

# Sujuvasti Kotona - tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut -hankkeen loppuraportti 2022–2023

Kirjoittanut:

Heikkinen Elli, Ikonen Mari, Kokkinen Maija, Kotanen Anu,  
Laamanen Marja, Mälkiä Pia, Paananen Oona, Pirinen Hannele,  
Pirinen Satu, Pursiainen Tuire ja Siirilä Sari



# Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille 2022–2023 (TulKoti) –hankkeen loppuraporttipohja

Yhteinen pohja  
hankkeissa kehitettävien toimintamallien  
vaikutusten arviointiin ja tulosten raportointiin  
TulKoti-hankkeille

## Sisällys

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Hankkeen toiminnan ja tulosten tiivistelmä.....                                                                                               | 5  |
| Sammanfattning .....                                                                                                                          | 7  |
| Abstract .....                                                                                                                                | 9  |
| Johdanto .....                                                                                                                                | 11 |
| 1. Aluehankkeen kuvaus ja tarkoitus.....                                                                                                      | 12 |
| 1.1 Hankkeen tarve.....                                                                                                                       | 12 |
| 1.2 Kohderyhmät .....                                                                                                                         | 13 |
| 2. Aluehankkeen tavoitteet .....                                                                                                              | 13 |
| 3. Tulokset .....                                                                                                                             | 14 |
| 3.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä.....                                                                              | 14 |
| 3.1.1. Teknologiset ratkaisut .....                                                                                                           | 14 |
| 3.1.2. Aktiivisuuden seurantapalvelu osana kotihoidon asiakkaiden hyvinvoinnin seurantaa.....                                                 | 15 |
| 3.1.3. Hyvinvointia edistävät etäyhteyshälytykset; Voitha siekii hyvi?.....                                                                   | 16 |
| 3.1.4. Katse kotihoidon asiakkaan suunterveyteen osana parempaa ravitsemusta .....                                                            | 17 |
| 3.1.5. Kuntouttavan lähihoitajatoiminnan kehittäminen.....                                                                                    | 18 |
| 3.1.6. Fysioterapeutti kotihoidossa –pilotti.....                                                                                             | 20 |
| 3.1.7. DigiRehab –toimintamalli ja Liikuntaneuvojat kotihoidossa -toimintamalli .....                                                         | 22 |
| 3.1.8. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset: Teknologiakoordinaatiomalli ja Sosiaalinen kuntoutus .....                               | 26 |
| 3.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan.....                                                                                          | 27 |
| 3.2.1. Asiakasvastaavan työprosessi.....                                                                                                      | 27 |
| 3.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun.....                                                           | 32 |
| 3.3.1. Titania optimointi .....                                                                                                               | 32 |
| 3.3.2. Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa .....                      | 33 |
| 3.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla.....                                                                       | 37 |
| 3.4.1. RAI-mittarit palvelujen myöntämisen perusteissa .....                                                                                  | 37 |
| 3.4.2. RAI-arviointi osana palvelutarpeenarviointia .....                                                                                     | 39 |
| 3.4.3. Fysioterapeutit osana moniammatillista RAI-arviointia .....                                                                            | 40 |
| 3.4.4. RAI-analyysit laadun varmistuksessa .....                                                                                              | 41 |
| 3.4.5. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset: Omavalvonta ja sotepalvelujen ohjaus ja valvonta Etelä-Karjalan hyvinvointialueella..... | 43 |

Johtopäätökset ..... 43

## Hankkeen toiminnan ja tulosten tiivistelmä

### Tavoitteet

Hankkeen päätavoitteena oli luoda sujuvat yhteistyöprosessit palveluneuvonnan ja -ohjauksen, asiakasvastaavien sekä iäkkäiden kotihoidon, asumispalvelujen, sotekeskuksen ja sairaalan kotiutuksen osalta ja kuntoutuksen kesken.

Hankkeessa täydennettiin ikääntyneiden palvelukokonaisuutta ottamalla käyttöön vaihtoehtoisia kevyempiä toimintakykyä tukevia palveluja ja ratkaisuja.

Tavoitteet oli jaoteltu neljään tavoitekokonaisuuteen: 1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, 2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan, 3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun ja 4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla. Alatavoitteita oli yhteensä 18 kpl. Päätavoitteet ja niiden alatavoitteet ovat lueteltuina alla olevassa taulukossa.

| 1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan                                  | 3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun                                                                                                               | 4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Teknologiset ratkaisut</li><li>• Aktiivisuuden seuranta palvelu osana kotihoidon asiakkaiden hyvinvoinnin seurantaa</li><li>• Hyvinvointia edistävät etäyhteyshälytys; Voitha siekii hyvi?</li><li>• Katse kotihoidon asiakkaan suunterveyteen osana parempaa ravitsemusta</li><li>• Teknologiakoordinaatiomalli</li><li>• Sosiaalinen kuntoutus</li><li>• Kuntouttavan lähihoitajatoiminnan kehittäminen</li><li>• Fysioterapeutti kotihoidossa – pilotti</li><li>• DigiRehab -toimintamalli</li><li>• Liikuntaneuvojat kotihoidossa - toimintamalli</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Asiakasvastaavan työprosessi</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Titania optimointi</li><li>• Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• RAI-mittarit palvelujen myöntämisen perusteissa</li><li>• RAI-arviointi osana palvelutarpeenarviointia</li><li>• Fysioterapeutit osana moniammatillista RAI-arviointia</li><li>• RAI-analyytit laadun varmistuksessa</li><li>• Omavalvonta ja sotepalvelujen ohjaus ja valvonta Etelä-Karjalan hyvinvointialueella</li></ul> |

Taulukko 1. Hankkeen pää- ja alatavoitteet.

### Tulokset ja toimintamallit

Tavoitekokonaisuuksien alatavoitteista syntyivät hankkeessa tehdyt toimintamallit. Näitä olivat muun muassa Hyvinvointia edistävät etäyhteyshälytys; Voitha siekii hyvi?, Fysioterapeutti kotihoidossa –pilotti ja Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa.

Hyvinvointia edistävät etäyhteyshälytys; Voitha siekii hyvi? Toimintamallin avulla pystyttiin tuomaan kustannustehokkaasti ikääntyneitä yhteen keskustelemaan ja harrastamaan erilaisia virikkeellisiä aktiviteetteja. Koska toiminta toteutettiin etäyhteyden välityksellä, osallistuminen oli mahdollista laajalla alueella hyvinvointialuetta. Toimintamallin avulla tuettiin asiakkaan kotona pärjäämistä ja selviytymistä ennen raskaampiin palveluihin siirtymistä. Asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ylläpidettiin muun muassa vuorovaikutuksella, fyysistä toimintakykyä liikuntatuokioilla, psyykkistä toimintakykyä vertaistuellalla ja muistelutuokioilla. Lisäksi tarjosimme muun muassa apuvälinetietoutta asiantuntijan toimesta ja ravitsemuksen ohjausta. Toimintamalli jäi hankkeen jälkeen osaksi omaa toimintaamme.

Fysioterapeutti kotihoidossa –pilotti vahvisti asiakkaan toimintakykyä tukevaa ja voimavaralähtöistä työskentelyä kotihoidon tiimeissä. Se lisäsi asiakaslähtöisyyttä ja vahvisti henkilöstön toimintakykyosaamista. Lisäksi toimintamalli auttoi tunnistamaan kaatumisriskiä lisäävät tekijät ja pyrki vaikuttamaan niihin moniammatillisesti. Toimintamalli jäi hankkeen jälkeen osaksi omaa toimintaamme.

Asiakkailla myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa mahdollisti yhdenmukaiset toimintatavat liittyen henkilöstön riittävyyden arviointiin suhteessa asiakkailla myönnettyjen palvelutuntien määrään. Kotihoidon henkilöstön tarve tulee perustua asiakkailla myönnettyihin palvelutunteihin, huomioiden välittömään asiakastyöhön varattu työaika työpäivän aikana. Hankkeen aikana ei luotu vain yhtä toimintamallia, vaan useamman toimintamallin kokonaisuus, joka koostuu erilaisista prosesseista ja ohjeista liittyen henkilöstön riittävyyden arviointiin kotihoidon yksiköissä. Toimintamallit tuottavat esihenkilöille yksiköissä lisätietoa henkilöstön riittävyydestä ja on osaltaan tukemassa päivittäistä tiedolla johtamista.

Hankkeessa kehitetyistä toimintamalleista löytyy lisätietoa Innokylästä Etelä-Karjala - Sujuvasti Kotona – hanke kokonaisuuden alta.

### **Johtopäätökset**

Hankkeessa kehitettiin tavoitteiden mukaisia toimintamalleja kotona asumisen tueksi toimintaympäristön muutokset huomioiden. Tällaista kehitystyötä ei olisi syntynyt ilman erillistä hankerahoitusta. Hankkeen aikana syntyi toimintamalleja, jotka soveltuvat organisaatiomme sisäiseen käyttöön sekä toimintamalleja, jotka ovat monistettavissa muualle.

Organisaation muutos kuntayhtymästä hyvinvointialueeksi kesken valtionavustuksen käytön sekä uuden organisaation järjestäytyminen vaikutti resurssointeihin. Näistä haasteista johtuen hankkeen aikana oli henkilöstövaihdoksia, joka vaikutti osaltansa kokonaisjohtamiseen. Hyvinvointialueen haastava taloudellinen tilanne toi osaltansa haasteita toimintamallien jalkauttamiselle.

Taloudentasapainottamisohjelman ja palveluverkkoselvityksen ollessa vielä keskeneräisiä hankeraportin kirjoittamisen aikaan, valmisteltiin hankkeen aikana toimintamalleja otettavaksi myöhemmin käyttöön.

Hyvinvointialueellamme vallitsevaan henkilöstöriittävyyshaasteeseen pyrimme osaltamme vastaamaan hankkeessa tehtyjen toimintamallien avulla, esimerkiksi digitaalisilla ratkaisuilla ja liikuntaneuvojat kotihoidossa toimintamallilla. Liikuntaneuvojat kotihoidossa toimintamallin pilotointi mahdollisti muun ammattiryhmän kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen työskentelyn kotihoidossa asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa.

## Sammanfattning

### Mål

Huvudsyftet med projektet var att skapa smidiga samarbetsprocesser mellan servicerådgivning och handledning, kundansvariga, hemvård för äldre, boendeservice, utskrivning från social- och hälsocentraler och sjukhus samt rehabilitering. Projektet kompletterade servicehelheten för äldre genom att introducera alternativa, lättare tjänster och lösningar som stöder funktionsförmågan.

Målen delades in i fyra uppsättningar av mål: 1. Tjänster som stöder hemmaboende är kundorienterade, 2. Kunden får rätt tjänster vid rätt tidpunkt, 3. Tillräcklig och kunnig personal säkerställer kvaliteten på de tjänster som ges i hemmet och 4. Tjänsternas kvalitet säkerställs genom systematisk uppföljning. Det fanns totalt 18 delmål. Huvudmålen och deras delmål anges i tabellen nedan.

| 1. Tjänster som stöder hemmaboende är kundorienterade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2. Kunden får rätt tjänster vid rätt tidpunkt                                    | 3. Tillräcklig och kunnig personal säkerställer kvaliteten på de tjänster som tillhandahålls i hemmet                                                                                              | 4. Tjänsternas kvalitet ska säkerställas genom systematisk övervakning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tekniska lösningar</li><li>• Aktivitetssuppföljningstjänst som en del av uppföljningen av hemvårdens klienters välbefinnande</li><li>• Distansbesök som främjar välbefinnandet; Voitha siekii hyvin?</li><li>• En blick på hemvårdens munhälsa som en del av bättre näring</li><li>• Modell för teknisk samordning</li><li>• Social rehabilitering</li><li>• Utveckling av den rehabiliterande närvårdare verksamheten</li><li>• Fysioterapeut i pilotprojekt inom hemsjukvården</li><li>• Verksamhetsmodellen för DigiRehab</li><li>• Motionshandledare i verksamhetsmodellen för hemvården</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbetsprocess för kundansvarig</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Titania-optimering</li><li>• Antalet tjänster som beviljats klienter och verksamhetsmodellen för bedömning av personalsituationen inom hemvården</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• RAI-indikatorer i kriterierna för beviljande av tjänster</li><li>• RAI-bedömning som en del av bedömningen av servicebehovet</li><li>• Fysioterapeuter som en del av multiprofessionell RAI-bedömning</li><li>• RAI-analyser i kvalitetssäkring</li><li>• Egenkontroll samt styrning och tillsyn av social- och hälsovården i Södra Karelens välfärdsområde</li></ul> |

Tabell 1. Projektets huvud- och delmål.

### Resultat och verksamhetsmodeller

Målhelheternas delmål gav upphov till de verksamhetsmodeller som skapades i projektet. Dessa inkluderade distansbesök som främjade välbefinnandet; Voitha siekii hyvin?, pilotprojektet: Fysioterapeut inom hemvården och antalet beviljade tjänster för kunder och verksamhetsmodellen för bedömning av personaltätheten inom hemvården.

Distansbesök som främjar välbefinnandet; Voitha siekii hyvin? Med hjälp av verksamhetsmodellen var det möjligt att sammanföra äldre personer för att diskutera och delta i olika stimulerande aktiviteter på ett kostnadseffektivt sätt. Eftersom verksamheten genomfördes på distans var det möjligt att delta i ett stort område i välfärdsområdet. Verksamhetsmodellen användes för att stödja klientens möjligheter att klara sig hemma innan man övergick till tyngre tjänster. Klientens sociala funktion upprätthölls bland annat genom interaktion, fysisk funktion genom motionssessioner, mental funktion genom kamratstöd och minnessessioner. Dessutom erbjöd vi bland annat expertinformation om hjälpmedel och kostrådgivning. Efter projektet förblev verksamhetsmodellen en del av vår egen verksamhet.

Pilotprojektet Fysioterapeut inom hemvården stärkte klientens funktionsförmåga, stödjande och resursorienterade arbetskultur i hemvårdsteamet. Det ökade kundorienteringen och stärkte personalens funktionsförmåga. Dessutom hjälpte verksamhetsmodellen till att identifiera faktorer som ökar risken för fall och försökte påverka dem på ett tvärvetenskapligt sätt. Efter projektet förblev verksamhetsmodellen en del av vår egen verksamhet.

Mängden tjänster som erbjuds klienterna och verksamhetsmodellen för bedömning av personaltätheten inom hemvården möjliggjorde en enhetlig praxis för bedömning av personalens tillräcklighet i förhållande till antalet servicetimmar. Behovet av hemvårdspersonal ska grunda sig på de servicetimmar som klienten har fått, med beaktande av den arbetstid som reserverats för direkt klientarbete under arbetsdagen. Under projektet skapades inte bara en verksamhetsmodell, utan en helhet av flera verksamhetsmodeller som består av olika processer och anvisningar för bedömning av personaltillräckligheten vid hemvårdsenheterna. Verksamhetsmodellerna ger enheternas chefer ytterligare information om personalens tillräcklighet och stöder den dagliga kunskapsbaserade ledningen.

Mer information om de verksamhetsmodeller som utvecklats i projektet finns i Innokylä inom ramen för projektet Etelä-Karjala – Sujuvasti kotona (endast på finska).

### Slutsatser

I projektet utvecklades verksamhetsmodeller som stöder hemmaboende i enlighet med målen och som beaktar förändringar i verksamhetsmiljön. Ett sådant utvecklingsarbete skulle inte ha genomförts utan separat projektfinansiering. Under projektets gång skapades verksamhetsmodeller som lämpar sig för vår organisations interna bruk samt verksamhetsmodeller som kan kopieras någon annanstans.

Resurstilldelningen påverkades av att organisationen ändrades från samkommun till välfärdsområde mitt under användningen av statsandelar och organiseringen av den nya organisationen. På grund av dessa utmaningar skedde personalförändringar under projektets gång, vilket bidrog till den övergripande ledningen. Välfärdsområdets utmanande ekonomiska situation medförde utmaningar i genomförandet av verksamhetsmodellerna. Balanseringsprogrammet och servicenätsutredningen var ännu inte färdiga när projektrapporten skrevs, men under projektet utarbetades verksamhetsmodeller som tas i bruk senare.

För vår del strävar vi efter att svara på utmaningen med personaltillräckligheten i vårt välfärdsområde med hjälp av de verksamhetsmodeller som skapats i projektet, såsom digitala lösningar och verksamhetsmodellen för motionshandledare inom hemvården. Pilotförsöket med verksamhetsmodellen för motionshandledare inom hemvården gjorde det möjligt för en annan yrkesgrupp än yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården att arbeta inom hemvården för att stödja klienternas funktionsförmåga.



## Abstract

### Objectives

The main objective of the project was to create smooth cooperation processes for service counselling, service guidance and case managers, as well as for the home care of the elderly, housing services, the health and social services centre, hospital discharge and rehabilitation. The project complemented the range of services available for elderly people by introducing alternative, less intense services and solutions that support clients' ability to function.

There were four sets of objectives: 1) Services to support older people's ability to live at home are client-centred, 2) The client receives the right services at the right time, 3) Adequate number of competent staff ensures the quality of the services provided at home, and 4) The quality of the services is ensured through systematic monitoring. There were a total of 18 sub-objectives. The main objectives and the sub-objectives are listed in the table below.

| 1. Services to support older people's ability to live at home are client-centred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2. The client receives the right services at the right time                     | 3. Adequate number of competent staff ensures the quality of the services provided at home                                                                                                                        | 4. The quality of the services is ensured through systematic monitoring                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Technological solutions</li> <li>• Activity monitoring service as part of the monitoring of home-care clients' wellbeing</li> <li>• Virtual visits to promote wellbeing – Voitha siekii hyvi?</li> <li>• Monitoring a home care client's oral health as a way to promote better nutrition</li> <li>• Technology coordination model</li> <li>• Social rehabilitation</li> <li>• Developing rehabilitative practical nurse activities</li> <li>• Physiotherapist in Home Care pilot project</li> <li>• DigiRehab operating model</li> <li>• Physical Activity Counsellors in Home Care operating model</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Case manager's work process</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Titania optimisation</li> <li>• Number of services allocated to clients and an operating model for assessing the adequacy of the number of staff in home care</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resident Assessment Instruments (RAI) in the criteria for allocating services</li> <li>• RAI assessment as part of the service needs assessment</li> <li>• Physiotherapists as part of a multiprofessional RAI assessment process</li> <li>• RAI analyses for quality assurance</li> <li>• Self-supervision and the control and monitoring of social and health services in the wellbeing services county of South Karelia</li> </ul> |

Table 1. The project's main and sub-objectives.

### Findings and operating models

The sub-objectives derived from the set of objectives mentioned above gave rise to the operating models applied in the project. These included, for example, Virtual Visits to Promote Wellbeing – Voitha siekii hyvi?, the Physiotherapist in Home Care pilot project, and the Number of Services Allocated to Clients and an Operating Model for Assessing the Adequacy of the Number of Staff in Home Care.

The operating model Virtual Visits to Promote Wellbeing – Voitha siekii hyvi? provided a cost-effective way to bring elderly people together to have a chat and engage in a variety of stimulating activities. As the activities were carried out remotely, participation was possible over a wide area of the wellbeing services county. This model was used to support a client's ability to manage and cope at home before moving on to more intense services. The client's social ability to function was maintained, for example, through interaction, their physical capacity through exercise sessions, and their mental ability to function through peer support and reminiscence sessions. We also offered, among other things, information on assistive

devices provided by an expert, and also nutritional guidance. The model remained part of our operations after the project had finished.

The Physiotherapist in Home Care pilot project strengthened the home care teams' resource-oriented work culture that aims to support clients' ability to function. It increased customer focus and strengthened the staff's competence in matters relating to their own customers' ability to function. This operating model also helped the staff to identify the factors that increase customers' risk of falls and sought to address these factors in a multidisciplinary way. The model remained part of our operations after the project had finished.

The Number of Services Allocated to Customers and an Operating Model for Assessing the Adequacy of the Number of Staff in Home Care enabled a harmonised approach to the assessment of staff numbers in relation to the number of service hours provided to customers. The need for home care staff should be based on the service hours allocated to these customers, taking into account the working time allocated to direct customer work during the working day. During the project, not just one operating model was created, but a set of several models consisting of different processes and guidelines for assessing the adequacy of staff numbers in home care services. The operating models provide additional information for unit managers on the adequacy of the number of staff, and contribute to supporting their day-to-day knowledge management.

More information about the models developed within the project can be found in Finnish on the [innokyla.fi](http://innokyla.fi) site under the section 'Etelä-Karjala – Sujuvasti Kotona hanke'.

## Conclusions

In line with the objectives, operating models were developed within this project to support the elderly in continuing to live at home, while taking changes in the environment into account. Such development work would not have been possible without specific project funding. During the project, operating models were created that are suitable for internal use within our organisation, as well as operating models that can be replicated elsewhere.

The organisational change from a joint municipal authority to a wellbeing services county, while we were in receipt of a government grant, and the reorganisation of the resulting new organisation had an impact on resource allocation. Due to these challenges, there were staff changes during the project which affected the overall management work. The difficult economic situation of the wellbeing services county contributed to the challenges of implementing the operating models. While the financial rebalancing programme and the service network study were still incomplete at the time of writing the project report, operating models for later implementation were prepared during the project.

We attempted to address the challenge of inadequate numbers of staff in our wellbeing services county through the operating models created in the project, such as digital solutions and the Physical Activity Counsellors in Home Care model. The piloting of the Physical Activity Counsellors in Home Care model enabled a professional group other than social and health care professionals to work in home care and support clients' ability to function.

## Johdanto

Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut (TulKoti)–hanke on sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama ja on osa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa tehtävän kehittämistyön kokonaisuutta. Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut –hanke on käynnissä 1.1.2022-31.12.2023 ja sitä toteutetaan kaikilla hyvinvointialueilla.

Hankekokonaisuudella toteutetaan Marinin hallitusohjelmaa (2020), jonka yhtenä tavoitteena on ikäystävällisyyden vahvistaminen. Tavoitteeseen pyritään osaltaan parantamalla iäkkäiden palvelujen laatua ja saatavuutta.

Kotona asumista tukevien palvelujen vahvistaminen ja kotihoidon resurssien riittävyyden turvaaminen on yksi keskeinen osa palvelujärjestelmään liittyvää toimenpidekokonaisuutta, jonka osa-alueita ovat muun muassa iäkkäiden palvelujen hyvän johtamisen varmistaminen sekä uusien työtapojen ja teknologisten välineiden käyttöön ottaminen. Myös hallituskaudella toteutettu iäkkäiden palveluja koskevan lainsäädännön uudistamisen toinen vaihe keskittyi erityisesti kotihoidon laadun ja resurssien vahvistamiseen. Lisäksi hallitusohjelmaan sisältyvän poikkihallinnollisen Ikäohjelman yhtenä vaikuttavuustavoitteena vuoteen 2030 mennessä on turvata palvelujärjestelmän sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen hyväksyminen eduskunnassa käynnisti hyvinvointialueiden toiminnan aloittamiseen tähtäävän toimeenpanotyön. Hankkeessa tuetaan kuntia ja uusia hyvinvointialueita niiden iäkkäiden kotona asumista tukevien palvelujen kokonaisuuden kehittämisessä. Hankkeen tavoitteita toteutetaan erityisesti Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2020–2023 annettuja sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävää palvelujärjestelmää koskevia suosituksia toimeenpanemalla.

