaisuudekseen (ODA3). KL Kuntahankinnat Oy toimi hankintayksikkönä mahdollistaen sen, että palvelu on kaikkien kuntatoimijoiden käyttöönotettavissa ilman erillistä kilpailutusta. ODA1 kilpailutettiin avoimella menettelyllä vuoden 2016 kevään ja syksyn aikana, ODA2 neuvottelumenettelyllä vuoden 2016 aikana ja ODA3 avoimella menettelyllä kevään 2017 aikana. ODA3 kilpailutuksen vuoksi kilpailutusvaihe venyi muutamia kuukausia mutta näin varmistettiin, että toteutukselle tavoitteeksi asetettu toimittajariippumattomuus toteutuu kaikilla ratkaisun tasoilla.

3. Omaolo-palvelukokonaisuuden toteutus 2017/2018

Palvelukokonaisuuden toteutus oli arvioitu noin vuoden mittaiseksi, ja toteutus pääsi alkamaan helmikuussa 2017. Toteutus on tehty avoimen lähdekoodin komponentteihin sekä avoimiin rajapintoihin perustuen. Toimittajalukkojen välttäminen on ollut toteutuksen keskeinen lähtökohta. Tämä tarkoittaa, että toteutuksen työmäärää ja kestoa oli vaikea arvioida etukäteen. Toteutus on tehty ketterin menetelmin, ei kiinteällä sisällöllä, jotta on voitu taata joustavuus suhteessa kentän tarpeisiin. Palvelu perustuu moderneihin teknologioihin ja mikropalveluarkkitehtuuriin, mikä mahdollistaa yhteentoimivuuden muiden järjestelmien kanssa. Toteutus perustuu FHIR-standardiin, jota myös Omätietovaranto käyttää, ja joka on myös uusi standardi ja vaatinut paljon opettelu- ja selvitystyötä.

Projektin aikana osoittautui, että alkuperäinen arvio toteutuksen kestosta oli liian optimistinen. Palvelukokonaisuuden sisällöllinen laajeneminen vaikutti myös asiaan, eikä sen vaikutusta osattu arvioida riittävän tarkasti. Omaolon kaltainen palvelukokonaisuus ei koskaan ole valmis

vaan sen pitää kehittyä käyttäjien tarpeiden myötä. Projektin päättyessä palvelukokonaisuuden kehittäminen jatkuu edelleen. Alkuperäisessä laajuudessa mukana olleet kokonaisuudet saadaan pääosin projektin aikana pilotoitavaksi mutta uusien laajennettujen osien pilotointi tulee kestämään vuoden 2019 puolelle.

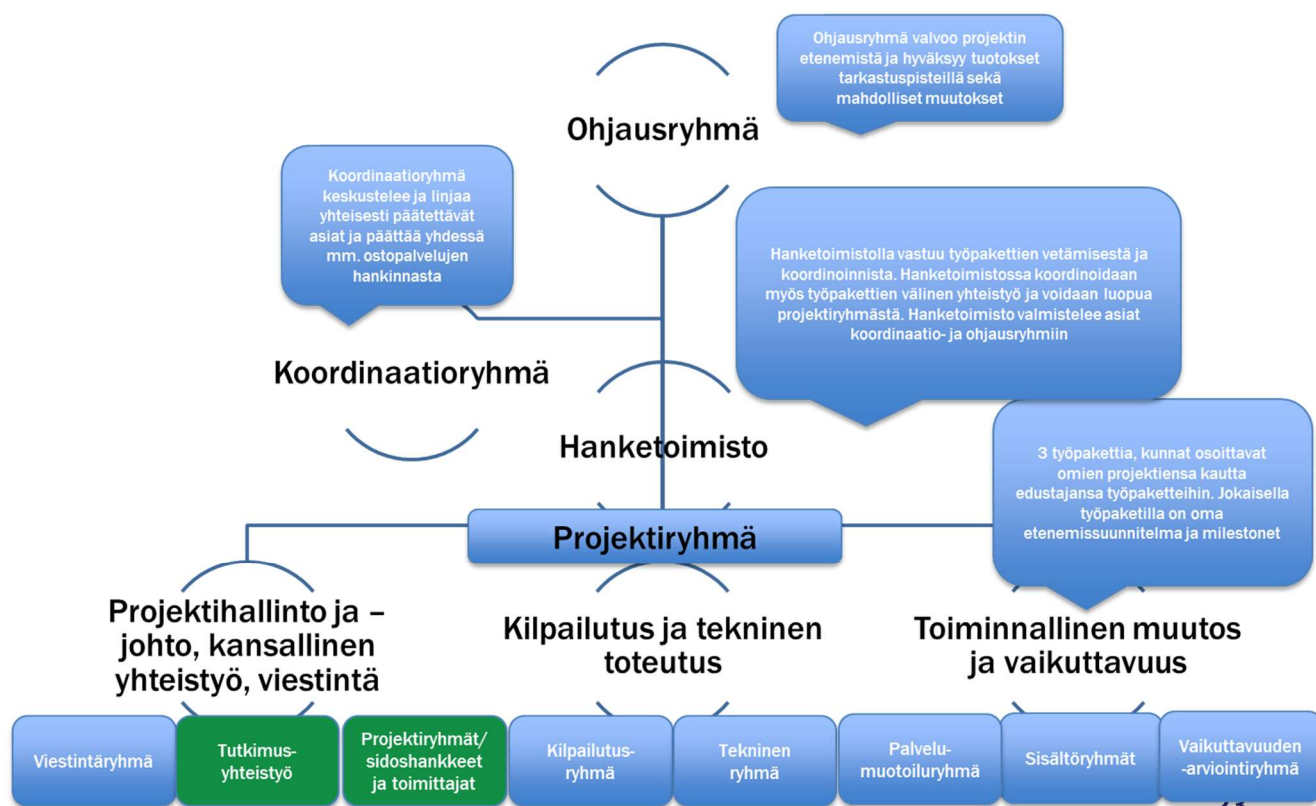
4. Omaolo-palvelukokonaisuuden pilotointi 2018

Pilotoinnin ensimmäinen vaihe on ollut käyttö testitunnuksilla. Ensimmäisessä vaiheessa palvelua on käytetty asiakkaiden kanssa, mutta aina niin, että ammattilainen on ollut tilanteessa mukana. Pilotointi päästiin aloittamaan 2017 kesällä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä. Sen jälkeen pilotointi on tehty kaikilla alueilla. Itsenäiseen asiakaskäyttöön on päästy nk. beta-vaiheessa. Ensimmäiset osat, palveluarviot, vietiin beta-vaiheeseen helmikuussa 2018 ja ensimmäiset oirearviot kesäkuussa 2018. Määräaikaistarkastusten kokonaisuus siirtyy beta-vaiheeseen lokakuussa 2018. Paljon palvelua tarvitsevan asiakkaan kokonaisuus, joka käsittää hyvinvointitarkastuksen, asiakkaan suunnitelman sekä hyvinvointivalmennukset, siirtyy beta-vaiheeseen marraskuussa 2018. Muut betat (suunterveydenhuolto, pitkäaikaissairauksien seuranta) käynnistyvät projektin päättymisen jälkeen.

Vaikka Omaolo-palvelukokonaisuuden pilotointi on siirtynyt oletettua pidemmälle, on toiminnan muutostyö ollut käynnissä koko projektin ajan. Toiminnallisilla muutoksilla on saatu merkittäviä vaikutuksia prosesseissa. Digitalisaatiossa se on vähintään yhtä tärkeää kuin digitaalinen palvelu. Sähköisillä palveluilla ei saada hyötyä ilman toiminnan muuttamista.

Projektin ohjausmalli

Alla on kuvattuna projektin organisointi- ja ohjausmalli. Lähtökohtana oli luoda malli, joka huomioi 14 projektiosapuolen moniportaiset päätöksentekoprosessit mutta toisaalta mahdollistaa yhdessä valitun kehittämismallin, eli ketterän kehityksen. Ketterä kehitystapa oli monelle toimijalle uusi. Näiden yhteensovittaminen sekä toimintaympäristön jatkuva muutos ovat tuoneet oman haasteensa organisointiin ja ohjaukseen. Päätöksenteko saatiin kuitenkin toimimaan projektissa hyvin. Päätöksenteko saatiin delegoitua eri tasoille tarkoituksenmukaisuusperiaatteen kautta mutta toisaalta mahdollistettiin riittävä yhteinen keskustelu. Alkuvaiheessa yhteisen tahtotilan ja suunnan hakeminen, ja loppuvaiheessa kokemusten jakaminen ja yhteisen oppimisen foorumit, ovat olleet suuressa roolissa. Organisoinnin suhteen haasteita tuotti eniten osapuolten suuri määrä ja hanketoimiston pieni miehitys. Tiedon kulkemisen näkökulmasta alueellisilla projektipäälliköillä on ollut erittäin suuri rooli. Projektin aikana organisointia pyrittiin kehittämään tarpeen mukaan, ja parhaat käytännöt on siirretty uuteen hallintamalliin.



Kuva 5. Projektin ohjaus- ja organisointimalli

2.2 Aikataulun toteutuminen

Alla oleva taulukko kuvaa projektisuunnitelman mukaiset tarkastuspisteet ja niiden toteutumisen. Viimeisessä sarakkeessa on otettu kantaa poikkeamien syihin.

Taulukko 1. Projektin aikataulu

Projektisuunnitelman mukainen tarkastuspiste	Projektisuunnitelman mukainen aikataulu	Toteutuminen	Arvio poikkeamista
TP 1: Teknisen kehittämisen suunnitelman, hankintamallin ja määrittelyjen hyväksyntä (hankinnan käynnistämiseksi)	18.3.2016	5/2016	Alkuperäistä suunnitelmaa arviointikriteereistä muutettiin sisältämään myös työkoe, jonka suunnittelu vaati lisää aikaa

TP 2: Muutosvalmennuskonseptin hyväksyntä (valmennusten käynnistyminen)	28.2.2016	Aikataulussa	
TP 3: Hankintaprosessien käynnistäminen	21.3.2016	Aikataulussa	
TP 4: Viestintäsuunnitelman ja käyttäjäymmärryksen kokonaissuunnitelman hyväksyminen	1.9.2016	Aikataulussa	
TP 5: Hankintapäätös teknisestä ratkaisusta (ODA2)	30.11.2016	12/16	Referenssien tarkistus vei oletettua enemmän aikaa.
TP 6: Hankintapäätös konesalipalveluista (ODA3)	15.4.2017	6/17	KLKHn toimesta hankintaprosessi keskeytettiin ja aloitettiin alusta, koska tarjoajat olivat tulkinneet tarjouspyynnön yhtä kohtaa hyvin eri tavalla.
TP 7: ODA- palvelukokonaisuuden minimitoteutus (YHTI oirearvio)	31.5.2017	6/17	Sopimusten allekirjoittamisprosessi venyi lomien vuoksi ja työn aloitus viivästyi kuukaudella.
TP 8: Tietämyskannan pilotin käynnistyminen	1.6.2017	11/17	Toimitusprojekti vei ennakoitua kauemmin, FHIR-standardin haltuunotto vei aikaa.
TP 7: Siirtyminen koko palvelukokonaisuuden käyttöön ottaviin pilotteihin	31.12.2017	11/18	Palvelukokonaisuuden laajentuminen ja toteutuksen ennakoitua suurempi työmäärä.
TP 8: Päätös toisen vaiheen hallintamallista	2016/2017	4/18	SoteDigi Oy:n toiminnan käynnistyminen ja resursointi lykkäsi keskustelujen ja suunnittelun aloittamista
TP 9: Pilottien päättäminen, raportointien hyväksyntä, yhteisten konseptien muutokset	30.8.2018	10/18	Toteutuksen aikataulun siirtyminen.

2.3 Toteutuneet kustannukset- ja resurssit

2.3.1 Työmäärät ja tehtävien tekijät

Organisaatioiden raportointijärjestelmistä ei saa yhteismitallista tietoa siitä, miten työmäärät ovat eri osakokonaisuuksien osalta toteutuneet. Työmäärien toteutumista tarkastellaan tässä henkilöstökustannusten kautta.

Taulukko 2. Henkilöstökulujen toteutuminen

	Budjetti (viimeisin muutosbudjetti)	Toteutunut (perustuu tietoon 31.10.2018)
Koordinaatioprojekti	812 397 EUR	807 615 EUR
Kuntapilotit	4 900 486 EUR	4 259 466 EUR
Yhteensä:	5 712 883 EUR	5 067 081 EUR

Henkilöstöresurssien käytöstä voidaan yleisesti todeta, että ne ovat toteutuneet suunniteltua pienempinä. Syynä tähän on ensinnäkin se, että sote- ja maakuntauudistuksen tekemisen kanssa on kilpailtu organisaatioissa samoista resursseista, jolloin kaikkia suunniteltuja henkilöresursseja ei ole saatu osoitettua projektille. ODA-projektin kokonaisuus on monimutkainen ja laaja, jolloin tarvittavaa osaamista ei ole ollut helppoa löytää muualta. Lisäksi pilotoinnin viivästyminen on muuttanut resurssitarvetta jonkin verran.

