

**Ikääntyminen
OmaKS
- Luovien
ratkaisujen
aikakausi
Hankesuunnitelma**

Keski-
Suomi

27.10.2021

Sisällys

1	Hankkeen tarve.....	3
2	Kohderyhmä	4
3	Hankkeen tavoitteet	4
4	Toteutus.....	7
4.1	Aikataulu.....	7
4.2	Toimenpiteet.....	8
5	Tuotokset, tulokset ja vaikutukset.....	10
6	Hankkeen hallinnointi	10
6.1	Hankkeen toimijat ja organisoituminen.....	10
6.2	Hankkeen resurssit	10
6.3	Viestintä.....	11
6.4	Seuranta ja arviointi	12
6.5	Riskit ja niihin varautuminen.....	13

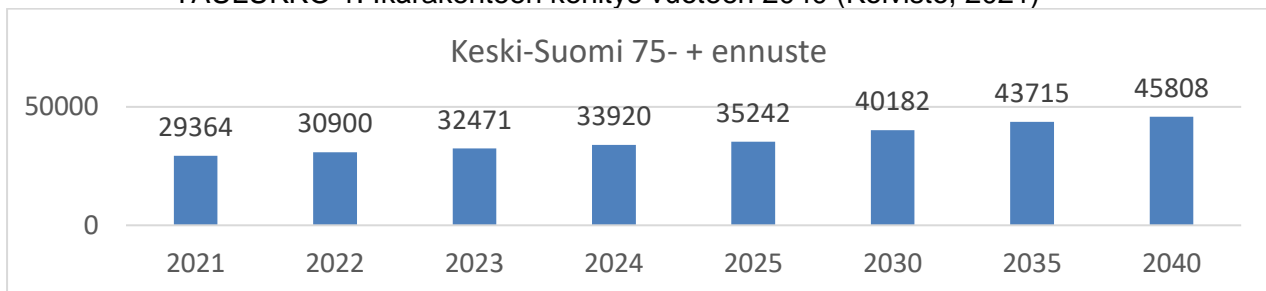
1 Hankkeen tarve

Osana Tulevaisuuden sotekeskushanketta ***Ikääntyminen OmaKS –luovien ratkaisujen aikakausi*** -hankkeen tarkoituksena on kehittää Keski-Suomen hyvinvointialueelle kotona asumisen tulevaisuuden suuntaviivat. Hankkeessa sovelletaan, jalostetaan ja juurrutetaan vaikuttaviksi osoitettuja toimintamalleja ja parhaita käytäntöjä. Lisäksi hankkeessa kokeillaan uusia innovatiivisia ratkaisuja kotona asumisen tueksi vietävien palvelujen keskeisiin haasteisiin. Palvelukokonaisuuden työstämisen tavoitteena on, että hyvinvointialueen ikääntynyt asukas saa saman sisältöiset palvelut 1.1.2023 lähtien.

Hankkeessa hyödynnetään ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen toimenpide-ehdotuksia huomioiden maakunnassa aiemmin toteutetut ja menossa olevat kehityshankkeet. Hankkeeseen osallistuvat kaikki maakunnan kunnat ja kotihoidon yksiköt ja hyödynnetään ikäihmisten omia näkemyksiä kotona asumisen tukemisesta ja haetaan kotihoidon asiakaskyselyiden kautta kotihoidon laadun mittareita. Kotiin tarjottavissa palveluissa työskentelevä henkilöstö osallistuu hanketyöhön ja heidän näkemyksensä toimivista työn tekemisen toimintamalleista ja ratkaisuista huomioidaan hankekehittämisessä.

Ikärakenteen muutoksen vuoksi on välttämätöntä hakea uusia ja luovia ratkaisuja ikäihmisten omahoidon tukemiseen, ennaltaehkäisyyn ja kotona asumisen vahvistamiseen. Keski-Suomessa yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa 16 444 henkilöllä vuoteen 2040 (Taulukko 1). Lisäksi muistisairaiden määrä on vuonna 2021 yhteensä 6 613 ja kasvaa 2040 vuoteen mennessä 10 340 henkilöön. Muistisairaudet johtavat usein jo varhaisessa vaiheessa palvelutarpeeseen, joten asiakasryhmän osalta haetaan asiakkaiden ja omaisten kanssa heidän tarpeensa huomioivaa maakunnallisesti toimivaa palvelupolkua. Kotona asuvia 75 - vuotta täyttäneitä on Keski-Suomessa 91,7 % vastaavan ikäisestä väestöstä ja kuntakohtaiset erot ovat suuria. Keski-Suomen ikäihmisten palvelujen järjestämissuunnitelma vuoteen 2020 asetettiin tavoitteeksi, että vuonna 2025 ko. ikäryhmästä 93 % asuu kotona. Hankkeen tavoitteena on vahvistaa keinoja, joilla aiemmin asetettu tavoite voidaan saavuttaa.

TAULUKKO 1. Ikärakenteen kehitys vuoteen 2040 (Koivisto, 2021)



Hankkeen toteutuksessa hyödynnetään aiemmat kehittämishankkeet, joista mainittakoon Keski-Suomen ikäihmisten palvelujen järjestämissuunnitelma vuoteen 2020 ja Kukoistava kotihoitohankkeessa 2016-2018 tehty kehittämistyö, jonka suuntaviivoilla kotona asumista tukevia palveluja on edelleen kehitetty.