Tämä on Sujuvasti Kotona - tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut loppuraportti. Sen tarkoituksena on kuvata alueellisen hankkeen tarkoitus ja tavoitteet, hankkeessa kehitetyt toimintamallit ja muut tuotokset sekä niiden johtopäätökset.

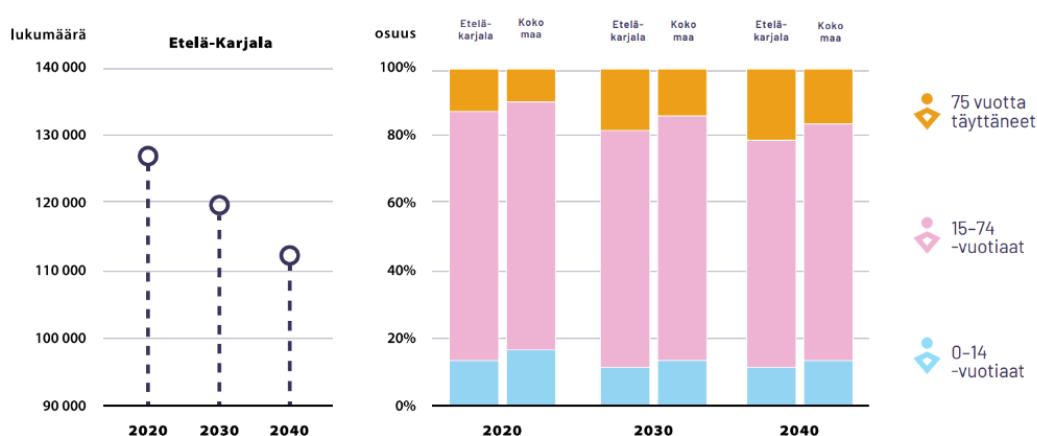
# 1. Aluehankkeen kuvaus ja tarkoitus

## 1.1 Hankkeen tarve

### Taustaa ja lähtökohdat

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut sekä erikoissairaanhoidon palvelut on järjestänyt vuodesta 2023 alkaen Etelä-Karjalan hyvinvointialue. Tätä ennen vuodesta 2010 asti palvelut järjesti Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi. Etelä-Karjalan alueella palvelurakenne on avoimempainen, ja liikkuvuuteen, digitaalisiin ja kotiin vietäviin palveluihin on panostettu useiden vuosien ajan. Alla oleva kuva havainnollistaa Etelä-Karjalan hyvinvointialueen väestömäärää ja ikärakennetta.

### HYVINVOINTIALUEEN VÄESTÖMÄÄRÄ JA IKÄRAKENNE



▲ Kuvioissa esitetään hyvinvointialueen väestömäärä ja ikärakenne vuonna 2020 sekä ennusteet vuosille 2030 ja 2040. Ikärakennetta verrataan koko maan tietoihin. Tiedot perustuvat tilastokeskuksen aineistoihin. Väestöennuste pohjautuu vuoden 2018 tietoihin.

Taulukko 2. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen väestömäärä ja ikärakenne. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen palvelustrategia 2023–2025.

Etelä-Karjalassa väestön nopea ikääntyminen jatkaa kasvuaan taulukko 2. Etelä-Karjalan alueella kansallinen terveysindeksi on 105,2 kun taas vastaava luku koko maan osalta on 100,0 (Indeksiluvut hyvinvointialueittain 2019–2021).

Väestön tiheys maakunnassa on 23,51 asukasta/km<sup>2</sup> (Tilastokeskus 2023). Asutus keskittyy pääosin Lappeenrannan ja Imatran alueille. Etelä-Karjalan kaikissa kunnissa kotihoitoa toteutetaan 24/7-periaatteella. Väestön ikääntymisen myötä yleistäviä sairauksia ovat muun muassa muistisairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet ja syöpä. Vaikka sairastavuus on vähentynyt ja tämä myönteinen kehitys näyttää useimpien sairauksien osalta jatkuvan, iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa, jolloin sairaiden ihmisten kokonaismäärä lisääntyy (THL – Tilastoraportti 30/2023).

### Tarve

Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut hanke Sujuvasti Kotona tähtäsi iäkkäiden palvelujen toimintatapojen uudistamiseen ja asiakaslähtöisiin palvelukokonaisuuksiin. Tarve perustui jo kuntayhtymän aikaan väestön nopeaan ikääntymiseen ja on tarkentunut hyvinvointialueen käynnistyessä. Alueen

toimintaympäristön muutoksiin ja prosessit- ja sujuvuus-strategiakärjen palvelustrategisiin painopisteisiin. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen prosessit- ja sujuvuus-strategiakärjen palvelustrategiset painopistevalinnat v. 2023–2025 ovat: Ikäihmisten palveluprosessien/palvelupolkujen kehittäminen, paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palveluprosessien/palvelupolkujen kehittäminen ja palveluhäiriöiden/häiriökysynnän systemaattinen tunnistaminen ja vähentäminen.

Hanke toimeenpani Etelä-Karjalassa osaltaan iäkkäiden palvelujen kokonaisuutta koskevia laatusuosituksia sekä muita käynnissä olevia ohjelmia kuten tulevaisuuden sote-keskus, ikäohjelma, kuntoutuksen uudistamisen toimeenpano sekä hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen toimeenpanoa. Vanhuspalvelulain 5§ mukainen suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi valmistui vuonna 2020 ja sen toimenpiteet rakennettiin ”Ikäystävällinen Etelä-Karjala” hankkeessa. Visiona oli ikäystävällinen Etelä-Karjala toimintakykyisenä kotona, arjessa ja elämässä. Iäkkäiden palveluohjauksessa on KAAPO-malliin pohjautuva toimintamalli (ISOApu) on ollut alueella toiminnassa, samoin on käytössä kuntouttavat arviointijaksot, mutta on huomattu, että malli vaati jatkokehittämistä erityisesti monialaisen kuntoutus- ja palvelutarpeen arvioinnin ja siihen liittyvän asiakkuuden hallinnan ja palvelujen järjestämisen osalta.

Lisäksi oli havaittu tarve monialaisen arvioinnin organisoinnista (työnimi Sujuva), jossa panostetaan asiakkaan oikea-aikaiseen palveluohjaukseen, palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointiin, palvelujen järjestämiseen keskitettyyn päätöksentekoon ja asiakkuudenhallintaan asiakasvastaavamallin avulla. Mallia on valmisteltu laajassa monialaisessa kehittäjäverkostossa jo 2020–2021. Vuonna 2022–2023 Sujuvan toiminta kohdentuu hoivan, kuntoutuksen sekä ikääntyneiden sosiaalipalvelujen prosesseihin. Asiakkuuden synnyttyä asiakas saa tarvittaessa oman asiakasvastaavan, joka on vastuussa ratkaisu- ja palvelukokonaisuudesta.

## 1.2 Kohderyhmät

Kohderyhmänä olivat pääasiallisesti iäkkäät ja heidän omaisensa, jotka tarvitsevat tukea, ohjausta tai palveluja kotona asumisen tueksi. Asiakkaat voivat tulla autetuksi esimerkiksi neuvonnalla ja ohjauksella tai toimintakyvyn ja arjen avun kevyillä tukitoimilla ja ratkaisuilla. Kohderyhmän asiakkaita ovat olleet esimerkiksi: palveluneuvonnassa ja palveluohjauksessa, omaishoidettavat asiakkaat ja heidän omaishoitajansa, kotihoidon asiakkaat tai tuettujen asumisratkaisujen asiakkaat, uudet ei vielä palvelujen piirissä olevat asiakkaat.

Kohderyhmänä osallistuvana henkilöstönä on ollut monialaisen arviointiyksikön Sujuvan henkilöstö, joka tekee iäkkäille moniammatillista palveluohjausta, kuntoutus- ja palvelutarpeen arviointia, palvelujen järjestämistä ja toimii asiakasvastaavana. Lisäksi kaikki muut moniammatilliseen tiimiin kuuluvat (muun muassa geriatri, palveluneuvojat, etuuskäsittelijät, palvelukoordinaattorit, perhehoidon koordinaattori ym.), asiakasvastaavia, asiakasohjaajia ja tiimivastaavat sekä kotihoidon henkilöstö, sidosryhmätoimijat kotihoidosta, asumispalveluista, sotekeskuksesta ja sairaalasta. Lisäksi kotihoidon johto ja lähijohto ovat osaltansa osallistuneet kehittämisen ohjaamiseen.

## 2. Aluehankkeen tavoitteet

Hankkeen päätavoitteena oli luoda sujuvat yhteistyöprosessit palveluneuvonnan ja -ohjauksen, asiakasvastaavien sekä iäkkäiden kotihoidon, asumispalvelujen, sotekeskuksen ja sairaalan kotiutuksen osalta ja kuntoutuksen kesken. Hankkeessa on tarkoitus täydentää ikääntyneiden palvelukokonaisuutta ottamalla käyttöön vaihtoehtoisia kevyempiä toimintakykyä tukevia palveluja ja ratkaisuja.

### Päätavoitteet

1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä

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

#### **Alatavoitteet**

1. Teknologiset ratkaisut
2. Aktiivisuuden seurantapalvelu osana kotihoidon asiakkaiden hyvinvoinnin seurantaa
3. Hyvinvointia edistävät etäyhteyshälytykset; Voitha siekii hyvi?
4. Katse kotihoidon asiakkaan suunterveyteen osana parempaa ravitsemusta
5. Teknologiakoordinaatiomalli
6. Sosiaalinen kuntoutus
7. Kuntouttavan lähihoitajatoiminnan kehittäminen
8. Fysioterapeutti kotihoidossa –pilotti
9. DigiRehab -toimintamalli
10. Liikuntaneuvojat kotihoidossa -toimintamalli
11. Asiakasvastaavan työprosessi
12. Titania optimointi
13. Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa
14. RAI-mittarit palvelujen myöntämisen perusteissa
15. RAI-arviointi osana palvelutarpeenarviointia
16. Fysioterapeutit osana moniammatillista RAI-arviointia
17. RAI-analyysit laadun varmistuksessa
18. Omavalvonta ja sotepalvelujen ohjaus ja valvonta Etelä-Karjalan hyvinvointialueella

## **3. Tulokset**

### **3.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä**

Tavoitteena oli täydentää iäkkäiden kotiin vietävien palveluiden kokonaisuuksia preventiivisillä ja toimintakykyä tukevilla kevyemmillä palveluilla ja ratkaisuilla.

#### **3.1.1. Teknologiset ratkaisut**

Tavoitteena oli, että asiakkaan palvelutarvetta arvioidessa huomioidaan teknologiaratkaisuilla tuetut ratkaisut.

Hankesuunnitelmaan oli kirjattu tavoitteeksi, että ”Teknologiaratkaisuja otetaan käyttöön erityisesti laadukkaan ravitsemuksen seurannan ja aktiivisuuden seurannan osalta. Näillä ratkaisuilla halutaan saada entistä parempaa tietoa asiakkaan ravitsemuksesta sekä hyödyntää aktiivisuuden seurantaa asiakkaan kokonaisvaltaisessa toimintakyvyn tukemisessa. Eksotessa jo käytössä olevaan eNERO IoT integraatioalustaan viedään sekä ravitsemukseen että aktiivisuuteen liittyvä data. Tämä data tullaan yhdistämään osaksi muuta olemassa olevaa asiakastietoa ja tekoälyä hyödyntäen nostamaan asiakaskohtaisia huoliherätteitä asiakkaan toimintakyvyn muutoksista, joihin voidaan tällä kehitettävällä toimintamallilla puuttua varhaisemmassa vaiheessa.”

Tavoitteet eivät kuitenkaan toteutuneet kaikilta osin. Toinen hanke, Vireyttä seniorivuosiin: Innostutaan yhdessä ikääntyneen ravitsemuksesta, oli käynnissä samaan aikaan. Ravitsemuksen osalta päädyttiin keskittymään suunterveydenhoitoon, jossa näkökulmana oli hyvä ravitsemus. Samoin tarkoitus oli samassa

pilotissa hyödyntää myös eNERO.IoT (Gillie) alustaa, mutta suunterveydenhuollon osalta kehitystyö oli siltä osin vielä niin alussa, joten ajatuksesta luovuttiin. eNERO:a ei myöskään hyödynnetty 9 laitekokonaisuuden osalta aktiivisuuden seurannassa, koska sen aktivoiminen olisi ollut liian suuri työ laitehallinnan kokonaisuudessa. Sama data saatiin suoraan aktiivisuuden seurantapalvelun tuottamasta datasta. Hyvinvointialueen organisoitumisesta johtuen teknologisten ratkaisujen organisaatiotason järjestäytyminen on vielä keskeneräinen kokonaisarkkitehtuurin hallintamallin käyttöönoton aikatauluista johtuen.

### **3.1.2. Aktiivisuuden seurantapalvelu osana kotihoidon asiakkaiden hyvinvoinnin seurantaa**

Toiminnassa tavoitteena oli asiakkaan omien voimavarojen -, arjen hyvinvoinnin - ja elämänlaadun tukeminen. Malli koostuu kotiin asennettavista turvallisuussensoreista, jotka antavat tilannekuvaa henkilön aktiivisuudesta kotona, eri huoneissa vietetystä ajasta, keittiön liikeaktiivisuudesta; sähkölaitteiden käytöstä (mikro, vedenkeitin, kahvinkeitin ym.) sekä jääkaapin käytöstä. Turvallisuussensorit näyttävät myös viimeisimmän vuorokauden lepoajan aktiivisuuden, ulos poistumiset sekä huonetilojen lämpötilan ja -kosteuden.

Kohderyhmänä kokeilussa olivat osa Etelä-Karjalan hyvinvointialueen Ruokolahti-Vuoksenniskan säännöllisen kotihoidon asiakkaista, joiden kotona asumisen pärjääminen vaati toimintakyvyn/terveydentilan seurantaa. Lisäksi kohderyhmänä olivat kuntouttavan arviointijakson asiakkaat, joiden kohdalla seurantapalvelu auttoi päätöksentekoa. Aktiivisuuden seurantapalvelu toteutettiin 3.5.2023 – 8.10.2023 välisenä aikana. Kokeiluun mukaan valikoitui 9 asiakasta ja 7 asiakkaan läheistä.

#### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus**

Seurantapalvelu tuottaa tietoa hoitohenkilökunnalle asiakkaan kokonaistilanteesta ja tuo lisäturvaa asiakkaalle sekä hänen läheisilleen. Hoitajat pystyvät hyödyntämään saatua tietoa asiakkaan hoidossa ja palveluiden oikea-aikaisessa kohdentamisessa. Kustannusvaikuttavuutta kotihoidossa ja kuntouttavalla arviointijaksolla saadaan mm. sillä, kun asiakkaan tilannetta voidaan tarkastella sovelluksesta saatavalla datalla eikä tarvitse välttämättä lähteä paikan päälle katsomaan.

#### **Toimintamallin arviointi**

Arvioinnin mittareina käytettiin asiakkaiden, heidän läheistensä ja hoitotyön ammattilaisten palautekyselyjä, RAI-arviointia sekä tukipyyntöjen määrää seurantapalvelun sovelluksesta ja sensorien toimivuudesta. RAI-arviointeja vertailtaessa esille nousi, että sensorien käyttö ei vaikuttanut RAI-arvioinnin tuloksiin. Sensoreiden läsnäolo ei parantanut tai huonontanut asiakkaan toimintakykyä. Laitteiden ja sovelluksen toimintaan liittyviä tukipyyntöjä tehtiin yhteensä 16 kappaletta; suurin osa sensoreiden toimintaan, pääasiassa erilaisiin yhteyshäiriöihin liittyen.

Asiakkaista 9 osallistui palautteen antoon. Vastauksista voidaan päätellä, että osalla heistä oli muistisairauden vuoksi vaikeaa kertoa omaa mielipidettään. Osa turvautui läheisten mielipiteeseen. Kyselyn avoimeen kenttään pyydettiin ajatuksia tästä tai muista teknologialaitteista. Vastauksia oli mm.; "Pyydän kysymään tyttäreltä" tai "Haluan jatkossakin palveluita, jos ne tiedetään tarpeelliseksi". Asiakkaan läheisistä 4 henkilöä 7:stä pilotissa mukana olleesta osallistui palautteen antoon. Asiakkaan läheiset kokivat seurantapalvelun hyödyllisenä. Palvelusta koettiin saatavan apua arkeen seuraamalla asiakkaan ruokailuja, wc-käyntejä ja uniaikaa; joista ehkä aiemmin oli ollut huoli. Kotihoidon hoitajista 11 henkilöä 27:stä osallistui palautteen antoon. He kokivat, että sovellus selvensi asiakkaan kokonaisvaltaista tilannetta kotona (esim. vuorokausirytmä ja omatoimisuus).



Palveluun liittyviä huomioita ja kehittämisehdotuksia saatiin sekä läheisiltä että hoitajilta. Läheiset toivoivat hoitajilta päiväkirjan aktiivisempaa käyttöä esim., jos asiakas oli käynnin aikana syönyt tai ruoka ei ollut maistunut. Sensoreiden kiinnitysten pitävyydessä oli jonkin verran haasteita ja niiden paikkaa jouduttiin vaihtamaan. Pilotin alussa etsittäessä asiakkaista osa kieltäytyi osallistumasta kokeiluun, koska oli epätietoisuutta ja pelko siitä, mihin heistä kerättyä aktiviteettitietoa käytetään. Lisäksi sovelluksesta saatavaa tietoa kyseenalaistettiin, kun asunnossa oli saattanut olla muitakin kuin itse asiakas; onko jokainen jääkaapin avaus asiakkaan tekemä, onko jokainen wc-käynti asiakkaan oma?

Aktiivisuuden – ja univalve rytmin seurantapalvelu soveltuu erittäin hyvin kuntouttavalle arviointijaksolle ja kotihoitoon. Lisäksi malli soveltuu esimerkiksi vammaispalveluun, omaishoitoon tai senioriasumiseen ennen varsinaisia palveluja. Se on oiva työkalu ammattilaisille ja siinä tapahtuvaan yhteistyöhön. Lisäksi sovelluksesta on apua myös asiakkaan läheisille, jotka ovat aktiivisesti mukana hoitoketjussa.

Seurantapalvelu tuo turvaa myös itse asiakkaalle. Mallin juurruttamisesta vakiintuneeksi toiminnaksi käytiin keskustelua koko mallin kehittämisen ajan. Valitettavasti hyväksi todettu malli jäi Etelä-Karjalan alueella vain pilotointiin. Aika ei ollut oikea uuden toimintamallin käyttöönottoon. Hyvinvointialueen organisoitumisesta johtuen teknologisten ratkaisujen organisaatiotason järjestäytyminen on vielä keskeneräinen kokonaisarkkitehtuurin hallintamallin käyttöönoton aikatauluista johtuen.

### **3.1.3. Hyvinvointia edistävät etäyhteyskäynnit; Voitha siekii hyvi?**

Ikääntyneiden yksinäisyys, mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kasvaneet viime vuosien aikana. Julkisia palveluita, kuten päivätoimintaa on osassa hyvinvointialuetta lopetettu, jolla pyrittiin ennaltaehkäisemään yksinäisyyttä ja sen tuomia ongelmia. Toimintamallin tavoitteena oli tukea kotihoidon etäyhteyspalvelussa olevien asiakkaiden kotona selviytymistä, tuomalla kotiin etälaitteen välityksellä eri sisältöisiä ryhmätuokiota. Ryhmätuokioiden suunnitteluun ja toteutuksen tekemiseen on varattava riittävästi aikaa (tausta vuodenajan ja aiheen mukaan sekä sisältö ryhmätapaamiselle).

Ryhmiin valikoitui asiakkaat toiminnalle laadittujen asiakaskriteerien pohjalta. Etäryhmäkäynneillä otettiin videovälitteisesti samanaikaisesti yhteys useampaan kotihoidon etäpalveluissa olevaan asiakkaaseen ja toteutettiin heidän kanssaan ennalta suunniteltu viikko-ohjelman mukainen etäryhmätuokio. Tuokion aikana ryhmäläiset sekä kuulivat että näkivät muut osallistujat. Etäryhmätuokioiden vetäjille ei tarvita välttämättä erillistä koulutusta, jos he ovat työskennelleet etäpalveluissa jo aiemmin. Työ vaatii vahvaa sitoutumista ja kiinnostusta suunnitella ja toteuttaa ryhmätuokioita. Etäryhmätuokioiden vetäjien sijaistamiset tulee ottaa huomioon, lisäksi työn koordinoimisessa tarvitaan esihenkilön ja muun työryhmän tuki. Hyvinvointialueet voivat ottaa toimintamallin käyttöön, kun soittojärjestelmä ja laitteisto ovat valmiina sekä ikäihmisillä että lähettävällä taholla (kotihoito, päivätoiminta jne.).

### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus**

Etäryhmätuokiot tarjoavat etäyhteyspalveluissa mukana oleville kotihoidon asiakkaille mielekkyyttä arkeen, toisten etäasiakkaiden kohtaamista, osallisuutta, me-henkeä sekä vahvistaa myönteistä mielialaa ja vähentää yksinäisyyden tunnetta. Toimintamallin avulla pystytään tuomaan kustannustehokkaasti ikääntyneitä yhteen keskustelemaan ja harrastamaan erilaisia virikkeellisiä aktiviteetteja. Koska toiminta toteutetaan etäyhteyden välityksellä ei ole väliä missä päin hyvinvointialuetta asiakas asuu ja mitkä ovat hänen liikkumismahdollisuutensa.

### **Toimintamallin arviointi**

Arviointia tehtiin asiakasanalyysin, ryhmävetäjien havainnoinnin, asiakashaastattelujen ja suoran asiakaspalautteen perusteella. Asiakasanalyysissä kerättiin taustatietojen lisäksi LifeCare -palvelutietoja, RAI-tietoja alussa ja lopussa (E2, F2, F3a, F3b ja K8a). Lisäksi kerättiin tietoja RAI-mittarit alussa ja lopussa



(DRS-arvo ja Pain-arvo). Myös Gillie AI: sta saatavaa tietoa kerättiin kaatumisriskin aktivoitumisesta, toistuvista itsetuhoisista puheista ja aiheettomista turvapuhelinhälytyksistä. RAI-arviointien vertailussa jakson aikana ei havaittu muutoksia asiakkaiden kohdalla. Jotta RAI-arviointi kertoisi muutoksia ryhmien vaikuttavuudesta, pitäisi ryhmien vertailujakson olla pidempi. Gillie tuo asiakkaasta tiedot negaation kautta, poimien tiedon hoitajien kirjauksista LifeCare: sta. Ryhmänvetäjät havaitsivat muutoksia asiakkaissa jakson aikana. Selkeimmin huomiot tulivat esiin heissä, jotka olivat olleet mukana lähes koko jakson ajan kesä 2022- joulukuu 2023 (esim. mielialan muutos positiivisempaan suuntaan, saattaa olla itkuinen mutta ryhmän aikana naureskelee ja osallistuu aktiivisesti, sosiaalisuus lisääntynyt ryhmässä, aluksi pidättyväinen ja epäilevä, halusi aluksi ainoastaan yhteen ryhmään, nyt mukana kahdessa ryhmässä).