2.3.2 Budjetti ja kustannukset

Taulukko 3. Budjetti ja toteutuneet kustannukset

	Budjetti (viimeisin muutosbudjetti)	Toteutunut (perustuu 31.10.2018 tietoon)
Koordinaatioprojekti	5 264 000 EUR	5 231 695 EUR
Kuntapilotit	8 336 000 EUR	6 558 783 EUR
Yhteensä:	13 600 000 EUR	11 790 478 EUR

Koordinaatioprojektin budjettia kasvatettiin projektin aikana, koska sovelluskehityksen aikatauluarvio oli ollut alimitoitettu, ja siten myös siihen varattu budjetti oli alimitoitettu. Koordinaatioprojekti toteutui suuremman budjetin mukaisesti. Monista kuntapiloteista jäi rahaa käyttämättä. Kuntapilottien osalta budjetit toteutuivat pienempinä, koska testaamiseen liittyviä kuluja siirtyi projektin jälkeiseen aikaan. Projektissa valittiin

integraatioiden suhteen toimintatapa, jossa neuvotellaan toimittajien kanssa yksi yhteinen rajapinta, joka tilataan instanssikohtaisesti. Näin instanssikohtaisia tilauksia ei tehty siinä määrin kuin oli suunniteltu. Lisäksi kehittämistyötä ei piloteissa ollut tarpeen ostaa niin paljon kuin oli ennakoitu.

2.4 Riskit

Projektissa on tarkasteltu riskejä monipuolisesti eri näkökulmista. Sen lisäksi Omaolo-palveluun liittyen on tehty riski- ja uhka-analysit, joita seurataan jatkuvasti myös osana lääkinällisen laitteen prosessia. Alla olevassa taulukossa on esitetty tiivistetysti keskeisimmät tunnistetut riskit, niihin varautuminen sekä riskin toteutuminen:

Taulukko 4. Riskiarvio

Riskin kuvaus	Toimenpiteet	Toteutuminen
Hallintamalliin liittyvät riskit: lopullisen hallintamallin määrittämisessä menee liian pitkään SoteDigi Oy:n toiminnan käynnistymisen viivästyessä	Riittävän aikainen valmistautuminen, tiivis keskustelu SoteDigi Oy:n toimintaa valmistelevien tahojen kanssa, selkeät ehdotukset hallintamallista ja siirron kokonaisuudesta, hyvä yhteistyö ja avoin neuvotteluyhteys SoteDigi Oy:n keskeisten toimijoiden kanssa.	Riski toteutui, koska SoteDigi Oy:n resursointi käynnistyi suhteellisen hitaasti ja toimitusjohtaja aloitti vasta 5/18. Hallintamalli saatiin kuitenkin neuvoteltua ajoissa ja siirto toteutettua projektin loppumisen näkökulmasta ajoissa.
Lainsäädäntöön liittyvät riskit: Lainsäädännön muutokset eivät tapahdu ajoissa, keskeiset säännökset ja määrittelyt eivät valmistu ajoissa (puolesta-asiointi, 10-15 vuotiaiden asiantuntijoiden asiantuntijajärjestö, asiakassuunnitelma)	Tiivis keskustelu STM:n, THL:n ja Kelan kanssa, linjausten hakeminen siirtymäajan ratkaisuille, tarkistuslista laeista ja pykälistä, joissa muutostarvetta, tiivis kansallisen työn seuraaminen ja osallistuminen.	Riski toteutui. Lainsäädäntö on edelleen kesken ja esimerkiksi suunnitelman määrittelyt puuttuvat siitä syystä. Omaolo-palvelu mahdollistaa enemmän esimerkiksi moniammatillisen yhteistyön suhteen kuin mitä tällä hetkellä lainsäädännön puitteissa pystytään toimimaan. Sote-uudistus määrittää lakien käsittelyjärjestyksen.

Riskin kuvaus	Toimenpiteet	Toteutuminen
Palvelun sisältöjen tai palveluohjauksen virheisiin liittyvät riskit: kansalaisen antamat väärät tiedot, palvelun antamat väärät toimintasuositukset, tietoturva, palvelun antamat väärät palveluohjaukset	Perusteelliset ohjeet ja tarkentavat lisäkysymykset, käyttäjä pyytää aina itse toimintasuositusta ja hyväksyy erikseen tietojen lähettämisen ammattilaiselle, sisältöjen vertaisarviointi, testaus ja validointi, oirearvioiden tekeminen vain ko arviointiin soveltuviin oireisiin, tietoturva-auditointi.	Riski ei ole toteutunut. Toimenpiteet ovat riittäviä mutta seuranta ja tutkimusta jatketaan pysyvänä toimintana.
Tekniseen toteutukseen liittyvät riskit: avainhenkilöiden vaihtuminen, resurssitarpeen ja toteutusnopeuden väärinarviointi, kansallisten palvelujen ja määräysten viivästykset, integraatioiden viivästykset/ epäonnistuminen, määrittelyjen epäselkeys ja scopen laajeneminen	Dokumentointi ja varamiesjärjestelyt, ketterä tekeminen ja jatkuva priorisointi, sidoshankeyhteistyö ja yhteinen testaus, asiakastestiympäristöjen hyödyntäminen (Kelan palvelut), omat tekniset varajärjestelyt kuten oma tietovaranto Omaolon sisällä	Suuri osa riskeistä on toteutunut ja moni niistä arviointiin alunperinkin todennäköiseksi. Henkilöiden vaihtumiseen liittyvät varajärjestelyt ovat olleet riittäviä. Oman tietovarannon pystyttäminen vei aikaa ja toi kustannuksia mutta se on mahdollistanut kehittämistyön ketterän etenemisen. Integraatioita on saatu toimimaan mutta ennakoitua hitaammin, koska rajapinnat on neuvoteltu keskitetysti. Toisaalta nyt on olemassa kansalliset rajapinnat eivätkä toimittajat pääse laskuttamaan saman asian tekemisestä kaikkia kuntatoimijoita erikseen. Toteutuksen oletettua suurempaa resurssimäärää on pyritty hallitsemaan priorisoinnilla ja ketterällä kehityksellä.
Pilotteihin liittyvät riskit: toiminnallinen muutos epäonnistuu organisaatioissa, ei päästä kansallisesti yksimielisyyteen sisällöistä ja toteutuksesta, kansalaiset eivät halua käyttää palvelua, palvelu ei leviä.	Toiminnallisen muutoksen valmennus, projektipäälliköiden tuki ja alueiden yhteistyö eri organisaatiotasolla, käyttäjälähtöisyys suunnittelussa ja priorisoinnissa sekä päätöksenteossa	Riski ei ole toteutunut. Toiminnallisen muutoksen onnistumista ja palvelun leviämistä voidaan arvioida vasta myöhemmin. Yhteistyö konsortiossa on ollut hyvää ja kun käyttäjäpalaute toimii kehittämistä ohjaavana tekijänä ei ristiriitoja pääse syntyään.

Riskin kuvaus	Toimenpiteet	Toteutuminen
Sote-uudistukseen liittyvät riskit: projekti jää sote-uudistuksen jalkoihin, kansallisia yhteisiä palveluja ei synny	ODAn katsominen osaksi sote-uudistukseen tähtäävää työtä ei erilliseksi siitä, selkeät viestintämateriaalit ja riittävä resursointi. Toiminnan tarpeista lähtevä, ei rakenteisiin tai teknisiin ratkaisuihin kiinnittyvä toteutus.	Riski on toteutunut osin. Maakuntavalmistelussa on ollut paljon ODAssakin työskenteleviä ihmisiä ja työ on sidottu yhteen sote-uudistuksen kanssa. Sote-uudistuksen pitkittyminen ja mutkistuminen on kuitenkin vaikuttanut asioihin eteenpäin viemiseen, koska rakenteisiin ja päätösvaltaan liittyvät asiat ovat mutkistuneet.

3 Osaprojektit

3.1 Yleistä

ODA-projektin kokonaisuus on muodostunut koordinaatioprojektista sekä kuntapiloteista.

Koordinaatioprojektin vastuulla on ollut projektin hallinnointi ja projektin johtaminen, kuntayhteistyön ja siihen liittyen ryhmien koordinointi, sidoshankeyhteistyö, toiminnallisen muutoksen valmennus, keskitetty yhteinen viestintä, vaikuttavuuden arviointi ja tutkimusyhteistyö sekä Omaolo-sovelluksen kilpailuttaminen ja kehitystyön ohjaus yhdessä kuntatoimijoiden kanssa tehtyihin määritelmiin pohjautuen.

Kuntapilotit ovat osallistuneet kansalliseen yhteistyöhön edellä mainituissa teemoissa lukuisten yhteistyöryhmien kautta (mm. projektipäälliköiden ryhmä, viestintäryhmä, erilaiset sisältöryhmät, tekninen ryhmä, change advisory board, vaikuttavuuden arviointiryhmät, pilottiryhmät). Kuntatoimijat ovat osittain myös koordinoineet keskinäistä yhteistyötään, erityisesti sisältöjen osalta. Näin on rakennettu hankeajan jälkeisiä toimintamalleja. Suunnittelutyö ja päätökset on siten tehty yhdessä kuntapilottien ja koordinaatioprojektin kesken. Kuntapilotissa on valittu useampia asiakasprosesseja, joissa on toteutettu toiminnallista muutosta. Kuntapiloteilla on ollut erittäin keskeinen rooli Omaolo-palvelun suunnittelussa ja pilotoinnissa. Asiakasprosesseista, ja niissä käytettävistä Omaolo-palveluista riippuen pilotointia päästiin tekemään eri tavalla. Tässä luvussa kuvataan osaprojekteina kukin kuntapilotti. Kuntapiloteista on tähän lukuun liitetty tiivistelmät. Tämän raportin liitteenä on lisäksi jokaisen kuntapilotin perusteellisempi raportti.

3.2 Eksoten pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) ODA-osaprojektin tavoitteena oli luoda digitaalisilla työkaluilla tuettu diabetesriskissä olevan kansalaisen tunnistamis- ja hoitoprosessi. ODA projektin tärkeimmäksi saavutukseksi nousee avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten taholta yhteisen toimintamallin luominen ja käyttöönotto. Uusi toimintamalli on mahdollistanut ennakoivan puuttumisen diabetesriskissä olevien kansalaisten hoitoon ja yhtenäistänyt käytännöt kaikissa Eksoten yhdeksässä kunnassa. Diabetesriskiasiakkaan tunnistamiseen on kehitetty sähköistä terveystarkastusta osana OmaOlon pitkäaikaissairaiden pilottia. Sähköistä terveystarkastusta ei päästy kuitenkaan projektin aikana testaamaan asiakkailta ja ottamaan käyttöön, vaan käyttöönotto toteutetaan projektin jälkeen.

Hankkeen aikana otettiin käyttöön potilastietojärjestelmään merkintä korkeasta verensokerista, jolloin voidaan paremmin seurata diabetekseen sairastumisriskissä olevien henkilöiden palvelupolkua ja palvelutarvetta. Lisäksi toimintamallin kehittämisen osana alettiin tehdä hoitosuunnitelmia kansalaisille, jolla kohonnut verensokeriarvo. Elokuun 2018 loppuun mennessä 5,7 %:lle kohonneen verensokeriarvon saaneista asiakkaista oli tehty hoitosuunnitelma.

Lisäksi Eksotessa on tehty oirearvioiden validointia.

Toteutus:

ODA-hankkeessa kehitettävien palvelujen kehittämiseen, testauksiin, asiakastestauksiin ja käyttöönottoon osallistuttiin ODA-palvelujen valmiustilanteiden mukaisesti. Teknistä integraatiotyötä tehtiin AVPH ajanvarauspalvelun toteuttamiseksi osana OmaOlo -palvelua. Valmiutta ottaa käyttöön myös pilotin ulkopuolisia Omaolo-palveluja, on nostettu.

Vastuuhenkilö

ja

organisaatio:

Eksoten pilotti toteutettiin yhteistyössä strategia- ja kehittämissyksikön ja avoterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon kanssa. Projektipäällikkönä aloitti Riitta Lehtonen 1.1.2016 ja vuoden 2018 alussa tehtävään siirtyi Katja Rääpysjärvi. Lisäksi projektissa työskenteli diabeteshoitoprosessiin osallistuvia hoitajia ja lääkäreitä sekä heidän esimiehiään.

Projektipäällikön tärkeimpiin tehtäviin kuului toiminnallisten prosessien kehittämistä yhdessä substanssin kanssa.

Eksoten osaprojektia on tukenut ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana on toiminut avoterveyden ylilääkäri Johanna Tulonen-Tapio. Ohjausryhmään on kuulunut kattavasti edustajat terveyspalveluista, erikoissairaanhoidosta, sosiaalipalveluista sekä sosiaali- ja terveyspiirin johdosta.

Kustannukset:

Eksoten osahankkeen budjetista käytettiin vain noin 60%. tämä johtui siitä, että kaikkia OmaOlo palveluja ei saatu hankkeen aikana käyttöön, joka vähensi henkilöstön työpanoksen tarvetta. Lisäksi alun perin suunniteltu Eksoten sähköisen asiointin integraatio OmaOlo palvelun kanssa jätettiin toteuttamatta.

Loppuraportti:

Eksoten ODA-hankkeen loppuraportin voi pyytää projektipäällikkö Katja Rääpysjärveltä katja.raapysjarvi@eksote.fi 31.10.2018 jälkeen.

3.3 Espoon pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Espoon osaprojektin tuotostavoitteena oli, että Espoo on hankkinut, kehittänyt ja ottanut käyttöön sähköisen palvelukokonaisuuden, johon ammattilaisen käyttämät järjestelmät on integroitu, ja että Espoossa on käytössä uusittuja asiakasprosesseja, joissa sähköinen palvelukokonaisuus on käytössä. Projektin hyötytavoitteena oli uudistaa ammattilaisen työtapoja. Järjestelmästä haluttiin saada tietoa siitä, miten hyvinvointi on jakautunut tietyn asiakasryhmän sisällä. Tämän tiedon perusteella voidaan palvelu tuottaa esim. sähköisenä tai tuottaa palvelu aikaisemmin heille, joilla esitietojen perusteella on siihen syytä.

Kaikkia tavoitteita ei saavutettu ja hyötytavoitteiden toteutumista ei tämän projektin päättyessä pystytä arvioimaan.