Kukoistava kotihoito -hankkeessa kehitettiin vuosina 2016 – 2018 maakunnallisesti laajasti useampia läpileikkaavia teemoja, joissa pääasiallisesti vahvistettiin prosessien tuloksellisuutta ja sujuvuutta. Erityisiä painopisteitä olivat: Keskitetyn asiakasohjauksen kehittäminen (KAAPO-malli) ja asiakkuuksiin ohjautumisen prosessin yhtenäistäminen; Tiedolla johtamisen kehittäminen; Kotihoidon prosessien, toiminnanohjauksen ja johtamisen kehittäminen palvelun laadun, henkilöstön hyvinvoinnin ja tuottavuuden parantamiseksi; Ympäri vuorokautisten asumispalvelujen tarpeen vähentäminen ympärivuorokautisesti toimivalla kotihoidolla; Hoitoketjujen sujuvoittaminen eri toimijoiden yhteistyötä kehittämällä sekä Henkilöstön osaamisen kuvaaminen, henkilöstön sekä asiakkaiden osallistuminen kehitystyöhön (Kukoistava kotihoito on tahdon asia 2018, 4).

Meneillään olevista hankkeista osana Keski-Suomen sote-rakenneuudistusta on toteutettu RAI -arviointi- ja seurantajärjestelmän käyttöönottoa kaikissa Keski-Suomen kunnissa vuoden 2021 aikana.

RAI –järjestelmän käyttöönotto tukee vahvasti osaltaan Ikääntyminen OmaKS -hankkeen kehittämistä. Osaltaan RAI-uudistus vaikuttaa myös palvelutarpeen arvioinnin sekä hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämiseen.

Etävastaanottopalveluiden kokonaisuus on ollut yhtenä TulSote-hankkeen kehittämisen kärjistä. Osana rakennehanketta on pilotoitu myös maakunnallisen etähoivan mallia, jossa kotihoidon käyntejä on toteutettu ääni- ja kuvayhteydellä keskitetystä etähoivan yksiköstä useampaan Keski-Suomen kuntaan, positiivisin tuloksin. Rakennettua toimintamallia laajennetaan hyvinvointialueelle vuoden 2022 aikana.

Ikääntyminen OmaKS – luovien ratkaisujen aikakausi - hankkeen kärjet:

1. Luodaan asiakaslähtöiset, asiakkaan tarpeet ja toimintakyvyn huomioivat palvelut maakunnallisesti saavutettavaksi
2. Uudistetaan henkilöstörakennetta, luoden henkilöstölle selkeät roolit ja tehtäväkuvat; taataan, että osaaminen tukee henkilöstön saatavuutta ja työhyvinvointia
3. Palveluiden tuottamisessa vahvistetaan turvallisuutta ja omavalvontaa

Aiemmin toteutettu ja nykyinen kehittäminen nivotaan tässä hankkeessa osaksi yhteisesti ymmärrettyä ilmiöpohjaista kotona asumista tukevaa palvelukokonaisuutta. Hankkeessa ymmärretään erilaisten kotihoidon yksiköiden mahdollisuudet ja resurssit ottaa käyttöön hankkeessa luotuja ratkaisuja. Kehittämisen askelmerkeissä ja kehittämisvauhdissa huomioidaan yksiköiden nykytila. Palvelutuotannossa huomioidaan koko hankkeen ajan myös yksityisen palvelutuotannon mukanaolo. Keskeisenä asiana on yhteisten suuntaviivojen ymmärryksen ja hyväksyttävyyden lisääminen.

2 Kohderyhmä

Hankkeen tuotokset tulevat koskemaan laajaa joukkoa ikäihmisiä, heidän omaisiaan ja kotona asumista tukevaa henkilöstöä. Hankkeen keskeinen kohderyhmä on kotona asumisen tukea tarvitsevat ikäihmiset, koska kyse on heille tuotettavien palveluiden toteuttamiseen liittyvistä linjauksista ja siitä millaisella osaamisella palveluja tullaan jatkossa tuottamaan. Asiakkaat ja omaiset otetaan mukaan hankkeessa säännöllisesti pidettävien asiakas/omaisfoorumien kautta, joissa kohderyhmä pääsee yhteiskehittelymenetelmiä hyödyntäen mukaan kehittämiseen. Asiakkaita ja heidän läheisiään osallistetaan hankkeen kehittämiseen ja arviointiin. Hankkeessa tunnistetaan myös muun muassa kuntien vanhusneuvostojen ja järjestöjen tärkeys kehittäjäkumppanina.

Hankkeeseen sidotaan ammattilaisia ja asiantuntijoita, koska hankkeiden kehittämistoimiin osallistuvat kotihoidon ja muiden kotiin vietävien palveluiden työntekijät ja esihenkilöt. Hankkeessa panostetaan kaikkien kotona asumista tuottavien yksiköiden asiantuntemuksen hyödyntämistä erilaisilla tavoilla toteutettujen tapaamisten, kyselyiden ja tutkimusten kautta. Laajalla alueella toimittaessa hyödynnetään teknologiaa ja digitaalisuutta monipuolisesti sekä kattavan asiakasymmärryksen keräämisessä että yhteiskehittämisessä.