Haastattelut toteutettiin etäyhteyden välityksellä kesäkuussa 2023. Haastattelut kohdentuivat lähes kaikkiin ryhmiin (17 eri ryhmää), vastaajia oli yhteensä 75 henkilöä. Haastattelussa kysyttiin muun muassa: Mikä ryhmässä on ollut parasta? Useamman mielestä jo se oli kiva, kun on ryhmä olemassa ja ohjelma on monipuolista; oppii itsekkin uutta ja on virkeämpi ryhmän jälkeen. Luontoasiat kiinnostavat, samoin musiikki ja laulu sekä keskustelu saman ikäisten ihmisten kanssa on tärkeää. "Juontajat" tuovat myös iloa päivään. Lähes kaikki ryhmäläiset olivat sitä mieltä, että haluavat ryhmien jatkuvan, koska ryhmät tuovat yksinäiseen elämään vaihtelua; näkee muiden kasvoja ja kuulee ääntä; ei ole niin hiljaista. Lisäksi asiakkailta saatiin suoraa palautetta/kommentteja ryhmänvetäjille: "Ryhmä on kuin oma perhe, Linnut olivat miellyttäneet asiakkaita, niistä paljon puheenaihetta jälkikäteenkin, vaihtelua päivään, musiikki ja jummat parhaita ryhmiä, jumppaa odotetaan kovasti, aivojumppa kiva, suuren työn teette tuokioita valmistellessa, kiitos teille!". Laitteiden osalta sekä ryhmän vetäjät että asiakkaat kokivat, että yhteydet eivät toimineet moitteettomasti; välillä yhteydet pätivät, saattoi tipahtaa linjoilta tai taustalla kuului surinaa. Loppuvuoden aikana laitteet uusittiin ja sen myötä toivotaan ongelmien helpottuvan. Päätös on tehty, että toimintamalli jää pysyväksi toiminnaksi hyvinvointialueelle.

### **3.1.4. Katse kotihoidon asiakkaan suunterveyteen osana parempaa ravitsemusta**

Useilla kotihoidon asiakkailla on haasteita ravitsemuksessa. Paremmalla ravitsemuksen tasolla voidaan parantaa asiakkaiden vointia ja mahdollisuuksia kuntoutumiseen. Tutkitun tiedon mukaan suunterveys vaikuttaa vahvasti ravitsemuksen toteutumiseen. On tärkeää huomioida suun terveyden edistäminen myös ihmisten ikääntyessä, kun avuntarve hampaiden ja suun puhdistamisessa lisääntyy. Toimintamallin kehittämisen tavoitteena oli tukea kotihoidon hoitajien osaamisen lisäämistä suun terveyden vaikutuksista asiakkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin sekä ravitsemukseen. Lisäksi tavoitteena oli suun terveydenhuollon ja kotihoidon yhteistyön parantaminen sekä mallin kautta saadut kustannushyödyt. Kohderyhmänä olivat Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kotihoidon työntekijät ja palvelutarpeen arviointia tekevät asiakasvastaavat. Lisäksi kohderyhmänä olivat Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kotihoidon asiakkaat, joiden ravitsemustila vaatii huomiota, unohtamatta suun terveyttä.

#### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus**

Kotihoidon hoitajien ja asiakasohjaajien osaamisen lisääminen ravitsemuksen ja suun terveyden osalta varmistetaan kouluttamalla henkilökuntaa suun terveyden asioissa. Lisäksi kotihoidon hoitajille tulee olla auki kirjoitettu toimintamalli, miten kiinnitetään asiakkaiden suun hoitoon huomiota ja milloin ollaan yhteydessä suunterveydenhuoltoon. Palvelutarpeen arviointia tekevien asiakasohjaajien käytössä on toimintakykymobiili, johon on lisätty osa, jossa nousee suun terveyden hoito esille. Kehittämistyötä tehdään moniammatillisella yhteistyöllä kotihoidon ja suunterveydenhuollon kehittäjien kanssa. Kustannushyötyjä syntyy pidemmällä aikavälillä, kun pystytään seuraamaan asiakkaiden RAI-arvioinneista ravitsemuksen parantumiseen viittavia tuloksia.

#### **Toimintamallin arviointi**

Toimintamallin kehittäminen ei edennyt suunnitelman mukaisesti toimintaympäristöstä ja aikatauluhaasteista johtuen. Toteutustapaa jouduttiin uudelleen arvioimaan, jonka vuoksi toimintamallin arviointi ei ole vielä ajankohtaista. Tässä vaiheessa toimintamallin kehittämistä arvioinnin tukena on käytetty kotihoidon hoitajille ja asiakasohjaajille kohdennettuja suun terveydenhuollon koulutuksia ja niistä saatua palautetta sekä huomioimalla esille nousseet jatkokoulutusehdotukset. Tämä huomioidaan seuraavissa kehittämiskokonaisuuksissa hyvinvointialueella. Koulutuksen palautekyselyyn vastanneista (n=110), 94 % koki koulutuksen tarpeelliseksi ja 92 % mielestä koulutuksen sisältö vastasi heidän tarvettaan. Vastaajista 61 % haluaisi suun terveyden koulutuksen toteutuvan vuosittain. Osa halusi oppia suun terveydestä lisää esim. miten toimitaan muistisairaana kanssa tai hoitovastaisen henkilön kanssa. Lisäksi haluttiin enemmän tietoa sairauksien ja lääkityksen vaikutuksista suun terveyteen ja toivottiin suoraa yhteyttä suu- ja hammasterveydenhuoltoon. Toimintamallin onnistumisia ei ole vielä päästy mittaamaan, mutta nyt on jo havaittavissa, että hoitajat kokevat tärkeänä suun terveyden ylläpitämisen esille nostamisen. Jatkossa tullaan vielä kehittämään kotihoidon hoitajille asiakkaiden ajanvaraukseen tarkoitettua suoraa linjaa. Lisäksi pyritään kehittämään Gillie tekoäly huomioimaan suun terveyden asioita kotihoidon asiakkaista nousevasta datasta. Myös asiakastytyytyväisyyskysely toteutetaan mallin juurruttua.

### 3.1.5. Kuntouttavan lähihoitajatoiminnan kehittäminen

#### Tavoite

Tavoitteena oli täydentää iäkkäiden kotiin vietävien palveluiden kokonaisuutta preventiivisillä ja toimintakykyä tukevilla, kevyemmillä palveluilla. Hankesuunnitelmassa osana tätä tavoitetta oli jatkaa kuntouttavan lähihoitajatoimintamallin edelleen kehittämistä ja toiminnan kohdentamista. Kartoitettiin asiakasryhmä, jotka hyötyvät kuntouttavasta lähihoitaja toiminnasta kotona asumisen tukena.

#### Toimintamalli

Kuntouttavan lähihoitajatoimintamallin avulla kehitettiin lähihoitajan/kodinhoitajan toteuttamaa laaja-alaista työikäisen ja iäkkään asiakkaan tukemista arjessa. Hoitajan toteuttama tuki ja kuntoutus perustui asiakasvastaavan tai muun ammattilaisen arvioon asiakkaan toimintakyvystä ja tuen tarpeesta. Tämä on yksi kevyistä, asiakkaalle kotiin tilattavista palveluista Lappeenrannan ja Imatran alueella. Sujuvasti kotona hankkeen puitteissa olleen pilotin aikana kuntouttavan lähihoitajan/kodinhoitajan tukijaksoja toteutti Imatralla kaksi lähihoitajaa, Lappeenrannassa kaksi lähihoitajaa ja yksi kodinhoitaja 20 % työajalla.

Kuntouttavan lähihoitajan/kodinhoitajan tukijakso on asiakaslähtöistä ja yksilöllistä arkisin toteutettavaa palvelua. Hoitaja tekee lähettävän tahon kanssa tiivistä yhteistyötä. Toimintamallissa hoitajan rooli on ollut tukea asiakkaan sosiaalista toimintakykyä, motivoida asiakasta aktiiviseen arkeen omien voimavarojen mukaan, sekä tukea vaikeassa/uudessa elämäntilanteessa.

Keinoina ovat olleet:

- yhdessä arjen taitojen harjoittelu ja ohjaus
- kodin ulkopuolella asioinnin tukeminen ja varmistaminen
- yhdessä tekeminen
- asiakkaan osallistaminen

Kohderyhmänä ovat olleet työikäiset ja iäkkäät, joilla ongelmat ovat kasaantuneet ja/tai elämän- ja arjenhallinnassa on ollut vaikeuksia johtuen esimerkiksi:

- sairauksista (muistisairaat, AVH- kuntoutujat)
- mielenterveysongelmista
- elämänmuutoksista (omaisen kuolema, ero, muutto)

- päihdeongelmista
- pitkästä osastojaksosta

Toimintamallin pilotointi on toteutettu ajalla 23.1.2023 – 28.5.2023. Alla olevaan taulukkoon on koottu yhteenveto tukijakson asiakkaista ja jakson sisällöstä. Tukijakson aikana tuloksia on peilattu asiakkaan kanssa yhdessä tukijaksolle asetettuihin henkilökohtaisiin tavoitteisiin.

| Asiakasmäärä ja mistä ohjautuneet                                                                                                                                                    | Tulosyyt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Jakson sisältö                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Jakson kesto                                                         | Tulokset                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Yhteensä 16 asiakasta</b><br>asiakasvastaavilta 6<br>iäkkäiden sosiaalityöstä 3<br>akuutista kotiutuksesta 4<br>geriatrialta 1<br>muistipoliiklinikalta 1<br>vammaispalveluista 1 | Tuvattomuus, ahdistuneisuus, aloitekyvyttömyys, elinpiirin kaventuminen x8<br>Häiriökäyttäytyminen, häiriökäyttäytyminen muihin sotepalveluihin x2<br>Omaisen tuen-/ohjauksen tarve x2<br>Elämänhallinnan haasteet (itsestä huolehtiminen, kodinhoito, raha-asioiden hoitaminen) x9<br>Sairaus, alentunut toimintakyky x3 | <b>Ohjaus ja neuvonta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lääkehoidon toteuttaminen</li> <li>• apuvälineiden käyttö</li> <li>• yhdessä asioiden hoitamista</li> <li>• arjen toimintojen suunnittelua ja yhdessä tekemistä (ateriat, siivous, kaupassa käyminen)</li> <li>• neuvontaa omakotitalon hoitoon liittyvissä asioissa</li> </ul> <b>Kuuntelu ja keskustelu, kannustaminen omatoimisuuteen</b><br><b>Yhdessä tekeminen, arjen toimintojen harjoittelu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ohjattu erilaisia omatoimisia harjoitteita</li> <li>• ohjattu ryhmätoimintaan</li> </ul> <b>Palveluiden järjestäminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tukipalvelut (ateriapalvelu)</li> <li>• yksityiset palvelut (siivous, asioiminen, pihatyöt, kotihoito)</li> <li>• haettu edunvalvojaa, <del>kela:n</del> etuuksia, toimeentulotukea</li> <li>• varanneet yhdessä aikoja terveydenhuoltoon (lääkäri, laboratorio, haavahoito)</li> </ul> | 3kk tai yli 6 asiakasta<br>1-3kk 8 asiakasta<br>Alle 1kk 2 asiakasta | Asiakkaan kanssa asetettujen henkilökohtaisten tavoitteiden toteutuminen intervention aikana: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tavoitteisiin päästiin 12 asiakkaan kohdalla</li> <li>• Tavoitteet päästy osittain 3 asiakkaan kohdalla</li> <li>• Tavoitteisiin ei päästy 1 asiakkaan kohdalla</li> </ul> |

Taulukko 3. Yhteenveto tukijakson asiakkaista ja jaksojen sisällöstä.

### Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Asiakasmäärän ollessa vähäinen (16 asiakasta) toimintamallin vaikutuksia ja vaikuttavuutta ei voida luotettavasti arvioida. Kuitenkin otoksen perusteella voidaan todeta asiakkaiden hyötynneen kuntouttavan lähihoitajan/kodinhoitajan tukijaksosta. Pilotin aikana 2/3 asiakkaista saavutti tukijaksolle asetetut henkilökohtaiset tavoitteet. Asiakkaan toimintakyvyn palautuminen on mahdollistanut asumisen jatkumisen omassa kodissa. Kuntouttavan lähihoitajatoimintamallin kehittämistä jatketaan sekä toiminnan, että vaikuttavuuden arvioinnin osalta. Toimintamallin kehittäminen ja laajentaminen edellyttää henkilöstöresurssin, sekä asiakkaaksi ohjautumisen prosessin tarkastelua. Tavoitteena on jatkaa kuntouttavien lähihoitajien/kodinhoitajan toteuttamia tukijaksosia ja interventioita osana asiakasohjausprosessia.

### Toimintamallin arviointi

Toimintamallin kehittäminen on kesken, eikä sen vaikutuksia ja vaikuttavuutta ole vielä mittareiden avulla kattavasti arvioitu. Pilotin aikana on käytetty seuraavia mittareita: SPPB, GDS-15, MNA, Promis 10, Audit - 65, FRAT ja MMSE. Mittaritietoa on hyödynnetty tukijakson alkaessa jakson sisällön suunnittelun tukena. Vähäisen henkilöstöresurssin vuoksi asiakkaiden ohjautuminen kuntouttavan lähihoitajan/kodinhoitajan toimintamallin mukaiselle tukijaksolle ei ole ollut alueellisesti yhdenvertaista. Toiminta on keskittynyt pääosin kaupunkialueille. Asiakkaan tukijaksolle lähettävien toimijoiden ja kuntouttavien

lähihoitajien/kodinhoitajan yhteydenpitoa varten tarvitaan toimintamalli, jotta tukijaksolla olevan asiakkaan tilanteen seuranta on säännöllistä ja hoitaja saa tarvitsemansa tuen jakson toteuttamisessa. Asiakkaan tukijakson laadun varmistamiseksi Sujuva asiakasohjausyksikön perehdytys- ja koulutussuunnitelmassa tulee huomioida kuntouttavien lähihoitajien/kodinhoitajan tehtävän vaatimukset.

### 3.1.6. Fysioterapeutti kotihoidossa –pilotti

#### Tavoite

Pilotissa tavoitteena oli vahvistaa asiakkaan toimintakykyä tukevaa ja voimavaralähtöistä työkalutuuia kotihoidon tiimeissä ja lisätä asiakaslähtöisyyttä ja vahvistetaan henkilöstön toimintakykyosaamista, sekä tunnistaa kaatumisriskiä lisäävät tekijät ja vaikuttaa niihin moniammatillisesti.

#### Toimintamalli

Fysioterapeutit työskentelivät osana kotihoidon moniammatillista tiimiä neljällä eri kotihoidon alueella Etelä-Karjalassa. Tiiviinä osana tiimiä vahvistettiin asiakkaan toimintakykyä tukevaa ja edistävää työkalutuuia sekä lisättiin asiakkaan osallisuutta omassa arjessa ja hoidossa. Kehitettiin kotihoidon uusien asiakkaiden asiakastauluja ICF: n mukaisesti. Tuotiin asiakkaan oma tavoite näkyväksi ja lisättiin asiakaslähtöisyyttä. Kohderyhmänä olivat kotihoidon asiakkaat, jotka tarvitsevat tukea, ohjausta tai palveluja kotona asumisen tueksi.

Toimintamallin toimenpiteet:

1. Tiivis yhteistyö kotihoidon ja kotikuntoutuksen kanssa, verkostoituminen ja yhteistyö muiden toimijoiden kanssa.
2. ICF-koulutus, ja siihen liittyvä arviointijaksolaisten taulujen kehittämisen työpajat ja taulujen värikoodien kokeileminen käytännössä.
3. Fysioterapeutti osaksi kotihoidon tiimiä, yhteistyö toimintakykyvastaavien kanssa, fysioterapeutin ja hoitajien yhteiset palaverit ja yhteistyö asiakkaiden hoidossa. Hoitajien ohjaaminen ja toimintakyky osaamisen lisääminen.
4. Kotikäynnit: kuntoutustarpeen arvioinnit, apuväline arvioinnit, yhteiskäynnit hoitajien kanssa, kotiutukset, paripaikka ja saunapalvelu arvioinnit.
5. Kaatumiset: FRAT mittarin käyttöönotto, kaatumisten näkyväksi tekeminen; taulut ja palavereissa asian esiintuominen.
6. Uusien asiakkaiden moniammatillinen arviointi ja tukeminen omatoimisuuteen. Tiimissä säännölliset palaverit uusista asiakkaista: päivitetään asiakkaan toimintakykytietoja, tavoitteita ja käydään keskustelua keinoista asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen.

#### Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

##### 1.Vahvistaa asiakkaan toimintakykyä tukevaa ja edistävää työkalutuuia kotihoidon tiimeissä. Lisätä asiakkaan osallisuutta omassa arjessaan ja hoidossaan.

Tavoitteen 1. osalta olemme onnistuneet lisäämään toimintakykyä tukevaa keskustelua kotihoidon tiimeissä. Yhteiskäynneillä hoitajien kanssa tarkastellaan asiakkaan tilannetta moniammatillisesti ja pyritään vahvistamaan asiakkaan omatoimisuutta. Hanketyön aikana fysioterapeuteista on tullut osa kotihoidon tiimejä ja arkea. Hoitajat ovat kokeneet merkittäväksi eduksi, että oman tiimin fysioterapeutti voi reagoida nopeasti vaihtuviin tilanteisiin ja tuntee asiakaskunnan hyvin.

##### 2.Kehittää kotihoidon arviointijakson asiakastauluja ICF: n mukaisesti. Asiakkaan oman tavoitteen näkyväksi tuominen ja asiakaslähtöisyyden lisääminen.

Tavoitteen 2. osalta olemme osallistuneet ICF-työpajoihin ja keskustelleet asiakkaan tilanteesta ICF-viitekehityksen mukaisesti. Hoitajat ovat kokeneet viikoittaiset palaverit mielekkäiksi ja arviointijakson asiakkaiden hoidon tavoitteelliseksi. Haasteena on ollut, ettei jokaisella alueella ole viikoittaiset taulupalaverit käytössä, jolloin tieto asiakkaan hoidosta ja kuntoutuksesta ei aina saavuta kaikkia hoitajia oikea-aikaisesti.

Taulujen kehittämisen yhteydessä testattu myös taulun värikoodeja, joissa ryhmitelty asiakkaan tavoitetta ja hoidollisuutta eri värikoodein (liikennevalomalli). Käytännössä tämä kuitenkin tulee parhaiten esiin yhteisellä keskustelulla ja värikoodeista täten luovuttu arkikäytössä.

Haaste asiakkaan oman ICF: n mukaisen tavoitteen näkyväksi tuomisessa on ollut asiakkaan oman tavoitteen ja kotihoidon hoidollisten tavoitteiden kohtaaminen.

### **3. Moniammatillinen RAI, moniammatillinen toimintakyvyn arviointi.**

Tavoitteen 3. osalta alueelliset erot ovat suuria. Hoitajat ovat vaihtelevasti aktivoituneet pyytämään fysioterapeutilta apua RAI-arvion tekemiseen. Käytännössä huomattu tämän vaativan paljon muistuttelua ja asian esillä pitämistä aktiivisesti. Usein hoitajilla saattaa olla myös RAI: n tekemiseen varattua aikaa ajankohtina, jolloin fysioterapeutti ei ole työssään (illat, viikonloput). Asiakkaan kuntoutumismahdollisuuksiin uskomisen RAI-arviossa on kaikilla alueilla mennyt parempaan suuntaan.

### **4. Vähentää kaatumisia kotihoidon asiakkailla, tunnistaa kaatumisriskiä lisäävät tekijät moniammatillisesti.**

Tavoitteen 4. osalta olemme onnistuneet ottamaan kaatumistaulut käyttöön. Kaatumistauluille kirjoitetaan FRAT ja toimenpiteet kaatumisten ehkäisemiseksi, mikäli mahdollista. Kaatumisista keskustellaan tiimipalavereissa moniammatillisesti ja pohditaan, miten asiakkaan kaatumisia olisi mahdollista ennalta ehkäistä. Kaikilla alueilla ei ole FRAT käytössä. Kehitettävää vielä on etenkin kaatumisten moniammatillisissa arvioinneissa, sillä syyt kaatumisiin ovat moninaisia. Jatkossa tavoitteena on tuoda ICF-viitekehystä myös kaatumistaulun yhteyteen, jolloin juurisyyt tulisivat paremmin esille.

Toimintamalli otetaan käyttöön hankkeen päättymisen jälkeen. Hankkeesta saadun tiedon pohjalta on rakentumassa ja tarkentumassa uusi tehtäväkuva, joka sijoittuu kotikuntoutukseen kotihoidon tehtäväkenttään. Aluejakoa tullaan tarkastelemaan jatkossa.

### **Toimintamallin arviointi**

Käytettävät mittarit ovat muun muassa:

- Hoitajakysely
- RAI, vaikuttavuusmittari
- Käyntitilastot
- HaiPro tekeminen – kaatumisten tilastoituminen
- Asiakastytyväisyyskysely, kokemus toimintakyvyn ylläpysymisestä/edistymisestä (joulukuu 2021)
- Excel tilastointi mittaristo, jossa arvioitu mm. Paripaikan tarvetta, käyntimäärien ja aikojen vähenemistä, sekä sairaalasta kotiutumisten onnistumista.

Käytetyt mittarit ovat olleet toimivia. Mittareista olemme saaneet tietoa fysioterapian tarpeesta kotihoidossa. Oman excel tilastoinnin mukaan mm. parikäyntejä on pystytty ehkäisemään kuukausittain, lisäksi tilastoinnissa näkyy onnistuneita kotiutuksia, jotka ovat ehkäisseet asiakkaan joutumista uudelleen sairaalaan. Teemme paljon myös esim. hoitajien ohjausta toimistolla mitä ei voi mitata eikä tilastoida.

Toimintamallin eettisyyttä arvioitaessa asiakkaan omat tavoitteet voivat olla ristiriidassa kotihoidon hoidollisten tavoitteiden kanssa. Kuntouttavalla työotteella koitetaan ylläpitää asiakkaan toimintakykyä,

vaikka asiakas ei itse siihen sitoutuisi. Toimintamalli turvaa kotona pärjäämisen mahdollisimman pitkään, kuitenkin huomioiden asiakkaan itsemääräämisoikeuden.

### 3.1.7. DigiRehab –toimintamalli ja Liikuntaneuvojat kotihoidossa -toimintamalli

#### Tavoite

DigiRehab –toimintamallin tavoitteena oli testata DigiRehab -sovelluksen hyötyjä kotihoidon asiakkaalle. Liikuntaneuvojat kotihoidossa -toimintamallin tavoitteena oli toteuttaa Digirehab kuntoutusta sekä muita ei- hoidollisia tehtäviä kotihoidon kentällä.

#### Toimintamalli

Pilotointi vaihe 1. DigiRehab ja Liikuntaneuvojat kotihoidossa toimintamallien pilotointi oli suunniteltu yhtä jaksoiseksi. Liikuntaneuvojien oli tarkoitus käyttää DigiRehab -sovellusta pilotoinnin alusta alkaen. Liikuntaneuvojien rekrytointihaasteiden vuoksi, DigiRehab -sovelluksen pilotointi alkoi varsinaisesti vasta 15.4.2023. Liikuntaneuvojien rekrytoinnin tuloksena pilotointiin osallistui kolme henkilöä. Rekrytoitavat eivät olleet hoitotyön ammattilaisia, vaan tarkoitus oli selvittää, onko kotihoidossa sopivia asiakkaita liikuntaneuvojille, kuntoutuksen ja ei hoidollisien -kotihoidon työtehtävien suorittamiseen. Ennen varsinaisen pilotoinnin aloitusta, fysioterapeutit kotihoidossa -toimintamallin pilotoinnin yhteydessä, kokeiltiin jo pienimuotoisesti DigiRehab- sovelluksen käyttöä. DigiRehab -pilotti päättyi suunnitellusti 15.10.2023.