Toteutus: Toteutuksen pääkohtina voidaan nähdä pilottien (kolme kappaletta) aloitukset, teknisen ympäristön valmistelu, palvelujen sisältöjen koostaminen ja koekäyttö. Teknisen ympäristön valmiudesta ja palvelun sisällöstä oli aikataulutettu erilliset tarkistuspisteet. Ilman näiden kahden valmistumista ei ole mahdollista toteuttaa koekäyttöä.

Vastuuhenkilö ja organisaatio: Projektipäällikkönä toimi Marja Nieminen ja projektin omistajana Tuula Heinänen. Pilotoivien toimialojen projektille työaikaansa kohdistavat henkilöt muodostivat projektiryhmät, Espoossa yhteensä kolme kappaletta. Lisäksi projektille työaika kohdistivat tekninen projektipäällikkö, laskentatoimen asiantuntija, viestijä ja toimialojen muut asiantuntijat. Projektipäällikön työaika kohdistui vain tälle projektille. Työmääräksi Espoossa arvioitiin 2476 htp, joista toteutui 1452 htp. Projektipäällikön työmäärä toteutui suunnitellusti, muun henkilöstön toteuma jäi alle arvioidun.

Kustannukset: Tämän hetkisen tiedon mukaan Espoon osaprojekti ei tule ylittämään kustannusarviotaan. Henkilöstökustannukset alittavat kustannusarvion.

Loppuraportti: Espoon osaprojektin loppuraportti

3.4 Helsingin pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus:

Helsingin ODA-hankkeessa pilotoitiin alkuperäisen tavoitteen mukaisesti älykkäitä oirearvioita kahdella pilottiterveysasemalla ja lisäksi tavoitteena oli pilotoida Hyvinvointitarkastusta kolmella terveysasemalla. Valmistavana toimena Omaoloa varten pilotoitiin hyvinvointitarkastukseen tulevaa terveystarkastusosiota (Star), josta Helsingillä on ollut erillissopimus Duodecimin kanssa.

Helsingin pilotit ovat toteuttaneet sosiaali- ja terveystoimialan digisuunnitelmaa ja ne on kytketty palvelu-uudistukseen ja sen myötä uudistettaviin ydinprosesseihin. Pilotit on toteutettu tiiviissä yhteistyössä tietohallinnon ja ydintoiminnan kanssa. Helsingissä taustalla oli käynnissä iso toiminnan muutos, johon kuului sähköisen asiointin käyttöönotto kaikilla terveysasemilla ja sähköisen terveystarkastuksen hyödyntäminen kaikissa ydinprosesseissa. Nämä ovat toimineet "preODA" työnä Odan edellyttämien prosessimuutosten valmiuden lisäämisinä.

Helsingin ODA-hankkeen päätavoitteena oli saavuttaa ODA-palvelukokonaisuuden avulla yhtäaikaisesti tuottavuuden, vaikuttavuuden, asiakaskokemuksen ja saatavuuden sekä henkilöstökokemuksen paraneminen. Keinona oli uusiin digitaalisiin palveluihin tukeutuva asiakasprosessien uudistus. ODA-palvelujen vaikutuksia ei ole päästy luotettavasti arvioimaan hankeaikataulun ja Helsingin palvelu-uudistuksen tilastoinnin muutosten vuoksi.

Toteutus:

Toiminnan avainhenkilöt aloittivat toiminnallisen muutoksen valmistelutyön projektiin sisältyvän valmennuksen avulla molemmissa pilottiryhmissä. Tämän perusteella prosessin muutostyönä ryhdyttiin koostamaan kehitettävän sähköisen palvelun sisältöä. Molemmista piloteista tehtiin A3 yhteenvedot, joita päivitettiin koko hankkeen ajan.

Syksyn 2018 aikana on tarkoitus saada laajennettua Omaolo-oirearviot (3 kpl) kaikille Helsingin 23 terveysasemalle ja valmistelutyö tämän osalta on aloitettu. Myös saumattoman palveluketjun valmistelut Päivystysavun 116117 ja päivystyksen kanssa on käynnistetty. Palvelutarpeen arviot ollaan vähitellen ottamassa käyttöön syksyn aikana. Valmiuksien kasvattamista hyvinvointitarkastuksen käyttöönottoon jatketaan Star-terveystarkastuksen ja valmennusten avulla, kunnes Omaolon hyvinvointitarkastus on käytettävissä.

Vastuuhenkilö ja organisaatio:

Projektitiimissä on tapahtunut henkilövaihdoksia, mm projektin omistaja ja projektipäällikkö, aluksi Risto Mäkinen ja Helena Tukia, vuodesta 2017 Marja-Liisa Lommi ja Tiina Markkula. Projektiasiantuntijoiden osalta on ollut enemmän jatkuvuutta ja tiimin koko (3 htv) on pysynyt samana koko hankkeen ajan.

Kustannukset:

Testaukseen suunniteltua tuntityötä on tarvittu vähemmän oirearvioiden sovelluskehityksen viivästyttyä. Tämän takia valtaosa testauksesta on painottunut alpha-vaiheen testaukseen jota on tehty lähinnä projektitiimin toimesta. Tämä on vaikuttanut resursointiin ja kokonaisbudjetti on jäänyt suunniteltua pienemmäksi. Beta-vaiheen testaus henkilöstön ja asiakkaiden kanssa aloitettiin 3.9.2018. Testausaika jää lyhyeksi, mutta sitä jatketaan tuotantovaiheeseen siirtymiseen asti.

Loppuraportti:

Helsingin ODA-hankkeen loppuraportti

3.5 Hämeenlinnan pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Tulokset ja vaikuttavuus:

Hankkeen aikana lisättiin toiminnallista valmiutta sähköisten palvelujen käyttöönottoon ja prosessien uudistamiseen sekä osallistuttiin palvelujen testaamiseen ja kehittämiseen. Loppuaikana saatiin kokemusta myös oirearvioiden asiakastestauksesta. Eri kohderyhmille toteutettiin interventioita lisätäksemme sähköisten minunterveyteni.fi -oirearvioiden (vastaavia kuin Omaolossa) käyttömäärää. Käyttömäärät (mittarina terveysasemalle lähetettyjen oirearvioiden määrät) ovat olleet hyvin maltillisessa nousussa tavoitteisiin nähden. Omaolo-palvelujen käyttömääriä ei voi vielä arvioida, sillä palvelut ovat olleet vasta rajoitetussa asiakaskäytössä.

Hyvinvointinsa suhteen korkeassa riskissä olevien asiakkaiden prosessiin odotettiin Omaolon hyvinvointitarkastuksen, suunnitelman ja valmennusten tuotteita pilotoitavaksi. Hankkeen ajan hyödynnettiin Minunterveyteni.fi -palvelun sähköistä terveystarkastusta (Star). Teknisten käyttöliittymäongelmien vuoksi palvelun käyttö hiipui olemattomaksi. Pilottiryhmässä syntyi kuitenkin monialainen yhteistyöverkosto, jossa kyettiin kuvaamaan yhteisiä asiakasprosesseja (ml. sähköiset prosessit).

Toteutus:

Hämeenlinnan minunterveyteni.fi -palvelu toimi ODA-hankkeen proof of conceptina (POC). Tältä pohjalta Hämeenlinna osallistui jo ODA:n määrittelyvaiheeseen. Toiminnallista valmiutta kehitettiin vahvistamalla sähköisiä asiakasprosesseja olemassa olevilla menetelmillä (minunterveyteni.fi). Pilotointi keskittyi kahteen eri prosessiin: satunnaista oiretta potevan asiakkaan oirearvioprosessiin sekä korkean riskin asiakkaiden palveluprosessiin (asiakkaat, joilla paljon riskejä terveyden ja hyvinvoinnin suhteen sekä lisääntyntä palvelutarvetta). Hankkeen aikana toteutettiin monia interventioita, joiden avulla pyrittiin vahvistamaan sähköisten asiakasprosessien volyymiä ja sujuvuutta, esim. asiakasinfot, prosessikuvaukset, kriteeristöjen tarkennukset jne.

Hankkeen aikana osallistuttiin lisäksi hankkeen ohjausryhmän, koordinaatioryhmän ja projektipäälliköiden työskentelyyn. Lisäksi edustus oli hankkeen työpaketeissa, sisältöryhmissä, teknisessä ryhmässä sekä kehittämisryhmissä.

ODA-hankkeessa kehitettävien palvelujen kehittämiseen, testauksiin, asiakastestauksiin ja käyttöönottoon osallistuttiin ODA-palvelujen valmiustilanteiden mukaisesti. Erityistä teknistä työtä tehtiin ajanvarausintegraation toteuttamiseksi. Pilotoitavista palveluista ensimmäisenä asiakastestiin ylsivät kolme oirearviota kesäkuussa 2018. Tällöin asiakkaalle mahdollistui oirearvioiden kautta myös ajanvarausmahdollisuus terveysaseman ammattilaisille. Valmiutta ottaa käyttöön myös pilotin ulkopuolisia Omaolo-palveluja, on nostettu.

Vastuuhenkilö ja organisaatio:

Hämeenlinnan pilottit olivat kaupungin kehittämisyksikön (nykyisin strategia- ja kehittämisyksikkö) alaisuudessa. Prosessin omistaja oli palvelupäällikkö Jaana Myllymaa. Projektipäällikkönä aloitti Niina Haake 1.1.2016 ja vuoden 2017 alussa tehtävään siirtyi Juuso Heinisuo. Hämeenlinnan pilottien toiminnallisesta kehittämisestä vastasi Hämeenlinnan kaupungin terveyspalvelujen projektipäällikkö Ilona Rönkkö. Projektipäällikön tehtäviin liittyi alkuvaiheen jälkeen yhä runsaammin toiminnallisten prosessien kehittämistä. Tämä edellytti myös substanssiosaamista terveydenhuollosta, ja siksi Ilona Rönkkö siirtyi projektipäälliköksi sillä rajoituksella, että talous- ja hankehallintoon liittyvät tehtävät jäivät Juuso Heinisuoille. Hämeenlinnassa pilottien tukena on toiminut ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana on toiminut Hämeenlinnan kaupungin terveysjohtaja, viimeksi Juha Tiainen maaliskuusta 2018 asti. Ohjausryhmän jäsenet ovat vaihtuneet hankkeen aikana, mutta edustus on ollut terveyspalveluista, konsernijohdosta sekä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä.

Kustannukset:

Henkilöstömenojen osalta Hämeenlinnan ODA-hanke oli alibudjetoitu ja vastaavasti palvelujen ostot hankkeen ajalta reilusti ylibudjetoitu. Henkilöstömenoille oli budjetoitu 168 000 euroa koko hankeajalle (2016-2018). 1-6/18 loppuun henkilöstömenoja oli toteutunut 162 729. Palvelujen ostoille oli budjetoitu 164 636. Toteuma 1-6/18 saakka on 44 374.

Loppuraportti:

Hämeenlinnan ODA-hankkeen loppuraportti

3.6 Joensuun pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Joensuun pilotin alkuperäisenä tarkoituksena oli kehittää ja pilotoida hyvinvointitarkastusta ja –suunnitelmaa ja vakiinnuttaa nämä tuotteet käyttöön työttömien prosessissa työllisyyspalveluissa ja sosiaali- ja terveyspalveluissa. Työttömän prosessia haluttiin parantaa lisäämällä palveluiden integraatiota ja mahdollistamalla asiakkaan kokonaisvaltainen tilannearvio jo työttömyyden alkuvaiheessa. Avuntarpeen tunnistamisen ja asiakassegmentoinnin välineeksi lähdettiin rakentamaan hyvinvointitarkastusta. Työttömien prosessin parantamisen tavoitteena oli, että asiakas saa tarkoituksenmukaisen avun ajoissa ennen työttömyyden pitkittymistä ja ammattilaisten resurssit käytetään järkevästi. Pilotin kohteena oli työttömien palvelukokonaisuus, mutta pilotin laajempuna strategisena tavoitteena oli saada uusia välineitä kaikkien kuntalaisten hyvinvoinnin tukemiseen ja lisätä sähköistä asiointia itsenäisesti ja/tai ammattilaisten tukemana. Alusta asti oli selvää, että OMAOLO-palvelukokonaisuus tulee käyttöön hankkeen jälkeen koko maakuntaan. Työttömien prosessin kehittämisen tulos oli uusi toimintamalli, monialainen yhteisarviointi, jonka avulla onnistuttiin parantamaan asiakkaan kokonaistilanteen arviota palvelun käynnistymisvaiheessa. Tämä nopeutti asiakkaan läpimenoaika ja paransi jatkopalvelun tarkoituksenmukaisuutta. Apua päästiin tarjoamaan aikaisemmassa vaiheessa työttömyyttä kuin ennen. Lisäksi keskeinen hyöty oli se, että eri toimijat oppivat tunnistamaan yhteisen asiakkaan ja arvioimaan tämän tilannetta yhdessä myös yli hallinto- ja organisaatorajojen. Näin myös ammattilaisten työhön päästiin vaikuttamaan ja päällekkäinen työ väheni. Hyvinvointitarkastusta ei päästy testaamaan laajemmin uudessa toimintamallissa, minkä vuoksi sen vaikuttavuutta prosessiin ei voida vielä arvioida. Hyvinvointitarkastuksen elämänlaatuosiota ("pre-ODA") asiakassegmentoinnin välineenä testattiin kuitenkin paperiversiona ja myöhemmin demoversioilla. Tämä tuotti tietoa, jota voidaan hyödyntää paljon apua tarvitsevien ihmisten palveluiden ja hyvinvointitarkastuksen jatkokehittämisessä. Pilottiryhmän kehittämä asiakassegmentointimalli on myös muiden alueiden hyödynnettävissä. Asiakkaiden ja ammattilaisten palaute on ollut kaiken kaikkiaan myönteistä; OMAOLO-palvelun kaltaisia uusia sähköisiä palveluja odotetaan jo kovasti. Suunnitelmat OMAOLON käyttöönottoon maakunnan alueella on jo olemassa.
Toteutus: Pilotti koostui kolmesta vaiheesta: toiminnallinen muutos, tuotteiden sisällön kehittäminen ja hyvinvointitarkastuksen- ja suunnitelman testaus ja käyttöönotto. Pilotin toiminnallinen valmius saavutettiin kevääseen 2017 mennessä. Sisällön kehittämistä tehtiin kuntien yhteistyönä vuosina 2016 – 2018. Sähköisten tuotteiden testausta tehtiin vuoden 2018 aikana. Testausta ja käyttöönottoa jatketaan syksyn/talven 2018 – 2019 aikana.
Vastuuhenkilö ja organisaatio: Pilotti oli Joensuun kaupungin hallinnoima. Sote-palvelutuotanto siirtyi kaupungilta Siun sote – kuntayhtymälle vuoden 2017 alusta; yhteistyötä tehtiin Siun soten kanssa hankkeen loppuun asti. Siun sote ottaa vastuun OMAOLO-palvelun jatko kehittämisestä Pohjois-Karjalan alueella 1.11.2018 alkaen. Kuntapilotin omistajana toimi tietohallintopäällikkö Pekka Penttinen ja projektipäällikkönä Jaana Kurki. Paikallisessa projektiryhmässä oli mukana toimijoita työllisyys- ja sote-palveluista. Projektipäällikön työ määrä toteutui suunnitellusti. Muiden toimijoiden työpanoksen kerryttäminen oli vaikeampaa, mm. organisaatiomuutoksista ja sote- ja maakuntauudistuksista johtuvien resurssipaineiden takia.
Kustannukset: Pilotin kokonaiskustannukset jäivät suunniteltua pienemmiksi. Henkilöstömenot ja palveluiden ostot eivät toteutuneet suunnitellusti, vaikka budjettia muutettiin hankkeena muutaman kerran vastaamaan paremmin tarvetta.
Loppuraportti: Joensuun loppuraportti