Keski-Suomessa säännöllisessä kotihoidossa on noin 4000 asiakasta, tukipalveluita (ateria, turva jne) käyttää lähemmäs 4500 asiakasta. Henkilöstössä on eri ammattiryhmiä (kuten lääkärit, sairaanhoitajat, vastaavat sairaanhoitajat, lähihoitajat, hoiva-avustajat, fysioterapeutit, kuntahoitajat, toimintaterapeutit, ohjaajat jne) yli 900 htv ja lähiesihenkilöitä noin 60.

3 Hankkeen tavoitteet

Hankekokonaisuudesta tavoitteet kuvataan H1, H2, H3 ja H4 maininnalla suhteessa valtakunnallisiin Tulevaisuuden kotona asumista tukevien palvelujen hankkeen tavoitteista, joita ovat: 1. H1: Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä 2. H2: Asiakas saa oikeat ja riittävät palvelut oikeaan aikaan 3. H3: Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien

palvelujen laadun 4. H4: Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla

Päätavoitteena hankkeessa on varmistaa Keski-Suomen alueella asiakaslähtöiset ja yhdenmukaisesti tuotettavat kotona asumista tukevat, laadukkaat palvelut 24/7.

Tulevaisuuden suuria haasteita on osaavan henkilöstön saatavuuteen liittyvät haasteet. Henkilöstön saatavuuden edellytyksenä on rakentaa toimintamallit ja luoda toimintaa tukeva henkilöstörakenne, joilla ikäihmisten kotiin tarjottavat palvelut ovat laadukkaita, henkilöstö on osaavaa sekä heidän tehtäväkuvansa ovat selkeitä. Tämä tukee henkilöstön työhyvinvointia ja jaksamista.

Päätavoite jakaantuu kolmeen toisiaan tukevaan tavoitteeseen:

1. Asiakaslähtöiset, monimuotoiset kotona asumista tukevat palvelut H1, H2
2. Osaava ja riittävä henkilöstö tietää tavoitteet, tuntee ja osaa toimintamallit sekä tiedostaa oman roolinsa H2, H3, H4
3. Palveluiden tuottamisessa huomioidaan turvallisuus ja laatu H2, H4

Tavoite 1. Asiakaslähtöiset, monimuotoiset kotona asumista tukevat palvelut:

Hoito ja palvelut ovat iäkkään asiakkaan tarpeita vastaavia, helppokäyttöisiä, asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä tukevia. Asiakas ja omainen ovat mukana palvelutarpeenarvioimisessa huomioiden asiakkaan kognitiivinen kyky ja palveluiden sisällön määrittelyssä. Palveluilla vahvistetaan kotona asumisen turvallisuutta ja laatu on sovitun mukaista. Palveluissa toteutuu moniammatillinen yhteistyö sujuvissa hoito- ja palveluketjuissa ja palvelu on maakunnallisesti yhdenvertaista, vaikuttavaa ja laadukasta.

Keskitetty palveluohjaus on edellytys asiakkaan yhdenvertaisten palveluiden myöntämisessä. Palveluohjauksessa noudatetaan hyväksytyjä palveluiden myöntämiskriteerejä, jotka valmistuvat yhteiskehittämisen keinoin nykyjärjestäjätahojen yhteistyönä. Hankkeessa koulutetaan ja valmennetaan palveluohjauksen henkilöstö yhtenäisiin hyvinvointialueen myöntökriteereihin ja yhtenäiseen prosessiin. Vahvana yhteistyötahona toimivat 3. sektori ja yksityiset palveluntuottajat. Asiakkaan palveluprosessia tukee asiakasohjauksessa työskentelevä omatyöntekijä, joka tuntee asiakkaan. Erityisesti merkittävää on tunnistaa asiakkaista riskiryhmät, kuten mielenterveys-, päihde-, kaatumisriskin ja muistiongelmaiset asiakkaat, jolloin heille suunnatut palvelut ovat sujuvia ja asiakaslähtöisiä.

RAI-arviointivälineen käyttö edesauttaa asiakkaan toimintakyvyn yhdenmukaista arviointia ja seurantaa ja palveluiden myöntämistä osana neuvonnan, tuen, kuntoutuksen, hoidon ja palveluiden järjestämistä.

Kotihoitoa tuotetaan asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden ja toimintakyvyn mukaisesti koko alueella 24/7 samoilla perusteilla. Asiakkaita ohjataan ensisijaisesti tukipalveluiden ja kotona asumista tukevien teknologisten apuvälineiden käyttöön. Etähoito ja -hoiva on keskeinen tapa tuottaa asiakaslähtöistä ja asiakasta osallistavaa palvelua. Etähoiva toteuttaa säännöllisiä kotihoidon asiakaskäyntejä fyysisten käyntien rinnalla tai itsenäisenä palveluna. Keskitetty etähoito ja -hoiva mahdollistaa tasalaatuisen palvelun koko maakunnan alueella. Keskitetty etähoidon- ja hoivan toimintamalli tarjoaa laadukasta ja vaikuttavaa palvelua kotona asuville maakuntalaisille. Etähoidossa on huomioitu sekä yksilö- että ryhmätoiminta ja omaisten osallistumismahdollisuudet etähoidon toteutukseen. Myös omaishoitajia tuetaan etähoidon kautta. Etähoidon rinnalla toteutetaan keskitetysti tavoitteellista ryhmätoimintaa ja kuntoutuksen asiantuntijan toteuttamaa kuntoutusta. Etähoivan ohella lääkerobotit ja erilainen sensortechnologia, kuten hyvinvointirannekkeet ja turvapalveluun liittyvät teknologiset ratkaisut, täydentävät etähoivan mahdollisuuksia tukea kotona asumista turvallisesti ja asiakkaan olemassa olevaa toimintakykyä vahvistaen. Keskitetyn etähoidon mahdollistamat toimivat rakenteet ja sujuvat prosessit tukevat sekä uuden että jo olemassa olevan kotona asumista tukevan teknologian integroimista osaksi ikääntyneiden palvelutoimintaa tehokkaasti ja yhdenvertaisesti asiakkaan tarpeiden mukaisesti mahdollistaen myös kotihoidon henkilöstön työajan toimivaa kohdentamista.