Pilotointi vaihe 2. Liikuntaneuvojat kotihoidossa pilotille haettiin jatkoaikaa, kaksi liikuntaneuvojaa jatkoi 31.12.2023 asti. Tarve jatkoajalle oli liikuntaneuvojien työnkuvan jalostaminen ja interventtioiden avulla palvelutuntien kasvun hillitseminen sekä asiakkaan elämänlaadun parantaminen. Lisäksi haluttiin selvittää, onko liikuntaneuvojien mahdollista missä määrin toteuttaa kuntoutusta ilman kuntoutussovelluksen käyttöä ja onko kotihoidossa heille minkä verran sopivia asiakkaita.

DigiRehab -toimintamallin pilotoinnin alussa määriteltiin, kuka sovellusta käyttää ja mikä olisi sopiva kohderyhmä. Liikuntaneuvojat sijoituivat kolmeen eri kotihoidon yksikköön. Alkuun määriteltiin tarve kirjaamiselle ja oikeat kirjaamisalustat. Kirjaamisessa tärkeänä pidettiin, että asiakkaan oma tavoite kuntoutuksessa tulee näkyväksi. Lisäksi tieto, että asiakkaalla alkaa Digirehab-kuntoutus 12vko jakso 2x/vko. Kirjaamisalustalle Lifecare, asiakkaan kuntoutuksesta määriteltiin kirjattavan: käyntisyys, esitiedot, suunnitelma/pohdinta, toimintakyky, väliarvio ja loppuarvio. DigiRehab -sovellusta käytettiin mobiililaitetta.

DigiRehab sovellusta kuntoutuksessa aloitettiin toteuttamalla ensin alkumittaus asiakkaalle, jonka perusteella harjoitusohjelma rakentui. Harjoitusohjelmasta sovellus muokkasi asiakkaan henkilökohtaisia tarpeita vastaavan. DigiRehab sovellus suositteli tavoiteltavan asiakkaalle harjoitteita 2x20 minuuttia/viikko, 12 viikon ajan. Harjoittelua optimoitiin sovelluksen tuottamilla välimittauksilla neljän viikon välein. Lopuksi tuotokset analysoitiin ja tehtiin jatkosuunnitelma. DigiRehab-sovellus tuotti tietoa arvioitavaksi ADL (ihmisen henkilökohtaisista päivittäisistä perustoiminnoista) ja fyysisestä toimintakyvystä.

Kuntoutusjakson aikana asiakkaan harjoitusohjelma muuttui haastavammaksi, mikäli asiakkaan toimintakyvyssä sekä/tai fyysisessä kunnossa oli tapahtunut muutosta arviointien välissä. Kuntoutusohjelma sisälsi kuusi erillistä harjoitetta, jotka sisälsivät alaraajojen, keskivartalon ja tasapainon harjoitusta. Harjoitteita pyrittiin tekemään asiakkaille 2x viikossa harjoitusvasteen saamiseksi. Harjoitusten kuormittavuutta säädeltiin asiakas kohtaisesti: liikkeitä 4–6, sarjoja 2–3 ja toistomääriä 8–12-16 muuntelemalla.

DigiRehab sovelluksen käytön lisäksi, liikuntaneuvojat toteuttivat muuta kuntoutusta kotihoidon asiakkaille, jota kutsuttiin työnimellä ulkoilutus. Asiakkaita liikuntaneuvojilla oli 15.10.2023 mennessä yhteensä 99 ja asiakaskäyntejä yhteensä 1107. Asiakkaiden määrä oli 18.12.2023 mennessä 106 ja asiakaskäyntejä 1379.

### Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Liikuntaneuvojien tekemässä vaikuttavuuden arvioinnissa nousi esille seuraavia asioita:

- DigiRehab- kuntoutusjakson läpi käynneiltä asiakkailta jäi pois hoitokertoja ja asiakkaista tuli helpommin hoidettavia.
- Kaksi kertaa viikossa tapahtuvalla säännöllisellä, johdonmukaisella ja nousujohteisella lihaskuntoharjoittelulla voidaan selkeästi parantaa asiakkaiden fyysistä kuntoa ja toimintakykyä sekä edistää asiakkaiden kognitiivista kyvykkyyttä.
- Motivoituneella asiakkaalla on hyvä kuntoutusvaste. Kuntoutuminen ja toimintakyvyn paraneminen näkyi hoidettavuuden helpottumisena sekä hoitokertojen ja aikojen vähenemisenä tai etäyhteyteen siirtymisenä.
- Hoitajat kertoivat kuntoutettavien asiakkaiden omatoimisuuden ja toimintakyvyn parantuneen joidenkin asiakkaiden kohdalla jopa niin paljon, että hoitoaikoja oli voitu lyhentää ja joidenkin kohdalla hoitokertoja oli voitu jopa jättää pois.
- Liikuntaneuvojien tavoitteena on myös ollut ylläpitää kotihoidon asiakkaiden fyysistä kuntoa sekä toimintakykyä, ja näin helpottaa hoitajien työtä kentällä. Esimerkiksi asiakkaan omatoimisuuden ylläpito/lisääntyminen kuntoutusjakson aikana sekä asiakkaan fyysisen aktiivisuuden ylläpito sekä innostus siihen.
- Asiakkaat ovat kertoneet että, säännöllisyys ja tutun työntekijän käynnit on koettu positiivisena.

Liikuntaneuvojat kotihoidossa toimintamallin pilotoinnilla saatiin käsitystä siitä, millaiset asiakkaat soveltuvat liikuntaneuvojille ja missä määrin kyseisiä asiakkaita on kotihoidon kentällä. DigiRehab pilotoinnin aikana muodostui käsitys siitä, ketkä asiakkaat hyötyvät parhaiten sovelluksen käytöstä. Tunnistettaessa soveltuvat asiakkaat oli mahdollista päästä kuntoutusjakson tavoitteisiin. Kuntoutusjakson aikana osalla asiakkaista oli tarpeen muokata tavoitteita ja tehtäviä harjoitteita. Syyt tälle olivat esimerkiksi terveydellisiä. Kuntoutusjakso saattoi jäädä myös kesken erilaisista syistä johtuen, kuten merkittävä motivaation puute tai sairauden eteneminen. DigiRehab toimintamalli todettiin hyväksi, mutta hyvinvointialueen taloudellisesta tilanteesta johtuen tässä kohtaan ei ole jatkoa tiedossa. Liikuntaneuvojat kotihoidossa toimintamallin jatkosta on keskustelu edelleen vireillä, loppuraportin kirjoittamisen aikaan päätöstä ei ole toistaiseksi syntynyt.

### Toimintamallin arviointi

Toimintamallien pilotoinnin alussa havaittiin, että kuusi kuukautta on lyhyt aika näyttää todellista taloudellista hyötyä, joten asiakas- ja työntekijäkokemuksien tärkeys tiedostettiin osana vaikuttavuuden arviointia.

Pilotoinnin aikana käytettyjä mittareita olivat:

1. Promis 10. Promis 10 kysyy laajasti niin henkistä kuin fyysistä hyvinvointia. Toimintamallien pilotoinnin aikana liikuntaneuvojat raportoivat 75 asiakkaan vastaukset Exceliin. Raportoitavista asiakkaista 44 oli mukana myös DigiRehab -pilotoinnissa. Promis 10 tuotti laajalti tietoa, asiakkaan omaan arvioon perustuen.

Vastausten perusteella on nähtävissä että 30 asiakasta ovat vastanneet kysymykseen *Sanoisitko, että terveytesi on yleensä...* Erinomainen (5), Oikein hyvä (4), Hyvä (3), Tyydyttävä (2) vai Huono (1), että terveydentila on yleensä hyvä, oikein hyvä tai erinomainen, ennen DigiRehab -pilottiin osallistumista. Pilotin päätyttyä, asiakkaista 31 vastasi terveyden olleen yleensä hyvä tai oikein hyvä.



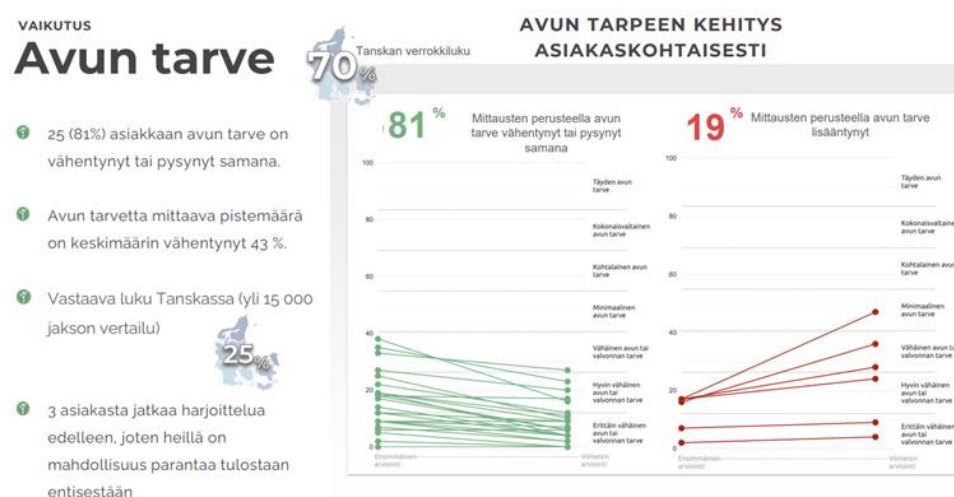
Vastausten perusteella on nähtävissä että 29 asiakasta ovat vastanneet kysymykseen *Sanoisitko, että fyysinen terveytesi on yleensä...* Erinomainen (5), Oikein hyvä (4), Hyvä (3), Tyydyttävä (2) vai Huono (1), että fyysinen terveys on yleensä hyvä, ennen DigiRehab -pilottiin osallistumista. Pilotin päätyttyä, asiakkaita 23 vastasi fyysisen terveyden olleen yleensä hyvä tai oikein hyvä.

Vastausten perusteella on nähtävissä että 39 asiakasta on vastanneet kysymykseen, *Miten arvioit uupumustasi keskimäärin?*... Ei uupumusta (5), Vähäinen (4), Kohtalainen (3), Voimakas (2) Hyvin voimakas (1), että ei uupumusta, vähäistä tai kohtalaista, ennen DigiRehab -pilottiin osallistumista. Pilotin päätyttyä, asiakkaita 34 vastasi että ei uupumusta, vähäistä tai kohtalaista.

Vastausten perusteella on nähtävissä että 42 asiakasta on vastanneet kysymykseen, *Missä määrin suoriutud päivittäisistä fyysisistä toimitasi, kuten kävelystä, portaissa kulkemisesta, ruokakassien kantamisesta tai tuolin siirtämisestä?*... Täysin (5), Enimmäkseen (4), Jossain määrin (3), Vähän (2), En ollenkaan (1), että täysin, enimmäkseen tai jossain määrin, ennen DigiRehab -pilottiin osallistumista. Pilotin päätyttyä, asiakkaita 36 vastasi että täysin, enimmäkseen tai jossain määrin.

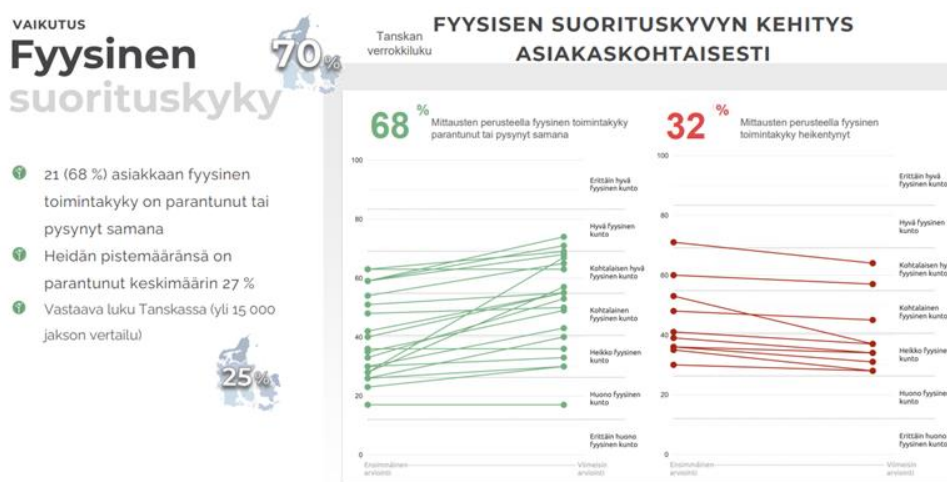
2. SPPB (Short Physical Performance Battery). Mittaa ikääntyneiden alaraajojen suorituskykyä. Testi auttaa tunnistamaan ne ikääntyneet, joilla on kaatumisvaaraa lisäävä liikkumisvaikeus tai heikentynyt tasapaino. SPPB-testi ohjeistettiin tehtäväksi niille asiakkaille, jotka ovat ulkoilutusasiakkaita. SPPB mittaria ei ollut pilotoinnin aikana tehokkaassa käytössä, joten vastauksista ei ole tehtävissä analysointia. Mittari ei palvellut tämän toimintamallin pilotointia.

3. DigiRehab -sovelluksen tuottamat arvioinnit. Alla taulukot DigiRehab: n tuottamasta vaikuttavuusraportoinnin tuloksista DigiRehab -pilotoinnin aikana, vaikutuksista avun tarpeeseen ja fyysiseen suorituskykyyn. Tiedot perustuvat liikuntaneuvojen tekemiin mittauksiin ja kertovat siitä, kuinka toimintakyky ja fyysinen kunto muuttuvat kuntoutusjakson aikana.



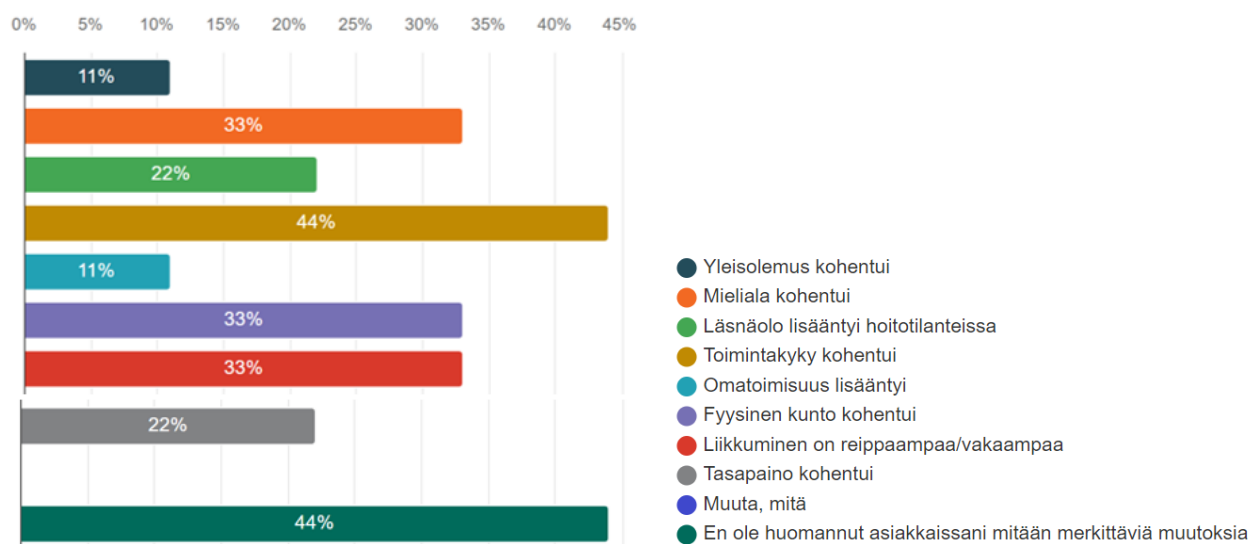
Kuva 4. Vaikutukset avun tarpeeseen.





Kuva 5. Vaikutukset fyysiseen suorituskykyyn.

Teetimme liikuntaneuvojen työyksiköiden hoitohenkilökunnalle kyselyn pilotoinnin lopuksi. Kyselyssä kartoitettiin sitä, millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on liikuntaneuvoja pilotoinnista asiakkaat huomioiden sekä kokeeko liikuntaneuvojan työnkuvalle tarvetta tulevaisuudessa. Kysely lähetettiin 85 henkilölle, jotka työskentelivät pilotoinnin aikaan pilotoinnissa mukana olleissa yksiköissä. Kyselystä lähetettiin myöhemmin vielä muistutusviesti. Liikuntaneuvojat kotioidossa pilotin kyselyyn vastasi 9 henkilöä, kysymykseen ”Arvioi liikuntaneuvojan toiminnan vaikutuksia keskimäärin asiakkaisiin (voit valita useita vaihtoehtoja).” vastausvaihtoehtoja oli valittu 23 kappaletta. Vastaajista 44 % koki, ettei ole huomannut asiakkaisaan mitään merkittäviä muutoksia ja saman verran vastaajista koki, että toimintakyky asiakkailla oli kohenut. Alla kuva kysymyksistä vastausprosentteineen.



Kuva 6. Liikuntaneuvojen työyksiköiden hoitohenkilökunnalle teetetyn kyselyn vastauksia.

Muita kysymyksiä kyselyssä oli esimerkiksi se, että ”Koetko tarpeellisenä, että työyhteisössäsi työskentelisi jatkossa liikuntaneuvoja?” Kysymykseen 75 % oli vastannut, että kyllä kokee tarpeelliseksi. Vastaajista 25 % oli vastannut, että en osaa sanoa. Perusteluissa oli esimerkiksi vastattu että ” Liikuntaneuvojan avulla toimintakykyä on helpompi arvioida, sillä liikuntaneuvoja osaa huomioida erilaisia liikkumiseen liittyviä asioita käynneillään, joita hoitajat eivät välttämättä huomaisi, tai osaisi huomioida ja asiakkaat pääsevät edes joskus ulos”.

Liikuntaneuvojat kysyivät pilotoinnin loppupuolella asiakkailtaan asiakaspalautetta. Asiakaspalautte kerättiin käyttäen Webropolia. Vastauksia ei saatu kerättyä kaikilta liikuntaneuvojien asiakkailta, vastauksien kokonaismäärä oli 16 kappaletta. Asiakaspalautetta kysyttiin esimerkiksi käyttäen NPS: aa, ”Miten tyytyväinen olit liikuntaneuvojan antamaan palveluun?” Asteikolla 0-10 (0= En lainkaan tyytyväinen ja 10= Erittäin tyytyväinen), 12 % vastaajista oli passiivisia ja 88 % suosittelisi palvelua. Lisäksi asiakkailta kysyttiin esimerkiksi että, ”Suositteletko liikuntaneuvojan antamaa palvelua samassa tilanteessa oleville asiakkaille?” Vastaajista 94 % vastasi kyllä, ja vastaajista 6 % vastasi, että en suosittelisi. Perusteluina oli muun muassa, että ”tietää miten toimia ja miksi ja edistää terveyttä”. Asiakkailta kysyttiin myös, että ”Miten kehittäisit liikuntaneuvojan antamaa palvelua?” Vastauksia olivat muun muassa, että ”koin palvelun hyväksi, enkä osaa sanoa parannus ehdotuksia ja en osaa, sanoa. Olen ollut tyytyväinen, en uskaltaisi muuttaa mitään sekä voisi olla voimistelua”.

### **Mitä huomioitavia eettisiä kysymyksiä toimintamalliin liittyy hyvän elämän edellytysten näkökulmasta?**

Kenellä kaikilla kotihoidon asiakkailla on oikeus saada liikuntaneuvojan antamaa kuntoutusta? Joudutaan tekemään päätöksiä siitä, ketkä asiakkaat hyötyvät liikuntaneuvojan antamasta kuntoutuksesta.

Asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta oman kuntoutuksen suunnitteluun on kunnioitettava. Vastaan voi tulla tilanteita, joissa asiakas ja työntekijä näkevät kuntoutuksen tarpeen suhteessa toimintakykyyn erilaisina. Tilanne voi olla hankala niin asiakkaalle, joka ei välttämättä näe ikänsä ja toimintakykynsä näkökulmasta tilannettaan samalla tavalla kuin työntekijälle, jolla on kuntoutuksen tuloksellisuuteen ja laatuun ammatilliset näkökulmat.

Onko asetetut tavoitteet yhteisiä ja realistisia? Esiin voi nousta seuraavia asioita:

Voidaanko varmistua siitä, että perehdytys on ollut riittävää pilotoinnin turvalliselle toteutukselle? Onko asiakkaan saama kuntoutus yhtä laadukasta kuin toisen asiakkaan saama kuntoutus? Voidaanko varmistua siitä, että tarjotaan tarvittavaa muutosta asiakkaalle?

Työ on nopeatempoista ja voi vaihdella päivästä toiseen asiakkaiden tilanteiden ja tavoitteiden mukaisesti, mutta kuitenkin asiakas kohdataan aina siinä hetkessä. Salassapitovelvollisuus aina huomioiden. Voidaanko varmistua siitä että, annettu palvelu on aina asiakaslähtöistä.

### **3.1.8. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset: Teknologiakoordinaatiomalli ja Sosiaalinen kuntoutus**

#### **Teknologiakoordinaatiomalli**

Eksote päätti vuoden 2022 lopulla lähteä kehittämään tulevalle Etelä-Karjalan hyvinvointialueelle yhteistä teknologiakoordinaatiomallia. Mallin elinkaaren kokonaiskuvan hallinnassa oli tarkoitus määritellä mm. asiakkuudet, johtamisvastuut, roolit, prosessit, viestintä ja laitehallinta. Tavoitteena oli saada yhteinen toimintamalli, jota kautta asiakkaat saavat yhdenmukaiset ja tasalaatuiset teknologiapalvelut riippumatta siitä missä päin hyvinvointialuetta asuvat. Eksoten aikana kehitettiin jo teknologiakoordinaatiomallia kotihoidon osalta. Teknologiatimi toimii kotihoidon tukitiimin alaisuudessa, jossa työskentelee 5 hyvinvointiteknologia-asiantuntijaa. Jokaisella toimijalla on omat vastuu alueet. Toimija vastaa käytössä olevan hyvinvointiteknologiaratkaisun kehityksestä, koulutuksesta ja toimintamalleista Etelä-Karjalan hyvinvointialueen koko kotihoidon kokonaisuudessa.

Koko Etelä-Karjalan hyvinvointialueen mallia kehitettiin alkukartoituksen, nykytila-analyysin ja muiden kehittämien mallien pohjalta. Hyvinvointialueen organisoitumisesta johtuen teknologisten ratkaisujen

organisaatiotason järjestäytyminen on vielä keskeneräinen kokonaisarkkitehtuurin hallintamallin käyttöönoton aikatauluista johtuen. Hyvinvointialue on mukana myös Ikäteknologiaverkoston tapaamisissa, jotka käynnistyivät virallisesti keväällä 2023 Ikäteknologian kansallisen koordinaatiomallin pohjalta. Ikäteknologiaverkoston koordinoinnista vastaa DigiFinland yhteistyössä Terveystieteiden- ja hyvinvointilaitoksen kanssa (THL). Verkoston päätavoitteena on tukea ikäteknologiaratkaisujen hyödyntämistä hyvinvointialueilla, toimia puolueettomasti ja avoimesti eri sidosryhmien välillä sekä lisätä osallistujien ikäteknologiatietoutta ja mahdollistaa innovaatioiden ja parhaiden ratkaisujen leviämisen kansallisesti.