3.7 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Keski-Suomen tavoitteena oli hankkia, kehittää ja ottaa käyttöön sähköinen palvelukokonaisuus, johon ammattilaisen käyttämät järjestelmät ovat integroituna. Keskeinen tavoite oli uudistaa toimintamalleja ja asiakasprosesseja arvoa tuottavasti ja jossa sähköinen palvelukokonaisuus on osa asiakkaan hoitoprosessia. Toimintamallien uudistamisen myötä ammattilaisten työtavat ovat muuttuneet ja yhdenmukaistuneet.

Molemmissa pilottiprosesseissa saavutettiin toiminnallisen muutoksen tavoitteet ja pystyttiin osoittamaan alustavasti terveyshyötyjä. Asiakkaan näkökulmasta hoitoprosessi alkaa kotoa ja hoidon käynnistää asiakkaan itse tuottama tieto omasta terveydentilasta. Hoitosuunnitelmaprosessi uudistettiin ja se muuttui pysyväksi toimintamalliksi. Hoitosuunnitelma sisältää sekä potilaan että ammattilaisen asettamat hoidon tavoitteet. Hoitosuunnitelmaan sisällytettiin rakenteinen verenpaineen mittaus, jonka myötä pystytään seuraamaan verenpaineen hoitotasapainoa väestötasolla, hyvässä hoitotasapainossa oli 40 % lähtötilanteessa ja pilotin päättyessä 44 %. Verenpainepilotissa vaikuttavuutta arvioitiin kustannusten, laadun ja vaikuttavuuden näkökulmista (Triple Aim). Oirearvioprosessissa toimintamalli uudistettiin ja otettiin käyttöön kaikissa terveyspalveluyksiköissä. Oirearvioiden vaikuttavuutta arvioitiin stardoitujen oirekyselyiden määrällä ja vakioitun toimintatavan tuottamilla tuloksilla. Lähtötilannemittauksiin nähden on nähtävissä suunta siihen, että taudit löydetään ja leviämistä on pystytty vähentämään.

Molemmissa piloteissa mallinnettiin sähköinen toimintatapa.

Toteutus: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin pilottit (2) toteutettiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksessa (JYTE). Toimintamallit uudistettiin vakioimalla hoitopolut ja standardoimalla hoidon tarpeen arviointi. Oirearviopilottiin tehtiin tarkistuslista oirekyselyä varten ja yhtenäistettiin kirjaaminen, johon sisällytettiin diagnoosi- ja mittaritieto. Sisältö kehitettiin yhteistyössä Duodecimin kanssa, päivitettiin toimintamalli vastaamaan tutkittua tietoa ja opastettiin asiakas prosessissa OmaKannan käyttöön. Verenpaineprosessissa asiakkaan hoito aloitettiin kotona tehtävällä omahoidon kartoituksella ja vakioimalla verenpaineseuranta. Lisäksi laadittiin hoitosuunnitelmalle rakenne, joka löytyy potilastietojärjestelmästä hoitosuunnitelmalehdeltä ja siirtyy OmaKantaan. Keski-Suomessa alettiin aktiivisesti rakentamaan sähköistä modulaarista hoitosuunnitelmaa yhdessä Duodecimin kanssa. Keski-Suomella oli vetovastuu pitkäaikaissairauksien vaikuttavuuden arvioinnin suunnitelmasta.

ODA-hankkeessa kehitettävien palvelujen kehittämiseen, testauksiin, asiakastestauksiin ja käyttöönottoon osallistuttiin ODA-palvelujen valmiustilanteiden mukaisesti. Eriyistä teknistä työtä tehtiin ajanvarausintegraation, laboratoriointegraation ja minimikontekstin hallinnan toteuttamiseksi Efficaympäristössä.

Vastuuhenkilö ja organisaatio: Projektipäällikkönä toimi Jyväskylän kaupungilla Katrianna Rantanen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä Sirpa Sundgren. Pilotoivien toimialojen projektille työaikaansa kohdistavat henkilöt muodostivat projektiryhmät. Lisäksi projektille työaika kohdistivat tekninen projektipäällikkö, talousasiantuntijat, viestintä ja toimialojen muut asiantuntijat. Projektipäällikön työaika kohdistui hankkeelle 70 % (Jyväskylä) ja 30 % (KSSHP). Projektipäällikön työmäärä toteutui suunnitellusti, muun henkilöstön toteuma kulki ketterän kehityksen vaatimissa puitteissa.

Kustannukset: Oda-hankkeelle budjetoitiin kustannukset Keski-Suomen sairaanhoitopiirin väestömäärän mukaisesti. Hankkeessa käytettiin prototyyppilähestymistapaa, jonka yleinen ongelma on se, että järjestelmän ketterä kehitys vaatii paljon resurssia, mutta henkilömäärää ei välttämättä alkuvaiheessa ole mahdollista tarkkaan arvioida. Ensivaiheen arvio tulevasta kustannuksista perustui hankkeen alkuvaiheen tietämykselle ja sitä varattiin ylitse toteutuneen. Sähköinen toteutus jäi rajapintavaiheeseen, mutta kuitenkin päästiin tekniseen tuotantovalmiuteen.

Loppuraportti: KSSHHP loppuraportti

3.8 Kuopion pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Kuopion kouluterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon pilottien tarkoituksena oli kehittää ja pilotoida huolta herättävien lasten, nuorten ja perheiden tunnistamisprosessia. Huolen tunnistamisen ja puheeksioton tueksi kehitettiin 3X10D kyselyä lapsille, nuorille ja perheille. Suun terveydenhuollossa huolen tunnistamisen työkaluksi kehitettiin sähköistä lasten ja nuorten suun terveystarkastusta. Suun terveyden kysymyksiä integroitiin yhtenevässä muodossa 3x10D kyselylomakkeeseen, jotta myös kouluterveydenhoitajalla olisi paremmat edellytykset tunnistaa suun terveyden huoli.

Kouluterveydenhuollon prosessin kehittämisen tulos oli uusi työmenetelmä, joka ohjaa tunnistamaan tuen tarpeessa olevia oppilaita ja heidän perheitään. Työmenetelmä ohjaa tehokkaaseen huolen tunnistamiseen, huolen puheeksiottoon ja monitoimijaiseen työskentelyyn.

Suun terveydenhuollossa laadittiin huolen tunnistamisen työkaluksi huolimalli, jossa kuvattiin toimintatavat ammattilaisen huolen herätessä. Pop-up suun terveystarkastukset kouluilla pyrkivät asiakaslähtöiseen palveluun arkiympäristössä ja siten vähentämään perumattomia poisjääntejä. Henkilökunta koulutettiin huolen tunnistamiseen ja interventioon ohjaamiseen uudelle keskitetylle omahoidon vastaanotolle.

Sähköisten 3X10D kyselyn ja lasten ja nuorten suun terveystarkastuksen kautta esitetietojen saaminen ennakkoon tulee auttamaan palveluohjausprosessissa asiakkaiden tarpeiden priorisoinnissa, ammattilaista vastaanoton sisällön suunnittelussa yksilöllisen tarpeen mukaiseksi. Huolta herättävien lasten määrällinen kartoitus auttaa organisaation päätöksenteossa suuntaamaan resursseja ennaltaehkäisevään toimintaan. Ammattilaisen tuntemus asiakkaan esitiedoista lisänee asiakkaan kokemusta yksilöllisestä palvelusta. Toiminnallisten muutosten tavoitteina on, että monitoimijaisen yhteistyön kautta asiakas saa laadukkaampaa palvelua, ammattilaisen työaika säästyy ja palvelun saatavuus lisääntyy.

3X10D kyselylomaketta ja lasten ja nuorten suun terveystarkastusta ei päästy testaamaan hankkeen aikana uusissa toimintamalleissa sovelluskehityksen viivästymisen vuoksi. Näin ollen sähköisen palvelun vaikuttavuutta prosessiin ei voida arvioida. Molempia kyselyitä on pystytty kokeilemaan demo-versioina, joka on tuottanut tietoa mitä voidaan hyödyntää jatkokehittämisessä.

Toteutus: Projektin keskeiset vaiheet olivat LEAN-periaatteiden mukaisten toiminnallisten muutosten toteuttaminen, tuotteiden sisällön kehittäminen ja 3X10D kyselylomakkeen ja lasten ja nuorten suun terveystarkastuksen testaus ja käyttöönotto. Sähköisten palveluiden valmistuminen ei edennyt suunnitellusti hankeajana, joten palveluiden testausta ja käyttöönottoa jatketaan syksyn 2018 ja kevään 2019 aikana.

Vastuhenkilö ja organisaatio: Projektin omistajana toimi perusturvajohtaja Mari Antikainen ja projektipäällikkönä Katriina Kankkunen. Projektiryhmään kuului lisäksi digitalisaatioasiantuntija Arto Holopainen, pääkäyttäjä Merja Jumpponen ja projektisihteeri Heidi Laakko.

Suun terveydenhuollosta projektissa mukana olivat ylihammaslääkäri Maija Rajamaa, palveluesimies Katariina Savolainen, hammaslääkäri Anni Riepponen, suuhygienisti Tuula Miettinen ja hammashoitaja Heidi Liukkonen.

Projektille työaikaa kohdistivat myös terveydenhoitoyksikön, oppilashuoltopalveluiden, perhepalveluiden, lastensuojelun avohuollon ja perhetyön työntekijät.

Kustannukset: Kuopion pilotin kustannukset toteutuivat hankesuunnitelmaan nähden kokonaisuutena varsin hyvin lukuun ottamatta työpanoksen siirron osuutta. Työpanoksen siirron kustannukset toteutuivat yli kolminkertaisina. Työpanoksen siirtoon oli varattu lähtökohtaisesti liian vähän rahaa työmäärään nähden. Kolmelle vuodelle alun perin varattu 92 400 EUR oli käytetty jo maaliskuussa 2017. Tästä syystä ajalla 1.4.-31.12.2017 toteutuneita työpanoksen siirron kustannuksia ei raportoitu maksatushakemuksissa, ja tästä syystä toteutuneet kustannukset ovat eri suuruiset kuin maksatushakemuksissa raportoidut kulut.

Loppuraportti: Kansallisen ODA-hankkeen Kuopion toteutusprojektin loppuraportti.

3.9 Oulun pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Tulosodotuksena oli, että vuonna 2018 Oulussa on käytössä toimiva, palveleva ja vaikuttava palvelukokonaisuus, joka tarjoaa kuntalaiselle sujuvan digitaalisen asioinnin mahdollisuuden, sisältäen sähköinen ajanvaraus ja turvallinen viestintä. Kuntalaiset ja asiakkaat arvioivat itse omaa terveyden- ja hyvinvoinnin tilaa ja toimintakykyä sekä saavat siihen liittyviä toimentasuosituksia, valmennuksia ja palveluohjausta. Ammattilaisten työprosessit on uudistettu ja ammattilaiset hyödyntävät palvelukokonaisuutta aktiivisesti omassa työssään. Kuntalaiset pääsivät testaamaan Omaolo – palvelu liikkumisen tuen, omaishoidon tuen ja henkilökohtaisen avun palveluarvioita sekä hengitystie-, alaselkä- ja virtsatieinfektio- oirearvioita. Ammattilaisten työprosesseihin tehtiin useita prosessimuutoksia, Omaolo-palvelun sovelluskehitys on edelleen käynnissä.