Ikäihmisten palveluissa geriatriasta erityisosaamista tarvitaan asiakkaiden hoidon tueksi. Hankkeen avulla varmistetaan Geriatriksen osaamiskeskuksen kokonaisuutta ja luoda Keski-Suomen alueelle yhtenäinen toimintamalli, ns. muistipolku, muistisairauksien tunnistamiseen ja muistiasiakkaiden tuen järjestämiseksi. Yhtenäisellä toimintamallilla varmistetaan varhainen tuki ja riittävät resurssit muistisairaiden hoidon ja tuen tarpeisiin sekä varmistetaan erityisosaamisen riittävyys hyvinvointialueella.

Kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen ovat keskeinen osa asiakkaiden kotona pärjäämistä. Kotihoidon koko henkilöstöllä tulee olla yhtenäiset kuntouttavan toiminnan ja toimintakyvyn tukemisen käytännöt. Asiakkaiden kuntoutustarve arvioidaan erityisesti palvelujen siirtymävaiheissa sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä säännöllisen palvelun aloittamisesta (kotihoidon kuntouttava arviointijakso) ja kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti asiakkaan kotona hyödyntäen etäkuntoutusmahdollisuutta ja kuntoutusalan asiantuntijuutta. Toinen keskeinen kohta kuntoutuksessa on tunnistaa riski palvelutarpeen kasvamiselle, jolloin aloitetaan tehostettu kotikuntoutus toimintakyvyn vahvistamiseksi.

Tavoite 2. Osaava ja riittävä henkilöstö tietää tavoitteet, tuntee toimintamallit ja tiedostaa oman roolinsa

Osaava ja riittävä henkilöstö ja monialainen henkilöstörakenne varmistavat palvelun/toimintamallin tuottamisessa asiakkaalle tuotettavat kokonaisvaltaiset palvelut. Henkilöstön saatavuuden haasteet aiheuttavat väistämättä tarpeen hyödyntää kotona asumisen tukemisessa moniammatillisuutta ja uusinta teknologiaa. Esihenkilöiden (muutos)johtamisen osaaminen on keskeistä hankkeen tulosten osalta. Esihenkilöt ja henkilöstö elävät muutoksessa.

Hanke vahvistaa moniammatillisuutta Hyvinvointialueen kotihoidon henkilöstössä. Hankkeessa määritellään millaista osaamista ja ammattiryhmiä tulee työskentelemään kotihoidossa ja millainen kunkin ammattiryhmän oma tehtäväkuva ja roolitus tulee olemaan. Osaamisen perusrungon kotona asumisessa muodostavat hoiva-avustajat, lähihoitajat ja sairaanhoitajat, joilla on vahva ikääntyvien hoidon osaaminen. Heidän työnsä tueksi on tärkeää muodostaa hankkeen aikana muista erityisosaamisalueista alueellisia ja paikallisia tiimejä, joiden osaamista voidaan hyödyntää koko toiminta-alueen asukkaiden ja kotihoidon työntekijöiden tukena. Erityisosaamista edellyttäviä tiimejä ovat mm. kotikuntoutus-, kotiutus, omaishoidon-, saattohoidon-, mielenterveys- ja päihdetiimi. Tiimien tarkoituksena on varmistaa, että alueen asukkaat voisivat palvelutarpeen kasvaessa asua mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan tai siihen tarkoitetuissa senioriasunnoissa.

Kotona asumista tuetaan myös kotisairaalan turvin. Kotisairaalan hoidon tarpeen arviointiyksikkö (KOHTA) tukee kotihoidon toteuttamista erityisesti asiakkaan lääkehoidossa, saattohoidossa, haasteellisten hoitotilanteiden konsultoinnissa 24/7, tukien osaltaan kotihoidon yöaikaista hoitoa. Kotisairaala tukee myös osaamisen kehittämisessä hoitohenkilöstöä kotihoidossa.

Ammattitaitovaatimukset ovat muuttuneet, tarvitaan yhä monialaisempaa ja asiakaskohtaisempaa osaamista, mitkä ovat muuttaneet ja muuttavat tehtäviä. Asiakkaita hoidetaan yhä laajemmin erilaisissa verkostoissa ja palveluiden tulee olla kuvattu siten, että jokainen tunnistaa oman tehtävänsä, jolloin asiakkaat saavat kokonaisvaltaiset ja laadukkaat palvelut toteutustapojen monimuotoisuuden ansiosta. Osaamisen osalta henkilöstöresurssit kohdentuvat parhaalla mahdollisella tavalla ja hoito- ja palveluprosessit ovat sujuvia ja sovitteja. Kotihoidon henkilöstölle tehtävän osaamiskartoituksen avulla määritellään perusosaamistarpeet, tehtäväkuvat ja roolitus kotihoidossa työskenteleville eri alojen ammattilaisille. Teknologia sulautuu osaksi asiakasprosessia ja tukee kotona asumista asiakaslähtöisesti. Osaamiskartoituksen kautta saatavia tietoja hyödynnetään myös rekrytoitaessa uutta henkilökuntaa sekä suunniteltaessa työntekijöiden yksilöllisiä osaamispolkuja.