## Sosiaalinen kuntoutus

Sosionomi opiskelijat (3 henkilöä) LAB-ammattikorkeakoulusta Lappeenrannasta saivat innovaatio osaamisen opintojakson tehtävänannoksi selvittää, miten teknologiaa käytetään Sujuvasti Kotona-hankkeessa sosiaalisessa kuntoutuksessa ja miten teknologiaa voidaan hyödyntää jatkossakin.

Kehittämistehtävä muodostui karkeasti seuraavista vaiheista:

1. selvittää mitä sosiaalinen kuntoutus on
2. selvittää kotona asumisen teknologiaa yleensä
3. selvittää mitä EKHVA:lla on tarjota; tutustumiskäynti kotihoidon teknologiatiloihin
4. kuntouttavien lähihoitajien haastattelu asiakascaset ja selvitys heidän käytössään olevasta teknologiasta ja/tai selvittää itse, mistä teknologiasta nämä asiakkaat hyötyisivät

Kehittämisehdotuksena opiskelijoilla oli mm., että lisätään etälaitteiden käyttöastetta esim. esittelemällä palveluntarpeenarvioinnin yhteydessä jo etälaitteita. Esittely madaltaisi mahdollisesti käyttöönoton kynnystä ja vähentäisi ennakkoasenteita. Opiskelijat pitivät tärkeänä myös eri teknologialaitteiden tietoisuuden lisäämistä ikäihmisen ympärillä toimiville tahoille. Lisäksi opiskelijoiden ehdotuksena oli että, tulisi kiinnittää huomiota etälaitteilla tuotettavan sisällön monipuolisuuteen. Monipuolisuutta kehittämällä vahvistetaan asiakkaan osallisuutta sekä toimintakykyä; etäkahvilatoiminta, jossa ikäihmiset voisivat viettää yhdessä aikaa, erilaisia pelejä tukemaan ikäihmisten kognitiivista toimintakykyä, videoita tai suoria lähetyksiä eri liikuntamuodoista, jotka tukevat ikäihmisten fyysistä toimintakykyä, videoita sekä suoria lähetyksiä luonnosta sekä erilaisista kulttuuritiloista tai tapahtumista.

## 3.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan

### 3.2.1. Asiakasvastaavan työprosessi

#### Tavoite

Luodaan yhteistyöprosessit ja kuvataan palvelukokonaisuus ja palvelupolku. Lisäksi kuvataan asiakasohjauksen ja palvelutuotannon (esim. kotihoidon, sairaalan, omaishoidon, perhehoidon ja sotekeskuksen) yhteiset prosessit ja vahvistetaan yhteisten prosessien ja yhteisen asiakkuuden hallinnan kautta asiakasohjausta. Muotoillaan monialainen kuntoutus- ja palvelutarpeen arviointi yhteen asiakasvastaava toiminnan ja uudenlaisen tiimimallin kanssa syventämään kotona asumista tukevia palvelumuotoja. Rakennetaan yhteistyöprosessit eri toimijoiden ja sidosryhmien kanssa. Asiakasvastaavamallin käyttöönotto. Asiakkaiden ja palvelujen kohtaaminen paremmin, asiakastyytyvyyden ja henkilöstön työviihtyvyyden parantuminen.

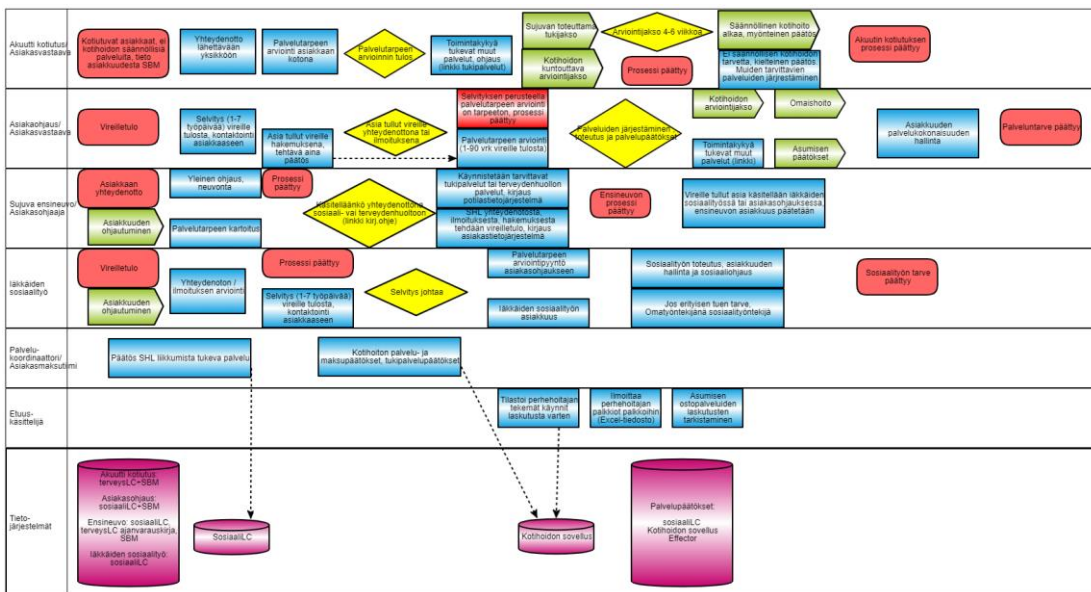
#### Toimintamalli

Asiakasvastaavamallissa säännöllisissä palveluissa oleville asiakkaille nimetään oma asiakasvastaava (vastaa sosiaalihuoltolain 42 §/ laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 17 § omatyöntekijää). Asiakasvastaava tekee asiakkaalle tarpeen mukaisen, laaja-alaisen

toimintakyvyn- (ICF viitekehys) ja palvelutarpeen arvioinnin hyödyntäen yhteisesti sovittuja mittareita. Asiakasvastaava huomioi asiakkaan yksilölliset toiveet, tarpeet ja tavoitteet, sekä lainsäädännön ja palveluille asetetut myöntämisperusteet. Asiakasvastaava vastaa asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinoinnista ja tekee päätökset sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Asiakasvastaava laatii tarpeen mukaan asiakassuunnitelman ja vastaa suunnitelman seurannasta, päivittämisestä ja toteutumisesta. Asiakasvastaava toimii asiantuntijana osana moniammatillista tiimiä ja laaja-alaista verkostoa. Asiakasvastaavamallin tavoitteena on siirtää painopiste palvelutarpeen arvioinnista asiakkuuden hallintaan. Hankkeen aikana on laadittu seuraavat prosessikuvaukset:

1. Sujuva asiakasohjauksen asiakasprosessit
2. Sujuva – kotihoito kuntouttava arviointijakso
3. Sujuva – kotihoito säännöllinen kotihoidon asiakkuus
4. Omaishoidon asiakasprosessi
5. Asumisen päätökset
6. Sujuvan tukijakso (kuntouttavan lähihoitajan/kodinhoitajan toteuttama tukijakso)

Lisäksi on laadittu työohjeet kotihoidon kuntouttavan arviointijakson ja kotihoidon tukipalveluiden järjestämisen prosesseista. Työohjeita on työstetty Sujuvan asiakasvastaavien ja kotihoidon yhteisissä työpajoissa.



Kuva 7. Esimerkki prosessikuvauksesta (Sujuva asiakasohjauksen asiakasprosessit)

# Sujuvasti kotona - tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut loppuraportti

29

|                                  | Asiakasvastaava (sis. akuutti kotiutus, asiakasohjaustiimi)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Yhteyssairaanhoitaja                                                                                                                                                                                                               | Kotihoidon ohjaaja                                                                                                                                                                               | Palvelukoordinaattori                                                                                                                       |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kuntouttava arviointijakso alkaa | <p>Määrittää asiakkaan palvelutarpeen sekä arviointijakson <b>tavoitteet ja keinot (=suunnitelma)</b> tehdyn palvelutarpeen arvioinnin pohjalta.</p> <p>Asiakasvastaava kirjaa tiedot:</p> <p>Akuutti kotiutus TerveysLC: YLEHOI/FYSTER</p> <p>Asiakasohjaustiimi SosiaaliLC: palvelutarpeen arviointi, toimintakyky kirjaus TerveysLC: YLEHOI, kopioidaan Sosiaali LC palvelutarpeen arviointi--&gt;Toimintakyky --&gt;Ammattilaisen arvio asiakkaan toimintakyvystä</p> <p>Palvelutarpeen arviointi sisältää laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin, mm. itsestä</p> | <p>Vastaanottaa asiakastiedot asiakasvastaavalta</p> <p>Laatii viikko-ohjelman</p> <p>Toimittaa tiimin yhteystiedot asiakkaalle kh:n ensimmäisen käynnin myötä</p> <p>Tekee käynnin asiakkaan luokse ensimmäisen viikon aikana</p> | <p>Saa tiedon asiakkuudesta asiakasvastaavalta</p> <p>Asiakkuuden luonti</p> <p>Avaa kotihoidon asiakaspulun (asiakastiedot, palvelujaksot, hoito- ja palvelusuunnitelman, mm. palvelurivit)</p> | <p>Palvelupäätös kuntouttavasta arviojaksosta (= päätös tilapäisestä kotihoidosta)</p> <p>Asiakasmaksupäätös tilapäisestä kotihoidosta.</p> |

Taulukko 8. Ote Sujuva asiakasohjauksen ja kotihoidon kuntouttavan arviojakson työohjeesta.

| TUKIPALVELUT                                  | Ateriapalvelu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kuljetuspalvelu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Peseytymispalvelu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kauppapalvelu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Siivous- ja vaatehuoltopalvelu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Palvelutarpeen kartoitus / arviointi (Sujuva) | <p>Myönnetään ensineuvon palvelutarpeen kartoituksen tai asiakasvastaavan palvelutarpeenarvioinnin perusteella:</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ateria-automaatti Menuumat</li> <li>- Kotiin kuljetettava ateriapalvelu kun tarve vähintään 14 vrk:ta, aterioita vähintään x4/vko ja kuljetusmatka noin 20 km aterian tuottamisyksiköstä. Jos matka pidempi kuin 20 km tarkista suunnittelijalta mahdolliset lisäkustannukset.</li> <li>- Asiakkaalla on mahdollisuus hakea tulosidonnaista ateriatukea kun tarve 4-7 ateriala viikossa.</li> <li>- Mikä tarve vähemmän kuin 4xvko, ohjataan asiakasta tilaamaan ateriat suoraan ateriantuottajalta omakustanteisesti (huom!) Saimaan tukipalvelut eivät toimita aterioita yksityisille asiakkaille</li> </ul> <p>Ensineuvo tai asiakasvastaava tekee ateriatilauksen tilauslomakkeelle ja lähettää lomakkeen aterian tuottamisyksikön suunnittelijalle, sekä kotihoidon ohjaajalle ja palvelukoordinaattorille</p> <p>Tarpeen mukaan asiakkaalle postitetaan Ateriatukea varten tuloksetilomake + saatekirjeen</p> | <p>Haettava palvelu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sosiaalihuoltolain mukainen liikkumista tukeva palvelu</li> <li>- vaikeavammaisen liikkumista tukeva palvelu</li> </ul> <p>Ensineuvo ja asiakasvastaavat ohjaavat/avustavat palvelun hakemisessa</p> <p>Kotihoito ohjaa/avustaa omia asiakkaita hakemisessa</p> <p>Hakemukset / päätökset</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- shl mukainen palvelukoordinaattori: Sari ja Outi (liitteeksi lääkärin todistus tai kopio C-lausunnosta tai muut sote ammattilaisen tekemä selvitys)</li> <li>- vammaispalvelulain mukainen: Anna Halonen (liitteeksi lääkärin lausunto, hoito- tai sairauskertomus tai terveydenhuollon asiantuntijan lausunto)</li> </ul> | <p>Asiakasvastaava arvioi tarpeen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakasvastaava sopii kotihoidon ohjaajan kanssa palvelun aloituksesta (viikontähtä, klo aika)</li> </ul> <p>Tarpeen mukaan konsultaatiopyyntö kotikuntoutukseen palvelun myöntämisen perusteeksi (kodin fyysiset tilat, toimintakyky, avustajien tarve, kodin muutostyöt)</p> <p>Palvelun alkamisesta sähköposti kotihoidon ohjaajalle palvelukoordinaattorille</p> | <p>Ensineuvo ohjaa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaupan keräys- ja kuljetuspalveluihin</li> </ul> <p>Asiakasvastaava avustaa tarpeen mukaan sopivan palveluntuottajan löytymisessä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tarvittaessa kuntouttavan ih-tukikäynnin tilausten tekemisessä ohjaamista varten</li> </ul> <p>Jos asiakkaalla kotihoito, kotihoito/omainen avustavat tarpeen mukaan tilausten tekemisessä</p> <p>Ohjaus mahdollisesti yksityiselle palveluntuottajalle</p> | <p>Selvityksessä! Ohjataan yksityiselle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mikäli palveluntuottajaa ei ole ja palvelutarpeen arvioinnissa siivous- ja vaatehuoltopalvelun tarve on todettu, voidaan palvelu myöntää kotihoidon tukipalveluna ja laskuttaa asiakkaalta EK:ta määräämää maksua</li> <li>- Palveluntuottajan laskun ohjaaminen?</li> </ul> <p>Taloudelliset haasteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varmistetaan, että asiakkaalla on tarvittavat KELA:n tuet, tarv. avustetaan hakemusten tekemisessä</li> <li>- Ohjataan/avustetaan hakemaan KELA:n perustoimeentuloa-tulotukea</li> <li>- Jos KELA:ta kielteinen päätös sos.tt voi myöntää täydentävää toimeentulotukea palvelutarpeen arvioinnin perusteella siivous- ja vaatehuoltopalveluun palvelutarpeen yksityiseltä palveluntuottajalta</li> </ul> |

Taulukko 9. Ote kotihoidon tukipalveluiden järjestämisen työohjeesta.

Sujuva asiakasohjauksen ja yhteistyörajojen toimintamallien luominen ja prosessien kuvaaminen on osin vielä kesken. Sujuvan ja kotihoidon rajojen prosessit on kuvattu ja työohjeet laadittu, joka on keskeisin yhteistyö taho.

Asiakastyytyväisyyttä ja henkilöstön työiihtyvyyttä arvioidaan säännöllisesti tehtävillä kyselyillä. Omaishoitajille suunnatun kyselyn avulla on haluttu selvittää kokemuksia omaishoitajana toimimisesta Etelä-Karjalan hyvinvointialueella. Asiakaspalautekysely omaishoitajille on toteutettu 10/2023.

- Kysely lähetettiin 1385 omaishoitoperheelle
- Kyselyyn vastasi 523 omaishoitajaa, eli 38 % kyselyn saaneista
- Toimenpidesuunnitelma: Asiakastyytyväisyyden säännöllinen seuranta otetaan käyttöön Sujuvassa
- Asiakastyytyväisyyskysely omaishoitajille on toteutettu edellisen kerran 2019, kyselyt eivät ole kaikilta osin vertailtavissa

| <u>Vahvuudet</u>                                                                      | <u>Heikkoudet</u>                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Omaishoitajista 89 % kokee oman terveytensä riittävän omaishoitajan toimiseen         | Omaishoitajan lakisääteisen vapaa ei ole toteutunut (67 %)                               |
| Omaishoitajista 75 % suosittelee omaishoitajuutta läheisilleen                        | Omaishoitajien tiedon ja tuen tarpeeseen ei pystytä vastaamaan toivotulla tavalla (60 %) |
| <u>Mahdollisuudet</u>                                                                 | <u>Uhat</u>                                                                              |
| Omaishoitajista 87 % kokee Hyvinvointialueen arvostavan omaishoitajia                 | Omaishoitajien psyykinen kuormitus (65 %)                                                |
| 343 omaishoitajaa on vastannut kysymykseen, mikä on parasta omaishoitajana toimisessa | Huoli hoidettavan terveydestä (65 %)                                                     |
|                                                                                       | Omaishoitajan huoli omasta terveydestä (59 %)                                            |

Taulukko 10. SWOT-analyysi omaishoitajien asiakaspalautekyselyn tuloksista.

Sujuvan asiakasohjausyksikö henkilöstölle suunnattu työiihtyvyysskysely on toteutettu 9/2023. Kyselyn avulla on haluttu kartoittaa Sujuvan henkilöstön työiihtyvyydessä tapahtuneita muutoksia Sujuvan kehittämisprosessin ja Sujuvasti kotona hankkeen aikana vuosina 2022–2023.

- Kyselyyn vastasi 34 työntekijää, eli 51,2 % Sujuvan henkilöstöstä
- Tulokset esiteltiin henkilöstölle 18.9.2023 pidetyssä keskustelutilaisuudessa
- Toimenpidesuunnitelma: Työiihtyvyyden säännöllinen seuranta otetaan käyttöön Sujuvassa

Kyselyssä henkilöstö arvioi omaa työiihtyvyyttä ja sen eri osa-alueita esitettyjen väittämien avulla asteikolla 1-5 (1=täysin eri mieltä – 5=täysin samaa mieltä). Yli 3 keskiarvon (positiivinen tulos) arvioitiin 9/11 esitetystä väittämästä seuraavasti:

- Pidän työkavereistani ja työyhteisöstäni 4,5
- Työni on merkityksellistä 4,2
- Tiimivastaava tukee arjen työtä 3,9
- Toivon pystyväni jatkamaan nykyisessä tehtävässäni myös tulevaisuudessa 3,9
- Osaamiseni on lisääntynyt 3,8, olen ylpeä uudesta työnkuvastani 3,5
- Olen innostunut mahdollisuudesta tehdä työtä uudella tavalla 3,4
- Viihdyn aikaisempaa paremmin työssäni 3,1
- Työmotivaationi on lisääntynyt Sujuvan kehittämisprosessien mentyä eteenpäin 3,0



|                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>Vahvuudet</u></b></p> <p>Henkilöstö kokee työnsä merkitykselliseksi 4,2</p> <p>Tiimivastaavamalli tukee arjen työtä 3,9</p> <p>Työkaverit ja työyhteisö koetaan hyvänä 4,5</p> | <p><b><u>Heikkoudet</u></b></p> <p>Henkilöstö kokee, että Sujuvaa olisi pitänyt kehittää enemmän työntekijän näkökulma huomioiden 2,9</p> <p>Koettua heikompi työmotivaatio verrattuna työkavereihin 2,6</p>                     |
| <p><b><u>Mahdollisuudet</u></b></p> <p>Osaaminen on lisääntynyt 3,8</p> <p>Innostus mahdollisuudesta tehdä työtä uudella tavalla 3,4</p> <p>Työssä viihtyminen parantuminen 3,1</p>     | <p><b><u>Uhat</u></b></p> <p>NPS indeksi on heikko (-35), Sujuvaa työpaikkana ystäville ja läheisille suosittelee vain 15 % vastanneista</p> <p>NPS indeksi alle 0 = tyytymättömiä työntekijöitä on enemmän kuin tyytyväisiä</p> |

Taulukko 11. SWOT-analyysi Sujuvan henkilöstön työviihtyvyykselyn tuloksista.

### Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Asiakastyytyväisyys on parantunut asiakasvastaavamallin käyttöönoton jälkeen (asiakastyytyväisyyskysely omaishoitajille 2023). Omaishoitajille suunnattu asiakastyytyväisyyskyselyn tuloksia on verrattu 2019 tehtyyn kyselyyn, siltä osin kuin kyselyt ovat olleet vertailtavissa. Tulokset antavat hyvinvointialueelle kuvan omaishoidon nykytilasta ja niiden avulla kehitetään omaishoitajille annettavaa palveluohjausta ja tukea. Työtyytyväisyys on lisääntynyt (työviihtyvyyksely 9/2023). Kyselyssä on kysytty työviihtyvyyttä aikaisempaan verrattuna ja työmotivaatiota Sujuvan uusien toimintamallien kehittämisprosessien mentyä eteenpäin Sujuva asiakasohjausyksikössä. Kyselyiden tuloksia hyödynnetään tarkasteltaessa Sujuva asiakasohjausyksikön asiakkaiden asiakastyytyväisyyttä ja kotiin vietävien palvelujen toimivuutta. Työviihtyvyyttä tarkastellaan säännöllisesti kehitettäessä työhyvinvointia. Sujuva asiakasohjausyksikön toiminnan aloitus viivästyi useita kuukausia suunnitellusta, mikä on vaikeuttanut hankesuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Sujuva asiakasohjausyksikkö on aloittanut toimintansa 1.11.2022 ja uusien toimintamallien käyttöönotto on tapahtunut asteittain tämän vuoden aikana. Yhteistyömallien luominen ja prosessien kuvaaminen on osin vielä kesken, näistä esimerkkinä mielenterveys- ja päihdepalveluiden, sekä muistipoliklinikan asiakkaat. Asiakasvastaava toimintamallin myötä tavoitteena on ollut asiakkaiden päällekkäisten palvelu- ja kuntoutus tarpeenarvointien vähentyminen, tämän osalta tavoitteen seurantaan ei vielä ole luotettavaa arviointimenetelmää. Edelleen eri ammattilaiset tekevät asiakkaalle palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointeja, eikä toisen ammattilaisen tekemiä arviota vielä hyödynnetä riittävästi asiakasohjauksessa. Asiakasvastaava toimintamalli on otettu käyttöön ja kaikille Sujuva asiakasohjauksen vastuulla oleville asiakkaille, kuten omaishoidon-, perhehoidon- ja henkilökohtaisen budjetin asiakkaille on nimetty asiakasvastaava (omatyöntekijä). Muissa säännöllisissä palveluissa, kuten kotihoidossa ja iäkkäiden asumispalveluissa oleville tullaan nimeämään oma asiakasvastaava vuoden 2024 aikana. Merkittävänä haasteena hankkeen aikana ovat olleet useat keskeiset henkilömuutokset Sujuvan muutoksen valmistelussa ja toteutuksessa.

### Toimintamallin arviointi

Luotettavaa tietoa Sujuvan uusien toimintamallien vaikuttavuudesta ei tällä hetkellä saada. Syynä tähän on vaiheittainen siirtyminen Sujuvan toimintamalleihin tämän vuoden aikana, sekä tietojärjestelmä muutokset. Sujuvassa on siirrytty 1.3.2023 käyttämään sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmää pääasiallisena tietojärjestelmänä.

### 3.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun

Hankkeen osatavoitteena oli osaavan henkilöstön riittävä määrä ja saatavuuden varmistaminen. Osaavan henkilöstön riittävää saatavuutta kehitettiin uudella itseohjautuvalla ja autonomisella tiimityömallilla ja sitä tukevan työvuorosuunnittelun optimointimallin käyttöönotolla kotihoidossa. Työvuorojen optimoinnin avulla vastattiin toiminnan tarpeeseen ja huomioidaan henkilöstön osaaminen suunnittelussa. Kotihoidon henkilöstön tarve määräytyi iäkkäille asiakkaille myönnettyihin palvelutunteihin ja huomioidaan välittömän asiakastyön toteuttamiseen käytettävissä oleva henkilöstön työaika.