Tavoitteena oli määritellä, kehittää ja pilotoida paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoito – ja palveluprosessi, ikäihmisten – ja vammaispalveluiden palveluohjauksen prosessi ja akuuttivastaanoton prosessi. Tuloksena syntyi uusia toimintamalleja Oulun kaupungin hyvinvointipalveluihin. Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoito – ja palveluprosessissa otettiin käyttöön asiakaskoordinaattoritoiminta ja arviointikäynnit. Pilottialueella arviointikäyntejä toteutettiin yhteensä 74 ja suunnitelmia tehtiin 70 asiakkaalle. Yhteisten hoito- ja palvelusuunnitelmien määrä on noussut. Ikäihmisten palveluohjauksessa työntekijöiden saavutettavuus on parempi. Turvallisen sähköpostin käyttöönotto on sujuvoittanut työntekijöiden tavoitettavuutta. Yhteiset pelisäännöt ovat selkeyttäneet työtä ja uusien työntekijöiden perehdytysmateriaali on laadittu. Vammaisten palveluohjauksessa asiakkaat osallistuvat aikaisempaa aktiivisemmin palveluprosessiin, työntekijöiden saavutettavuus on parantunut ja hakemusten käsittelyaika on nopeutunut (määräajassa käsiteltyjä hakemuksia v 2016 89,5 % ja v 2018 95,2%). Akuuttivastaanotolla otettiin käyttöön sähköinen ajanvaraus, vakioitiin hoitohuoneita ja toimintamalleja sekä aloitettiin tiimimallin suunnittelu. Hengitystieoirearvio ei ole vielä käytössä. Oirearvion käyttöönotolla oletetaan olevan vaikutuksia akuuttivastaanotolle tulevien hengitystieoireisten asiakkaiden määrään.

Toteutus: Tiimit osallistuivat hyvinvointitarkastuksen ja – suunnitelman, palveluarvioiden ja oirearvioiden sisällön määrittelyyn, palvelumuotoiluun ja testaamiseen. Tavoitteena oli, että hyvinvointitarkastus toimii asiakkaiden kokonaistilanteen arvioimisen, toimintakyvyn ja asiakassegmentoinnin välineenä. Hyvinvointitarkastuksen eri osioita ja teknistä toimivuutta testattiin ammattilaisten toimesta elokuussa 2018 ja testauksesta annettiin palaute sovelluskehitykseen. Toimintakykymittarin osalta tehtiin paljon yhteistyötä Terveiden - ja hyvinvoinnin laitoksen ja virtuaalisairaala - hankkeen kanssa, mutta yhteistä kansallista toimintakyvyn mittaria ja siihen liittyvää palveluohjausta ei hankkeen aikana pystytty luomaan. Hyvinvointisuunnitelman osalta työskentely pysähtyi määrittelyn jälkeen, koska kansalliset linjaukset asian edistämisen suhteen ovat auki.

Palveluarviot laadittiin ODA konsortion kuntien kanssa. Määrittelyn taustalla on lakisääteiset palvelujen myöntämisen kriteerit omaishoidon tuen, kuljetuspalvelutukien sekä henkilökohtaisen avun osalta. Palveluiden myöntämisessä on myös kuntakohtaisia eroja, jotka huomioitiin määrittelyssä. Oirearvioiden kehittämisessä ja testaamisessa tehtiin yhteistyötä ODA -konsortion ja Kustannusosakeyhtiö Duodecimin kanssa. Palveluarvioiden kuntalaistestaus aloitettiin maaliskuussa 2018 ja kolmen oirearvion, hengitystie-, alaselkä – ja virtsatieinfektio-oireiden osalta heinäkuussa 2018.

Kuntalaiset ovat olleet määrittelemässä ja palvelumuotoilemassa Omaoloa. Ikäihmisten ja vammaispalveluiden tiimit pitivät kuntalaistilaisuuksia palvelujen ja niiden saavutettavuuden parantamiseksi. Hankkeen aikana tehtiin yhteistyötä järjestötoimijoiden ja muiden kansallisten hankkeiden kuten Terveyskylän

kanssa. Akuuttivastaanoton ja Päivystystalon kehittäjien yhteistyö oli aktiivista. Yhteisenä tavoitteena oli, että päivystykselliset palvelut näkyvät alueen kuntalaisille yhtenäisenä kokonaisuutena.

Prosessien edelleen kehittämiseksi ja Omaolo-palvelun jalkauttamisen tueksi laadittiin jalkauttamisen- ja kehittämissuunnitelma ”Oulun digitie”. Jalkauttamisen tueksi koottiin digituutoriverkosto, johon kuuluu noin 20 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista eri toimintayksiköistä. Verkostoa on valmennettu kevästä 2018 lähtien, toiminta on pysyvää.

Hankkeen aikana osallistuttiin koordinaatiohankkeen työpakettien toteutukseen, sisällön määrittelyyn, tekniseen kehittämiseen ja pilotointiin sekä vaikutusten arviointiin ja palvelumuotoiluun. Oulun vetovastuulla oli koordinoitujen hoidon ja palvelun pilottiprosessien yhtenäistäminen sekä ko. kohderyhmän osalta vaikuttavuuden arviointi. Oulu osallistui ohjaus- ja koordinaatioryhmyöskentelyyn sekä oli mukana valmistelemassa Omaolo – palvelun jatkokehittämisen siirtämistä SoteDigi yhtiöön.

Oulun kaupungin tavoitteena on, että alueella tarjottavat sähköiset palvelut mukaan lukien Terveyskylän talot ja 3. sektorin sähköiset toiminnot näyttäytyvät alueen kuntalaisille yhtenä kokonaisuutena. Oulun kaupunki on sitoutunut jatkamaan prosessien ja Omaolo- palvelun kehittämistä ODA konsortion ja Sote Digi- yhtiön kanssa. Pohjois- Pohjanmaan maakuntavalmistelussa parhaillaan valmistellaan maakunnan digistrategiaa, jossa huomioidaan kansallisesti kehitetyt sähköiset palvelut.

Vastuuhenkilö ja organisointi:

Vastuullisena johtajana toimi Sirkka-Liisa Olli. Elina Välikangas on osallistunut aktiivisesti hankkeen suunnitteluun ja ohjaukseen.

Hankkeen projektipäällikkönä toimi Riikka Hirvasniemi, projektisuunnittelijana Ulla Hakola ja projektikoordinaattorina Minna Tolonen. Kehittämistyössä on ollut mukana 51 Oulun kaupungin eri ammattiryhmien työntekijää.

Projektiryhmään kuuluivat prosessien omistajat: Kirsi Kivelä, Miia Ahlrot, Tuula Ranua / Anne-Mari Risteli / Katri Ylitalo, Pirjo Koistinen, lääkäreistä: Eila Erkkilä, Sanna-Leea Kukkonen ja palvelupäälliköistä Terttu Turunen, Ritva Kuorilehto ja Marja Salo sekä hanketyöntekijät. Projektiryhmä pyrki kokoontumaan noin kuukauden välein.

Kustannukset:

Arvioidut kokonaiskustannukset v 2015 950 718 €. Muutoshakemus v 2016 kululajien välillä ei vaikutusta kokonaisbudjettiin. Muutoshakemus v 2018 kokonaisbudjettia pienennettiin henkilöstömenojen osalta 82 428 € ja kokonaisbudjetti pieneni 868 290 €. Kustannukset eivät toteudu henkilöstömenojen eikä ostopalveluiden osalta.

Loppuraportti: ODA Oulun osahankkeen loppuraportti

3.10 Porvoon pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Sähköisten palvelujen lisääminen on keskeinen tavoite Porvoon sosiaali- ja terveystoimessa. Sähköisten palveluiden käyttöönotolla tavoitellaan asiakkaalle sujuvampaa asiointia, lisääntynyttä terveys- ja hyvinvointihyötyä sekä kustannustehokkuutta. Porvoon kuntapilotin tavoitteena on ollut tuoda porvoolaisille sähköisiä asiointimahdollisuuksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, lisätä itsehoitoa ja avata uusi väylä saada tukea ammattilaisilta. Ammattilaisten kannalta sähköisten palveluiden tuominen työvälineeksi on vaatinut paljon työprosessien läpikäymistä ja tulee vaatimaan vielä paljon osaamisen kehittämistä.

Porvoo on toteuttanut omien pilottiprojektien läpivientiä työttömien, äitiysneuvolan ja opiskeluterveydenhuollon parissa. Äitiysneuvolan ensikäynnin esitietolomaketta olemme työstäneet yhdessä THL:n ja Duodecimin kanssa. Opiskeluterveydenhuollon sähköisen terveystarkastuksen avulla saamme heti lukuvuoden alussa kiinni ne opiskelijat, joilla on haasteita saada opinnot käyntiin, tai ovat muuten tuen tarpeessa. Pitkäaikaistyöttömien pilotissa tarjotaan kokonaisvaltaista palvelusuunnittelua työllistymisen tueksi.

Hankkeen aikana on tehty paljon prosessimuutoksia, joista on saatu merkittävää hyötyä työsuunnittelun ja asiakaspalvelun laadun parantumisella. Muutosten avulla olemme pystyneet kohdentamaan työaikaa uudelleen, sekä lisäämään asiakkaiden yksilöllistä kohtaamista työssä. Suorat hyödyt näkyvät seuraamissamme mittareissa, joista käy ilmi, että tavoitteita kohti olemme koko hankkeen ajan edenneet. Itse tuotteiden vaikuttavuutta ja hyötyä emme voi tällä hetkellä sanoa, koska Porvoossa ei päästy tuotteiden käyttöönottoon hankeajana ja pilotoitakin on vasta tulossa.

Toteutus: 1) Projektin käynnistäminen ja tavoitteiden asettelu 2) Suunnittelu, toiminnallisten muutosten valmistelu 3) Toteutus, toiminnalliset muutokset, hankinnat, pilotointiin valmistautuminen 4) Pilotointi ja tuotteiden käyttöönotto, tähän ei Porvoossa päästy 5) Projektin päättäminen ja jatkokehittämisen suunnitelmat

Vastuuhenkilö ja organisaatio: Projektin omistajana toimi sosiaali- ja terveysjohtaja Ann-Sofie Silvennoinen ja projektipäällikkönä alussa Meiju Mäkinen, 2/18 jälkeen Jaana Forslund. Projektiryhmään kuului lisäksi järjestelmäasiantuntija Päivi Nororaita, koordinaatio- ja ohjausryhmän jäsenenä toimi Mervi Makkonen.

Äitiysneuvolasta projektissa mukana olivat lääkäri Susanna Eknosyan sekä terveydenhoitajat Tiina Hakamaa ja Carola Bäckman.

Opiskeluterveydenhuollosta osallistui lääkäri Tanja Eklöf, sekä terveydenhoitajat Ingela Metsä ja Teija Rantti.

Työttömien pilotissa toimivat Satu Weckström, sosiaaliohjaaja, Mervi Makkonen, suunnittelija

Mikko Viitanen, työllisyyspalveluiden päällikkö, Annika Friman-Jalomäki, Itä-Uudenmaan Te toimisto, asiantuntija, Sari Armila, Porvoon kaupunki, terveydenhoitaja, Teija Hakulinen, Porvoon kaupunki, johtava sosiaaliohjaaja, Joonas Joensuu, Porvoon kaupunki, yleislääkäri. Mukana olivat myös sosiaaliohjaaja Maria Kivinen aikuissosiaalityöstä ja sosiaaliohjaaja Marika Johansson mielenterveys- ja päihdepalveluista

Kustannukset: Porvoon kokonaisbudjetti hankkeelle oli 244270€. Tällä hetkellä näyttää siltä, että kustannukset jäävät ennakoitua pienemmiksi.

Loppuraportti: Kansallisen ODA-hankkeen Porvoon loppuraportti.

3.11 Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Projektin alussa asetettuina tavoitteina oli kehittää ja käyttöönottaa piloteissa sähköisiä Omaolo-palveluja, joiden avulla asiakas pystyy itse arvioimaan hyvinvointiaan ja saa sähköisen palvelukokonaisuuden myötä tukea ja ohjausta terveys- ja hyvinvointiongelmien ratkaisemiseen sekä hyvinvointinsa edistämiseen itsenäisesti sekä tarvittaessa sujuvan kontaktin ammattilaiseen. Suunnitelmana oli pilotoida hyvinvointitarkastusta, älykkäitä oirearvioita, hyvinvointiarviota, hyvinvointisuunnitelmaa sekä valmennuksia.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän ODA-projektiin on kuulunut kolme pilottia: työttömien pilotti, yli 65-vuotiaiden omaishoidon tuen pilotti, Polvi/TULES- hoidon tarpeen arvion pilotti. Hankkeen aikana pilottitiimit osallistuivat ODA:n järjestämiin muutosvalmennuksiin ja käynnistivät sen myötä pilottiprosessien toiminnallisten muutosten kokeilut ja kehittivät valmiuttaan sähköisten palvelujen hyödyntämiseen prosesseissa. Toimintamallien kehittämisen tuloksia on seurattu piloteille asetetuilla mittareilla ja parannuksia saavutettiin mm. omaishoidon tuen hakuprosessin nopeuttamisessa ja työttömien paremmassa ohjautumisessa palvelujen piiriin. Lisätietoja löytyy Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän ODA-hankkeen loppuraportista. Projektin aikana Omaolo-tuotteiden (omaishoidon tuen arvio, hyvinvointitarkastus, oirearviot) ammattilaistestauksia tehtiin kaikissa pilottiprosesseissa. Asiakastestauksiin asti päästiin omaishoidon tuen arviossa ja oirearvioissa virtsatietulehduksen-, hengitystieinfektion- ja alaselkävaurion oirearvioilla.

Pilotoinnit ovat vasta alussa ja Omaolo-palvelun vaikuttavuuden arvioinnille projektin päättymisen ajankohta on liian varhainen. Omaolo-palvelukokonaisuuden kehittäminen jatkuu ja suunnitelman mukaan Omaolo tulee olemaan osa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän sähköisten palvelujen kokonaisuutta.