Tavoite 3. Palveluiden tuottamisessa huomioidaan turvallisuus ja laatu

Kotihoidon prosessien, toiminnanohjauksen ja johtamisen kehittäminen on merkittävää palvelun laadun, henkilöstön osaamisen, hyvinvoinnin ja tuottavuuden parantamiseksi. Kotona asumista tukevat palvelut suunnitellaan asiakatarpeista lähteviksi, tarvittava erityisosaaminen on saatavilla, asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseen sekä kuntoutukseen panostetaan ja suurin osa akuutti-tilanteista voidaan hoitaa asiakkaan kotona.

Resurssit ovat rajalliset, mutta kasvavan asiakasmäärän tarpeisiin voidaan vastata asiakaslähtöisesti ja laadukkaasti kun oikea määrä oikeanlaisia hoitajia on oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Hyvinvointialueelle muodostuu yhteinen maakunnallinen resurssipooli tai vastaava, jolla taataan riittävä henkilöstömäärä.

Keski-Suomi on mukana Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) kansallisessa RAI vertailukehittämisessä. THL tuottaa vertailukehittämisen tietoa kaksi kertaa vuodessa. Tietoa hyödynnetään palauteraporteista alueen ikääntyneiden palveluiden hoidon laadun ja asiakasrakenteen tunnistamisessa ja seurannassa sekä toiminnan kehittämisessä.

Uuden hyvinvointialueelle kotona asumisen tuen palveluille laaditaan yhtenäiset laadun ja omavalvonnankriteerit. Lähtötilanne kartoitetaan asiakastytyväisyyskyselyllä, joka laaditaan ennen kriteerien laatimista ja samalla kartoitetaan asiakkaiden oma näkemys siitä, mitkä asiat heille ovat laadun mittauksessa keskeisiä tekijöitä. Laatu-kriteerit tulevat toimimaan jatkossa myös omavalvonnan tukena.

Kotona asumisen johtamisessa huomioidaan asiakaslähtöisyys, turvallisuus ja omavalvonnan näkökulmat. Kotihoidon esihenkilöosaamisella varmistetaan, että kotihoidon riskit on tunnistettu yhä monimuotoisemmaksi muuttuvassa toimintaympäristössä ja järjestelmien yhtenäistyessä Hyvinvointialueella asteittain. Turvallisuus on keskeinen asia myös henkilöstöjohtamisessa, koska työtä tehdään asiakkaan kotona, mutta kotihoidon asiakasrakenne muuttuu edelleen yhä monimuotoisemmaksi ja asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen edellyttää laajamittaista yhteistyötä verkostossa, joka aiheuttaa myös tiedonhallinnan suunnittelua ennen yhtenäisiä potilastietojärjestelmiä.

4 Toteutus

4.1 Aikataulu

Hanke toteutetaan ajalla 1.1.22 - 31.12.23.

Hanke vaiheistetaan tavoitteittain ja kokonaiskuva huomioiden. Hanke aikataulutetaan tavoitteittain ja jokaiselle tavoitteelle on oma vastuuhenkilö/ projektityöntekijä. Suurimmat kokonaisuudet kuten etähoidon- ja tukipalveluyksikön sekä keskitetyn palveluohjausyksikön rakentamiseen tarvitaan oma projektityöntekijä.

Ikääntyminen OmaKS -luovien ratkaisujen aikakausi - hankkeen toteutus käynnistyy välittömästi rahoituspäätösten jälkeen. Tavoite on, että Tulevaisuuden sote-keskus –hanke ja Ikääntyminen OmaKS hanke toimivat saumattomasti yhteen. ikääntyneiden palveluiden kokonaiskehittämisen koordinointi tapahtuu Tulsote-hankkeesta Ikääntyminen OmaKS hankkeen käynnistyessä toteutetaan hyvinvointialueen kotiin annettavien palveluiden nykytilanteen arviointi.

Ensimmäinen tehtävä lähtötilanteen kuvaamisen jälkeen on muodostaa yhteinen tilannekuva kotona asumisen tarpeista vuoteen 2030 ja päivitetään aiemmin sovitut tavoitteet. Hankkeiden tavoitteet limittyvät toisiinsa ja niistä muodostetaan yhtenäisiä kokonaisuuksia, joka helpottaa kuntien kotihoidon osallistumista. Hankkeen tavoitteille määritellään vastuu projektityöntekijä (-jät). Heti hankkeen alussa otetaan mukaan hankkeessa olevat kunnat yhteiseen kehittämistyöhön.

Tulevaisuuden sote-keskus – hankkeessa kehitetty Keski-Suomen digitaalinen sosiaali- ja terveyskeskus OmaKS.fi laajenee sisällöllisesti koko hyvinvointialueen digitaalseksi palvelukanavaksi ja palveluiden esittely rakentuu ilmiöpohjaisesti, nykyisen sote-

organisaatiomallityylin sijaan vuoden 2022 aikana . Digitaaliset palvelut tukevat kivijaloissa tehtävää kehittämistyötä moniammatillisen tiimimallin ja paremman asiakassegmentoinnin tavoitteiden saavuttamisessa. Toisessa vaiheessa kotona asumisen tukeminen nousee osaksi tätä kokonaisuutta Ikääntyminen OmaKS hankkeen kautta. Kotona asumisen palvelut kuvataan ilmiöpohjaisesti huomioiden erityisosaamisen tarpeet ja erilaiset teknologiset ratkaisut kotona asumisen tukemiseksi.