Hankkeessa kehitetään kotihoitoon toimintamallia, jossa henkilöstön riittävyyden arvioinnin pohjana on asiakkaille myönnettyjen palvelutuntien määrä. Hankkeen edetessä riittävän ja osaavan henkilöstön tavoitteisiin nostettiin päätavoitteeksi optimoinnin käyttöönotto kotihoidossa, sekä asiakkaille myönnettyjen palvelutuntien laskenta ja sen vaikutus henkilöstön riittävyyden arviointiin.

#### 3.3.1. Titania optimointi

Riittävän ja osaavan henkilöstön turvaamiseksi Etelä-Karjalan hyvinvointialueelle on hankittu työvuorosuunnittelua helpottamaan automaattinen, optimointipohjainen työvuorosuunnittelusovellus. Optimointi pohjautuu toimintalähtöiseen työvuorosuunnitteluun, jolla varmistetaan, että työvuoroissa on riittävästi henkilöstöresurssia ja oikealla osaamisella turvaamassa asiakkaille myönnetty palvelut. Toimintalähtöisellä työvuorosuunnittelulla optimoinnin avulla pyritään lisäksi henkilöstöresurssien optimaaliseen käyttöön. Lisäksi työvuorosuunnitteluun käytettävää aikaa haluttiin optimoinnin avulla vähentää henkilöiltä, jotka yksiköissä vastaavat työvuorosuunnittelusta.

#### Tavoite

Tavoitteena oli, että kotihoidon yksiköt siirtyvät asteittain käyttämään sovellusta helpottamaan työvuorosuunnittelua. Optimointisovelluksen käytöstä ei aikaisemmin ollut kokemusta ja se vaati kotihoidon työvuorosuunnittelijoille koulutusta ja perehdyttämistä käyttöönottamisessa. Kotihoitoon laadittiin aikataulutusta käyttöönotosta kotihoidon 15 yksiköihin. Käyttöönoton varmistamiseksi ja kouluttamista varten nimettiin erillinen henkilö.

#### Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Koulutukset ja sovelluksen käyttöönotto alkoivat sovitun aikataulun mukaisesti. Melko nopeasti käyttöönoton edetessä havaittiin, että työvuorosuunnittelun yhtenäisiä pelisääntöjä ei ollut ja yksiköillä oli paljon erilaisia omia käytänteitä työvuorosuunnitelman laadintaan. Tämä koettiin hankaloittavaksi tekijäksi työvuorosuunnittelun toteuttamiseen optimoinnin avulla. Työvuorosuunnittelun tason todettiin myös olevan hyvin vaihtelevaa ja työvuorosuunnittelijoiden osaaminen eritasoista. Lisäksi työvuorosuunnittelijat vaihtuivat osassa yksikössä nopeaan tahtiin ja lähtökohtana työvuorosuunnittelun perehdyttämiseen ja optimointisovelluksen käyttöönottoon saattoi olla, että uusi työvuorosuunnittelija yksikössä ei ollut aikaisemmin tehnyt ollenkaan työvuorosuunnittelua. Tämä hankaloitti optimoinnin levittämistä, koska pelkästään ilman optimoinnin avulla tehtävään työvuorosuunnitteluun tarvittiin kotihoidon yksiköissä runsaasti koulutusta. Optimointisovelluksesta ei ollut aikaisempaa käyttökokemusta ja käytön kokemuksen myötä havaittiin sovelluksessa esiin tulevia ongelmia, jotka hankaloittivat optimoinnin käyttöä. Osa-asetuksia, joita haluttiin työvuorosuunnittelussa otettavan huomioon, ei pystytty rakentamaan sovelluksessa. Työvuorosuunnittelun asetukset ja tarvittavat henkilöstömäärät työvuoroissa vaihtuvat kotihoidossa työaikajaksoittain. Samoin käytettävissä oleva henkilöstömäärä eri työaikajaksoilla vaihtuu työaikajaksoista toiseen ja vaati jatkuvaa tausta-asetusten muuttamisesta sekä varsinaisessa työvuorosuunnitteluohjelmassa ja optimointisovelluksessa, että optimoinnin kautta saatiin suunniteltua



tasalaatuisia työvuorolistoja työntekijöille ja huomioitua toimintälähtöisyys. Optimoinnissa havaittujen ongelmien ja yhtenäisten työvuorosuunnitteluun liittyvien käytäntöjen puuttumisen myötä päätös optimointisovelluksen levittämisen lopettamisesta kotihoidossa tehtiin palvelupäällikön toimesta syyskuussa 2022. Optimoinnin käyttöönoton suunnitelma ja levittäminen odottaa edelleen Etelä-Karjalan hyvinvointialueen linjausta hankkeen loppuraportoinnin kirjaamisen aikaan.

### **Toimintamallin arviointi**

Yksiköissä, joissa työvuorojen suunnittelu optimoinnilla kokeiltiin, koettiin varsin negatiiviseksi, koska haluttua työajansäästöä ei saatu. Optimoinnin jälkeen työvuorosuunnittelua jouduttiin muokkaamaan käsin. Palautetta työvuorojen epäergonomisuudesta tuli runsaasti työntekijöiltä ja listan suunnittelijoilta. Lisäksi työvuorosuunnittelijat kokivat sovelluksen käytön hankalaksi, koska tausta-asetuksia täytyi muuttaa aina työaikajaksoittain. Työvuorosuunnittelu kotihoidossa tarvitsee jatkossa kehittämistä, jotta optimointi saataisiin paremmin käyttöön. Työvuorosuunnitteluun liittyviä pelisääntöjä tulee päivittää, sekä vanhoja käytänteitä tarkastella uudelleen, jotta työvuorosuunnittelua saadaan yhdenmukaistettua kaikissa yksiköissä ja sitä kautta mahdollistaa paremmin optimoinnin käyttöä myös jatkossa.

Toimintälähtöisen työvuorosuunnittelu periaatteet täytyy käydä kotihoidon yksiköiden kanssa läpi ja luoda yhtenäiset käytänteet, jolloin toiminnan aiheuttama tarve ohjaa työntekijä resurssit ja osaamisen oikeaan paikkaan oikea-aikaisesti. Tämän avulla saadaan tehostettua toimintaa, joka puolestaan vaikuttaa myös kustannussäästöihin. Työvuorosuunnittelun optimoinnin käytön kokemusten perusteella saatiin kuitenkin arvokasta tietoa, miten optimointi kannattaisi kotihoidossa ottaa käyttöön, mikäli päätös optimoinnin käytön jatkamisesta tehdään koko organisaatiotasolla. Työvuorosuunnittelun kehittäminen on keskeinen tekijä, jolla voidaan vaikuttaa henkilöstön riittävyyteen ja tuottaa asiakkaille myönnetty palvelut. Työvuorosuunnittelun perehdyttämistä tulee parantaa ja varmistaa riittävä koulutus ja osaaminen henkilölle, jotka vastaavat suunnittelusta.

### **3.3.2. Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa**

#### **Tavoite**

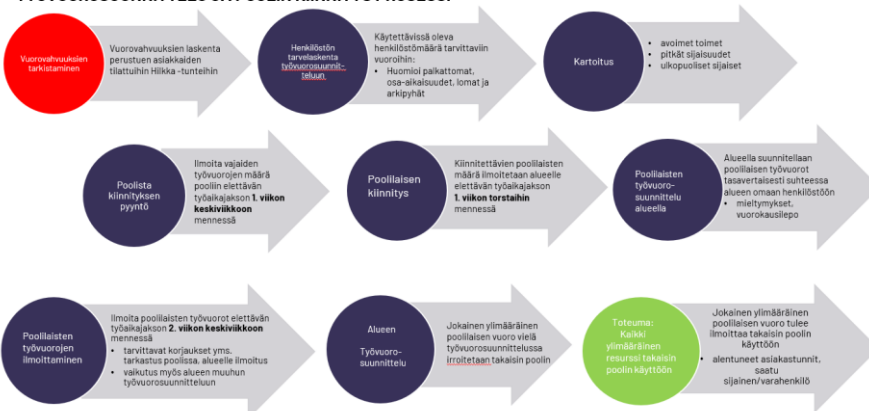
Toimintamallin tavoitteena oli luoda yhdenmukaiset toimintatavat ja prosessit liittyen henkilöstön riittävyyden arviointiin suhteessa asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrään. Näiden toimintatapojen, yhtenäisten prosessien ja ohjeiden kautta pystytään reagoimaan henkilöstöresurssien tarpeeseen työvuorosuunnittelu vaiheessa sekä päivittäisessä toiminnassa. Toimintamallissa haluttiin varmistaa, että kotihoidon yksiköillä on selkeät ohjeet asiakkaille myönnettyjen palvelujen laskentaa varten ja sitä kautta yksiköt pystyvät laskemaan henkilöstön tarvetta ja sen riittävyyttä sekä työvuorosuunnitteluvaiheessa ja reaaliaikaisesti myös päivittäisessä toiminnassa. Toimintamalli kuvasi asiakkaille myönnettyjen palveluiden tarkastelua ja asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrän vaikutusta kotihoidon henkilöstön riittävyyden arviointiin. Toimintamallin kehittämiseen vaikuttavat tekijät ovat 1.1.2023 sosiaalihuoltolakiin 26.8.2022/790 tulleet muutokset, jossa pykälissä 46 b§ on kotikäyntien suunnitteluun ja kotihoidon toteuttamiseen liittyvät velvoitteet sekä 49 b§ kotihoidon henkilöstön riittävyyden turvaamiseen liittyvien toimenpiteiden velvoite. Kotihoidon henkilöstön riittävyyteen voidaan vaikuttaa henkilöstön optimaalisella käytöllä; oikea määrä henkilökuntaa työvuoroissa, oikeassa paikassa ja oikealla osaamisella tuottamaan asiakkaille myönnetty palvelut. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kotihoidon yksiköissä todettiin olevan hyvin erilaiset toimintatavat liittyen työvuorosuunnitteluun ja henkilöstön riittävyyden arviointiin. Henkilöstön riittävyyden arvioinnin pohjalla ei ole ollut selkeästi aikaisemmin asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja palveluiden määrän vaihtelu eri ajanjaksoina.

Kotihoidon yksiköt arvioivat henkilöstön riittävyyttä laskemalla oman yksikkönsä kotihoidon palveluita saavien asiakkaiden palvelujen määrät tunteina. Asiakkaille myönnettyjen palvelumäärien laskentaan hyödynnetään käytössä olevaa Hilkka- toiminnanohjausjärjestelmää. Toimintamalli sisältää erillisen ohjeistuksen asiakastuntien laskentaan sekä laaditun taulukon helpottamaan laskennan toteuttamista. Kotihoidon asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrän laskentaa (tunteina) pystytään tarkastelemaan päivä ja viikkotasolla. Toimintamallissa pyritään ennakkointiin henkilöstön riittävyyden osalta jo työvuorosuunnitteluvaiheessa. Lähtökohtaisesti työvuorosuunnittelun prosessi alkaa kotihoidon yksiköissä kartoittamalla asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrää tunteina ja sen avulla laskemaan käytettävissä olevan henkilöstön mukaan henkilöstön riittävyys työaikajaksossa.

Työvuorokohtaiset henkilöstötarpeet saadaan laskettua myönnettyjen asiakastuntien ja käyntiaikojen perusteella. Laskennassa otetaan huomioon Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kotihoidolle määritellyt välittömän työajan osuudet: lähihoitajilla 60 % ja sairaanhoitajilla 40 % ja tarvittaessa huomioidaan yksiköiden alueellisia erityispiirteitä, kuten esimerkiksi pitkät ajomatkat tai turvapuolinhälytyksiin vastaaminen. Työaikajaksoa eletessä asiakastuntien laskennalla pystytään reaaliaikaisesti arvioimaan henkilöstön riittävyyttä muuttuneissa asiakkaille myönnettyjen palvelujen tuntimäärissä. Laskennalla avulla kotihoidon yksiköt pystyvät arvioimaan riittääkö henkilöstö tuottamaan palvelut, vaikka kotihoidon yksikössä olisi poissaoloja tai mahdollisesti vastaavasti, jos asiakkaille myönnetty palvelutunnit ovat kasvaneet. Laskennan avulla yksiköissä esihenkilöt pystyvät arvioimaan, onko henkilöstöä riittävästi vai tarvetta lisätä henkilöstön määrää työvuoroissa, jotta asiakkaille myönnetty palvelutuntimäärät pystytään tuottamaan.

Kotihoidon yksiköiden henkilöstövajeeseen vastataan osittain myös kotihoidon resurssipoolin henkilöstöllä. Tämä tarkoittaa sitä, että jo työvuorosuunnitteluvaiheessa osalle kotihoidon yksiköitä joudutaan etukäteen kiinnittämään työntekijöitä poolista. Tarpeet poolin henkilöstön kiinnittämiseksi työvuorosuunnitteluvaiheessa vaihtelee työvuorokausittain määrällisesti ja alueellisesti. Toimintamalli sisältää luodun prosessikuvauksen, jonka tarkoitus on yhdenmukaistaa alueiden toimintaa etukäteen kiinnitettävien poolin työntekijöiden osalta. Lisäksi malliin kuuluu ohjeistus poolin työntekijän vapauttamisesta takaisin niissä tilanteissa, jos työntekijää ei tarvita kyseisellä alueella suunnitellusti varattuun työvuoroon. Prosessi sitoo yksiköitä yhdenmukaiseen toimintatapaan ja aikatauluihin.

#### TYÖVUOROSUUNNITTELU JA POOLIN KIINNITYS PROSESSI



Taulukko 12. Työvuorosuunnittelu ja poolin kiinnitysprosessi.

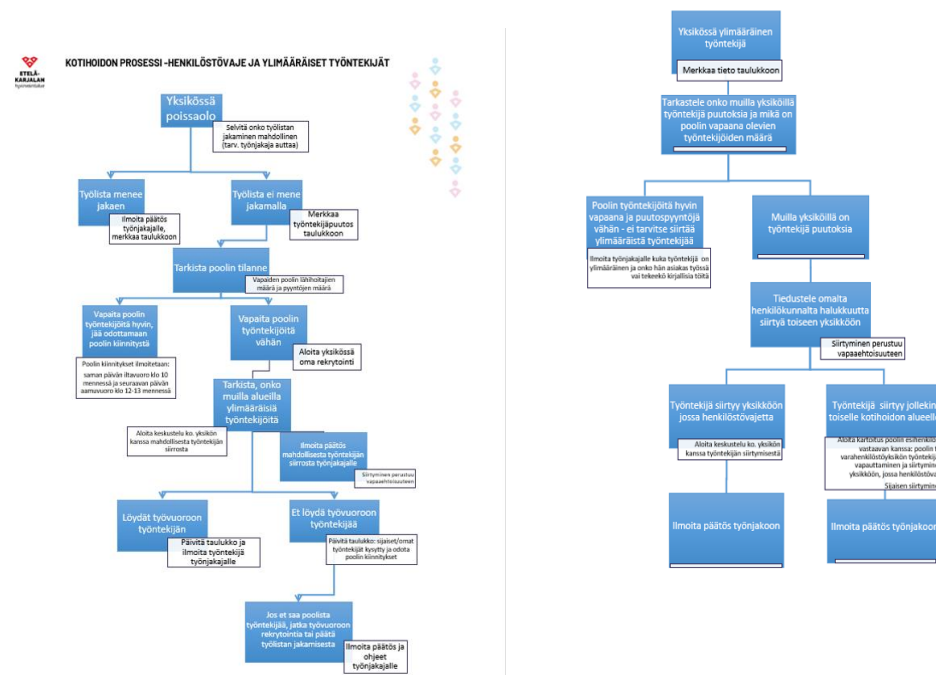
Toimintamallin edetessä havaittiin tarvetta kehittää koko kotihoidolle prosessia ja mallia päivittäisestä henkilöstötilanteesta ja riittävyydestä. Kotihoidon yksiköille luotiin prosessikuvaukset, joissa kuvataan toimintatapaa tilanteissa, kun yksikössä on henkilöstövajetta tai ylimääräisiä työntekijöitä. Samalla

kehitettiin kotihoidon yksiköiden ja resurssipoolin välille taulukko, jonka kautta työaikajaksoa eletettäessä tehdään työntekijöiden pyynnöt henkilöstövajeista kotihoidon resurssipooliin, kun kotihoidon alue tarvitsee työntekijää akuuttiin poissaoloon tai asiakastarve on lisääntynyt ja olemassa oleva henkilöstö ei riitä tuottamaan asiakkaille myönnettyjä palveluja. Kotihoidon yksiköiden päivittäisiin henkilöstön vajeisiin lähdetään ensisijaisesti kysymään kotihoidon resurssipoolista työntekijää. Selkeää yhteneväistä käytäntöä yhteydenottokanavista ei aikaisemmin ole ollut, joten tämä aiheutti sekaannusta sekä kotihoidon yksiköissä ja kotihoidon resurssipoolissa, jossa vastataan yksiköiden työntekijä pyyntöihin.

| KK päivä                                                   |                |                            | 1.6.2023 |                                |                             |                                |                                            |                                   |
|------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|----------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Vapaat poolilaiset                                         |                |                            |          |                                |                             |                                |                                            |                                   |
| Vapaaksi jätettävät poolilaiset (akuutteihin tilanteisiin) |                |                            |          |                                |                             |                                |                                            |                                   |
| Yhteensä                                                   |                |                            |          |                                |                             |                                |                                            |                                   |
|                                                            | Aamu<br>vavuus | Huom!<br>Ajolistat, turvis | Puutos   | Ylimääräin<br>en<br>työntekijä | Meneekö<br>lista<br>jakaen? | Sijaiset +<br>omat<br>kysytty? | Siirtynyt<br>toiselle<br>alueelle<br>(kpl) | Kiinnitetty<br>poolilainen<br>Kpl |
|                                                            |                |                            |          |                                | Kyllä/Ei                    | Kyllä/ei                       |                                            |                                   |
|                                                            |                |                            |          |                                |                             |                                |                                            |                                   |
|                                                            |                |                            |          |                                |                             |                                |                                            |                                   |
|                                                            |                |                            |          |                                |                             |                                |                                            |                                   |

Taulukko 13. Päivittäisen henkilöstöresurssin seuranta- ja taulukko.

Merkitsemällä työntekijävajeet taulukkoon, kaikki kotihoidon yksiköt näkevät kaikkien kotihoidon yksiköiden tilanteen; kuinka paljon lähihoitajien pyyntöjä on tehty resurssipooliin ja kuinka paljon on vapaita poolin työntekijöitä. Kokonaistilanteen näkeminen kaikkien yksiköiden osalta auttaa esihenkilöä päätöksen teossa, kuinka nopeasti lähdetään mahdollisesti rekrytoimaan ulkopuolista sijaista. Taulukkoon kotihoidon yksiköt merkitsevät myös, jos yksikössä on ylimääräistä henkilöstöresurssia. Mikäli kotihoidon resurssipoolissa on paljon pyyntöjä työntekijä vajeisiin ja pooli ei pysty vastaamaan kaikkien yksiköiden henkilöstövajeisiin, pystytään alueiden välillä käymään keskustelua alueiden välisistä työntekijäsiirroista. Kotihoidon alueiden välille tämä on tuonut lisää läpinäkyvyyttä, kun yksiköt näkevät reaaliaikaisesti myös toisten yksiköiden henkilöstötilanteen; vajeet ja ylimääräiset työntekijät.



Taulukko 14. Kotihoidon prosessi -henkilöstövaje ja ylimääräiset työntekijät.

### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus**

Toimintamallin kohderyhmänä oli kotihoidon esihenkilöt, jotka vastaavat henkilöstön riittävydestä sekä oman yksikkönsä osalta asiakkaille tuotettavista palveluista. Asiakkaiden kuuluu saada palvelua se määrä mitä hänelle on myönnetty palvelupäätöksellä. Toimintamallilla pyritään vastaamaan asiakkaille myönnettyjen palvelujen saatavuuteen. Riittävällä henkilöstömäärällä työvuoroissa pystytään paremmin toteuttamaan myönnettyjen palvelujen määrä, sekä ottamaan huomioon henkilöstön työajan käyttöä mahdollisimman paljon asiakkaiden luona. Kotihoidon henkilöstön riittävyyteen vaikutetaan henkilöstön optimaalisella käytöllä; oikea määrä henkilökuntaa työvuoroissa, oikeassa paikassa ja oikealla osaamisella tuottamaan asiakkaille myönnetty palvelut. Asiakkaiden saaman palvelun tulee vastata heidän sen hetkistä tarvetta. Käyntien hyvällä suunnittelulla ja oikea-aikaisuudella pystytään varmistamaan paremmin myös henkilöstön työajan riittävyys palvelujen toteuttamisessa. Vuorokohtaisten henkilöstötarpeiden perusteella kotihoidon yksiköt pystyvät jo työvuorosuunnitteluvaiheessa arvioimaan oman yksikkönsä osalta henkilöstön riittävyyttä työvuorojaksoittain ja sitä kautta ennakoimaan ja reagoimaan paremmin henkilöstön riittävyyteen. Laskennassa huomioidaan henkilöstön osa-aikaisuudet, vuosilomat, eri syistä johtuvat poissaolot sekä arkipyhien vaikutus. Toimintamallin myötä alueiden yhdenvertaisuutta on lisätty poolin henkilöstön pyynnöissä työvuorosuunnitteluvaiheessa. Kaikkia yksiköitä sitoo yhteiset ohjeet, joiden myötä eri kotihoidon alueiden välille kiinnitettävien poolilaisten osalta toimitaan samalla toimintaperiaatteella ja pystytään kohdistamaan poolilaisten kiinnittämiset etenkin niille alueille, joissa henkilöstövajeet jo työvuorosuunnitteluvaiheessa ovat runsaat.

Kotihoidon asiakkaille tuotettavien palvelujen riittävän henkilöstömäärän arvioinnin tulee olla jatkuvaa. Sujuvat prosessit ja yhteneväiset ohjeet helpottavat toiminnan johtamista. Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrän laskenta on osa tiedolla johtamista kotihoidon henkilöstön riittävyyden arvioinnissa. Toimintamallin käyttöönotto vaatii, että alueen esihenkilöt ja vastaavat perehdytetään ja varmistetaan osaaminen asiakastuntien laskentaan. Toimintamallien käyttöönottamisen ja juurruttamisen osalta vaaditaan aktiivista asioiden esille ottamista ja sitoutumista sovittuihin toimintamalleihin. Tämä vaatii alkuun henkilöstöresurssien kohdentamista toimintamalliin liittyvien eri osa-alueiden tehtäviin, jotta pystytään tarjoamaan kotihoidon yksiköille riittävästi ohjausta, perehdytystä, tuen antamista ja seurantaa varten. Toimintamallin käytettävyyttä on arvioitu kotihoidon esihenkilöiden ja palvelupäällikön kanssa. Luodut mallit ja toimintatavat työvuorosuunnittelua varten; asiakastuntien laskenta, prosessi työvuorosuunnittelusta ja siihen liittyvästä poolin kiinnittämisestä ja päivittäinen henkilöstötarpeen seuranta (alueiden henkilöstövajeiden ja ylimääräisten työntekijöiden merkitseminen –taulukko) jäävät osaksi kotihoidon käytäntöjä hankkeen päättymisen jälkeen.