Toteutus: 1. Käynnistys (aloitus, tavoitteiden asettaminen), 2. Suunnittelu (toteutuksen suunnittelu), 3. Toteutus (sisältötyö, toiminnallinen muutos, pilottiin valmistautuminen), 4. Pilotointi (ammattilaistestaus, asiakastestaus, käyttöönotto), 5. Päättäminen (projektin päättäminen, jatkosuunnitelma)

Vastuhenkilö ja organisaatio: Projektipäällikkö Soili Vierula, omistaja ikääntyneiden palveluiden ja kuntoutuksen toimialajohtaja Kimmo Kuosmanen, hankkeeseen palkattuna oli projektityöntekijä 3-9/2018, hankkeen projektiryhmä ja pilottiryhmät kohdistivat työpanostaan hankkeelle ja samoin tekninen projektipäällikkö sekä talouden ja viestinnän asiantuntijat. Työpanoksen kerrytyksen osuus jää ennakoitua pienemmäksi.

Kustannukset: Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän hankkeen kokonaisbudjetti (2016 - 2018) mukaan lukien koordinaatioprojekti oli 628 548 €. Kustannukset jäävät ennakoitua pienemmiksi.

Loppuraportti: Kansallisen ODA-hankkeen Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän loppuraportti.

3.12 Sodankylän pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Sodankylän pilotin tavoitteet: Aika ennen omaishoidon sopimusta, eli läheishoitajuuden tunnistaminen. Läheishoitajat tunnistetaan 100% vuoden sisällä huolen heräämisestä/ omaisen sairastumisesta. Läheishoitajat saavat tarpeensa mukaisen tuen ja ohjauksen ja jaksavat huolehtia omaisestaan mahdollisimman pitkään. Taukopirtin käyttö kaksinkertaistuu. Kaikki läheishoitajat osallistuvat OVET-valmennukseen. Laadittiin kriteerit läheishoitajien segmentoimiseksi tuen tarpeen ja arjen kuormittavuuden perusteella. Läheis- ja omaishoitajille tarjotaan Hyvinvointitarkastus vuosittain: aloitetaan beta-vaiheessa Lomahoitajaksot lisääntyvät. Kannustetaan läheishoitajia käyttämään lakisääteisiä vapaita, mikä edesauttaa heidän jaksamistaan. Mitataan Läheishoitajien määrä ja aika kussakin segmentissä.

Toteutus:

1. Käynnistys (aloitus, tavoitteiden asettaminen), 2. Suunnittelu (toteutuksen suunnittelu), 3. Toteutus (sisältötyö, toiminnallinen muutos, pilottiin valmistautuminen), 4. Pilotointi (ammattilaistestaus, asiakastestaus, käyttöönotto), 5. Päättäminen (projektin päättäminen, jatkosuunnitelma)

Sodankylässä tehty manuaalinen asiakaskysely 12/16 TK:ssa läheishoitajien tunnistamiseksi. Tavoitettiin 36 ilman OH-sopimusta, olevaa Läheishoitajaa. Lokakuussa 2017 laitettiin kunnan www-sivuille Läheishoitajakysely. lomaketta katsottu (vastannut): 11/17 55(3) kertaa, 12/17 44(7) kertaa, 1/18 36(12) kertaa, suurin osa nimettömänä, haastateltu 32 hlöä.

2017 - 09/2018 tavoitettu yhteensä 93 läheishoitajaa

Punaiseen ryhmään kuuluvia suurin osa, eli olisivat todennäköisesti jo oikeutettuja OH-tukeen -> joka riippuu hoidettavan toimintakyvystä.

Taukopirtin kävijämäärä saatu hieman kasvamaan, mutta käyntimäärät sen sijaan kasvoivat 3 vuoden aikana yli 300%. Toimintaa tulisi tehostaa.

Ikäihmisten sähköinen palveluopas päivitetty. Muutkin sote-yhteystiedot päivitetty.

Aikuisneuvolan ja Kotihoidon välinen yhteistyö tiivistynyt, ja ammattilaiset ovat ottaneet kokonaisvaltaisen otteen asiakkaasta, mikä helpottanut ammattilaisten välistä yhteistyötä, sujuvoittanut hoitopolkuja, asiakkaan luukuttaminen vähentynyt.

Terveyskeskuksen toiminnalliset työpajat aloitettu toukokuussa 2017. Sosiaalityössä aloitettu keväällä 2018. Myös ajanvarauksen, vuodeosaston ja vastaanotto-polin työpajoja pidetty kevään 2018 aikana. Syksyllä 2018 alkaa kotihoidon toiminnalliset työpajat.

Lean-menetelmää käyttäen löydetty epäkohdat, hukka-aika ja löydetty hyviä ratkaisuja, jotka myös otettu käyttöön.

Keväällä rekrytoitu kehittäjäasiakkaiden ryhmä (6 hlöä), jotka testanneet OMAOLO-palveluja.

On perustettu punaiseen ryhmään kuuluville Läheishoitajille Pegasokseen oma näkymä, jossa voidaan tehdä viranhaltijapäätös lakisääteisistä vapaista ja muista palveluista. Jatkossa tehdään 3 näkymää Pegasokseen, johon voidaan kirjata kaikki segmentit (asiakkaan suostumuksella,) ja heille tehty ohjaukset ja suunnitelmat.

Näistä näkymistä saadaan sähköinen tilasto, kuinka kauan asiakas on missäkin segmentissä ja mitä palvelua hän saa. Kirjaukset myös pohjana Asiakassuunnitelmalle (nyk. hoito- ja palvelusuunnitelma).

Vastuuhenkilö ja organisaatio:

Pilotinomistaja Anitta Mikkola, projektipäällikkönä alusta saakka Maarit Hoppula, projektikoordinaattorina 1.8.2016 alkaen Maija Eskola-Tuoma, monialainen 6 henkilön kehittäjätiimi, ohjausryhmä, joka koostuu kunnan ja sairaanhoitopiirin edustajista, sosiaalitoimen, perusturvan, kotihoidon ja teknisen osaamisen edustajista

Kustannukset:

231 894 €, kuntabudjetti oli arvioitu suhteessa asukasluukuun, eikä riittänyt kattamaan kustannuksia. Sodankylälle siirretään muista kuntabudjeteista lisärahaa

Loppuraportti: Sodankylän kunnan loppuraportti

3.13 Tampereen pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus: Kansallisen ODA-hankkeen Tampereen toteutusprojektissa on ollut tarkoituksena kehittää ja pilotoida omahoito- ja digitaalisia arvoa tuotavia palveluja osana kaupungin palvelumallityössä kehitettävän tulevaisuuden hyvinvointikeskuksen toimintamallia sekä osana muuta sosiaali- ja terveystalouden kehittämistyötä. Tavoitteena oli kehittää sähköistä palvelukokonaisuutta osaksi hoidon/palvelun prosessia Tampereen kaupungin hyvinvointipalveluissa sekä uusissa hyvinvointikeskuksissa. Lisäksi tavoitteena oli pilotoida Omaolon hyvinvointisuunnitelmaa ja hyvinvointitarkastusta paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palveluissa.

Tampereen osaprojektissa keskityttiin uusien toimintamallien luomiseen. Tuottavuuden parantumista odotetaan erityisesti vastaanottotoiminnassa. Asiakkaan näkökulmasta tiedon saanti helpottuu, ajan säästö, oman hoidon suunnittelun ja toteuttamisen osallistumismahdollisuus lisääntyy ja hyvinvointiriskit vähenevät. Henkilöstön näkökulmasta mm. ammattilaisten tuottama palvelu yhdenmukaistuu näyttöön perustuvien käytäntöjen suuntaan, työn laatu paranee ja osaaminen kasvaa. Tampereen osahankkeessa oli kaiken kaikkiaan 9 pilottiprosessia.

Hankkeen myötä on tapahtunut myönteisiä prosessimuutoksia. Yleisesti tietoisuus sähköisistä palveluista ja niiden käyttö niin asiakkaiden kuin ammattilaisten keskuudessa on lisääntynyt. Lisäksi lean-ajattelu on lisääntynyt eli hukkaa saatu pois. Tarkemmin kaikkien Tampereen 9 pilotin prosessimuutokset on avattu Tampereen loppuraportin liitteessä 1.

Koska Omaolo-tuotteiden asiakastestaukset käynnistyivät vasta hankkeen viimeisellä kvartaalilla eli aikataulussa jäljessä, ei Tampereen sähköisten palveluiden käyttöön liittyvien mittareiden osalta arviointia ole voitu toteuttaa Omaolon näkökulmasta vaan pelkästään prosessin muutoksen näkökulmasta. Hankkeessa asetettuja hyöty- ja vaikuttavuustavoitteita ei näin ollen pystytty vielä myöskään arvioimaan.

Toteutus: Projektin toteutusvaiheet voi jaotella 1. Käynnistykseen (mm. projektin aloitus, alustavat tavoitteet), 2. Suunnitteluun (suunnitelma käyttöönnotolle), 3. Toteutus (mm. paikallinen Kick off tilaisuus, suunnitelman mukaisten tehtävien, kuten hankintojen, asennusten, toimintamallien, koulutusten, dokumentoinnin, testaamisen ja ohjeistuksen toteuttaminen), 4. Käyttöönotto ja levitys (toimintamallien ja toiminnallisuuksien pilotointi, käyttöönotto ja jalkauttaminen käytäntöön, ODA tuotteiden pilotointi alkaa 06/2017 --> alkoi 03/2018) ja 5. Päättäminen (tuotannon hyväksyminen ja projektin päättäminen. Jatkotoimenpiteiden ja seurannan vastuuttaminen).

Vastuhenkilö ja organisaatio: Projektipäällikkö Essi Mäki-Hallila (Päivi Hodgson 7/2018 asti), omistaja avopalvelujohtaja Anniina Tirronen. Hankkeeseen palkattuina oli myös tekninen projektipäällikkö (2/2017-1/2018) ja kaksi projektisuunnittelijaa (toinen 3/2016-12/2018 ja toinen 2/2018-12/2018). Projektin työaikaan kohdistivat myös monet muut kaupungin avo- ja asumispalvelujen työntekijät sekä viestintäyksikön edustaja ja projektiasiantuntija (talousasiat). Projektiryhmä koostui paikallisten pilottien (9) omistajista ja vastuhenkilöistä.

Työmääräarvio jouduttiin jatkuvasti tarkistamaan kehitystyön viivästymisen takia ja se jäi runsaasti toteutuneesta ollen n. 2800 htp. Projektipäällikkö teki osin 50 % työaikaan.

Kustannukset: Tampereen kokonaisbudjetti 2016-2018 vuosille oli 907 505 €. Budjetti tullaan alittamaan. Pääsyy budjetin alittumiseen on koko ODA-hankkeen kehitystyön viivästyminen ja kaupungin yksiköiden hankkeelle irrottaman työpanoksen alittuminen suunnitellusta.

Loppuraportti: Kansallisen ODA-hankkeen Tampereen toteutusprojektin loppuraportti

3.14 Turun pilotti

Yhteenveto Turun kaupunki osallistui ODA-hankkeeseen kahdella pilotilla:

1. pakolaistaustaisen maahanmuuttajan hyvinvointikysely, jonka kehittämiskohteena oli kaupungin Hyvinvointitoimialaan kuuluvan ulkomaalaistoimiston toimintaprosessi.
2. suun terveydenhuolto, jossa oli huoli päivystysasiakkaiden hoitoonpääsystä.

Tulokset ja vaikuttavuus

Hankkeen digitaalisten arvo palveluiden käyttöönotto tavoitteiden mukainen toteutus:

- toiminnallinen muutos
 - o Ulkomaalaistoimiston palveluprosessin leaanauksen seurauksena henkilöstöresurssien käyttöä uudelleenorganisoiitiin ja prosessiin lisättiin työntekijäresurssia.
 - o Suun terveydenhuolto tuli mukaan hankkeeseen 01/2017. Suun terveydenhuollon ajanvarausprosessiin tehtiin kiireellisen hoidon kriteereihin perustuvat kysymykset, jotka olivat kaikille ajanvaraajille samat. Lisäksi päivystystoiminta keskitettiin yhteen hammashoitolaan 10/2017.
- sähköisten palveluiden pilotointi
 - o Ulkomaalaistoimistossa kehitettiin yhteinen sote-hyvinvointikysely, joka käännettiin seitsemälle yleisemmälle pakolaiskielelle. Kysely otettiin koekäyttöön (09/2016) paikalliselle työasemalle, jolloin asiakkaila oli mahdollisuus täyttää kysely ensimmäisellä käynnilläään. Kysely tulostettiin ja skannattiin asiakastietojärjestelmään. Kyselyn toteuttaminen Omaolo- palveluun on edennyt alpha-vaiheeseen, mutta testaus ei ole toteutunut.
 - o Suun terveydenhuollossa Duodecimin oirearvio saatiin projektiryhmän testausvaiheeseen.
- käyttöönotto
 - o Tuloksena ovat järjestelmän toiminnalliset vaatimukset siinä muodossa, että toteutus voidaan aloittaa niiden pohjalta.
 - o Sähköisten palveluiden pilotointi ja käyttöönotto eivät ole toteutuneet. Turun ratkaisuna on saatu prototyyppi. Aluksi on optimoitu toiminnan prosesseja, jonka jälkeen on aloitettu tätä tukevan järjestelmän määrittely. Määrittelyn tuloksena kehitettiin toimiva prototyyppi tulevaa lopullista ratkaisua silmälläpitäen.
 - o Käyttöönotto siirtyy hankkeen päättymisen jälkeiseen aikaan.
 - o Omaolo-palvelun käyttöönoton vaikutusten ja vaatimusten huomioiminen organisaation olemassa oleviin ATP-järjestelmiin. Pegasoksen ja Winhitin sähköinen ajanvaraus toiminto on testattu ja sanomaliikenne kulkee ATP-järjestelmien ja Omaolo-palvelun välillä.

Kansallista hanketta vaivanneet viivästykset ovat heijastuneet paikallisiin pilotteihin.