Kolmannessa vaiheessa kuvataan ammattilaisten osaaminen ja roolitukset uudella hyvinvointialueella ja varmistetaan samalla asukasturvallisuus ja omavalvonta kotona asumisen kentässä.

Hankkeen eteneminen synkronoidaan kaikkien kolmen tavoitteen osalta osin yhtäaikaaisesti toteutettavaksi, jolloin voidaan varmistaa asioiden huomioiminen myös kokonaisuutena. Hankkeen jälkeen eletään hyvinvointialueen ensimmäistä toimintavuotta. Palvelujen myöntökriteerit ovat yhtenäiset ja palvelutuotannon sisältöä on jo yhdenmukaistettu. Digitaaliset palvelukanavat ovat koko hyvinvointialueella käytössä ja moniammatillinen työtapa syvenyy käytännöksi ja uudeksi palvelukulttuuriksi. Hankkeen tavoitteiden ja vaiheiden toteutusta arvioidaan vuosittain sovituilla mittareilla ja arviointimenetelmillä.

4.2 Toimenpiteet

Tavoite 1:

1. Muodostetaan yhteinen tilannekuva kotona asumisen palveluiden tarpeista vuoteen 2030 ja päivitetään aiemmin sovitut tavoitteet
2. Kuvataan ja otetaan käyttöön palvelutarpeenarvioinnin ja palveluiden myöntämisen periaatteet ja perusteet Keski-Suomessa huomioiden RAI kriteerit
3. Palveluohjauksessa työskentelevät asiakas/palveluohjaajat koulutetaan ja perehdytetään hankkeen aikana maakunnan yhteisiin käytäntöihin ja toimintamalleihin (keskitetty palveluohjaus)
4. Sovitaan maakunnan yhteiset kotona asumisen tukemisen edistämisen toimintamallit
 - a. Keskitetty palveluohjausyksikkö
 - b. Digi –ja teknologiakeskus, sisältäen etähoidon ja –hoivan sekä tukipalveluiden tuottamisen toimintamallin
 - c. Muodostetaan muistihoidajaverkosto, ml geriatrisen osaamiskeskuksen osaamisen laajentaminen
 - d. Kotisairaalan Kohta-yksikön pilotin laajentuminen ja mallin käyttöönotto koko maakunnan alueelle
 - e. Tiimimalli, jossa huomioidaan erityisosaamista vaativat asiakasryhmät
5. Omais- ja perhehoidon periaatteiden luominen ja omaishoitajien tukeminen

Tavoite 2.

6. Henkilöstörakenteen, - määrän, osaamisvaatimusten ja tehtäväkuvien määrittely maakunnan kotona asumista tukeviin palveluihin
 - a. Osaamiskartoitus ja erityisosaamisen määrittely (mm. kuntoutus, mtt, päihde, muisti)
 - b. Erityisosaamista vaativien tiimien muodostaminen
 - c. Tehtäväkuvat ja roolit ammattiryhmittäin
 - d. Resurssipoolin määrittäminen
 - e. Kotihoidon johtamisen rakenteet ja määrittely
7. Perehdytys ja koulutus: hankkeessa luodaan yhteinen sähköinen perehdytys- ja koulutuskokonaisuus henkilöstölle ja esihenkilöille
 - a. RAI osaamisen varmistaminen
 - b. Kuntoutuksen ja toimintakyvyn edistämisen osaamisen kehittäminen, kuntoutuksen asiantuntijoiden osaamista lisätään

- c. Teknologian osaaminen osaksi hoitajan työtä: keskitetty, laadukas ja jatkuvasti tarjolla oleva koulutus teknologisten laitteiden käytöstä.

Tavoite 3.

8. RAI mittarien hyödyntäminen kotona asumisen tukemisen ja hoidon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa.
9. Varmistetaan, että työt järjestellään alueella yhtenäisin periaattein ja tavoittein
10. Kotona asumisen turvallisuuden painopisteistä sopiminen Keski-Suomessa nyt ja tulevaisuudessa
11. Omavalvonta tukee palveluiden laatua koko Keski-Suomen kotihoidossa
12. Ostopalvelut ja palvelusetelillä tuotetut palvelut pidetään mukana kehittämisessä
13. Johtaminen ja esimiestyö tukee turvallisuutta ja laatutyötä

5 Tuotokset, tulokset ja vaikutukset

Hankkeen tuloksena syntyy uudelle Hyvinvointialueelle TulSote- ja muiden hankkeiden kanssa yhteistyössä uusi ilmiöpohjainen tapa tuottaa kotona asumisen tukemisen palveluita eri ikäryhmien tarpeisiin. Tavoitteena on varmistaa, että kuntalaisilla on tarvitsemansa palvelut lähipalveluna, etänä tai fyysisesti ja se mahdollistetaan yhtenäisesti koko hyvinvointialueella.