### **Toimintamallin arviointi**

Toimintamallien käyttöönottamisen ja juurruttamisen osalta vaaditaan aktiivista asioiden esille ottamista ja sitoutumista sovittuihin toimintamalleihin. Tämä vaatii alkuun henkilöstöresurssien kohdentamista toimintamalliin liittyvien eri osa-alueiden tehtäviin, jotta pystytään tarjoamaan kotihoidon yksiköille riittävästi ohjausta, perehdytystä, tuen antamista ja seurantaa varten. Perehdytys näihin toimintamalleihin ja käytäntöihin on keskitetty tietyille henkilöille, jotta voimme varmistaa, että toimintamallien käyttöönottoa vahvistetaan yksiköissä.

Kotihoidon resurssipoolin näkökulmasta yhteneväisten aikataulujen laadinta ja niiden noudattaminen on selkeyttänyt toimintaa. Tiedossa on jo etukäteen, kuinka paljon henkilöstöresurssia tulee jäämään akuutteihin poissaoloihin. Kaikkiin työvuorosuunnittelussa jääviin vuorovajeisiin ei pystytä kuitenkaan vastaamaan poolin henkilöstöllä ja akuutteihin poissaoloihin on jätettävä ilman kiinnitystä olevia työntekijöitä. Vuorokohtaiseen tarpeeseen perustuva laskenta antaa paremmin tietoa, kuinka monta poolin työntekijää kukin kotihoidon yksikkö tosiasiallisesti tarvitsee. Ennen toimintamallin luontia kotihoidon alueet tekivät pyyntöjä eri aikoihin ja tämä hankaloitti poolin toimintaa. Lisäksi työntekijäpyynnöt kotihoidon resurssipoolista olivat kotihoitoalueiden välillä eriarvoisessa asemassa; osa kotihoidon alueista

pyysi resurssipoolin työntekijää todelliseen tarpeeseen, osa ylimääräiseksi työntekijäksi, vaikka todellista vajetta ei välttämättä ollut työvuorolistaa laadittaessa. Asiakkaille myönnettyjen palvelujen laskenta koetaan ajoittain työlääksi. Etelä-Karjalan hyvinvointialueella ei ole käytettävissä tällä hetkellä erillistä sähköistä järjestelmää, joka helpottaisi ja yksinkertaistaisi laskentaa. Työn sujuvuuden ja laskennan kannalta näissä asioissa on tarve jatkokehittämiseksi. Kotihoidon henkilöstön osalta tarve on laajemmalle näkökulmalle tulevaisuudessa. Koko kotihoidon henkilöstö pitäisi nähdä yhteisenä resurssina, jota voidaan hyödyntää henkilöstön riittävyydessä ja asiakkaille myönnettyissä palveluissa. Tarvitaan entisten toimintatapojen muutosta ja pois oppimista vanhasta ajattelumallista. Henkilöstön liikkuvuutta eri yksiköiden välillä tulee jatkossa kehittää, tämä vaikuttaa osaltansa henkilöstön riittävyyteen. Tämä vaatii uusien erillisten toimintamallien ja käytäntöjen kehittämistä, millä henkilöstön liikkuvuutta saadaan parannettua eri kotihoidon yksiköiden välillä. Henkilöstöresurssien liikkuvuudella pystytään paremmin vastaamaan eri alueiden sen hetkiseen henkilöstötarpeeseen ja vaikuttamaan henkilöstön riittävyyteen.

### **3.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla**

RAI – järjestelmä on ollut käytössä jo vuodesta 2010 Etelä-Karjalan kuntayhtymä Eksoten aikaan ja jatkunut Etelä-Karjalan hyvinvointialueella. RAI-järjestelmä on keskeisessä osassa hyvinvointialueen laadun seurannan kehittämisessä ja varmistamisessa. Sujuvasti Kotona -hankkeessa laadun kehittämisessä tavoitteena oli ottaa RAI-arviointi osaksi monialaista palvelutarpeenarviointia ja käyttää arviointeja myöntämisen kriteereiden tukena. Lisäksi tavoitteena oli lisätä moniammatillisuutta RAI-seuranta-arviointien tekemisessä sekä kuvata kotihoitoon järjestelmällinen laadunseuranta hyödyntäen RAI-arviointitietoa ja valtakunnallista arviointitietoa.

#### **3.4.1. RAI-mittarit palvelujen myöntämisen perusteissa**

##### **Tavoite**

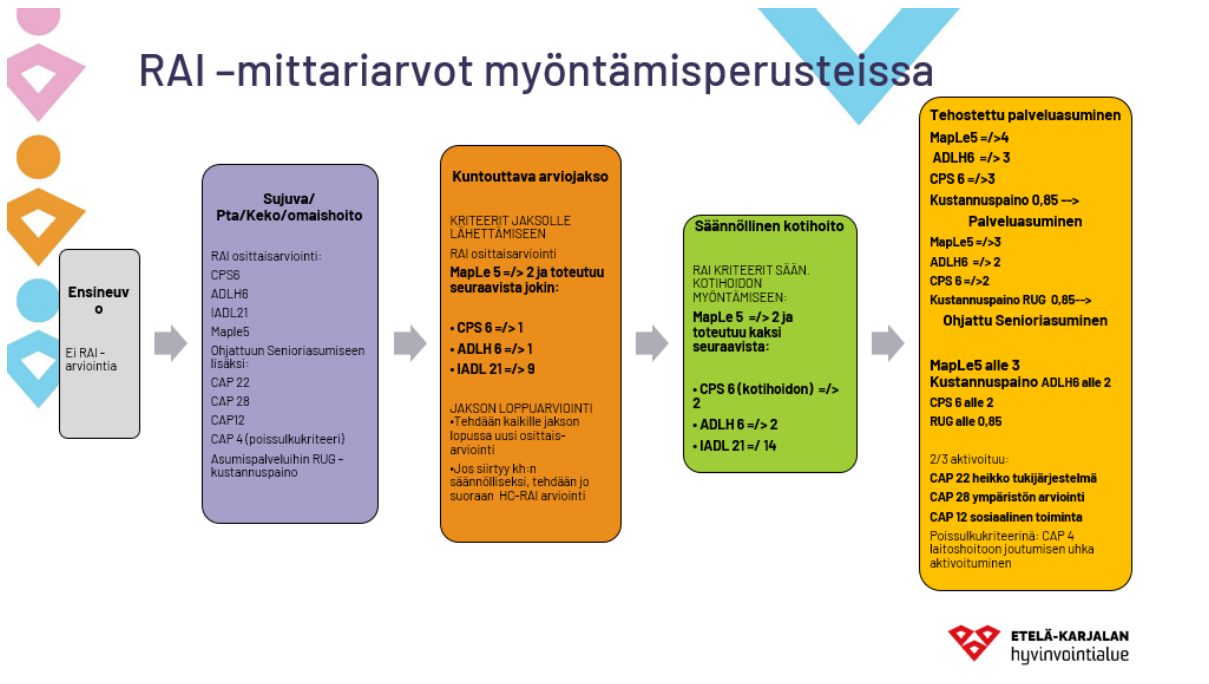
Tavoitteena oli laatia ja ottaa käyttöön 1.4.2022 lähtien RAI-mittareihin pohjautuvat palvelujen myöntämisen perusteet. Taustalla on laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Lain mukaan kunnilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. RAI-järjestelmää käyttämällä asiakkaiden palvelutarpeet selvitetään yhdenmukaisesti ja monipuolisesti. RAI-järjestelmän tuottaman tiedon avulla palvelut pystytään suunnittelemaan yksilöllisesti ja kohdentamaan tarpeenmukaisesti heille, jotka niitä tarvitsevat.

##### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus**

Etelä-Karjalan hyvinvointialueella (ent. Eksote) RAI-mittarit kirjattiin kotihoidon sekä asumispalveluiden palvelujen myöntämisen perusteisiin 1.4.2022 lähtien. Aikaisempia palvelujen myöntämisen perusteita päivitettiin ja niihin lisättiin tietyt valitut RAI -mittarit raja-arvoineen. Työskentely toteutui palvelupäälliköiden johdolla ja mukana työryhmässä oli myös laatu- ja kehittämisvastaavat sekä RAI-pääkäyttäjät.

Myöntämisen perusteita ja RAI-mittareita valittaessa kartoitettiin muiden sairaanhoitopiirien RAI-mittareiden käyttöä myöntämisen perusteissa sekä seurattiin valtakunnallisesti tärkeiksi mittareiksi nostettuja mittareita mm. eri RAI-tietokannat ja muu RHL materiaali- ja julkaisut. Valtakunnallisesti palvelujen myöntämisen mittareita tai niihin liittyviä raja-arvoja ei ole määritelty. Kotihoidon palvelujen myöntämisen perusteiden mittareiksi valikoitui kognitiota (CPS6), päivittäisiä toimintoja (ADLH 6, välinetointoja IADL21 ja palvelujen tarvetta (Maple 5) mittaavat mittarit. Nämä kotihoidon mittarit toimivat myös päätöksen pohjana asiakkaan siirtyessä kotihoidosta asumispalveluiden

piiriin. Tehostetun palveluasumisen ja palveluasumisen asiakkuuksia tarkasteltiin LTC arvioinnin kustannuspaino RUGCMI arvon pohjalta. Alla kuvatussa prosessissa on nähtävillä, miten RAI- mittarit on kirjattu palvelujen myöntämisen perusteisiin. RAI- mittarit ohjaavat asiakasta siirtyessä kuntouttavalle arviointijaksolle ja jakson päättyessä arvioidaan, täyttyykö säännöllisen kotihoidon perusteet RAI-mittareiden osalta. Kun asiakas ei pärjää enää kotihoidossa, SAS-arvioinnin yhteydessä arvioidaan, täyttyykö asiakkaan RAI-mittarit tehostetun- tai palveluasumisen yksikön myöntämiseen.



Taulukko 15. RAI –mittariarvot myöntämisperusteissa.

Asiakasohjauskeskus Sujuvan asiakasvastaavat ottivat RAI-mittariarvot osaksi päätöksentekoprosessia heti huhtikuussa 2022 saamiensa koulutusten jälkeen. RAI- mittarit ovat ohjanneet ja auttaneet päätöksentekijöitä päätöksissä ja kokemuksen mukaisesti asiakkailla myönnetty palvelut ovat kohdentuneet yhdenvertaisesti. RAI-mittarit ovat ohjaavana ja yhtenä osana päätettäessä asiakkaan palveluista. Asiakkaan kokonaistilanne tulee huomioida aina päätöstä tehdessä, vaikka RAI-mittariarvot eivät täytyisikään. RAI- mittarit koettiin hyväksi avuksi silloin, kun asiakkaalle tai omaiselle tuli perustella, miksi kotihoidon palveluita ei aloitettu. Toimintamalli tulee jäämään osaksi hyvinvointialueen palvelujen myöntämisen perusteita. Perusteita tulee säännöllisin väliajoin tarkastella uudelleen. Marraskuussa 2023 Etelä-Karjalan hyvinvointialueella päivitettiin RAI-välineistö THL suosituksen mukaiseksi. Arviointivälineistöön tuli muutamia mittarimuutoksia. Tämän vuoksi uudet päivitetty palvelujen myöntämisen perusteet ovat raportoinnin kirjoittamisen aikaan menossa hyvinvointialueen hallituksen hyväksyttäväksi joulukuussa 2023.

### Toimintamallin arviointi

Palvelujen myöntämisen mittareista tai raja-arvoista ei ollut valmista mallia. Päädyttiin siihen, että mittareita ja raja-arvoja tarkastellaan vuosien 2022 ja 2023 aikana ja tehdään tarvittaessa muutoksia. Keskeisessä asemassa RAI-arvojen tarkastelussa ovat päätöksentekijät. Mm. Vuoden 2022 syyskuussa päätettiin, että sairaalasta kotiutuvan asiakkaan palvelupäätöksen tueksi ei tarvitse enää täyttää päivittäisen välinetoimintojen mittaria (IADL21). Mittari ei anna oikeanlaista tietoa asiakkaan välinetoiminnoista (mm. lääkityksen hoito, kotitaloustyöt, aterioiden valmistaminen) koska sairaalassa toimintoja ei pysty toteuttamaan, vaikka asiakas siihen pystyisi. Uuden iRAIHC- välineen myötä myös nämä



toimintakyvyn osa-alueet voidaan huomioida IADL21 mittarin korvautuessa IADLP -mittarilla, jossa arvioidaan ko. toimintoja asiakkaan suoriutumiskyvyn mukaan, ei sen mukaan onko ko. toiminto jo tapahtunut. Vuoden 2024 palvelujen myöntämisen perusteet uusin iRAIHC -mittarein ja raja-arvoin on menossa Etelä-karjalan hyvinvointialueen hallituksen hyväksyttäväksi joulukuussa 2023 ja tulevat mahdollisesti voimaan vuoden 2024 alusta lähtien.

### 3.4.2. RAI-arviointi osana palvelutarpeenarviointia

#### Tavoite

Toimintamallin tavoitteena oli luoda Sujuvan asiakasohjauskeskukseen malli RAI-mittareiden hyödyntämisestä palvelutarpeenarvioinnissa. Yhtenä isona syynä tähän oli Etelä-Karjalan hyvinvointialueen johdon päätös siitä, että RAI-mittarit ovat osana palvelujen myöntämisen perusteita. Toimintamalli käyttöönotto vaati RAI- arviointivälineen valinnan sekä Sujuvan henkilökunnan koulutusmallin suunnittelun. Toimintakykyä arvioitaessa tulee käyttää luotettavia ja tarkoitustaan vastaavia mittareita. Kansallinen tavoite huomioiden; tulevaisuudessa olisi tarkoitus arvioida asiakkaan toimintakykyä yhdenvertaisesti asuinpaikasta riippumatta. Lisäksi olisi tärkeää, että käytössä olisi luotettavat ja yhdessä sovitut mittarit, jotka mahdollistavat ikääntyneen henkilön avuntarpeeseen reagoimisen sekä luotettavan seurannan ja vertailun. Huolellisesti tehtyä RAI-arviointia voidaan käyttää päätöksenteon tueksi, tulee kuitenkin arvioinnin tekevän henkilön arviointiosaaminen olla riittävää. On tärkeää muistaa, että yksittäisen toimintakykymittarin antama tulos ei ole kriteeri myöntää tai evätä palvelua tai omaishoidontukea. Sujuvan asiakasohjauskeskuksessa työskentelee asiakasvastaavia, jotka tekevät palvelutarpeenarviointia kotona asuville asiakkaille, sairaalasta kotiutuville asiakkaille sekä omaishoidon asiakkaille. Aikaisemmin Etelä-Karjalan hyvinvointialueella RAI- järjestelmä oli käytössä kotihoidossa (HC) sekä asumispalveluissa (LTC). Sujuvan palvelujentarpeenarvioinnin yhteyteen päädyttiin ottamaan kotihoidon RAI:n osittaisarviointi. Osittaisarvioinnin avulla Sujuvan asiakasvastaavat pystyivät valitsemaan palvelujen myöntämisen perusteissa olevat mittarit ja tarvittaessa myös muita asiakkaan tilanteeseen liittyviä mittareita. Osittaisarviointia käytetään vain selvitetessä asiakkaan palvelujen tarvetta ja päätöksenteon tukena. Säännöllisissä asiakkuuksissa asiakkaan tilannetta arvioidaan kokonaisarvioinneilla.

#### Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Sujuvan asiakasvastaavien koulutukset (6 samansisältöistä koulutusta) pidettiin maaliskuun ja kesäkuun 2022 välillä. Koulutukset pidettiin läsnäolokoulutuksena Lappeenrannan Armilan hyvinvointiaseman koulutustilassa. Koulutuksen kesto oli 2 tuntia. Koulutuksen sisältö muodostui teoriaosuudesta sekä käytännönoosuudesta. Teoriaosuus muodostui RAI- yleistiedosta ja palvelujen myöntämisen perusteisiin kirjattujen mittareiden sisältöön ja tulkintaan. Käytännönoosuudessa kirjauduttiin koulutus RAI-sovellukseen ja harjoiteltiin tekemään RAI-osittaisarviointia testiasiakkaalle. Jokaisella koulutettavalla testiasiakkaana oli asiakas, jolle oli viimeisimmäksi tehnyt palvelutarpeenarviointikäynnin. Näin saatiin harjoitusarviointitilanne mahdollisimman luonnolliseksi ja koulutettavat pystyivät paremmin vastaamaan osittaisarvioinnin kysymyksiin. Tarvittaessa oikeiden esimerkkien perusteella pystyttiin pohtimaan paremmin RAI-arvioinnin kysymysten vaihtoehtoja.

RAI-osittaisarvioinnin käyttö alkoi heti koulutuksen saamisen jälkeen. Koulutusten jälkeen aloitettiin säännölliset RAI-klinikat. Teamsin kautta pidettävien RAI-klinikoiden tarkoituksena oli käydä läpi arviointeja tehtäessä nousseita asioita mm. kysymyksiin tai mittareiden tulkintaan liittyen. Lisäksi Teams keskusteluryhmässä sai esittää kysymyksiä ja keskustelu oli kaikkien asiakasvastaavien nähtävillä. Keväällä 2023 pidettiin vielä kaksi uutta koulutuspäivää. Toinen koulutuksista oli kertauskoulutus jo RAI-arviointia tehneille ja toinen oli uusille työntekijöille kohdennettu. Etelä-Karjalan hyvinvointialueella RAI-arviointi on ollut osana arvioitaessa asiakkaan palvelujen tarvetta jo keväästä 2022 lähtien. Säännöllisten

asiakkuuksien kohdalla RAI- arviointia on käytetty jo useita vuosia, mutta uutena RAI-arviointi on osana jo asiakkaan ensiarviointia, kun hänellä ei ole vielä säännöllisiä palveluita. Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä (1.4.2023).

### **Toimintamallin arviointi**

Työntekijöiden RAI-osaamisen varmistaminen on yksi tärkein tekijä, jotta pystytään arvioimaan asiakkaasta laadukkaasti ja tasavertaisesti. Sujuvan asiakasohjauskeskuksesta on valittu RAI-yhteyshenkilö, joka osallistuu koko hyvinvointialueen RAI-vastaavien kokouksiin ja on tarvittaessa ongelmatilanteissa yhteyshenkilö RAI-pääkäyttäjien. Hyvinvointialueelta valmistuu THL RAI- kouluttajakoulutuksesta loppuvuonna 2023 12 henkilöä. Asiakasohjauskeskus Sujuvassa omaa RAI kouluttajaa ei tästä ensimmäisestä ryhmästä valmistu. Sujuvan koulutussuunnitelma RAI-kouluttajineen tulee tehdä vuodelle 2024. Palvelutarpeen arvioinnin RAI- koulutuksissa tulee panostaa moniammatilliseen arviointiin.

### **3.4.3. Fysioterapeutit osana moniammatillista RAI-arviointia**

#### **Tavoite**

Etelä-Karjalan hyvinvointialueen neljällä kotihoidon alueella työskentelee fysioterapeutti osana kotihoidon tiimiä. Tavoitteena oli lisätä RAI-arviointien moniammatillisuutta osallistamalla fysioterapeutteja RAI-arvioinnin tekoon. Toimintamallin käyttöönoton edellytyksenä oli fysioterapeuttien kouluttaminen RAI-arvioinnin tekoon sekä yhteisen toimintamallin luominen.

#### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus**

Fysioterapeuteille järjestettiin RAI-koulutus 21.6.2022. Koulutukseen osallitui myös fysioterapeuttien esihenkilö. Koulutus sisälsi tietopaketin RAI-arviointivälineestä, kotihoidon RAI-käytänteistä sekä palvelujen myöntämisen perusteista. Koulutuksessa käytiin läpi RAI-arvioinnin toimintakyky kysymykset. Lopuksi oli vielä harjoitusosio, jossa harjoiteltiin täyttämään sovittuja kotihoidon kokonaisarvioinnin toimintakykyosioita. Fysioterapeutit työskentelevät kuntouttavien arviointijaksoasiakkaiden sekä säännöllisten kotihoidon asiakkaiden kanssa. RAI-kokonaisarviointi tehdään asiakkaalle hänen siirtyessä kuntouttavalla arviointijaksolta säännölliseen asiakkuuteen. Jos fysioterapeutti on osallistunut asiakkaan kuntouttavan arviointijakson toteuttamiseen, hänen arvioima toimintakykytieto on erittäin arvokas asiakkaan siirtyessä kuntouttavalla säännölliseen asiakkuuteen. Säännöllisen asiakkaan kohdalla fysioterapeutti hyödyntää jo olemassa olevaa RAI-tietoa käyntien suunnittelussa. Lisäksi jos fysioterapeutin käyntien jälkeen on tarve RAI-arvioinnin päivitykselle tai asiakkaalla on puolivuositaisen seuranta-arvioinnin aika, osallistuu hän asiakkaan RAI-arvioinnin tekoon yhdessä vastuuhuoltajan kanssa.

Toimintamallin mukaan fysioterapeutit osallistuvat ainakin seuraavien osa-alueiden arviointiin:

- Fyysinen toimintakyky ja arjessa suoriutuminen
- Liikkumismuotoon, apuvälineisiin ja liikkumiseen liittyvät kysymykset
- Aktiivisuus ja toimintakyvyn kohentamismahdollisuudet
- Arviointiin osallistuneet ammattihenkilöt

### **Toimintamallin arviointi**

RAI-arviointien moniammatillisuus on kirjattu vuoden 2024 RAI- koulutusten yhdeksi painopistealueeksi. Etelä-karjalan hyvinvointialueella RAI-arviointeja tehdään pääosin yhden henkilön (vastuuhuoltajan) toteuttamana. Tavoitteena on lisätä fysioterapeuttien työpanosta kaikille kotihoidon alueille, jolloin myös



fysioterapeuttien toimintamalli osana moniammatillista RAI- arviointia voitaisiin kopioida suoraan muillekin kotihoidon alueille. Hyvinvointialueella on käytössä RAI- laatumoduuli, johon voidaan tehdä mm. laadun seurantaan tarkoitettuja analyyskejä. Toiveena oli tehdä laatumoduuliin analyysi moniammatillisten RAI- arviointien toteutumisesta. Sisältäen tietoa siitä kuinka monta arviointia on tehty moniammatillisesti ja minkä ammattikunnan edustaja niihin on osallistunut. Analyysi saatiin tehtyä RAI-pääkäyttäjän toimesta, mutta raporttia ei toimitettu RAIsoft järjestelmävirheen vuoksi. Asia on edelleen RAI-järjestelmän toimittajan selvityksessä.

#### **3.4.4. RAI-analyysit laadun varmistuksessa**

##### **Tavoite**

Tavoitteena oli hyödyntää RAI-tietoa johtamisessa ja panostaa RAI-arviointien laadukkaaseen toteutukseen. Lisäksi luoda RAI-mittareiden seurantajärjestelmä, joka pohjautuu organisaation strategiaan ja kansallisiin laatutavoitteisiin.

##### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus**

Hyvinvointialueella on käytössä RAI:n laatumoduuli. Laatumoduuli on johdon ja RAI-vastuuhenkilöiden työväline, jolla voidaan analysoida kerättyä tietoa monipuolisesti ja pureutua hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Laatumoduuli sisältää valmiita analyyskejä arviointien luotettavuuden ja hoitotyön laadun tunnistamiseen. Lisäksi laatumoduulilla voi tehdä omia organisaatiokohtaisia tai yksikkökohtaisia laatuun liittyviä analyyskejä. RAI laatumoduulin valmiiksi tehdyistä analyyseistä tuotetaan tietoa kotihoidon ja asumisen vuositauluihin. Vuositaulut ovat visuaalinen tapa tuoda esiin toiminnan tavoitteita ja valittuja painopistealueita. Vuositaulun avulla on helppo hahmottaa yhteistä ymmärrystä nykytilasta, tavoitteista, kehittämistarpeista sekä seurata tavoitteiden toteutumista.

Vuositaulu toimii johdon, yksiköiden esimiesten ja koko työyhteisön jatkuvan parantamisen visuaalisena työkaluna. Vuositaulun rakenne pohjautuu organisaation strategiaan ja vuositaulussa on yhteisesti sovitut tulosityksikkötason sekä yksikön omista toiminnan tarpeista nostetut tavoitteet. Vuositaulua voidaan hyödyntää ryhdittämään palavereita sekä tukea henkilökuntaa syys-seuraussuhteiden havaitsemisessa. Vuositaulu toimii päällikön ja yksikön esihenkilön välisissä tavoite- tai kehityskeskusteluissa. Vuoden 2023 vuositaulu jakautui strategian kärkien mukaisesti kolmeen osioon; Prosessit ja sujuvuus, palveluiden porrastus ja henkilöstöön panostaminen. RAI-mittarein seurattavat laatumittarit kuuluvat tärkeänä osana tähän kokonaisuuteen. Keskeiset seurattavat RAI-mittarit pohjautuvat valtakunnallisesti seurattaviin mittareihin sekä tulosityksikkötasolla laatutekijöiksi valittuihin mittareihin. Ravitsemus, asiakkaan osallisuus, lääkitys sekä asiakkaan voimavaroihin pohjautuva kuntoutumismahdollisuus luovat perustan yksikkökohtaisille sekä tulosityksikkötason RAI-analyysille. Alla olevassa kuvassa esimerkkinä kotihoidon sekä asumisen tulosityksikkötason vuositaulu RAI-laaturiedon osalta.

Sujuvasti kotona - tulevaisuuden  
kotona asumista tukevat palvelut  
loppuraportti

42

| Vastuualue: kotihoidon ja kotona viettäjä palvelut<br>Osoittaja: vs. palvelupäällikkö Sitta Auliala                                           |  |  |  |  | 2023  | STRATEGIINEN KOKO: |         | HENKILÖSTÖN PAINOTUS |        | PROSESSIT JA SUJAVUUS |        | PALVELUJEN PAINOTUS |       |       |         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|---------|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------------|-------|-------|---------|--------|
|                                                                                                                                               |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |       | Q1                 | Q2      | Q3                   | Q4     |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Tavoite                                                                                                                                       | Mittari                                                                           | Mittausväli                                                                       | Vastuuhenkilö                                                                     | Lähtötilanne ed. vuosi                                                            | Tamm. | Heinäk.            | Maalis. | Huhtik.              | Touko. | Kesä.                 | Heinä. | Elo.                | Syys. | Loka. | Marras. | Joulu. |
| Asiakasturvallisuus                                                                                                                           |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| UUSI RAI-arvioinnin jatkuvuus (verrattuna säännöllisten asiakkaiden (km./kk.)                                                                 | RAI                                                                               | 3x kk. /%                                                                         |                                                                                   |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Asiakas osallistuu arvioinnin tekoon                                                                                                          | 100 %                                                                             | RAI                                                                               | 3x kk. /%                                                                         |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| UUSI: Asiakas on määrittänyt hoitolleen ainakin yhden tavoitteen                                                                              | 50 %                                                                              | RAI                                                                               | 3 x kk. %                                                                         |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| UUSI: Ullon ja / tai potin kotonaan kerran viikossa tai useamman                                                                              |                                                                                   | RAI                                                                               | 3kk                                                                               |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| UUSI: Ei yksinäisyyden kokemusta                                                                                                              | 75% (koko maa)                                                                    | RAI                                                                               |                                                                                   |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| UUSI: Lähisopu saaneet (eniten hoitoon osallistuva henkilö)                                                                                   | 60% (koko maa)                                                                    | RAI                                                                               |                                                                                   |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Hoitaja uskoo asukkaan kuntoutumiseen, kun asukkaalla on runsaasti ja erittäin runsaasti kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon voimavaroja | 100 %                                                                             | RAI                                                                               | 3x kk. /%                                                                         |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Asukkaalla aliarvotusmuutoksia                                                                                                                |                                                                                   | RAI                                                                               | 3x kk. / %                                                                        |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Tahaton painonlasku                                                                                                                           |                                                                                   | RAI                                                                               | 3 x kk. / %                                                                       |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Käyttämättömät ateriat                                                                                                                        | alle 2 %                                                                          | RAI                                                                               | 3x kk. /%                                                                         |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Lääkkeitä 9 tai enemmän                                                                                                                       |                                                                                   | RAI                                                                               | 3 x kk. /%                                                                        |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Päivittäinen kova sietämättömä kipu RAI-läike ei hoitaa riittävästi kipua                                                                     |                                                                                   | RAI                                                                               | 3x kk. /%                                                                         |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |
| Painehaava, iästä aiheutuva aste 1-4, on aktiivinen                                                                                           |                                                                                   | RAI                                                                               | 3kk. /%                                                                           |                                                                                   |       |                    |         |                      |        |                       |        |                     |       |       |         |        |

Taulukko 16. Kotihoidon RAI -laatu tiedon vuositaulu.

| Hoidon laatu, asiakaslähtöisyys ja osallisuus, asiakasturvallisuus                                                           | Kehittämistoimenpide | Lähtöttilanne 2021 | Lähtöttilanne 2022 | Lähtöttilanne 2023 |                                                         |  | Maalis |  |  | Kesä |  |  | Syys | Loka | Joulu |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|--|--------|--|--|------|--|--|------|------|-------|
|                                                                                                                              |                      | 31.12.2020         | 31.12.2021         | 31.12.2022         | kvartaalissa käytetään ajanjaksoa esim. 1.1.-31.3. jne. |  |        |  |  |      |  |  |      |      |       |
| Asukas on osallistunut RAI-arvioinnin tekoon                                                                                 | ok.                  |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |
| UUSI:Asiakas on määrittänyt hoitolleen ainakin yhden tavoitteen                                                              |                      |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |
| Elämänpäivä vuodetta laajempi (aiemmin: vuoteessa elävät, eli 22h/vrk tai enemmän vuoteessa)                                 |                      |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |
| Sosiaaliset aktiiviset% SES 1-6, kohtalaisesti tai paljon sosiaalisia aktiviteetteja                                         |                      |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |
| UUSI: Sosiaalisesti aktiiviset% SES 4-6, kohtalaisesti tai paljon sosiaalisia aktiviteetteja                                 |                      |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |
| UUSI: Kvuttomat% Sellaisen asiakkaan osuus (%), jotka eivät ole kokeneet kipua arviointijakson aikana (3 tai 7 vuorokautta). |                      |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |
| Kipu päivittäin, mutta ei kipulääkettä                                                                                       |                      |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |
| Asukkaalla runsaasti kuntoutumisen voimavaroja ja hoitajat uskovat asukkaan kuntoutumiseen                                   |                      |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |
| Käytössä yli yhdeksän lääkettä                                                                                               |                      |                    |                    |                    |                                                         |  |        |  |  |      |  |  |      |      | x     |

Taulukko 17. Asumisen RAI -laatu tiedon vuositaulu.

## Toimintamallin arviointi

RAI- analyysit sekä niiden säännöllinen tarkastelu on sitouttanut esihenkilöitä sekä työntekijöitä laadukkaiden RAI-arvioinnin tekemiseen. Yksikkötasolla tarkasteltuna päästään pureutumaan analyysissä asiakastasolle asti ja tarkastelemaan, mihin asiakaskohtaisiin arviointeihin analyysien tulokset pohjautuvat. Ovatko arvioinnit tehty oikein vai voisiko tietyt tulokset liittyä virhearviointeihin. Tuloksikkotasolla voidaan analyysien kautta tarkastella laatuanalyysien kehitystä ja tarvittaessa miettiä toimintatapoja tavoitetulosten saavuttamiseen. Lisäksi tuloksia voidaan vertailla valtakunnallisten palauteraporttien tuottamien tietokantojen tietoihin. Vuositaulut on koettu aika työläiksi, koska taulukko päivitetään käsityönä ja eri järjestelmistä. RAI- analyysi tehdään RAI- laatumoduulissa ja siirretään sieltä käsin Teams

työtilassa olevaan Excel- taulukkoon. Jatkokehityksenä toivotaan valmista alustaa, johon tieto kerätään automaattisesti ajoitetuin aikavälein. Tietoaltaan käyttöönotton odotetaan ratkaisevan tämän ongelman.

### **3.4.5. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset: Omavalvonta ja sotepalvelujen ohjaus ja valvonta Etelä-Karjalan hyvinvointialueella**

Etelä-Karjalan hyvinvointialueella on hankeaikana selvitetty omavalvonnan nykytilaa, toimintamalleja ja prosesseja. Esiin nousseiden tarpeiden osalta on suunniteltu ohjausta ja koulutusta ja annettu omavalvontaan tukea yksiköille ja palveluntuottajille. Omavalvontaa toteuttaa Ekhva: n yksiköiden johto ja henkilöstö osana omaa työtään. Tämän lisäksi omavalvontaan ja sote-palvelujen valvontaan on resursoitu työpanosta valvontayksikköön. Tavoitteena on oman toiminnan ja yksityisen palveluntuottajan omavalvonnan vahvistuminen. Tämä tapahtuu muun muassa yhdenmukaistamalla ohjaus- ja valvontakäyntien sisältöjä ja kriteerejä. Lisäksi Ekhva: lla otetaan käyttöön sähköinen valvontatyökalu omaan ja hankittuun palveluntuotantoon v. 2024 alusta. Osana omavalvontaa ja laatutyötä Ekhva: lla on aloitettu kuvaamaan systemaattisesti toiminnan prosesseja sekä vakioimaan työohjeita osana laadun, turvallisuuden sekä riskienhallinnan kehittämistä.

## **Johtopäätökset**

### **Miten hanke onnistui vastaamaan kehittämistarpeeseen ja miten sen tavoitteet toteutuivat?**

Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut, Sujuvasti Kotona-hanke tähtäsi iäkkäiden palvelujen toimintatapojen uudistamiseen ja asiakaslähtöisiin palvelukokonaisuuksiin. Tarve perustui jo kuntayhtymän aikaan väestön nopeaan ikääntymiseen ja on tarkentunut hyvinvointialueen käynnistyessä. Kehittämistarve perustuu alueen toimintaympäristön muutoksiin ja prosessit- ja sujuvuus-strategiakärjen palvelustrategisiin painopisteisiin. Hyvinvointialueellamme vallitsevaan henkilöstöriittävyysasteeseen pyrimme osaltamme vastaamaan hankkeessa tehtyjen toimintamallien avulla, esimerkiksi digitaalisilla ratkaisuilla ja liikuntaneuvot kotihoidossa toimintamallilla. Liikuntaneuvot kotihoidossa toimintamallin pilotointi mahdollisti muun ammattiryhmän kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen työskentelyn kotihoidossa asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa. Tavoitteet oli jaoteltu neljään tavoitekokonaisuuteen: 1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, 2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan, 3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun ja 4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla. Alatavoitteita oli yhteensä 18 kpl. Tavoitteiden toteutumisesta seurattiin aktiivisesti jo hankkeen toteutuksen aikana. Asetettuja tavoitteita arvioitiin hankkeen aikana ja tarvittaessa tarkennettiin vastaamaan kehittämistarvetta.

### **Mitkä toimintamalleista olivat mielestänne onnistuneita ja miksi?**

Hankkeessa kehitettiin tavoitteiden mukaisia toimintamalleja kotona asumisen tueksi toimintaympäristön muutokset huomioiden. Tavoitteet oli jaoteltu neljään tavoitekokonaisuuteen ja alatavoitteita oli 18 kappaletta. Tavoitekokonaisuuksien alatavoitteista syntyivät hankkeessa tehdyt toimintamallit. Kaikkia toimintamalleja ei määrän vuoksi käydä tässä yhteydessä läpi, nostettuna muutamia esimerkkejä: Hyvinvointia edistävät etäyhteyshälytykset; Voitha siekii hyvi?, Fysioterapeutti kotihoidossa –pilotti ja Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa.

Hyvinvointia edistävät etäyhteyshälytykset; Voitha siekii hyvi? Toimintamallin avulla pystyttiin tuomaan kustannustehokkaasti ikääntyneitä yhteen keskustelemaan ja harrastamaan erilaisia virikkeellisiä aktiviteetteja. Saatavuutta pyrittiin varmistamaan etäyhteyksin, jolloin asiakkaan ei ollut tarpeen liikkua palvelun luokse, vaan palvelu tuli asiakkaan luokse. Toimintamallin avulla tuettiin asiakkaan kotona

pärjäämistä ja selviytymistä ennen raskaampiin palveluihin siirtymistä. Asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ylläpidettiin muun muassa vuorovaikutuksella, fyysistä toimintakykyä liikuntatuokioilla, psyykkistä toimintakykyä vertaistuellalla ja muistelutuokioilla. Lisäksi tarjosimme muun muassa apuvälinetietoutta asiantuntijan toimesta ja ravitsemuksen ohjausta. Toimintamalli jäi hankkeen jälkeen osaksi omaa toimintaamme. Fysioterapeutti kotihoidossa –pilotti vahvisti asiakkaan toimintakykyä tukevaa ja voimavaralähtöistä työkalutuuuria kotihoidon tiimeissä. Se lisäsi asiakaslähtöisyyttä ja vahvisti henkilöstön toimintakykyosaamista. Lisäksi toimintamalli auttoi tunnistamaan kaatumisriskiä lisäävät tekijät ja pyrki vaikuttamaan niihin moniammatillisesti. Toimintamalli jäi hankkeen jälkeen osaksi omaa toimintaamme. Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa mahdollisti yhdenmukaiset toimintatavat liittyen henkilöstön riittävyyden arviointiin suhteessa asiakkaille myönnettyjen palvelutuntien määrään. Kotihoidon henkilöstön tarve tulee perustua asiakkaille myönnettyihin palvelutunteihin, huomioiden välittömään asiakastyöhön varattu työaika työpäivän aikana. Hankkeen aikana ei luotu vain yhtä toimintamallia, vaan useamman toimintamallin kokonaisuus, joka koostuu erilaisista prosesseista ja ohjeista liittyen henkilöstön riittävyyden arviointiin kotihoidon yksiköissä. Toimintamallit tuottavat esihenkilöille yksiköissä lisätietoa henkilöstön riittävyydestä ja on osaltaan tukemassa päivittäistä tiedolla johtamista. Toimintamalli otettiin käyttöön jo hankkeen aikana.

Hankkeen toimintamalleista tunnistettiin laajalti hyödynnettävyyttä jo hankeaikana ja osa toimintamalleista valmisteltiin otettavaksi myöhemmin käyttöön. Hankkeessa kehitetyistä toimintamalleista löytyy laajemmin tietoa Innokylästä Etelä-Karjala - Sujuvasti Kotona –hanke kokonaisuuden alta.

**Miten tuloksia levitettiin ja jalkautettiin? Miten toimintaa jatketaan? Miten tuloksia sekä kokemuksia hyödynnetään hankkeen päättymisen jälkeen? Mitä asioita haluatte jakaa muille alueille?**

Hankkeen aikana syntyi toimintamalleja, jotka soveltuvat organisaatiomme sisäiseen käyttöön sekä toimintamalleja, jotka ovat monistettavissa muualle. Hyvinvointialueen haastava taloudellinen tilanne toi osaltansa haasteita toimintamallien jalkauttamiselle. Taloudentasapainottamisohjelman ja palveluverkkoselvityksen ollessa vielä keskeneräisiä hankeraportin kirjoittamisen aikaan, valmisteltiin hankkeen aikana toimintamalleja otettavaksi myöhemmin käyttöön. Hankkeessa kehitetyt toimintamallit ovat Innokylässä Etelä-Karjala - Sujuvasti Kotona –hanke kokonaisuuteen kuvattu auki, jotta toimintamallien monistettavuus olisi mahdollista ja toimintamallien tavoitettavuus olisi mahdollisimman laaja-alaista. Esimerkiksi Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja henkilöstön riittävyyden arvioinnin toimintamalli kotihoidossa otettiin hankkeen päättymisen jälkeen käyttöön ja jatkokehitetään osana organisaation omaa toimintaa myös tulevaisuudessa. Jalkauttaminen vaati aktiivista vuoropuhelua jo hankkeen aikana kehittäjien ja kotihoidon palvelusta vastaavien henkilöiden kanssa. Jalkauttaminen vaati myös hankeaikana aktiivista toimintamallin käytön tukemista kotihoidon yksiköissä. Toimintamallin käyttöönotto vaatii, että alueen esihenkilöt ja vastaavat perehdytetään ja varmistetaan osaaminen asiakastuntien laskentaan. Toimintamallien käyttöönottamisen ja juurruttamisen osalta vaaditaan aktiivista asioiden esille ottamista ja sitoutumista sovittuihin toimintamalleihin. Tämä vaatii alkuun henkilöstöresurssien kohdentamista toimintamalliin liittyvien eri osa-alueiden tehtäviin, jotta pystytään tarjoamaan kotihoidon yksiköille riittävästi ohjausta, perehdytystä, tuen antamista ja seuranta varten. Toimintamallin käytettävyyttä on arvioitu kotihoidon esihenkilöiden ja palvelupäällikön kanssa. Luodut mallit ja toimintatavat työvuorosuunnittelua varten; asiakastuntien laskenta, prosessi työvuorosuunnittelusta ja siihen liittyvästä poolin kiinnittämisestä ja päivittäinen henkilöstötarpeen seuranta (alueiden henkilöstövajeiden ja ylimääräisten työntekijöiden merkitseminen –taulukko) jäävät osaksi kotihoidon käytäntöjä hankkeen päättymisen jälkeen. Hankkeessa pilotoidut etäryhmätoiminta- ja aktiivisuuden seurantapalvelu –pilotin kautta tunnistettiin ratkaisuja, joista on hyötyä toimintakyvyn ja terveyden heikentymisen ennaltaehkäisyssä, säännöllisen palvelutarpeen siirtämisessä sekä itsenäisen kuntoutumisen tukemisessa. Hyvinvointia edistävät etäyhteyskäynnit; Voitha siekii hyvi? Jatkuu pilotin jälkeen omana toimintana. Ryhmien määrää tullaan vähentämään, jotta toiminta voidaan toteuttaa

nykyisillä resursseilla. Sen sijaan aktiivisuuden seurantapalvelulle aika ei ollut oikea hyvinvointialueen taloudellisen tilanteen vuoksi.

**Mitä haasteita kehittämistyössä oli ja miten niistä päästiin eteenpäin? Toteutuiko hankkeen aikana ennakoituja tai muita riskejä ja kuinka niihin reagoitiin?**

Organisaation muutos kuntayhtymästä hyvinvointialueeksi kesken valtionavustuksen käytön sekä uuden organisaation järjestäytyminen vaikutti resursointiin. Näistä haasteista johtuen hankkeen aikana oli henkilöstövaihdoksia, joka vaikutti osaltansa kokonaisjohtamiseen. Hyvinvointialueen haastava taloudellinen tilanne toi osaltansa haasteita toimintamallien jalkauttamiselle. Taloudentasapainottamisohjelman ja palveluverkkoselvityksen ollessa vielä keskeneräisiä hankeraportin kirjoittamisen aikaan, valmisteltiin hankkeen aikana toimintamalleja otettavaksi myöhemmin käyttöön. Teknologiakoordinaatiomallin hyvin alkanutta suunnittelua jatketaan hankkeen jälkeen. Hyvinvointialueen organisoitumisesta johtuen teknologisten ratkaisujen organisaatiotason järjestäytyminen on vielä keskeneräinen kokonaisarkkitehtuurin hallintamallin käyttöönoton aikatauluista johtuen. Asiakasvastaavan työprosessi edistämässä merkittävänä haasteena hankkeen aikana ovat olleet useat keskeiset henkilömuutokset Sujuvan muutoksen valmistelussa ja toteutuksessa.

**Mitä vielä pitäisi kehittää, miten kehittämistyötä pitäisi tulevaisuudessa jatkaa?**

Teknologian avulla voidaan parantaa asiakkaan itsenäistä asumista ja toimintakykyä sekä elämänlaatua ja turvallisuutta. Lyhyellä aikavälillä asiakaspalvelu kehittyy, palveluvalikoima laajenee ja asiakastytyytyväisyys lisääntyy. Työntekijöiden teknologiaosaamisen lisääntymisen myötä se osaltaan parantaa työhyvinvointia. Pitkällä aikavälillä palvelujärjestelmä kehittyy vastaamaan nykyistä paremmin muuttuvia ja kasvavia asiakastarpeita, joka mahdollistaa asiakkaan oman tahdon ja valinnan toteutumisen nykyistä paremmin. Etelä-Karjalan hyvinvointialueen asiakasohjauksen uudelleen organisointi vaikeutti yhteistyön sujuvuutta ja asiakasohjaajien kanssa tehtävä yhteiskehittäminen jäi vähäiseksi. Henkilöstöresurssien liikkuvuudella pystytään paremmin vastaamaan eri alueiden sen hetkiseen henkilöstötarpeeseen ja vaikuttamaan henkilöstön riittävyyteen. Koko kotihoidon henkilöstö pitäisi nähdä yhteisenä resurssina, jota voidaan hyödyntää henkilöstön riittävyydessä ja asiakkaille myönnettyissä palveluissa. Tarvitaan entisten toimintatapojen muutosta ja pois oppimista vanhasta ajattelumallista. Henkilöstön liikkuvuutta eri yksiköiden välillä tulee jatkossa kehittää, tämä vaikuttaa osaltansa henkilöstön riittävyyteen. Tämä vaatii uusien erillisten toimintamallien ja käytäntöjen kehittämistä, millä henkilöstön liikkuvuutta saadaan parannettua eri kotihoidon yksiköiden välillä. Toimintalähtöisen työvuorosuunnittelu periaatteet täytyy käydä kotihoidon yksiköiden kanssa läpi ja luoda yhtenäiset käytänteet, jolloin toiminnan aiheuttama tarve ohjaa työntekijä resurssit ja osaamisen oikeaan paikkaan oikea-aikaisesti. Tämän avulla saadaan tehostettua toimintaa, joka puolestaan vaikuttaa myös kustannussäästöihin. Työvuorosuunnittelun optimoinnin käytön kokemusten perusteella saatiin kuitenkin arvokasta tietoa, miten optimointi kannattaisi kotihoidossa ottaa käyttöön, mikäli päätös optimoinnin käytön jatkamisesta tehdään koko organisaatiotasolla. Työvuorosuunnittelun kehittäminen on keskeinen tekijä, jolla voidaan vaikuttaa henkilöstön riittävyyteen ja tuottaa asiakkaille myönnetyt palvelut. Työvuorosuunnittelun perehdyttämistä tulee parantaa ja varmistaa riittävä koulutus ja osaaminen henkilölle, jotka vastaavat suunnittelusta.