Toteutus

- Turun kaupunki osallistui määrittelyprojektiin 1.6.2014–30.4.2015.
- Turun kaupungin osaprojektin projektisuunnitelma valmistui 15.2.2016 ja pilottiprojektiksi määriteltiin hyvinvointitarkastuksen ja -suunnitelman ja hyvinvointiarvioiden kehittäminen ja pilotointi osana pakolaistaustaisten maahanmuuttajien itsepalvelua ja palveluprosessia ja oirearvioiden, lähinnä tuberkuloosin seulonnan, sähköistäminen ja pilotointi osana maahanmuuttoprosessia. Keuhkotuberkuloosin oirearvio laadittiin omana työnä.
- Suun terveydenhuolto tuli mukaan hankkeeseen 01/2017. Kohderyhmänä oli päivystykselliseen ja puolikiireelliseen hoitoon hakeutuvat yli 18-vuotiaat.
- 9.5.2016 Turun kaupunginjohtaja asetti projektille ohjausryhmän.

Vastuhenkilö ja organisaatio

Projektipäällikkönä toimi projektin alkaessa osa-aikaisena ylilääkäri Suvi Vainiomäki. Elokuussa 2016 projektiin palkattiin ko-aikaiseksi projektipäälliköksi Eeva Penttinen ja helmikuussa 2018 tehtävään siirtyi osa-aikaisena Suvi Perälä. Projektiryhmässä toimivat myös projektityöntekijä Sirpa Nyman sekä osa-aikaisena tekninen projektipäällikkö Mika Isaksson. Sekä ulkomaalaistoimistossa että suun terveydenhuollossa toimi projektiryhmät, jotka koostuivat esimiehistä ja henkilökunnasta. Projektin ohjausryhmään kuului toimialan terveystieteiden, sosiaalipalveluiden ja tietopalvelun edustajat sekä edustajat kaupunginkonsernin it-palveluista ja konsernihallinnasta.

Kustannukset: Projektin kokonaisbudjetti oli 843 194€, joka ei ylittynyt. Omarahoitusosuus oli 50 %.

Muutoksia budjettiin tehtiin kaksi kertaa:

- Vuonna 2017 siirrettiin neljältä kunnalta, joista Turku yksi, kuntabudjetista rahaa koordinaatioprojektille. Turun osuus oli 50 000 €.
- Keväällä 2018 hankkeen koordinaatioryhmässä päätettiin vielä kilpailuttaa ruotsin käännöstyö, jotta asiakkaan käytöitytymä sekä oirearvot saadaan kaksikieliseksi. Käännöskustannukset jaettiin Espoon, Helsingin, Turun ja Oulun kesken ja Turun osuus oli 45 000 €. Tästä syystä Turun sosiaali- ja terveystieteidenkunnalle esitettiin kuntabudjettiin lisärahoitustarve, josta tuli päätös 6/2018.

Loppuraportti: Lisätietoja antaa Turun ODA-projektin ohjausryhmän puheenjohtaja palvelualuejohtaja Katariina Kauniskangas, Turun kaupunki, Hyvinvointitoimiala, Terveystieteiden palvelut.

3.15 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin pilotti

Tulokset ja vaikuttavuus:

Projektin alkuvaiheessa mittasimme asiakkaan läpikulun pahimman mahdollisen odotus ajan mukaan. 100 %:n käyntiajasta oli 72 % odottamista. Tämän mittauksen jälkeen ja tulosten näkemisen jälkeen tämä antoi oivan potkun lähteä prosessia hieman ojentamaan. LEAN menetelmin tehtyjä korjauksia ja palvelun kehittämistä työstettiin ja tuloksia jo tästä saatiin eri toimintoihin vaikka ei sähköisiä palveluita ollut vielä käytössä. Välillisesti siis hyödyimme tästä jo projektin alkuvaiheessa. Prosessiuudistus puhelintoimintaan sekä sairaanhoitajan vastaanottotyöhön tuovat meille asiakkaan näköistä palvelua ja mahdollistaa samalla Omaolon käyttöön ottoa sovituin ohjein.

Toteutus:

Yhteistyössä päivystyspalveluiden kanssa olemme saavuttaneet nyt käytössä olevat toiminallisuudet. Haastetta tuo henkilöstön ajoittainen sitoutumisen puute, mutta sinnikkyydellä pääsemme varmasti tämän yli. Asenteet ja ennakkoluulot muokkautuvat pikkuhiljaa käyttäjä- ja ennen kaikkea asiakasmyönteiseksi. Toteutusvaihetta jaettiin moneen osaan, tuotekehittelyn mukaisesti. Saimme tätä kautta mahdollisuuden harjoitella uutta toiminallisuutta erilaisten Omaolon versioiden myötä. En pidä pelkästään huonona sitä, että olemme aikataulusta myöhässä, tämä on antanut lisää aikaa uuden toiminnan harjoitteluun, jonka arvoa ei voi mitata. Toteutuksessa teknisesti pääosaa näyttelee tietojärjestelmään tehdyt muutokset ja niiden rooli kehittämisessä eteenpäin. Etulinjaan ja etäarviointiin paikantuvat oirearviot hyödyttävät eniten asiakkaan polkua. Toteutusvaiheen muutokset mahdollistavat nyt Beta-vaiheisen toiminnan aloituksen ja palvelukanavan hyödyttävyyden vastaanottoajoissa.

Vastuuhenkilö ja organisaatio: Projektin omistajana toimi Sirpa Rantanen, projektikoordinaattori Kaarina Tanntu ja projektipäällikkönä Satu Hurme. Projektiryhmään kuuluu eri toimijoiden välinen yhteistyö ja kokoonnumme 2 x kuussa pitäen toisiamme ajan tasalla. Tämä verkostoituminen tukee projektin kehittymistä tarvittavaan suuntaan.

Kustannukset: Olemme pysyneet budjetissa.

Loppuraportti:

Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiirin, Ensihoidon- ja päivystyksen liikelaitoksen loppuraportti.

4 Dokumentointi

ODA-projektin aikana on syntynyt runsaasti dokumentaatiota sekä projektiin että Omaolo-palveluun liittyen. Projektiin liittyvä dokumentaatio kattaa mm.

- Kokousmuistiot ja pöytäkirjat
- Suunnittelu- ja raportointimateriaalit, projektihallinnon materiaalit ml. maksatusmateriaalit
- ODA1, ODA2, ODA3 kilpailutusmateriaalit (myös KLKH arkistoissa)
- Sopimukset
- Pilottien suunnittelu ja raportointimateriaalit
- Viestintä- ja markkinointimateriaalit
- Vaikuttavuuden arviot ja tutkimusyhteistyön dokumentit

Projektidokumentaatio säilytetään Eksaitti- ekstrasenetpalvelussa, johon projektiin kuuluvilla henkilöillä on tunnukset. Luottamukselliset materiaalit kuten kilpailutuksiin liittyvät tarjoukset, ovat kansioissa, johon on rajoitetut oikeudet. Lisäksi kaikesta projektidokumentaatiosta on varmuuskopiot ulkoisella kovalevyllä, joka säilytetään Espoon kaupungin talousyksikön arkistossa.

Omaolo-tuotteeseen liittyvä dokumentaatio kattaa mm.

- Suunnitteluperiaatteet
- Lähdekoodi, testikoodi
- Konfiguraatiodat
- Versiohallintaan, asentamiseen, toimittamiseen jne liittyvä materiaali
- Palvelukuvaus
- Palvelukonsepti jossa kuvataan kehittämisessä opitut asiat
- Tekninen dokumentaatio
- Parhaat käytännöt
- Käyttöohjeet ja koulutusmateriaali
- Ylläpito-ohjeet

Nämä materiaalit on säilytetty osin Github-palvelussa, josta ne ovat avoimesti saatavilla. Osittain palveluun liittyvää dokumentaatiota on ControlHub-palvelussa, johon on erikseen tunnukset materiaaleihin oikeutetuilla henkilöillä.

Kuntapilottien raporteissa on yksilöity tarkempien kuntakohtaisten dokumentaatioiden tilanne.

5 Opit ja palautteet

ODA-projektissa on syntynyt paljon tietoa ja osaamista, jota voidaan ja ehdottomasti kannattaa, hyödyntää seuraavissa projekteissa sekä paikallisesti että valtakunnallisesti. Nämä opit on kerätty yhdessä projektin ydintoimijoiden kanssa. Tärkeimmät opit, jotka ODA-konsortio haluaa jakaa ovat:

- ODA-projektissa on pyritty tekemään monia asioita toisin kuin aikaisemmin. On lähdetty vahvasti toiminnan muutos edellä, kerätty yhteen aikaisemmin samoja asioita erikseen kehittäneitä toimijoita, valittu ketterän kehityksen menetelmät perinteisen vesiputousmallin sijaan, ja tehty avoimiin rajapintoihin perustuvia toteutuksia, joihin liitetään kolmansien osapuolten tekemiä komponentteja päällekkäisen työn välttämiseksi. Perinteisen kehittämisen kulttuurin yhdistäminen ketteriin menetelmiin ei ole helppoa. On kasvatettava osaamista uuteen toimintakulttuuriin liittyen, ja kestävä epävarmuutta ja muutosvastarintaa, jota se tuo tullessaan.
- Isoissa muutosprojekteissa johdon sitoutuminen on erittäin tärkeää. Kentällä muutostyötä tekevät muutosagentit tarvitsevat johdon ehdottoman tuen antamaan mandaatin toiminnan muutoksille, jotka kohtaavat väistämättä muutosvastarintaa.
- Uudenlaisten sähköisten palvelujen käyttöönotto vaatii paljon organisaatioilta. Käyttöönottojen nopeus on suhteutettava organisaatioiden osaamisen ja toiminnalliseen valmiuteen, ja sitä on pystyttävä arvioimaan kriittisesti. Palvelujen käyttöönotot tulisi suorittaa vaiheittain ja varmistettava, että käyttöönoton edellytykset täyttyvät sekä teknisesti että toiminnallisesti. Toimimattomiin ja paljon hukkaa sisältäviin prosesseihin ei sähköisiä palveluja kannata viedä.
- Isossa konsortiossa toimiminen mahdollistaa osaamisen jakamisen, resurssien yhdistämisen ja toisilta oppimisen. Juuri tätä ODA-projektissa tavoiteltiin. Jotta työskentely on mahdollista, tarvitaan yhteinen tahtotila, paljon yhteistä keskustelua, ja myös yhteistä tekemistä sekä ongelmanratkaisua. Tälle on varattava riittävästi aikaa ja resurssia. Jaettu ymmärrys ja osaaminen eivät synny itsestään. On tärkeää, että konsortio laajasti ottaa vastuuta yhteistyön syntymisestä eikä se ole yhden toimijan vastuulla. Jos aitoa yhteistä ymmärrystä ja tavoitetilaa ei ole, alkavat ongelmat syntyä siinä vaiheessa, kun työ on niin pitkällä, että ratkaistaan yksityiskohtia. Sieltä on pitkä matka takaisinpäin rakentamaan yhteistä tahtotilaa uudelleen.
- Isoissa digitalisaatioprojekteissa tarvitaan aina teknisen, sisällöllisen ja toiminnallisen muutoksen yhdistämistä. Olisi äärimmäisen tärkeää löytää ihmisiä, jotka pystyvät toimimaan näiden kolmen näkökulman rajapinnassa ymmärtäen niitä kaikkia. Heillä on myös merkittävä rooli "tulkata" eri näkökulmista tulevien osaajien välistä keskustelua.
- ODA-projektissa on ollut lähtökohtana kansallisten tietovarantojen ja arkkitehtuurin hyödyntäminen. Laaja yhteistyö luo edellytykset toimivien, yhteensopivien kansallisten ratkaisujen luomiseen. Samalla se tuo merkittävät riippuvuudet työhön, ja saattaa pienentää merkittävästi liikkumavaraa ja ratkaisumahdollisuuksia sekä toisaalta hidastaa työtä. Kansallisten yhteisten ratkaisujen selkeä ohjaus sekä toimijoiden roolitus ministeriöiden tasolta sekä sitoutuminen esteiden poistamiseen on välttämätöntä työn etenemisen kannalta.

- Laajoissa kokonaisuuksissa on tärkeää säilyttää fokus. Enemmän liian kapea kuin liian laava.
- Käyttäjän näkökulman huomioiminen on tärkeää ja siihen kannattaa panostaa. Palvelumuotoilu kannattaa ottaa työtavaksi alusta saakka. Toisaalta on tärkeää tiedostaa, että sellaisten palvelujen kehittämistä, jotka integroituvat vahvasti olemassa oleviin järjestelmiin, rajoittaa myös muiden järjestelmien kyvykkyys. Oikeiden käyttäjien palaute pitäisi olla kehittämistyötä vahvimmin ohjaava tekijä, ja toimia priorisoinnin perusteena.
- Kärkihankkeiden, joiden tehtäväksi on annettu uusien toimintamallien ja uusien palvelujen luominen, pitäisi saada tuki ja lupa asioiden kokeilemiseen ja tekemiseen aidosti eri tavalla.
- Kansallisten hankkeiden keskinäinen työnjako tulisi suunnitella ennen kuin rahoitusta annetaan, jotta saadaan poistettua päällekkäinen tekeminen. Samojen asioiden tekeminen useaan kertaan maksaa ja niiden yhteensovittaminen jälkikäteen ei välttämättä ole helppoa eikä nopeaa. Rahoittajan taholta tulisi aktiivisesti ohjata työnjakoa. Projektien tasolla tätä on mahdoton saavuttaa, jos organisaatioissa on risteäviä intressejä.
- Vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointi yhdessä tutkimuslaitosten ja yliopistojen kanssa tulisi olla oleellinen osa vastaavia hankkeita. Saman rahoitusinstrumentin pitäisi sallia sekä tutkimus että kehittämistyön rahoitus, koska rahoituslähteiden prioriteetit ja aikataulut eroavat toisistaan.