Ikääntyminen OmaKS - hankkeessa muodostetaan tilannekuva kotona asumisen tarpeista nyt ja tulevaisuudessa ilmiöpohjaisen toimintamallin mukaisesti, laaditaan kotiin tuotettavat palveluiden myöntämisen kriteerit, joilla varmistetaan yhdenvartaiset palvelut uudella Hyvinvointialueella. Kuvataan palveluohjaus, etähoidon- ja tukipalveluiden, kotikuntouksen ja muun erityisosaamisen edellyttämät toimintamallit, jotka myös toimivat alueella keskitetyn ja hajautettu toimintamallin mukaisesti, jolla varmistetaan erityisosaaminen asiakkaiden tarpeiden mukaan. Varmistetaan, että kotona asumisen tukemiseksi on riittävä perustason osaaminen asiakkaiden tarpeiden mukaan ja yhteinen ymmärrys siitä, mihin ollaan menossa ja millaista laatua kotona asumisen tuen palveluissa edellytetään.

Ikääntyminen OmaKS –luovien ratkaisujen aikakausi hankkeen keskeisenä tavoitteena on, että tulevan Hyvinvointialueen yli 75 vuotiaista kuntalaisista 93 % asuu omassa kodissa ja tavoite toimii selkeänä tavoitetilana ja onnistumisen mittarina kaikille tehtäville toimenpiteille. Uusien toimintamallien rakentamisessa keskeistä on ottaa ikäihmiset ja omaiset mukaan palveluiden suunnitteluun, jolloin voidaan samalla tehdä asennemuokkausta ja vahvistaa ikääntyvien oma luottamusta kotona pärjäämiseen.

6 Hankkeen hallinnointi

6.1 Hankkeen toimijat ja organisoituminen

Hankkeeseen osallistuvat kaikki maakunnan 22 kunnan kotihoidon yksiköt. Hanketta hallinnoi Jyväskylän kaupunki. Koska tämä Ikääntyminen OmaKS – hanke on tiivisosa Tulevaisuuden sote-keskushanke kokonaisuutta, hankkeen ohjausryhmänä toimisi jo valittu tulsote-hankkeen ohjausryhmä vahvistettuna kolmella hyvinvointialueen ikäihmisten/kotihoidon palveluiden esihenkilöllä.

Työntekijöiden ja esimiesten tukena toimii työrukkanen, johon kuuluu tiivis työryhmä, jonka kanssa arvioidaan hankkeen etenemistä ja ratkotaan mahdollisia pulmatilanteita sovituin välein.

Hankkeesta tehdään tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen muiden rajapintojen ja -hankkeiden kanssa.

6.2 Hankkeen resurssit

Hankkeen kokonaiskustannukset muodostuvat seuraavista osa-alueista:

1. Projekti- ja kehittäjätyöntekijöiden palkkaaminen kuntien käyttöön, jalkautuvat työntekijät esim. RAI:n edelleen kehittämiseen, etähoivaan, kotisairaalan pilottiin, geriatrisen osaamiskeskuksen kehittämiseen jne. Yhteensä 10 htv.
2. Digitaaliset palvelut digi- ja teknologiakeskuksessa, asiakasohjauksessa ja kotihoidossa
3. Työvälineet, tietokoneet ja puhelimet, ICT järjestelmät
4. Matkakustannukset
5. Kokouskustannukset
6. Oheiskustannukset?
7. Palveluiden osto: mm. asiantuntijapalvelut osaamisen arviointiin; tarvittaessa kilpailutettava palvelu
8. Hankkeen hallinnointiin vaadittava osaamisresurssi

9. Tilakustannukset

Kustannukset muodostuvat pääosin hankkeen henkilöstökuluista, eri kokonaisuuksien vastuullisten osalta (projektityöntekijät ja kehittämistyöntekijät).

Tavoitteena on, kuten TulSote-hankeessakin, saada osaaminen pitkäaikaisesti oman organisaation käyttöön ja rakenteisiin. Siksi pääpaino on henkilökunnalla, joka on työsuhteessa hankkeeseen tai hankkeen osatoteuttajiin. Kustannusten seurannasta vastaa hankehallinnoija eli Jyväskylän kaupunki.

6.3 Viestintä

Suunnitelmallisella viestinnällä varmistetaan asukkaiden, henkilöstön, päättäjien, järjestöjen ja eri sidosryhmäkumppaneiden tiedonsaanti tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluiden uudistamisesta. Asiakasviestinnässä keskitytään kertomaan palvelumuutoksista omissa palveluissa. Viestintää tehdään yhteistyössä Keski-Suomen kunta- ja sote-viestijöiden sekä hankehallinnoijan Jyväskylän kaupungin viestijöiden kanssa.

Viestinnän tavoitteena on vahvistaa kotihoidon imagoa sekä ikäihmisten ja omaisten luottamusta kotona asumista tukeviin palveluihin. Viestinnässä tulee keskittyä luomaan uskoa siihen, että hankkeen aikana kuvatuilla toimintamalleilla voidaan jakaa työtä kotihoidossa ja kotona asumista tukevilla muilla palveluilla uudella tavalla hyödyntäen myös uutta teknologiaa.