Projektin aikana on kerätty palautetta koordinaatioon ja yhteistyöhön liittyen projektin ohjausryhmässä, koordinaatioryhmässä ja projektipäälliköitä. Palautteen perusteella on muutettu työtapoja ja parannettu tiedonkulkua.

Eniten projektin aikana on kerätty palautetta palvelun käyttäjiltä eli ammattilaisilta ja asiakkailta. Palvelumuotoilu on ollut Omaolo-palvelun suunnittelun lähtökohtana ja käyttäjiltä saadun palautteen perusteella on tehty muutoksia palveluun jatkuvasti. Osana oirearvioiden validointia ja laajempia palvelumuotoilun haastattelukierroksia on kerätty laajemmin palautetta ja osana toiminnallista muutosta ja uusien toimintatapojen rakentamista on piloteissa kerätty asiakkaiden palautteita. Käyttäjiltä on saatu paljon parannusehdotuksia palveluun. Toisaalta on havaittu, että suhtautuminen palveluun on voittopuolisesti positiivista. Käyttäjät kokevat palvelun selkeäksi, sekä helpoksi ja nopeaksi käyttää. Ammattilaisille palvelussa on paljon uutta opeteltavaa ja potilastietojärjestelmien kyvykkyysistä sekä Kanta-integraation puuttumisesta johtuen kaksoiskirjaaminen on suurin asia, joka heitä epäilyttää.

Hankkeen itsearviointi suoritettiin koordinaatioryhmän, projektipäälliköiden tai hanketoimiston yhteistyönä. Itsearvioinnista arvioitiin asioita, joissa onnistuttiin sekä asioita, jotka olisi tehty toisin, jos projektia lähdettäisiin nyt tekemään alusta.

Itsearvioinnissa nostettiin esiin seuraavat onnistumiset:

- Toimiva ja tiivis verkosto, jossa jaetaan osaamista ja hyviä käytäntöjä. Ongelmia ratkaistaan yhdessä eikä pyörää ei tarvitse keksiä uudelleen. Verkosto pitää tiiviisti yhteistyötä ja auttaa toisiaan päivittäisellä ja viikoittaisella tasolla.
- Aidosti sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmat yhdistävä kansallinen palvelukokonaisuus.
- Kansalliset sisällöt, jotka on laajassa toimijajoukossa yhdessä hyväksytty.
- Kansallisen projektin avulla on onnistuttu luomaan alueellisen toimintaan selkänöja, joka sitoo paikallisen kehittämisen kansallisiin yhteisiin palveluihin.
- On onnistuttu luomaan aidosti uusia tapoja toimia: digitalisaatio toiminnan muutos edellä, toiminnallisen muutoksen valmennus ja digimuutosagentit, ketterä sovelluskehitys, tietohallinnon ja kentän tiivis yhteistyö ja uusi kehittämismalli, uusia rooleja digitaalisaation edistämiseen.
- Syntynyt iso joukko uusia osajia, hybridiosaajia, jotka pystyvät toimimaan toiminnan ja ICT:n rajapinnassa.
- Syntynyt yhteinen viitekehitys palvelujen järjestämiselle, joka siirtyy maakuntiin.
- Laaja kansallinen yhteistyö ja leveämmät hartiat esimerkiksi perusjärjestelmätoimittajien suuntaan ja mahdollisuus tehdä laajemmin yhteistyötä esimerkiksi Kelan ja THL:n kanssa. Onnistuttu luomaan toimivat suhteet potilastietojärjestelmätoimittajiin, neuvottelemaan kansalliset geneeriset rajapinnat.
- Ajatusmaailma ja toimintatavat asiakaslähtöiseen kehittämiseen.
- Hanketoimiston ja kuntien välille rakennettu toimivat yhteistyömallit.

Pitkän projektin aikana syntyy myös paljon osaamista ja kokemusta, jonka valossa tehtyjä valintoja voidaan tarkastella uudelleen. Projektin aikana toimintatapoja on muutettu ketterästi. Asioita, joita tunnistettiin, että olisi nykyisen osaamisen ja ymmärryksen valossa tehdä toisin:

- Pilottien välisen yhteistyön käynnistämiseen olisi voinut löytää erilaisia tapoja ja valmennukset ja pilotointi olisi voitu toteuttaa pilottiryhmissä alusta saakka.
- Dokumenttienhallintaan pitäisi löytyä sharepointia kehittyneempiä ratkaisuja.
- Isossa konsortiossa pitäisi löytää tasapaino siihen miten paljon erilaisia yhteistyöryhmiä perustetaan mutta toisaalta varmistetaan riittävä yhteistyö ja kaikkien alueiden mahdollisuus vaikuttaa.

6 Pysyvä toiminta ja jatkotoimet

6.1 Siirtyminen pysyvään toimintaan

Kuntakohtaisissa raporteissa, jotka ovat tämän raportin liitteenä, kerrotaan yksityiskohtaisemmin siitä, miten kussakin organisaatiossa viedään piloteissa hyväksi havaitut muutokset ja uudet toimintatavat osaksi pysyvää toimintaa. Jokainen kuntatoimija on tehnyt oman levittämisen roadmapin, jota he seuraavat. Esimerkkeinä toimintatavoista:

- Oulun kaupungissa laadittiin jalkauttamisen ja kehittämisen suunnitelma "Oulun digitie". Suunnitelma toimii prosessien edelleen kehittämisen ja Omaolo-palvelun jalkauttamisen tukena. Jalkauttamisen tueksi koottiin digituutoriverkosto, johon kuuluu noin 20 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista eri toimintayksiköistä. Heidän tehtävänä on toimia prosessien kehittämisen ja sähköisten palveluiden käyttöönoton tukijoina omissa työyksiköissä esimiestensä tukena ja sidosryhmäverkostoissa. Digituutoriverkostoa on valmennettu kevästä 2018 lähtien ja toiminta on pysyvää. Valmennusten sisältöinä on ollut mm. prosessien uudelleen tarkastelu, Omaolo – palveluun perehtyminen sekä muiden ODA kuntien toiminnallisten muutosten läpikäynti ja palvelun käyttöönottoon liittyvät tehtävät - kuten palveluohjausten laatiminen.
- Tampereella päätettiin toteuttaa 9 pilottia heti projektin alusta saakka. Näin projektin aikana on tehty toiminnallisen muutoksen työtä hyvin laajasti sekä kohderyhmien että organisaation suhteen ja levittäminen päästään aloittamaan helpommin.

Omaolo-palvelu on siirretty jatkuvan palvelun vaiheeseen ja kokonaisuus on sopimuksineen siirretty SoteDigi Oy:lle. Kehitystyö kuitenkin jatkuu. Omaolon kaltainen palvelu ei koskaan pitäisikään olla valmis, vaan sen pitää kehittyä jatkuvasti kentän tarpeiden, ja vauhdilla kehittyvän teknologian mukana. Ensimmäinen tuotantoversio julkaistaan vuoden 2018 lopulla Kelan Omätietovarannon tuotantopäivitysten mukaisessa aikataulussa, joka myös määrittää seuraavien tuotantojulkaisujen aikataulut. Palvelun jatkokehitys on luovutettu SoteDigille, jolloin taataan mahdollisuus kansalliseen levittämiseen. Omaolo on SoteDigin tarjoama palvelu, jonka levittämisen yksityiskohdat ratkaistaan, kun tiedetään kuinka sote-uudistus etenee, ja ketkä ovat ne toimijat, joiden kautta levittämistyö tapahtuu.

Omaolo-palvelun myötä siirretään monia projektin aikana kehitettyjä toimintatapoja osaksi pysyvää toimintaa Omaolo-hallintamallin kautta. Siten saadaan myös hyvät käytännöt ja yhteiset toimintatavat siirrettyä uusille käyttäjille, jotka pääsevät aloittamaan muutostyön ja käyttöönotot sujuvammin. Palvelun levittämistä tuetaan paitsi luvussa 1.2. kuvattujen tuotosten kautta myös virtuaalisten perehdytysseSSIoiden sekä maakunnallisten työpajojen kautta. SoteDigi pyrkii myös tukemaan muutostyötä sekä uusien käyttöönottajien että käyttöönottojen laajentamisen yhteydessä. Tietoa jaetaan Omaolo-blogin kautta sekä videoiden kautta.

6.2 Jälkiarviointi ja avoimet tehtävät

Projektin jälkeen jää avoimeksi monia kriittisiä kysymyksiä, koska sote-uudistuksen tilanne on vielä auki. Keskeisimmät avoimet asiat ovat:

- Miten soteuudistus etenee ja ketkä ovat ne toimijat, joiden kanssa levittäminen tehdään SoteDigi Oy:n kautta?
- Miten kuntatoimijoiden toiminnallista muutostyötä voidaan tukea epävarmassa toimintaympäristössä, jossa roolit ja mandaatit ovat epäselviä? Ulkoinen rahoitus ratkaisi monia ongelmia. Tämä olisi tärkeää myös systemaattisen vaikuttavuuden arviointityön mahdollistamiseksi.
- Miten lainsäädännön muutostyö etenee? Saadaanko asiakastietolakiin muutos, jonka kautta Kanta-tietoa voidaan näyttää asiakkaille Omaolo-palvelun kautta? Salliiko lainsäädäntö kentän näkökulmasta erittäin tarpeellisen yhteisen suunnitelman, ja tiedon jakamisen sosiaali- ja terveydenhuollon rajojen yli. Pystytäänkö Omaoloa käyttämään siten kuin palvelu parhaimmillaan mahdollistaisi, eli monialaisen tiimin ja asiakkaan yhteinen suunnittelu yhteisen suunnitelman kautta? Saadaanko sähköiset palvelut palveluvalikoimaan tasavertaisiksi fyysisten- ja puhelinpalvelujen kanssa?
- Miten kansalliset palvelut (Kanta, Omakanta ja Omatietovaranto, suomi.fi palvelut) kehittyvät ja miten ne mahdollistavat Omaolo-palvelun kehittämisen kentän tarpeiden mukaisesti ja riittävän ketterästi?
- Miten nykyiset perusjärjestelmät kehittyvät ja millä aikataululla ne korvautuvat uusilla? Uusiin järjestelmiin on Omaolon helpompi integroitua ja saada siten erityisesti ammattilaisen käyttöä helpotettua.
- Miten eri kärkihankkeissa tuotetut palvelut ja sisällöt saadaan integroitua asiakkaan näkökulmasta saumattomiksi ja asiakaslähtöisiksi palvelupoluiksi? Tämä on SoteDigin keskeinen tehtäväkenttä.

Työtä toiminnan muutoksen eteen on jatkettava määrätietoisesti projektin jälkeen. Nykyisessä muuttuvassa ja osittain hyvin epävarmassa toimintaympäristössä se on haastavaa ja siksi ulkoisen rahoituksen rooli olisi edelleen kuntatoimijoille merkittävä. Samalla on systemaattisesti kerättävä tietoa vaikutuksista ja vaikuttavuudesta. Samoja mittauksia, joita pilottiprosesseissa on tehty, tulisi toistaa vähintään kuuden kuukauden tai vuoden välein. Tutkimusyhteistyö on erittäin tärkeässä roolissa.

Hallintamallin toimivuutta on arvioitava vuosittain. Uusien toimijoiden mukaan tuleminen mutta myös rakenteiden muuttuminen ympärillä haastaa hallintamallia ja siihen on syytä suhtautua joustavasti niin, että toimintatapoja voidaan jatkuvasti parantaa.

6.3 Ideoita jatkokehitykselle

Jatkokehityksestä on tehty erillinen projektisuunnitelma ja roadmap, jonka toteutumista viedään eteenpäin SoteDigin kautta. Suunnitelma sisältää

- uusia teknisiä ominaisuuksia (chat, palveluohjauksen kehittäminen, potilastietojärjestelmämerkinnät)
- uusia sisältöjä (uudet oirearviot, toimintakyvyn mittarit)
- uusia integraatioita (AVPH, Kanta, uudet potilastietojärjestelmät)
- yhteistyöhankkeiden toteutusten tuomista osaksi Omaolo-palvelua (esim. LAPE-hanke)

7 Liitteet

Taulukko 1: Liitteet

Liite	Liitteen nimi
1.	Omaolo-palvelun käyttöönoton käsikirja
2.	Omaolo palvelukuvaus
3.	Eksoten kuntapilotin loppuraportti
4.	Espoon kuntapilotin loppuraportti
6	Helsingin kuntapilotin loppuraportti
7	Hämeenlinnan kuntapilotin loppuraportti
8	Joensuun kuntapilotin loppuraportti
9	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri kuntapilotin loppuraportti
10	Kuopion kuntapilotin loppuraportti
11	Oulun kuntapilotin loppuraportti
12	Porvoon kuntapilotin loppuraportti
13	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän kuntapilotin loppuraportti
14	Sodankylän kuntapilotin loppuraportti
15	Tampereen kuntapilotin loppuraportti
16	Turun kuntapilotin loppuraportti
17	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntapilotin loppuraportti
18	Vapautuvan kapasiteetin analyysi
19	ODA-projektin vaikuttavuuden arviointi
20	Arviointiraportti: Omaishoidontuen pilotit
21	Arviointiraportti: Pakolaistaustaisen maahanmuuttajan pilotti
22	Arviointiraportti: Satunnaisen palvelutarpeen pilotit
23	Arviointiraportti: Suun terveydenhuollon pilotit
24	Arviointiraportti: Työttömien pilotit
25	Arviointiraportti: Pitkäaikaissairauksien pilotit
26	Arviointiraportti: Määräaikaistarkastusten pilotit
27	Arviointiraportti: Paljon palvelua tarvitsevien pilotit
28	Omaolo-hallintamalli