Pääviesti

Kotona asumista uudistetaan:

Varmistamalla, että jokaisella ikäihmisellä on mahdollisuus ottaa ikääntyminen omaksi Kotona asumisen toimintamallit on kuvattu Keski-Suomessa ja niitä uudistetaan samaan suuntaan

Kotihoidon osaaminen on kuvattu toimintamalleittain ja varmistetaan myös erityisosaamisen tarpeet

Kotihoidon uudistamisessa varmistetaan turvallisuus ja laatu

Uudistuksessa pidetään mukana yhteistyökumppanit ja palveluntuottajat

Viestintäkanavat

www.hyvaks.fi, kuntien ja kaupunkien www-sivut

Facebook, twitter ja instagram

Keski-Suomessa ilmestyvät lehdet

Viestinnän kohderyhmä

Ikääntyvät ihmiset ja omaiset

Kotona asumista tukevien palveluiden henkilöstö

Sote –ammattilaiset

Muut Soten hankkeet

Viestinnän vastuuhenkilöt

Hankkeelle palkattavat projektityöntekijät omalta vastuualueeltaan viestintäsuunnitelman mukaan. Viestinnän päävastuu on projektipäälliköllä. Viestintä liitetään tiiviiksi kokonaisuudeksi Tulevaisuuden sote-keskushankkeen viestintäsuunnitelmaan.

6.4 Seuranta ja arviointi

Hankkeen päätavoitteena on varmistaa yhdessä muiden maakunnallisten hankkeiden kanssa, että vuoden 2023 alussa Hyvinvointialueen asukkaille myönnetään palveluja samoilla myöntämiskriteereillä ja asteittain myös mahdollisimman yhdenmukaisesti.

Hankkeen arviointia toteutetaan tavoitteiden ja toimenpiteiden kautta prosentuaalisesti suhteessa sovittuun aikatauluun. Ikäihmisten palvelukokonaisuuden kokonaiskehittämisen eteneminen kuvataan Tulevaisuuden sote-keskushankkeen oma-arviointi asiakirjassa kahdesti vuodessa. Lisäksi hanke toteuttaa hankesalkkuraportoinnin rahoittajan ohjeistuksen mukaisesti ja valmistelee toiminnan ja talouden seurantaraportit säännöllisesti hankkeen ohjausryhmälle.

6.5 Riskit ja niihin varautuminen

Hanketyöhön liittyy aina riskejä, joita pyritään hallitsemaan ja ennakoimaan huolellisella valmistelulla sekä laaja-alaisella kuntayhteistyöllä. Riskien vaikutuksia arvioidaan, mallinnetaan ja raportoidaan aktiivisesti niin valmistelu- kuin toteutusvaiheessa hankehallinnoijan ja maakunnan kuntatoimijoiden kesken.

Ikääntyminen OmaKS –hanke toteutuu osana TuSote hanketta. Ikääntyminen OmaKS- hankkeessa on kolme kärkiteemaa, joiden toteutuksessa varmistetaan rajapinnat muihin kehittämisteemoihin. Keski-Suomen kotona asumisen tukemiseen kehittämiseen osallistuvat kunnat ovat eri tasoilla oman toimintansa kehittämisessä. Kehittämistoimenpiteiden laajuus voi siten vaihdella eri organisaatioissa. Yhteinen tavoite kuitenkin on, että kaikki organisaatiot hyötyvät hankkeesta ja hyviä käytäntöjä sekä oppeja pystytään ottamaan käyttöön maakuntatasolla.

Riskin kuvaus	Seuraus, jos riski toteutuu	Toimenpiteet riskin poistamiseksi tai pienentämiseksi	Vastuutaho (ohjausryhmä, projektipäällikkö, hanketyöntekijä...)
Useiden hankkeiden rajapintojen yhteensovittaminen ja kokonaisuuden hallinta	Päällekkäinen työ, hukatut resurssit ja epäselvyys tehtävien jaossa	Hankkeiden tavoitteiden yhdensuuntaisuus varmistetaan projektipäällikköiden toimesta. Riittävän tiedotuksen varmistaminen. Yhteiset hankkeiden väliset tapaamiset.	Projektipäällikköiden ja hankevetäjien yhteiskokoukset. Yhteensovittaminen ohjausryhmien pysyvänä kohtana asialistalla.
Kuntien kotihoidon yksiköiden (22) osallistuminen ja sitoutuminen hankkeeseen ja sen tavoitteisiin	Hankkeen toimenpiteiden toteuttaminen ei etene suunnitellusti. Osa yksiköistä ei pysty osallistumaan henkilöstövajeen vuoksi.	Projektipäällikkö ja hanketyöntekijät tapaavat kuntien kotihoidon vastuuhenkilöitä (joiden tiedot ovat ajan tasalla) ja varmistavat riittävän tiedonkulun ja osallistumismahdollisuuden. Asioita kerrataan riittävästi, jolloin kaikki pääsevät osallistumaan.	Projektipäällikkö ja hanketyöntekijät omien vastuualueidensa osalta
Tiedonkulussa ja viestinnässä onnistuminen	Hankkeen toimenpiteet eivät etene tai ne tehdään vain osassa kuntien kotona asumista tukevissa palveluissa. Osa kuntatoimijoista kokee jäävänsä ulkopuoliseksi.	Hankkeen kokonaisuudet aikataulutetaan hankkeen alkaessa yhdessä kuntatoimijoiden kanssa tiedonkulun varmistamiseksi. Osallistuminen heti alussa hankkeen toteutukseen mahdollistaa sitoutumisen yhteiseen tekemiseen.	Ohjausryhmä ja työryhmä on mukana tiiviisti tukemassa hanketta alulle yhdessä projektityöntekijöiden kanssa.

